

# Revista de la Sociedad Argentina de Ginecología Infanto Juvenil



Órgano oficial de la Sociedad Argentina de Ginecología Infanto Juvenil  
afiliada a la Federación Internacional de Ginecología Infanto Juvenil

# damssel®

Drospirenona 3 mg  
Ethinilestradiol 0.03 mg

## El hallazgo anticonceptivo

PRESENTACIÓN  
COMPRIMIDOS  
RECUBIERTOS  
**x28**

- Confiabilidad y seguridad anticonceptiva.<sup>1</sup>
- Adecuado control de ciclo.<sup>1</sup>
- Disminuye o no modifica el peso corporal.<sup>1,2</sup>
- Menor tensión mamaria y retención de líquidos.<sup>2</sup>
- Protege al hueso.<sup>3</sup>
- Significativa mejora de todos los parámetros evaluados como indicadores de satisfacción sexual.<sup>4</sup>



Para más información  
sobre DAMSEL®  
visite [www.gador.com.ar](http://www.gador.com.ar)

**IOMA**  
Instituto de Otorrinolaringología

**Referencias:** 1. Huber J et al; Efficacy and tolerability of a monophasic oral contraceptive containing ethinylestradiol and drospirenone; Eur J Contracep Reprod Health Care 2000; 5:25-34. 2. Foidart JM; Added benefits of drospirenone for compliance; Climateric 2005 (Suppl 3); 8: 28-34. 3. Paoletti AM et al; Short-term variations in bone remodeling markers of an oral contraception formulation containing 3 mg drospirenone plus 30 µg of ethinylestradiol: observational study in young postadolescent women; Contraception 2004; 70:293-298. 4. Caruso S et al.; Prospective study on sexual behavior of women using 30 µg ethinylestradiol and 3 mg drospirenone oral contraceptive; Contraception 2005; 72: 19-23.  
Fecha última revisión ANMAT: Sept. 2012

 **Gador**  
Ginecología



# Revista de la Sociedad Argentina de Ginecología Infanto Juvenil

Miembro integrante de la Federación Internacional de Ginecología Infanto Juvenil (FIGIJ)

Miembro integrante de la Asociación Latinoamericana de Obstetricia y Ginecología de la Infancia y Adolescencia (ALOGIA)

Miembro adherente de la Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia (FASGO)

## COMISIÓN DIRECTIVA - PERÍODO 2019 - 2020

<b>Presidente</b>	Dra. Elisabeth A. Domínguez
<b>Vicepresidente</b>	Dra. Viviana Cramer
<b>Secretaria</b>	Dra. Silvia Bonsergent
<b>Tesorera</b>	Dra. Alejandra Martínez
<b>Protesorera</b>	Dra. Andrea Di Fresco
<b>Directora de Publicaciones</b>	Dra. Laura Cesarato
<b>Subdirectora de Publicaciones</b>	Dra. Mariela Orti
<b>Secretaria de Actas</b>	Dra. María Laura Lovisoló
<b>Vocales</b>	Dra. Sandra Magirena Dra. Sandra Vázquez Dra. Dolores Ocampo Dra. Clara Di Nunzio
<b>Vocal suplente</b>	Dra. Myriam Bonifacio
<b>Revisores de Cuentas</b>	<b>Titular:</b> Dra. Cecilia Zunana <b>Suplente:</b> Dra. Soledad Matienzo
<b>Escuela de Posgrado SAGIJ</b>	<b>Directora Ejecutiva</b> Dra. Miriam Salvo <b>Subdirectora</b> Dra. Andrea Di Fresco <b>Asesor Académico</b> Prof. Dr. José María Méndez Ribas (Universidad de Buenos Aires)

## COMISIÓN CIENTÍFICA - PERÍODO 2019 - 2020

**COORDINADORA** Dra. Lucía Katabian

### INTEGRANTES

Dr. José María Méndez Ribas	Dra. Gabriela Perrotta	Dra. Paula Califano
Dra. Eugenia Trumper	Lic. Ana Tropp	Dra. Mercedes Fidalgo
Dra. Inés de la Parra	Lic. Hilda Santos	Dra. María del Carmen Tinari de Platini
Dra. Beatriz Pereyra Pacheco	Dra. Miriam Salvo	Dra. Patricia Riopedre
Dra. Carlota López Kaufman	Dra. Mirta Gryngarten	Dra. Marisa Labovsky
Dra. Silvia Oizerovich	Dra. Gabriela Kosoy	Dra. Dora Daldevich
Dra. Analía Tablado	Dra. Anahí Rubinstein	

## COMITÉS - PERÍODO 2019 - 2020

### COMITÉ DE ÉTICA

Dra. Eugenia Trumper  
Dra. Inés De la Parra  
Dra. Beatriz Pereyra Pacheco  
Dra. Analía Tablado  
Lic. Hilda Santos  
Dra. Mercedes Fidalgo

### COMITÉ PAGINA WEB

**Asesoría**  
Dra. Carlota López Kaufman  
**Coordinadoras Página Web**  
Dra. Andrea Di Fresco  
Dra. Myriam Bonifacio

### Colaboradoras

Dra. Cecilia Zunana  
Dra. Cynthia Pereyra

### COMITÉ EDITORIAL

**Asesoría**  
Dra. Carlota López Kaufman  
**Coordinadoras**  
Dra. Laura Cesarato  
Dra. Mariela Orti  
**Colaboradoras**  
Dra. Clara Di Nunzio  
Dra. María Zabalza  
Dra. Cecilia Zunana

### COMITÉ EDITORIAL NACIONAL

Dra. Marcela Bailez  
Dr. Enrique Berner  
Dra. Graciela Lewitan  
Prof. Dr. José M. Méndez Ribas  
Dra. Graciela Ortiz

### COMITÉ EDITORIAL INTERNACIONAL

Dr. Enrique Pons (Uruguay)  
Dra. Estela Conselo (Uruguay)  
Dra. Inés Martínez (Uruguay)  
Dr. Rodolfo Gómez (Uruguay)  
Dra. Debora Laufer (Uruguay)  
Dr. Carlos Guida (Chile)

Dr. Johannes Bitzer (Suiza)  
 Dra. Dvra Bauman (Israel)  
 Dra. Lilian Herter (Brasil)  
 Dr. Germán Salazar (Colombia)

#### COMITÉ DE CERTIFICACIÓN Y RECERTIFICACIÓN

Prof. Dr. José María Méndez Ribas  
 Dra. Miriam Salvo  
 Dra. Mirta Gryngarten  
 Dra. Anahí Rubinstein  
 Dra. Paula Califano

#### COMITÉ DE DELEGACIONES

Dra. Sandra Magirena  
 Dra. María Laura Lovisolo

#### COMITÉ IFEPAG

Dra. Viviana Cramer  
 Dra. Silvia Bonsergent  
 Dra. Gabriela Kosoy  
 Dra. Marisa Labovsky  
 Dra. Mariela Orti

#### COMITÉ INTERINSTITUCIONAL

Dra. Marisa Labovsky  
 Dra. Gabriela Kosoy  
 Dra. Inés de la Parra  
 Dra. Eugenia Trumper  
 Dra. Silvia Oizerovich  
 Dra. Dora Daldevich

#### COMITÉ DE REDES SOCIALES

Dra. Marisa Labovsky  
 Dra. Gabriela Perrotta  
 Dra. Analía Tablado  
 Dra. Laura Lovisolo  
 Dra. Clara Di Nunzio

## DELEGACIONES

PROVINCIA	CIUDAD/REGIÓN	RESPONSABLE	CARGO
Buenos Aires	Zona Norte	Melina Feder	Delegada
	Zona Oeste	Miriam Salvo	Delegada
		Myriam Bonifacio	Co-Delegada
	Zona Sur (Consultora: Néldia Boscio)	--	Delegada
Catamarca	La Plata	Gisel Rahaman	Delegada
	Bahía Blanca	Paula Cundom	Co-Delegada
	San Fernando del Valle de Catamarca	Anabel Bualó	Delegada
Chubut	Patagonia Atlántica	Daniela Rebelo	Delegada
		Nora Matach de Correa	Co-Delegada
Córdoba	Córdoba	Florencia Kiguel	Delegada
		Gabriela Catellani	Co-Delegada
Corrientes	Corrientes	Margarita Fuster	Delegada
		Carolina Vera	Co-Delegada
Entre Ríos	Entre Ríos	--	Delegada
		Romina Spoturno	Delegada
Jujuy	Jujuy	Emilia Bilen Beauche	Co-Delegada
		Vanina Ricca	Delegada
La Pampa	La Pampa	Silvina Del Frari	Co-Delegada
		Andrea Sosa	Delegada
La Rioja	La Rioja	Andrea Davico	Delegada
		María Cristina Zúñiga	Delegada
Mendoza	Mendoza	Adriana Giaccaglia	Co-Delegada
		Alicia Díaz	Delegada
Misiones	Misiones	Cecilia Roses	Co-Delegada
		Mónica Borile	Delegada
Río Negro	Comahue	Lucía Puglisi	Co-Delegada
		María de los Ángeles González	Delegada
Salta	Salta	Constanza Saravia	Co-Delegada
		Sandra Merino	Delegada
San Juan	San Juan	Marta Borrego	Co-Delegada
		Claudia Pérsico	Delegada
San Luis	San Luis	Gabriela Ragogna	Delegada
		Patricia Arteaga	Delegada
Santa Fe	Rosario	Gabriela Ferretti	Co-Delegada
		María del Carmen Tinari de Platini	Delegada
Santiago del Estero	Santiago del Estero	María Fabiana Reina	Delegada
		María Cecilia Fernández Antruejo	Co-Delegada
Tucumán	Tucumán		



**SAGIJ | Sociedad Argentina de Ginecología Infanto Juvenil**  
 Secretaría: Paraná 326, 9° piso "36"  
 Ciudad de Buenos Aires – República Argentina  
 Tel.: (54-11) 4373-2002  
 E-mail: sagij@sagij.org.ar  
 http://www.sagij.org.ar

**Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC)**  
 Arias 2624 (C1429OXT)  
 Ciudad de Buenos Aires – República Argentina  
 Tel.: (54-11) 4702-1011 / 4702-3911 / 4702-3917  
 www.siic Salud.com



# Revista de la **Sociedad Argentina de Ginecología Infanto Juvenil**

*Miembro integrante de la Federación Internacional de Ginecología Infanto Juvenil (FIGIJ)*

*Miembro integrante de la Asociación Latinoamericana de Obstetricia y Ginecología de la Infancia y Adolescencia (ALOGIA)*

*Miembro adherente de la Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia (FASGO)*

Volumen 26 - Número 1 - 2019

## 4 Editorial

Dra. Elisabeth A. Domínguez

## 5 Trabajo Original

**Marcadores bioquímicos en la detección precoz de falla endotelial en el síndrome metabólico en una población infantojuvenil**

Dra. Mildret F. Martínez Arellano, Dra. Viviana Cramer

## 12 Premio "Dra. Berta Zeiguer" al mejor póster

**Estado nutricional de un grupo de pacientes que consultaron por primera vez al Servicio de Ginecología Infanto Juvenil del Hospital Dr. Humberto Notti entre el 1 de enero de 2016 y el 30 de junio de 2017**

Dra. Adriana Cristina Giaccaglia, Dra. Alicia Elina Mallol, Dra. Elena María Terrazas, Dra. María de los Ángeles Domínguez Denaro, Dra. Vanina di Pascuale

## 18 Presentaciones

**Resúmenes del XX Congreso Internacional de Ginecología Infanto Juvenil "Una Mirada Integral en Prevención: Transitando el Presente y Pensando en el Futuro"**

## 52 Reglamento de Publicaciones

Estimados colegas:

Le damos la bienvenida a nuestro primer número *online* de la revista de SAGIJ. A partir de este año, la editorial será la Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC). Estamos muy entusiasmados por el trabajo a futuro en conjunto, donde verán una renovada versión tanto desde su diseño gráfico como también en un nuevo Comité Editorial Nacional e Internacional.

Nos pareció de gran interés que este primer número del año presente el resumen de nuestro Congreso 2018; incluimos el Premio "Dra. Berta Zeiguer" al mejor póster y los resúmenes de todos los trabajos presentados. También incorporamos como Trabajo Original una monografía, seleccionada entre todas las presentadas al finalizar el Curso de Formación en Ginecología Infanto Juvenil.

Como todos saben, la Sociedad Argentina de Ginecología Infanto Juvenil trabaja desde hace más de 40 años con la idea de brindar a las niñas y las adolescentes un futuro saludable.

Para poder lograrlo, uno de los pilares fundamentales es la prevención, y el lema del *XX Congreso Internacional* fue "*Una mirada integral en prevención: transitando el presente y pensando en el futuro*". Se realizó los días 8 y 9 de noviembre de 2018, en Buenos Aires; concurrieron más de 800 profesionales, de los cuales un 10% fueron extranjeros. Tuvimos la gran satisfacción de contar con tres invitados extranjeros de alto nivel académico. Se desarrollaron conferencias centrales, simposios y mesas de discusión, en los que se trataron temáticas relacionadas como el crecimiento y el desarrollo saludables, la vacunación, el embarazo adolescente, los derechos sexuales y reproductivos, y la diversidad sexual y corporal.

Por último, deseo compartir con ustedes la finalización de la gestión de la Dra. Marisa Labovsky y destacar el trabajo intenso desarrollado en el período 2017-2018: el armado de los exitosos cursos cortos *online*, el compromiso de las delegaciones provinciales en sus actividades y las interesantes jornadas inaugurales que tomaron temas como la diversidad sexual y el futuro fértil de las niñas y las adolescentes con distintas afecciones crónicas, oncológicas, etcétera. Otro punto interesante fue la participación activa en aportes al debate parlamentario de la interrupción voluntaria del embarazo, y formar parte del comité consultivo del Plan Embarazo no Intencional en la Adolescente (ENIA).

Comienzan para mí estos próximos años 2019-2020. Agradezco a Marisa, mi predecesora, por su gran trabajo realizado.

Será un honor para mí presidir esta sociedad, un gran desafío, pero muy bien acompañada por la Comisión Directiva, la Comisión Científica y las delegadas de las distintas provincias.

¡Muchas gracias!

**Dra. Elisabeth A. Domínguez**  
Presidente SAGIJ

# Marcadores bioquímicos en la detección precoz de falla endotelial en el síndrome metabólico en una población infantojuvenil

## *Biochemical markers in early detection of endothelial dysfunction within the metabolic syndrome in child and adolescent population*

Mildret F. Martínez Arellano,<sup>1</sup> Viviana Cramer<sup>2</sup>

### Resumen

El estado inflamatorio crónico de bajo grado es una parte importante del proceso que define el síndrome metabólico (SM); se manifiesta por elevación de diversas citoquinas como resultado de la hiperactividad del tejido adiposo visceral. Entre las más importantes se presenta el aumento del factor de necrosis tumoral alfa (TNF- $\alpha$ ), probable mediador principal de la disfunción endotelial presente en pacientes con SM. La interleuquina 6 (IL-6) y la proteína C-reactiva (PCR) también se encuentran elevadas y lo mismo ocurre con la resistina, probablemente por un fenómeno de resistencia a la acción de esta. Asimismo, suele encontrarse un aumento en la serie blanca y una disminución en la adiponectina. La evaluación del riesgo individual para enfermedad cardiovascular está cambiando en vista de la lista creciente de factores de riesgo involucrados. En este marco, se incluye la evaluación del inhibidor del activador del plasminógeno tipo-1 (PAI-1), así como marcadores de oxidación que ayudan a comprender mejor cómo se produce el SM, que podrían ser de gran utilidad en la práctica clínica para identificar precozmente a personas con elevado riesgo de este síndrome.

**Palabras clave:** síndrome metabólico, falla endotelial, marcadores bioquímicos, población infantojuvenil.

### Summary

*The low-grade chronic inflammatory state is an important part of the process evidenced by the metabolic syndrome (MS); manifested by the elevation of various cytokines as a result of the hyperactivity of the visceral adipose tissue. Among the most important, tumor necrosis factor alpha (TNF- $\alpha$ ) is presented as probable main mediator of endothelial dysfunction present in patients with MS. Interleukin 6 (IL-6) and C-reactive protein (CRP) are also found to be high. Resistin is usually elevated due to a phenomenon of resistance to its action. An increase in the white series is also seen and adiponectin is diminished. The individual risk assessment for cardiovascular disease is changing in view of the growing list of risk factors involved. In this context, the evaluation of the plasminogen activator inhibitor type-1 (PAI-1), as well as oxidation markers that help to better understand how the metabolic syndrome occurs. This would be very useful in clinical practice for identify early people with high risk of metabolic syndrome.*

**Keywords:** metabolic syndrome, endothelial failure, biochemical markers, child and adolescent population.

## OBJETIVO

Realizar una revisión de los probables marcadores bioquímicos o "variables ocultas" en la aparición de síndrome metabólico (SM). Describir su fisiología, sus aplicaciones diagnósticas y su potencial utilización en la decisión terapéutica.

## INTRODUCCIÓN

El SM es un trastorno caracterizado por presión arterial alta, obesidad abdominal, dislipi-

demias, intolerancia a la glucosa o resistencia a la insulina, así como un aumento de moléculas proinflamatorias.<sup>1,2</sup>

Así como en los adultos, el SM en niños es un factor de riesgo para la aparición de diabetes mellitus tipo 2 (DM2), hipertensión, enfermedades cardiovasculares y daño renal.<sup>1,2</sup> Asimismo, la presencia del SM en la pubertad puede condicionar la fertilidad durante la edad adulta y está asociado con la presencia de ciclos menstruales irregulares y ovario poliquístico.<sup>3,4</sup> La prevalencia de obesidad en niños de EE.UU. varía entre 12% y 22%, en España es del 13,9% y en países latinoamericanos como Costa Rica y México es del 26,2%

<sup>1</sup> Tocoginecóloga. Certificada en Ginecología Infanto Juvenil (SAGIJ).

<sup>2</sup> Tocoginecóloga. Certificada en Ginecología Infanto Juvenil (SAGIJ). Médica en el Servicio de Adolescencia del Hospital Municipal Dr. Cosme Argerich. Ciudad de Buenos Aires, Argentina

y del 23,5%, respectivamente. En la República Argentina la prevalencia de ambas condiciones en la infancia es similar a la de EE.UU.<sup>2</sup>

Otro factor importante es el estado de la salud materna durante el desarrollo intrauterino del feto, que puede influir en los cambios epigenéticos y en el surgimiento de alteraciones metabólicas en los hijos.<sup>5</sup> En niños y adolescentes con predisposición genética o epigenética, una buena nutrición y actividad física podría retardar la aparición o evolución de las alteraciones metabólicas.<sup>1</sup> Dado que los niños, y en menor medida los jóvenes, dependen aún de la familia, las alteraciones metabólicas a esta edad se relacionan con los patrones en la alimentación y por actividades de los padres que favorecen el consumo de alimentos procesados con alto contenido en carbohidratos, grasa y sal.<sup>1</sup> Por ello, la obesidad parental se considera un predictor de la obesidad de los hijos.<sup>6</sup>

El sobrepeso y la obesidad favorecen la aparición de complicaciones y comorbilidades que se reúnen dentro del concepto de SM y aunque inicialmente se describió en adultos, se reconoce que algunos de sus componentes ya se detectan en la infancia.<sup>7</sup>

Al igual que definiciones, existen múltiples criterios diagnósticos para el SM. El Panel de Expertos del Programa de Educación Nacional de Colesterol de EE.UU. (ATP III) ha definido el SM en adolescentes (entendiendo por tales aquellos individuos a partir del inicio de la pubertad). Considera SM a la presencia de al menos tres de estos cinco criterios: obesidad central o abdominal (definida por el perímetro de cintura mayor del percentil [p] 90 para la edad y el sexo), triglicéridos por encima de 110 mg/dl (o del p95), HDL-colesterol (colesterol unido a lipoproteínas de alta densidad) por debajo de 40 mg/dl (o del p5), presión arterial (la sistólica o la diastólica) mayor del p90 y presencia de alteraciones del metabolismo hidrocarbonado (glucemia basal alterada, mayor de 100 mg/dl, o intolerancia hidrocarbonada, glucemia mayor de 140 mg/dl dos horas tras la sobrecarga oral de glucosa). No define criterios para los niños pre-púberes.<sup>8</sup>

De aquí derivan diversos criterios diagnósticos para el SM en la infancia; los más utilizados en estudios nacionales y según la opinión de expertos locales, son los de Cook modificados: perímetro de cintura  $\geq$  p90, presión arterial  $\geq$  p90, triglicé-

dos  $\geq$  100 mg/dl, HDL-colesterol  $\leq$  40 mg/dl, glucemia en ayunas  $\geq$  100 mg/dl.<sup>9</sup>

La *International Diabetes Federation* (IDF) publica en 2007 criterios de SM para niños de 10 a 16 años.<sup>10</sup>

Exige siempre la presencia de obesidad abdominal (p mayor de 90 de perímetro de cintura) y, además, dos de los otros cuatro parámetros. Los umbrales de triglicéridos (150 mg/dl), HDL-colesterol (40 mg/dl) e hipertensión (130/85 mm Hg) son como en los adultos, excepto que no hay umbrales de HDL-colesterol diferentes por sexos. Esta definición, es más restrictiva y, cuando se aplica, la prevalencia de SM se reduce prácticamente a la mitad de la obtenida con la anterior.

Se han propuesto marcadores bioquímicos tempranos para el diagnóstico del SM, los cuales son estudiados en la etapa adulta; sin embargo, se ha demostrado que sus consecuencias se prolongan más allá de la morbimortalidad de la etapa perinatal e infantil temprana.<sup>11</sup>

En niños obesos se ha detectado la existencia de concentraciones elevadas de PCR y determinadas citoquinas, entre las que se encuentran la IL-6, IL-8 y el TNF- $\alpha$ . Todas presentan correlación con indicadores de aumento de la masa grasa como el peso y el índice de masa corporal (IMC), y con factores de aumento del riesgo cardiovascular, como resistencia insulínica y disfunción endotelial.<sup>12</sup> Asimismo se ha comprobado una correlación positiva del aumento de tejido adiposo con la insulinoresistencia y con el aumento de la concentración de marcadores inflamatorios vasculares. Esto sugiere un comienzo temprano de los mecanismos patogénicos que favorecen las complicaciones de la obesidad, pues la inflamación vascular es un proceso central que inestabiliza las placas ateroscleróticas. Se ha encontrado una sobreexpresión de los genes específicos PRO Inflamatorios tanto en tejido adiposo como en los macrófagos.<sup>13</sup> El hiperinsulinismo compensatorio produce una hiperrespuesta del sistema nervioso simpático que explicaría la hipertensión arterial asociada.<sup>14</sup>

El adipocito y, por tanto, el tejido adiposo, es el determinante de la obesidad, por ser el almacén de la grasa y por su condición de órgano secretor de citoquinas y hormonas. Su cercanía, en el abdomen, a la circulación portal, facilita la diseminación de estos compuestos al resto del organismo.

## MARCADORES BIOQUÍMICOS EN EL DIAGNÓSTICO DEL SÍNDROME METABÓLICO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

### Leptina

Su principal fuente de producción es el tejido graso subcutáneo. Funciona como factor de saciedad a nivel del cerebro o a nivel central. No se conoce exactamente el mecanismo responsable del valor máximo de leptinemia, aunque puede estar relacionado con el régimen luz/oscuridad. Su secreción es pulsátil y está modulada por la insulina, entre otras hormonas. La insulinemia en ayunas se correlaciona con la leptinemia aumentada en sujetos con resistencia a la insulina.<sup>15</sup>

Es la hormona más importante en la fisiopatología de la obesidad, aunque en la mayoría de los casos de obesidad humana no se recogen alteraciones del gen leptina-ob, por lo que su administración terapéutica no sería eficaz.

### Adiponectina

Es una proteína sintetizada por el adipocito, antiaterogénica, antidiabética y antiinflamatoria. Se encuentra implicada en el metabolismo de los hidratos de carbono por incremento de la sensibilidad a la insulina y de la captación periférica de glucosa, así como en el metabolismo lipídico ya que promueve la oxidación de los ácidos grasos y la actividad de la lipoproteinlipasa.<sup>16</sup> Entre otras funciones tiene acción protectora contra la aterosclerosis, ya que se deposita en las paredes de los vasos dañados y, de forma dependiente de la dosis, inhibe la inducción por TNF- $\alpha$  de la adhesión de las células al endotelio arterial.<sup>17</sup>

### Resistina

Se correlaciona con marcadores de inflamación y predice aterosclerosis coronaria en seres humanos, independientemente de la PCR. Recibe su nombre de la observación inicial de la inducción de resistencia a la insulina. Sus efectos son antagonizados por la adiponectina.

### Adipsina

Es producida por el tejido adiposo y está elevada en obesos, con una regulación dependiente de los niveles de insulina y glucocorticoides. Contrariamente a lo que ocurre con los niveles de adipsina, en el obeso, de forma general hay una

disminución de la proteína estimulante de la acilación (*acylation-stimulating protein* [ASP]) y de la actividad de la diacilglicerol aciltransferasa, y por tanto, de la síntesis de triglicéridos y de su esterificación, con un aumento de ácidos grasos libres.

### Adiponutrina

Es una proteína que se localiza en membranas y posee actividad triacilglicerol lipasa y acilglicerol transacilasa, lo que sugiere que puede tener una función dual, tanto de movilización como de almacenamiento de energía en los adipocitos. Juega un papel relevante en el metabolismo energético junto con la insulina y las hormonas tiroideas.

El angiotensinógeno es primeramente producido por el hígado, pero su ARNm se expresa en el tejido adiposo, por lo que su expresión aumenta en sujetos obesos y su síntesis está mediada por el estado nutricional.<sup>18</sup>

### Ghrelin

Se trata de una hormona, producida fundamentalmente en el estómago, con importantes acciones en el metabolismo energético. Su síntesis aumenta con el ayuno y se reduce con la ingesta; su liberación estimula el apetito y reduce el gasto energético.

Se relaciona con la obesidad y el incremento de la resistencia a la insulina de los tejidos, estimula la gluconeogénesis y reduce la oxidación de las grasas. Ejerce un conjunto de efectos cardiovasculares (CV) favorables para la hemodinámica cardíaca al inducir vasodilatación, que es independiente del factor de crecimiento similar a la insulina (IGF-1); asimismo, incrementa el gasto cardíaco tanto en individuos sanos como en pacientes con insuficiencia cardíaca, y se sabe también que inhibe la actividad simpática.<sup>19</sup> Además, la concentración en plasma tanto de esta hormona como de su forma desacetilada (desacilghrelin [DAG]) está estrechamente relacionada con algunas de las características del SM.

### Proteína C-reactiva

Es un reactante de fase aguda considerado marcador clásico de inflamación: tiene un papel importante en la fisiopatología de la enfermedad aterosclerótica, y participa activamente en la formación y rotura de la placa de ateroma. La PCR de alta sensibilidad (PCRas) es un marcador bioquími-

co de inflamación subclínica de gran relevancia. El *American College of Cardiology* (ACC) y la *American Heart Association* (AHA) recomiendan su determinación en sujetos con riesgo cardiovascular intermedio.<sup>20</sup> Los niveles de PCRas se relacionan fuertemente con SM y con el riesgo cardiovascular.

La determinación de los niveles de PCRas permite detectar fácilmente la inflamación subclínica y clínica. La presencia de inflamación subclínica pone en evidencia un riesgo mayor de padecer eventos cardiovasculares, por lo que la identificación precoz de su aparición permitiría implementar medidas terapéuticas y profilácticas. En este sentido, la determinación de los niveles de PCR ofrecería ventajas sustanciales, aunque si bien la PCR identifica a los individuos con más riesgo de eventos CV, no permite conocer la causa del estado inflamatorio subyacente.

### **Fibrinógeno**

Los niveles de fibrinógeno se han correlacionado positivamente con medidas de adiposidad como el IMC, la circunferencia de la cintura, el índice cintura y cadera y el porcentaje de grasa corporal. También se ha observado que los niveles elevados de fibrinógeno en pacientes obesos predisponen a un mayor riesgo de complicaciones tromboembólicas.

### **Homocisteína**

Es un factor de riesgo independiente de aterosclerosis y enfermedad tromboembólica, aun cuando sus concentraciones séricas estén solo moderadamente elevadas. Es una molécula del metabolismo intermedio de la metionina que promueve la agregación plaquetaria; incrementa la acción de lipoproteína a; estimula la proliferación de células musculares lisas; reduce el efecto protector del factor de relajación endotelial y tiene efecto procoagulante.

### **Factor de necrosis tumoral alfa (TNF- $\alpha$ )**

El tejido adiposo de individuos obesos presenta una sobreexpresión del ARNm del receptor 2 del TNF- $\alpha$  en relación con el IMC y con el índice cintura/cadera;<sup>21</sup> esta citoquina se encuentra aumentada en individuos con elevada masa grasa.

El TNF- $\alpha$  se ha relacionado con la regulación de la resistencia a la insulina. Los sujetos obesos, al perder peso, presentan una disminución de los

niveles de TNF- $\alpha$ , aunque no parecen existir diferencias entre individuos con y sin resistencia a la insulina cuando se corrige por el IMC.

En cuanto a su relación con la hipertensión arterial, se ha comprobado un paralelismo entre las cifras sistólicas y los niveles de TNF- $\alpha$  en individuos con mucha adiposidad. También se ha comprobado su relación con las alteraciones lipídicas en el SM, que estimula la síntesis de triglicéridos y de VLDL.

