

Contenido / Contents

Resúmenes

2

Valoración de la ecografía transvaginal para el diagnóstico de la adenomiosis. Revisión sistemática y metanálisis

3

Cáncer de mama. Preservando la vida y conservando la mama

6

Presencia de adherencias y morbilidad en las cesáreas iterativas

7

**Abstracción 3. RT.**

Los ritmos, las formas y los colores de las manchas que constituyen esta imagen abstracta, son el resultado de una intervención digital efectuada sobre una fotografía documental: el resultado es la creación de una imagen distinta, creada sobre la base de la distribución original de los colores y de sus densidades respectivas, de sus contrastes y de los ritmos que, a pesar de su desigualdad, mantienen un vínculo proporcional que las une. Entrecerrando los ojos se aprecia mejor la diferencia entre los primeros planos de la izquierda y el alejamiento progresivo de las manchas hacia la derecha, como si fuera una hilera de manchas que se van achicando a medida que se van alejando de los primeros planos.

Las opiniones vertidas en *Pescando en internet* son exclusiva responsabilidad del autor y creador de este Boletín Electrónico, Dr. Ricardo Topolanski, salvo expresión de lo contrario. La selección de temas publicados no tiene ningún vínculo de interés con empresas o auspiciantes. Es una publicación apoyada y distribuida a través del padrón de socios de la SGU y de la SOGIU, pero no es ni representa la opinión oficial de ninguna de las dos sociedades.

ENVÍAN Y DIFUNDEN:

Sociedad Ginecológica del Uruguay
Sociedad de Ginecología del Interior del Uruguay

**Viernes 14****AGOSTO | 2009**

DIRECCIONES
Secretaría SGU.

Hospital «Pereira Rossell».
Br. Artigas 1550. Piso 2. CP 11.600.
Montevideo, Uruguay. sgubib@chasque.net

Secretaría SOGIU
18 de Julio 714. CP 60.000.
Paysandú, Uruguay
Fax: (598 72) 25335
info@sogiu.com

VISITE EL SITIO SGU
• <http://www.sguruguay.org>

VISITE EL SITIO SOGIU
• <http://www.sogiu.com>



Teresita Bentancurt

En su área de trabajo en la Sociedad Ginecocológica del Uruguay, me tomé la libertad de fotografiar a la señora Teresita Bentancurt. Después de 33 años de colaboración a todos los niveles, desde cuando la sociedad se reunía en algún salón del Hospital Pereira Rossell, porque aún no tenía un local propio. Teresita se va... no sin antes adiestrar —creo que es la palabra más correcta para la compleja tarea— a Valeria, la nueva secretaria: bienvenida. Un grato recuerdo de su dedicación, del íntimo conocimiento de todos los asuntos que se trataban, de su presencia para tomar las notas a cualquier hora, de cualquier día, cuando uno encontraba un momento para dedicar a la querida Sociedad. Gracias por toda la ayuda brindada. No sin pena le dedico estas líneas desde el Pescando. Adiós Teresita, que es un hasta pronto. Todos la vamos a extrañar, ¡y cómo!, incluso alguien como yo que ya estoy bastante retirado, aunque no del todo...

Siglas: ETV, ecografía transvaginal; RA, razón del azar; TRH, terapia de reemplazo hormonal.

■ Resúmenes

Rastreo del riesgo de osteoporosis. Uso de la medicación y riesgo de fracturas.

