

ISSN:
DIGITAL: 2706-9494
IMPRESA: 2706-9486
INDEXACIÓN: BIREME - LILACS

Volumen 6, Número 1, Enero - Marzo 2024

REVISTA AGOG ÓRGANO OFICIAL DE LA ASOCIACIÓN
DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DE GUATEMALA

REVAGOG

AGOG

Asociación de Ginecología
y Obstetricia de Guatemala

Acrea®

Ciproterona + Etililestradiol

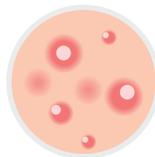
Línea
Ginecológica
Soluciones para una vida plena

¡Creando Equilibrio **Hormonal!**

Eficaz en el tratamiento de las manifestaciones hiperandrogénicas relacionadas al SOP.¹



EFFECTO ANTIANDROGÉNICO*



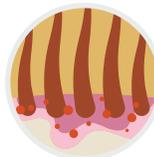
ACNÉ



ALOPECIA



HIRSUTISMO



SEBORREA

BIQEq

Terapéuticamente equivalente
e intercambiable en la práctica clínica.

Para uso exclusivo del profesional médico.

eurofarma
tu vida mueve la nuestra

DIRECTOR:

Dr. Julio Luis Pozuelos Villavicencio

SUB-DIRECTOR:

Dr. Hector Oliva

SECRETARIO:

Dr. Luis Rolando Hernández Guzmán

ASESORIA:

Licda. Alba Deli Ramos

COMITÉ EDITORIAL:

Dr. Julio Lau

Dr. Gonzalo Samayo

Dr. Héctor Oliva

Dr. Ronaldo Retana

Dr. Juan Carlos Zea V.

Dra. Diana Ambrosio

Dr. Jessen Hernández

JUNTA DIRECTIVA AGOG 2024

PRESIDENTE:

Dr. Héctor Rolando Oliva Caceros

VICEPRESIDENTE:

Dr. Marco Adolfo Peláez Morales

SECRETARIO:

Dr. Abner Gamaliel Santos López

PRO-SECRETARIA:

Dra. Aletzia Nashildhy

Sologaistoa López

TESORERO:

Dr. Juan Carlos Barrientos Rojas

PRO-TESORERO:

Dr. Luis Humberto Araujo Rodas

VOCAL I:

Dra. Mildred Esmeralda

Vásquez García

VOCAL II:

Dra. María Mercedes Ancheta

JUNTA DIRECTIVA SUBSEDE NORORIENTE

PRESIDENTE: Dr. José Roberto Tay

SECRETARIA: Dra. Diana Ambrosio Mendoza

TESORERO: Dra. Karen López de León

VOCAL: Dra. Celia Rivas Morales

JUNTA DIRECTIVA SUBSEDE NORORIENTE

PRESIDENTE: Dr. Ronaldo Retana Albanes

SECRETARIO: Dr. Edgar Roberto Ruiz Morales

TESORERO: Dra. Mildred Cardona Avendaño

VOCAL I: Dr. Ricardo Cashaj López

VOCAL II: Dr. Juan Carlos Ríos Monge

COMITE DE ÉTICA Y TRIBUNAL DE HONOR

Dr. Víctor Hugo González

Dr. Rodolfo Andrino

Dr. Luis Araujo

Dr. Cesar Augusto Reyes

Dra. Claudia De León

COMISIÓN ELECTORAL 2023-2025

PRESIDENTE: Dra. Ana Mónica Batres Parada

SECRETARIA: Dra. Gahdda Andraus Aragon

VOCAL I: Dr. Marlene Rocío Serrano Carrillo

VOCAL II: Dr. Otto Rene Chicas Soto

VOCAL III: Dr. Jesen Hernández Si

COMISIONES

COORDINADORA EMC 2024

Dra. SARA ORTIZ HERRERA

REVISTA CENTROAMERICANA OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

ISSN:
DIGITAL: 2706-9494
IMPRESA: 2706-9486
INDEXACIÓN: BIREME - LILACS

Volumen 6, Número 1, Enero - Marzo 2024

ÍNDICE

- 5 **EDITORIAL**
Dr. Julio Pozuelos
- 6 **CARTAS AL DIRECTOR**
MAGC
- 8 **FIBROMIALGIA Y EMBARAZO: UNA REVISIÓN NARRATIVA**
Dra. Luz María Gallo-Galán, Dr. Miguel Ángel Gallo-Vallejo
- 20 **HEMANGIOMA PLACENTARIO**
Florentín Paola, Coria Pimienta Belen, Wildberger Carlos,
Ruoti Cosp Miguel
- 25 **RABDOMIOSARCOMA EMBRIONARIO (BOTROIDE)**
Dra Cecilia Jurado, Dra Alejandra Sagastume, Dra. Ana García, Jenifer
Sinaj
- 28 **ISOMERISMO CARDÍACO**
Dr. Porfirio Santizo, Luisa Fernanda Reneé Sanchez Valle, Pailo David
Santizo Sincuir, Kevin Daniel Santizo Sincuir

INDEX

- 5 **EDITORIAL**
Dr. Julio Pozuelos
- 6 **LETTERS TO THE EDITOR**
MAGC
- 8 **FIBROMYALGIA AND PREGNANCY: A NARRATIVE REVIEW**
Dra. Luz María Gallo-Galán, Dr. Miguel Ángel Gallo-Vallejo
- 20 **PLACENTARY HEMANGIOMA**
Florentín Paola, Coria Pimienta Belen, Wildberger Carlos,
Ruoti Cosp Miguel
- 25 **EMBRYONIC RHABDOMYOSARCOMA (BOTHROID)**
Dra Cecilia Jurado, Dra Alejandra Sagastume, Dra. Ana García, Jenifer
Sinaj
- 28 **CARDIAC ISOMERISM**
Dr. Porfirio Santizo, Luisa Fernanda Reneé Sanchez Valle, Pailo David
Santizo Sincuir, Kevin Daniel Santizo Sincuir

Revista de la Asociación de Ginecología y Obstetricia de Guatemala es una publicación trimestral, Órgano oficial de la Asociación de Ginecología y Obstetricia de Guatemala (AGOG). Los artículos son propiedad de la Asociación de Ginecología y Obstetricia de Guatemala, el contenido de los artículos no necesariamente refleja el pensamiento de AGOG, por lo que el mismo es responsabilidad de los autores. Queda prohibida la reproducción parcial o total de su contenido por cualquier medio impreso o electrónico sin la autorización por escrito del Director de la revista. Dirección: Edificio Dubái Center, OFICINA 903-904, Guatemala, C.A., Teléfono +502 2331-2629, Correo Electrónico: info@agog.com.gt. La revista no se responsabiliza por las opiniones vertidas por los autores. Derechos reservados. Los miembros activos de la AGOG recibirán la revista sin costo alguno. Tiraje 3,000 ejemplares. Redacción, administración y edición: Asociación de Ginecología y Obstetricia de Guatemala. Producida e impresa por: Eurofarma, Dirección: Kilómetro 16.5 Carretera a El Salvador, cruce a Llanos de Arrazola, Fraijanes, Guatemala, C.A. El contenido completo de los artículos podrá consultarse en www.agog.com.gt, e.mail: info@agog.com.gt

EDITORIAL

Dr. Julio Pozuelos
Director de La Revista REVAGOG



Iniciamos una nueva etapa de la Revista de la Asociación Guatemalteca de Obstetricia y Ginecología REVAGOG, con el entusiasmo de lograr en esta etapa, los objetivos de la ciencias de la comunicación medica, indispensable para la actualización de los Ginecólogos y Obstetras y de los practicantes de las ciencias afines a la misma; La REVAGOG, pone a disposición de todos los médicos que tengan la iniciativa de publicar artículos científicos, casos interesantes o estudios de revisión científica en sus páginas, sabemos que es difícil esta vocación, pero no imposible, por lo que invitamos a todos los que desean hacerlo, indicarles que estamos a su disposición; la REVAGOG, es una revista indexada, que goza de todos los privilegios de este tipo de publicaciones, lo que le da la oportunidad a nuestros autores, de gozar de la propiedad intelectual de sus artículos.

También este año tenemos en la Presidencia de la Junta Directiva de AGOG, al honorable Dr. Héctor Oliva, persona joven, académica, que tiene en sus planes continuar con la superación de la Asociación, que de por sí, es una de las mas grandes y académicas de Guatemala; es nuestro deseo que todos sus planes en beneficio de AGOG, los haga realidad, en beneficio y superación de todos los agremiados.

También no debemos de dejar a un lado, el honor que para nuestra Asociación, tiene del Nombramiento de Presidente de la Federación Latinoamericana de Obstetricia y Ginecología (FLASOG) del Maestro y Académico, Dr. Luis Rolando Hernández Guzmán, persona que durante su carrera profesional, se ha dedicado a la Academia Latinoamericana, Caribe y fuera de estas frontera, en la enseñanza de la Obstetricia y Ginecología, el Dr. Hernández cuenta con un extenso curriculum académico, pero es importante mencionar que ha sido Presidente de la Asociación Guatemalteca de Obstetricia y Ginecología (AGOG), de la Federación Latinoamericana de Climaterio y Menopausia (FLASCYM) de la Asociación Latinoamericana de Endocrinológica Ginecológica y reproductiva (ALGER), fundador de la Asociación Latinoamericana de Anticoncepción (ALA), su curriculum vitae es interminable, por lo que debemos como Guatemaltecos sentirnos orgullosos de profesionales dedicados a la academia.

No debemos dejar de mencionar a la Dr. Linda Marlene Valencia de Montes de Oca, Ex presidente de AGOG, que fue honrada con el titulo FIGO WOMEN AWARDS, Recognising Famele Obstetrician and Gynaecologists, de la Federación Internacional de Ginecología y Obstétrica (FIGO), "MUJER FIGO" un reconocimiento mundial, que nos enorgullece, sabemos de lo incansable de su trabajo que en pro de la mujer guatemalteca realiza la Dra. Linda Valencia, muy merecido titulo a una Mujer sobresaliente de la Ginecología y Obstetricia de Guatemala, orgullo también para las mujeres Guatemaltecas. Estamos también en deuda con la dirección que la AGOG, tuvo durante el periodo Presidencial anterior, dirigido por la distinguida Dra. Griselda Quijada, los avances, académicos y administrativos de su presidencia, han sido de incalculable valor para nuestra asociación, Gracias Dra. Quijada.

Bueno, a sido un excelente año el 2023.

CARTAS AL DIRECTOR

Estimado Dr. Julio Luis Pozuelos, Director de la Revista de AGOG:

Después de saludarlo y desearle mayores éxitos en la emisión de la Revista Científica, REVAGOG. Paso a comentarle que en la última edición Vol 5, N0. 4, de Oct-Dic, 2023, con el interesante Artículo Original: Presentación Clínica de Coriocarcinoma con metástasis cerebral en paciente adolescente, del Dr. Héctor Manuel Cortéz Hi; en donde narra su experiencia en una paciente de tan sólo 15 años y tratada en el Sanatorio Privado San Pablo de la ciudad de Quetzaltenango, y quien falleció.

Mi comentario no es para criticar dicho artículo, sino, para embellecer aún más dicha presentación, ya que me parece de suma importancia y hacer énfasis en realizar análisis de Gonadotrofina Coriónica de rutina, y mejor si es seriada, en las pacientes con abortos incompletos y en sospechas de embarazo ectópico, ya que entre más anormal sea una gestación, más probabilidad hay de que se presente el tan temido Coriocarcinoma como producto de la degeneración de las células trofoblásticas del embarazo.

Aunque también es cierto, que el Coriocarcinoma puede existir en algunos tumores sólidos del ovario. Cabalmente, para descartar Enfermedad del Trofoblasto; el estudio rutinario de la hormona es importante, ya que el valor la misma, se duplica cada 24 horas y su diagnóstico no es anatomopatológico, sino, con la experiencia clínica y con investigación rutinaria de los niveles de Gonadotrofina Coriónica.