### **Factor de necrosis tumoral beta (TNF- $\beta$ )**

Se encuentra aumentado en el obeso consecuentemente al estímulo de TNF- $\alpha$ , lo cual favorece la proliferación preadipocitaria y contribuye así a la elevada celularidad del tejido graso.

### **Interleuquina 6 (IL-6)**

Es una citoquina multifuncional, intermediaria en procesos inflamatorios y de estrés, producida por diferentes tipos celulares. La síntesis a partir de la grasa visceral es tres veces superior a la subcutánea y existe una correlación entre los niveles plasmáticos y la masa corporal, además de una asociación significativa con el IMC y otros parámetros de adiposidad.

Es importante su relación con la dislipidemia, pudiendo tener un papel en la regulación de la captación de ácidos grasos libres (AGL) por el tejido adiposo. Presenta una asociación positiva respecto de la concentración de triglicéridos, VLDL y ácidos grasos libres posprandiales, pues tanto la IL-6 como el TNF- $\alpha$  reducen la expresión de la lipoproteinlipasa (LPL). Además, la concentración de IL-6 en seres humanos tiene capacidad predictiva del riesgo de aparición de DM2.

### **Inhibidor 1 del activador del plasminógeno (PAI-1)**

Los niveles plasmáticos tienen una base de regulación genética. A su vez, dependen de una serie de factores de riesgo ateroscleróticos como hipertrigliceridemia, diabetes e insulinoresistencia.

El incremento de los niveles del PAI-1 puede considerarse un componente del SM. Los mecanismos de la sobreexpresión del PAI-1 en la obesidad son complejos y es concebible que varios inductores estimulen al mismo tiempo diversos sitios de síntesis. Es interesante destacar que estudios recientes *in vitro* e *in vivo* han mostrado

que además de su papel en la aterotrombosis, el PAI-1 está implicado en el desarrollo de tejido adiposo y el control de la señalización insulínica en los adipocitos. El aumento de los niveles de PAI-1 forma parte del diagnóstico del síndrome de resistencia a la insulina.<sup>22</sup>

### **Lipoproteínas de baja densidad oxidadas (LDL-ox)**

En condiciones de obesidad, cuando la producción de sustancias oxidantes altamente reactivas supera a los mecanismos antioxidantes, cambia el equilibrio a favor de la oxidación y se establece el "estrés oxidativo" y una mayor producción de especies reactivas de oxígeno (ROS).

La modificación oxidativa de la lipoproteína de baja densidad (LDL) tiene un papel fundamental dentro de la aterogénesis, debido a que la LDL oxidada (LDL-ox) es captada de forma no controlada por macrófagos en la pared arterial, conduciendo a la formación de células espumosas y de placas ateromatosas.

La LDL-ox no solamente es proaterogénica y proinflamatoria, también tiene carácter inmunogénico, provocando la generación de autoanticuerpos séricos (anti-LDL-ox), éstos se demuestran tanto en individuos sanos como en pacientes con enfermedad CV; su función aún no está clara.<sup>23</sup>

También, los altos niveles de LDL-ox están asociados con la resistencia a la insulina, que está estrechamente vinculada a la patogénesis del SM. La obesidad es el principal origen del SM y ha sido involucrado con la inducción de estrés oxidativo.

### **DISCUSIÓN**

Aunque en los criterios de diagnóstico del SM del ATP III no se considera el perfil inflamatorio, la evidencia sugiere que los sujetos con dicha condición se encuentran en un estado inflamatorio y protrombótico crónico.<sup>24</sup>

A pesar de que se han descrito múltiples mecanismos moleculares y fisiopatológicos de la obesidad y el SM, la medición temprana de marcadores bioquímicos no se encuentra protocolizada. A su vez, pueden verse modificados por otras condiciones del paciente.

El tratamiento no farmacológico sigue siendo el único tratamiento integral que ha demostra-

do ser eficaz para controlar simultáneamente la mayoría de los componentes del SM, como la glucemia, la hipertensión arterial y el perfil lipídico. La sola reducción de peso en un 5% a un 10% (evidencia nivel 1), se relaciona con cambios significativos de dichos parámetros. Es por esto por lo que el descenso de peso debe ser uno de los principales objetivos en el manejo del SM.

El tratamiento no farmacológico comprende tres aspectos básicos: plan de alimentación, promoción del ejercicio y disminución de actividades sedentarias y hábitos saludables (no fumar y evitar el consumo de bebidas que contienen alcohol).

Los consensos de expertos recomiendan comenzar con los cambios del estilo de vida desde los 2 años en niños con sobrepeso (sin esperar a que sean obesos) y en todos los mayores de 2 años, aunque tengan normopeso (prevención primaria). Se han descrito ya desde esta edad lesiones vasculares aterogénicas y otras complicaciones tales como apnea del sueño, problemas ortopédicos, entre otras. La consejería sobre hábitos saludables es más efectiva cuanto más precoz se realice, para prevenir el establecimiento de factores de riesgo del SM.<sup>25</sup>

Se deben establecer estrategias generales en el tratamiento, como involucrar a la familia en el tratamiento: cuando la familia forma parte de este se producen mejores resultados. Se debe asesorar sobre el consumo de alimentos saludables según su contenido graso y de azúcares. Los cambios en los hábitos alimentarios y en la actividad, deben ser graduales y pequeños, pero permanentes.

Las medidas farmacológicas se indican siempre que el paciente haya iniciado la pubertad (no están aprobadas en prepúberes) y que no haya respondido a los seis meses de los cambios de hábitos con adecuado esfuerzo del paciente y supervisión parental.<sup>26</sup>

Aunque la farmacoterapia pareciera prometedora, no se cuenta con evidencia científica, sobre todo en lo que respecta al impacto de estudios a largo plazo, por lo que actualmente no es posible hacer una recomendación generalizada de esta opción. No existen datos de estudios clínicos controlados y aleatorizados en la población pediátrica con SM. Todas las propuestas que están descritas no están basadas en evidencia debido a la falta de estudios en estas poblaciones.

## CONCLUSIONES

La prevalencia de sobrepeso y obesidad en la infancia temprana ha aumentado notablemente en las últimas décadas y es el principal factor de riesgo para la aparición de obesidad en el adulto, así como de SM, DM2 y enfermedades CV que disminuyen la calidad y expectativa de vida. Es por esto por lo que se ha puesto gran esfuerzo al estudio del tejido graso como potencial órgano endocrino. Se ha propuesto que la medición de ciertas sustancias secretadas o estimuladas por este podrían ser útiles para prevenir el SM, y por ende, disminuir sus complicaciones.

Los niveles elevados de la PCR pueden asociarse con un incremento del riesgo CV. En personas obesas suele ser un indicador de SM más sensible que el IMC por lo que su medición podría implementarse como parte de los análisis de laboratorios de rutina.

Se ha descrito que los pacientes adolescentes con diabetes presentan alteraciones subclínicas, que muestran un riesgo CV temprano. Por lo tanto, se considera importante la valoración de estas moléculas (PCRas, sE-S y VCAM-1) con el fin de implementar conductas terapéuticas adecuadas para reducir el riesgo CV en estos pacientes.

La teoría actual reconoce la aterosclerosis como una enfermedad inflamatoria. Dada su escasa especificidad, la eritrosedimentación ha caído en desuso y, por el momento, está en estudio la PCRas para el diagnóstico y pronóstico de las enfermedades CV.

En diversas enfermedades, ambas suelen aumentar en forma paralela, pero la discordancia es

bastante común, por lo que se aconseja determinar siempre las dos juntas.

Se ha observado un riesgo alto asociado con la aparición de enfermedades CV con niveles de PCR  $> 3.0$  mg/l. Si los niveles de PCRas fueran superiores a 10 mg/l, se sugiere repetir a las dos semanas para descartar la presencia de infección aguda.

En pacientes que inician descenso de peso, incrementan la actividad física y presentan un consumo moderado de alcohol y utilizan fármacos como estatinas, fibratos o niacina se ha observado un importante descenso de PCRas en un período mayor o igual a seis meses.

En cuanto al índice triglicéridos/HDL-colesterol, es un método sencillo y económico para evaluar individuos en riesgo de presentar obesidad, dislipidemia, hipertensión arterial o SM, y podría utilizarse como un marcador secundario de insulino-resistencia.

El síndrome de ovario poliquístico se ha asociado con SM, DM2, dislipidemia, obesidad abdominal e hipertensión como múltiples factores de riesgo de enfermedad CV.

La detección de factores de riesgo cobra singular importancia en cuanto a la posibilidad de prevenir los futuros efectos adversos sobre el sistema cardiovascular, la aterosclerosis prematura y mortalidad por ECV. Es importante lograr la identificación de grupos de alto riesgo en pediatría para poder tratar precozmente el SM y prevenir una enfermedad metabólica en el futuro mediante las modificaciones de hábitos y estilo de vida.

## Referencias

- Ewald DR, Haldeman LA. Risk factors in adolescent hypertension. *Glob Pediatr Health* 2016; 3. [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/) (consultado 05/06/18).
- Reinehr T. Metabolic syndrome in children and adolescents: a critical approach considering the interaction between pubertal stage and insulin resistance. *Curr Diab Rep* 2016; 16(1): 8-17.
- Bouzas IC, Cader SA, Leão L y col. Menstrual cycle alterations during adolescence: early expression of metabolic syndrome and polycystic ovary syndrome. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2014; 27(6): 335-341. [www.jpagonline.org/](http://www.jpagonline.org/) (consultado 05/06/18).
- Kim JY, Tfayli H, Michaliszyn SF y col. Distinguishing characteristics of metabolically healthy versus metabolically unhealthy obese adolescent girls with polycystic ovary syndrome. *Fertil Steril* 2016; 105(6): 1603-1611.
- Lee HS. Impact of maternal diet on the epigenome during in utero life and the developmental programming of diseases in childhood and adulthood. *Nutrients* 2015; 7(11), 9492-9507. [www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc) (consultado 05/06/18).
- Keane E, Layte R, Harrington J y col. Measured parental weight status and familial socio-economic status correlates with childhood overweight and obesity at age 9. *PLoS One*. 2012; 7(8): 43503.
- Bueno G, Moreno LA, Garagorri JM y col. Aspectos clínico epidemiológicos de la obesidad infantil. *An Pediatr*. 2018; 68E1: 45-51. [www.medigraphic.com/cgi-bin/new/](http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/) (consultado 28/08/18).
- Cook S, Weitzman M, Auinger P y col. Prevalence of a metabolic syndrome phenotype in adolescents: findings from the third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988-1994. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2003; 157: 821-827. [www.jamanetwork.com/journals/jamapediatrics](http://www.jamanetwork.com/journals/jamapediatrics) (consultado 28/08/18).
- Cramer V. Síndrome metabólico en adolescentes. En: Giurgivich A, De la Parra I, Escobar de Fernández M. *Ginecología infanto juvenil. Una mirada integral de la clínica durante la consulta ginecológica*. Buenos Aires: Journal. 2015: 389-396.
- Zimmet P, Alberti G, Kaufman F y col. The metabolic syndrome in children and adolescents. *Lancet* 2007; 369: 2059-2061. [www.thelancet.com/journals/lancet](http://www.thelancet.com/journals/lancet) (consultado 13/09/18).
- Barker DJ. In utero programming of chronic disease. *Clin Sci* 1998; 95: 115-128.
- Mohamed Ali V, Goodrick S, Rawesh A y col. Subcutaneous adipose tissue releases IL-6, but not TNF- $\alpha$ , in vivo. *J Clin Endocrinol Metab* 1997; 82: 4196-4200. [www.academic.oup.com/jcem](http://www.academic.oup.com/jcem) (consultado 13/09/18).
- Wiesberg SP, McCann D, Desai M y col. Obesity is associated with macrophage accumulation in adipose tissue. *J Clin Invest* 2003; 112: 1796-1808. [www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc) (consultado 13/09/18).
- Caballero EA. Endothelial dysfunction in obesity and insulin resistance: a road to diabetes and heart disease. *Obesity Rev* 2003; 11(11): 1279-1289. [www.onlinelibrary.wiley.com/doi-consultado](http://www.onlinelibrary.wiley.com/doi-consultado) 13/09/18).
- Maffei M, Halaas J, Ravussin E y col. Leptin levels in human and rodent: measurement of plasma leptin and ob RNA in obese and weight - reduced subjects. *Nat Med* 1995; 1: 1155-1161. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7584987> (consultado 05/06/18).
- Maeda K, Okubo K, Shimomura I y col. cDNA cloning and expression of a novel adipose specific collagen-like factor, apM1 (AdiPose Most abundant Gene transcript 1). *Biochem Biophys Res Commun* 1996; 21: 286-289.
- Kubota N, Terauchi Y, Yamauchi T y col. Disruption of adiponectin causes insulin resistance and neointimal formation *J Biol Chem* 2002; 277: 25863-25866. <http://www.jbc.org> (consultado 12/06/18).
- Van Harmelen V, Ariapart P, Hoffstedt J y col. Increased adipose angiotensinogen gene expression in human obesity. *Obes Res* 2000; 8: 337-341. [www.onlinelibrary.wiley.com](http://www.onlinelibrary.wiley.com) (consultado 14/07/18).
- Isgaard J, Barlund A, Johansson I. Cardiovascular effects of ghrelin and growth hormone secretagogues. *Cardiovasc Hematol Disord Drug Targets* 2008; 8: 133-137.
- Greenland P, Alpert JS, Beller GA y col. ACCF/AHA Guideline for Assessment of Cardiovascular Risk in Asymptomatic Adults. *J Am Coll Cardiol* 2010; 56(25): e50-e103. <https://www.ahajournals.org/doi/> (consultado 05/06/18).
- Fernández Real JM, Broch M, Ricart W y col. Plasma level of the soluble fraction of tumor Necrosis Factor receptor-2 and insulin resistance. *Diabetes* 1998; 47: 1752-1762. <http://care.diabetes-journals.org/content/diacare> (consultado 28/08/18).
- Ciszek A, Bermúdez V, Leal E y col. Inhibidor del activador del plasminógeno tipo 1 (PAI-1) y su relación con la aterosclerosis coronaria. *Revista Latinoamericana de Hipertensión* 2007; 2(5): 151-156. <http://www.redalyc.org/> (consultado 20/08/18).
- Gounopoulos P, Merki E, Hansen LF y col. Antibodies to oxidized low density lipoprotein: epidemiological studies and potential clinical applications in cardiovascular disease. *Minerva Cardioangiol* 2007; 55: 821-837.
- Bahia L, Aguiar LG, Villela N y col. Relationship between adipokines, inflammation, and vascular reactivity in lean controls and obese subjects with metabolic syndrome. *Clinics* 2006; 61(5): 433-440.
- Speiser PW, Rudolf MC, Anhalt H y col. Obesity Consensus Working Group. Childhood obesity. *J Clin Endocrinol Metab* 2005; 90: 1871-1887.
- Freemark M. Pharmacotherapy of childhood obesity. An evidence-based, conceptual approach. *Diabetes Care* 2007; 30: 395-403.

**Estado nutricional en un grupo de pacientes que consultaron por primera vez al Servicio de Ginecología Infanto Juvenil del Hospital Pediátrico Dr. Humberto Notti entre el 1 de enero de 2016 y el 30 de junio de 2017**

*Nutritional status in a group of patients who first consulted the Child and Adolescent Gynecology Service of the Dr. Humberto Notti Pediatric Hospital between January 1, 2016 and June 30, 2017*

Dra. Adriana Cristina Giaccaglia,<sup>1</sup> Dra. Alicia Elina Mallol,<sup>2</sup> Dra. Elena María Terrazas,<sup>3</sup>  
Dra. María de los Ángeles Domínguez Denaro,<sup>4</sup> Dra. Vanina di Pascuale<sup>5</sup>

**Resumen**

**Introducción:** La obesidad en niños y adolescentes es un problema grave de salud y está adquiriendo proporciones epidémicas a nivel mundial. **Objetivo:** Evaluar el estado nutricional de niñas y adolescentes entre 0 a 19 años. Estudiar la situación en los diferentes grupos etarios. Valorar la relación entre el estado nutricional y la zona de procedencia. **Materiales y método:** Estudio retrospectivo, descriptivo, de corte transversal. Se analizaron las historias clínicas (HC) de pacientes de entre 0 y 19 años, que consultaron por primera vez al Servicio de Ginecología Infanto Juvenil del Hospital Pediátrico Humberto Notti, entre el 1 de enero de 2016 y el 30 de junio de 2017. Se evaluaron edad, lugar de procedencia, peso y talla. Se valoró el estado nutricional mediante el índice de masa corporal (IMC (PESO/TALLA<sup>2</sup>)). **Resultados:** Se analizaron 840 HC. El 39,16% de la población presentó un IMC > percentil 85. Se analizó la presencia de sobrepeso-obesidad (SP-O) en relación con el grupo etario. Se identificó SP-O en un 24,2% de menores de 2 años; un 37,4% entre 2-5 años; un 43,2% entre 6 y 9 años, y un 26,9% en el grupo de 10-19 años. El 75,83% residía en el Gran Mendoza. De éstas, el 44% presentan SP-O. Las pacientes restantes (24,17%) residían en el resto de la provincia, el 28,14% presentaban SP-O. **Conclusiones:** La prevalencia de SP-O fue de 39,1%. El estado nutricional de nuestra muestra es más alarmante que los datos nacionales e internacionales. Vivir en una zona urbana se asoció como factor de riesgo para presentar SP-O.

**Palabras clave:** estado nutricional, índice de masa corporal, población infantojuvenil, Hospital Pediátrico Dr. Humberto Notti

**Summary**

**Introduction:** Obesity in children and adolescents is a serious health problem and is reaching epidemic proportions worldwide. **Objective:** Evaluation of the nutritional status of the population studied. Study the mentioned situation in different age groups. Assessment of the relationship between the nutritional status and the area of origin.

**Materials and Method:** Retrospective, descriptive and cross-sectional study. This review was performed on patients between 0 and 19 years old who consulted the Child and Youth Gynecological Service at Humberto Notti Pediatric Hospital, from January 1st, 2016 to June 30th, 2017. Age, area of origin, weight and height were assessed. Nutritional status was valued by means of body mass index (BMI (WEIGHT/HEIGHT<sup>2</sup>)). **Results:** A total of 840 met inclusion criteria, 39.1% of whom had BMI > 85 percentile. When assessing age groups and nutritional status, 24.2% of girls under 2 years old were overweight-obese (OW-O); 37.4% between 2-5 years old, 43.2% between 6-9 years old; and 26.9% between 10-19 years old. We found that 75.83% resided in Gran Mendoza. Of these, 44% were OW-O. The remaining patients (24.17%) resided in the rest of the Province, and 28.14% of the were had OW. **Conclusions:** The prevalence of body weight excess was 39.16%. The nutritional status of our sample is worse than the expected according to the national and international data. Living in an urban area represented a risk factor for presenting OW-O.

**Keywords:** nutritional status, body mass index, child and adolescent population, Dr. Humberto Notti Pediatric Hospital.

**1** Médica Tocoginecóloga. Especialista en Ginecología Infanto Juvenil. Especialista en Endocrinología Ginecológica y de la Reproducción. Médica de planta. Área de la Mujer (OSEP). Hospital Pediátrico Dr. Humberto Notti, Mendoza, Argentina. **2** Médica Tocoginecóloga. Certificada en Ginecología Infanto Juvenil por SAGIJ. Especialista en Docencia Universitaria. Magister en Ética Biomédica. Fellow de la Federación Internacional de Ginecología Infanto Juvenil. **3** Médica Ginecóloga. Especialista en Ginecología Infanto Juvenil. Servicio de Ginecología Infanto Juvenil, Hospital Pediátrico Dr. Humberto Notti, Mendoza, Argentina. **4** Médica Tocoginecóloga. Especialista en Ginecología Infanto Juvenil. Servicio de Ginecología Infanto Juvenil, Hospital Pediátrico Dr. Humberto Notti, Mendoza, Argentina. **5** Médica Tocoginecóloga. Residente Ginecología Infanto Juvenil, Hospital Pediátrico Dr. Humberto Notti, Mendoza, Argentina  
E-mail: agiaccgaglia@gmail.com

## INTRODUCCIÓN

La obesidad es el aumento de la masa adiposa. Su evaluación requiere mediciones que la demuestren.<sup>1</sup>

Se han desarrollado diferentes métodos para estimarla; por ejemplo: los pliegues cutáneos, la bioimpedanciometría, la hidrodensitometría, la densitometría de absorción dual de rayos X (DEXA), entre otros. Existe consenso acerca de que el patrón de referencia de la medición es la DEXA; sin embargo, existen otros métodos más simples, de bajo costo, aceptables y fácilmente disponibles y accesibles que resultan más operativos.

Entre estos últimos se cuenta con el índice de masa corporal (IMC), los pliegues cutáneos (tricipital y subescapular), el perímetro abdominal y, últimamente, también el perímetro del cuello. **El indicador que se ha impuesto por su reproducibilidad es el IMC.** El IMC se expresa en unidades de kg/m<sup>2</sup>, hasta con un decimal.

En el niño, los valores límite del IMC saludable varían con la edad y el sexo. En el adulto, se considera como valores límite del IMC saludable 18,5 y 25,0; valores superiores a 30 son equiparables a obesidad y entre 25 y 30, a sobrepeso. **En los niños y adolescentes el sobrepeso corresponde a un IMC mayor que el percentil 85 y hasta el percentil 97. La obesidad corresponde a un IMC mayor que el percentil 97.**<sup>1</sup>

## Estado actual

Se estima que 6 de cada 10 argentinos presentan exceso de peso (obesidad-sobrepeso).<sup>2</sup> Para menores de 5 años, Argentina presenta una prevalencia de obesidad y sobrepeso de 9,9%.<sup>3</sup> A nivel mundial, la OMS y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) indican que esta condición tiene una prevalencia de 6,2% (41 millones). Estas cifras aumentaron a 33% en 2016.

A nivel nacional, según la Encuesta Mundial de Salud Escolar (2012), en los últimos cinco años, en el grupo de adolescentes de 13 a 15 años el exceso de peso aumentó del 24,5% al 28,6%. La prevalencia de obesidad pasó del 4,4% al 5,9%.<sup>3</sup>

Además, sobre la base de un estudio realizado por la Federación Interamericana del Corazón (FIC) Argentina y UNICEF Argentina, los adolescentes de nivel socioeconómico más bajo tienen un 31% más de probabilidades de sobrepeso

respecto de los adolescentes del nivel socioeconómico más alto.<sup>3</sup>

Según el informe producido por el Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación y UNICEF **“Sobrepeso y obesidad en niños, niñas y adolescentes según datos del primer nivel de atención en la Argentina”**, publicado en 2018, el exceso de peso (sobrepeso más obesidad) fue del 31,1% en 2016 en los niños, niñas y adolescentes reportados por las trazadoras del Programa SUMAR, y dentro de este, la obesidad fue del 13%. Asimismo, se observa un incremento del exceso de peso de cinco puntos porcentuales desde 2014 hasta 2016.<sup>4</sup>

En el informe previamente citado, el sobrepeso de los distintos grupos de edad se mantuvo estable (por arriba del 18%) y se incrementó levemente en la población adolescente, en la que llegó hasta 21,9%. La obesidad, en cambio, tuvo un crecimiento sostenido a lo largo de los distintos rangos etarios, fue del 6,8% en menores de 2 años y llegó al 18,1% en el grupo de 6 a 9 años, para luego disminuir levemente entre los adolescentes (10-19) a un 15,1%.<sup>4</sup>

En particular, en la situación de la provincia de Mendoza, el grupo de 2-5 años presentó 29,8% de exceso de peso, entre 6-9 años fue de 38,4% y entre los 10-19 años del 40,2%.<sup>4</sup>

Del análisis de estos datos, surgió como objetivo del trabajo evaluar el estado nutricional de niñas y adolescentes de entre 0 y 19 años de nuestra población en particular; estudiar la situación en los diferentes grupos etarios, y valorar la relación entre el estado nutricional y la zona de procedencia.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se analizaron en forma retrospectiva las historias clínicas (HC) de pacientes que consultaron por primera vez al Servicio de Ginecología Infanto Juvenil del Hospital Pediátrico Humberto Notti, el cual es un centro de referencia y derivación en la región de Cuyo, ubicado en la provincia de Mendoza.

Se consideró el período comprendido entre el 1 de enero de 2016 y el 30 de junio de 2017. El rango etario analizado fue desde recién nacidos hasta los 19 años.

Se revisaron 1117 HC. Doscientas setenta y siete se excluyeron por no contarse con las medidas antropométricas, las cuales correspondieron

en su mayoría a consultas de urgencia. Se analizó en cada HC la edad, el lugar de procedencia, el peso, la talla y el estado nutricional de las pacientes mediante el IMC. Se calcularon los percentiles para cada IMC de acuerdo con la edad, utilizando los gráficos de la "Guía para evaluación de crecimiento físico 2013. Sociedad Argentina de Pediatría (SAP). Comité de Crecimiento y Desarrollo".<sup>5</sup>

Las pacientes fueron clasificadas de la siguiente forma:

- Percentil menor del p3: **bajo peso**.
- Percentil mayor o igual al p3 y menor del p85: **normopeso**.
- Percentil mayor o igual al p85 y menor del p97 o puntaje Z mayor que +1 y menor o igual a +2: **sobrepeso**.
- Percentil mayor o igual al p97 o puntaje Z mayor de +2: **obesidad**.

Se consideró un peso adecuado al nacer, según la definición de la OMS, de entre 2500 y 4000 g, considerando aquellos por debajo de este valor con bajo peso al nacer, mientras que los que excedían este límite se definieron como macrosómicos.

Para realizar el estudio estadístico de estas variables se utilizaron las herramientas (cálculos *online*) provistas por [www.institutodemetodologia.net](http://www.institutodemetodologia.net). Se consideraron intervalos de confianza (IC) del 95%. Para analizar factores de riesgo se utilizaron tablas 2 x 2, donde se calcularon *odds ratio* y *chi* al cuadrado.

## RESULTADOS

### Estado nutricional

Se analizaron 840 HC de pacientes, 58,8% (494) presentaban un peso adecuado para la edad; 22,26% (187) obesidad; 16,9% (142) sobrepeso, y 2,04% (17) bajo peso (Gráfico 1). Al hacer una sumatoria de la población en riesgo determinamos que 39,16% (IC 95: 0,36-0,42) presentaban un IMC mayor que el percentil 85.

### IMC según grupo etario

Al analizar el estado nutricional en los diferentes grupos, se identificó una situación de exceso de peso en los grupos de menores de 2 años (24,2%), de 2 a 5 años (37,4%), de 6 a 9 años (43,2%) y de 10 a 19 años (26,95%) (Gráfico 2). Se realizó la comparación entre los resultados de

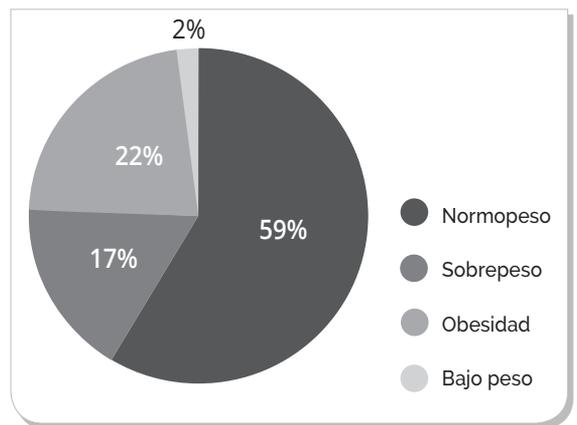


Gráfico 1. Estado nutricional general.

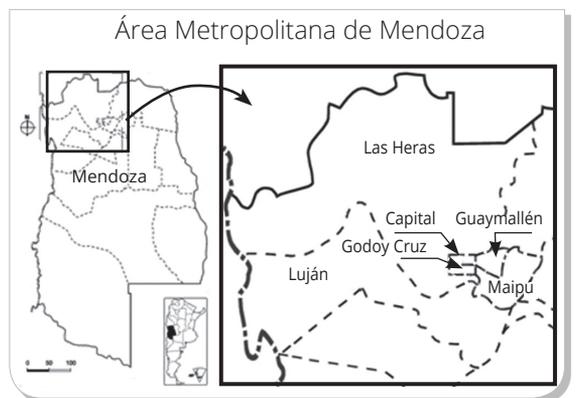


Gráfico 1. Zona de procedencia.

Fuente: Rev. Hist. Am. Argent. Vol. 47 N°1. Mendoza. Ene/Jun 2012.

nuestro hospital con los de la provincia de Mendoza<sup>4</sup> detectando marcadas diferencias (Gráfico 3).

En el grupo de menores de 2 años el exceso de peso fue 0,9% mayor en pacientes evaluadas del Servicio de Ginecología Infanto Juvenil, al igual que el conjunto de 2 a 5 años, en el que encontramos una diferencia de 7,6% y 4,8% de diferencia en el grupo de 6 a 9 años (Gráfico 3).

### Zona de procedencia

Considerando la procedencia de las pacientes se establecieron dos zonas; por un lado, la zona urbana del Gran Mendoza (Figura 1), que corresponde a los departamentos de Ciudad de Mendoza, Godoy Cruz, Guaymallén, Las Heras y Luján de Cuyo, y por otro lado el resto de la provincia.