RJ Barr y col. del Programa de Investigaciones Óseas y Músculo-esqueléticas de la Universidad de Aberdeen, Reino Unido. El rastreo de la osteoporosis incrementa de manera significativa el empleo de tratamientos y disminuye la incidencia de fracturas. Los programas de rastreo pueden identificar a mujeres menopáusicas con una baja densidad ósea y con un elevado riesgo de futuras fracturas, pero requieren una prueba de efectividad por medio de un ensayo aleatorizado y controlado. **MÉTODOS:** Se llevó a cabo un estudio aleatorizado y controlado sobre un rastreo de 4.800 mujeres entre 45 y 54 años. Se observó un incremento en la terapia de reemplazo hormonal de 7.9% ($P < 0.001$), de 15% en otros tratamientos para la osteoporosis ($p < 0.001$) y **una disminución de 25.9% en el riesgo de fracturas comparado con los controles.** Luego del rastreo se aconsejó a las mujeres en el cuartil más bajo considerar la toma de **(TRH)**. 9 años después se determinó el efecto del rastreo en relación con la toma del tratamiento y con la incidencia de fracturas a través de un cuestionario postal y las diferencias en las categorías se determinaron usando el test del chi cuadrado. Se usó la regresión de Cox para determinar la razón del azar **(RA)**. **RESULTADOS:** de los grupos rastreados y de control, 52% vs. 44.5% respectivamente, comunicaron haber usado TRH ($p < 0.001$). Además, 36.6% de las rastreadas vs. 21.6% de las de los grupos de control comunica-

Genoderm

ACETATO DE CIPROTERONA 2 mg + ETINILESTRADIOL 0,035 mg

Belleza y protección al alcance de toda mujer

AJOG

<http://www.ajog.org/>



ron el uso de vitamina D, calcio, alendronato, etidronato o de raloxifeno. ($P < 0.001$). En un análisis pareado del protocolo de fracturas incidentales verificadas, **se observó una disminución del riesgo de 25.9% (de cualquier lugar) en el grupo rastreado (RA=0.741, IC95%=0.551-0.998 por edad ajustada, peso y altura)**. CONCLUSIONES: el rastreo de la osteoporosis determinado por la baja densidad ósea, incrementa de manera significativa el empleo de la THR y de otros tratamientos para la osteoporosis y disminuye la incidencia de fracturas.

Gripe: vacuna en embarazadas

MacDonald N., Riley LE., Steinhoff MC. OBSTETRICS AND GYNECOLOGY, 2009, 114; (2) 1ª parte: 365-368. Entre las personas sanas, se destacan dos grupos por el aumento del riesgo de tener una enfermedad severa y tener que hospitalizarse debido a la influenza: las mujeres sanas embarazadas y sus recién nacidos sanos (0 a 6 meses). La vacuna contra la influenza inactivada se ha usado en las embarazadas desde 1960 tanto en los EEUU como en Canadá; sin embargo, actualmente sólo 15% de las mujeres embarazadas demostraron estar vacunadas. En un estudio aleatorizado y controlado **se demostró que la vacuna disminuyó el número de infecciones por influenza en más del 30%, y redujo las infecciones comprobadas por laboratorio en los recién nacidos de 0 a 6 meses en 63%**. Los médicos encargados de la vigilancia de las embarazadas deberían estar al tanto de los riesgos de la influenza y de la posibilidad de una intervención efectiva que ahorre gastos.

■ Valoración de la ecografía transvaginal para el diagnóstico de la adenomiosis. Revisión sistemática y metanálisis

Se trata de una investigación efectuada por **SM Meredith, L Sánchez Ramos y AM Kaunitz**, del Departamento de Obstetricia y Ginecología, de la Facultad de Medicina de la Universidad de Florida, EEUU, que se publicó en AMERICAN JOURNAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY, 2009; 201: e1-6.

Introducción. La adenomiosis es un trastorno ginecológico frecuente que se define por la presencia de glándulas endometriales ectópicas y estroma dentro del miometrio, junto con una hiperplasia miometrial. Se encuentra por lo general en mujeres entre los 40 y los 50 años de edad y es **frecuentemente sub-diagnosticado** en mujeres sintomáticas en edad reproductiva. Los síntomas clásicos de la adenomiosis son, el dolor y abundantes metrorragias unidas a un aumento de tamaño del cuerpo uterino. Debido a los síntomas, el cuadro se mimetiza con otras patologías uterinas como la **leiomiomatosis, la endometriosis o los pólipos endometrioides**, siendo el diagnóstico desafiante y, tradicionalmente, se la diagnostica después de una histerectomía, anátomo-patológicamente. La prevalencia de esta patología en piezas anatómicas de histerectomía varía entre 5 y 79%.

