

Actividad en la consulta de esterilidad

A. Reus, G. Salinas

Correspondencia: A. Reus. Hosp. Gral. de Granollers. Avda. Fco. Ribas, s/n. 08400 Granollers. Barcelona

El Hospital General de Granollers es hospital de referencia en la comarca del Vallès Oriental, con un censo de 321.431 habitantes (censo de 2001), en 41 municipios.

Tenemos una Consulta de Esterilidad llevada por dos adjuntos, con tres tardes de visita al mes.

En nuestra consulta realizamos el estudio básico de esterilidad, y en cuanto a tratamientos, nos vemos limitados a la estimulación de la ovulación con citrato de clomifeno o FSH, con coito dirigido.

Hemos revisado la actividad llevada a cabo en 18 meses, de 01/01/02 a 30/06/03. En este periodo, se han hecho 80 primeras visitas.

Una vez completado el estudio, hemos realizado 44 derivaciones a centros de reproducción asistida, siendo la primera causa el factor masculino (14 casos), seguido de la esterilidad de origen desconocido (13 casos), cancelándose 17 estudios por voluntad de la pareja. Hemos conseguido 6 gestaciones en 30 ciclos de estimulación de la ovulación con FSH en 12 mujeres.

Pensamos que nuestra unidad tiene que ampliar su campo de tratamientos con la inseminación artificial, lo que nos llevará a aumentar el número de gestaciones conseguidas en nuestro hospital.

Factores etiológicos en esterilidad. Análisis descriptivo en parejas de nuestro ámbito

A. Rodríguez Vicente, J. Lleberia, P. Cabañuz, J. Costa, R. Cos, L. Costa, E. Bataller, A. López-Muñiz, CM. Foradada

Correspondencia: Agueda Rodríguez Vicente. Hospital de Sabadell. CSPT. Parc Taulí, s/n. 08208 Sabadell. Barcelona

Objetivos: Estudiar las frecuencias de las distintas causas de esterilidad en nuestra población, así como analizar en esta muestra el porcentaje de gestación.

Material y métodos: Estudio retrospectivo descriptivo en parejas que consultan por esterilidad en nuestro centro entre 1999 y el 2002. Variables estudiadas: edad, tipo de esterilidad, tiempo de evolución, tratamientos previos, diagnóstico al que se llega una vez concluido el estudio, y gestación.

Resultados: Se incluyen 518 parejas, de las que no llegan a completar el estudio un total de 74 (14,2%). La edad media es de 31,7 años (16-43). El tipo de esterilidad es primaria en 365 casos (70,5%) y secundaria en 153 (29,5%). La media de meses de evolución es de 28,9 (12-250). 121 parejas (13,3%) habían realizado algún tipo de tratamiento previo (el más frecuente: inducción de la ovulación). El factor etiológico más frecuente es el factor masculino (72,3%), seguido de los trastornos de la ovulación (18,9%), la endometriosis (9,2%), el factor cervical (7,2%), el factor tubárico (6,1%), el factor uterino (4,7%), y el factor inmunológico (2%). Encontramos una esterilidad de origen desconocido en 33 casos (7,4%). En 171 casos (38,5%) la causa de esterilidad es mixta (la más frecuente: trastornos de la ovulación más factor masculino). El porcentaje de gestación global es de 37,8% (196 embarazos). Analizando por cau-

sas, el porcentaje de gestación más bajo lo encontramos en el grupo de pacientes diagnosticadas de endometriosis (6,7%). También se observa un porcentaje de gestación significativamente inferior en pacientes con más de 3 años de evolución.

Conclusiones: el factor etiológico que encontramos con más frecuencia en nuestra población es el factor masculino. El porcentaje de gestación global es de 37,8%.

Hallazgos anatomopatológicos placentarios en los recién nacidos de bajo peso para la edad gestacional

E. Baldrich, P. Cabañuz, R. Nogueiras, J. Costa, Y. Canet, JC. Ferreres, CM. Foradada

Correspondencia: E. Baldrich. Hospital de Sabadell. Parc Taulí, s/n. 08208 Sabadell. Barcelona

Objetivo: Estudio anatomopatológico placentario en RN de bajo peso para la edad gestacional (BPEG)

Metodología: Estudio descriptivo retrospectivo (1998-2002) analizándose placentas en RN únicos con peso por debajo del percentil 10.

Comparación resultados entre el subgrupo de RN con peso por debajo del percentil 3 (p3) y el de los RN entre los percentiles 4-10 (p4-10).

Resultados: De los 1148 nacidos, se estudiaron 220 placentas (27,6% de p3 y 15,3% de p4-10).

Las semanas de gestación fueron de 26 a 42 (media 36,6) y el peso del RN de 360 a 2985 gramos.

Resultados patológicos: normal (32,7%, IC 26,6-39,4), hipoplasia (27,3%, IC 21,5-33,7), villitis crónica (15%), signos de isquemia crónica (calcificaciones, fibrosis vellositaria, depósitos de fibrina e infartos) (40%, IC 33,5-46,8), hematomas intraparenquimatosos (7,7%), corangiomas moderada-severa (15,5%), trombosis (2,3%) y arteria umbilical única (2,5%).

Las diferencias significativas encontradas han sido:

- Normalidad: 25% en p3 y 39% en el p4-10 (RR=1,8)
- Hipoplasia: 37,4% y 19% respectivamente (RR=2,5)
- Villitis crónica: 20,2% y 10,7% (RR=2,1)
- Infartos: 32,3% y 20,7% (RR=1,8)

Conclusiones: Los recién nacidos con peso por debajo del percentil 3 presentan mayor incidencia de alteraciones anatomopatológicas y menor tamaño placentario que los recién nacidos con peso entre los percentiles 4-10.