Encontramos que 624 pacientes residían en el Gran Mendoza; de estas, un 56% (n = 351) presentaban peso adecuado y 44% (n = 273) tenían

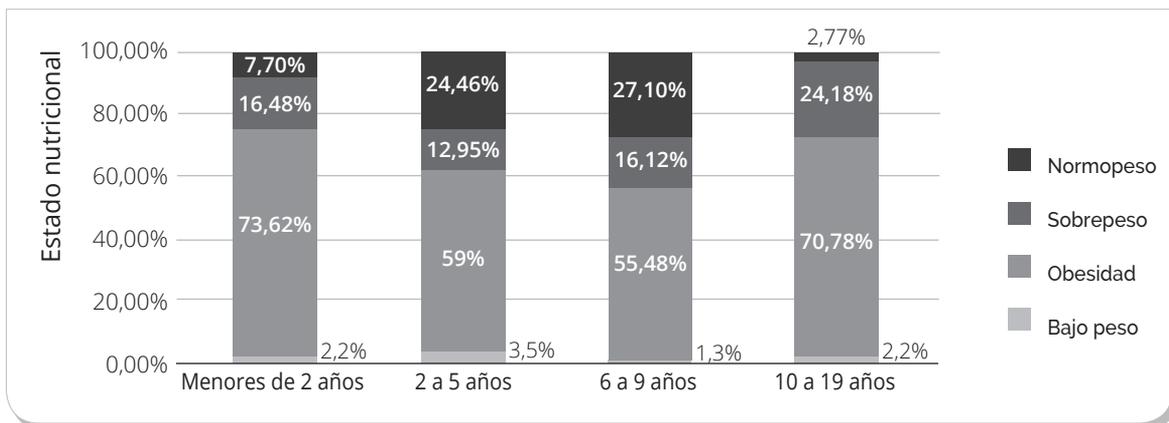


Gráfico 2. Estado nutricional por grupo etario.

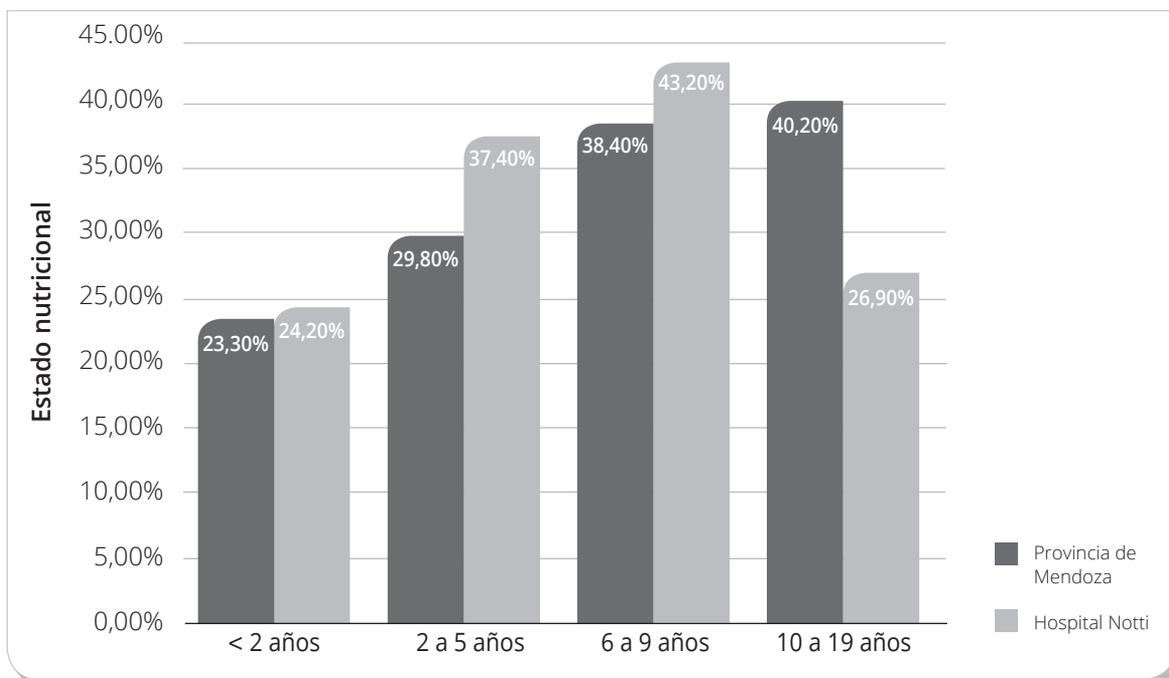


Gráfico 3. Comparación del informe Sobrepeso y obesidad en niños, niñas y adolescentes según datos del primer nivel de atención en la Argentina y la población evaluada.

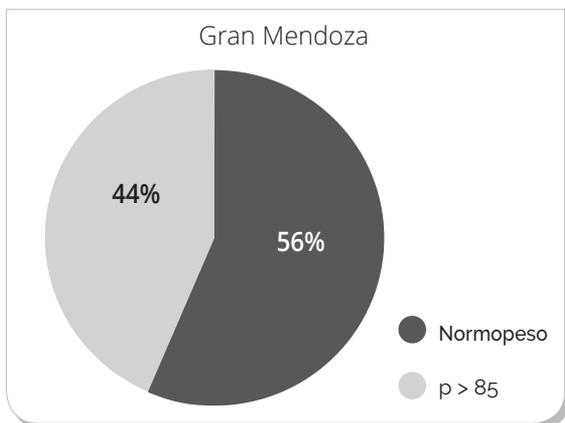


Gráfico 4. Estado nutricional en Gran Mendoza.

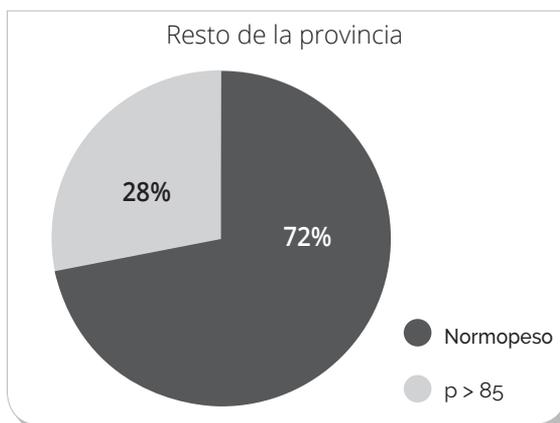


Gráfico 5. Estado nutricional en el resto de la provincia.

**Tabla 1.** IMC en relación con la zona de procedencia.

	Gran Mendoza	IC 95%	Resto de la provincia	IC 95%
Normopeso	56% (n = 351)	0,52-0,60	71,86% (n = 143)	0,65-0,78
Percentil > 85 IMC	44% (n = 273)	0,39-0,48	28,14% (n = 56)	0,22-0,35

sobrepeso-obesidad. En el resto de la provincia residían 199 pacientes, de las cuales un 71,86% (n = 143) de las niñas presentaban normopeso y 28,14% (n = 56) se encontraban por encima del percentil 85 para su peso (Tabla 1, Gráfico 4, Gráfico 5).

Al estimar *odds ratio* con un valor de 1,986 (IC 95%: 1,40-2,81), y con un valor de  $p < 0.01$  para *chi* cuadrado, por lo que la muestra es estadísticamente significativa, se vio que las pacientes que viven en zonas del Gran Mendoza tienen 1,98 veces mayor riesgo de presentar sobrepeso u obesidad que aquellas que viven en el resto de la provincia.

## DISCUSIÓN

El estado nutricional de nuestra muestra es alarmantemente más grave que el esperado según datos nacionales e internacionales.

Si comparamos los resultados del informe "Sobrepeso y obesidad en niños, niñas y adolescentes según datos del primer nivel de atención en la Argentina", el exceso de peso (sobrepeso más obesidad) afectó al 31,1% de los niños, niñas y adolescentes, mientras que en nuestro estudio encontramos el 39,16%.

Según el informe nacional, la prevalencia de obesidad fue del 13%. La prevalencia en nuestra población hospitalaria fue del 22,26%. Al comparar por edades, en los grupos de menores de 2 años, en el de 2 a 5 años y en el de 6 a 9 años, el exceso de peso de la población estudiada fue superior al determinado para la provincia de Mendoza en el informe producido por el Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación y UNICEF. Se identificó como factor de riesgo, la residencia en zonas urbanas, como el Gran Mendoza; en comparación con personas que vivían en el resto de la provincia.

## CONCLUSIONES

El 39,16% de la población estudiada presentó obesidad-exceso de peso.

El estado nutricional de nuestra muestra es mucho más grave que el esperado según datos nacionales e internacionales.

La residencia en zona urbana representó un factor de riesgo para presentar SP-O.

Es importante aprovechar la oportunidad de la consulta en la niñez y adolescencia para evaluar el estado nutricional de las pacientes, fomentar hábitos nutricionales saludables y concientizar sobre las consecuencias de la obesidad a largo plazo.

## Referencias

1. Al-Awadhi, N, Al-Kandari, N, Al-Hasan, T y col. Age at menarche and its relationship to body mass index among adolescent girls in Kuwait. BMC Public Health. 2013; 13: 29.
2. Ministerio de Salud: Presidencia de la Nación. Alimentación Saludable, Sobrepeso y Obesidad en Argentina. [http://www.msal.gob.ar/images/stories/ryc/graficos/0000001137cnt-2017\\_cuadernillo-obesidad.pdf](http://www.msal.gob.ar/images/stories/ryc/graficos/0000001137cnt-2017_cuadernillo-obesidad.pdf) (consultado 11/03/2019)
3. Federación InterAmericana del Corazón. Información Obesidad

Infantil. [www.ficargentina.org/informacion/alimentacion/obesidad-infantil](http://www.ficargentina.org/informacion/alimentacion/obesidad-infantil). (consultado 11/03/2019)

4. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. UNICEF. Sobrepeso y obesidad en niños, niñas y adolescentes según datos del primer nivel de atención en la Argentina. [http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001387cnt-2019-01\\_sobrepeso-y-obesidad.pdf](http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001387cnt-2019-01_sobrepeso-y-obesidad.pdf). (consultado 03/03/2019)
5. Sociedad Argentina de Pediatría. Guía para la Evaluación del crecimiento Físico. 3° Edición. 2013. Ed Ideo Gráfica.

## Resúmenes del XX Congreso Internacional de Ginecología Infanto Juvenil *“Una Mirada Integral en Prevención: Transitando el Presente y Pensando en el Futuro”*

### Adolescente embarazada: resultados perinatales en el Hospital Magdalena Villegas de Martínez

Alarcón M, Castro M, Citurini M, García N, Greco G, Kuffner J, Lanche N, Orejón R, Urrutia M; Hospital Magdalena Villegas de Martínez, Tigre, Argentina

**INTRODUCCIÓN:** La adolescencia es un proceso de grandes cambios y transformaciones a nivel biológico, psicológico y social. Cada joven la transita de manera diferente según su singularidad, características propias y entorno. Si a esta situación de conflicto le sumamos un embarazo se transforma en la suma de dos crisis vitales en la vida de un individuo. Analizamos los resultados perinatales de los nacimientos de adolescentes embarazadas en nuestro hospital para mejorar las estrategias de atención para ellas.

**OBJETIVO PRINCIPAL:** Conocer la prevalencia de las adolescentes embarazadas que tuvieron su parto o cesárea en el período del 01/01/17 al 31/12/17 en el Hospital Magdalena Villegas de Martínez.

**OBJETIVOS ESPECÍFICOS:** Categorizar a las adolescentes de acuerdo con la etapa de la adolescencia en la que se encuentran. Evaluar la existencia de algún evento obstétrico previo respecto del último nacimiento. Observar cuántos de los embarazos fueron planeados. Conocer el estado civil en el que se encontraban las adolescentes. Analizar cuántas de las adolescentes realizaron un control prenatal suficiente. Evaluar cuántas asistieron al curso de preparación para la maternidad. Determinar la existencia de hábitos nocivos como ingesta de alcohol, consumo de drogas o tabaquismo. Analizar la prevalencia de anemia. Determinar cuántas presentaron infecciones urinarias e infecciones de transmisión sexual, específicamente VIH y sífilis. Analizar la vía de finalización del embarazo. Evaluar la cantidad de nacimientos pretérminos. Determinar cuántos recién nacidos tuvieron bajo peso al nacer.

**METODOLOGÍA:** Estudio observacional descriptivo, transversal, retrospectivo. Se utilizó la base de datos del Sistema Informático Perinatal (SIP) en el período del 01/01/17 al 31/12/17.

**RESULTADOS:** Del total de 1146 nacimientos, 204 fueron de madres adolescentes, de las cuales un 80% cursaba la etapa tardía. Del total, el 70.6% refirió no haber planeado el embarazo. El 75.9% manifestó estar en una unión estable. El 25.5% de las pacientes tenían gestaciones previas, de las cuales 75% tenía antecedentes de nacimientos por parto vaginal y cesárea y el 6% antecedentes de abortos. El 75.5% realizó un control prenatal suficiente, aunque el 92.6% no asistió al curso de preparación para la maternidad. El 6.8% consumió tabaco en el primer trimestre. El porcentaje de anemia fue de un 32.8% en la segunda mitad del embarazo. El 17.2% tuvo infección urinaria antes de las 20 semanas. El 4.4% tuvo sífilis en la primera mitad y el 6.3% en la segunda mitad del embarazo. El 77.9% de nacimientos fueron partos vaginales, 22.1% cesáreas. El 15.7% fueron nacimientos pretérmino y el 7.5% de los recién nacidos tuvieron bajo peso al nacer.

**CONCLUSIÓN:** Concluimos que el abordaje de la adolescente embarazada debe estar libre de los mitos respecto de sus prácticas. La necesidad de trabajar transdisciplinariamente debe ser nuestro objetivo, teniendo en cuenta el gran abanico de cuestiones que se ponen en juego frente a ellas. La labor obstétrica permite tener una mirada integral que genera un espacio de apertura y confianza en su atención. Creemos fundamental conocer a la población a la que asistimos para así mejorar nuestras prácticas.

### Implante subdérmico anticonceptivo en adolescentes: un estudio descriptivo de las características de la población que concurre a un Servicio de Adolescencia de la Ciudad de Buenos Aires

Mabres L,<sup>1</sup> Pasca L,<sup>1</sup> Azcola C,<sup>1</sup> Alcaraz N,<sup>1</sup> Gutiérrez G,<sup>1</sup> Cramer V,<sup>2</sup> Berner E<sup>2</sup>;

<sup>1</sup>Servicio de Adolescencia, Hospital Dr. Cosme Argerich, Ciudad de Buenos Aires, Argentina; <sup>2</sup>Servicio de Cirugía y Oncología, Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez, Ciudad de Buenos Aires, Argentina; <sup>3</sup> Jefe de Servicio de Diagnóstico por Imágenes, Hospital Dr. Cosme Argerich, Ciudad de Buenos Aires, Argentina

**OBJETIVOS:** *General:* Describir e identificar las características de la población de adolescentes que

asistió al Servicio de Adolescencia del Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich de CABA durante 2015-2018 para la colocación del implante subdérmico etonogestrel 68 mg (Implanon®) como opción anticonceptiva. *Específicos:* 1) Estimar la frecuencia de colocación luego de un evento obstétrico: aborto o parto-cesárea. 2) Describir el tiempo hasta la colocación luego del evento obstétrico. 3) Detallar la utilización de otros métodos anticonceptivos previos al implante. 4) Comparar la cantidad de pacientes provenientes de CABA con respecto a las residentes en provincia de Buenos Aires.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** El estudio es de tipo retrospectivo, observacional y descriptivo transversal. El presente trabajo analiza una población blanco de pacientes adolescentes de 12 a 21 años en el ámbito hospitalario a quienes se les haya colocado el implante subdérmico durante 2015-2018. La muestra es sistemática, lineal, equidistante. El número de casos fue 239. Se analizan las siguientes variables: tipo de evento obstétrico relacionado con la colocación del implante (parto o aborto); tiempo de colocación con respecto al último evento obstétrico; edad de colocación; lugar de residencia. Para la tabulación de datos se utilizó una ficha de registro del Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Para el procesamiento, análisis epidemiológico y estadístico se utilizaron los programas *Google Forms* versión 2017, *Google Sheet* versión 2017 y EPIDAT 4.2.

**CRITERIOS DE INCLUSIÓN:** Pacientes adolescentes, mayores de 12 años y menores de 21 años. Pacientes sin contraindicaciones para aplicación del método anticonceptivo etonogestrel 68 mg (Implanon®).

**RESULTADOS:** Del total de pacientes, 62,3% provenía de CABA. Del total de adolescentes que se colocaron el implante, un 66,5% tenía entre 17 y 21 años. Un 26,4% tenía entre 15 y 16 años, un 7,1% fueron pacientes que eran adolescentes tempranas (entre 12 y 14 años); en estos casos la colocación de implante fue en el ámbito de la internación y se indagó si fueron relaciones sexuales consentidas. El promedio de edad fue de 17,2 años por otro lado se halló que 25,5% del total no usaba ningún método anticonceptivo previo, 19,4% utilizaba solo preservativo, 17,15% anticonceptivos orales y 17,5% anticonceptivos inyectables. Del total sólo 1,2% utilizaba doble método (preservativo más otro método anticonceptivo). El 53% de nuestras pacientes tuvieron un evento obstétrico, este dato fue consignado por

referencia de la paciente, y de ellas el 45% se había colocado el implante entre 1 y 6 meses luego de dicho evento. De estos eventos obstétricos consignados por nuestras pacientes un 37,8% eran abortos, y un 62,2%, partos. Uno de los posibles sesgos fue la omisión o error en la carga de datos por parte del médico tratante, en estos casos en que los datos eran poco claros se utilizaron los registros de historias clínicas y otro posible es la carga de datos en la base de datos.

**DISCUSIÓN:** Se encontró un predominio de adolescentes de 17 a 21 años. Del total de las pacientes, la mayoría no utilizaba un método anticonceptivo previo. Asimismo, un gran número de la población estudiada había cursado un evento obstétrico previo (parto o aborto) de estas, el mayor porcentaje fue entre 1 y 6 meses

**CONCLUSIÓN:** Luego de realizar este estudio, podemos concluir que la mayoría de las pacientes sexualmente activas no utilizaban un método anticonceptivo previo a la colocación del implante. Creemos que la intervención temprana y oportuna, en consejería sexual y reproductiva, funciona como una herramienta primordial para evitar eventos obstétricos en adolescentes. Ofrecer los métodos de larga duración (LARC) a las pacientes adolescentes permite disminuir el riesgo de estos durante esta etapa de la vida. Brindar opciones de métodos LARC le da un valor agregado a la consulta en esta etapa de la vida.

### Urgencia en ginecología pediátrica, tumoración unilateral de vulva como consulta de guardia. A propósito de un caso clínico

Cramer V,<sup>1</sup> Azcola C,<sup>1</sup> Zuccardi L,<sup>2</sup> García Lombardi M,<sup>2</sup> Kozima S,<sup>3</sup> Lagándara P,<sup>1</sup> Berner E<sup>1</sup>;

<sup>1</sup> Servicio de Adolescencia, Hospital Dr. Cosme Argerich, Ciudad de Buenos Aires, Argentina; <sup>2</sup> Servicio de Cirugía y Oncología, Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez, Ciudad de Buenos Aires, Argentina; <sup>3</sup> Jefe de Servicio de Diagnóstico por Imágenes, Hospital Dr. Cosme Argerich, Ciudad de Buenos Aires, Argentina

**INTRODUCCIÓN:** La aparición aguda de lesiones vulvares en niñas y adolescentes es poco frecuente y, por tanto, requiere de un abordaje interdisciplinario.

**OBJETIVO:** Dar a conocer a la comunidad médica, a partir de un caso clínico, las dificultades que surgieron para la confirmación diagnóstica de una afección vulvar de presentación poco frecuente en la adolescencia temprana y perimenárquica.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Paciente de 12 años, derivada de la guardia ginecológica, en mal estado general, por dolor agudo de 48 horas de evolución, con sospecha de hematoma vulvar. *Examen físico:* Presenta, en labio menor derecho: lesión ulcerada, impetiginizada, dolorosa, con eritema, edema, coloración morada y adenopatía satélite. Se interpreta: Lesión única indurada y eritematosa de etiología incierta, en paciente perimenárquica. Se indica tratamiento con ketoconazol al 2% (champú), TMS y corticoide local. Se solicita serología para Epstein-Barr, citomegalovirus, hepatitis A y B, sífilis, toxoplasmosis y VIH con resultados negativos. Se descarta abuso infantil. Ante persistencia clínica de la lesión con cambios de coloración y leve mejoría con el uso de corticoide local, se decide realizar interconsulta con servicio de cirugía y oncohematología del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez por sospecha diagnóstica, úlcera de Lipschütz vs. proceso oncológico-vascular. Por las características de la lesión se solicita biopsia, que informa: infiltrado inflamatorio inespecífico y angio RMN, llegando al diagnóstico de trombosis secundaria a proceso inflamatorio.

**CONCLUSIONES:** Las lesiones vulvares tienen diversas formas de presentación en la adolescencia y en especial durante la perimenarquia. El dolor, su localización y aparición súbita ocasionan gran ansiedad en las pacientes y sus familias. Por todo lo expuesto, consideramos que teniendo en cuenta la frecuencia de las distintas entidades posibles, siempre se deben estudiar para llegar a un diagnóstico etiológico, lo que implica lograr una buena comunicación dentro y fuera de la institución, con una visión interdisciplinaria.

### Frecuencia de violencia en el noviazgo en un grupo de adolescentes de la Ciudad de Buenos Aires

Cuman G, Krynvenik M; Obra Social para la Actividad Docente (año 2015), Buenos Aires Argentina

**INTRODUCCIÓN:** Entendiendo que el concepto de amor de pareja construido desde el patriarcado encierra conductas y actitudes de dominio y control hacia las mujeres, se quiso indagar sobre la violencia en las primeras relaciones de noviazgo en la etapa adolescente.

**OBJETIVOS DE LA ENCUESTA:** Conocer la frecuen-

cia y tipos de relaciones violentas en los noviazgos de adolescentes; saber si los adolescentes sostienen los mitos del amor romántico y su diferencia entre sexos; identificar las habilidades sociales que utilizaron para abordar dichas situaciones de maltrato y su diferencia por sexo.

**MATERIAL Y MÉTODO:** Se administró en 2015 una encuesta voluntaria, anónima y cerrada en escuelas públicas y privadas de la Ciudad de Buenos Aires.

**RESULTADOS:** Se obtuvieron 635 respuestas. Cuatrocientos cincuenta (231 varones, 219 mujeres) adolescentes tenían o habían tenido una relación de pareja; 105 (23%) reconocieron violencia: 33 (14%) varones y 72 (33%) mujeres ( $p < 0,02$ ). 157 (35%) negaron violencia, pero marcaron 1 o más indicadores de violencia; 99 (43%) varones y 58 (26%) mujeres ( $p < 0,015$ ); la suma de ambos: 58%; 76% violencia psicológica. Sostener los mitos del amor romántico: 50% el amor es ciego. Resolución del conflicto: 50% toleró la situación.

Se encontraron distintos tipos de violencia, con predominio de la violencia psicológica, como también algunos mitos del amor romántico que habilitaría la aparición de violencias sutiles con diferencias significativas por sexo. Se hallaron, además, diferencias en la autopercepción de la violencia por sexo, constatando la influencia de los estereotipos de género.

**CONCLUSIONES:** Por todo ello se considera fundamental la plena aplicación de la Educación Sexual Integral (ESI) para desnaturalizar y deconstruir en forma temprana dichas conductas y actitudes machistas, primer eslabón de la violencia de género.

### Presentación de un caso: úlcera de Lipschütz

Cos J, Gelin M, Mulli V, Ormaechea E, Cesarato L; Hospital Italiano de Buenos Aires, Ciudad de Buenos Aires, Argentina

**INTRODUCCIÓN:** Entidad poco frecuente que se caracteriza por la aparición de una o varias úlceras genitales agudas, dolorosas, en niñas y adolescentes, sin relaciones sexuales previas. Fue descrita por Lipschütz a comienzos del siglo XX y, a pesar de su clínica característica, continúa siendo poco conocida y por ello subdiagnosticada. Su etiología es desconocida, suelen estar precedidas por un síndrome febril. El diagnóstico es por exclusión de otras afecciones y se considera relacionada con la infección por EBV.

El tratamiento es sintomático, local, evitando la sobreinfección bacteriana, y se resuelve espontáneamente en algunas semanas.

**OBJETIVOS:** Presentar un caso clínico de úlcera vulvar aguda (Lipschütz) en el Hospital Italiano de San Justo y realizar una revisión bibliográfica del tema.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Reporte de un caso de una paciente con úlcera de Lipschütz diagnosticada y tratada en el Hospital Italiano de San Justo.

**CASO CLÍNICO:** Paciente de 11 años, premenárquica, consulta a la sección de ginecología infantojuvenil derivada de guardia por dolor vulvar, acompañada por su mamá. Cursaba cuadro de faringitis de cuatro días de evolución, con fiebre y ampollas en la lengua y en los carrillos. Trae test de estreptococo de guardia negativo. Refieren que desde hace 48 h se agrega ardor y dolor intenso vaginal. Al interrogatorio niega situaciones de abuso ni molestias por parte de otras personas. Al examen físico, se presenta colaboradora. Se observa vulva edematizada y en ambos labios menores una lesión ulcerada, fibrinoide y dolorosa de aproximadamente 1 cm de diámetro, en espejo. Se indica tratamiento local y analgesia y solicitan serologías para HBV, HCV, herpes simple, HIV, VDRL y CMV negativos, EBV ADN x PCR negativo (IgG positivo, IgM negativo). La paciente vuelve a control luego de una semana, con excelente respuesta al tratamiento, sin dolor y con lesión cicatrizal. Se interpreta el cuadro como úlcera de Lipschütz.

**CONCLUSIONES:** La úlcera de Lipschütz es una entidad subdiagnosticada cuyas pruebas de laboratorio suelen ser inespecíficas. El estudio histopatológico no permite efectuar diagnóstico diferencial. Es muy importante la realización de una buena anamnesis haciendo hincapié en los antecedentes personales y familiares; informar a los padres y a la paciente que no es una ITS, que su resolución es espontánea y sin secuelas.

### **Abordaje clínico integral del adolescente con desarrollo sexual diferente: a propósito de un caso**

De Maio A, Zunana C, López P, Mato R, Bulgach V;  
Hospital de Pediatría S.A.M.I.C. Prof. Dr. J.P. Garrahan, Ciudad de Buenos Aires, Argentina

**INTRODUCCIÓN:** El término anomalías del desarrollo sexual (DSD, *disorders of sex development*) se

utiliza para definir aquellas condiciones congénitas en las cuales el desarrollo del sexo cromosómico, gonadal o anatómico es atípico. Su clasificación divide las etiologías en función del cariotipo. Se reporta que 1 de cada 4500 niños presenta genitales externos anómalos en el nacimiento que ocasionan dudas al momento de la asignación.

**OBJETIVOS:** Presentar el caso de un paciente con desarrollo sexual diferente.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Se revisó la historia clínica de una paciente atendida en el consultorio de Adolescencia del Hospital de Pediatría S.A.M.I.C Prof. Dr. J.P. Garrahan.

**CASO CLÍNICO:** Paciente de 17 años con diagnóstico al nacimiento de malformación caudal compleja (extrofia cloacal) con ambigüedad genital. Se asigna sexo de crianza femenino. A los cuatro días de vida, se realiza laparotomía exploradora donde se constata ausencia total de colon, gónadas compatibles con testículos y ausencia de derivados müllerianos. Se realiza cariotipo 46, XY. Comienza seguimiento multidisciplinario en nuestro centro. Al año de vida se realiza gonadectomía bilateral (tejido testicular). Durante los primeros años de vida se realizan múltiples intervenciones: osteotomía ilíaca bilateral, neovejiga con ciego, Mitrofanoff, reimplante VU bilateral, desanclaje medular y resección de lipoma lumbosacro, entre otras. Presentó múltiples internaciones y mala adhesión al tratamiento. Se planteó la posibilidad de comenzar estrogenoterapia a los 12 años. A los 15 años, consulta por primera vez a Adolescencia donde se evidencia mamas Tanner 2, vello pubiano 3, anatomía genital distorsionada con ausencia de orificios. Peso y talla acorde con la edad. Se aborda en forma integral e interdisciplinaria: identidad, orientación sexual, terapia de reemplazo hormonal y adhesión al tratamiento.

**DISCUSIÓN:** Hasta hace no muchos años, los niños que presentaban DSD eran intervenidos quirúrgicamente en etapas tempranas pensando que se beneficiaban con la adecuación física al sexo de crianza. En las últimas décadas se han planteado controversias respecto al momento más oportuno para las intervenciones quirúrgicas. En general, las recomendaciones se basan en los siguientes puntos: 1) el diagnóstico etiológico, 2) el desarrollo de los genitales externos y su función sexual futura, 3) las posibilidades de las correcciones quirúrgicas, 4) el desarrollo de los genitales internos y el potencial de fertilidad, 5) la aceptación de los padres,

6) la evaluación psicológica de los padres y la familia cercana. El desafío es acompañar al adolescente en el descubrimiento de su sexualidad, el proceso de autonomía y el conocimiento de su patología de base.