DIVINA 21
Drospirenona 3,00 mg - Etinilestradiol 0,03 mg

Protección y bienestar al alcance de toda mujer

Se han descrito dos tipos distintos: una forma difusa y una forma localizada; en la primera de ellas, los focos de adenomiosis se distribuyen en el miometrio y en la segunda, se observan nódulos de miometrio hiperplásico junto a endometrio ectópico, y aunque las pacientes con adenomiosis pueden estar asintomáticas, suelen presentar frecuentemente dolores pélvicos y abundantes metrorragias. Pero, aunque la histerectomía sigue siendo una importante opción terapéutica, **se ha encontrado que el uso de DIU con levonorgestrel es efectivo para disminuir la dismenorrea, el intenso flujo menstrual y provocar cambios en la imagenología basal.** Un diagnóstico correcto permite a las mujeres que presentan esta patología y a los ginecólogos, el tomar decisiones terapéuticas en relación con la conducta médica o quirúrgica.

En los primeros tiempos de la ecografía, el diagnóstico preoperatorio se hacía por medio de la ecografía abdominal, pero no siempre se podía diferenciar con seguridad con una miomatosis. Con el advenimiento de la ecografía transvaginal (ETV) en la década de los ochenta se mejoró sensiblemente la posibilidad para hacer el diagnóstico preoperatorio y de acuerdo a algunos autores, aunque muy dependiente de la pericia del observador, ésta se ha convertido en **una importante herramienta** en los casos clínicamente sospechosos.

Se han comunicado distintos aspectos ecográficos de la adenomiosis que incluyen, el aumento de tamaño del útero no explicable por la presencia de miomas, el engrosamiento asimétrico de la pared miometrial anterior o posterior, la presencia de áreas heterogéneas pobremente circunscritas dentro del miometrio, lagunas sanguíneas anecoicas miometriales o quistes de tamaños variados, ecotextura del endometrio aumentada y estriaciones lineares sub-endometriales.

Los adenomiomas se definen como áreas circunscritas de manera no homogénea en el miometrio con márgenes no distinguibles y espacios hipoecoicos mayores a 5 mm. Aunque estos hechos se observan comúnmente en mujeres con adenomiosis, no existe un acuerdo general sobre cuál criterio diagnóstico tiene la mayor exactitud diagnóstica. De acuerdo a un estudio, las estriaciones sub-endometriales serían las más diagnósticas pero, sin embargo, la presencia de una heterogeneidad miometrial, que puede estar relacionada también con leiomiomas o ser un artefacto, parece haber sido más exacta en otro estudio.

Para mejorar la precisión de las estimaciones sobre la exactitud de la ETV, los autores efectuaron una revisión sistemática de la literatura y emplearon técnicas de metanálisis a fin de determinar la exactitud de la ecografía para el diagnóstico de la adenomiosis.

Diseño del estudio. Se usaron bases de datos computarizadas para identificar comunicaciones importantes que se hubieran publicado entre 1966 y 2007, en las que se comunicaran datos acerca de la exactitud de la ETV para el diagnóstico de la adenomiosis en mujeres histerectomizadas. La presencia o la ausencia de adenomiosis se confirmó por el análisis histopatológico de los especímenes operatorios.

El total de los análisis incluyó 14 ensayos con los agregados de 1895 pacientes. Dos autores, actuando en forma independiente determinaron la calidad metodológica e hicieron tablas para la determinación de las medidas de diagnóstico.

Resultados. La ETV predijo la adenomiosis con una razón de posibilidad de 4.67, IC95%, 3.13-6.17. La prevalencia general

de adenomiosis fue de 27.9%; IC95%, 25.5-30.3. La probabilidad de una adenomiosis con una ETV **anormal** fue de 66.2%, IC95% 61.6-70.6. La probabilidad de una adenomiosis con una ETV **normal** fue de 9.1%; IC95%, 7.3-11.1.