Tumor de ovario mesonefroide de células claras. Una entidad de mal pronóstico

N. Devesa, L. Yáñez, I. Vila, J. Inglada

Correspondencia: Néstor Devesa. Hospital de Figueres. Ronda Rector Arolas, s/n. 17600 Figueres. Girona

Paciente de 24 años que ingresó en nuestro servicio con el diagnóstico de masa anexial complicada. La laparoscopia mostró un tumor de 10 x 12cm.

irregular, sólido, friable, con cápsula rota. Debido a su aspectoneoplásico se decidió efectuar una conversión a laparotomía media infraumbilical con anexectomía. El diagnóstico anatomopatológico fue de carcinoma epitelial celómico mesonefroide a células claras. El TAC mostró una adenopatía paraaórtica de 4 cm de aspecto infiltrado. Frente a un estadio III C se inició tratamiento quimioterápico, advirtiendo a la familia de la gravedad del tumor en cuanto pronóstico, siendo inadecuado el debulky posterior. Tras 3 ciclos de quimioterapia, un equipo médico decidió completar la cirugía de acuerdo a protocolos. La paciente murió a los 6 meses.

El tumor a células pequeñas se presenta en gente joven y representa aproximadamente el 10% de los cánceres de ovario. Generalmente es unilateral. Su aspecto macroscópico es de áreas sólidas de consistencia blanda y esponjosa. Histológicamente se observa un conjunto de pequeñas formaciones quísticas, recubiertas por una capa de células epiteliales planocúbicas, con escaso citoplasma claro granular; estas células se conocen como clavo de herradura (*hobnail cells*). Se asocia, en un porcentaje elevado, con hipercalcemia y es de muy mal pronóstico. Muchas veces, debido a nuestras ansias de protagonismo, desoyendo recomendaciones previas, llevamos a cabo tratamientos innecesarios e inadecuados. Esta es una enfermedad ante la cual la medicina es vulnerable y limitada.

Reparación con injerto miocutáneo bulbocavernoso de una fístula véscico-vaginal recidivada. Técnica de Symonds-Knapstein

N. Devesa, L. Yáñez, C. Caso, J. Inglada, I. Vila

Correspondencia: Néstor Devesa. Hospital de Figueres. Ronda Rector Arolas, s/n. 17600 Figueres. Girona

En el Servicio de Ginecología del Hospital de Figueres se ha realizado la reparación de una fístula véscico-vaginal recidivada mediante la técnica de Symonds-Knapstein.

Se trata de una paciente de 41 años con antecedente de intervención de Whertheim-Meigs y radioterapia posterior por carcinoma de cérvix uterino en 1999. A las 6 semanas presenta una fístula véscico-vaginal alta que se intenta reparar sin éxito en 2 ocasiones, primero por vía abdominal y, posteriormente, por vía vaginal. Finalmente, se recurre a la técnica Symonds-Knapstein que consiste en la aposición de un colgajo miocutáneo bulbocavernoso sobre la cistorrafia. Este pedículo músculo-graso sirve de aporte vascular. La trasposición se realiza creando un túnel subcutáneo y submucoso vaginal, lo suficientemente amplio para no estenotar el pedículo. Después de 7 meses de la intervención las pruebas para el diagnóstico de fístula no han evidenciado recidiva.

Por tanto, destacamos que el aporte de un autoinjerto músculo-cutáneo refuerza la pared vesical. Es una técnica muy útil en casos de fístulas recidivadas y causadas por intervenciones quirúrgicas radicales oncológicas.

Incisión única para el tratamiento conservador y estadificación quirúrgica del cáncer de mama en estadios iniciales

N. Devesa, P. Suárez, A. García, C. Caso, I. Vila, L. Yáñez

Correspondencia: Néstor Devesa. Hospital de Figueres. Ronda Rector Arolas, s/n. 17600 Figueres. Girona

Durante el año 2003, en la Unidad de Mama de nuestro hospital, sobre un total de 71 pacientes con cáncer de mama, se realizaron 9 tumorectomías con linfadenectomía a través de una incisión única arciforme entre las 9 y 12 horarias. En todos los casos el tumor se localizaba en el cuadrante súpero-externo y su diámetro era inferior a 2 cm.

La linfadenectomía se efectuó identificando los límites de la axila y la vena axilar. Siempre fue posible respetar los nervios del serrato mayor, dorsal ancho y accesorio del braquial cutáneo interno. El acceso a los niveles I y II no ofreció dificultades. El número de ganglios obtenidos fue de 15 ± 2 . Todas las pacientes evolucionaron favorablemente.

La incisión única en el tratamiento conservador del cáncer de mama, en comparación al abordaje habitual de dos incisiones, nos permitió reducir el tiempo operatorio en unos 30 minutos. Además las pacientes presentaron menos dificultad en la movilización precoz del brazo y la estancia hospitalaria disminuyó en unas 36 horas. Hasta el momento actual no hay casos de linfedema.

La incisión única en ciertos casos de tumores situados en la prolongación axilar de la glándula mamaria es recomendable por sus mejores resultados estéticos y el menor tiempo quirúrgico y estancia hospitalaria.