Los cuales, no deben de sobrepasar de unos 6,000 a 8,000 unidades o, hasta 10,000 unidades por mililitro de sangre circulante, en un embarazo normal de unas 4 a 5 semanas de gestación y que son la causa de las náuseas y vómitos. Nuestra experiencia en esta patología en el antiguo Departamento de Ginecología del Hospital Roosevelt de Guatemala, en la época de la Escuela de Ginecología del maestro Dr. Francisco Bauer Paiz, fue muy amplia y la única manera de salvar muchas vidas en pacientes jóvenes, fue haciendo de rutina la prueba de Gonadotrofina Coriónica Beta, GCH-B; sumada a la experiencia clínica cuando las pacientes lucían pálidas, consumidas en su masa muscular y con la vida prácticamente comprometida.

Fuimos los pioneros en la década del 60, en Guatemala y probablemente en toda Centroamérica, con el uso del Metotrexate por vía oral, una droga muy tóxica y que comprometía la función hepática, pero, en esa época, aún no existía dicha droga en forma intravenosa para evitar el paso de la misma, por el hígado. Usábamos dosis muy bajas de las tabletas de 0.5 mgs, sólo usábamos 0.125 miligramos dos veces al día por vía oral, es decir, sólo la cuarta parte de la tableta, para hacer un total de 0.25 miligramos diarios, en la mayoría de los casos.

La cual, íbamos regulando hacia menores o mayores cantidades, cuando lo permitían las pruebas hepáticas de bilirrubinas y transaminasas –pirúvica y oxalacética-; las cuales, las efectuábamos cada 24 o cada 48 horas, con control de glóbulos blancos y de hemoglobina, para decidir el uso de transfusión sanguínea, en pacientes aisladas de las demás, por un mayor riesgo de contraer enfermedades nosocomiales. Con esa mínima cantidad de quimioterapia, logramos salvar muchas vidas en situaciones de suma urgencia en nuestras jóvenes pacientes y sin participación de hemato-oncólogos, porque no tenían ninguna experiencia al respecto, cuando yo era Jefe de Residentes.

Como sabemos, el metotrexate es un antimetabolito que actúa como antagonista e inhibiendo ciertas enzimas necesarias en el metabolismo del ácido fólico, elemento muy importante para evitar la formación embrionaria de trastornos de la médula ósea –leucemias- y del Sistema Nervioso Central –evitando problemas de hidrocefalia y de mielo-meningocele-.

La Enfermedad del Trofoblasto consume en cuestión de horas, la constitución física de la paciente y la hace lucir sumamente pálida, y más aún, al tener hemorragia vaginal; y, a esa situación, hay que agregarle el efecto tóxico de la droga Metotrexate. Con el método de control rutinario de la Gonadotrofina Coriónica, pudimos detectar a una paciente de tan sólo 17 años y con masa anexial izquierda de 5.0 cms de diámetro y leve hemorragia vaginal, para descartar embarazo ectópico no roto, que reportó 250,000 unidades de gonadotrofina coriónica, para esa época aún no se contaba con la ayuda del ultrasonido. Que hizo el diagnóstico por laboratorio de Enfermedad del Trofoblástico, tan es así, que el médico laboratorista Dr. Enzo

Benvenuto me llamó alarmado por teléfono ante tan significativo resultado; en 24 horas, el resultado era 500,000 unidades y dicho caso, le sirvió para presentarlo en un Congreso Científico Internacional en Italia, su país de origen.

La paciente convulsionó después que le hice un delicado y minucioso legrado uterino –para no perforar el útero por ser demasiado blando, delgado y frágil- por presentar masiva hemorragia vaginal; falleció en sala de recuperación anestésica, la autopsia reportó un caso raro de Tumor del Seno Endodérmico -tumor de Teilm-, con metástasis a cerebro, hígado, pulmones –como es lo más común- e intestinos y siembras peritoneales.

Más adelante, cuando yo era el Jefe del Departamento de Ginecología, en la primera década del presente siglo XXI, tuvimos a bien manejar dos casos con Metotrexate IV, en colaboración con el hemato-oncólogo, en pacientes con embarazo ectópico no roto, controlados en su evolución por ultrasonido, cuando el Dr. León Trejo era el Jefe de Residentes.

La presente misiva es para insistir en la importancia de la investigación rutinaria y seriada de la Gonadotrofina Coriónica, HGC-B, para usar con suma urgencia el Metotrexate y, en aras de la Educación Médica Continua que debe de prevalecer en la AGOG.

Respetuosamente, MAGC.

Presidente AGOG, 1987-88.

Jefe del Departamento de Ginecología del Hospital Roosevelt de Guatemala, 1999 al 2005.

ARTÍCULO ORIGINAL

FIBROMIALGIA Y EMBARAZO: UNA REVISIÓN NARRATIVA FIBROMYALGIA AND PREGNANCY: A NARRATIVE REVIEW

Dra. Luz María Gallo-Galán¹, Dr. Miguel Ángel Gallo-Vallejo²

Resumen

La fibromialgia (FM) es una enfermedad caracterizada por dolor crónico generalizado. Aunque originalmente se clasificó como un trastorno musculoesquelético periférico, se ha redefinido como un trastorno central relacionado con el procesamiento del dolor, categorizado dentro del Síndrome de Sensibilización Central. Es mucho más común en mujeres que en hombres con una proporción de 9:1, debido a que las hormonas sexuales femeninas desempeñan un papel fundamental en el desarrollo de la FM.

El objetivo de este artículo es revisar su prevalencia en las embarazadas y la sintomatología de la FM durante el embarazo; analizar los resultados del embarazo, maternos y fetales en gestantes con FM, así como su influencia en la lactancia materna y la posible relación con la infertilidad femenina. Por último, se aborda el tratamiento farmacológico y no farmacológico (medidas físicas y psicoterapéuticas) de las embarazadas con FM.

Palabras clave:

Fibromialgia; Embarazo; Prevalencia; Hormonas sexuales; Sintomatología; Infertilidad; Tratamiento.

Abstract

Fibromyalgia (FM) is a disease characterized by chronic widespread pain. Although originally classified as a peripheral musculoskeletal disorder, it has been redefined as a central disorder related to pain processing, categorized within Central Sensitivity Syndrome. It is much more common in women than in men with a ratio of 9:1, because female sex hormones play a fundamental role in the development of FM. The objective of this article is to review its prevalence in pregnant women and the symptoms of FM during pregnancy; analyze pregnancy, maternal and fetal outcomes in pregnant women with FM, as well as its influence on breastfeeding and the possible relationship with female infertility. Finally, the

pharmacological and non-pharmacological treatment (physical and psychotherapeutic measures) of pregnant women with FM is addressed.

Keywords:

Fibromyalgia; Pregnancy; Prevalence; Sexual hormones; Symptomatology; Infertility; Treatment.

Introducción

La fibromialgia (FM) es una enfermedad caracterizada por dolor crónico generalizado, acompañada de muchos otros síntomas que causan un deterioro funcional significativo ⁽¹⁾. Fue descrita en Francia e Inglaterra a mediados del siglo XIX ⁽²⁾, y, aunque se clasificó originalmente como un trastorno musculoesquelético periférico, en base a las investigaciones recientes, se ha redefinido como un trastorno central relacionado con el procesamiento del dolor, categorizado dentro del Síndrome de Sensibilización Central (SSC) ⁽¹⁾.

Entre los SSC, se encuentran, además de la FM, el síndrome de fatiga crónica, el síndrome de intestino irritable y la migraña, entre otros ⁽²⁾. La FM es un síndrome de procesamiento central anormal del dolor y aumento de la sensibilidad central causado por cambios neurobiológicos que provocan una desregulación de los mecanismos que normalmente regulan la sensación de dolor ⁽¹⁾.

El dolor crónico generalizado es la característica más conocida de la FM, pero el trastorno abarca una amplia gama de síntomas, que se pueden recordar usando la regla mnemotécnica en inglés FIBRO, e incluyen fatiga y niebla (Fatigue and fog) (disfunción cognitiva), insomnio (Insomnia) (dificultades con todos los aspectos del sueño, incluido el inicio, el mantenimiento y el sueño reparador), tristeza (Blues) (depresión y ansiedad), rigidez (Rigidity) (rigidez en los músculos y articulaciones) y ¡Ay! (Ow!) (dolor y sensibilidad generalizados) ^(1, 3, 4). Además, se asocia con diversas comorbilidades, como la migraña y el síndrome del intestino irritable, ambos dentro de la categoría del SSC ⁽³⁾.

1. Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario La Moraleja, Madrid, España.

2. Centro de Medicina Deportiva. Ayuntamiento de Granada. España.

La FM ocurre tanto en hombres como en mujeres; sin embargo, las mujeres representan la mayoría de la población clínica de FM (5-7). Su patogenia es aún desconocida. Una predisposición genética es responsable de aproximadamente la mitad del riesgo de desarrollar FM, mientras que los estímulos ambientales son responsables de la otra mitad (4). En general, los pacientes pueden recordar antecedentes de traumas físicos y/o psicológicos repetidos (4,8).

Las infecciones pueden precipitar el desarrollo de FM. Ciertas infecciones, incluido el virus de la hepatitis C, el VIH y la enfermedad de Lyme, se han asociado temporalmente con el desarrollo de FM (9), al igual que la infección por el virus Coxsackie B (10). En lo que concierne al diagnóstico, en 1990 el Colegio Americano de Reumatología (American College of Rheumatology, ACR) publicó los criterios de clasificación, basados en un examen de puntos dolorosos, que requerían la evaluación por especialistas. Se valoraba la presencia de dolor crónico (más de 3 meses de duración) y generalizado (en al menos 3 de los 4 cuadrantes corporales), junto con 11 o más de 18 puntos dolorosos específicos (figura 1) (11,12).

Con el paso del tiempo, aparecieron una serie de objeciones a los criterios de clasificación del ACR 1990. Los nuevos criterios diagnósticos de FM propuestos en el año 2010 y la modificación de autoinforme de 2011 para encuestas e investigaciones clínicas (13), modificados en 2016 (14), consisten en un Índice de dolor generalizado (Widespread Pain Index, WPI) y una Escala de gravedad de síntomas (Symptom Severity Score, SS-Score). Según la literatura, este nuevo método clasifica correctamente el 88,1% de los casos diagnosticados según los criterios de clasificación del ACR 1990 y, dado que fundamentalmente se basan en la información aportada por los pacientes, no requiere del examen físico o de puntos sensibles, y no necesita un entrenamiento especializado del observador (12,13,14).

Prevalencia de fibromialgia en el embarazo

La literatura muestra valores de prevalencia de FM en la población general entre 0,2 y 6,6% (5). Aunque se observa principalmente en mujeres en edad reproductiva, la prevalencia de la FM entre las mujeres embarazadas no se ha definido claramente (16,17). Cuando se compararon los resultados maternos y neonatales en embarazos en mujeres con y sin FM, de 12.584.918 nacimientos durante el período de 15 años del estudio, 7.758 (0,06%) fueron de mujeres con FM y las tasas aumentaron durante el período del estudio (18).