Comentario por los autores. La adenomiosis es una enfermedad debilitante frecuente, que se observa en millones de mujeres. De forma tradicional, el diagnóstico sólo se efectuaba por la anatomía patológica después de la histerectomía. Al hacerse posible el diagnóstico preoperatorio correcto los médicos pueden aconsejar mejor a las pacientes para tratarlas. La ETV es costo-efectiva, mínimamente invasiva y una herramienta diagnóstica obtenible para el ginecotocólogo. Los hallazgos del presente metanálisis y la revisión sistemática permiten sugerir que la ETV es un método útil para la identificación de la adenomiosis habiéndose encontrado también que tiene una buena exactitud para su identificación en pacientes con sintomatología. Las razones de posibilidad reflejan la probabilidad de un examen ETV anormal en mujeres con una adenomiosis relativa a los OR (*odds ratio*) de una ETV anormal en una mujer sin adenomiosis. Se calculó la probabilidad de la enfermedad, sobre la base de la prevalencia de la adenomiosis y de las razones de posibilidad. Para las mujeres sintomáticas, la prevalencia de la adenomiosis fue de 31.9% en las piezas quirúrgicas. Basados en esto, una mujer que se presente con síntomas de metrorragias importantes y con una ecografía positiva para adenomiosis, tiene una probabilidad de 68.1% de tener realmente una adenomiosis en la anatomía patológica. Para las mujeres, en general (incluyendo las histerectomías efectuadas por cualquier otra razón en el presente análisis) la prevalencia fue de 25.9% y esta probabilidad calculada fue incrementalmente menor a 65.1%. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la exactitud de la ETV en grupos de pacientes con síntomas consistentes de adenomiosis vs. pacientes histerectomizadas por cualquier otra razón. Las probabilidades de existencia de una adenomiosis con un examen normal por ETV también se calcularon sobre la base de las razones de posibilidad y la prevalencia de adenomiosis. La probabilidad de una adenomiosis con una ETV normal fue mayor (10%) en pacientes sintomáticas mientras que fue incrementalmente más baja en los estudios que incluyen histerectomía efectuadas por cualquier otra razón (8.7%)

Las conclusiones se debilitaron por la heterogeneidad inherente de múltiples ensayos clínicos agrupados para hacer los metanálisis. Cada estudio empleó diferentes definiciones de adenomiosis e incluyó estudios efectuados con transductores ecográficos diferentes. Otra variable para la exactitud de la ETV en la adenomiosis es el criterio diagnóstico variable empleado. La mayoría de los estudios incluyeron los hallazgos de heterogeneidad miometrial o la presencia de un útero globuloso como criterio, en tanto que otros, incluyeron el hallazgo de los quistes miometriales. La elección de un criterio de diagnóstico que fuera el más específico para la adenomiosis, varió entre los estudios. Los diversos métodos empleados por la mayoría de los patólogos para el diagnóstico de la adenomiosis, representó también otra variable en el presente metanálisis. Algunos estudios en el presente metanálisis compararon la habilidad de la ETV para diagnosticar la adenomiosis vs. la miomatosis, la presencia de la cual complica el diagnóstico ecográfico de la adenomiosis. Muchos estudios incluyeron otros índices de examen, como la resonancia magnética, que demostró ser más exacta que la ETV para el diagnóstico de adenomiosis en pacientes con síntomas pero con una ETV negativa. En investigaciones futuras se podrán comparar ambos exámenes.

Las grandes cifras resultantes de la comparación de múltiples pequeños ensayos representan una fortaleza del presente estudio. El más grande incluido en el presente metanálisis tuvo 405 participantes. Los escores QUADAS, que variaron entre 11-13, permitieron sugerir que la calidad metodológica de los estudios que se incorporaron al presente metanálisis, fue elevada en cada caso. No se encontraron evidencias de sesgos de publicación.

En conclusión. La evidencia publicada permite sugerir que la ETV es un examen **moderadamente exacto** para el diagnóstico de la adenomiosis. Como examen preoperatorio de fácil empleo, costo-efectivo y de amplia posibilidad de uso, **representa posiblemente el examen diagnóstico más práctico para la adenomiosis**. Como las opciones terapéuticas para las pacientes sintomáticas incluyen el manejo hormonal, un diagnóstico precoz puede reducir la necesidad de una histerectomía. Por el contrario, el diagnóstico de adenomiosis puede llevar al ginecotocólogo a ofrecer una cirugía definitiva más precozmente, cuando se considere apropiada en el curso del tratamiento.