Importancia de la utilización del fan retractor en la linfadenectomía laparoscópica en el cáncer de endometrio

N. Devesa, V. Centurión, L. Yáñez, I. Vila

Correspondencia: Néstor Devesa. Hospital de Figueres. Ronda Rector Arolas, s/n. 17600 Figueres. Girona

Desde el año 2003 en el Servicio de Ginecología del Hospital de Figueres, los estadios iniciales del carcinoma de endometrio se tratan y estadifican mediante laparoscopia. El principal inconveniente técnico es conseguir un adecuado desplazamiento e inmovilización del colon. Por este motivo hemos comenzado a introducir en nuestro arsenal endoscópico el Fan Retractor. Se trata de un instrumento habitualmente utilizado en cirugía general, que consta de 5 dedos que se abren y cierran en forma de abanico, permitiendo desplazar y fijar diferentes estructuras. En la cirugía endoscópica del carcinoma de endometrio el Fan retractor se introduce vía suprapúbica y nos posibilita separar e inmovilizar el colon para acceder al retroperitoneo, optimizando el tiempo quirúrgico y evitando potenciales lesiones intraoperatorias. Su uso es recomendable por ser un instrumento carente de complejidad, de fácil utilización y de bajo coste.

Fecundación *in vitro* en el Hospital de Figueres

J. Inglada, A. Prim, G. Gauthier, J. Sarquella, N. Carrasco, F. Losa, C. Caso

Correspondencia: Josep Inglada. Hospital de Figueres. Ronda Rector Arolas, s/n. 17600 Figueres. Girona

Unas 700.000 parejas en España sufren alteraciones relacionadas con la fertilidad. Actualmente existen 203 centros homologados para realizar tratamientos de fertilidad, 38 de ellos son públicos. La lista de espera media para recibir tratamiento en la sanidad pública es de 3 años.

Nuestro objetivo fue valorar la posibilidad de ofrecer una Unidad de Reproducción Asistida a la población de nuestro entorno y conseguir

resultados equiparables al resto de centros homologados. Siguiendo la normativa y protocolos establecidos, se creó un equipo multidisciplinario, integrado por ginecólogos, biólogos y urólogos, y se adaptaron las consultas externas y los quirófanos a las necesidades de la Unidad.

En el 2003 se realizaron un total de 130 primeras visitas, con 90 inseminaciones de cónyuge (IAC), 33 inseminaciones de donante (IAD) y 42 FIV-ICSI. Las tasas de gestación por ciclo obtenidas han sido: en IAC 23,3%, en IAD 24,2% y en FIV-ICSI 30%.

A pesar de ser un hospital comarcal, la experiencia iniciada por nuestra Unidad ha conseguido ofertar una asistencia a una población que difícilmente podría acceder a estas técnicas, ya sea en la sanidad pública, por problemas geográficos y lista de espera, o en la sanidad privada, por motivos económicos. Los resultados obtenidos nos animan a continuar en esta línea de trabajo. Creemos que nuestra experiencia puede ser útil para que otros centros de ámbito comarcal consideren crear unidades similares para mejorar las dificultades de acceso de las pacientes a las técnicas de reproducción asistida.

Correlación entre el valor del Alfa-fetoproteína (AFP) en líquido amniótico de segundo trimestre y el crecimiento fetal

N. Pagès, MD, Gómez, J. Sabrià, C. Esteve, I. Mora, I. Miró, M. Borràs, JM. Lailla

Correspondencia: Nuria Pagès i Campderrós. Hospital Sant Joan de Déu. Passeig Sant Joan de Déu, 2. 08950 Esplugues de Llobregat. Barcelona

Introducción: Los ácidos grasos poliinsaturados son esenciales para el correcto desarrollo fetal. El AFP es la proteína transportadora de estos ácidos entre la circulación fetal y materna durante el embarazo. Es en el espacio intervilloso placentario donde se encuentra la mayor concentración de este elemento. Los niveles de AFP en líquido amniótico y/o sérum materno se elevan en esos casos donde el tejido fetal no está intacto y existe fuga de proteínas desde los capilares al líquido.

Objetivo: Valorar la existencia de una correlación negativa entre los niveles de AFP en líquido amniótico entre las 14 y las 18 s.g. y los Múltiples de la Derivación Media (MDM) del peso neonatal.

Material y metodología: Estudio longitudinal y retrospectivo en 985 amniocentesis de diagnóstico prenatal en las que se dispone el seguimiento de la gestación y parto. El peso al nacer se ajusta a las semanas gestacionales mediante el cálculo de los Múltiples de la Desviación de la Media (MDM). La correlación entre AFP y MDM se determina mediante la prueba de Spearman.

Resultados: No se establece una correlación estadísticamente significativa ($p=0,138$); aunque se observa una tendencia débil a un menor peso neonatal cuando mayor es el valor de la AFP ($r=-0,047$).

Efectividad de la ecografía obstétrica de tercer trimestre en el diagnóstico del retraso de crecimiento intrauterino

N. Ros, R. Velasco, A. Espín, S. Miguel, R. Teixell, J. Sentís M, J. Salinas, A. Lluca

Correspondencia: N. Ros. Hospital Sant Pau i Santa Tecla. Rambla Vella, 14. Tarragona

Introducción: La red hospitalaria y social de Sant Pau i Santa Tecla da cobertura sanitaria a la comarca del Baix Penedès (CAP El Vendrell, CAP Calafell y CAP l'Arboç) y a los municipios de Torredembarra, Vila-seca y una parte de Tarragona (en total más de 100.000 habitantes). Es en este ámbito poblacional en el que hemos trabajado para valorar la efectividad de la ecografía practicada como método de criba del CIR.

Objetivo: Demostrar la efectividad de la ecografía de tercer trimestre en la criba poblacional del retraso de crecimiento intrauterino.