**CONCLUSIÓN:** El seguimiento de los pacientes es dificultoso y constituye un desafío para los mismos, su familia y el equipo de salud.

### **Infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) de transmisión desconocida: a propósito de un caso**

De Maio A, Ponce G, Calíano P, López P, Mato R, Bulgach V, Arazi Caillaud S; Hospital de Pediatría S.A.M.I.C Prof. Dr. J.P. Garrahan, Ciudad de Buenos Aires, Argentina

**INTRODUCCIÓN:** Se estima que 34 millones de personas viven con VIH en el mundo, de las cuales 3,4 millones son niños y niñas que residen en su mayoría en países de ingresos medios o bajos. Según datos del ex Ministerio de Salud, el 90% de las infecciones en niños menores de 13 años, son por transmisión perinatal.

**OBJETIVOS:** Presentar el caso de una paciente con diagnóstico de VIH por vía de transmisión desconocida.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Se revisó la historia clínica de una paciente atendida en el consultorio de Adolescencia del Hospital de Pediatría S.A.M.I.C Prof. Dr. J. P. Garrahan.

**CASO CLÍNICO:** Paciente de 11 años que fue derivada a nuestro hospital por su pediatra para estudio de adenopatías de dos meses de evolución. Sin antecedentes patológicos. Se presentaba adelgazada, con palidez mucocutánea, asténica, con adenopatías generalizadas. Se decide internación para estudio. Se solicitan serologías para descartar infecciones y se descarta afección oncológica por biopsia ganglionar. Se recibe resultado de Elisa para VIH reactivo, por lo que se solicita nueva muestra, carga viral y recuento de CD4 que confirman el diagnóstico. Se interroga sobre historia de transfusión de hemoderivados e inicio de relaciones sexuales, que niega, descartando las causas más frecuentes de infección no vertical. Se descarta la transmisión vertical. Se asume como infección VIH adquirida lo que constituye un hallazgo de certeza de abuso sexual. Con

este diagnóstico, se aborda interdisciplinariamente con ginecología, salud mental, infectología y servicio social. No se evidenciaron signos al examen físico ni surgen indicadores de abuso sexual. En la evaluación del grupo familiar, surge el antecedente de serología VIH positiva del padre. Se envía informe al Consejo de Protección de Derechos de los Niños/as y adolescentes.

**DISCUSIÓN:** Dentro de las causas de infección VIH no adquirida por transmisión vertical se describen la transmisión sexual, el uso de drogas inyectables, la lactancia materna, los accidentes cortopunzantes y la premasticación en reportes de África. Según el ex Ministerio de Salud, el 88% de los niños y niñas diagnosticados entre 2005 y 2014 se infectaron por transmisión perinatal y en un 7% la vía de transmisión fue desconocida. En cambio, en los grupos de 15 a 19, el 89% de las infecciones se debieron a relaciones sexuales desprotegidas. En la cohorte de niños mayores de 14 años en seguimiento en el hospital, la transmisión es desconocida en un 1,2%. Considerando el antecedente paterno de infección por VIH, se planteó la posibilidad de realizar un estudio filogenético del virus para evaluar la similitud con el virus de la paciente. Si bien es un recurso con el que cuenta nuestro hospital, no se encuentra accesible en todos los centros.

**CONSIDERACIONES FINALES:** Es fundamental que el abordaje de cualquier paciente con infección por VIH sea integral e interdisciplinario. Se deberá siempre considerar el diagnóstico de abuso sexual en aquellas pacientes que no presenten inicio de relaciones sexuales. Existen algunos casos en los que no es posible establecer la vía de transmisión; en esta situación es esencial el seguimiento a largo plazo para detectar situaciones de riesgo y establecer un vínculo de confianza que permita develar situaciones de abuso.

### **Trastornos del ritmo menstrual en adolescentes: experiencia del Servicio de Ginecología Infanto Juvenil, Hospital Pediátrico Dr. Humberto Notti**

Di Pasquale V, Domínguez A, Giaccaglia A, Mallol A, Terrazas E; Hospital Pediátrico Dr. Humberto Notti, Mendoza, Argentina

**INTRODUCCIÓN:** La prevalencia de trastornos menstruales en los primeros años posmenarca es

alta. En la mayoría se debe a inmadurez del eje HHO, pero puede ser manifestación de alteración orgánica o emocional. El ciclo menstrual es indicador de salud. La mayoría de los ciclos tienen un rango entre 21 y 35 días. Hacia el tercer año luego de la menarca, 60%-80% de los ciclos duran entre 21 y 35 días. La duración del ciclo se estabiliza alrededor del sexto año ginecológico, a una edad cronológica de 19-20 años.

**OBJETIVOS:** Describir características epidemiológicas de la población adolescente que consultó por trastornos del ritmo menstrual. Establecer asociación con: inmadurez del eje hipotálamo-hipofiso-ovárico (HHO), presencia de otras alteraciones menstruales y coexistencia de enfermedades sistémicas.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se procedió a revisar historias clínicas del Servicio de Ginecología Infanto Juvenil confeccionadas en 2016. Con los datos obtenidos se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo y longitudinal.

**CRITERIOS DE INCLUSIÓN:** Adolescentes que consultaron por primera vez por alteraciones del ritmo menstrual.

**RESULTADOS:** Se analizaron 704 historias clínicas de pacientes que consultaron por primera vez en 2016. De ellas, 14,5% (n = 102) concurren por alteraciones del ciclo menstrual, el 21,5% (n = 22) fueron consultas por alteraciones del ritmo. La edad decimal promedio fue 13,17 años, con un rango entre 10,67 y 15,87. La edad ginecológica promedio fue 18 meses, con un rango entre 2 meses a 4 años. El 63,6% (n = 14) cursaba edad ginecológica menor de un año, 13,6% (n = 3) entre 1-3 años y 22,7% (n = 5) mayor de 3 años. El 45,5% (n = 10) presentó IMC en percentiles normales, 36,4% (n = 8) sobrepeso y 18,2% (n = 4) obesidad. Se realizó diagnóstico de polimenorrea en 54,5% (n = 12) y de oligomenorrea en 45,5% (n = 10). El 54,5% (n = 12) realizaba actividad física regular, 9,1% (n = 2) ejercicio físico intenso y 36,4% (n = 8) no practicaba deporte. Al interrogatorio, 36,4% (n = 8) manifestó padecer enfermedades sistémicas (DBT tipo 1, hipotiroidismo, enfermedad cardiovascular, prolactinoma y trastornos de ansiedad), de ellas, 50% (n = 4) presentaron oligomenorrea y 50% (n = 4) polimenorrea. Se encontró en 54,5% (n = 12) asociación con alteraciones del volumen menstrual, resultando 66,7% (n = 8) hipermenorrea, y 33,3% (n = 4) hipomenorrea. Todas se encontraban compensadas hemodinámicamente, por esto, en 68,2%

(n = 15) la conducta fue expectante. Los estudios complementarios mostraron valores de hemoglobina y ecografías normales. Del total, 54,5% (n = 12) no realizaron controles posteriores y 45,5% (n = 10) regularizaron sus ciclos.

**CONCLUSIONES:** La edad ginecológica menor de un año, atribuible a inmadurez del eje HHO, se asocia frecuentemente con alteraciones del ritmo menstrual. Predisponen a la presencia de: aumento de peso, existencia de enfermedades sistémicas y, en menor medida, ejercicio físico intenso. En la mayoría existe asociación con otras alteraciones menstruales. Por estabilidad hemodinámica y estudios complementarios normales, en la mayoría se puede mantener una conducta expectante a la evolución de la madurez del eje HHO. Resulta fundamental mejorar el seguimiento de estas pacientes para obtener una calidad de vida aceptable.

### Teratoma inmaduro en la infancia

Elias A, Oderda L, Ortiz G, Chiesa H, Zirone S; Hospital Provincial de Rosario, Santa Fe, Argentina.

**OBJETIVOS:** Evaluación terapéutica de teratoma inmaduro en paciente pediátrico.

**CASO CLÍNICO:** Paciente de 7 años, eutrófica, consulta en guardia por tumoración abdominal de crecimiento rápido. La mamá notó la tumoración 15 días antes con dolor abdominal esporádico. Al examen físico: tumoración abdominal dura, inmóvil, de aproximadamente 10 cm, que se extiende desde región subumbilical hasta sínfisis pubiana. Sin dolor a la palpación. Vulva no estrogenizada, himen íntegro, área perianal sin particularidades. Niega otros síntomas. Se solicitó laboratorio, ecografía abdominopelviana, marcadores tumorales y TAC de cráneo, tórax, abdomen y pelvis. Se deriva a cirugía.

**RESULTADOS:** Marcadores tumorales: HCG (subunidad beta): < 0,1, alfa fetoproteína: 117,2 (VN: < 8,1), CEA 125: 35,2. Anatomía patológica microscópica: Neoplasia sólido-quística de células germinales, conformada por tejidos provenientes de las tres capas germinales, en distintos estadios de maduración. Abundante componente neuroectodérmico inmaduro, en más de cuatro campos de bajo aumento. Hallazgos inmuistoquímicos congruentes con diagnóstico morfológico realizado de teratoma inmaduro. Diagnóstico compatible con teratoma sólido in-

maduro quístico de alto grado (Grado III).

**CONCLUSIONES:** Si bien el teratoma maduro es el tumor más frecuente de ovario en la infancia y el más frecuente de los tumores germinales, menos del 1% de ellos se presenta como teratoma inmaduro. Aunque este último es más frecuente en mayores de 10 años, el caso clínico presentado es de una niña de 7 años con diagnóstico de teratoma inmaduro grado III y alfa fetoproteína aumentada. De acuerdo con la bibliografía consultada, el tratamiento en pacientes pediátricos es quirúrgico, conservador, preservando la fertilidad, optando por una conducta expectante posterior con un seguimiento estricto durante los dos primeros años debido al 15%-25% de tasa de recurrencia, en el primer año del tratamiento primario.

### Insulinorresistencia y lípidos en adolescentes con sobrepeso y obesidad

Ferretti G, Aguirre M, Castillo V; Hospital Escuela Eva Perón, Rosario, Argentina

**OBJETIVOS:** Determinar la presencia de insulinorresistencia y cambios en los lípidos en adolescentes con sobrepeso y obesidad.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se incluyen 66 pacientes adolescentes de entre 12 y 18 años bajo ningún tratamiento, con sobrepeso (IMC > 25 < 29) y obesidad (IMC > 30) que concurren al consultorio de Ginecología Infanto Juvenil del Hospital Eva Perón de Rosario. Se confecciona una ficha con los siguientes datos: edad, edad de menarca, peso al nacer, fecha de última menstruación, peso, talla, IMC y circunferencia de cintura. Se determina por laboratorio: glucemia, insulina (Ins.), colesterol (CO), colHDL, triglicéridos (TG). La determinación de insulinorresistencia (IR) se hizo mediante el índice HOMA considerando como valor diagnóstico dado por Keskin de 3,1.

**RESULTADOS:** De las 66 pacientes, 26 presentaron sobrepeso y 40 obesidad, 16 con valores normales de Ins.: media de 9,60 mU/ml y HOMA de 2,15, y 50 presentaron valores elevados de Ins.: media de 31,99 mU/ml y HOMA 7,60. Presentaron IR 16 (61%) de las pacientes con sobrepeso y 34 (85%) de las obesas. En las adolescentes con sobrepeso la media de Ins. fue 21,19 y HOMA 5,02, y en las obesas, la media de Ins. 29,67 y HOMA 6,99. El IMC entre las pacientes con sobrepeso, la media fue 26,6, y en aquellas con obesidad 35. El peso al nacer: 3,170 kg

en las que tenían sobrepeso y 3,070 kg en el grupo de obesidad; la circunferencia de cintura: 89 cm en sobrepeso y 107 cm en obesas; con Ins. normal es de 93 cm y con IR es de 102; CO: 156 mg/dl en sobrepeso y 163 mg/dl en obesas, colHDL: 44 mg/dl tanto en sobrepeso como en obesas, TG: 105 mg/dl en sobrepeso y 121 mg/dl en obesas, sin cambios significativos en las pacientes con IR con respecto a los lípidos.

**CONCLUSIONES:** No hubo modificaciones significativas entre las pacientes con sobrepeso y obesidad en lípidos (CO, colHDL, TG). Tanto el sobrepeso como la obesidad se asocian con IR.

No hubo diferencias significativas en cuanto al peso al nacer (media 3,000 kg) y en circunferencia de cintura (> 100 cm) entre las obesas y aquellas con sobrepeso.

### Linfoma primario de mama: reporte de un caso en una adolescente

Freire A, Arcari A, Zuccardi L, Gryngarten M; Centro de Investigaciones Endocrinológicas Dr. César Bergadá (CEDIE)- CONICET FEI; División de Endocrinología, Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez, Ciudad de Buenos Aires, Argentina

**INTRODUCCIÓN:** El término linfoma de la glándula mamaria hace referencia a linfomas primarios del tejido mamario que se presentan en ausencia de otras localizaciones previamente detectadas de linfoma. Los linfomas primarios de la glándula mamaria son un subtipo raro de linfoma no Hodgkin, que representan del 0,04% al 0,5% de los tumores malignos de la glándula mamaria, pero que hasta el momento sólo se han informado en mujeres adultas.

**OBJETIVOS:** Describir la presentación de una adolescente con un linfoma primario de mama.

**CASO CLÍNICO:** Paciente de 15 años que consulta por presentar, desde un año antes, sin mediar traumatismo alguno, tumoración no dolorosa retroareolar y periareolar en mama derecha, con un llamativo cambio de coloración violácea (similar a un hematoma), de aproximadamente 3 cm de diámetro. En los tres meses previos a la consulta había presentado, además, tumoración edematosa violácea en tobillo derecho, indolora, que luego de dos semanas de duración mejora espontáneamente, pero aparece similar afección en tobillo izquierdo. No presentaba síntomas generales como fiebre, descenso de peso, falta de apetito, astenia, etcétera. Al examen físico

presentaba T: 153,6 cm, P: 67 kg, IMC: 28, cambio de coloración en mama derecha, radialmente extendida, violácea, de 6 x 8 cm, con aumento local de temperatura. Se palpaba formación dura no pética de 3,5 cm x 4,5 cm en zona retroareolar, extendida al cuadrante superoexterno. En mama izquierda se palpa formación de 4 x 2 cm aproximadamente, sin cambios de coloración en la piel. No presentaba adenopatías axilares ni supraclaviculares ni cervicales. En tobillo izquierdo presentaba edema en zona premaleolar y retromaleolar con aumento de temperatura local. La ecografía mamaria describe en ambas mamas imágenes hipoecoicas de contornos irregulares en H 12 con proyección retroareolar, de 47 x 11 mm la derecha y de 41 x 14 mm la izquierda, de escasa señal Doppler color periférica. Se detecta sólo una adenopatía en axila derecha de 14 x 7 mm. Por detección de tumoración a nivel del macizo facial se solicitó ecografía que muestra formación sólida hipoecoica intraparotídea derecha de 20 x 17 mm. La ecografía abdominal describe como hallazgo imagen pseudonodular isoecoica de 53 x 33 mm en riñón derecho. El laboratorio presentaba como hallazgos positivos LDH: 276 U/l y ESD: 78 mm/h; hemograma y rutina bioquímica normales. Por tratarse de lesiones accesibles se realizaron punciones con aguja fina en mama derecha y en región parotídea derecha, con resultados negativos para atipias. Se realizó biopsia quirúrgica de la lesión de mama derecha, la cual arroja el diagnóstico anatomopatológico de linfoma linfoblástico tipo B. Se realizó PAMO sin detección de atipias, pero la punción lumbar detecta compromiso de SNC. Inicia quimioterapia con L-asa, vincristina, daunorrubicina y, además, metotrexato y dexametasona intratecal.

**CONCLUSIÓN:** Los linfomas primarios de la glándula mamaria son una entidad muy rara no descrita en la adolescencia. Las manifestaciones clínicas y ecográficas de esta enfermedad son inespecíficas, y la ausencia de síntomas sistémicos puede llevar a demorar el diagnóstico. La confirmación de la enfermedad requiere la evaluación histopatológica para iniciar el tratamiento.

## Impacto de la ley de salud sexual integral en adolescentes de la provincia de Córdoba

Zurita A, Kusaky N, Centeno F;  
Sanatorio Allende, Córdoba, Argentina

**OBJETIVOS:** La adolescencia se caracteriza por numerosos cambios desde el punto de vista biológico, psicológico, intelectual y social, que junto con la falta de experiencia y de información adecuada hace que aumenten las conductas sexuales de riesgo. La educación sexual implica proporcionar conocimientos y promover actitudes en torno del comportamiento sexual de un individuo. En la Argentina, en 2006 se promulgó la Ley 26150 de Educación Sexual Integral (ESI), aplicándose a todas las provincias en 2008. El objetivo de este trabajo es valorar el impacto de esta ley en la provincia de Córdoba.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Este es un trabajo observacional y longitudinal realizado a través de encuestas difundidas por redes sociales entre adolescentes de 16 a 18 años, que fueron comparadas con una encuesta similar realizada en 2009 utilizando el programa Medcalc, versión 18.9.1.

**RESULTADOS:** Se recolectaron en total 205 encuestas en 2018 y se compararon con 188 encuestas realizadas en 2009. De acuerdo con los datos recolectados, el 97,07% de los encuestados recibió información acerca de salud sexual y anticoncepción, en su mayoría a partir de la escuela y los medios de comunicación. Un 63,9% habló con sus padres respecto de este tema, pero aclararon sus dudas con amigos o a través de los medios de comunicación. El 55,6% ya había iniciado relaciones sexuales (RS), siendo la edad promedio de inicio 15,8 años (13-18), de éstas, el 82,45% fueron relaciones heterosexuales. Un 92,98% usó método anticonceptivo (MAC) en su primera relación sexual, el preservativo fue el más utilizado. En comparación con 2009, en el grupo de 2018 hubo mayor número de encuestados que habían iniciado sus relaciones sexuales, pero la edad promedio de estos fue mayor. Se realizaron preguntas acerca de 11 infecciones de transmisión sexual (ITS). El 99,51% conocía su existencia, y de ellas, el VIH fue el que más menciones recibió. El 1,97% identificó las 11 infecciones encuestadas, 0,49% ninguna y la mayoría (15,27%) marcó cinco. El 86,8% reconoció que existen formas de prevenir ITS; el preservativo fue la forma más mencionada

para lograrlo. Al realizar la comparación de ambos grupos, no hubo diferencias significativas en cuanto al conocimiento de la existencia de ITS, pero sí en cuanto a la capacidad para reconocerlas, siendo la cohorte 2018 la que tuvo mayor conocimiento de ellas. Solo una adolescente sexualmente activa refirió embarazo, sin que existieran diferencias significativas con el grupo 2009. Sobre el uso de anticonceptivo de emergencia, el 47,36% de los encuestados sexualmente activos marcó no haberlo usado y el 35,96% lo ha utilizado solo una vez por año. El 51,21% de los adolescentes reconoció como días fértiles del ciclo los comprendidos entre los días 13-15 y el 37,07% reconoció el día 14 como el de mayor riesgo de embarazo.

**CONCLUSIONES:** La ley de salud sexual integral ha tenido un bajo impacto en el uso de métodos anticonceptivos de acuerdo con la comparación de las encuestas que realizamos entre 2009 y 2018. Tampoco mostró impacto en el conocimiento de las infecciones de transmisión sexual, pero sí pudimos demostrar que ha tenido un alto impacto en la identificación de estas infecciones y su prevención.

## Depresión puerperal

Gustafsson M, Audisio B, Fleitas A, Imhoff F, Kindertcnech S, Nicola Cabarcos M, Palacio M, Rubio B, Villafañe O; Universidad Abierta Interamericana, Rosario, Argentina

**INTRODUCCIÓN:** Durante el puerperio existen cambios bioquímicos y estrés que pueden desencadenar trastornos psiquiátricos como la depresión posparto, que representa un problema de salud pública, con una prevalencia del 10% al 15%. Es un cambio grave del estado de ánimo que puede durar semanas o meses e interfiere con las actividades cotidianas.

**OBJETIVOS:** Brindar información acerca de la psicosis puerperal a las pacientes embarazadas que concurren al Servicio de Tocoginecología.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** La actividad se realizó de abril a junio de 2018, en forma de tres charlas taller que consistieron en dos encuentros quincenales cada una, las cuales fueron dirigidas a pacientes embarazadas que asistían al Servicio de Tocoginecología en el CIC de Capitán Bermúdez. Se trabajó de manera interdisciplinaria con las áreas de Psicología, Tocoginecología y Pediatría.

**RESULTADOS:** Observamos una gran aceptación por parte de la población, la cual se vio reflejada con el incremento de asistencia a los talleres, tanto de las embarazadas como de sus parejas, manifestando interés en cuanto a las consideraciones pertinentes para llevar adelante el puerperio saludable para todo el grupo familiar.

**CONCLUSIONES:** Creemos que, desde la APS, se deben crear espacios propicios para la realización de intervenciones de tipo preventivas tendientes a fomentar la consulta temprana, permitiendo de esta manera un diagnóstico y tratamiento precoz, para así preservar la integridad física y emocional tanto de la madre como del niño, reforzando el vínculo y la participación activa del entorno familiar.

## La importancia de la utilización de anticonceptivos en pacientes adolescentes con enfermedades crónicas complejas

Lagándara P, Jolly M, Cramer V, Berner E; Hospital Cosme Argerich, Ciudad de Buenos Aires, Argentina

**OBJETIVOS:** Describir la utilización de anticoncepción hormonal en adolescentes con enfermedad crónica en un consultorio diferenciado de un Servicio de Adolescencia.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se realizó un trabajo descriptivo, analítico, observacional, retrospectivo y de corte transversal. Se analizaron las historias clínicas de adolescentes de 12 a 21 años con diagnóstico de enfermedad crónica que consultaron de manera espontánea o fueron derivadas desde otros centros de salud para inicio de transición a clínica médica de adultos, y que solicitaron o requirieron un método anticonceptivo (como contraceptivo o no).

Criterios de inclusión: Pacientes de entre 12 y 21 años. Pacientes del Servicio de Adolescencia con diagnóstico de enfermedad crónica. Solicitar o necesitar un método anticonceptivo.

**RESULTADOS:** Fueron analizadas 190 historias clínicas, de las cuales 135 corresponden a mujeres en seguimiento por diferentes afecciones crónicas. Del total de estas pacientes, 16% había iniciado relaciones sexuales. Respecto del uso de método anticonceptivo, 19% utilizaba alguno; 2% para regularizar el ciclo menstrual y menos del 1% por contraindicación absoluta de embarazo por afección de

base (uso no contraceptivo). Respecto del tipo de contraceptivo: 4% utiliza anticoncepción inyectable; 2% anticonceptivo oral; 7% implante; DIU menos del 1%; 3% preservativo; ninguna realizó ligadura de trompas.

**CONCLUSIONES:** Se destaca la importancia del médico que asiste adolescentes con afección crónica con una mirada integral de la adolescencia, la sexualidad y el uso de métodos anticonceptivos adaptados a su enfermedad de base y necesidad.

### Edad de inicio sexual temprano y asociación con variables de salud sexual en adolescentes chilenos

Leal I, Molina T, González E, Lüttges C; Proyecto de Investigación financiado por el Fondo Nacional de Investigación y Desarrollo en Salud del Gobierno de Chile FONIS SA16I0012

**OBJETIVOS:** Analizar la edad de inicio sexual temprano y su asociación con variables de salud sexual y reproductivas en adolescentes chilenos.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio transversal y analítico. La información se obtuvo de la base de datos utilizada por la 8ª Encuesta Nacional de la Juventud, con representación nacional de zonas urbanas y rurales. La recolección de datos se realizó entre septiembre y diciembre de 2015. La población adolescente correspondió a 3840 participantes de entre 15 y 19 años. La muestra correspondió a adolescentes con inicio sexual. Se consideró inicio sexual temprano a las relaciones sexuales penetrativas antes de los 15 años. Se realizó análisis descriptivo para caracterizar la muestra y se evaluó la asociación entre la "Edad de inicio de la actividad sexual" y variables "Salud sexual y reproductiva": sexo oral, sexo anal, uso de método anticonceptivo (MAC) en la primera relación sexual y en la última relación sexual, número de parejas sexuales en los últimos 12 meses y embarazo no planificado. Se utilizó regresión logística múltiple controlando por edad y grupo socioeconómico y estratificando por sexo para determinar asociación entre las variables. Se utilizó software estadístico STATA v12.0.

**CRITERIOS DE INCLUSIÓN:** Adolescentes de 15 a 19 años con inicio sexual.

**RESULTADOS:** El 47,3% eran mujeres. Las mujeres iniciaron actividad sexual a los 15,54 años (ee = 0,07) y los hombres a los 15,24 años (ee = 0,14.) El 26,7%

de los adolescentes inició actividad sexual temprana. En las mujeres, la edad de inicio sexual temprano aumentó 1,67 veces la posibilidad de tener sexo oral (OR: 2,67; IC 95%: 1,59-4,49); 1,39 veces tener sexo anal (OR: 2,39; IC 95%: 1,42-4,02) y 0,85 veces el riesgo de un embarazo no planificado (OR: 1,85; IC 95%: 1,08-3,15.) No se encontró diferencias para uso de MAC en la primera o última relación sexual. En los hombres la edad de inicio sexual temprano aumenta 0,78 veces la posibilidad de tener sexo oral (OR: 1,78; IC 95%: 1,04-3,05); 0,82 veces tener sexo anal (OR: 1,82; IC 95%: 1,02-3,26); 2,33 veces no usar MAC en la primera relación sexual (OR: 3,33; IC 95%: 1,85-6,01) y 4,33 veces tener dos y más parejas sexuales durante los últimos 12 meses (OR: 5,33; IC 95%: 3,25-8,75).

**CONCLUSIONES:** La edad de inicio sexual ha disminuido entre adolescentes de ambos sexos, observándose que uno de cada cuatro adolescentes inicia la actividad sexual antes de los 15 años. Se observó que las prácticas sexuales de sexo oral y anal son comunes entre los adolescentes, y existe mayor asociación en el caso de adolescentes con inicio sexual temprano, en ambos sexos. Se encontró un aumento del riesgo para embarazo no planificado en adolescentes mujeres con inicio sexual temprano y de mayor número de parejas sexuales en el caso de los hombres. Esto debería alertarnos como sociedad para implementar estrategias que detecten oportunamente las necesidades de atención en salud sexual y reproductiva desde etapas tempranas de la adolescencia.

### Factores personales y familiares que inciden en la repetición del embarazo de madres adolescentes chilenas

Lüttges C, Leal I, González D, Huepe G, González E, Molina T; Proyecto de Investigación financiado por el Fondo Nacional de Investigación y Desarrollo en Salud del Gobierno de Chile FONIS SA16I0012

**OBJETIVOS:** Explorar y comprender los aspectos personales y familiares que favorecen la repetición del embarazo durante la adolescencia desde la perspectiva de las madres adolescentes que han y no han repetido el embarazo.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio cualitativo-descriptivo. Muestreo de casos homogéneos de madres

adolescentes de Santiago de Chile. Se utilizó la entrevista en profundidad como técnica de producción de datos. El análisis se realizó de acuerdo con la teoría fundamentada. Esta investigación fue aprobada por el Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.

**CRITERIOS DE INCLUSIÓN:** Las unidades de muestreo las conformaron dos grupos, según los siguientes criterios de inclusión:

**GRUPO REPETICIÓN (GR):** madres adolescentes menores de 20 años con período intergenésico menor de 36 meses.

**GRUPO NO REPETICIÓN (GNR):** madres adolescentes menores de 20 años con período intergenésico mayor de 36 meses.

**RESULTADOS:** La muestra correspondió a 22 adolescentes (12 GR; 10 GNR) con una edad promedio de 18,9 años (18,6 GR; 19,3 GNR). En el grupo GR se observó un período intergenésico\* dentro del rango de 6-18 meses, con dos gestaciones en promedio. En relación con los factores personales, en el GR la mayoría de las madres adolescentes no buscaron repetir el embarazo; sin embargo, muestran una actitud pasiva para su prevención. Si bien todas ellas accedieron a la consejería posparto en métodos anticonceptivos (MAC), o bien pospusieron el inicio del MAC o tuvieron un uso inconsistente de píldoras o inyecciones. Tres adolescentes buscaron un nuevo embarazo para buscar hijo(a) del sexo opuesto o estabilidad de la pareja. La mayoría del GR interrumpió sus estudios, ya sea desde el primer embarazo o antes. En el GNR, las pacientes buscaron activamente un MAC; especialmente de larga acción, como el implante, ya que fueron percibidos como más efectivos. Estuvieron motivadas principalmente por la continuidad de estudios para el logro de mejores condiciones de vida y búsqueda de realización personal. En relación con aspectos familiares, el GR presenta historias de vida de mayor vulneración de derechos, vínculos familiares distantes o conflictivos, por lo que contaron con bajo apoyo familiar en la crianza para la continuidad de sus estudios, y con la falta de una figura adulta significativa de apoyo en temas de sexualidad luego del primer embarazo. En la mayoría del GNR, fue recurrente el discurso familiar de la importancia de los estudios para la movilidad social, por lo que contaron con redes de apoyo familiar que facilitaron la continuidad educativa.