■ **Cáncer de mama. Preservando la vida y conservando la mama**

Editorial de Umberto Veronese, del Instituto de Oncología Europeo, de Milán, Italia y publicado en LANCET ONCOLOGY, 2009; 10: 736.

Durante la mayor parte del siglo XX, el tratamiento estándar para el cáncer de mama fue la mastectomía de Halstead que, a menudo era curativa pero que, bajo cualquier estándar se trata de una mutilación, al extraer toda la mama, los músculos pectorales, un buen trozo de piel y los ganglios axilares. Los resultados del primer ensayo milanés a 5 años, publicados en 1981, brindaron los primeros datos fuertes de evidencia científica de que, la cirugía que conservaba la mama, seguida de radioterapia a la mama operada equivalía a la mastectomía como tratamiento precoz del cáncer (menor a 2cm. de diámetro). Cuatro años más tarde, Fisher y col. publicaron los resultados a 5 años de su ensayo miliar sobre 1843 pacientes, 1257 de las que habían recibido inicialmente la cirugía conservadora. **El ensayo mostró que la conservación es un tratamiento posible para las mujeres con cáncer de mama de hasta 4 cm. de diámetro.**

El ensayo Fisher tuvo tres grupos: a) mastectomía total, b) mastectomía segmentaria (conocida hoy como *linfadenectomía* con radioterapia y c) la mastectomía segmentaria sin radioterapia. Después de 5 años la supervivencia, libre de enfermedad distante y la supervivencia general no fue peor en los grupos de mastectomía segmentaria que en el grupo de mastectomía total (de hecho, la sobrevida general fue un poco mejor [p=0.06] en los grupos de conservación. **Sin embargo la recidiva en la mama operada fue significativamente más frecuente en el grupo de linfadenectomía sin radioterapia (27.9%) que en el grupo con radioterapia (7.7%).** Y cuando se categorizó a las pacientes tratadas conservadoramente de acuerdo a la edad, el estatus de los ganglios linfáticos, el tamaño del tumor y su localización, para cada categoría, **las recidivas fueron siempre menores en las pacientes que recibieron radioterapia**, lo que indicaba con claridad el valor de la radiación para la disminución de las mismas.

En relación con los resultados cosméticos, Fisher y col. observaron que una incisión curvilínea, una extirpación mínima de piel, una no re aproximación de los tejidos y la falta de drenaje contribuían en total a una buena apariencia postoperatoria de la mama. De hecho, es relativamente fácil obtener un buen resultado cosmético con la linfadenectomía, que extirpa justo bastante tejido para brindar una buena chance de que los márgenes del espécimen resecado estén libres de tumor. Sin embargo la linfadenectomía, ampliamente usada en los EUA, es problemática. En el estudio de Fisher, el 10% de las pacientes a las que se les efectuó inicialmente una linfadenectomía tenían tumor en los márgenes de la pieza operatoria y por esta razón la intervención conservadora se transformó en mastectomía total. Por contraste, **la cuadrantectomía más amplia tiene más posibilidades de remover todos los focos macroscópicos de la enfermedad y todavía permite un resultado cosmético aceptable.**

Se podría preguntar si esto importa: las pacientes que presentan recidivas pueden ser vueltas a tratar sin efectos adversos sobre la sobrevivencia, lo que sí importa, pues es el efecto psicológico de la recidiva de la enfermedad, que puede ser devastador en las mujeres afectadas y la re-operación (casi igual a la mastectomía total) es costosa. Es aquí donde la cuadrantectomía más radioterapia muestra su superioridad.

Sin embargo, la importancia del estudio de Fisher no debe ser subestimada. Junto con los estudios de Milán **se ha establecido que la conservación de la mama es la norma. Gracias a estos estudios muchas mujeres con cáncer de mama son operadas cada año conservando sus mamas y tienen una excelente probabilidad de curarse.**

■ Presencia de adherencias y morbilidad en las cesáreas iterativas

Indudablemente se trata de un interesante tema a tener en cuenta, por los riesgos que implican las adherencias sobre todo cuando las mismas involucran al intestino. Fue escrito por Tulandi T, Agdi M y Zarei A. del Departamento de Obstetricia y Ginecología de la Universidad McGill de Montreal, Quebec, Canadá y de Ethicon Inc., Somerville, Nueva Jersey, EEUU. Se publicó en el AMERICAN JOURNAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY, 2009; 56e1-6.