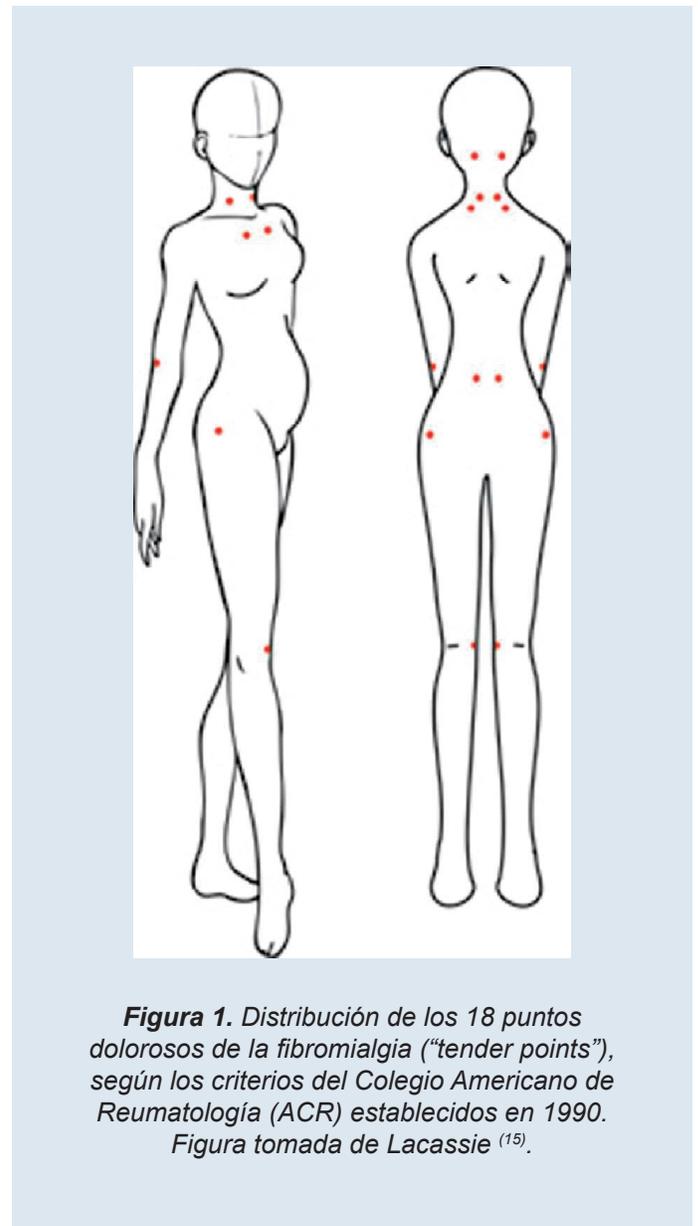


Figura 1. Distribución de los 18 puntos dolorosos de la fibromialgia ("tender points"), según los criterios del Colegio Americano de Reumatología (ACR) establecidos en 1990. Figura tomada de Lacassie (15).

En el estudio realizado por Saa'd et al., los síntomas de Síndrome Fibromiálgico (SF) fueron altamente prevalentes entre las mujeres embarazadas sanas a término. De 100 mujeres reclutadas para el mismo, 27 cumplían los criterios de SF (19), y en otro, de un total de 360 embarazadas, el 37,7 % presentaba SF (17).

Además, algunos de los síntomas de la FM también son comunes durante el embarazo en general, como el dolor de espalda, la fatiga, cambios de humor y dificultades con la memoria y la concentración. Esto puede dificultar la diferenciación entre los síntomas del embarazo y el dolor de la FM cuando ocurre (16).

Fibromialgia y hormonas sexuales femeninas

Diferentes estudios muestran valores de prevalencia de FM en mujeres entre 2,4 y 6,8%⁽⁵⁾. Es mucho más común en mujeres que en hombres con una proporción de 9:1⁽¹⁷⁾. Esta brecha de género destaca el papel fundamental de las hormonas sexuales en la enfermedad^(4,20). Desempeñan un papel en el desarrollo de la FM, de manera similar a la migraña⁽²¹⁾.

El ciclo reproductivo femenino y el embarazo implican cambios neuroendocrinos significativos⁽²²⁾, que se consideran contribuyentes potenciales a la patogenia de la FM^(7,23). Mientras que la testosterona es protectora en la FM, las funciones de las hormonas sexuales femeninas son controvertidas y una fuerte disminución en su nivel en sangre parece empeorar o incluso desencadenar la enfermedad. Respectivamente, en el sexo femenino la incidencia de FM aumenta después de la menopausia y los síntomas muestran un empeoramiento durante la fase premenstrual y en el posparto⁽¹⁶⁾.

En comparación con los hombres, las mujeres con FM experimentan significativamente más fatiga, fatiga matutina, dolor en todo el cuerpo y síndrome del intestino irritable, con una mayor cantidad de síntomas, y tienen significativamente más puntos sensibles⁽¹⁷⁾.

Sintomatología de la fibromialgia en el embarazo

Tanto el embarazo como la FM son dos condiciones que podemos encontrar en las mujeres jóvenes y ambas están caracterizadas por producir, entre otros síntomas, fatiga, dolor generalizado y alteraciones del sueño, por lo que sería de esperar que la combinación de estas dos situaciones resultara en un incremento o acentuación de los síntomas^(16,24).

En un estudio llevado a cabo con 360 gestantes, de las cuales 136 tenían FM, la fatiga fue el síntoma más común entre ellas. Las embarazadas con FM tuvieron niveles más altos de dolor, discapacidad física, de ansiedad, miedo al parto y depresión, en comparación con el grupo control⁽¹⁷⁾. Otro reportó los siguientes síntomas en las embarazadas con FM: dolor generalizado, fatiga, artralgias, dolor de espalda, depresión, debilidad muscular, tensión muscular, rigidez y discapacidad funcional⁽¹⁶⁾.

Se ha reportado que en el embarazo hay un empeoramiento de la sintomatología de la FM, siendo el tercer trimestre el peor período^(16,25). La existencia de SF en el embarazo contribuye al estrés, la ansiedad y la depresión de la madre⁽¹⁷⁾.

Sin embargo, en otro estudio, el 4% de las pacientes con FM describieron una mejoría de la sintomatología durante el embarazo⁽²⁶⁾. Yue⁽²⁷⁾ intentó explicar la mejoría del dolor durante el embarazo en mujeres con FM basándose en la relaxina, que muestra un aumento sustancial durante el embarazo en las gestantes. Durante el embarazo remodela el tracto reproductivo, lo cual incluye la maduración del cuello uterino, el engrosamiento del endometrio del útero, el aumento de la vascularización del útero y la afectación de la síntesis de colágeno, para hacer que los ligamentos y el tejido conectivo se alarguen y relajen. Las disfunciones musculares involuntarias asociadas con la FM, el síndrome de dolor miofascial, la distonía, el síndrome de fatiga crónica y otras afecciones, según este autor, son el resultado de una deficiencia de la hormona relaxina en el torrente sanguíneo. Muchos o todos los síntomas asociados con estas condiciones desaparecen cuando las pacientes están embarazadas. Esta desaparición de los síntomas relacionados con el dolor de la FM en estas pacientes cuando están embarazadas, se explica por la elevación de la relaxina durante el embarazo, regresando los síntomas después del embarazo.

Fibromialgia y resultados del embarazo, maternos y fetales

Los resultados del embarazo de mujeres con y sin SF fueron comparados en un estudio de cohorte retrospectivo. Aquellas que tenían SF tuvieron tasas más altas de retraso del crecimiento intrauterino, abortos recurrentes, diabetes mellitus gestacional y polihidramnios. Sin embargo, tuvieron tasas más bajas de partos prematuros que las que no tenían SF⁽²⁸⁾.

Otro estudio del mismo tipo comparó los resultados maternos y neonatales entre embarazos en mujeres con y sin FM. Las mujeres con FM tenían mayor riesgo de diabetes mellitus gestacional, rotura prematura de membranas y desprendimiento de placenta. Tuvieron con mayor frecuencia partos por cesárea y partos complicados por tromboembolismo venoso. Sus bebés tenían más probabilidades de ser prematuros y de tener restricción del crecimiento intrauterino. Los autores concluyeron que la FM es una condición de embarazo de alto riesgo, asociada con resultados adversos maternos y neonatales⁽¹⁸⁾.

Sintomatología de la fibromialgia en el posparto

En una investigación llevada a cabo con 26 mujeres con un diagnóstico establecido de FM y un total de 40 embarazos durante la enfermedad, se reportó un nuevo cambio en los síntomas de FM dentro de los 6 meses posteriores al parto en 37 de los 40 embarazos, mejorando en cuatro,

y empeorando en 33 casos, lo que resultó en una baja laboral prolongada para 14 pacientes. El agravamiento del dolor y la fatiga, un empeoramiento de la depresión y una mayor ansiedad fueron los problemas más destacados en el posparto ⁽¹⁶⁾.

Otros dos estudios reportaron que alrededor del 50% de la población de su estudio experimentó síntomas de FM después del parto, y este porcentaje fue mayor en aquellas que habían tenido partos por cesárea que partos vaginales, pero ninguno de los dos confirmó si alguna de estas mujeres tenían FM preexistente ^(19, 29).

Fibromialgia y lactancia materna

Se sabe que el dolor, el dolor muscular, la rigidez y la fatiga de la FM pueden afectar la lactancia materna. Pudo corroborarse en un estudio llevado a cabo con un número muy reducido de mujeres con FM que optaron por amamantar a sus bebés: 9. Todas ellas no tuvieron éxito en sus intentos de amamantar, sintiéndose frustradas. El dolor muscular, el dolor y la rigidez dificultaron la lactancia del bebé y la fatiga interfirió con el proceso de la lactancia materna ⁽³⁰⁾.

Sin embargo, otras investigaciones reportaron que la FM no tuvo un efecto negativo en la duración de la lactancia materna ^(31,32).

Fibromialgia e infertilidad femenina

Los resultados de diversos estudios sugieren que la FM está relacionada con diferentes situaciones que pueden inducir la infertilidad en la mujer. Así, en un estudio epidemiológico llevado a cabo con 264 mujeres que acudieron a consultas en el departamento de Ginecología de un hospital en Costa de Marfil, el 76,5% de las pacientes con FM tenían miomas. Entre las patologías ováricas, el 76,5% de las mujeres con distrofia ovárica tenían FM. La FM también fue muy prevalente en mujeres con aborto espontáneo (55,9 %) y antecedentes de muerte fetal (90,1 %). No obstante, la incidencia de FM en las 264 pacientes de este estudio, fue muy alta: 98 de 264, un 37%, existiendo una alta proporción de mujeres con FM (55%) en el grupo de edad comprendido entre los 21 – 30 años, comparado con los otros grupos ⁽³³⁾.

Además, se ha reportado una correlación entre FM, menarquia tardía y disminución de la fertilidad ⁽³⁴⁾, y una fecundidad reducida en mujeres con dolor miofascial que informaron de antecedentes de FM ⁽³⁵⁾.

No obstante, otros estudios prospectivos concluyeron

reportando que no existió ningún efecto adverso del SF sobre la paridad en las mujeres ^(31, 32).

Tratamiento de la fibromialgia durante el embarazo

El tratamiento eficaz de la FM requiere que sea individualizado, ya que las pacientes difieren ampliamente en cuanto a síntomas y tratamientos que consideran beneficiosos ⁽¹⁾. Además, debe ser multidisciplinar e integrado ^(4,36). Por otra parte, existe un consenso sobre la necesidad de que, las mujeres diagnosticadas de FM y que estén considerando quedarse embarazadas, sean informadas sobre la posibilidad de que su sintomatología puede empeorar durante la gestación ^(16,17, 24).

Tratamiento farmacológico

Un gran porcentaje de las mujeres embarazadas optan por suspender su tratamiento farmacológico durante la gestación para minimizar el riesgo teratogénico sobre el feto, al no tener certeza absoluta sobre la seguridad de algunos fármacos durante el embarazo. Al elegir un medicamento, es importante conocer su perfil de seguridad en los diferentes trimestres del embarazo, el nivel de unión a las proteínas, solubilidad en lípidos, peso molecular y características metabólicas maternas que influyen en la transferencia materno – fetal de sustancias ⁽³⁶⁾.