Método:

- *Diseño de estudio:* estudio de cohortes, prospectivo y longitudinal.
- *Población estudiada:* los fetos con una estimación del peso por debajo del percentil 10 en la ecografía practicada entre las 30 y las 34 semanas. En este feto se ha mirado el peso del recién nacido en el día de su nacimiento y se ha establecido la efectividad diagnóstica de la ecografía previa (VP/VN/FP/FN).
- *Periodo de estudio:* ecografías de tercer trimestre realizadas entre el 1 de diciembre de 2002 y el 30 de noviembre de 2003.

Resultados: Se han estudiado múltiples métodos en el diagnóstico del retraso de crecimiento intrauterino (exploración clínica, marcadores bioquímicos...), todos ellos de baja sensibilidad. La ecografía practicada como método de criba de todos los gestantes entre los 30 y 34 semanas parece que consigue una sensibilidad diagnóstica en torno del 70-80%.

Evaluación de los resultados reproductivos en pacientes infértiles tratadas de útero septo vía histeroscópica

L. Guri, J. Aragonés, P. Cavallé Busquets, P. Cavallé Vallverdú

Correspondencia: L. Guri. Hospital Sant Joan de Reus. Sant Joan, s/n. 43201 Reus. Tarragona

Objetivo: Analizar los resultados reproductivos en pacientes infértiles diagnosticadas y tratadas de útero septo mediante histeroscopia.

Material y métodos: Estudio retrospectivo observacional en pacientes con deseo genésico e infértiles que han estado sometidas a tratamiento histeroscópico quirúrgico por útero septo en nuestro hospital (Hospital Sant Joan de Reus) desde enero de 1995 a diciembre del 2002.

Resultados: De 113 parejas que consultan por infertilidad (definido como parejas que han tenido dos o más abortos anteriores), 31 (27,4%) han estado diagnosticadas, mediante histeroscopia, de útero septo. De estas 31 pacientes, 16 se han tratado en nuestro hospital mediante histeroscopia quirúrgica, 9 (56,25%) de las cuales se han quedado embarazadas posteriormente, 5 (31,25%) no han conseguido gestación posterior y 2 (12,5%) son casos que hemos perdido.

Todas las gestaciones posteriores al tratamiento quirúrgico han llegado a término y no hemos tenido, en estas pacientes, ningún caso de aborto posterior.

Comentarios: La cirugía histeroscópica del útero septo ofrece unos buenos resultados reproductivos.

Revisión de la casuística de recién nacidos de bajo peso del Hospital Universitario Sant Joan de Reus

MA. Castañer, P. Cavallé Busquets, O. Córdoba, JR. Pascual, P. Cavallé Vallverdú

Correspondencia: MA. Castañer. Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital Universitario Sant Joan de Reus. Sant Joan, s/n. 43201 Reus. Tarragona

Introducción: Análisis epidemiológico descriptivo de los recién nacidos de bajo peso del HUSJR.

Material y métodos: Estudio retrospectivo descriptivo de los 1481 recién nacidos procedentes de gestaciones únicas en el HUSJR durante 2003. Presentamos 146 recién nacidos de bajo peso (por debajo del percentil diez) comparándolos con los de peso normal.

Los aspectos valorados han sido: edad gestacional, peso del recién nacido, test de Apgar, ph venoso, muerte fetal, serologías maternas (VIH, VDRL, toxoplasma y hepatitis B), inicio del parto, etnia y preeclampsia.

Resultados: La incidencia de prematuridad, Apgar a los 5 minutos $< 0 = 6$, ph venoso $< 7,20$ y muerte fetal antepartum es superior entre los casos de bajo peso, limitándose la muerte postparto a este grupo.

Aquellas madres con serologías positivas para VIH, VDRL, hepatitis B o toxoplasma, o que presenta preeclampsia, tienen una incidencia de bajo peso más importante. La etnia también parece influir, observándose un mayor porcentaje de bajo peso entre la población caucásica (11%) con respecto a la magrebí (4%) o la suramericana (6%).

Finalmente mencionar que la finalización del embarazo en forma de cesárea electiva (9,6% vs. 4,4%) o urgente (1,4% vs. 0,1%), resulta superior entre el grupo de bajo peso.

Comentarios: Nuestro análisis apoya que la morbimortalidad entre los casos de bajo peso es superior a la del resto de la población, sorprendiendo la incidencia incrementada entre la población caucásica en relación a otras etnias.

Utilidad del test postcoital en el estudio de esterilidad

J. Llebería, E. Baldrich, A. Rodríguez, P. Cabañuz, L. Costa, E. Bataller, R. Cos, A. López Muñoz, CM. Foradada

Correspondencia: J. Llebería. Parc Taulí. Hospital de Sabadell. Parc Taulí, s/n. 08208 Sabadell. Barcelona

Objetivo: Evaluar la utilidad actual del test postcoital (TPC) en el estudio de la pareja estéril y valorar si existe asociación entre sus resultados y la tasa de gestación obtenidas.

Material y métodos: Estudio retrospectivo observacional. Periodo 1998/2003. Muestra: 472 parejas estudiadas en nuestro centro.

Se valoró: índice reológico (Test Instler) e interacción moco-semén (Test de Sims-Hühner).

Se analizó la tasa de gestación según si el TPC había sido positivo o negativo, de forma global y estratificada.