De acuerdo a la comunicación del Instituto Canadiense de Información sobre la Salud del año 2007, el número de cesáreas llegó a un record de altura en Canadá debido a que el **26.3%** de todas las mujeres canadienses tuvo el parto por cesárea en el periodo de un año entre 2005 y 2006, lo cual representa un incremento de 0.7% sobre el año previo, debido a que casi todos los territorios tuvieron un incremento en la tasa de cesáreas. Estas tasas son similares o se acercan algo a los estimados de la tasa estadounidense, donde los partos por cesárea representaron el **31%** de todos los partos en el 2006. Del mismo modo que otras operaciones de la cavidad abdominal, el parto por cesárea se asocia con adherencias, que llevan un mayor tiempo operatorio en los partos por cesárea repetidos.

La creciente tasa de cesáreas iterativas llevó a **investigar el impacto que tienen las adherencias** sobre las mismas y su efecto sobre la salud materna y fetal en la población canadiense. Como tal, el propósito de este estudio fue evaluar la

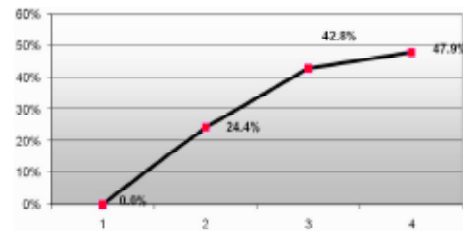
AJOG
<http://www.ajog.org/>



incidencia y la extensión de las adherencias intra-abdominales después de una cesárea iterativa y de sus implicancias clínicas.

Diseño del estudio. Se revisaron las historias clínicas de 1283 mujeres cesareadas iterativamente y otras 203 que lo fueron por primera vez. Las mediciones de los resultados primarios fueron: a) la incidencia y la extensión de las adherencias; b) el intervalo entre el comienzo de la incisión y la extracción del feto y c) el total del tiempo operatorio.

Resultados. No se encontraron adherencias en las cesáreas primarias. Comparadas con las mujeres con una segunda cesárea (24.4%) más mujeres de manera significativa tuvieron más adherencias después de la 3ª cesárea (42.8%; IC95%, 0.84-0.99). En comparación con la primera cesárea (7.7±0.3minutos) el tiempo de extracción fue más prolongado de modo significativo en las siguientes cesáreas (2ª, 9.4±0.1minutos; IC95%, 1-2; 3ª cesárea, 10.6±0.3minutos; IC95%, 2-; ≥ 4 cesáreas 10.4±0.1minutos; IC95%,1-2). Sin embargo, las tasas de complicaciones en aquellas mujeres con ≥ 2 cesáreas, se compararon a las de la cesárea primaria.



Prevalencia de las adherencias en la 1ª cesárea y en las iterativas.

Comentario por los autores. La mayor parte de los estudios evalúan la formación de adherencias en una laparoscopia secundaria cuyo inconveniente, especialmente durante el puerperio es evidente. Por lo tanto, hay muy pocos estudios que hayan investigado este tema. Con el mayor número de partos por cesárea iterativa en la institución de los autores, se pudo evaluar la formación de estas adherencias en una amplia y consecutiva serie de estas pacientes, que incluyó a mujeres con más de 4 cesáreas iterativas.

La incidencia de adherencias intra-abdominales en las mujeres con cesáreas iterativas aumentó rápidamente con cada cesárea agregada (2ª, 24.4%; 3ª, 42.9%; ≥4, 47.9%). El número total de adherencias entre todos los grupos fue similar, lo cual sugiere una densidad similar en las pacientes a lo largo de la repetición de las cesáreas. Sin embargo, la proporción de los sitios de adherencias en relación con la proporción de su densidad creció rápidamente desde la segunda, la tercera y más de 4 cesáreas, lo cual implica más adherencias y más lugares de adherencias involucrados con cada cesárea subsecuente.