Para orientar la prescripción de medicamentos durante la gestación y la lactancia, la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) en EE. UU. desarrolló una clasificación de riesgo basada en el potencial del fármaco para causar malformaciones fetales (categorías A, B, C, D y X de riesgo de embarazo de la FDA). Vigente desde el año 1979, fue sustituida por un nuevo sistema que entró en vigor el día 30 de junio de 2015. A partir de esta fecha todos los medicamentos nuevos enviados para aprobación por la FDA, deben informar del riesgo teratogénico siguiendo las nuevas directrices. Las nuevas normas de etiquetado Pregnancy and Lactation Labeling Rule (PLLR) eliminan las letras A, B, C, D, X del sistema anterior. La justificación que utiliza la FDA para este cambio es que este sistema era confuso, simplista e ineficaz en la información sobre los riesgos ⁽³⁷⁾.

Los diferentes fármacos comúnmente utilizados en la FM para controlar el dolor y otros síntomas se consideran problemáticos por los posibles resultados gestacionales adversos ⁽³⁸⁾. Los antidepresivos, junto con los gabapentinoides, son una opción terapéutica de primera línea para la FM ⁽³⁹⁾, pero cuando se amamanta, estos fármacos generalmente se restringen al tratamiento de la depresión moderada a grave debido a los efectos

desconocidos a largo plazo sobre el sistema nervioso del bebé en desarrollo ⁽⁴⁰⁾. De los tres fármacos psicotrópicos aprobados en los EE. UU. para el tratamiento de la FM, cabe reseñar que la exposición perinatal a la duloxetina se asocia con un mayor riesgo de complicaciones gestacionales y perinatales ⁽⁴¹⁾. Con respecto a la pregabalina, la información disponible sugiere que el fármaco no carece de potencial de teratogenicidad estructural. No hay una señal clara de que la exposición a la pregabalina durante el embarazo se asocie con resultados gestacionales adversos; sin embargo, es mejor restringir el uso de esta durante el embarazo a circunstancias en las que la relación riesgo-beneficio sea claramente favorable ^(41,42). No existen datos disponibles para el milnacipran. La duloxetina y la pregabalina solo deben administrarse a mujeres embarazadas diagnosticadas con formas graves de FM después de sopesar cuidadosamente los beneficios y riesgos para el binomio madre-feto. Por otro lado, hay que considerar que la proporción de mujeres que suspenden los psicofármacos durante el embarazo asciende al 85,4%, de ahí que sean necesarios más trabajos de investigación sobre el tratamiento no farmacológico de la FM durante el embarazo ⁽⁴¹⁾.

En la tabla 1 figuran, dentro de las Directrices de la Sociedad Británica de Reumatología sobre la prescripción de medicamentos durante el embarazo y la lactancia, publicadas en 2023, la información referente a los fármacos empleados para el tratamiento del dolor ⁽⁴³⁾.

Fármacos	Compatibles en el periodo preconcepcional	Compatibles durante el primer trimestre de gestación	Compatibles durante el segundo / tercer trimestre de gestación	Compatibles con la lactancia materna
Analgésicos convencionales				
Paracetamol	Sí	Sí ^a	Sí ^a	Sí
Codeína	Sí	Sí	Sí	Sí ^a
Tramadol	No	No	Sí ^a	Sí ^c
Otros fármacos para el dolor crónico				
Amitriplina	Sí	Sí	Sí	Sí
Gabapentina	Sí	Sí ^d	Sí ^d	Sí
Pregabalina	Sí	Sí ^d	Sí ^d	Sí
Venlafaxina	Sí	Sí	Sí	Sí ^e
Fluoxetina	Sí	Sí	Sí	Sí ^{c,e}
Paroxetina	Sí	Sí	Sí	Sí ^{c,e}
Sertralina	Sí	Sí	Sí	Sí ^{c,e}
Duloxetina	Sí	Sí	Sí	Sí ^e
Antiinflamatorios no esteroideos				
AINES	Sí	Sí ^{a,f}	Suspender en la semana 30	Sí
Inhibidores de la Cox-2	No	No	No	No

Figura 1. Resumen de la compatibilidad de los fármacos empleados para el tratamiento del dolor durante el embarazo y la lactancia materna (Directrices de la Sociedad Británica de Reumatología, 2023) ⁽⁴³⁾.

- A. Se recomienda el uso intermitente.
- B. Basado en datos limitados y sin asociación con el desarrollo fetal adverso o el resultado del embarazo. Por tanto, es poco probable que sea perjudicial.
- C. Evidencia limitada, pero es poco probable que sea perjudicial.
- D. Evidencia limitada sobre su uso para el tratamiento del dolor crónico durante el embarazo. Se recomiendan dosis altas de ácido fólico (5 mg/día).
- E. No se recomienda la interrupción del tratamiento antidepressivo en el periodo posnatal.
- F. Posible asociación con aborto espontáneo y malformaciones.

Tratamiento no farmacológico

Dentro de las medidas físicas hay que destacar el ejercicio físico, siendo las únicas conclusiones basadas en evidencia de calidad moderada-alta las que se refieren al ejercicio físico aeróbico de bajo impacto ⁽⁴⁴⁾. En particular, la realización de ejercicio físico en piscina, bien dirigido, con una temperatura adecuada del agua, y debido al gradiente de presión hidrostática, la viscosidad y la flotabilidad del agua, permite una reducción del dolor generalizado y de la rigidez, una mayor relajación y una reducción de la sobrecarga sobre los músculos y las articulaciones en estas pacientes ⁽⁴⁵⁾.

Otras medidas físicas de eficacia variable son la fisioterapia ⁽⁴⁶⁾, sauna, acupuntura, reeducación postural, masaje ^(2,36,47) y Pilates con aparato (Reformer) ⁽⁴⁸⁾. Dada la capacidad de la estimulación eléctrica transcraneal con corriente directa (transcranial direct current stimulation, TDCS, por sus siglas en inglés) como tratamiento no invasivo para modular el sistema gabaérgico, puede ser una posible opción de tratamiento de la FM antes o durante el embarazo, pero aún son necesarios más estudios sobre su utilización ⁽⁷⁾.

En cuanto a las medidas psicoterapéuticas, se ha informado que tras una intervención mediante terapia cognitivo conductual se produjo una disminución en el dolor medio informado por las pacientes con FM, aunque esta disminución no resultó estadísticamente significativa ⁽⁴⁹⁾. Se recomiendan también las técnicas de relajación y las que ayuden a conseguir un sueño adecuado ^(2,31).

Conclusiones

La fibromialgia (FM) es una enfermedad caracterizada por dolor crónico generalizado. Se ha redefinido como un trastorno central relacionado con el procesamiento del dolor, categorizado dentro del Síndrome de Sensibilización Central. Es mucho más común en mujeres que en hombres con una proporción de 9:1, debido a que las hormonas sexuales femeninas desempeñan un papel fundamental en el desarrollo de la FM.

Aunque se observa principalmente en mujeres en edad reproductiva, la prevalencia de la FM entre las mujeres embarazadas no se ha definido claramente. Diversos estudios han reportado que en el embarazo hay un empeoramiento de la sintomatología de la FM, siendo el tercer trimestre el peor periodo. La existencia de FM en el embarazo contribuye al estrés, la ansiedad y la depresión de la madre. Diversos estudios han reportado que las embarazadas con FM tienen tasas más altas de retraso del crecimiento intrauterino, rotura prematura de membranas, desprendimiento de placenta, abortos recurrentes, polihidramnios y diabetes mellitus gestacional, considerando la FM como una condición de embarazo de alto riesgo asociada con resultados adversos maternos y neonatales.

Con respecto al efecto de la FM sobre la lactancia materna e infertilidad femenina, los estudios existentes muestran resultados contradictorios. Por último, en lo que concierne al tratamiento farmacológico de las embarazadas con FM, cabe señalar que un gran porcentaje de las mujeres embarazadas optan por suspender su tratamiento farmacológico durante la gestación para minimizar el riesgo teratogénico sobre el feto, al no tener certeza absoluta sobre la seguridad de algunos fármacos durante el embarazo. Los diferentes fármacos comúnmente utilizados para controlar el dolor y otros síntomas de la FM se consideran problemáticos por los posibles resultados gestacionales adversos, de ahí que sean necesarios más trabajos de investigación sobre el tratamiento no farmacológico (medidas físicas y psicoterapéuticas) de la FM durante el embarazo.

Bibliografía

1. Boomershine CS. Fibromyalgia: the prototypical central sensitivity syndrome. *Curr Rheumatol Rev*. 2015; 11(2):131-45. doi: 10.2174/1573397111666150619095007.
2. Colodro A. Fibromialgia. Visión clínica. *Seminario Médico*. 2021; 63 (1): 185 – 199.
3. Alciati A, Nucera V, Masala IF, Giallanza M, La Corte L, Giorgi V, et al. One year in review 2021: fibromyalgia. *Clin Exp Rheumatol*. 2021; 39 Suppl 130 (3):3-12. doi: 10.55563/clinexprheumatol/gz4i3i.
4. Musto A, Camici M. Can hormonal contraceptive therapy be a useful treatment in Fibromyalgia? A case report. *Arch Clin Med Case Rep* 2022; 6 (3): 342-349. doi: 10.26502/acmcr.96550484.
5. Marques AP, Santo ASDE, Berssaneti AA, Matsutani LA, Yuan SLK. Prevalence of fibromyalgia: literature review update. *Rev Bras Reumatol Engl Ed*. 2017; 57(4):356-363. doi: 10.1016/j.rbre.2017.01.005.
6. Arout CA, Sofuoglu M, Bastian LA, Rosenheck RA. Gender Differences in the Prevalence of Fibromyalgia and in Concomitant Medical and Psychiatric Disorders: A National Veterans Health Administration Study. *J Womens Health (Larchmt)*. 2018; 27(8):1035-1044. doi: 10.1089/jwh.2017.6622.
7. Mucci V, Demori I, Browne CJ, Deblieck C, Burlando B. Fibromyalgia in Pregnancy: Neuro-Endocrine Fluctuations Provide Insight into Pathophysiology and Neuromodulation Treatment. *Biomedicines*. 2023; 11(2):615. doi: 10.3390/biomedicines11020615.
8. Furness PJ, Vogt K, Ashe S, Taylor S, Haywood-Small S, Lawson K. What causes fibromyalgia? An online survey of patient perspectives. *Health Psychol Open*. 2018; 5 (2):2055102918802683. doi: 10.1177/2055102918802683.
9. Buskila D, Atzeni F, Sarzi-Puttini P. Etiology of fibromyalgia: the possible role of infection and vaccination. *Autoimmun Rev*. 2008; 8 (1):41-3. doi: 10.1016/j.autrev.2008.07.023.
10. Nash P, Chard M, Hazleman B. Chronic coxsackie B infection mimicking primary fibromyalgia. *J Rheumatol*. 1989; 16 (11):1506-8.
11. Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, Bennett RM, Bombardier C, Goldenberg DL, et al. The American College of Rheumatology 1990 Criteria for the Classification of Fibromyalgia. Report of the Multicenter Criteria Committee. *Arthritis Rheum*. 1990 ; 33 (2):160-72. doi: 10.1002/art.1780330203.