**CONCLUSIONES:** Se observaron diferencias entre

ambos grupos en el uso de MAC, las trayectorias y proyecciones de vida y en la continuidad educacional. Por lo tanto, las estrategias de prevención de la repetición del embarazo deben ir dirigidas hacia el uso de MAC de larga duración, fortalecer la continuidad de la trayectoria educativa y de los proyectos personales y al apoyo familiar y/o institucional para la crianza.

\* **Período intergenésico:** espaciamento entre el nacimiento del primer hijo y del segundo; se calcula estimando la diferencia entre las fechas de nacimiento de ambos hijos y restando la edad gestacional del último hijo.

### **Subjetividad y representaciones sociales en torno de la masculinidad. La salud integral de los adolescentes varones de 15 a 19 años de una comunidad urbano-marginal: barreras en el acceso a Centros de Atención Primaria de la Salud, Rawson, San Juan, Argentina año 2017**

Martín EFM, Merino SM, Zimmermann AL, Mofficone NM; Centro de Atención Primaria Rawson, San Juan, Argentina

El presente estudio ha sido financiado por la Dirección de Investigación para la Salud del Ministerio de Salud de la Nación. Se ha ejecutado entre mayo de 2017 y mayo de 2018 con adolescentes varones de 13 a 19 años de una comunidad con características urbano-marginales del Departamento Rawson, provincia de San Juan.

**OBJETIVOS:** Conocer las subjetividades y las representaciones sociales, que un grupo de adolescentes varones de 15 a 19 años, residentes de una comunidad urbano-marginal, mantienen en torno a la masculinidad y su relación con la atención integral de su salud.

**METODOLOGÍA:** Se efectuaron seis encuentros en dos espacios organizacionales diferentes, con treinta y un adolescentes. Se aplicó la técnica de talleres participativos, los cuales fueron registrados en material digital (fotos y videos). Los talleres apuntaron a indagar la relación de los adolescentes con el sistema de salud desde el marco de sus representaciones sociales y el imaginario social.

**RESULTADOS:** El 90% reconoció que no había realizado un control integral de su salud en el último año. Lo mismo ocurrió con el no acceso a las prestacio-

nes que ofrece el Centro de Salud Barrio Río Blanco del área programática de su zona de residencia. Respecto de las representaciones de masculinidad, 100% no reconocieron en sus acciones conductas violentas hacia su mismo género ni hacía las mujeres. Tampoco se reconocieron con dificultades con las adicciones ni en ejercicio de conductas de riesgo. Sí existieron expresiones negativas de subjetividad respecto de lo que ellos asumen es la mirada prejuiciosa, violenta y discriminatoria que tienen principalmente la policía y la sociedad externa a su comunidad. Manifestaron que, en ocasiones, su lugar de residencia los limita al acceso laboral, la escolarización y la atención de salud.

**CONCLUSIONES:** Es necesario unificar esfuerzos, escuchar lo que los adolescentes tienen para aportar, generar espacios de empoderamiento y crear lugares posibles de contención social. Deben implementarse estrategias diseñadas desde la creatividad, la innovación y la responsabilidad compartida. De este modo, integrar a los adolescentes varones y a los actores sociales claves de la comisaría, la escuela, el dispositivo de abordaje territorial, el municipio, la justicia y la salud pública con el fin de evitar acciones aisladas e individuales. Es imperioso trabajar en propuestas de intervención que permitan un acceso eficiente de la población adolescente masculina y directamente a varones jóvenes y adultos de su propia familia y comunidad. El desafío es que los adultos se conecten desde el sentir y el pensar de los adolescentes varones, adecuándose a la equidad de género en salud.

### Acceso de las adolescentes a la anticoncepción post evento

Ingue G, Martos M, Caballero M, Copioli S, Diani A, Drudi S, Roveda S, Toro M, Trombotto M; Hospital Materno Neonatal, Córdoba, Argentina

**INTRODUCCIÓN:** El acceso a los métodos anticonceptivos (MAC) sigue siendo difícil para muchos adolescentes. La estrategia de consejería apunta a proveer un MAC sin demoras ni dilaciones cuando la usuaria lo requiere. Los métodos de corta duración tienen tasa de continuidad más baja y mayor porcentaje de embarazo que los de larga duración. El control del embarazo es un momento óptimo de motivación para la mujer y de comunicación periódica

con el equipo de salud, permitiéndole la toma de decisión respecto del MAC futuro con tiempo antes del nacimiento.

**OBJETIVOS:** Conocer el perfil epidemiológico y el acceso a consejería y provisión de MAC de las mujeres adolescentes asistidas por un evento obstétrico en el Hospital Materno Neonatal.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio descriptivo, retrospectivo, transversal, basado en recopilación de datos obtenidos mediante historias clínicas perinatales de mujeres de edad igual o menor de 19 años, con finalización de embarazos entre mayo y junio de 2018.

**RESULTADOS:** El grupo etario más numeroso fue entre los 18 y 19 años; la escolaridad fue, en la mayoría de los casos, secundaria incompleta. El 61% de las adolescentes estaba en pareja. El 78% de los embarazos fue no planificado y sólo el 14% usó MAC previo. Los más usados fueron anticonceptivos orales combinados (ACO) y preservativo. Los antecedentes obstétricos fueron primera gestación el 76%; segunda gestación, 20%, y tercera gestación, 4%. No hubo afecciones obstétricas que pudieran condicionar la elección del método. Del total de adolescentes (156) asistidas por eventos obstétricos, 76 (49%) recibió consejería, y eligió: DIU, 13 de ellas; implante, 46 (77% métodos largo plazo); anticoncepción inyectable combinada, 12, y ACO, 5. Respecto del momento de la consejería, el 17% fue dada durante el embarazo, un 5% en el proceso de internación y un 27% en el puerperio previo al alta. El resto (51%) no recibió consejería. A 42 adolescentes se les proveyó el método. El momento de provisión fue dentro de las dos horas *post* evento a 7 pacientes, entre las tres horas y el alta a 22, dentro del mes del evento a 8 y a más de un mes a 5 pacientes. De las adolescentes que recibieron consejería pero que no se les proveyó el método elegido previo al alta (46), volvieron a la consulta para acceder al método elegido 12. Las 34 pacientes restantes que eligieron método anticonceptivo, pero no accedieron a éste durante la internación no volvieron a la consulta para su provisión en los dos meses posteriores al evento. Del total de adolescentes asistidas por un evento obstétrico el 27% accedió a un MAC, la mayoría de ellas previo al alta.

**CONCLUSIONES:** La mayoría de las adolescentes asistidas no planificaron su embarazo ni tenían experiencia en el uso de MAC. Aquellas que habían utilizado, en su mayoría emplearon ACO y preservativo. La consejería se realizó a la mitad de las pacien-

tes asistidas y en su mayoría luego de ocurrido el evento, restando así la posibilidad de acceder al DIU inmediato. Se deberían mejorar las estrategias para que éstas sean hechas durante el control de embarazo y a todas las mujeres. El 77% de las adolescentes que recibieron consejería eligió método de larga duración, por lo que se debe continuar priorizando su recomendación. Cuando no se realizó la provisión del método elegido previo al alta, muy pocas adolescentes volvieron a la consulta posterior en los siguientes dos meses, quedando sin acceso al método elegido. Se debería optimizar el acceso a los métodos antes del alta.

### Prevalencia de alteraciones de la hemostasia en adolescentes con sangrado uterino anormal

Muñoz Caro MDP, Orti M, Maestre Oñate Dayanna P, Montagnoli N, Mulli V, Altuna D; Hospital Italiano de Buenos Aires, Ciudad de Buenos Aires, Argentina

**INTRODUCCIÓN:** Se denomina sangrado uterino normal al sangrado fisiológico que tiene lugar desde la menarca hasta la menopausia, producido por la descamación del endometrio que se produce cada 22 a 45 días y con un volumen de hasta 80 ml/ciclo. Por lo tanto, el sangrado uterino anormal es todo aquel que no cumple con dichas características en cuanto al volumen, regularidad o frecuencia. Es una condición clínica frecuente entre las adolescentes durante los primeros años luego de la menarca. Entre las causas que se deben descartar se encuentran las coagulopatías, por lo cual es importante realizar su diagnóstico para definir la profilaxis y el tratamiento oportuno en caso de ser necesario.

**OBJETIVOS:** Evaluar la prevalencia de las alteraciones de la hemostasia entre las adolescentes que consultaron por sangrado uterino anormal (SUA).

**MATERIAL Y MÉTODO:** Se realizó un estudio retrospectivo, observacional de un grupo de adolescentes del Hospital Italiano de Buenos Aires. A partir del registro de laboratorios de hemostasia solicitados entre enero de 2015 y junio de 2018, se estudiaron 103 adolescentes con motivo de pedido de análisis por SUA. La media de edad de la menarca fue 11,5 años y la media de edad en la que fueron estudiadas fue de 14,8 años. Se registraron los antecedentes de sangrado, así como antecedentes

familiares de alteraciones de la coagulación de las historias clínicas. Se detectaron diferencias en los análisis de alteraciones de la hemostasia solicitados según consultaran a ginecología y adolescencia o a hematología.

**RESULTADO:** En el período antes mencionado se estudiaron 103 pacientes con análisis de hemostasia que consultaron por SUA. De ellas, al 48% se le realizó hemograma con plaquetas, Quick, KPTT y determinación de factor VIII, de Von Willebrand y cofactor de ristocetina y en las que consultaron por hematología se le agregó función plaquetaria y, a veces, determinación de otros factores. El 42% presentó alguna alteración de la hemostasia, de las cuales la alteración de la función plaquetaria se detectó en 11,9%, la deficiencia de factor de Von Willebrand en el 7,4%, la plaquetopenia en el 3,5% y un 2% presentó déficit de otros factores de la coagulación.

**CONCLUSIONES:** Entre las causas de coagulopatías en adolescentes con SUA, la alteración de la función plaquetaria fue más frecuente que el Von Willebrand en nuestra población, por lo cual debemos solicitarla como parte del *screening* de estudio básico de coagulación.

### “Ni señorita, ni mamá”: comunicación del diagnóstico en síndrome de Rokitansky

Nielsen V, Ponce G, Zunana C, Califano P; Sección de Ginecología del Hospital de Pediatría S.A.M.I.C. Prof. Dr. Juan P. Garrahan, Ciudad de Buenos Aires, Argentina

**INTRODUCCIÓN:** El síndrome de Rokitansky o agenesia uterovaginal es una malformación mülleriana con una incidencia de 1 en 5000 nacidos vivos. Puede asociarse con otras malformaciones, las más frecuentes son renales y esqueléticas. El diagnóstico no es complejo. La devolución diagnóstica a la paciente y a su familia genera un impacto importante, ya que se encuentran comprometidos los aspectos menstrual, sexual y reproductivo.

**OBJETIVOS:** Presentar abordaje interdisciplinario de paciente con síndrome de Rokitansky. Focalizar la importancia de la transmisión del diagnóstico por parte del profesional. Comunicación de malas noticias (protocolo de Buckman). Acompañamiento psicológico durante el proceso diagnóstico y de intervención.

**CASO CLÍNICO:** Paciente de 13 años que consulta a la Sección de Ginecología del Hospital Nacional de Pediatría "Prof. Dr. Juan P. Garrahan", acompañada por su madre, para una segunda opinión por patología ginecológica. La madre refiere que, en el contexto de una laparotomía exploradora y colecistectomía realizada en otro hospital, el cirujano le informa que la niña no tenía útero, que "no iba a ser señorita ni madre". Telarca y pubarca 11 años, ausencia de menarca. Examen físico: peso y talla en Pc 50. Mamas Tanner 4, tróficas. Vello pubiano 4, vulva trófica. Fondo de saco vaginal de 1 cm. La madre aporta ecografía ginecológica que informa agenesia uterovaginal. Se solicita RMN de pelvis para confirmar diagnóstico. Se realiza devolución a la paciente y a su madre, remarcando el buen desarrollo de caracteres sexuales secundarios femeninos, normalidad de ovarios y que existen distintos tratamientos para creación de canal vaginal y que no reviste ninguna urgencia médica. La madre pregunta por fertilidad y se brinda información sobre opciones terapéuticas. La niña se encuentra muy angustiada, lo que afecta la relación con sus pares y se recluye. La madre también se encuentra angustiada. Se interconsulta a Salud Mental. En las entrevistas psicológicas se aborda la angustia de la paciente, su identidad de género más allá del diagnóstico, se refuerza la información brindada y se comienza a trabajar su preparación para un futuro tratamiento para creación de canal vaginal, sea con dilatadores o quirúrgico.

**DISCUSIÓN:** Consideramos fundamental poder brindar información veraz, pero adecuada, a las necesidades de los pacientes. Buckman define una mala noticia como aquella que va a cambiar de forma grave o adversa las perspectivas del paciente sobre su futuro. El autor describe una serie de seis pasos que ayudan en este proceso: 1. Preparar el contexto físico más adecuado. 2. Averiguar cuánto sabe el paciente. 3. Encontrar lo que el paciente quiere saber. 4. Compartir la información. 5. Responder a los sentimientos del paciente. 6. Planificación y seguimiento del proceso.

**CONSIDERACIONES FINALES:** La información al paciente, particularmente cuando se trata de malas noticias, es una situación estresante para los profesionales de la salud. El impacto emocional que la noticia tenga en el paciente puede estar relacionado con la manera en que se le comunique el diagnóstico. El abordaje interdisciplinario dependerá de las características del equipo, siendo necesario en aquellos

pacientes que presenten síntomas emocionales persistentes luego de la comunicaci3n del diagnóstico.

## Menarca e índice de masa corporal: estudio en una poblaci3n pediátrica

Ocampo D, Rahman G, Riso P, Rubinstein A;  
Unidad de Ginecología Infanto Juvenil, Hospital de Niños,  
La Plata, Argentina

**OBJETIVOS:** 1) Determinar la edad de la menarca en las niñas y adolescentes que consultaron en la Unidad de Ginecología Infanto Juvenil. 2) Evaluar la relación entre la aparici3n de la menarca y el puntaje Z para la relación IMC/edad. 3) Evaluar la relación entre el puntaje Z y los ciclos regulares e irregulares.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio observacional, retrospectivo, transversal, analítico. Entre mayo de 2014 y diciembre 2016 se revisaron las historias clínicas de niñas y adolescentes que presentaron su menarca con edad ginecológica (EG) menor de cuatro años, evaluadas en la Unidad de Ginecología Infanto Juvenil del Hospital de Niños, La Plata, Argentina. Se registró la edad de las pacientes, la edad de la menarca, la edad ginecológica y el comportamiento del patr3n menstrual. Las pacientes fueron agrupadas según su EG en tres categorías: grupo 1:  $\leq 1$  año, grupo 2: 1,1-2 años y grupo 3: 2,1-3,9 años. Se consideró ciclo menstrual regular aquel entre 21 y 35 días, con una duraci3n de 2 a 7 días. En las niñas se obtuvo el peso, determinado mediante balanza convencional con precisi3n de 100 g, y la talla, obtenida con estadiómetro de pared convencional. Se calculó el índice de masa corporal (IMC;  $\text{kg}/\text{cm}^2$ ). Los resultados se presentaron como desviaci3n estándar (DE) para la edad (puntaje Z IMC/edad) y se calcularon mediante el software WHO Anthro Plus®. Fueron agrupadas en: desnutrici3n ( $Z < -2$ ), bajo peso ( $-2 \geq Z < -1$ ), peso normal ( $-1 \geq Z \leq 1$ ), sobrepeso ( $1 > Z \leq 2$ ) y obesidad ( $Z > 2$ ). En el grupo 1 las categorías se analizaron en relación con la edad de la menarca (coeficiente de correlaci3n de Pearson). Las categorías Z se compararon con el patr3n del ciclo menstrual. Análisis estadístico: comparaci3n bayesiana de proporciones.

**RESULTADOS:** Se evaluaron 348 pacientes. La edad promedio de las niñas fue 12,8 años (DE: 1,3), intervalo: 9 y 17 años. La menarca se produjo en pro-

medio a los 11,6 años (DE: 1,1), intervalo: 9 y 14,2 años. Puntaje Z y edad de la menarca: La edad de la menarca y el puntaje Z registrado en estas niñas indicaron una correlación inversa estadísticamente significativa ( $R = -0,251$ ;  $p = 0,001$ ). La mayor edad promedio de la menarca se observó en niñas con desnutrición, y la menor edad promedio, en las niñas obesas. Puntaje Z y patrón del ciclo menstrual: 70% de las niñas con bajo peso presentaron ciclos irregulares ( $p = 0,043$ ), 64,7% con sobrepeso mostraron ciclos regulares ( $p < 0,0001$ ). Pacientes con desnutrición y peso normal no indicaron diferencias estadísticamente significativas. La mayoría de las niñas obesas mostraron ciclos regulares, sin embargo, no hubo diferencias significativas ( $p = 0,066$ ).

**DISCUSIÓN:** Se ha descrito un adelanto progresivo en la edad de presentación de la menarca. La Sociedad Argentina de Ginecología Infanto Juvenil registró, en 2011, la edad promedio de la menarca en 12,2 años. En la población hospitalaria evaluada en este trabajo la media fue de 11,6 años. Algunos autores demostraron que las niñas cuya menarca se produjo antes de los 11,5 años tuvieron mayor IMC y mayor sobrepeso u obesidad. En coincidencia, en nuestro estudio, se observó una menor edad de la menarca en las niñas obesas. Una explicación posible de estos hallazgos podría ser la adiposidad como factor determinante en la aceleración de la maduración. Si bien está descrito el incremento de alteraciones del ciclo menstrual en pacientes con sobrepeso y obesidad, en general la bibliografía hace referencia a pacientes mayores de 18 años. En esta muestra pediátrica, se observa una frecuencia mayor de ciclos regulares en pacientes con sobrepeso. El estado nutricional es un regulador en la aparición de la menarca y el patrón menstrual posterior; los factores psicológicos y socioambientales constituirán otros factores condicionantes.

### Planeamiento virtual preoperatorio para histerectomía en siamesas

Ormaechea M, Tuchbaum V, Lerendegui L, Mercado P, Zabalza M, Orti M, Cos J, Munoz P, Genin M, Salort F, Moldes J, Ritacco L, Puigdevall M, Cesarato L, Mulli V; Hospital Italiano de Buenos Aires, Ciudad de Buenos Aires, Argentina

**INTRODUCCIÓN:** El planeamiento prequirúrgico es esencial en toda cirugía. Es mucho más importante

cuando existen alteraciones anatómicas poco comunes como en pacientes gemelos unidos o siameses. Presentamos un caso donde utilizamos cirugía asistida por computadora (CAC) en una histerectomía en siamesas parápagas con doble sistema uterovaginal.

**OBJETIVOS:** Descripción de un caso clínico y reflexión sobre el planeamiento virtual preoperatorio.

**METODOLOGÍA:** Paciente de 16 años, siamesa de tipo parápago ventrolateral con dismenorrea persistente. Se diagnosticó mediante RMN doble sistema uterovaginal. Uno de ellos rudimentario con hematocolpos y sin comunicación perineal. Luego del fracaso del tratamiento hormonal, se planteó la histerectomía. Ante la dificultad anatómica, y tras las incertidumbres sobre la vía de abordaje, se planificó la cirugía mediante planeamiento virtual preoperatorio (PVP) y se llevó a cabo usando navegación virtual intraoperatoria (NVI). Este conjunto de herramientas conforma la CAC.

**RESULTADOS:** Durante el PVP, las imágenes de tomografía computarizada (TC) son procesadas y reconstruidas en 3D, creando un escenario virtual. Se realizó una osteotomía ilíaca virtual, la cual fue reproducida en la paciente mediante NVI. A través del hueso ilíaco, se abordó el útero de una forma segura y rápida, teniendo adecuado control vascular. El procedimiento duró 180 minutos, sin complicaciones intraoperatorias o posoperatorias. La paciente permaneció 24 horas en cuidados intensivos y fue dada de alta al tercer día posquirúrgico.

**DISCUSIÓN:** El planeamiento prequirúrgico es tan importante como la cirugía en sí misma. Toma más relevancia cuando la anatomía está alterada o es desconocida, como pasa en pacientes siameses. Los estudios por imágenes ayudan a identificar la anatomía, las anomalías vasculares y las malformaciones asociadas. Es esencial su conocimiento al momento de realizar una cirugía. La CAC se caracteriza por una asociación dinámica entre el paciente y las imágenes. Ayuda a realizar procedimientos de una forma previsible, disminuyendo los accidentes intraoperatorios y el tiempo quirúrgico.

**CONCLUSIONES:** Si bien existen muchas estrategias para planear una cirugía, debemos considerar el PVP ante una anatomía desconocida. Esto ofrece un conocimiento muy preciso, que permitiría realizar cirugías en forma más segura y previsible.

## Seguimiento a largo plazo de cloaca y asociación con anomalías müllerianas: reporte de un caso

Hofmann J, Tuchbaum V, Lerendegui L, Orti M, Gelin M, Munoz P, Cesarato L., Mulli V, Zabalza M, Salort F, Cos J, Ormaechea E; Hospital Italiano de Buenos Aires, Ciudad de Buenos Aires, Argentina

**INTRODUCCIÓN:** Se define como endometriosis la presencia de tejido similar al endometrial fuera del útero. Esto conduce a una reacción inflamatoria crónica. La prevalencia es desconocida, pero se estima entre un 2% y un 10% de la población general y hasta en un 50% de mujeres con infertilidad. Un 53% a 67% de pacientes con diagnóstico de cloaca tendrán anomalías müllerianas.

**OBJETIVOS:** Describir un caso clínico y reflexionar sobre la asociación de anomalías müllerianas en pacientes con cloaca.

**CASO CLÍNICO:** Paciente de 19 años. Tenía antecedente de cloaca. A los 5 años, se le realizó descenso y reconstrucción genital, ampliación vesical, ostoma urinario (con colon sigmoides) y ostoma fecal. Desde lo ginecológico, presentaba útero didelfo con dos vaginas, una de ellas tabicada. Había presentado dos episodios de hematocolpos izquierdo requiriendo drenaje de estos. En control de rutina se solicitó ecografía ginecológica en la que se observó a nivel de FID dos imágenes: una de contenido líquido particulado con nivel líquido-líquido de 58 x 55 mm y otra mixta, predominantemente sólida, de 32 x 33 mm. Se solicitó RMN de pelvis en la que se observó en topografía ovárica derecha imagen quística con contenido hiperintenso en T1 FS, compatible con endometrioma de 64 x 58 mm. Con relación a este se observó estructura tubular hemática compatible con hematosálpinx de 12 mm de espesor. Se realizó la cirugía por abordaje abdominal; se identificó útero derecho no comunicante que terminaba en un cuello uterino displásico. El ovario derecho se encontraba reemplazado por formación quística blanquecina y contenido achocolatado, al igual que trompa derecha, que se presentaba dilatada y tortuosa. Se realizó anexohisterectomía total derecha. El resultado anatomopatológico informó endometrioma ovárico, útero derecho con cuello displásico.

**CONCLUSIONES:** Las pacientes que nacen con cloaca persistente tienen una alta incidencia de malformaciones ginecológicas asociadas que gene-

ran problemas al inicio de la menstruación y en la adultez temprana. Es importante su evaluación previa a la presencia de síntomas. En esta paciente fue necesaria la histerectomía derecha con salpingooforectomía para resolver su endometriosis. Aún queda por esperar resultados a largo plazo y valorar la fertilidad cuando corresponda. La cloaca persistente sigue siendo una de las más desafiantes condiciones para tratar en urología pediátrica.

## Utilización de *graft* de mucosa yugal libre en estenosis introito vaginal: reporte de un caso

Tuchbaum V, Lerendegui L, Orti M, Cos J, Genin M, Salort F, Munoz P, Zabalza M, Cesarato L, Mulli V, Ormaechea E; Hospital Italiano de Buenos Aires, Ciudad de Buenos Aires, Argentina

**INTRODUCCIÓN:** Las cirugías complejas de reemplazo vaginal a menudo requieren la utilización de tejidos como injertos de piel, colgajos miocutáneos o intestino; cada uno con diferentes utilidades. Como alternativa, presentamos un caso en el que utilizamos un injerto autólogo de mucosa bucal para la reconstrucción y reparación secundaria de una estenosis vaginal.

**OBJETIVOS:** Descripción de un caso clínico y reflexión sobre la utilización de mucosa yugal en el tratamiento de la estenosis vaginal.

**CASO CLÍNICO:** Se describe el caso de una paciente con asociación VATER, actualmente de 19 años. En relación con su diagnóstico, presentó una atresia esofágica tipo III corregida en la etapa neonatal, y el antecedente de una malformación anorrectal compleja (cloaca), tratada con descenso y posterior reconstrucción genital a los 5 años. Como complicación, presentó una estenosis del introito vaginal significativa, por lo cual requirió cirugías en varias oportunidades; todas ellas con malos resultados y con empeoramiento progresivo durante el desarrollo puberal. Se decide realizar un injerto de mucosa yugal libre para la plástica del introito vaginal. Se realiza la cirugía por abordaje perineal con apertura del hemianillo posterior del introito vaginal; se libera y confecciona un lecho sobre el cual se coloca *graft* de mucosa yugal de carrillo previamente preparado. Se fija *in situ* con monofilamento reabsorbible, constatándose un lecho receptor con buena vascularización. Se deja un tutor durante una

semana y luego se indica dilataciones periódicas. En los controles alejados, se constata buen calibre final, sin reestenosis y con posibilidad de mantener relaciones sexuales no dolorosas. Actualmente, con un seguimiento de cuatro meses posprocedimiento, continúa en buena evolución.

**CONCLUSIONES:** La mucosa bucal genera una mucosa neovaginal húmeda, lampiña, no queratinizada, con excelente color y textura que se adapta perfectamente a la piel genital o mucosa vaginal. Constituye un material de reemplazo ideal para las estenosis de introito vaginal que presentan mala cicatrización, como la que describimos en este reporte de caso, con excelentes resultados iniciales.

### Síndrome de Wunderlich: a propósito de un caso

Orti M, Ormaechea M, Cesarato ML, Lerendegui L, Tauchbaum V, Zabalza M; Hospital Italiano de Buenos Aires, Ciudad de Buenos Aires, Argentina

**INTRODUCCIÓN:** El SW, también conocido con las siglas OVHIRA (*obstructed hemivagina and ipsilateral renal anomaly*) es una inusual anomalía congénita mülleriana que afecta entre un 0,1% y 3,8% de la población femenina. Resulta de una afección del desarrollo de los conductos mesonéfricos y müllerianos durante la semana 8 de gestación. Consiste en la presencia de un útero didelfo, una hemivagina septada obstructiva y agenesia renal ipsilateral. Los síntomas típicos de presentación son dolor pelviano crónico, dismenorrea creciente, distensión abdominal y la presencia de una masa pelviana debida a la colección hemática. Esta se produce por la hemivagina obstruida, en una paciente con ciclos menstruales regulares. En dos tercios de los casos, el septo vaginal es completo. El diagnóstico suele ser tardío; la sospecha diagnóstica es muy importante para el correcto abordaje y tratamiento.

**OBJETIVOS:** Describir un caso clínico y reflexionar sobre el síndrome de Herlyn-Werner-Wunderlich (SW).

**CASO CLÍNICO:** Paciente de 12 años y un mes consultó por hallazgo de imagen anexial y metrorragia. Antecedentes personales: RNT 40 semanas, PAEG, con diagnóstico prenatal de agenesia renal derecha, en seguimiento por nefrología. Menarca 11 años 7 meses, presentaba ciclos regulares. Tenía una eco-

grafía a los 2 años de vida con agenesia renal derecha, riñón izquierdo normal, útero infantil en AVF de 20,6 x 6,8 x 11,8 mm, endometrio lineal. Antecedentes de enfermedad actual: consultó a guardia de otra institución por presentar metrorragia y dolor abdominal. Fue estudiada con laboratorio normal y ecografía que describe útero en AVF de forma regular y tamaño conservado, de 56 x 25 x 28 mm. Presentaba imagen quística anecoica en proyección del canal cervical y hacia fondo del saco vaginal de 71 x 45 x 62 mm. Ovarios normales y FSD libre. Se le planteó exploración quirúrgica, la madre decidió realizar otra consulta para segunda opinión. Al examen físico, presentaba abdomen blando, depresible, levemente doloroso en hipogastrio, sin defensa ni peritonismo. El introito estaba permeable, con leve abombamiento de pared anterior de vagina. Se realizó ecografía: imagen compatible con útero didelfo con ambos cuerpos ocupados por líquido particulado (hematometra), con predominio del cuerpo derecho. En el área anexial derecha, se observaba imagen líquida de 68 x 22 mm, probablemente trompa con contenido líquido. Ovarios normales. Escasa cantidad de líquido libre en FSD. Se realizó RM que informó: presencia de dos cuerpos uterinos y dos cuellos. Ambos endometrios de 8 mm de espesor. Vagina doble, la derecha se encuentra distendida con contenido hemático, mide 57 x 24 x 43 mm, podría existir un septo transversal. Imagen líquida tubular de paredes finas compatible con uréter derecho dilatado (25 mm) que desemboca en el tercio inferior de vagina. Se realizó laparoscopia exploradora, vaginoscopia con resección de tabique vaginal bajo control laparoscópico y cistovideoscopia.