En general, el desarrollo y las consecuencias de las adherencias no están bien estudiados. En un estudio similar, pero más pequeño, Morales y col. comunicaron una mayor tasa de adherencias: 46% en la segunda y 75% en la tercera. Esta discrepancia podría ser debida a la exclusión de partos por cesárea de emergencia y de aquellos con la previa incisión clásica en T y en el estadio III y IV de endometriosis. Por el contrario, de modo análogo a los hallazgos de su estudio, la mayoría de la adherencias en los casos de esta investigación se encontraron entre el útero y la vejiga o la pared abdominal anterior, junto con los incrementos en la tasa de adherencias densas entre cada cesárea. También comunicaron una prevalencia de 4% entre las mujeres que tuvieron una cesárea primaria, lo que no ocurrió en el presente estudio, discrepancia que podría ser debida a las condiciones que las excluyeron del mismo.

En otros estudios en los que se evaluó el desarrollo de adherencias no se comunicaron adherencias; más bien se estratificaron las mismas como menores o densas. Soltan y col. encontraron una tasa de adherencias densas en las cesáreas iterativas similares a las de la presente investigación: 36.1% después de la segunda, 39.4% después de la tercera y 63.6% después de \geq cesáreas iterativas (las cifras de los autores fueron 48.4%, 56.4% y 56.5%, respectivamente). Mako-ha y col. estudiaron las tasas de distintas morbilidades en un estudio sobre 3.191 mujeres y encontraron tasas de adherencias un poco más bajas (11.5%, 26.0% y 44.8% a la 2ª, 3ª y 4ª cesárea respectivamente), lo que también se corroboró en otros estudios.

Entre otros resultados los autores encontraron que, tanto el tiempo de extracción del feto como el tiempo operatorio, en las mujeres con adherencias, era significativamente más largo que en aquellas mujeres sin adherencias. Aunque la diferencia fue de sólo algunos minutos, estas diferencias se hicieron significativamente más elevadas con cada repetición de la cirugía. A lo que se sabe, éste el primer estudio que demuestra cuánto tiempo extra se agrega debido potencialmente a las adherencias en cada parto y en general al tiempo operatorio. **Este atraso es importante, especialmente en presencia de dificultades fetales.**

Desde un punto de vista de perspectiva económica, en una era de recursos cada vez más restringidos y de costos en ascenso de los cuidados de salud, el tiempo operatorio adicional puede promover atrasos y más presiones o disminución de ingresos al sistema de salud. De hecho, un estudio previo de los costos estadounidenses de la adhesiolisis en 1994, mostró que el costo total ascendió a 1.3 billones de dólares (*mil tres cientos millones en español [un billón en inglés = mil millones en español]*)¹.

En el presente estudio se presentaron **4 casos de lesiones de la vejiga, observados en la 2ª cesárea (0.4%) con adherencias densas**, lo cual concuerda con 2 grandes estudios retrospectivos previos: un estudio con control de casos sobre 14.757 cesáreas (0.28%) y un estudio retrospectivo de cohorte sobre 25.005 cesáreas (0.43%). Se desconoce si los obstetras son más cuidadosos creando un pliegue vesical en las mujeres que han tenido cesáreas previas. Tampoco está claro si la creación de un pliegue pudiera provocar el desarrollo de más adherencias entre la vejiga y el útero. Las implicancias clínicas de este hallazgo, así como la prolongación del periodo de internación son también desconocidas. En la mayoría de

1 ¡Pesos más, pesos menos!

los estudios se comunican tasas bajas de rupturas uterinas, las que no se encontraron en la presente investigación. También las tasas de placentas ácretas o previas fueron similares a los otros estudios.

La incidencia de infección del tracto urinario inferior parecer más alta después de la primera cesárea y más baja después de las siguientes. Tal vez ello se deba al hecho de que más del 90% de las cesáreas primarias se efectúan en emergencias: las pacientes han tenido trabajos de parto prolongados y han sido examinadas repetidas veces, además de que el personal se toma su tiempo preparando la uretra antes de insertar los catéteres antes de una cesárea iterativa. Las tasas de histerectomía y de dehiscencia de la herida también fueron similares entre las pacientes con cesáreas iterativas pero parecen haber sido mayores en relación con las pacientes con una cesárea primaria. En un registro de cesáreas revisado por Silver y col. la morbilidad materna que incluyó la tasa de histerectomías en mujeres con múltiples cesáreas previas, ésta fue más elevada que en las mujeres con una cesárea primaria y en otros estudios.