12. Moyano S, Kilstein JG, Alegre de Miguel C. Nuevos criterios diagnósticos de fibromialgia: ¿vinieron para quedarse?. *Reumatol Clin*. 2015; 11 (4):210-4. doi: 10.1016/j.reuma.2014.07.008. (1):46-59.doi: 10.1007/s00393-003-0447-5.
13. Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles MA, Goldenberg DL, Katz RS, Mease P, et al. The American College of Rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2010; 62 (5):600-10. doi: 10.1002/acr.20140.
14. Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles MA, Goldenberg DL, Häuser W, Katz RL, et al. Mease 2016 Revisions to the 2010/2011 fibromyalgia diagnostic criteria. *Semin Arthritis Rheum*. 2016;46 (3):319-329. doi: 10.1016/j.semarthrit.2016.08.012.
15. Lacassie H. Dolor y embarazo. *Rev. Med. Clin. Condes*. 2014; 25 (4): 641 - 650.
16. Ostensen M, Rugelsj en A, Wigters SH. The effect of reproductive events and alterations of sex hormone levels on the symptoms of fibromyalgia. *Scand J Rheumatol*. 1997;26 (5):355-60. doi: 10.3109/03009749709065698.
17. Gen H, Atasever M, Duyur akit B, Seval M, Ko A. The Effects of Fibromyalgia Syndrome on Physical Function and Psychological Status of Pregnant Females. *Arch Rheumatol*. 2017;32 (2):129-140. doi: 10.5606/ArchRheumatol.2017.6028.
18. Magtanong GG, Spence AR, Czuzoj-Shulman N, Abenheim HA. Maternal and neonatal outcomes among pregnant women with fibromyalgia: a population-based study of 12 million births. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2019; 32 (3):404-410. doi: 10.1080/14767058.2017.1381684.
19. Saa'd S, Many A, Jacob G, Ablin JN. High prevalence of fibromyalgia symptoms among healthy full-term pregnant women. *Rheumatol Int*. 2013; 33 (6):1555-60. doi: 10.1007/s00296-012-2627-6
20. Schochat T, Beckmann C. Soziodemographie, Risikofaktoren und Reproduktionsanamnese bei Fibromyalgie. Ergebnisse einer bev lkerungsbezogenen Studie [Sociodemographic characteristics, risk factors and reproductive history in subjects with fibromyalgia--results of a population-based case-control study]. *Z Rheumatol*. 2003;62 (1):46-59.doi: 10.1007/s00393-003-0447-5.
21. Rossi MF, Tumminello A, Marconi M, Gualano MR, Santoro PE, Malorni W, et al. Sex and gender differences in migraines: a narrative review. *Neurol Sci*. 2022; 43 (9):5729- 5734. doi: 10.1007/s10072-022-06178-6.
22. Abu-Raya B, Michalski C, Sadarangani M, Lavoie PM. Maternal Immunological Adaptation During Normal Pregnancy. *Front Immunol*. 2020; 11:575197. doi: 10.3389/fimmu.2020.575197.
23. Staud R. Cytokine and immune system abnormalities in fibromyalgia and other central sensitivity syndromes. *Curr Rheumatol Rev*. 2015; 11 (2):109-15. doi: 10.2174/1573397111666150619094819.
24. Schaefer KM, Black K. Fibromyalgia & pregnancy: what nurses need to know and do. *AWHONN Lifelines*. 2005; 9 (3):228-35. doi: 10.1177/1091592305279123.
25. Schaefer K.M. Lived experience of pregnancy in women with fibromyalgia. *Lighting the Way: The Awhonn 2002 Convention*, p. 44.
26. Yunus M, Masi AT, Calabro JJ, Miller KA, Feigenbaum SL. Primary fibromyalgia (fibrositis): clinical study of 50 patients with matched normal controls. *Semin Arthritis Rheum*. 1981; 11(1):151-71. doi: 10.1016/0049-0172(81)90096-2
27. Yue S. Method of treating Fibromyalgia with relaxin. United States Patent. US005707642A. 1998 Jan 13.
28. Zioni T, Buskila D, Aricha-Tamir B, Wiznitzer A, Sheiner E. Pregnancy outcome in patients with fibromyalgia syndrome. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2011;24 (11):1325-8. doi: 10.3109/14767058.2010.551152.
29. Koné MC, Kambir  NA, Kouakou K, Ahoua Y. Fibromyalgia of Women Who Gave Birth and Pregnancy Outcome Parameters. *Open J. Epidemiol*. 2022; 12: 1-11. doi: 10.4236/ojepi.2022.121001.
30. Schaefer KM. Breastfeeding in chronic illness: the voices of women with fibromyalgia. *MCN Am J Matern Child Nurs*. 2004; 29 (4):248-53. doi: 10.1097/00005721-200407000- 00010.

31. Tulay KT, Emrullah T, Aydin A, Ciledag OF. The effect of fibromyalgia syndrome to gravidity, parity and duration of breastfeeding; A prospective study from Turkey. *Pak J Med Sci.* 2016;32 (3):545-9. doi: 10.12669/pjms.323.9574.
32. Ahmed OB, Ahmad UB, Aamir S. Evaluation of impacts of fibromyalgia on parity, gravity, breastfeeding and menarche age. *Indo Am. J. P. Sci.* 2020; 07(10): 555-558. doi: 10.5281/zenodo.4104519.
33. Koné MC, Kambiré NA, Ahoua Y. Impact of Fibromyalgia on Female Infertility. *Open J. Epidemiol.* 2021; 11: 457-472. doi: 10.4236/ojepi.2021.114037.
34. Schochat T, Beckmann C. Soziodemographie, Risikofaktoren und Reproduktionsanamnese bei Fibromyalgie. Ergebnisse einer bevölkerungsbezogenen Studie [Sociodemographic characteristics, risk factors and reproductive history in subjects with fibromyalgia--results of a population-based case-control study]. *Z Rheumatol.* 2003; 62(1):46-59. doi: 10.1007/s00393-003-0447-5.
35. Raphael KG, Marbach JJ. Comorbid fibromyalgia accounts for reduced fecundity in women with myofascial face pain. *Clin J Pain.* 2000;16 (1):29-36. doi: 10.1097/00002508-200003000-00006.
36. Zakka TR, Yeng LT, Teixeira MJ. Fibromyalgia syndrome and gestation. Case report. *Rev Dor. São Paulo.* 2014;15(2):149-51. doi: 10.5935/1806-0013.20140031.
37. García AL, Ventosa JJ, Alonso A. Información sobre el riesgo de los fármacos en el embarazo: nueva regulación de la Food and Drug Administration. *Aten Primaria.* 2017; 49 (10): 622 – 623. doi: 10.1016/j.aprim.2017.03.017.
38. Coluzzi F, Valensise H, Sacco M, Allegri M. Chronic pain management in pregnancy and lactation. *Minerva Anesthesiol.* 2014; 80 (2):211-24.
39. Kim SC, Landon JE, Solomon DH. Clinical characteristics and medication uses among fibromyalgia patients newly prescribed amitriptyline, duloxetine, gabapentin, or pregabalin. *Arthritis Care Res (Hoboken).* 2013; 65 (11):1813-9. doi: 10.1002/acr.22071.
40. Fitelson E, Kim S, Baker AS, Leight K. Treatment of postpartum depression: clinical, psychological and pharmacological options. *Int J Womens Health.* 2010; 3:1-14. doi: 10.2147/IJWH.S6938.
41. Gentile S, Fusco ML. Managing fibromyalgia syndrome in pregnancy no bridges between USA and EU. *Arch Womens Ment Health.* 2019; 22 (6):711-721. doi: 10.1007/s00737-018-0933-z.
42. Andrade C. Safety of Pregabalin in Pregnancy. *J Clin Psychiatry.* 2018; 79 (5):18f12568. doi: 10.4088/JCP.18f12568.
43. Schreiber K, Frishman M, Russell MD, Dey M, Flint J, Allen A, et al.; BSR Standards, Audit and Guidelines Working Group. Executive Summary: British Society for Rheumatology guideline on prescribing drugs in pregnancy and breastfeeding: comorbidity medications used in rheumatology practice. *Rheumatology (Oxford).* 2023; 62(4):1388- 1397. doi: 10.1093/rheumatology/keac559.
44. Collado A, Cuevas MD, Estrada MD, Flórez M, Giner V, Marín J, et al. Fibromialgia. Arganda del Rey (Madrid): Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad del Gobierno de España; 2011. 152 p.
45. Gallo-Vallejo MA, Casilda J, Gallo-Galán LM, Serrano A, Galán ML, Gallo D, et al. Fibromialgia y medio acuático. *Piscinas Hoy* 2016; 2: 20 - 24.
46. Antunes MD, Marques AP. The role of physiotherapy in fibromyalgia: Current and future perspectives. *Front Physiol.* 2022; 13:968292. doi: 10.3389/fphys.2022.968292.
47. King D. Providing effective maternity care for women affected by fibromyalgia. *Br. J. Midwifery.* 2011; 19 (3):158-162. doi: 10.12968/bjom.2011.19.3.158.
48. Caglayan BC, Basakci Calik B, Gur Kabul E, Karasu U. Investigation of effectiveness of reformer pilates in individuals with fibromyalgia: A randomized controlled trial. *Reumatol Clin (Engl Ed).* 2023;19(1):18-25. doi: 10.1016/j.reuma.2022.01.003.
49. Comeche MI, Martín A, Rodríguez MF, Ortega J, Díaz MI, Vallejo MA. Tratamiento Cognitivo-Conductual, Protocolizado y en Grupo, de la Fibromialgia. *Clínica y Salud.* 2010; 21 (2): 107-121.

Stacy[®]
Gestodeno + Etinilestradiol

...planifica el futuro.



**Anticonceptivo oral combinado
con alto grado de eficacia. ^{1,2}**

BI  **Eq**

**Terapéuticamente equivalente
e intercambiable en la práctica clínica.**

Para uso exclusivo del profesional médico.

Antrofi®

Promestrieno

¡Menos Pausa, **Vida Plena!**

**Eficaz en el manejo de los
síntomas de la atrofia vaginal¹**

Referencia 1: Santos, Isabel (septiembre 2010). Urogenital disorders associated with oestrogen deficiency: the role of promestriene as topical oestrogen therapy. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20374067/>.



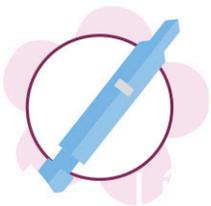
Alto nivel de seguridad

Mínima absorción sistémica (<1%) en comparación con estriol/estradiol¹



Tecnología Polawax

Menos derrame.



20 Aplicadores descartables

Para una mayor higiene.



Para uso exclusivo del profesional médico.



PERIVASC®
diosmina + hesperidina

1000mg
FFPM

**MEJORA LA CIRCULACIÓN
PARA UNA VIDA MÁS LIGERA**



**SE DISUELVE
FÁCILMENTE EN AGUA**



**PERIVASC® 1000mg
TOMA ÚNICA DIARIA**



**Fracción
Flavonoide
Purificada
Micronizada**

**LÍNEA
CARDIO
METABÓLICA**

Para uso exclusivo del profesional médico.

eurofarma
tu vida mueve la nuestra

Vernoxa

enoxaparina sódica

¡Prevenir es vivir!

Indicado para:



- Tratamiento de la trombosis venosa profunda.
- Profilaxis del tromboembolismo venoso y recidivas asociadas a la cirugía ortopédica o la cirugía general
- Profilaxis del tromboembolismo venoso y recidivas en pacientes en cama, debido a enfermedades agudas.
- Prevención de la coagulación del circuito extracorpóreo durante la hemodiálisis.
- Tratamiento de la angina inestable e infarto del miocardio sin onda Q.



Para uso exclusivo del profesional médico.

eurofarma
tu vida mueve la nuestra



Colica

Bromuro de Otilonio

**Alivio efectivo del dolor
y la distensión abdominal**

 **LIBRE DE
GLUTEN**



- **1 Tableta**
- **3 veces al día**
- **20 minutos antes de cada comida**

 **Línea Salud
Digestiva**

Para uso exclusivo del médico profesional.