**CONCLUSIONES:** La ecografía es un estudio dependiente del operador y la valoración uterina en la paciente prepuberal no debe ser la definitiva. En todas las pacientes con malformaciones renales debe descartarse una malformación mülleriana asociada. La RM es el método de diagnóstico de elección. La presentación clínica puede ser variable, dependiendo de la presencia de septo vaginal completo o incompleto.

## Adolescentes viviendo con VIH: abordaje ginecológico integral en un hospital pediátrico de alta complejidad

Ponce G, Zunana C, Califano P, Arazi Caillaud S;  
Hospital de Pediatría S.A.M.I.C. Prof. Dr. Juan P. Garrahan,  
Ciudad de Buenos Aires, Argentina

**INTRODUCCIÓN:** El curso natural de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) ha cambiado gracias a la implementación de programas de prevención y al tratamiento antirretroviral de alta eficacia. Se ha conseguido mejorar la calidad de vida de los pacientes, reducir la morbimortalidad y transformarla en una condición crónica. Sin embargo, el seguimiento de las pacientes adolescentes es un verdadero desafío. El asesoramiento en salud sexual y reproductiva es fundamental con el fin de prevenir embarazos no planificados y disminuir la transmisión sexual y vertical del virus.

**OBJETIVOS:** Describir los aspectos ginecológicos, de sexualidad, las características virológicas y socioculturales de las adolescentes viviendo con VIH atendidas con un abordaje integral en el consultorio de ginecología del Hospital Nacional de Pediatría "Prof. Dr. J. P. Garrahan".

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Estudio descriptivo de corte transversal. Se revisaron las historias clínicas electrónicas de adolescentes con infección por VIH nacidas entre 1998 y 2008 con seguimiento por el Servicio de Infectología que fueron atendidas por la Sección de Ginecología al menos una vez.

**RESULTADOS:** Se atendieron 153 pacientes en el Servicio de Infectología, de las cuales 90 (58,8%) fueron valoradas por ginecología. El promedio de edad a la primera consulta fue 14,5 años. Un tercio fue atendido sólo una vez. La vía de transmisión fue vertical en el 96,7%. El 95,5% recibía tratamiento antirretroviral y la combinación más frecuente (40%) fue de inhibidores nucleosídicos de la transcriptasa inversa (INTR) con inhibidores de proteasa (IP). Sólo la mitad tenía carga viral indetectable. El 95,5% había tenido la menarca (promedio: 12,3 años). Excepto una, todas se identificaron acorde con su género asignado, 81 con orientación heterosexual, 2 bisexual, y 7 indefinida. El 44,5% (40 pacientes) había iniciado relaciones sexuales (IRS) con un promedio de edad de 14,7 años. El 30% (12/40) no utilizaba ningún método anticonceptivo. Todas las pacientes se retiraron de la consulta con indicación de MAC: acetato de medroxiprogesterona (50%), anticoncep-

ción hormonal oral (20%), métodos de larga duración -implante subdérmico/DIU- (15%), inyectable mensual combinado (10%) y 5% sólo preservativo. No hubo ningún embarazo. Se realizó PAP al 50% (20/40), de éstas, 20% (4) presentaron LSIL, con correlación cito-colpo-histológica. Se diagnosticaron 14 ITS en pacientes con IRS. Desde el aspecto social, el 68% tenía uno o ambos padres fallecidos, eran adoptadas, o vivían en un hogar. El 61% tenía escolaridad acorde con la edad. Se detectó consumo problemático de sustancias en cinco pacientes y hubo un intento de suicidio.

**CONCLUSIÓN:** Las adolescentes con infección por VIH constituyen una población vulnerable y su seguimiento es dificultoso. Pese a contar con un equipo interdisciplinario para su atención integral, es difícil alcanzar los estándares de cuidado. La derivación oportuna para control ginecológico, el asesoramiento en planificación familiar y en prevención de ITS es clave para la reducción de las complicaciones asociadas con la infección, como también para conseguir una sexualidad plena y satisfactoria, minimizando los riesgos de transmisión de VIH.

## Hepatitis autoinmune. Experiencia en la sección de Ginecología Infanto Juvenil del Hospital de Pediatría S.A.M.I.C. Prof. Dr. Juan P. Garrahan

Ponce G, Zunana C, García Arrigoni P, Califano P;  
Hospital de Pediatría S.A.M.I.C. Prof. Dr. Juan P. Garrahan,  
Ciudad de Buenos Aires, Argentina

**INTRODUCCIÓN:** La hepatitis autoinmune (HAI) es una enfermedad crónica. La optimización del tratamiento generó un aumento en la supervivencia y, a su vez, un desafío en el seguimiento, en especial en lo que respecta a salud sexual y reproductiva. La elección del método anticonceptivo suele ser difícil por aspectos farmacocinéticos, interacciones medicamentosas e inherentes a la enfermedad de base.

**OBJETIVOS:** Describir el abordaje de adolescentes con HAI en un hospital de alta complejidad.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio descriptivo, retrospectivo y transversal. Se analizaron las historias clínicas electrónicas del período comprendido entre el 1 de enero de 2016 y el 30 de junio de 2018. Se incluyeron todas las pacientes de entre 10 y 20 años

con diagnóstico de HAI atendidas en la sección de Ginecología.

**RESULTADOS:** Se valoraron 36 pacientes adolescentes. La edad promedio de atención inicial fue a los 14 años. Presentaban cirrosis 9 pacientes y 6 habían sido trasplantadas. Tenía alteración del hepatograma, plaquetopenia y coagulopatía: 47%, 40% y 13% de las adolescentes, respectivamente. El 63% recibía al menos una droga teratogénica (categoría D o X). Los motivos de la última consulta corresponden: 53% a control, 25% a anticoncepción y 16% a alteraciones del ciclo. Más de la mitad de las pacientes tenía ciclos menstruales conservados. Tres tuvieron indicación de inhibición central de estos. El 50% había tenido relaciones sexuales, con un promedio de edad al inicio de 15 años. La mediana de parejas sexuales fue de 1 (rango 1-6). Los métodos anticonceptivos indicados fueron: sólo preservativo: 4, DIU: 4, acetato de medroxiprogesterona: 4, desogestrel: 1. Todas las pacientes sexualmente activas fueron estudiadas para infecciones de transmisión sexual; se diagnosticó un caso de sífilis. No hubo ningún embarazo.

**CONCLUSIÓN:** La prevalencia de adolescentes con HAI se encuentra en aumento. Mujeres que antes no sobrevivían, gracias a los avances tecnológicos y al mejor manejo clínico pueden incluso ser madres. Es fundamental: 1) incluir la atención ginecológica en el abordaje interdisciplinario de las pacientes con enfermedades crónicas desde la pubertad; 2) asesorar sobre salud sexual y reproductiva (planificación familiar y prevención de ITS); 3) informar acerca de drogas a todas las pacientes, independientemente de su situación sexual; 4) favorecer la elección de métodos anticonceptivos de larga duración, haciendo hincapié en el deseo de la paciente y en la adaptabilidad de los métodos.

## Reflujo uretrovaginal: ampliando diagnósticos diferenciales en pediatría

Ponce G, Zunana C, Califano P;  
Hospital de Pediatría S.A.M.I.C. Prof. Dr. Juan P. Garrahan,  
Ciudad de Buenos Aires, Argentina

**INTRODUCCIÓN:** El reflujo uretrovaginal (RUV) es definido como el pasaje de orina desde la vejiga hacia la vagina. Es causa de incontinencia de orina diurna y se han reportado casos de hidrocolpos

secundarios a retención urinaria. La etiología es poco clara, pero se plantean ciertos factores predisponentes: obesidad, aposición estrecha de labios mayores, adherencia de labios menores, posiciones anormales para la micción, entre otros. Estos favorecen el reflujo de orina dentro de la vagina, quedando allí retenida. El diagnóstico es clínico e incluye un diario miccional. Se deberán descartar anomalías anatómicas urogenitales.

**OBJETIVOS:** Presentar el caso de dos pacientes con diagnóstico de RUV.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Estudio descriptivo, retrospectivo y observacional. Se analizaron las historias clínicas electrónicas de dos pacientes con RUV atendidas en la sección Ginecología Infanto Juvenil del Hospital Nacional de Pediatría "Prof. Dr. Juan P. Garrahan".

**RESULTADOS:** Se describen dos pacientes, una con incontinencia de orina y otra con presunto hemato-colpos. Se efectuó el diagnóstico de RUV mediante una anamnesis adecuada, examen genitourinario y estudios por imágenes. Ambas fueron instruidas con una correcta técnica miccional, presentando una evolución favorable y desaparición de los síntomas.

**CONCLUSIÓN:** El RUV es una causa funcional de incontinencia de orina diurna e hidrocolpos. El diario miccional y una anamnesis dirigida muestran habitualmente un patrón de incontinencia típicamente diurna, goteo posmiccional de escasa cantidad, pero suficiente para precisar cambios de mudas o protección (toallitas, etcétera). La anatomía genital suele ser normal. El RUV debe considerarse como el diagnóstico diferencial de ambas alteraciones con el fin de evitar pruebas innecesarias y retrasos diagnósticos. El manejo con pautas miccionales suele ser suficiente. El trabajo en equipo interdisciplinario resulta esencial para lograr un resultado exitoso.

## Hiperandrogenismo clínico secundario a insulinoresistencia. A propósito de un caso

Savransky K, Tomaselli MR, Pereyra C, Villanueva D, Fernández G, Domínguez E; Hospital de Clínicas Gral. José de San Martín, Ciudad de Buenos Aires, Argentina

**OBJETIVOS:** Describir el abordaje diagnóstico para pacientes con hirsutismo grave desde un enfoque multidisciplinario.

**CASO CLÍNICO:** Adolescente de 17 años y 6 meses consulta por presentar aumento del vello corporal de 2 años de evolución. Presenta como antecedentes: menarca a los 12 años, telarca a los 11, pubarca a los 13, ritmo menstrual: 7/30 días. Al examen físico, se constata: hirsutismo grado IV, peso: 77,300 kg, talla: 1.68 m, IMC: 27,30 -sobrepeso-, perímetro de cintura 99 cm. Presenta acantosis *nigricans* en pliegues y escala de Ferriman y Gallwey modificada, mayor de 8. Se solicita ecografía ginecológica y abdominal completa, sin hallazgos patológicos y laboratorio hormonal.

Es evaluada por trabajo social, psicología, nutrición y ginecoendocrinología, entendiéndose que se debe trabajar no sólo a nivel clínico, sino también reforzando su autoestima. Se realiza diagnóstico de hiperandrogenismo clínico secundario a insulinoresistencia con hipersensibilidad de los receptores de andrógenos periféricos. Se decide realizar tratamiento con metformina en dosis creciente hasta llegar a 850 mg cada 12 h y depilación definitiva. La metformina disminuye los andrógenos al mejorar la sensibilidad a la insulina y, por otro lado, inhibe el citocromo P450 C7 que interviene en la síntesis de andrógenos ováricos y adrenales. Se repiten laboratorios hormonales. En el seguimiento, concurre a control a los dos meses de tratamiento habiendo realizado dos sesiones de depilación definitiva, con asombrosa disminución del vello facial. No realizó cambios en peso o en sus hábitos. Vuelve a consultar al cabo de un año, satisfecha por la desaparición del vello facial, pero sin cambios en vello corporal y habiendo suspendido el tratamiento con metformina. A continuación, se exponen los resultados de laboratorio

**RESULTADOS Y CONCLUSIONES:** Es indiscutible que el hirsutismo en esta etapa de la vida es un problema que no sólo afecta el aspecto orgánico, sino su autoestima. El tratamiento se realiza habiendo diagnosticado su etiología. Es importante reforzar el abordaje multidisciplinario, sobre todo, para disminuir los estigmas físicos y emocionales que esta alteración puede provocar.

## Interrupción voluntaria de embarazo y anticoncepción en adolescentes

Sica N, Fynn M, Csigi K; Hospital Regional del Departamento de Salto, Uruguay

**OBJETIVOS:** Describir la incidencia de la interrupción voluntaria de embarazo (IVE) en adolescentes y realizar un análisis del método anticonceptivo previo y posterior a este, en el departamento de Salto, Uruguay.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. Se recolectaron datos de las historias clínicas de las policlínicas de salud sexual y reproductiva de las instituciones médicas públicas y privadas del departamento de Salto, Uruguay, del año 2017.

Criterios de inclusión: Adolescentes que concurrieron a la policlínica de salud sexual y reproductiva de la Red de Atención Primaria de Salto y de la Sociedad Médico Quirúrgica de Salto, en el año 2017.

**RESULTADOS:** Se atendieron 449 pacientes, 82 de las cuales fueron adolescentes de entre 13 y 19 años, representando el 18,2%. De éstas, 21 (26%) no utiliza método anticonceptivo, 36 (44%) sólo preservativo y 25 (30%) anticonceptivos orales (ACO). Al momento de la elección del método anticonceptivo posaborto, la mayoría optó por ACO, 43 (52%), 31 (38%) eligieron implante subdérmico y 8 (10%) dispositivo intrauterino (DIU). A todas se les indicó preservativos como método adicional.

**CONCLUSIONES:** Durante el proceso de IVE, es fundamental el asesoramiento en anticoncepción posaborto, para evitar embarazos no deseados y reducir el número de abortos. Del análisis de los datos, se destaca que la mayoría de las adolescentes opta por los ACO, incluso aquellas que ya los usaban. En segundo lugar, solicitan métodos reversibles de larga duración como el implante y el DIU. Es por esto que nuestros esfuerzos deben estar dirigidos a brindar información y educación con el fin de aumentar el uso de métodos reversibles de larga duración. Estos presentan múltiples ventajas: son efectivos, no dependen de la toma diaria, tienen alta tasa de continuidad y disponibilidad para el goce de la salud sexual y reproductiva.

## Propuesta de Observatorio de Víctimas de Abuso Sexual Infanto Juvenil. Consultorio de Adolescencia del Hospital San Roque de Paraná

Spoturno R; Hospital San Roque, Paraná, Entre Ríos, Argentina.

**INTRODUCCIÓN:** La problemática del Abuso Sexual Infanto Juvenil (ASIJ) es una de las formas más graves de maltrato y violencia que pueden sufrir los niños/as y adolescentes. Los datos en la provincia de Entre Ríos sobre la prevalencia o incidencia de ASIJ, a pesar de lo trabajado en las capacitaciones sobre Protocolo Interinstitucional Provincial de actuación en casos de ASIJ, muestran subregistro y dificultad para unificar el nomenclador a la hora del registro.

**OBJETIVOS:** 1) Crear un Observatorio de víctimas de abuso o violación de entre 0 y 19 años que consultaron al consultorio de Adolescencia del Hospital Materno Infantil San Roque de Paraná entre los años 2015 y 2017. 2) Relevar problemas de salud vinculables con posibles secuelas de víctimas de abuso o violación. 3) Revisar las historias clínicas de pacientes de entre 0 y 19 años que consultaron entre el año 2015 y 2017 para monitorizar el cumplimiento del protocolo de ASIJ provincial y evaluar formas de registros y pensar en formas de restitución y acompañamiento.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** 1) Revisión de historias clínicas de niños/as y adolescentes que consultaron por violación, abuso o sospecha de abuso/violación. 2) Recaptación de las víctimas por vía telefónica y el Servicio Social del Hospital San Roque.

Se pensó en un instrumento de evaluación, una ficha, que contempla ítems como fecha, percepción del estado de ánimo (como figura en la historia clínica del adolescente. CLAP): proyecto de vida, alimentación, imagen corporal, percepción del entrevistador si la víctima sigue en riesgo, si tiene contacto con el agresor, si se realizó la denuncia, entre otros, cuidando de no revictimizar.

Criterios de inclusión: Pacientes atendidos en Adolescencia del Hospital San Roque por sospecha de abuso, en los que se aplicó el Protocolo Provincial entre 2015 y 2017.

**CONCLUSIONES:** La recaptación ha sido dificultosa y se ha dado en mayor medida con la consulta espontánea o de acompañamiento. La ficha utilizada contiene datos de la historia clínica del adolescente, de la que se extrae edad, cuyo rango va de los 5 a

15 años, entre las mujeres atendidas en el consultorio de adolescencia por sospecha de abuso o derivada de Juzgados por Abuso Sexual Infanto Juvenil. En su mayoría fueron derivadas para aplicación del kit de ASI.

La ficha hace referencia a la percepción del estado de ánimo de las víctimas al momento de la consulta, dependiendo esto de la subjetividad del entrevistador, siendo en la mayoría normal; otras manifestaron tristeza y preocupación. Ante la pregunta de si estaban conformes con su imagen corporal, la mayoría respondió que sí excepto una. También se les preguntó con respecto a su seguridad y unas pocas manifestaron miedo. El proyecto de vida estaba presente menos en la que manifestó tristeza, con ideas suicidas de ahorcamiento. Los consumos estaban presentes en las entrevistadas, desde el alcohol, hasta el tabaco, las tipo benzodiazepinas y otras drogas ilícitas. La mayoría excepto una, no seguían en contacto con el agresor sexual. Todos los casos fueron denunciados y en todos se aplicó el protocolo.

Ante la percepción de riesgo del entrevistador sobre el entrevistado se armaron redes para abordar (como el intento de suicidio). En dos casos se realizó interrupción legal del embarazo según refiere el derecho en el Artículo 86 del Código Penal. Las adolescentes en su mayoría aún sin inicio de relaciones sexuales, previa consejería en salud sexual y reproductiva, eligieron colocarse un implante subdérmico.

### Estrategias y buenas prácticas para la atención integral de adolescentes desde la atención primaria

Suarez N, González M; Centro de Salud N° 18, Área Sanitaria Las Heras, Mendoza, Argentina

**INTRODUCCIÓN:** El desarrollo de este trabajo se realizó en el Centro de Salud N° 18, Área Sanitaria Las Heras, ubicado en el distrito El Plumerillo, que concentra el 20% (38 000 habitantes) de la población del Departamento de Las Heras, Mendoza, Argentina. Los adolescentes de 10 a 19 años de este distrito representan el 20% del total poblacional. Históricamente, en esta zona es donde se ha observado mayor embarazo adolescente y multiparidad, con el consecuente aumento de la mortalidad infan-

til de este grupo. A su vez, como en la mayoría de los distritos de este departamento, el varón adolescente no asiste a la consulta. ("Construyendo Espacios Amigables en Las Heras. Dra. Mónica González Año 2012-2014. Mendoza. Argentina). Debido a estos resultados observados estadísticamente, se plantea como estrategia a partir del año 2015 el desarrollo en este CAPS del Primer Espacio Amigable para la Atención Integral de Adolescentes del Departamento de Las Heras, en donde inicialmente se ejecutaron acciones tales como: capacitación del personal profesional y no profesional (agente sanitario, administrativos, técnico de farmacia, servicios generales) del establecimiento, eliminando así barreras de atención; adecuación del espacio físico para garantizar la confidencialidad y el desarrollo de autonomía de los jóvenes; talleres en los colegios primarios y secundarios cercanos al CAPS (actividades intra-extra-muros) con alumnos, padres y docentes ofreciendo este espacio amigable y sin barreras, presentando al equipo de trabajo que los va a recibir y derribando mitos, coordinando con ellos dentro del marco interinstitucional que propone la Ley 26150 ESI, el Programa Nacional y Provincial de Salud Integral del Adolescente, Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable.

**OBJETIVOS:** Lograr mayor captación de adolescentes del distrito El Plumerillo; disminuir la multiparidad adolescente, reducir la primera gestación y, en consecuencia, descender la mortalidad infantil de madre adolescente.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Sobre la base de un análisis estadístico previo, utilizando el sistema de atención médica programada en red (SAMeP), se desarrolló un estudio de cohorte prospectivo para lograr modificar favorablemente la realidad de esta población adolescente.

**Criterios de inclusión:** Se reclutaron en el trabajo adolescentes de ambos sexos, de 10 a 19 años desde enero 2015 a diciembre 2017, que concurrieron espontáneamente al establecimiento, o bien por captación activa de agentes sanitarios para controles de salud, pertenecientes al distrito El Plumerillo. Además, se incluyen adolescentes embarazadas.

**RESULTADOS:** Durante el período 2015-2017, las consultas adolescentes de 10 a 19 años fueron 15 530, de las cuales 6334 son varones y 9196 mujeres. La primera gestación adolescente resultó para 2015: 156 nacimientos, 2016: 109, y 2017: 60. Los nacimientos de múltiparas adolescentes fueron

en el año 2015: 41; 2016: 26; 2017: 27. Por último, la tasa de mortalidad infantil de madre adolescente es la siguiente: para 2015: 10,2 0/00 (2 casos); para 2016: 0 0/00 (0 casos); para 2017: 22,7 0/00 (3 casos).

**CONCLUSIONES:** Entre 2015 y 2017 la consulta adolescente se incrementó un 72%. La captación de varones representó un 77%, predominando levemente sobre las mujeres. En relación con el embarazo adolescente, debido a las medidas de acción instauradas, observamos una reducción de un 80% en la primera gestación y 70% en la multigesta. En el trienio analizado visualizamos que tanto la captación y el embarazo mejoraron, pero aún nos queda el desafío de incluir a aquellas madres de alto riesgo social que no llegan al sistema de salud y, por ende, aumentan la tasa de mortalidad infantil.

## Linfangioma vulvar

Álvarez U, Aquino Cabrera N, Corimanya Paredes J, Laurente Palomino M, Pérez Garfías F; Instituto de Salud del Niño, Lima, Perú

**OBJETIVOS:** Presentar un caso de linfangioma vulvar. El linfangioma es una patología benigna poco frecuente y su localización más frecuente es en cabeza, cuello y tórax. En la vulva es inusual. La mayor parte de los linfangiomas están presente desde el nacimiento (60%), de etiología idiopática o adquirida.

**CASO CLÍNICO:** Presentamos una paciente de sexo femenino de 13 años, derivada al Servicio de Ginecología adolescente por presentar lesiones en vulva de 1 año de evolución, ocasionalmente pruriginosas. Estas habían sido diagnosticadas como verrugas genitales. Antecedentes personales: sin importancia. Al examen físico: gran edema de labio mayor derecho. Múltiples lesiones de aspecto verrugoso, pápulas sangrantes, pápulas aisladas color piel normal, hiperqueratóticas, localizadas en labios mayores bilaterales. Presencia de adenopatías. Se realizó biopsia cutánea de una de las lesiones: se observó proliferación de estructuras vasculares linfáticas, las cuales se hallan circunscriptas por crestas interpapilares epidérmicas, por lo que se concluye el diagnóstico de linfangioma. Se le realizó escleroterapia bajo punción directa, con buena respuesta terapéutica; actualmente se encuentra en controles en consultorio ambulatorio.

**CONCLUSIONES:** El caso corresponde a linfangioma vulvar. Es un patología benigna poco frecuente, su abordaje es multidisciplinario (ginecología, radiología, dermatología, patología).

### Características del último primer día de clases: un nuevo rito de paso entre los estudiantes que finalizan la escuela secundaria

Eymann A, Vainman S, Krauss M, Catsicaris C, Mulli V; Hospital Italiano de Buenos Aires, Ciudad de Buenos Aires, Argentina

**INTRODUCCIÓN:** Hace aproximadamente una década los estudiantes del último año de la escuela secundaria comenzaron a realizar una celebración la noche previa al último primer día de clases (UPD); desde entonces esta práctica se ha vuelto frecuente entre los adolescentes del país.

**OBJETIVOS:** Describir las características del UPD en una población de adolescentes que concurren a un hospital universitario de comunidad.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Se realizó un estudio de corte transversal. Se invitó a participar a todos los adolescentes que realizaron el UPD y consultaron de marzo a junio de 2018. Se utilizó una encuesta semiestructurada que completaron en la sala de espera y se solicitó describir narrativamente al UPD, así como las 2 mejores y peores situaciones que sucedieron. *Método estadístico:* las variables categóricas se describieron en números absolutos y porcentajes y las variables continuas en media y desviación estándar. Se utilizó prueba de *chi al cuadrado* considerando significativo un valor de  $p < 0,05$ .

**RESULTADOS:** Se procesaron 102 encuestas. El promedio de edad fue 16,9 años, el 70,6% fueron mujeres, asistían a un colegio privado el 83,3% y consultaron en la sede central del hospital 83,3%. Los UPD presentaron las siguientes características: se realizaron en un lugar privado en el 46,1% de las oportunidades, la cantidad de concurrentes fueron en promedio 57,2 participantes y hubo un adulto acompañante en el 58% de las ocasiones. El 78,4% de los estudiantes consumió alcohol, se rompió algún objeto material en el 16,7% y hubo algún accidente en el 9,8% de los UPD. Los accidentes más graves descritos fueron: quemaduras por bengalas, caídas y cortes por objetos de vidrios. Las horas de sueño en promedio fueron 1,2 h y volvería a reali-

zarlo el 88% de los estudiantes. Los adolescentes refirieron en el 44,1% haber tenido problemas con algún adulto y el 10,8% con algún compañero. No se encontró asociación estadísticamente significativa entre consumo de sustancias y sexo, tipo de gestión del colegio o estar acompañados por adultos. En el análisis cualitativo los adolescentes describieron a los UPD como una fiesta previa al último primer día de clases que consistió en reunirse para divertirse con amigos, no dormir e ingresar al colegio todos juntos haciendo ruido con pirotecnia y cantando. Las situaciones más satisfactorias se organizaron en las siguientes categorías: 1) compartir con amigos, "estuvo todo mi curso unido sin discutir"; 2) la previa, "nos reímos y bailamos juntos"; 3) el momento del ingreso a la escuela, "festejando y haciendo ruido con bombos, bengalas, banderas y tirando espuma". Las situaciones menos satisfactorias se agruparon en las siguientes categorías: 1) dormir poco, "el curso entero se durmió en clases"; 2) emborracharse, "varios amigos quebraron"; 3) ruptura o pérdida de objetos, accidentes y peleas o problemas con otros, "el grupo se separó", "salimos en la tele por cortar la calle y nos suspendieron", "nos echaron del lugar que alquilamos por romper vidrios".

**CONCLUSIONES:** Muchos adolescentes consumieron alcohol y tuvieron problemas con adultos. La mayoría de los estudiantes estuvieron conformes con el UPD y lo volverían a realizar.

### Vivencias en sexualidad de un grupo de adolescentes chilenos que viven con VIH de transmisión vertical

Vergés V, Chávez A, González C, Pacheco P, Gómez R; Chile

**INTRODUCCIÓN:** El VIH aparece en el mundo en la década de los 80, teniendo como principal vía de contagio la sexual. En niños la transmisión vía vertical es responsable del 95% de los casos.

En Chile han aumentado los adolescentes que viven con VIH, en parte por el aumento de la prevalencia por la mayor supervivencia de los niños que nacieron con esta condición, los que llegan a la adolescencia con buena calidad de vida, enfrentando a los cuidadores y a los equipos pediátricos a la expresión de la sexualidad esperada en esta etapa.

**OBJETIVOS:** Explorar y describir las principales vivencias sobre las dimensiones de la sexualidad de un grupo de adolescentes que viven con VIH adquirido por vía vertical de la Región Metropolitana y de la Quinta región de Chile

**METODOLOGÍA:** Esta investigación es de tipo cualitativa, con alcance exploratorio y descriptivo. Para la recolección de datos se aplicaron 28 entrevistas en profundidad semiestructurada, confeccionada por un grupo nominal de expertos en la temática de adolescencia y VIH/SIDA.

Se aplicó criterio de saturación y el análisis se realizó de acuerdo con la Teoría Fundamentada, contrastando los datos entre los investigadores y los participantes por medio de la codificación abierta. Como apoyo para el análisis se utilizó el software Atlas.ti 1.6.0. Cuenta con protocolos éticos aprobados.

**RESULTADOS:** Las conductas de riesgo identificadas fueron: a) Inicio de actividad sexual sin método anticonceptivo; b) Uso inconsistente del preservativo; c) Desconocimiento de otras infecciones de transmisión sexual.

Tendencia a la postergación del inicio de la actividad sexual.

Temor a la maternidad/paternidad asociada con su condición.

Los sentimientos relacionados con su condición eran vergüenza, rabia y pena y los asociaban con el temor al rechazo de la pareja.

La relación de pareja se vivencia como experiencia positiva después de la revelación de su condición y no significa necesariamente inicio de actividad sexual. El rechazo puede darse desde la familia de la pareja, por estigmatización y discriminación.

**CONCLUSIÓN Y DISCUSIÓN:** La postergación del inicio de la actividad sexual se puede deber al temor que les genera hablar de su condición, al temor a contagiar a la pareja y al constante acompañamiento de un adulto responsable incluyendo los profesionales tratantes.

La impulsividad propia de su edad muchas veces les impide tener conductas responsables a pesar del conocimiento que manejan. En este sentido es importante que tanto la familia como el equipo de salud conozca y dé cuenta de las señales que pudieran prever un inicio de actividad sexual, tomando medidas como son la educación, la consejería y el inicio de anticoncepción.

Si se pesquia que un adolescente está en riesgo de embarazo, el médico tratante debe considerarse

una situación de urgencia y ofrecer inicio de anticoncepción de inmediato.

El deseo de inicio de vida sexual puede ser una motivación para cumplir con la terapia, ya que todos refieren temor a contagiar a su pareja y esto los motiva al autocuidado favoreciendo la adherencia.

Favorecer el desarrollo de un proyecto de vida similar al de cualquier joven libre de esta condición es un gran desafío como sociedad, que permitiría en cierta forma una reparación del dolor que genera heredar esta condición de salud.