Resultados: Se realizó TPC en 140 parejas estériles:

- Las parejas con esterilidad > 3 años presentan un 28,6% de embarazos, frente al 41,3% de las < 3 años ($p=0.2$); independientemente del resultado del TPC.
- Tampoco se observan diferencias significativas en la tasa de gestación según TPC en los casos de factor masculino leve (45,7% del total) y al uso o no de técnicas de reproducción asistida (57,1% realizaron RSP a IAC).
- No encontramos diferencias en la tasa de gestación: 37,1% vs. 38,6% según el TPC sea + o -.

Conclusiones: Dado el escaso valor pronóstico del TPC creemos, al igual que otros autores, que podría obviarse en el estudio básico de esterilidad.

Gestación tras infarto agudo de miocardio

P. Regueiro, S. Medina, J. Costa, V. Álvarez, J. Llebería, CM. Foradada

Correspondencia: P. Regueiro. Parc Taulí. Hospital Sabadell. Parc Taulí, s/n. 08208 Sabadell. Barcelona

Introducción: El embarazo después de un infarto agudo de miocardio (IAM) es muy infrecuente por la baja prevalencia de dicha patología en mujer joven. Dicha asociación implica un incremento del riesgo de morbimortalidad materna y fetal. Describimos un caso habido en nuestro centro.

Caso clínico: Paciente de 32 años. P: 1001.

Antecedentes:

- Familiares: IAM en ambos progenitores
- Hábitos tóxicos: tabaquismo, cannabis, benzodiazepinas y opiáceos
- Patológicos: dislipemia, síndrome depresivo. IAM inferoposterior de ventrículo derecho medio año antes del embarazo

La gestación transcurre sin incidencias hasta que en el control ecográfico de la semana 34 las biometrías corresponden a 31 semanas; índice de líquido amniótico normal, doppler arteria umbilical normal. NST normal.

En la semana 35 las biometrías corresponden a 32 y el doppler de arteria umbilical es patológico (cociente S/D 4.57), motivo por el cual se decide finalizar la gestación

Cesárea electiva (Bishop desfavorable; prostaglandinas contraindicadas).

RN de 1950 g; apgar: 9/10/10; pH 7,20/7,31.

Puerperio normal. Alta en cinco días.

Comentario: Pese a la contraindicación clásica de embarazo tras IAM, este caso ilustra que con un adecuado control gestacional los resultados perinatales pueden ser satisfactorios.

Bajo peso neonatal en hospital primario. Análisis casuístico

J. Folquet Munné, A. Anubnane, M. de Petry Baiges,

A. Martínez Ayerán, M. Moral Fusté, MC. Zabarel

Correspondencia: Josep Folquet Munné. Servei de Ginecologia i Obstetricia. Hospital Sant Jaume. Mulleres, 15. 17800 Olot. Girona

Introducción: Las definiciones de retraso de crecimiento intrauterino (RCIU) y recién nacido pequeño para edad gestacional señalan probable-

mente pasos de muy distinto origen y significado, que incluyen desde recién nacidos afectados de enfermedad fetal de origen vascular, infeccioso o malformativo, hasta otros constitucionalmente "pequeños" e incluso "adecuados" para la edad. Analizamos en este trabajo la casuística del servicio desde la perspectiva del manejo obstétrico y la morbilidad neonatal inmediata.

Material y métodos: Análisis retrospectivo de 2.118 embarazos y partos de feto único registrados en la base de datos de nuestro servicio entre enero de 1997 y diciembre de 2003, considerando: origen materno, morbilidad gestacional asociada, tipo de parto, morbilidad neonatal (Apgar inferior a 7 a los 5 minutos e ingreso en período neonatal) en el grupo estudio de recién nacidos de peso inferior a 2.500 g y 37 o más semanas cumplidas de gestación, n= 68) y control (recién nacidos de más de 2.500 g y 37 o más semanas cumplidas, n=2050).

Resultados: De las 2.118 recién nacidos de embarazos sencillos a término, 68 pesaron menos de 2.500 g lo que significa una incidencia del 3,21%. La mortalidad neonatal en el período considerado consiste en 6 casos (2,8 por mil), uno de ellos en el grupo de bajo peso (14 por mil).

En el grupo de bajo peso hallamos 13 recién nacidos hijos de madres de origen centroafricano, lo que supone el 19,11%, más elevado que la proporción del mismo origen en el grupo control (289/2050, 14,09%).

Encontramos morbilidad gestacional asociada en 43 de 68 embarazos en el grupo estudio (63,23%) frente a 542 de 2050 del grupo control (26,43%).

En cuanto al tipo de parto, 18 de los 68 partos lo fueron por cesárea (26,46%), frente a 281 en el grupo control (13,70%). Las indicaciones de las cesáreas fueron: nalgas en 6 casos, el 33,33% por 23,48 (66/281) en el grupo control. Las alteraciones de FCP representan el 22,22%, un total de 4 partos, mientras que en el grupo control han resultado el 20,64% (58/281). Los 4 casos restantes suponen una miscelánea de indicaciones.

En dos casos del grupo estudio (29 por mil) el Apgar a los 5 minutos ha sido menor de 7, incluye un mornitatio. El grupo control registra 12 casos (5 por mil), incluyendo 3 mortinatos.

Se han producido 50 ingresos neonatales (73,52%), con una media de estancia de 3,6 días, por 403 en el grupo control (10,65%), con una media de 2,3 días de ingreso. Se han trasladado 3 neonatos del grupo de bajo peso (6%) y 18 del grupo control (4%).

Comentario: Los recién nacidos de bajo peso han presentado un mayor índice de morbilidad materna asociada, mayor morbilidad neonatal y mayor frecuencia de partos quirúrgicos, que en los recién nacidos de mayor peso, ocasionados por una mayor frecuencia relativa de presentaciones de nalgas y alteraciones de frecuencia cardíaca, sin diferencias en la no progresión de parto. En nuestro medio registramos además un cierto predominio de recién nacidos de bajo peso en el grupo de mujeres centroafricanas.