 **eurofarma**
tu vida mueve la nuestra

ARTÍCULO ORIGINAL

HEMANGIOMA PLACENTARIO

Florentín Paola¹, Coria Pimienta Belen², Wildberger Carlos³, Ruoti Cosp Miguel⁴

Resumen

El corioangioma o hemangioma es el tumor placentario no trofoblástico más frecuente, e un tumor de origen vascular benigno formado por vasos unidos por tejido conjuntivo y es el único tumor placentario no trofoblástico. El diagnóstico prenatal se realiza generalmente en una ecografía de rutina, en donde se observan imágenes nodulares en la cara fetal de la placenta o en su interior. Los corangiomas gigantes son los que presentan un tamaño mayor a 5 cm y se asocian con mayor frecuencia a complicaciones tanto materno como fetales. Se relata el caso de una adolescente que cursó un embarazo sin complicaciones, con hallazgo ecográfico de hemangioma placentario (corioangioma), Curso con un parto vaginal sin complicaciones y posterior estudio anatomopatológico de la placenta que confirmo los hallazgos prenatales. El diagnóstico del corangioma placentario oportuno es crucial para poder hacer un buen seguimiento y de presentarse alguna de las complicaciones poder realizar el tratamiento oportuno.

Palabras clave:

corioangioma, hemangioma placentario, tumores placentarios, adolescencia y embarazo.

Abstract

Chorioangioma or hemangioma is the most common non-trophoblastic placental tumor, and a tumor of benign vascular origin formed by vessels joined by connective tissue and is the only non-trophoblastic placental tumor. Prenatal diagnosis is generally made in a routine ultrasound, where nodular images are observed on the fetal side of the placenta or inside it. Giant chorangiomas are those that are larger than 5 cm and are more frequently

associated with both maternal and fetal complications. The case of a teenager who had an uncomplicated pregnancy is reported, with an ultrasound finding of placental hemangioma (chorioangioma), a course with a vaginal delivery without complications and a subsequent anatomopathological study of the placenta that confirmed the prenatal findings. The timely diagnosis of placental chorangioma is crucial to be able to have a good follow-up and if any of the complications occur, to be able to carry out timely treatment.

Keywords

chorioangioma, placental hemangioma, placental tumors, adolescence and pregnancy

Introducción

El corioangioma, también conocido como hemangioma o mixoma o fibroma placentario es un tumor benigno de la placenta, no trofoblástico, con incidencia del 1%¹. Es el tumor placentario conocido más frecuente².

Se caracteriza por proliferación anormal de vasos originados en el tejido coriónico, la mayoría pequeños, asintomáticos, encapsulados y que se les encuentra posnatalmente¹, aunque la mayoría no se identifican en la revisión rutinaria de la placenta, por medir menos de 4 cm.³

Los corioangiomas, mal llamados «gigantes» son aquellos con un tamaño superior a 4 cm; son lo menos comunes y su incidencia real ocurre en uno de cada 9.000 a 50.000 nacimientos⁴, y a diferencia de los anteriores pueden asociarse con mayor frecuencia a complicaciones materno-fetales como anemia fetal, polihidramnios, insuficiencia cardiaca fetal, hidrops, restricción de

1. Residente, Catedra y Servicio de Ginecología y Obstetricia, Facultad de Ciencias Médicas – Universidad Nacional de Asunción. Paraguay.
2. Auxiliar de la enseñanza, Catedra y Servicio de Ginecología y Obstetricia, Facultad de Ciencias Médicas – Universidad Nacional de Asunción. Paraguay
3. Jefe de sala, Catedra y Servicio de Ginecología y Obstetricia, Facultad de Ciencias Médicas – Universidad Nacional de Asunción. Paraguay
4. efe de Catedra y Servicio de Ginecología y Obstetricia, Facultad de Ciencias Médicas – Universidad Nacional de Asunción. Paraguay

crecimiento intrauterino, parto pretérmino y un aumento de la morbimortalidad perinatal.^{5,6} El diagnóstico prenatal de esta patología se realiza generalmente en una ecografía de rutina, en donde se observan imágenes nodulares en la cara fetal de la placenta o en su interior. Este diagnóstico oportuno es crucial para poder hacer un buen seguimiento y de presentarse alguna de las complicaciones anteriormente mencionadas poder realizar el tratamiento debido. Se ha considerado tratamientos de soporte y definitivos, pero debido al pequeño número y la calidad de los reportes de casos, aun no se ha demostrado su superioridad versus el manejo conservador.⁷

Dados los antecedentes y la importancia de conocer esta patología, reportamos un caso de un corangioma placentario con diagnóstico prenatal sin repercusión fetal y confirmación histológica.

Presentación del caso

Gestante de 16 años, procedente de Caaguazú, nulípara con embarazo de 38 semanas y 1 día de gestación, con adecuado control prenatal controles prenatales, sin antecedentes patológicos personales. Se realiza ecografía obstétrica en el servicio que informa feto único, situación longitudinal, presentación cefálica, con vitalidad conservada al momento del estudio y peso fetal estimado de 3100 gramos (percentil 39); placenta posterior, corporal derecha, heterogénea, grado II en la que se constata imagen sólida pediculada de 53 x 48 mm, con vascularización positiva al mapeo Doppler color (Figura 1), compatible con corioangioma, cordón umbilical de inserción normal con 3 vasos; líquido amniótico normal. Se realiza Doppler fetal hallándose en rango normal para la edad gestacional y medición de pico sistólico de la arteria cerebral media con anemia fetal leve (Hb 10,81 g/dl estimado por Fetal test).

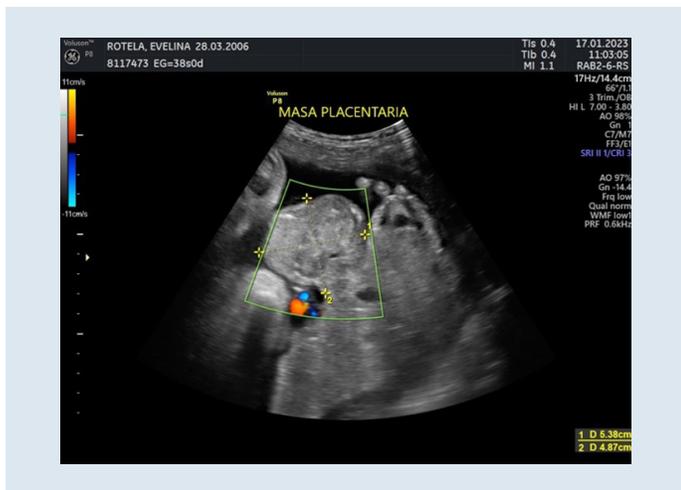


Figura 1. Imagen 2D de tumoración placentaria de 53 x 48 mm compatible con Corangioma placentario.

Posteriormente acude por urgencia en trabajo de parto activo de inicio espontáneo. Nace por parto vaginal sin complicaciones recién nacido vivo, de sexo femenino, peso de 2.810 gr, Apgar 08/09 quien pasa a alojamiento conjunto.

Se envía la placenta a estudio de anatomía patología que informa:

Macroscopia: “disco placentario que mide 17,5 x 17 cm y pesa 712 gramos. Cara materna de coloración beige amarronada, heterogénea, irregular. Cara fetal, se constata tumoración que mide 9 x 7 x 3 cm, beige blanquecina, heterogénea, con áreas rojo parduzcas, irregular, con presencia de relieve de vasos fetales (Figura 2). Al corte, la tumoración presenta coloración marrón rojiza, heterogénea, en áreas de aspecto lobulada, que se continua con tejido vellositario de 2 cm de espesor, marrón rojizo, heterogéneo, de consistencia sólido elástica. Membranas amniocoriales de coloración beige amarronada, heterogénea, traslúcidas. Cordón umbilical que mide 19,5 cm de longitud y 1,1 cm de diámetro, beige blanquecino, homogéneo, de ubicación central, mostrando al corte, tres luces vasculares y consistencia sólido elástica”.

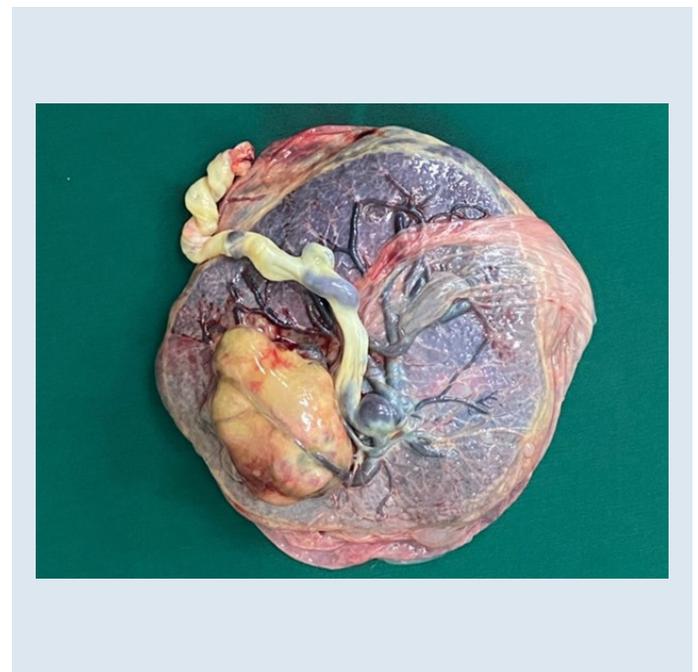




Figura 2. Placenta observada por su cara fetal con tumoración de aproximadamente 9 cm.

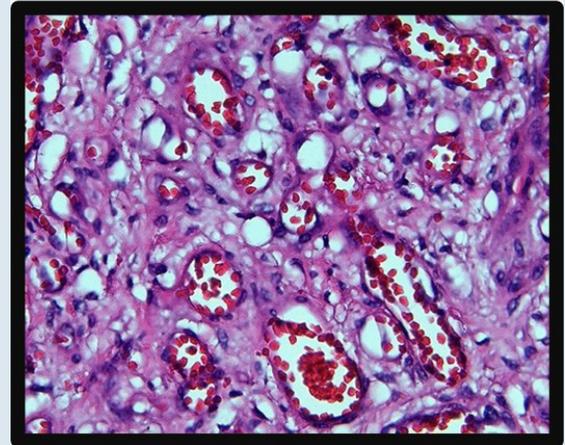


Figura 4. En el área tumoral, se observa proliferación de vasos sanguíneos de pequeño calibre, rodeados por estroma y trofoblasto.

Microscopia: "se observa vasos sanguíneos de pequeño calibre, notándose áreas de necrosis y focos de calcificación distrófica. No se observa atipias ni proceso neoplásico maligno (Figuras 3 y 4). Placenta del tercer trimestre con vellosidades coriales bien ramificadas y vascularizadas con depósito de fibrina intervellositaria y aislados nodos sincitiales, así como calcificación distrófica focal. Membrana amniocorial sin alteraciones histológicas". Conclusión: corioangioma (hemangioma placentario) de 9 cm.

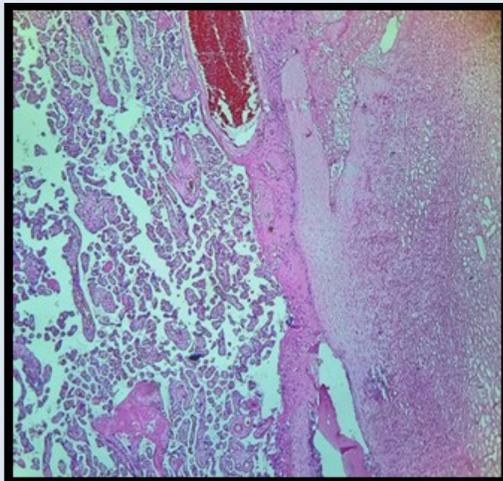


Figura 3. Relación entre las vellosidades coriales de la placenta normal (izquierda) y la proliferación de capilares correspondiente al tumor (derecha).

Puerperio cursa con puerperio sin complicaciones y alta obstétrica a las 48 horas posterior al parto. El recién nacido queda internada por 54 días más, a la espera del recién nacido en observación y estudio por angiomas en línea media.