### **Hipertrofia mamaria virginal en adolescencia. Tratamiento quirúrgico vs tratamiento médico. Abordaje multidisciplinario**

Villanueva D, Pereyra C, Savranszy K, Tomaselli M, Domínguez E; Hospital de Clínicas Gral. José de San Martín, Ciudad de Buenos Aires, Argentina

**INTRODUCCIÓN:** La gigantomastia es una entidad benigna poco frecuente, se presenta durante la pubertad. Se caracteriza por un crecimiento exagerado y agudo de la mama, causando alteraciones psicológicas, estéticas y funcionales. Su etiología aún es desconocida y se le atribuyen teorías que apoyan una exagerada sensibilidad de los receptores mamaros al estímulo estrogénico puberal. Su diagnóstico clínico puede ser difícil cuando se produce de forma unilateral, y su tratamiento quirúrgico es aún controvertido.

**CASO CLÍNICO:** Se presenta una adolescente con hipertrofia mamaria virginal (HMV) resaltando la importancia de su abordaje interdisciplinario para considerar el tipo de tratamiento a realizar y evaluar diagnósticos diferenciales.

Motivo de consulta: Paciente de 16 años concurre a el Programa de Adolescencia por presentar HMV bilateral, asociado a alteraciones posturales y algias dorso cervicales desde el comienzo del desarrollo mamario, en tratamiento con AINES y seguimiento con el servicio de traumatología. No presenta antecedentes patológicos de relevancia. Telarca: 7 años - Pubarca: 10 años - Menarca: 9,2 años. Ciclos regulares. No IRS. Ex físico y ginecológico: Peso 64,4. Talla 1,53. IMC 27.5. Mamas voluminosas, péndulas, blandas, simétricas. Tanner V.

Estudios complementarios: Eco mx (20/8/16); moderada sobrecarga adiposa, estructura heterogénea

compatible con displasia mamaria bilateral. Laboratorio hormonal (4/4/18) s/p.

Interconsultas: Nutrición: Logra una reducción de IMC: 25,8 en 2 meses. Salud Mental: Psicoprofilaxis, la paciente refiere preocupación por la cicatriz. Se detecta que decidió realizar la consulta ya que sentía vergüenza, incomodidad y disgusto con su cuerpo. Es tímida y esto le genera dificultad para relacionarse. Se trabajan los temores, ansiedades, fantasías con la paciente y su familia. Se consensúa la realización del tratamiento quirúrgico. Cirugía de reducción mamaria y mastopexia en abril de 2018.

**RESULTADOS:** La paciente refiere mejoría en su calidad de vida. Con un grado de satisfacción muy alto, debido al cambio de su esquema corporal. No realizó el tratamiento médico preoperatorio ni postoperatorio con tamoxifeno ya que se consensuó con el equipo médico y la familia realizar la cirugía en tiempo programado.

**CONCLUSIÓN:** Debido a que no hay un tratamiento específico para esta patología, realizamos un enfoque multidisciplinario. El tratamiento ideal, cuando la HMV causa alteraciones físicas, funcionales y psicológicas es la resolución quirúrgica. La literatura expresa el uso controvertido de medicamentos antiestrogénicos aunque se han observado buenos resultados y se evitaron recurrencias con estos. En nuestra institución contamos con buena experiencia realizando tratamiento médico con tamoxifeno 20 mg/día, desde el diagnóstico hasta el procedimiento quirúrgico. Con esta dosis no se detiene la pubertad. Con el correr de los meses se logra reducir el edema, la nodularidad y el tamaño de las mamas. Contando siempre con el seguimiento por el servicio de salud mental e indicando reducción del peso corporal.

### **Implante hormonal subdérmico, experiencia Programa Adolescencia Hospital de Clínicas Gral. José de San Martín**

Tomaselli MR, Pereyra C, Savransky K, Villanueva D, Faccini MJ, Domínguez E; Hospital de Clínicas Gral. José de San Martín, Ciudad de Buenos Aires, Argentina

**OBJETIVOS:** Análisis de la experiencia de la incorporación del implante hormonal subdérmico (IS) como método anticonceptivo (MAC) en el consultorio de

ginecología del Programa de Adolescencia. Se evaluó efectividad, tolerancia, adhesión, efectos adversos y grado de satisfacción con el método.

**MATERIAL Y MÉTODO:** Se realizó un estudio retrospectivo, observacional, descriptivo de corte transversal entre agosto 2017 y agosto 2018. Para la recolección de datos se utilizaron las historias clínicas y herramientas estadísticas. Se tuvieron en cuenta las variables edad, inicio de relaciones sexuales (IRS), paridad, MAC previo, efectos adversos y grado de satisfacción con el método.

**RESULTADOS:** Fueron atendidas 720 pacientes de entre 15 y 19 años. Consultaron por MAC 432 (60%), se colocó el IS el 10,28%. El 27,65% IRS a los 15 años, el 82,97% fueron nulíparas, el 53,19% eran usuarias de anticonceptivos hormonales combinados orales (ACO).

Los efectos adversos más frecuentes fueron: alteración del patrón de sangrado; *spotting* 57,44%, aumento de peso corporal el 23,40%.

**CONCLUSIONES:** El IS demostró ser un método anticonceptivo altamente efectivo. Las usuarias del método refirieron un alto grado de satisfacción, promedio 8 (escala 1-10). Junto con trabajo social se realizaron las consejerías y el seguimiento de los casos; el acompañamiento demostró favorecer la adhesión al método. La tasa de extracción temprana, a los 6 meses fue del 6,38%; discontinúa los controles el 38,29%.

### **Prevalencia de *Chlamydia trachomatis* en población adolescente de un hospital privado de la comunidad de Buenos Aires**

Zabalza M Cesarato L, Mulli V, Orti M, Ormaechea E, Muñoz M, de Cos J, Salort F, Izbizky G; Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina

**INTRODUCCIÓN:** La infección por *Chlamydia trachomatis* (CT) es una de las ITS más frecuentes y sus consecuencias en la salud sexual y reproductiva de las mujeres pueden ser graves. Su prevalencia es difícil de determinar ya que un alto porcentaje de las pacientes infectadas son asintomáticas. La mayoría de los casos notificados se dan en pacientes jóvenes. Varias entidades científicas recomiendan tamizaje a las mujeres sexualmente activas menores de 25 años.

**OBJETIVOS:** Conocer la prevalencia de CT en pacientes adolescentes/jóvenes y evaluar los factores de riesgo para esta infección.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio de corte transversal. Desde agosto de 2017 hasta julio de 2018 se tomaron muestras endocervicales para IFD de CT a pacientes mujeres, menores de 25 años, sexualmente activas que consultaron en los servicios de Adolescencia y Ginecología Infantojuvenil del Hospital Italiano de Buenos Aires. Se recolectaron datos demográficos y de factores de riesgo para la adquisición de ITS. Se realizó tratamiento a las pacientes positivas y un control posterior. Los datos fueron analizados con STATA 12.

**RESULTADOS:** Se analizaron un total de 296 pacientes. La prevalencia de CT fue de 10,5%. El grupo de pacientes positivas para infección por CT presentó un promedio de edad de inicio de relaciones sexuales menor ( $15,6 \pm 1,7$  vs  $16,3 \pm 1,6$ ;  $p < 0,05$ ) y un mayor número de parejas sexuales (mediana 5, IIQ 4-10 vs 4, IIQ 2-7;  $p < 0,05$ ) que el grupo CT negativa. La presencia de síntomas fue más frecuente en las pacientes CT positivas que en las negativas (58% vs 24,9%,  $p < 0,5$ ) y un 42% de las pacientes con infección se encontraban asintomáticas. No hubo diferencias entre ambos grupos respecto a la media de edad ( $20,1 \pm 2,3$  vs  $20,6 \pm 2,1$ ;  $p = 0,22$ ), porcentaje que refería tener pareja estable (58% vs 71,8%;  $p=0,11$ ) o el uso de preservativo (56,7% vs 60,8%;  $p=0,84$ ). Todas las pacientes positivas fueron contactadas y recibieron tratamiento. El tratamiento de las parejas se realizó en el 58% de los casos a través de la paciente, en el 23% la paciente contactaría a su última pareja para que esta realice una consulta y en el 19% no se pudo realizar. Un 48% (15/31) de las pacientes positivas realizó el control a los 3 meses y solamente uno resultó positivo y recibió nuevamente tratamiento. El 36% (11/31) no realizó control y al 16% (5/31) restante aún no correspondía efectuarlo al momento del cierre del análisis.

**CONCLUSIONES:** La edad de IRS y el número de parejas sexuales fueron factores de riesgo para CT, sin embargo, los programas de detección basados únicamente en factores de riesgo podrían no ser adecuados (no hubo diferencias respecto al uso de preservativo o en tener o no pareja estable). Por otro lado, si bien ante la presencia de síntomas deberíamos sospechar y descartar la infección por CT, el rastreo no debería limitarse solo a las pacientes sintomáticas ya que un gran porcentaje de las infectadas no presentaba síntomas. Estos datos, en principio, justificarían el tamizaje en nuestra población adolescente. Luego del rastreo resulta clave la

educación de la paciente para que tanto ella como sus parejas realicen el tratamiento y controles posteriores, para reducir así las posibles futuras infecciones.

## Inserción de implantes subdérmicos en el consultorio de adolescencia. Nuestra experiencia

Puglisi L, Zárate MN; Hospital Bouquet Roldán, Neuquén

**INTRODUCCIÓN:** Se estudia la inserción de un implante subdérmico de etonogestrel como método anticonceptivo para adolescentes.

**OBJETIVOS:** Conocer factores que influyeron en la elección del método anticonceptivo (MAC), el perfil de las usuarias, continuidad de uso, efectos indeseados y su resolución.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se realizó un estudio prospectivo desde el año 2016 hasta 2018. Se incluyeron adolescentes que cumplían los requisitos preestablecidos del Programa de Salud Sexual y Reproductiva dependiente del Ministerio de Salud de la Nación, para recibir el dispositivo.

**RESULTADOS:** Se evaluaron 188 usuarias de entre 15 y 24 años, captadas a través de consejerías en SSYR, y en un alto porcentaje por popularización del dispositivo entre las adolescentes. Caracterizamos el perfil de las usuarias considerando paridad, edades frecuentes y MAC previo. De estas: 57 no tenían evento obstétrico, 94 habían tenido una gestación, 32: 2 gestaciones y 5: 3 gestaciones previas al momento de la consejería. En la frecuencia por edades fue similar en 16, 19 y 23 años (15% cada una). En MAC previos lo predominante fue que no tenían MAC de uso regular. Uno de los ítems valorados fue la consejería realizada destacando: efectividad, duración, autocontrol. Se enfatizó en: patrón de sangrado esperable, uso de preservativo simultáneo y otros posibles efectos dependientes de la acción hormonal. La inserción se realizó sin relación con el momento del ciclo, demostrando ausencia de embarazo.

En las usuarias que asistieron al control no se detectaron signos inflamatorios ni migración del implante, sí hematomas leves, y "sensación de pinchazo" o picazón en el sitio de punción. La inserción según técnica no causó daños neurovasculares ni migración

del dispositivo. Las consultas posteriores fueron por control o por el patrón de sangrado, que en frecuencia fue amenorrea, sangrado prolongado, sangrado infrecuente y sangrado frecuente, según la clasificación de la OMS. En casos de amenorrea se reforzó consejería, y se generó reaseguro con la revisión del implante, o test de embarazo en orina. Ante sangrados prolongados, se indicó ACO, acetato de noretisterona o ac. mefenámico. En excepciones, ac. tranexámico o extracción del implante. Las causas de extracción anticipada (9%) fueron por embarazo no detectado al momento de la inserción, búsqueda de embarazo, sangrado prolongado continuo, variación de peso, cefalea constante, mastalgias y dolor pélvico no tolerados.

No se registraron embarazos durante su uso. El alto porcentaje de continuidad se debió a comodidad, eficacia, resolución de los efectos secundarios, durabilidad.

**CONCLUSIONES:** Es un MAC de alta demanda con mínimas complicaciones *post inserción*. Hay que resaltar las ventajas, pero aún más el patrón de sangrado esperable, ya que influye en la continuidad. Hay tendencia a su elección, o recomendación ya sea por experiencia propia o de su entorno. En la satisfacción del MAC valoran la efectividad y despreocupación de participar en la anticoncepción por un tiempo dado. También influye en la continuidad el cambio en deseo de uso, y la relación médico - paciente.

### Síndrome de ovario poliquístico en la adolescencia

Lamas Majek E, Peri Cruzado S, Milito C, Ladovsky D, Di Lella S, Leiderman S, López M; Hospital de Clínicas Gral. José de San Martín, Ciudad de Buenos Aires, Argentina

**OBJETIVOS:** Determinar el motivo de consulta de las pacientes en estudio. Estimar la edad de la menarca en cada caso y el tiempo transcurrido entre ella y la consulta. Caracterizar el ritmo menstrual, la pre-

sencia de signos de hiperandrogenismo (HA) clínico, bioquímicos y ecográficos compatibles con SOP en el grupo de estudio.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se realizó un estudio retrospectivo, transversal. Se incluyeron 32 historias clínicas de pacientes de entre 18 y 21 años que consultaron a la Sección de Endocrinología Ginecológica del Hospital entre enero de 2015 y marzo de 2018. Se realizó diagnóstico de SOP y de su fenotipo según criterios de Rotterdam. Se realizó un interrogatorio que comprendió: menarca y ritmo menstrual. Se determinó peso, talla e IMC, y la presencia de HA clínico mediante *score* de Ferriman y Gallwey. A todas las pacientes se les solicitó laboratorio hormonal con perfil androgénico y ecografía TV.

Criterios de inclusión: Mujeres menores de 21 años que concurren a la Sección de Endocrinología Ginecológica del Hospital de Clínicas. Mujeres que cumplan con los criterios diagnósticos de SOP según Consenso de Rotterdam.

**RESULTADOS:** Del total de 32 pacientes evaluadas (n = 32), 16 (50%) consultaron por oligomenorrea 1°; 11 (34,4%) presentaron amenorrea (de ellas, 3 refirieron ciclos previos normales, 7 oligomenorrea primaria, y 1 presentó amenorrea primaria con menarca inducida); finalmente, 5 pacientes (15,6%) consultaron por acné o hirsutismo. La media de edad del grupo de estudio fue de 20 años. Los resultados obtenidos se muestran en la tabla:

La edad de la menarca promedio fue 12,6 años (desde 8 años hasta 16 años); la edad ginecológica promedio fue de 7,8 años (mínimo 3 hasta un período máximo de 13 años). Del total de pacientes (n = 32), sólo 2 presentaron una edad ginecológica menor de 5 años (ambas con menarca a los 16 años y consultando a la edad de 19 y 20 años). Sin importar cual fuere el motivo de consulta, el 50% de las pacientes (n = 16) presentaban sobrepeso u obesidad.

**CONCLUSIONES:** En nuestra población hospitalaria de bajos recursos, el principal motivo de consulta fue la oligomenorrea, y sólo el 15,6% de nuestras pacientes presentó signos clínicos de HA. Dado que

**Tabla 1.** Relación entre motivos de consulta (MC) y características clínicas y bioquímicas de pacientes con SOP.

MC	Pacientes (n)	Ciclos previos			HA clín.	HA bioq.	Eco SOP	IMC medio	Sobrepeso/Obesidad (n)
		Normales	Oligom. 1°	Amen. 1°					
Acné/Hirsutismo	5	3	2	0	5	3	4	25,6	2
Oligomenorrea	16	0	16	0	13	13	14	26,5	8
Amenorrea	11	3	7	1	7	10	10	28	6

la principal característica clínica asociada con SOP fue la obesidad, destacamos la importancia de desarrollar estrategias destinadas a mejorar el estilo de vida de estas pacientes, pudiendo incluso revertir el síndrome y evitando complicaciones metabólicas a futuro.

## **Tuberculosis extrapulmonar como diagnóstico diferencial de carcinomatosis peritoneal. A propósito de un caso**

Zabalza M, Ormaechea E, Cesarato L, Orti M, Mulli V;  
Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina

**INTRODUCCIÓN:** El peritoneo es un posible sitio de afectación extrapulmonar de la infección por tuberculosis (TBC), sobre todo en regiones con alta prevalencia de esta enfermedad. Suele deberse a la diseminación hemática desde un foco pulmonar y, menos frecuentemente por extensión directa desde órganos vecinos (intestino, trompas de Falopio o ganglio linfático).

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Reporte de caso de una paciente adolescente con tuberculosis peritoneal diagnosticada y tratada en el Hospital Italiano de Buenos Aires

**CASO CLÍNICO:** Paciente de 17 años oriunda de Santa Fe. Antecedentes de hipermenorrea y dismenorrea por lo que tomaba ACO, e internación por neumonía con derrame pleural un año atrás. Consulta en su ciudad de origen por dolor abdominal generalizado. Por persistencia y aumento del dolor y cantidad de líquido libre en ecografías se sospecha foliculo hemorrágico y se realiza laparoscopia exploradora donde se evidencian imágenes nodulares, blanquecinas, de 2-3 mm en toda la cavidad peritoneal, con mayor densidad en pelvis; se toman biopsias peritoneales y se deriva a la paciente a nuestro centro por sospecha de carcinomatosis peritoneal. Laboratorio: GB: 9900, VES: 30, CA 125: 595, resto de marcadores tumorales negativos. Biopsia peritoneal: granulomas con fibrosis periférica y células gigantes multinucleadas de tipo cuerpo extraño con necrosis central focal. Tinción Ziehl-Neelsen (ZN) y PAS negativas. No se evidencian células tumorales. Se interconsulta a neumonología, infectología y reumatología. Sin datos epidemiológicos relevantes para TBC. Radiografía de tórax, ecografía abdominal

y TV s/p. RMN: engrosamiento difuso e irregular del peritoneo y compromiso nodular difuso de epiplón mayor. TC: atelectasias subsegmentarias, sin derrame pleural ni áreas de consolidación. PPD, cultivo y PCR para TBC de muestras de epiplón y panel reumatológico negativos. Controles clínicos e imagenológicos ambulatorios periódicos hasta que se interna por síndrome febril prolongado, fiebre a predominio nocturno, persistencia del dolor abdominal, sudoración nocturna y tos seca. Radiografía y TC: derrame pleural derecho asociado con atelectasia. Toracocentesis: cultivo y PCR para TBC negativo, células mesoteliales con cambios reactivos y abundantes linfocitos. Por persistencia de sospecha de TBC se realiza toracoscopia y laparoscopia con biopsias pleurales y peritoneales. Baciloscopia directa y PCR nuevamente negativas. Anatomía patológica: finalmente hallazgo BAAR con ZN asociados con granulomas. Se inicia tratamiento con isoniacida, rifampicina, etambutol y pirazinamida. Cultivo de biopsia pleural y líquido pleural: informe a los 30 días negativo, 2do informe a los 60 días desarrollo de BAAR. Mejoría clínica (desaparición del dolor y derrame pleural) y descenso del Ca 125 (135) con el tratamiento.

**CONCLUSIONES:** La TBC peritoneal continúa siendo un problema en las áreas con alta prevalencia de esta infección, como es nuestro país. Su diagnóstico resulta un desafío por su naturaleza insidiosa, la variabilidad de su presentación clínica y las limitaciones de las pruebas diagnósticas disponibles, por lo que se vuelve indispensable mantener un muy alto índice de sospecha diagnóstica. Entre sus diagnósticos diferenciales hay que considerar, entre otros, la carcinomatosis peritoneal.

## **Adolescentes trasplantadas cardíacas: nuestra experiencia en la Sección de Ginecología Infanto Juvenil en el Hospital Garrahan**

Zunana C, Ponce G, Gaioli M, Califano P; Hospital de Pediatría S.A.M.I.C. Prof. Dr. Juan P. Garrahan, Ciudad de Buenos Aires, Argentina

**OBJETIVOS:** Describir los aspectos ginecológicos de adolescentes trasplantadas cardíacas en la sección de Ginecología de un Hospital de alta complejidad.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio descriptivo, retrospectivo y transversal. Se analizaron las historias

clínicas electrónicas del período comprendido entre junio 2013 y junio 2018. Se incluyeron todas las pacientes de entre 10 y 20 años que habían recibido trasplante cardíaco (TC) en nuestro centro.

**RESULTADOS:** Se evaluaron 8 pacientes, el promedio de edad al momento de la consulta fue 13 años. La enfermedad de base: 62.5% miocardiopatía dilatada; 25% miocardiopatía restrictiva/hipertrofica; 12,5% ambas. La edad promedio del TC fue 6,7 años. Los motivos de consulta fueron: control (4), SUA (3) y quiste anexial (1). El 100% de las pacientes había presentado la menarca, 50% Tanner 3, 50% 4. El IMC promedio fue 20. Cuatro pacientes habían iniciado relaciones sexuales; de estas, 2 estaban en pareja estable. Todas utilizaron doble método. No se produjo ningún embarazo. Se realizaron 3 PAP: negativos para lesión intraepitelial. Tres referían consumos ocasionales de alcohol; ninguna, tabaco o drogas. El promedio de seguimiento en ginecología fue 30 meses.

**CONCLUSIONES:** Estas pacientes presentan características similares al resto de la población adolescente, en cuanto a su desarrollo puberal, inicio de relaciones sexuales, alteraciones de la imagen corporal y proyecto de vida. Todas ellas deberían recibir información acerca de salud sexual y reproductiva, el uso de drogas teratogénicas y potenciales interacciones de medicación. El abordaje de la paciente TC suele ser complejo, es por esto que es fundamental el trabajo interdisciplinario.

### Consultorio de Puerperio y Planificación Familiar: abordaje y anticoncepción

González P, Taborda MA; Sección Adolescencia-Obstetricia, Maternidad Dr. Florencio Escardó, Tigre, Argentina

**OBJETIVOS:** Crear un espacio amigable, adaptado a las necesidades de nuestra población adolescente. Realizar el primer control posevento obstétrico, aclarar pautas de autocuidado y lactancia. Brindar consejería en planificación familiar, ayudar en la elección del método anticonceptivo adecuado y facilitar la entrega de este.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y observacional en la población de adolescentes que presentaron un evento obstétrico en el período comprendido entre el

01/06/2017 y el 31/05/18 y que concurren al Consultorio de Puerperio y Planificación Familiar de la Sección de Adolescencia - Obstetricia de la Maternidad de Tigre. Se utilizó una planilla de Excel con datos obtenidos a partir de la historia clínica de adolescencia.

**CRITERIOS DE INCLUSIÓN:** Mujeres adolescentes que concurren al Consultorio de Puerperio y Planificación Familiar luego de haber tenido un evento obstétrico.

**RESULTADOS:** De 397 pacientes evaluadas el 97% correspondía a adolescentes de entre 15 y 19 años y el 3% a menores de 15 años. La vía de finalización del embarazo fue 69% de parto vaginal y el 31% cesárea, de las cuales el 90% cursó con puerperio normal y el 10% con puerperio patológico.

En cuanto a la elección del método anticonceptivo el implante subdérmico fue el más elegido, con un 27% de adhesión, y el de menor elección fue la ligadura tubaria debido a la corta edad de las pacientes. Vale destacar que el 100% de las pacientes se retiró del consultorio con un método anticonceptivo, reforzándose la utilización del preservativo.

También se comparó en este estudio las diferencias que existían en cuanto a la anticoncepción previa al embarazo y la elegida en el puerperio, destacando que el 32% de estas pacientes nunca habían utilizado un método anticonceptivo, y sólo el 2 % utilizó un método de larga duración.

**CONCLUSIÓN:** La apertura del Consultorio de Puerperio y Planificación Familiar nos ha permitido el acompañamiento en la elección del método anticonceptivo y seguimiento de este en la usuaria adolescente, como también reforzar el uso del preservativo y la prevención de enfermedades de transmisión sexual.

### Insuficiencia ovárica primaria: importancia del diagnóstico etiológico en pacientes adolescentes

Lamas Majek E, Yarade M, Blanco G, Straminsky V, Onetto C, González de Chazal F, Sternberg K; Hospital de Clínicas Gral. José de San Martín, Ciudad de Buenos Aires, Argentina

**OBJETIVOS:** Estimar la frecuencia de las distintas etiologías de insuficiencia ovárica primaria (IOP) en el grupo de mujeres adolescentes en estudio. Determinar el motivo de consulta y estudios diag-

nósticos solicitados en cada uno de los casos, en el grupo de estudio

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio retrospectivo, transversal, observacional. Se evaluaron 13 historias clínicas (n = 13) de pacientes de entre 15 y 21 años, que concurren a consulta durante el período comprendido entre enero de 2015 y enero de 2017. En cada caso se consignó Motivo de consulta, antecedentes personales y familiares, y se solicitó, además, laboratorio hormonal, anticuerpos (ATPO, ATGus), estudio cromosómico (cariotipo) y ecografía ginecológica.

**CRITERIOS DE INCLUSIÓN:** Pacientes adolescentes (21 años o menor) que concurren a la Sección de Endocrinología Ginecológica del Hospital de Clínicas. Clínica de amenorrea u oligomenorrea, por lo menos por 4 meses. Dos FSH séricas mayores o iguales a 25 mUI/ml, con un intervalo mínimo de 4 semanas.

**RESULTADOS:** La media de edad del grupo de estudio fue de 18,9 años. En cuanto a la etiología de IOP, se observó la siguiente distribución de frecuencias: idiopáticas: 5 pacientes (38,5%); cromosómicas: 5 pacientes (38,5%); iatrogénicas: 3 pacientes (23%). Dentro de este último grupo, 1 paciente había recibido quimioterapia (QT), y 2 fueron sometidas a ooforectomía (ambas por patología benigna). En ninguna paciente se halló asociación con enfermedades autoinmunes.

En cuanto al motivo de consulta, 2 pacientes tuvieron menarca espontánea, siendo ambas las que posteriormente fueron sometidas a cirugía; y 11 pacientes (84,6%) cursaron con amenorrea primaria, 1 en el contexto de QT. Se realizó cariotipo a las 10 pacientes restantes, diagnosticándose enfermedad de Turner o su mosaico en 5 de ellas, y las 5 restantes obteniendo un cariotipo normal 46XX. Todas las pacientes realizaron ecografía ginecológica confirmando la presencia de útero y ovarios (describiendo a estos últimos como "cintillas ováricas", u "ovarios de tamaño disminuido" en los casos de amenorrea 1°).

**CONCLUSIONES:** De acuerdo con los resultados obtenidos, podemos observar que un 38,5% de las pacientes que consultaron por amenorrea primaria presentaron alguna alteración cromosómica. Sin embargo, una cantidad igual de pacientes tuvieron un cariotipo normal, y no se logró en ellas determinar la etiología de IOP.

Consideramos de gran importancia, debido a las posibles comorbilidades y al potencial hereditario

de algunas patologías, agotar todos los recursos diagnósticos antes de clasificar como "IOP idiopática" a este grupo de pacientes, destacándose la importancia de realizar estudios genéticos específicos (entre ellos, el gen FMR1) como parte del algoritmo.

## Fibroadenoma juvenil gigante. A propósito de un caso

Muñoz Caro M, Orti M, Zabalza M, Calvo F, Cesarato L, Salort F; Hospital Italiano de Buenos Aires, Ciudad de Buenos Aires, Argentina

**INTRODUCCIÓN:** Los fibroadenomas son procesos hiperplásicos del conducto terminal de la unidad mamaria y del estroma intra-extralobular, formados por tejido conectivo y graso. Su etiología es desconocida. Pueden ser únicos o múltiples. Aquellos mayores de 10 cm son clasificados como fibroadenomas gigantes y si ocurren en la adolescencia, se denominan juveniles.

Si bien son raros, solo un 0,5% del total de los fibroadenomas tienen una alta tasa de crecimiento, que genera una asimetría mamaria notable, con la consecuente deformidad estética. Suelen presentarse como una masa mamaria no dolorosa de crecimiento rápido y bien circunscripta, que puede alcanzar hasta 20 cm de diámetro. Al momento de establecer un tratamiento preciso es difícil la decisión entre un seguimiento médico con observación y un tratamiento quirúrgico de primera línea. El principal objetivo del tratamiento consiste en preservar la función mamaria para la lactancia por un lado y considerar la estética de estas pacientes, teniendo en cuenta que estas lesiones rara vez son malignas en este grupo etario.

El objetivo más importante del tratamiento es la conservación de la anatomía para que la mama conserve su función. El objetivo estético no es menor, dado que estamos en un grupo etario específico.

**CASO CLÍNICO:** Paciente de 11 años y 6 meses, derivada de la provincia de Salta por nódulo mamario de crecimiento rápido en los tres meses previos a la consulta.

Antecedentes de recién nacido pretérmino (28 semanas), producto de un embarazo gemelar, por cesárea de urgencia, pesó 980 gramos con oxigenoterapia y luminoterapia al nacimiento. Posteriormente cirugía de láser por retinopatía del prematuro. Sin

otro antecedente relevantes. Menarca a los 10 años y 9 meses.

A la exploración mamaria se visualizan mamas asimétricas a expensas de la mama derecha donde se palpa tumoración blanda de 10-12 cm. Axilas y regiones ganglionares sin hallazgos.

Se realiza ecografía mamaria que muestra en mama derecha tumoración hipoeoica sólida con áreas anecoicas en su interior, de contornos lobulados, que ocupa la totalidad de la mama. Bi-Rads IV.