Análisis de la prevalencia de bajo peso al nacer: factores étnicos

J. Acosta, J. Sabrià, J. Martí, X. Buxó, A. Oriol

Correspondencia: J. Acosta. Hospital de l'Esperit Sant. Avda. Generalitat, s/n. 08923 Santa Coloma de Gramanet. Barcelona

Las condiciones sociales maternas se han implicado clásicamente como un de los factores determinantes de bajo peso en el nacimiento. Hemos

estudiado si el origen étnico puede determinar una mayor incidencia de bajo peso del recién nacido.

Durante el año 2003, ingresaron en la unidad de pediatría de nuestro centro 21 recién nacidos con bajo peso para la edad gestacional. Esto representa una incidencia de 3,21% y supone un 15,83% de los ingresos en la unidad de neonatos. En estos casos, la media de peso al nacer fue 2.328 g, con una media de edad gestacional de 38,38 semanas. Los índices de Apgar fueron normales en todos los casos y la estancia media en la unidad de neonatos fue de 4,47 días. Sólo se tuvo que realizar un traslado.

En cuanto a la distribución según el origen étnico de las madres con recién nacidos de bajo peso: 4 mujeres eran gitanas, 2 chinas, 1 magrebí, 1 asiática, 1 latinoamericana y 1 centroeuropea, las 11 restantes eran de origen mediterráneo. En la muestra estudiada de 653 partos, 357 en mujeres de origen mediterráneo y 296 en mujeres de otras etnias, esto representa un 3,08% de prevalencia en el grupo de mujeres mediterráneas y un 3,38% en el grupo de otras etnias. Esta diferencia no es estadísticamente significativa.

En el póster desarrollamos y analizamos estos datos, remarcando las diferentes incidencias de bajo peso en función de la procedencia geográfica de la madre.

Retraso de crecimiento intrauterino en el Hospital de Mataró

E. Genover, R. Bartres, P. Solé, M. Celades, N. Gratacòs, J. Sargatal, J.J. Guillen, JM. Solé Sedeño, C. Serra

Correspondencia: E Genover. Hospital de Mataró. Ctra. de Cirera, s/n. 08301 Mataró. Barcelona

Resumen: El retraso de crecimiento intrauterino (RCIU) es un síndrome caracterizado por el hecho de que el feto crece por debajo de sus posibilidades durante la vida intrauterina. Las consecuencias serán las de obtener neonatos que no desarrollarán todo el potencial esperado.

El objetivo de la comunicación es presentar en forma de gráficos las características de las gestantes, del parto y de los neonatos catalogados de RCIU.

Incluimos 555 neonatos clasificados de RCIU por presentar un peso inferior al percentil 10 para su semana de gestación. SE recogen de los partos atendidos del 1 de Enero de 1992 al 31 de Diciembre de 2001.

La incidencia de RCIU total ha sido del 5,19% (555/10689). Se ha mantenido igual a lo largo de los distintos años analizados. La edad media de las pacientes al parto ha sido de 28 años aumentando paulatinamente con los años igual que ocurre con el resto de la población normal. Las razas procedentes de África Central son las más afectadas por estas patologías; es posible se deba a problemas de alimentación. El parto se indujo con prostaglandinas en el 14,71% de las pacientes con tasa de cesárea electiva del 11,53%. En las dos tasas era muy superior a la población normal. Si el parto se produce a las 39±1,5 semanas en la población normal, en el RCIU se presenta de promedio a la 37+1,9SG. La tasa de cesáreas fue del 29% en la población RCIU y del 18% en la población normal. La tasa de partos eutócicos fue igual en los dos grupos y la de fórceps y espátulas la mitad de la población normal. En el 90% de la población se realizó estudio bioquímico de los vasos umbilicales, con una media en los dos grupos del 7,27±0,06. La mortalidad perinatal fue del 30x1000 en el grupo de RCIU muy superior a la tasa de la población normal que fue del 6x1000. Las muertes se producían antes del ingreso

al centro hospitalario. Se concluye observando que conseguimos neonatos vivos en buen estado y semejantes a la población normal. Las tasas de mortalidad son superiores al grupo RCIU y a expensas de neonatos que no están controlados por el centro. Es necesario hacer una política de detección precoz para poder detectar estos fetos de forma precoz y por tanto actuar en consecuencia.

Visualización de la circulación coronaria en dos casos de RCIU

E. Soto, MJ. Miranda, S. Torres G. Albaigés, RM. Miralles

Correspondencia: E. Soto. Hospital Universitari de Tarragona Joan XXIII. Doctor Mallafre Guasch, s/n. 43007 Tarragona

Mostraremos mediante ecografía imágenes de dos casos diagnosticados como CIR severo con alteraciones hemodinámicas graves y visualización de circulación coronaria y cambios en ductus arterioso.

El primero de los casos se trata de una gestante primigesta a de 24 SG con hipertensión arterial. La ecografía de las 20 sg es normal y presenta un doppler uterino medio >95 c. Ingres a las 28 sg y se realiza maduración pulmonar fetal. Se establece el diagnóstico de preeclampsia moderada y RCIU. La ecografía que se realiza a las 29 sg objetiva un oligoamnios severo y un doppler AU adistólico con redistribución severa y visualización de la circulación coronaria y flujo reverso en el ductus arterioso. El TNS mostró escasa variabilidad motivo por el cual se decide finalizar la gestación por sospecha de sufrimiento fetal naciendo una niña de 800 g que fallece en el periodo neonatal.