Discusión

El corioangioma es la neoplasia placentaria benigna más frecuentemente identificada, considerada como una malformación arteriovenosa; generalmente suelen ser únicos, pequeños y de diagnóstico casual, aunque en algunos casos se ha observado su aparición múltiple o, incluso, difusa, siendo ésta muy infrecuente.⁸

Se describe un aspecto histológico variable, aunque podrían clasificarse en tres patrones: celular formado por tejido mesenquimal inmaduro angiomaso constituido por vasos sanguíneos dilatados y estroma placentario y finalmente degenerado donde se observa degeneración de tipo mixomatosa, fibrinoide o hialina. En nuestro caso presentado se hallaba constituido por vasos sanguíneos de pequeño calibre, con áreas de necrosis y focos de calcificación distrófica, que pueden sugerir un patrón mixto.⁹

Los casos de corioangiomas gigantes, mayores de 4 cm, se asocian con una alta morbilidad materno-fetal son descritos generalmente acompañados de diversas complicaciones maternas como fetales.⁶ En este caso reportado, a pesar de ser un corioangioma de gran tamaño no se presentaron complicaciones maternas o fatales de

importancia, salvo anemia fetal leve. El nacimiento se dio por parto vaginal sin complicaciones, mencionado ya que en otros casos el hemangioma gigante puede obstruir el canal de parto, siendo necesaria la realización de un parto por cesárea.¹⁰

El diagnóstico se basa, de elección mediante estudio ecográfico, en el que se detecta la presencia de una masa intraplacentaria y se acompaña del estudio Doppler color, que identifica el aumento de la vascularización, tanto periférica como central y permite realizar diagnósticos diferenciales con patologías avasculares,¹¹ siendo también de utilidad en el diagnóstico de restricción de crecimiento intrauterino y de anemia fetal.

En casos específicos cuando la evaluación ecográfica se encuentre limitada o sean casos no concluyentes, el uso complementario de la resonancia magnética nuclear puede ser útil como herramienta adicional.¹²

Por la baja incidencia de esta patología placentaria, no se encuentra unanimidad en el tratamiento a realizar. Existen sugerencias de tratamiento conservador, mediante el control ecográfico del tumor y, en caso de presentarse complicaciones, tratar las mismas. El diagnóstico y control prenatal son fundamentales para la detección precoz de gestaciones de alto riesgo que requieran un seguimiento adecuado y tratamiento oportuno de eventuales complicaciones.

Bibliografía

1. Guschmann M, Henrich W, Dudenhausen JW. Chorioangiomas -new insights into a well-known problem, II. An immuno-histochemical investigation of 136 cases. *J Perinat Med*. 2003;31:170e5.
2. Amer HZ, Heller DS. Chorangioma and related vascular lesions of the placenta- -a review. *Fetal Pediatr Pathol*. 2010;29:199–206.
3. Vázquez EE, Sánchez R, García G, Estrada L, Sánchez J, Saules C. Corioangioma placentario. Reporte de un caso en el Hospital Español. *Rev de Ginecol y Obstet de Mex*. 2007; 75 (7): 404-407.
4. Smeke BJ, Linder EC, Meneses RA, Valdespín FC, González CJ, Chaya HM et al. Corioangioma placentario gigante asociado a secuencia Pierre Robin. *And Med Asoc Med Hosp ABC*. 2011; 56 (1): 38-43.
5. Bashiri A, Furman B, Erez O, Wiznitzer A, Holcberg G, Mazor M. Twelve cases of placental chorioangioma, Pregnancy outcome and clinical significance. *Arch Gynecol Obstet*. 2002;266:53e5.
6. Wou K, Chen MF, Mallozzi A, Brown RN, Shrim A. Pregnancy outcomes and ultrasonographic diagnosis in patients with histological-proven placental chorioangioma. *Placenta*. 2011;32:671–4.
7. Al Wattar BH, Hillman SC, Marton T, Foster K, Kilby MD. Placenta chorioangioma: a rare case and systematic review of literature. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2014;27(10):1055- 63.
8. López Soto A, Martínez Uriarte J, Martínez Pérez B, Rubio Ciudad M, García Izquierdo O, Isaac Montero A, et al. Corioangioma gigante placentario. *Prog Obstet Ginecol*. 2016;59(5):310-313
9. Pérez García GE, Sierra Avendaño JA, Rangel Navia E, Fuentes Porras JS. Corangioma placentario: enfoque clínico-patológico de un caso descrito en Colombia. *Ginecol Obstet Mex* 2013;81:109-14.
10. Dhar H. Giant placental chorioangioma with intrauterine fetal death. *J Nepal Med Assoc* 2013;52:384-387.
11. Zalel Y, Gamzu R, Weiss Y, Schiff E, Shalmon B, Dolizky M, et al. Role of color Doppler imaging in diagnosing and managing pregnancies complicated by placental chorioangioma. *J Clin Ultrasound*. 2002;30: 264–9.
12. Kawamoto S, Ogawa F, Tanaka J, Ban S, Heshiki A. Chorioangioma: antenatal diagnosis with fast MR imaging. *Magnetic Resonance Imaging* 2000;18:911-14.

CASO INTERESANTE

RABDOMIOSARCOMA EMBRIONARIO (BOTROIDE)

Dra Cecilia Jurado¹, Dra Alejandra Sagastume², Dra. Ana García³, Jenifer Sinaj⁴

Resumen

Se describe el caso de paciente de 22 años, núbil, con hemorragia vaginal moderada, asociado a dolor pélvico. Con antecedente de importancia de miomectomía hace 4 años, debido a la evidencia de mioma pediculado de tamaño de 4*3.2*1cm ubicado en cuerpo uterino. Al momento de su evaluación en consulta externa se observan lesiones de forma polipoide y coágulos sanguíneos a nivel del introito y canal vaginal.

Palabras clave:

hemorragia, miomectomía, mioma, pólipo, introito.

Abstract

The case of a 22-year-old nubile patient with moderate vaginal bleeding associated with pelvic pain is described. With a significant history of myomectomy 4 years ago, due to evidence of a pedunculated myoma measuring 4*3.2*1cm located in the uterine body. At the time of her evaluation in the outpatient clinic, polypoid lesions and blood clots were observed at the level of the introitus and vaginal canal.

Keywords:

hemorrhage, myomectomy, myoma, polyp, introitus.

Introducción

Este tipo de tumor de tejidos blandos, el cual es originado principalmente de células mesenquimatosas primitivas es muy poco frecuente, y con una incidencia mayor en las primeras décadas de vida. En las personas de sexo femenino el lugar que padece menos afección del conducto genitourinario es el cuello uterino, siendo menor del 1% de prestación de neoplasias cervicales presentadas en las pacientes.⁽¹⁾

Presentación de caso

Mujer de 22 años, que acudió a consulta externa por sangrado transvaginal moderado y sensación de cuerpo extraño en la región vaginal. A la exploración física se encontró: a la especuloscopia: lesión exofítica, multilobulada y pediculada, no se observó el cérvix, y había salida escasa de tejido blando de aspecto esponjoso y consistencia gelatinosa y coágulos sanguíneos. Al tacto vaginal: tejido polipoide, sangrante y friable. Se realiza TAC abdominopélvica que evidencia la extensión de la lesión en cavidad uterina (Fig. A). Posteriormente es llevada a sala de operaciones para exploración vaginal, resección de pólipo y toma de biopsia, procedimiento quirúrgico el cual se da por concluido sin poder extraer completamente las lesiones multilobuladas y el riesgo de hemorragia, se mandan a estudio patológico muestras de tejido blando grisáceo y violáceo de aspecto esponjoso y consistencia gelatinosa y coágulos sanguíneos (Fig. B).



Figura A. TAC abdominopélvica con evidencia de lesiones de origen uterino.

1. Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Pedro de Bethancourt, Antigua Guatemala.
2. Departamento de Patología del Hospital Pedro de Bethancourt, Antigua Guatemala. Correspondencia: 2449736790401@medicina.usac.edu.gt

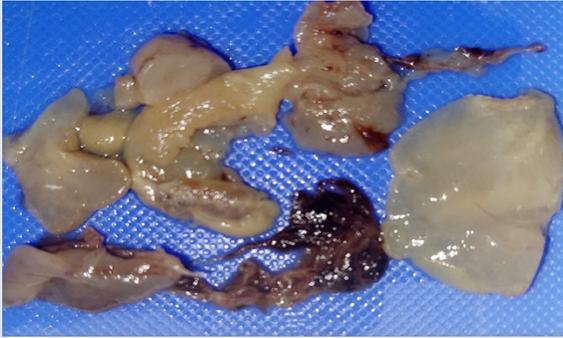


Figura B. Tejido blando grisáceo y violáceo de aspecto esponjoso y consistencia gelatinosa y coágulos sanguíneos.

El estudio histopatológico reportó hallazgos histológicos compatibles con rhabdomyosarcoma embrionario (Botroide) (Fig. C, D y E). Y sugieren realizar estudios de inmunohistoquímica, biomarcadores miogenina/MYOD1 y desmina. Por lo cual es referida al Instituto de Cancerología -INCAN para evaluación, seguimiento y tratamiento.

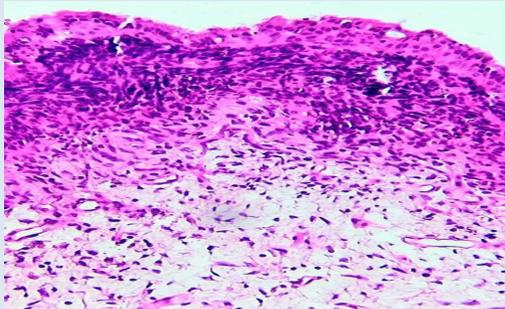


Figura C. Capa de cambium: zona hiper celular subepitelial con células indiferenciadas fusiformes e hiper cromáticas. Zona profunda hipocelular con estroma mixoide laxo.

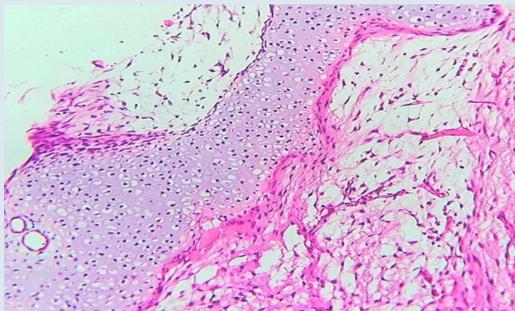


Figura D. Metaplasia cartilaginosa.

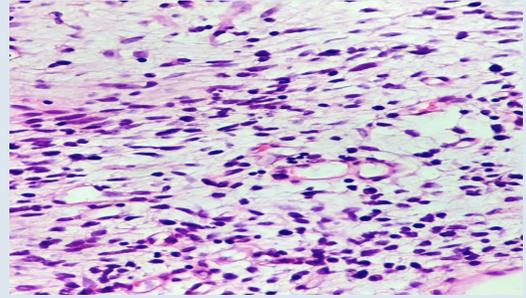


Figura E. Células mesenquimatosas inmaduras, con células redondas, fusiformes y células "en renacuajo".