No todos los resultados en esta investigación están de acuerdo con estudios previos. Por ejemplo, Nisenblat y col. encontraron diferencias significativas en la pérdida excesiva de sangre entre las mujeres que fueron sometidas a una 2ª cesárea vs. ≥ 3 cesáreas (7.9 vs. 3.3%). Similarmente, Makoha y col. encontraron un incremento en las tasas de déficit de hemoglobina y de transfusiones postoperatorias, lo que no ocurrió en los casos de Soltan y col., que concuerdan con el presente estudio. También son variables los escores de Apgar los que, en algunos estudios, muestran alguna diferencia en tanto que en otros ésta no se observa. Son necesarios grandes estudios prospectivos para evaluar mejor los efectos de estas complicaciones y también es importante anotar que se trató de cesáreas iterativas planificadas, por lo que los resultados materno fetales sólo pueden ser interpretados para las cesáreas electivas. Los datos de las cesáreas de emergencia deben ser más estudiados.

El presente estudio no tiene la fortaleza suficiente como para examinar las diferencias estadísticas entre los puntos finales secundarios, como son los resultados maternos y fetales. Por esta razón es que se estratificaron los datos de la morbilidad en cesárea primaria vs. secundaria (≥ 2). **Parecería que las lesiones de la vejiga y el intestino, la dehiscencia de la pared uterina y de la herida operatoria, la histerectomía y la hemorragia postparto ocurrieron con mayor frecuencia en las cesáreas secundarias. Los resultados de este estudio dan la razón a hallazgos previos de que en general existe una mayor morbilidad relacionada con la repetición de las cesáreas.**

También se evaluó si el cierre del peritoneo parietal afectaba al desarrollo de adherencias en las cesáreas iterativas: en los casos en los que se pudo evaluar este método del cierre parietal, no se encontró una diferencia significativa en la prevalencia con cierre (17/56; 30.4%) o sin cierre (101/385; 26.2%) y en la 3ª cesárea (32/67; 47.7% vs. 50/111; 45.1%) y en mujeres con ≥ 4 cesáreas (25/57; 43.9 vs. 7/11; 63.6%). En este estudio se demostró que el cierre del peritoneo parietal no pareció afectar la formación de adherencias pero, indudablemente, los efectos del cierre peritoneal sobre la formación de adherencias sigue siendo poco claro (*¡de acuerdo!*). Unos pocos autores sugieren que no las afecta o previene, aunque otros no lo piensan así. De hecho, en dos estudios aleatorizados se mostraron resultados completamente opuestos.

Debido a la naturaleza retrospectiva de la evaluación de las adherencias existen algunas limitaciones inherentes al presente estudio: el uso de las historias clínicas puede introducir un sub-reportaje de la verdadera incidencia y severidad del

desarrollo de adherencias. Tampoco se obtuvieron evidencias como para documentar que determinados tipos de prácticas o de cambios de sistema durante el presente periodo de estudio hayan contribuido a cambios en los resultados a lo largo del tiempo.

Sin embargo, los tiempos del trabajo de parto y de la operación proveen una evaluación objetiva sobre las dificultades del parto por cesárea. La fortaleza de este estudio es el gran número de pacientes con cesáreas iterativas consecutivas en una institución aislada, especialmente aquellos casos con \geq cesáreas y los hallazgos del presente estudio permiten sugerir que, en un gran hospital docente canadiense, la presencia de adherencias es algo observado con frecuencia y que su extensión y su número se incrementa con la repetición de las cesáreas y que las adherencias aumentan el tiempo de extracción del feto (*¡pienso, sobre todo, si se tratara de una cesárea de urgencia!*) y el tiempo de duración de la intervención propiamente dicha. Los autores llegaron a la conclusión de que aumenta el número de las adherencias y el mayor tiempo necesario para la extracción del feto con cada cesárea subsecuente.

R.T.