El segundo caso consiste en una primigesta de 26 sg que ingresa con el diagnóstico de RCIU severo (decalaje de 3 semanas). Se inicia maduración pulmonar al ingreso. Se realizan ecografías seriadas donde se observa empeoramiento hemodinámico progresivo, arteria umbilical revertida, ductus venoso patológico y flujo reverso en ductus arterioso. Se visualiza circulación coronaria y el TNS muestra escasa variabilidad por lo que se decide finalización. A las 28 sg naciendo un niño vivo de 680 g que fallece tres días después.

La visualización de circulación coronaria (art. descendente anterior) junto con flujo reverso en ductus arterioso son signos de mal pronóstico en los fetos con restricción de crecimiento severa y rápido empeoramiento hemodinámico. El estudio de la circulación intracardiaca puede ser una herramienta útil en el manejo de las formas más severas y precoces de restricción de crecimiento.

La arteria umbilical única como marcador de bajo peso al nacer

E. Vila i Camps, A. Florensa, R. Rovira, M. García, C. Bach, J. Sabrià

Correspondencia: Ester Vila i Camps. Servei d'Obstetrícia i Ginecologia. Hospital Universitari "Doctor Josep Trueta". Av. De França, s/n. 17007 Girona

Introducción: La presencia de arteria umbilical única (AUU) ha sido asociada a un aumento del riesgo de complicaciones durante la gestación. Entre estas: malformaciones fetales y bajo peso al nacer, que se relacionan con un aumento de la morbimortalidad perinatal.

Objetivo: Valorar si la existencia de AUU se asocia a bajo peso (BP) al nacer en los fetos que no presentan otras malformaciones fetales.

Métodos: Estudio retrospectivo de 7683 gestaciones con feto único y edad gestacional superior a 34 semanas. Se han excluido los fetos malformados y los muertos en el periodo perinatal. Se han establecido dos grupos según el peso del recién nacido: BP (< P₁₀) y NO BP (> = P₁₀) de nuestras curvas de crecimiento fetal. El estudio ha sido ajustado para las siguientes variables: edad materna, paridad, IMC, preeclampsia, diabetes insulino dependiente, hábito tabáquico, etnia y sexo del recién nacido. Se han utilizado las pruebas estadísticas de: T de Student, χ^2 , y modelos de regresión logística.

La AUU se diagnosticó mediante la ecografía morfológica realizada entre las semanas 19-22 de la gestación.

Resultados: De los 40 casos (0,3%) con AUU, 5 (12,5%) presentaron BP al nacer. Se observó una tendencia a presentar mayor incidencia de BP en el grupo con AUU (OR: 1,41 [IC95% 0,49-4,1]) aunque no se alcanzó una diferencia estadísticamente significativa.

	BP	NO BP
AUU	12,5%	87,5%
NO AUU	7,4%	92,6%

Conclusión: Se ha observado una mayor incidencia de RN con BP al nacer en el grupo con AUU, aunque esta diferencia no es estadísticamente significativa.

Parámetros poblacionales que influyen en el bajo peso al nacer

A. Florensa i Royo, E. Vila, S. Torrent, M. García, C. Bach, J. Sabrià

Correspondencia: Anna Florensa i Royo. Servei d'Obstetrícia i Ginecologia.

Hospital Universitari "Doctor Josep Trueta". Av. De França, s/n. 17007 Girona

Objetivo: Determinar qué parámetros poblacionales influyen en el bajo peso al nacer.

Métodos: Estudio retrospectivo de 7.727 gestaciones con feto único y edad gestacional superior a las 34 semanas. Se han excluido los fetos malformados y los muertos en el periodo perinatal. Hemos establecido dos grupos de acuerdo con el peso del recién nacido (RN) en el momento del nacimiento: bajo peso (BP) y no bajo peso (NBP) definidos a partir del P₁₀ de nuestras curvas de crecimiento fetal.

Las variables estudiadas son las siguientes: edad, etnia, paridad, diabetes insulino dependiente (DMID), tabaco, índice de masa corporal (IMC), preeclampsia y sexo del RN. Se han utilizado las pruebas estadísticas: T de Student, χ^2 y los modelos de regresión logística.

Resultados: De las 7.727 gestaciones, 570 presentaban BP al nacer (7,38%). De estas el 87,50% corresponden a población autóctona, 11,40% a población subsahariana y 1,10% a población norteafricana.

	P	ODDS Ratio
Edad	NS	0,10 (0,98-1,02)
Subsaharianas	<0,001	2,65 (1,9-3,7)
Norteafricanas	<0,05	0,33 (0,12-0,91)
Paridad	<0,001	1,63 (1,1-2,42)
Dmid	Ns	0,01 (0-108,08)
Tabaco	<0,001	2,63 (2,07-3,33)
Imc	<0,001	0,95 (0,93-0,98)
Preeclampsia	<0,001	2,85 (1,91-4,28)
Sexo RN	NS	1,18 (0,99-1,42)

Conclusiones:

- Con nuestras curvas de peso sobreestimamos el BP en la población subsahariana y la infraestimamos en la norteafricana.
- La primiparidad, el hábito tabáquico y la preeclampsia tienen relación directa y estadísticamente significativa con el BP al nacer.
- Existe una relación inversa entre IMC materno y el BP.
- La edad materna y el sexo fetal no tienen relación estadísticamente significativa con el BP.
- En esta serie no hemos obtenido ningún caso de BP en gestantes DMID.