Se realiza tratamiento quirúrgico ambulatorio con cuadrantectomía de mama derecha y exéresis de tumoración mediante incisión periareolar de masa de 12 cm que se envía a anatomía patológica para su estudio diferido. Paciente con buena evolución posoperatoria. Se indica alta hospitalaria. El estudio histológico confirma luego fibroadenoma celular juvenil.

**DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES:** Los nódulos de mama son causa frecuente de consulta por los temores que generan. Suelen aparecer en la perimenarca.

En la adolescencia el fibroadenoma es el más frecuente, en general benigno, móvil y de crecimiento lento; pueden presentar calcificaciones.

Clínicamente presentan tamaño variable, son indolores, bien delimitados, móviles. Macroscópicamente son blanco nacarados. Los mayores de 10 cm se denominan fibroadenoma juvenil; suelen ser unilaterales y de crecimiento rápido.

La PAAF puede generar dudas para diferenciarlo del tumor Phyllodes lo que obliga a su extirpación.

El tratamiento quirúrgico es de elección y ofrece excelentes resultados.

### **Miomatosis uterina en adolescencia: patología infrecuente en este grupo etario**

Pereyra C, De Mori N, Ferrero A, Piquet C, Domínguez E, Savransky K, Tomaselli MR, Villanueva D; Hospital Magdalena Villegas de Martínez, Tigre, Argentina

**INTRODUCCIÓN:** En la adolescencia los tumores ginecológicos benignos son poco frecuentes y mucho menos aún los malignos. El ovario es el órgano donde con mayor frecuencia se forman tumores durante la niñez y la adolescencia; le sigue con menor frecuencia la localización vaginal, siendo muy raros los que asientan en la vulva y el útero.

Los leiomiomas en la adolescencia son infrecuentes por lo que hay pocos casos en menores de 18 años reportados en la literatura. Clínicamente pueden presentarse entre las adolescentes como una masa abdominal de la cual se sospecha origen ovárico. Otros síntomas incluyen dolor hipogástrico, aumento del diámetro abdominal y sangrado menstrual anormal, y en algunos casos pueden ser asintomáticos.

**OBJETIVOS:** Presentar un caso clínico de tumor abdomino-pelviano en paciente adolescente y evaluar diagnósticos diferenciales ante la presencia de masas pelvianas en este grupo etario.

**CASO CLÍNICO:** Paciente adolescente de 17 años, sin antecedentes patológicos ni quirúrgicos de importancia. Menarca a los 13 años, ritmo menstrual regular, fecha de última menstruación 20 días previos al ingreso, sin inicio de relaciones sexuales. Acude al Servicio de Ginecología derivada de centro de salud periférico por dolor persistente abdomino-pelviano de 7 días de evolución. Al examen físico, abdomen globuloso, tenso, se palpa masa poco móvil que se extiende hasta nivel umbilical. Presenta ecografía ginecológica que informa imagen ovalada hipoeoica, sólida, heterogénea que mide 70 x 114 x 121 mm, con refuerzo y Doppler positivo en su interior e impresiona iniciarse en región anexial derecha, útero en AVF de 47 x 35 x 48 mm. Los resultados del laboratorio solicitado son: hematocrito 46%, hemoglobina 15,4 g/dl, leucocitos 7600/ml, perfiles renal y hepático normales, marcadores tumorales normales a excepción de Ca 125 con un valor de 66,36 UI/ml. Se realiza RMN constatándose formación de 120 x 80 x 110 mm que impresiona contactar con pared anterior uterina, predominantemente hipointensa en T1 y T2, algunas áreas hiperintensas en T2, realce con el contraste EV similar a miometrio que podría corresponder a núcleo miomatoso subseroso. Se procede a la intervención quirúrgica constatándose en el acto operatorio formación de 15 x 10 cm, de superficie lisa y contenido sólido que se origina en cuerno uterino derecho. Se realiza exéresis de dicha formación por su plano de clivaje. Cursa con evolución posoperatoria favorable. La anatomía patológica informa leiomioma celular.

**CONCLUSIONES:** Se presenta un caso poco frecuente de miomatosis uterina en una adolescente de 17 años, a la cual se le realiza miomectomía por vía abdominal. Concluimos la importancia de la utilización de la RMN como herramienta diagnóstica

para miomatosis uterina, su localización y características, y para evaluar los posibles diagnósticos diferenciales en caso de tumores abdomino-pelvianos. Se destaca la importancia de contar con un equipo interdisciplinario abocado a la patología ginecológica adolescente cuyo fin es la conservación de los órganos sin perjudicar la fertilidad futura de la paciente.

### **Recurrencia de evento obstétrico en adolescentes abordadas por el Programa de Salud Sexual y Reproductiva de la Obra Social de Empleados Públicos (OSEP)**

Reyes A, Bustos A, Giaccaglia A, Molina S; Obra Social de Empleados Públicos (OSEP), Mendoza, Argentina

**OBJETIVOS:** Evaluar la efectividad de las acciones destinadas a disminuir el número de recurrencia de eventos obstétricos en adolescentes abordadas por el Programa de Salud Sexual y Reproductiva de la OSEP en dos años de iniciado este.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se evaluaron dos periodos, de un año cada uno (comprendidos entre 01/08/2016 y 31/07/2017 y del 01/08/2017 al 31/07/2018). Consideramos en cada uno: la cantidad de eventos obstétricos, en general y en particular el grupo de adolescentes, producidos en el Hospital Obstétrico Virgen de la Misericordia (HOVM); efector propio, perteneciente a la Obra Social de Empleados Públicos (OSEP). También el número de adolescentes abordadas por el Programa de Salud Sexual y Reproductiva (PSSyR) en el primer período y la recurrencia de los eventos en el segundo período de las mismas adolescentes.

**RESULTADOS:** En el primer año (entre 01/08/2016 y 31/07/2017) se produjeron 248 eventos obstétricos en adolescentes, que representaron un 15,45% del total que se atendieron en el HOVM. El 24,8% ya habían presentado uno o más embarazos anteriores. Durante la internación se abordaron el 70,9% de las pacientes, a las cuales se les brindó consejería en salud sexual y reproductiva. Del total de adolescentes un 67,33% recibieron el alta con un método anticonceptivo (principalmente implante subdérmico 36,53%, DIU 33,53% y anticoncepción oral 19,76%). En el 32,6% restante, 2 pacientes no aceptaron método y 25 pacientes fueron dadas de baja en la obra social, por lo que no se pudo realizar el seguimiento,

y el resto no se pudieron localizar para realizar el seguimiento.

En el segundo año (entre el 01/08/2017 y el 31/07/2018) se produjeron 228 eventos obstétricos en adolescentes en el HOVM, lo cual representó 16,2% del total de eventos obstétricos del HOVM; el 15,41% ya había presentado un evento obstétrico previo. Durante la internación se abordaron el 89% de las 228 adolescentes, 196 aceptaron algún tipo de MAC al alta, el 48,46% se decidieron por el implante, el 28,06% por el DIU, inyectable trimestral un 7,65% y oral un 9,6%, mientras que un 4,08% eligieron tripsia tubaria.

Evaluando la recurrencia de eventos obstétricos en las pacientes adolescentes del primer período, cuantificamos que 22 pacientes (8,8%) fueron recurrentes de las 248. Es importante aclarar que 10 habían sido abordadas por el PSSyR y 12 no se habían logrado evaluar durante la internación. En el seguimiento actual de las 228 pacientes adolescentes del segundo período, hasta la actualidad no se han presentado recurrencias.

**CONCLUSIONES:** El porcentaje de pacientes recurrentes con eventos obstétricos disminuyó de un 24,8% entre 01/08/2016 y 31/07/2017 a 15,41% entre el 01/08/2017 y el 31/07/2018. Aumentó el porcentaje de pacientes abordadas por el PSSyR, pasó de 70,9% en el primer año a 89% en el segundo. Las adolescentes en seguimiento del primer período han presentado nuevos eventos obstétricos en el 8,46%, en tanto que en las del segundo período aún no se han registrado casos.

El número de usuarias de LARC aumentó de 117 pacientes (70%) a 150, lo que representa un 76,52% en el segundo período.

### **Tumor Phyllodes en paciente adolescente**

Sereday P, Lovisol ML, Di Nunzio MC, Peña T; Sección de Ginecología Infanto Juvenil, Departamento de Ginecología y Obstetricia, CEMIC, Ciudad de Buenos Aires, Argentina

**INTRODUCCIÓN:** El tumor Phyllodes es un tumor fibroepitelial que presenta una prevalencia de 0,3 a 1%. El 5% se diagnostica en menores de 20 años. Se clasifican en benignos, malignos y *borderline*. En la población infantojuvenil la mayoría son benignos (aproximadamente 85%) aunque constituyen la principal causa de tumores malignos en la adoles-

encia, con una tasa de mortalidad de hasta 3%. El principal diagnóstico diferencial es el fibroadenoma. El riesgo de recurrencia de los tumores benignos es de al menos un 20% y el de malignización de hasta el 30%, razón por la cual los tumores deben researse con márgenes libres de 1 a 2 cm.

**CASO CLÍNICO:** Paciente de 17 años, sin antecedentes personales ni heredofamiliares de relevancia, que consulta por presentar un nódulo palpable en el autoexamen mamario. Al examen físico se constata un tumor móvil en hora 1 de mama izquierda, de 3 x 2 cm. Se solicita ecografía mamaria bilateral que informa en mama izquierda, hora 12-1 un nódulo de límites definidos, lobulados y aspecto heterogéneo de 27 x 24 x 15 mm categorizado como BI-RADS 4. Por dicho motivo, es derivada al Servicio de Patología Mamaria donde se le realiza una tumorectomía con márgenes de seguridad cuya anatomía patológica informó tumor Phyllodes benigno con pT 2,5 cm, con márgenes libres. Se realiza el primer control ecográfico a los seis meses del posoperatorio sin particularidades.

**CONCLUSIONES:** El diagnóstico definitivo de tumor Phyllodes es el estudio anatomopatológico. Su tratamiento es quirúrgico, independientemente de su tamaño, teniendo en cuenta obtener márgenes libres de lesión debido a la alta tasa de recurrencia que presentan y el riesgo de malignización.

## Blastoma de ovario en población pediátrica

Sereday P, Lovisolo ML, Di Nunzio MC, Peña T; Sección de Ginecología Infanto Juvenil, Departamento de Ginecología y Obstetricia, CEMIC, Ciudad de Buenos Aires, Argentina

**INTRODUCCIÓN:** Los quistes del ovario en la población pediátrica se definen como aquellos blastomas mayores o iguales a 2 cm de diámetro. Según su tamaño, se los clasifica en pequeños o grandes dependiendo si son mayores o menores de 4 cm. Y a su vez, en simples o complicados, según sus características ecográficas. La incidencia del diagnóstico prenatal es de 1/2500 embarazadas. Alrededor del 90% son quistes foliculares en el recién nacido. Entre el 20% y 34% son quistes grandes que resuelven espontáneamente el primer mes de vida. La prevalencia en menores de 8 años es del 2-3%. Clínicamente, pueden ser asintomáticos o manifestarse

en recién nacidas con irritabilidad, disminución del apetito y distensión abdominal; y en pacientes pediátricas, náuseas, vómitos y dolor abdominal. Pueden intercurrir con la rotura, hemorragia, torsión y hasta amputación anexial.

**CASO CLÍNICO:** Paciente de 3 meses, RNTAPEG de 4600 g por cesárea por sufrimiento fetal agudo, de un embarazo controlado, que en semana 32 se describe en ecografía obstétrica de control un quiste de 48 mm en el anexo derecho fetal, con resto de la anatomía conservada. Continúa con seguimiento ecográfico durante el embarazo, sin cambios y asintomática al nacer. La ecografía a los 43 días de vida informa la misma imagen de paredes finas y contenido finamente particulado, con nivel líquido y sedimento ecogénico de 45 x 31 x 35 mm de posible origen ovario derecho. Se solicitan marcadores tumorales normales. Se repite la ecografía a los 77 días de vida, que informa sin cambio. En ese momento es derivada a la Sección de Ginecología Infanto-Juvenil quien indica tratamiento quirúrgico. Se le realiza laparoscopia diagnóstica evidenciándose ovario derecho aumentado de tamaño y de coloración amarronada, amputado. Se extrae y su anatomía patológica informó: ovario derecho de 5 x 3 x 1,4 cm con formación quística de 4 x 1,2 cm y formación sólida de 2,3 x 1,2 cm compatibles con quiste simple con calcificación y osificación. No se identifica parénquima ovárico.

**CONCLUSIONES:** La mayoría de los quistes ováricos en la población pediátrica son simples, recomendándose el manejo expectante y, en general, resuelven dentro de los tres meses. En caso de persistir, sospecharse una torsión ovárica, o en los quistes complejos, el tratamiento quirúrgico es de elección. Se debe indicar tratamiento conservador con preservación de la mayor cantidad posible de parénquima ovárico. Existe evidencia que en los casos de torsión anexial, aun a pesar del aspecto necrótico, la detorsión ovárica es el procedimiento de elección ya que se ha demostrado recuperación del flujo vascular y desarrollo folicular a partir de las 6 semanas posteriores.

## Tumor polipoideo uretral en paciente pediátrica

Sereday P, Lovisolo ML, Di Nunzio MC, Peña T; Sección de Ginecología Infanto Juvenil, Departamento de Ginecología y Obstetricia, CEMIC, Ciudad de Buenos Aires, Argentina

**INTRODUCCIÓN:** Los pólipos uretrales son tumores fibroepiteliales benignos, infrecuentes en la población pediátrica y predominan en pacientes de sexo masculino a nivel anterior de la uretra. Su diagnóstico en niñas y en la cara posterior de la uretra es excepcional. Se presentan generalmente como un tumor interlabial y pueden ocasionar síntomas como infección urinaria, sangrado, defectos del vaciado vesical y retención urinaria por obstrucción uretral. Deben diferenciarse de los tumores de origen vaginal. El tratamiento de elección es la resección de este con fulguración de la base para obtener hemostasia y evitar futuras recurrencias. Los hemangiomas, por su parte, son tumores vasculares benignos que se manifiestan principalmente en el hígado y en la piel, siendo infrecuente su aparición en la uretra. Presentan baja prevalencia en la población pediátrica y también son más frecuentes en pacientes de sexo masculino o en mujeres mayores. Clínicamente pueden cursar con disuria, hematuria, incomodidad en la zona perineal y secreción por la uretra. Su tratamiento es variable y puede ser la conducta expectante, el tratamiento médico con corticoides o la resección quirúrgica del mismo.

**CASO CLÍNICO:** Paciente de 2 meses de edad, RNTAPEG de un embarazo sin complicaciones que como único hallazgo presentó ectasia piélica izquierda de 13 mm. A los 47 días de vida la trae su mamá a la consulta por un tumor vulvar polipoideo de 1 cm que impresiona nacer del borde anterior del orificio himeneal. Resto de la vulva sin particularidades. Se solicita ecografía perineal que informa imagen de aspecto nodular de 9 x 2 x 6 mm, de morfología ovoide y contornos netos. Vagina libre de patología. Se realiza interconsulta con el servicio de urología y se solicita ecografía reno-vesical, que informa pielectasia bilateral de 6 mm. Se realiza la resección quirúrgica del tumor y su anatomía patológica informó angioma capilar uretral.

**CONCLUSIONES:** Es de suma importancia realizar un examen físico completo en las niñas, incluyendo el examen vulvar para evaluar su anatomía. Si bien tanto los pólipos como los hemangiomas uretrales

son infrecuentes en la población pediátrica, deben considerarse dentro de los diagnósticos diferenciales de un tumor vulvar. En edades tempranas se opta muchas veces por el tratamiento quirúrgico debido a la importante ansiedad y preocupación familiar.

## Índice TG/HDL. Su prevalencia como marcador de resistencia a la insulina

Drappa V, Cramer V, Berner E, Lagándara P; Hospital Dr. Cosme Argerich, Ciudad de Buenos Aires, Argentina

**OBJETIVOS:** Evaluar el índice de triglicéridos/HDL como marcador de insulinoresistencia en una población de adolescentes que concurrió al Servicio de Adolescencia del Hospital Argerich.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio retrospectivo, transversal, aleatorizado.

Se analizaron 321 historias clínicas en forma aleatoria (1 de cada 4). De esta población solo 146 casos tenían criterios de inclusión para el análisis. Los datos recopilados se analizaron con Microsoft Excel. **Variables de análisis:** índice TG/HDL:  $\geq 2,10$  en  $< 15,11$  a y  $\geq 3$  en  $> 16$  a; TG  $\geq 150$  mg/dl; HDL: mujeres  $\leq 50$  mg/dl, varones  $\leq 40$  mg/dl; presión sistólica/diastólica  $\geq 130/85$  mmHg; glucemia basal  $\geq 100$  mg/dl. IMC: *z score* (OMS). Síndrome metabólico: Consensos de IDF  $> 16$  a y Cook modificado para niño/as 15,11 a. Según la bibliografía nacional e internacional, utilizamos el índice TG/HDL como marcador de insulinoresistencia, eje conductor del síndrome metabólico.

**CRITERIOS DE INCLUSIÓN:** Varones y mujeres de 10 a 21 años, que presentaron determinaciones de laboratorio en las primeras consultas (1 y 2 consultas).

**RESULTADOS:** De las 146 historias analizadas, se obtuvieron los siguientes datos:

**GRUPO 1:** 18% Edad:  $\leq 15,11$  TG/HDL  $\leq 2,10$

**GRUPO 2:** 6% Edad:  $\leq 15,11$  TG/HDL  $> 2,10$

**GRUPO 3:** 18% Edad:  $> 16$  TG/HDL  $\leq 3$

**GRUPO 4:** 4% Edad:  $> 16$  TG/HDL  $> 3$

El Grupo 2 (Edad  $\leq 15,11$  y TG/HDL  $> 2,10$ ) el 72% presentó un IMC  $> p 90$ .

El Grupo 4 (Edad  $> 16$  y TG/HDL  $> 3$ ) el 86% de los casos presentó IMC  $> 25$ .

El Grupo 1 (Edad  $\leq 15,11$  y TG/HDL  $\leq 2,10$ ) el 33% presentó IMC  $\geq 25$ .

El Grupo 3 (Edad > 16 y TG/HDL  $\leq$  3) el 37% presentó IMC  $\geq$  25.

**CONCLUSIÓN:** En concordancia con la bibliografía disponible, el índice TG/HDL es de utilidad como parámetro bioquímico para la evaluación de síndrome metabólico en la población adolescente. Para la salud pública es, sin duda, un gran aporte por su fácil realización y bajo costo.

La Revista de la Sociedad Argentina de Ginecología Infanto Juvenil, órgano de difusión de nuestra Sociedad, es una publicación cuatrimestral que brinda un espacio para la publicación de artículos sobre la especialidad, con la intención de aportar información útil y actualizada a la población médica.

- 1 Se aceptarán para su publicación artículos originales, artículos de revisión de un tema, consideraciones sobre trabajos recomendados, artículos descriptivos (casos clínicos, estudios observacionales, comentarios bibliográficos, comunicaciones especiales, etc.) y artículos presentados en otros ámbitos (congresos, jornadas, reuniones de sociedades científicas).
- 2 Las comunicaciones recibidas serán sometidas a su evaluación por el Comité Asesor Científico, reservándose el derecho a aceptar, rechazar o sugerir cambios para su publicación. En los archivos se realizarán las modificaciones y correcciones editoriales que se consideren necesarias, previa comunicación a los autores.

En caso de aceptación, la Sociedad no avala el contenido del artículo, siendo los autores responsables de las afirmaciones que contenga.

## Instrucciones para los autores

### • Título

El título del artículo debe ser conciso, específico e informativo. Debe ser escrito en español e inglés.

### • Autor/es

Indique los datos completos del autor principal (nombre completo, dirección postal y electrónica, título académico, la función y el lugar donde se desempeña profesionalmente, etc.).

De contar con coautores, por favor, incluya también los datos completos respectivos. Pueden incluirse hasta diez autores

### • Institución principal

Escriba los datos completos de la institución donde se llevó a cabo el estudio o el principal lugar de trabajo del autor.

### • Palabras clave

Incluya de cinco a diez palabras clave (PC) de su trabajo. Las PC se incluirán de acuerdo con su orden de importancia o peso en el artículo. Es decir, la primera que escriba será la principal, la segunda más importante que la tercera y así sucesivamente.

Una palabra clave es una palabra o combinación de palabras (por ejemplo, diabetes mellitus, hipertensión arterial, que no incluirá artículos (el, la, los) ni conjunciones (y, o, pero), representativa del tema central del artículo. Son fundamentales para las búsquedas precisas. Se escriben siempre con minúsculas.

### • Resumen/Abstract

El artículo se acompañará con un resumen escrito en español e inglés, de entre 220 y 250 palabras. No se admiten abreviaturas en el Resumen, excepto aquellas cuyo uso frecuente reemplazó al nombre completo que representan. El Resumen será una breve pero exacta e informativa síntesis del artículo.

Si su artículo es un artículo original, divida los párrafos mediante los subtítulos habituales en que estos se organizan (Introducción, Materiales y métodos, Resultados y Conclusiones) e incluya el objetivo de la investigación. En el caso de una Revisión, el resumen incluirá el objetivo, los subtítulos utilizados por el autor y los resultados y conclusiones del trabajo.

### • Tipos de artículos

#### Artículo Original

Los artículos que describen los resultados de investigaciones originales (por ej. estudios aleatorizados y controlados, estudios de casos y controles, estudios observacionales, series de casos), deben constar de **Resumen, Introducción, Materiales y Métodos, Resultados y Conclusiones**. La **Introducción** es una breve referencia a las generalidades del tema por abordar y a su importancia. La última frase de la Introducción debe estar referida a lo que los autores van a presentar o describir.

**Materiales y Métodos** describirá la muestra, el origen de los datos analizados, si es retrospectivo o prospectivo, los métodos estadísticos utilizados y la consideración de la significación estadística, en caso de que corresponda.

En **Resultados y Conclusiones** los autores deben comparar sus resultados con los obtenidos por otros colegas y plantear con claridad las conclusiones a las que han arribado.

#### Artículo de Revisión (Monografía)

Estos artículos reúnen, resumen y revisan la información disponible sobre un tema.

Para la primera y segunda página valen las mismas consideraciones que para el artículo original. Debe presentarse el Objetivo por el cual se realiza la revisión del tema, las fuentes consultadas y el criterio de selección utilizado; una síntesis de los datos hallados y comparados, así como la Discusión y Conclusiones.

**Consideraciones sobre trabajos recomendados:** En este caso los autores seleccionan artículos relevantes y comentan aspectos valiosos sobre ellos.

#### Ejemplo

Título del artículo, Autor (Dr. Ricardo Plunkett), Especialidad, Institución. Comentario realizado por el Dr. Ricardo Plunkett sobre la base del artículo *Case detection in primary aldosteronism: high-diagnostic value of the aldosterone-to-renin ratio when performed under standardized conditions*, de los autores Vorselelaars WMCM, Valk GD, Vriens MR, Westerink J, Spiering W, integrantes de Department of Vascular Medicine, University Medical Center Utrecht, Utrecht University, Utrecht, Países Bajos. El artículo original fue editado por *Journal of Hypertension* 36(7):1585-1591, 2018.

## Casos clínicos

### Ejemplo

Título del artículo en español e inglés

Autor/es: ver lo mencionado en estas Instrucciones

Resumen/Abstract: El artículo se acompañará con un resumen escrito en español e inglés de alrededor de 50 palabras.

Los casos clínicos deben constar de **Introducción, Descripción del Caso clínico, Discusión y Bibliografía**

### • Abreviaturas

Evite escribir abreviaturas en el título y, en lo posible, evítelas en el resumen. En el texto se utilizará la menor cantidad de abreviaturas posible. La definición completa de la abreviatura y siglas deberá anteponerse a su primer uso en el texto, con la excepción de las unidades de medida estándar. Para los casos de abreviaturas en inglés de uso frecuente, traduzca sus nombres completos al español aclarando que las abreviaturas corresponden a sus denominaciones en inglés.

### • Figuras y tablas

Puede incluir tablas y hasta 5 (cinco) figuras en color o blanco y negro.

Presente las tablas en archivos Word o Excel.

Presente las figuras, ilustraciones o fotografías en archivos con extensión JPG o TIFF en por lo menos 300 dpi. Se deben enviar vía e-mail.

Epígrafes y leyendas: Enumere los epígrafes de las figuras y tablas de acuerdo a cómo aparecen en el texto. Escriba una síntesis de la imagen o tabla con más de 10 palabras y menos de 30.

Si los datos, figuras o tablas fueron publicados en otro sitio, cite la fuente original y presente una autorización para reproducir el material.

### • Referencias Bibliográficas

Las citas deben aparecer en el texto en forma consecutiva y con superíndice.

La numeración deberá seguir el orden de aparición en el texto y deberá coincidir con el listado de referencias que se colocará al final del artículo o trabajo de investigación.

**Se presentarán de la siguiente forma:** apellido e iniciales de cada autor, como máximo tres autores y luego se colocará "y col."; título del artículo; nombre de la publicación; año; volumen, páginas. No se utilizarán comillas, bastardilla ni negritas. Se aceptarán como máximo 50 citas.

#### Ejemplo referencia bibliográfica

- Pérez P, López C, Ratti M y col. Tumores de ovario en niñas. SAGIJ 2007; 1(3): 105-120.

#### Ejemplo Capítulo de un libro:

Autores igual que en el artículo; título del capítulo; En: autores del libro y título; número de capítulo; lugar de edición; editorial; año; número de página.

- López L. Lesiones dérmicas vulvares en niñas. En: García L, López J (eds.). Lesiones dermatológicas, Capítulo IV. Buenos Aires: López Editores. 2006: 110-136.

#### Ejemplo Citas de Internet:

Deben constar de autor o autores o ente responsable de la emisión de la información, fecha de la publicación y/o su actualización, título, dirección de Internet y fecha de consulta.

#### Artículo:

- Harnak A, Kleppinger E. Online! A reference guide to using Internet sources (2003) <http://www.bedfordmartins.com/online/index.html> (consultado 20/11/06).

#### Página:

- CDC. HPV information <http://www.cdc.gov/std/hpv> (consultado el 2/12/06).

#### Revista:

- Bhattacharyya S. Esterilización con quinacrina: aspectos éticos. International Journal of Gynecology & Obstetrics 2003; 83 (Supl. 2) <http://www.elsevier.com/locate/jigo> (consultado 12/12/06).

#### Libro:

- The Chicago Manual of Style, actualización 19 de junio de 2003, New questions and answers. <http://www.chicagomanualofstyle.org> (consultado 23/11/06).

Los artículos deben ser enviados por correo electrónico en formato WORD, y los gráficos, fotos y/o tablas por separado para asegurar la recepción y calidad en la impresión.

Secretaría Administrativa: Sra. Liliana Puleo. Comité Editorial de SAGIJ, Paraná 326, Piso 9°. Of. 36. Teléfono: 011-4373-2002.

E-mail: [sagij@sagij.org.ar](mailto:sagij@sagij.org.ar) - [www.sagij.org.ar](http://www.sagij.org.ar)

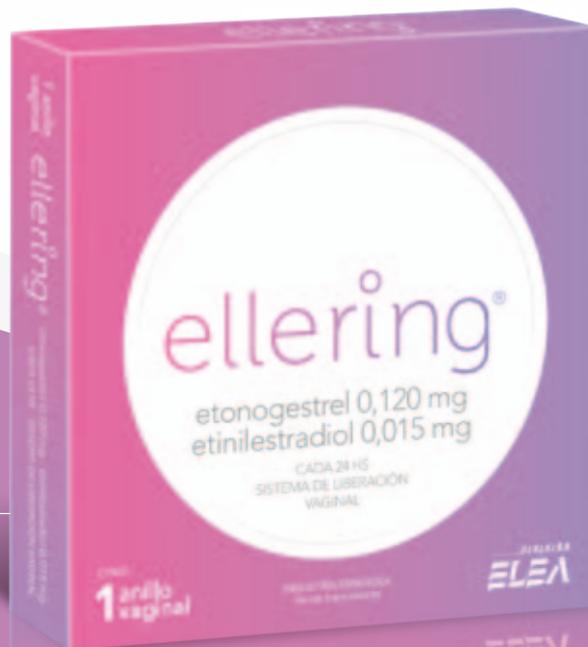
NUEVO anillo vaginal anticonceptivo

# ellering

etonogestrel 0,120 mg + etinilestradiol 0,015 mg

Es la alternativa ideal para mujeres que buscan un anticonceptivo sin tener que pensar en una toma diaria.

- Sencillo de administrar y utilizar.
- Con bajo contenido de hormonas.
- Con la más alta eficacia.



BIOEQUIVALENTE

Presentación:  
1 anillo vaginal

Laboratorio  
**ELEA PHOENIX**

+info  
0-800-999-2495

SALUD FEMENINA  
Sabemos de salud. Sabemos de mujeres.



**MISOPROSTOL  
MONODROGA**



**Llega a las FARMACIAS el primer Misoprostol  
sin diclofenac de uso ginecológico y obstétrico.**

# MISOP<sup>®</sup> 200

## Misoprostol

*Primer análogo sintético de la Prostaglandina E1 (PGE1) aprobado por la ANMAT para uso ginecológico y obstétrico con la dosis que indica la OMS en el listado de Medicamentos Esenciales.<sup>(1)</sup>*