Malformaciones uterinas

MJ. Miranda, E. Soto, G. Albaigés, S. Torres, RM. Miralles

Correspondencia: MJ. Miranda. Hospital Universitari de Tarragona Joan XXIII.
Doctor Mallafré Guasch, s/n. 43007 Tarragona

Objetivo: Revisión de las malformaciones uterinas intervenidas entre los años 2001/2003.

Material y métodos: Se han realizado 16 histeroscopias diagnósticas asociadas a laparoscopia y un único caso de laparoscopia sin histeroscopia viéndose 4 úteros unicornes, uno didelfo unicollis, un útero septo bicollis, 10 tabiques uterinos unicollis y un útero bicorne unicollis.

Resultados: Se observó que la edad media fue de 30,8 (rango 22-37).

Los motivos de consulta fueron los siguientes: esterilidad en 7 casos (1,19%); infertilidad 3 (0,51%); dismenorrea en 2 (0,34%); MAO (partos pretérminos) en 3 (0,51%), hallazgos ecográficos casuales 2 (0,34%).

Se realizaron 16 ecografías transvaginales de las que sólo 7 diagnosticaron malformaciones uterinas.

Se llevaron a cabo 14 histerosalpingografías viéndose malformaciones uterinas en todas ellas, siendo diagnosticadas como útero bicorne, y alteraciones de la permeabilidad tubárica en 3.

Para la confirmación del tipo de malformación se realiza laparoscopia más histeroscopia diagnóstica observándose lo siguiente: 4 úteros unicornes, 1 didelfo unicollis asociado a hematosalpinx y hematometra, un útero septo bicollis y 10 tabiques uterinos. Sólo en un caso se hizo laparoscopia exclusivamente y se diagnosticó un útero bicorne asociado con mioma subseroso.

En 6 pacientes estériles se hizo cromopertubación resultando ser positiva en 4 de ellas.

En cuanto a las histeroscopias quirúrgicas se realizaron 10 para resección de tabique de las cuales 1 fue fallida y finalizó en metroplastia.

En 3 casos fue necesaria la práctica de laparotomía; en una de ellas se llevó a cabo una metroplastia más miomectomía (en el útero bicorne), en otra una metroplastia (en el caso de tabique uterino con histeroscopia fallida) y en el otro se reseco hemiútero y trompa derecha (en el caso didelfo unicollis).

Realizadas pielografías para completar el estudio se apreció una agenesia renal unilateral en una paciente diagnosticada de útero didelfo unicollis.

De nuestras pacientes estudiadas 4 consiguieron embarazo posteriormente de las que una abortó en el primer trimestre y otra precisó de un cerclaje.

Conclusión: Dada la posibilidad de realizar histeroscopia quirúrgica en los úteros tabicados es necesario llegar a un diagnóstico preciso y para ello realizamos laparoscopia más histeroscopia. La ecografía y la histerosalpingografía tienen una escasa sensibilidad y especificidad. Esta última sirve para hacer el diagnóstico de malformaciones uterinas pero la laparoscopia es lo que realmente da el diagnóstico preciso porque con ella se observa el contorno del fundus.

Es importante hacer la distinción por que el diagnóstico afecta al tratamiento que va a recibir la paciente.

Endometriosis gastrointestinal. A propósito de dos casos

S. González, JM. Lain, M. Aznar, J. Sáez

Correspondencia: S González. Servei d'Obstetrícia i Ginecologia. Consorci Sanitari de Terrassa. Carretera de Torrebonica, s/n. 08227 Terrassa. Barcelona

La endometriosis es presencia de estroma y glándulas endometriales fuera de la cavidad uterina.

La localización extragenital más frecuente es la gastrointestinal, la prevalencia es del 3,7-20%. De la gastrointestinal las más frecuentes son la rectosigmoidea, 60-70%, el apéndice en un 20%, el ciego en 3-6%

Clinica: La sintomatología depende del grado de obstrucción. La más frecuente es la no obstructiva con dolor cólico abdominal, sensación de distensión, alteración gastrointestinal. Los obstructivos, en un 6-12%, son más frecuentes el rectosigmoide e ileocecal. El cuadro clásico es la hematoquecia catamenial, 10-20%, y se puede asociar a dismenorrea, dispareunia y disquécia rectal.

Diagnóstico: Lo más frecuente son los casos de endometriosis conocida que causan afectación intestinal. El diagnóstico se basa en despistaje de obstrucción o pseudobstrucción (RX abdomen, TAC, enema, colonoscopia). El diagnóstico definitivo es el histopatológico.

Realizar diagnóstico diferencial con otras patologías que cursan con malabsorción, estenosis por neoplasia, apendicitis, colon irritable.

Tratamiento: Está en función de la historia reproductiva de la paciente. Hasta los años 60 se realizaron resección intestinal con histerectomía y anexectomía bilateral. Actualmente se es más conservador, sobretudo en pacientes en edad fértil.

El tratamiento médico se puede asociar complementario prequirúrgico o postquirúrgico si no se puede reseca toda la lesión.

Comentarios: La endometriosis gastrointestinal es poco frecuente. Puede tener múltiples manifestaciones.

Pensar en paciente con antecedentes de dismenorrea y un cuadro de obstrucción intestinal.

El tratamiento inicialmente es quirúrgico, con resección de la lesión, y conservador según la historia reproductiva.

Se presentan 2 casos de endometriosis intestinal, uno a nivel rectosigmoidea y el otro ileo terminal. En los dos fue resección del tramo afectado. El diagnóstico fue post-quirúrgico. Sólo uno de los casos tenía antecedente de endometriosis genital.