Discusión del caso

Los rhabdomyosarcomas embrionarios, pueden ubicarse en diferentes partes del cuerpo, de predominio en regiones como de cabeza y cuello, seguidos por el tracto genitourinario. La paciente presentaba en el introito, canal vaginal, cuello y cavidad uterina sin conocer con exactitud el origen anatómico de las lesiones.⁽²⁾

Según el Intergroup Rhabdomyosarcoma Study, la máxima incidencia del rhabdomyosarcoma embrionario genital se registra en menores de catorce años, cuya ubicación típica es la vagina. La localización cervical, es cuatro veces menos frecuente, propia de adolescentes y adultas jóvenes. Se han descrito 3 tipos histológicos de rhabdomyosarcoma: embrionario (6 %), alveolar (20%) y pleomórfico (1%). El primero, que se subdivide en las variedades botrioides y fusocelular, es el más frecuente en la niñez.⁽³⁾

Los rhabdomyosarcomas embrionarios uterinos tipo botroide, tienen la característica de presentar una apariencia polipoide, similar a un racimo de uvas, de consistencia gelatinosa, friable y de fácil desprendimiento en pequeños fragmentos lo cual genera las hemorragias reportadas por pacientes. En los estudios histológicos se observarán, grupos variables de células tumorales, tamaños diferentes, pequeñas, redondeadas con núcleos hiper cromáticos, otras grandes poligonales, con abundante citoplasma que se agrupan típicamente debajo de los epitelios o rodeando vasos sanguíneos y glándulas, alternando estas zonas de alta densidad celular con áreas de aspecto edematoso o mixoideo, pudiendo observarse rabiomioblastos con estriaciones transversales.⁽⁴⁾

El diagnóstico apoyado por la inmunohistoquímica, esta de vital importancia, mostrando positividad para mioglobina y

MyoD1, que son marcadores de músculo esquelético, y desmina y actina músculo específico (HFF35), marcadores de músculo liso y esquelético.⁽⁴⁾

El tratamiento está basado según, el estadio, la localización y extensión de la enfermedad, centrado en conseguir un “control local y sistémico”, el primero tendrá como objetivo la erradicación permanente del “tumor primario”, esto se lleva a cabo habitualmente mediante extirpación quirúrgica o irradiación del tumor (o ambos) y de cualquier área cercana afectada, añadiendo además tratamiento quimioterápico. El control sistémico implica la eliminación permanente de las “micrometástasis” invisibles o de las metástasis “visibles”, generalmente mediante quimioterapia (a veces con cirugía o radioterapia añadida).⁽⁵⁾

Bibliografía

- García-López F, García-Hernández GG, Martínez-Hernández C, Añorve-Vargas A, Mandujano-Álvarez GJ. Rabdomiosarcoma de cuello uterino tipo botriode. Informe de un caso. *Patología Rev Latinoam* 2021; 59: 1-7. [En línea], 2021 [Consultado el 27 mar 2023]. Disponible en: <https://doi.org/10.24245/patrl>.
- Aracil JA, Moavro DE, Capurro NJ. Rabdomiosarcoma embrionario botriode de útero. *Patología Rev Med Bs As.* 2022; 82: 784-786. [En línea], 2022 [Consultado el 27 mar 2023]. Disponible en: <https://www.medicinabuenosaires.com/revistas/vol82-22/n5/784.pdf>
- Gartner-Caballero Á, Quezada-Dalmau M, Rabdomiosarcoma Botriode del aparato genital femenino *Ciencia y Salud* [Internet]. 2018 mayo 1; [citado 28 de marzo de 2023]; 2(2):[aprox. 0 p.]. Disponible en: <file:///C:/Users/24497/Downloads/>
- Nuria Vega B, Sandi Jiménez P, Irene CR. Rabdomiosarcoma botriode del aparato genital femenino en una adolescente virgen. *Rev Cubana Obstet Ginecol* vol.44 no.4 Ciudad de la Habana oct.-dic. 2018. [En línea], 2018 [Consultado el 27 mar 2023]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2018000400006
- Leonard H. Wexler, MD. Rabdomiosarcoma. The Liddy Shriver Sarcoma Initiative. [En línea], 2021 [Consultado el 27 mar 2023]. Disponible en: <https://sarcomahelp.org/translate/es-rabdomiosarcoma.html>
- García-López F, García-Hernández GG, Martínez-Hernández C, Añorve-Vargas A, Mandujano-Álvarez GJ. Rabdomiosarcoma de cuello uterino tipo botriode. Informe de un caso. *Patología Rev Latinoam* 2021; 59: 1-7. [En línea], 2021 [Consultado el 27 mar 2023]. Disponible en: <https://doi.org/10.24245/patrl>.
- Aracil JA, Moavro DE, Capurro NJ. Rabdomiosarcoma embrionario botriode de útero. *Patología Rev Med Bs As.* 2022; 82: 784-786. [En línea], 2022 [Consultado el 27 mar 2023]. Disponible en: <https://www.medicinabuenosaires.com/revistas/vol82-22/n5/784.pdf>
- Gartner-Caballero Á, Quezada-Dalmau M, Rabdomiosarcoma Botriode del aparato genital femenino *Ciencia y Salud* [Internet]. 2018 mayo 1; [citado 28 de marzo de 2023]; 2(2):[aprox. 0 p.]. Disponible en: <file:///C:/Users/24497/Downloads/>
- Nuria Vega B, Sandi Jiménez P, Irene CR. Rabdomiosarcoma botriode del aparato genital femenino en una adolescente virgen. *Rev Cubana Obstet Ginecol* vol.44 no.4 Ciudad de la Habana oct.-dic. 2018. [En línea], 2018 [Consultado el 27 mar 2023]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2018000400006
- Leonard H. Wexler, MD. Rabdomiosarcoma. The Liddy Shriver Sarcoma Initiative. [En línea], 2021 [Consultado el 27 mar 2023]. Disponible en: <https://sarcomahelp.org/translate/es-rabdomiosarcoma.html>

CASO INTERESANTE

ISOMERISMO CARDÍACO

Dr. Porfirio Santizo¹, Luisa Fernanda Reneé Sanchez Valle², Pailo David Santizo Sincuir³, Kevin Daniel Santizo Sincuir⁴

Resumen

Las anomalías fetales son causas frecuentes de muerte entre los recién nacidos y de estas las cardíacas son las más frecuentes. El Isomerismo sigue siendo de las anomalías con pronóstico reservado debido a la complejidad y asociación con otros defectos congénitos. En algunos países del mundo el pronóstico mejora con los avances en la cirugía, el caso que se presenta es sobre una de esas patologías muy complicadas.

Palabras clave:

Cardiac Isomerism. Congenital heart disease.

Summary

Fetal anomalies are frequent causes of death among newborns and of these cardiac anomalies are the most frequent. Isomerism continues to be one of the anomalies with a reserved prognosis due to the complexity and association with other congenital defects. In some countries of the world the prognosis improves with advances in surgery, the case presented is about one of those very complicated pathologies.

Keywords

hemorrhage, myomectomy, myoma, polyp, introitus.

Presentación del caso

Se trata de mujer de 15 años de edad, referida de Hospital Departamental con Embarazo de 34 semanas de embarazo con diagnósticos de Anomalías Fetales: Isomerismo Cardíaco, Estómago del lado derecho, bradicardia, aurícula única, canal atrio ventricular balanceado, persistencia de vena cava superior izquierda. El embarazo se resolvió por Cesárea a las 38s, con recién nacido de 2.8 kilogramos de peso y APGAR de 4 al minutos y 9 a los 5 minutos. Se hizo Eco cardiograma confirmando diagnósticos más importantes y egreso con tratamiento conservador, referido a Hospital Departamental.

Discusión

Las anomalías fetales varían a nivel mundial debido a factores socioculturales, ambientales y económicos, pero son causa de muchas muertes en las primeras 4 semanas de vida Neonatal.

La OMS reportó en el 2018 16 millones de mujeres entre 15 y 19 años de edad que tienen su primer hijo, siendo en los países de bajos y medianos ingresos donde se dan la mayor cantidad de pacientes. El caso clínico es sobre una anomalía mayor del corazón, Isomerismo Cardíaco. La Cardiopatía congénita es una de las malformaciones más frecuentes en el mundo y representa una buena parte de la mortalidad, se estima entre 8 a 9 por cada 1000 nacidos vivos. El Isomerismo cardiaco representa una frecuencia de 1 por cada 10,000 a 20,000 nacidos vivos.

El tratamiento de los pacientes con diagnóstico de isomorfismo es variado y puede ir desde la cirugía paliativa en vista de una fisiología univentricular hasta una cirugía de corrección total para una reparación biventricular y esto será en función de la magnitud y gravedad de las anomalías cardíacas y de las lesiones extracardíacas que pueda tener asociadas¹. Por lo anterior la mortalidad sigue siendo alta en este grupo de pacientes¹ y aún más cuando existe asociación de factores de riesgo como edad neonatal, válvula aurículo ventricular única e insuficiente, drenaje venoso pulmonar anómalo y alteración en las ramas de las arterias pulmonares³⁻⁴.

En caso de pacientes con fisiología univentricular, donde la mayoría tienen dextromorfismo, el tratamiento es disminuir la sobrecarga de volumen para el único ventrículo funcional, de esta manera la cirugía busca descongestionar esta carga de trabajo de manera progresiva y en algún momento, de ser posible, separar los dos circuitos, pulmonar y sistémico, llevando de una circulación paralela a una circulación en serie.

Conflicto de intereses: ninguno declarado, es un artículo con fines de docencia.

1. Jefe Servicio Hospital Roosevelt Docente UMG, porfisantizo@yahoo.com.
2,3,4. Estudiantes Facultad de Medicina UMG.

Bibliografía

1. Kim SJ. Heterotaxy syndrome. Korean Circ J. 2011;41(5):227–32. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
2. Loomba RS, Hlavacek AM, Spicer DE, Anderson RH. Isomerism or heterotaxy: which term leads to better understanding? Cardiol Young. 2015;25(6):1037–43. [PubMed] [Google Scholar]
3. Icardo JM, García Rincón JM, Ros MA. Congenital heart disease, heterotaxia and laterality. Rev Esp Cardiol. 2002;55(9):962–74. [PubMed] [Google Scholar]
4. Calderón-Colmenero J, Cervantes-Salazar JL, Curi-Curi PJ, Ramírez-Marroquín S. Problemática de las cardiopatías congénitas en México. Propuesta de regionalización. Arch Cardiol Mex. 2010;80(2):133–40. [PubMed] [Google Scholar]
5. Cervantes-Salazar J, Calderón-Colmenero J, Ramírez-Marroquín J, Palacios-Macedo A, Bolio-Cerdán A, Vizcaino-Alarcón A, et al. El Registro Mexicano de Cirugía Cardíaca Pediátrica. Primer informe. Evid Med Invest Salud. 2014;7(2):56–62. [Google Scholar]
6. Madrigal JS, Bonilla AC, Sánchez JE. Heterotaxia: Situs ambiguo, síndrome de Ivermark o síndrome de asplenia-poliesplenia. Rev Clin Esc Med. 2019;9(2):70–6. [Google Scholar]
7. Attie F. Diagnóstico anatómico de las cardiopatías congénitas. Arch Cardiol Mex. 2004;74(Suppl 1):13–7. [PubMed] [Google Scholar]
8. Carro Hevia A, Santamarta Liébana E, Martín Fernández M. Síndrome de heterotaxia. Cardiacore. 2011;46(2):e23–e26. [Google Scholar]

Atenua®
Dexketoprofeno Trometamol

15 25 La relación perfecta
en el alivio del dolor

Atenua®
dexketoprofeno
25 mg
Uso oral
100 comprimidos recubiertos

Atenua®
dexketoprofeno
25 mg

Atenua®
dexketoprofeno (trometamol) 25 mg
dexketoprofeno (trometamol) 50mg/2mL
Analgesico - Antiinflamatorio
Contiene:
2 comprimidos de Atenua®, 1 ampolla de 2mL de Atenua®, jeringa descartable y salita con alcohol

Eurofarma

Línea
Dolor

Para uso exclusivo del profesional médico.

 **eurofarma**
tu vida mueve la nuestra



Línea
Cinecológica
Soluciones para una vida plena



Stacy[®]
Gestodeno + Etinilestradiol

Ginna[®]
Nitrate de Fenticonazol

Acrea[®]
Ciproterona + Etinilestradiol

Antrofi[®]
Promestrieno

Albothyl[®]
Policresuleno

eurofarma
tu vida mueve la nuestra

Albothyl®

Policresuleno

Restaura y protege el equilibrio íntimo

Acelera el proceso de curación
en casos de inflamación y
erosión del cuello uterino,
cérvix y vagina.¹



● **Ideal y seguro** para todo tipo de paciente

● **Coadyuvante** en procesos infecciosos y posterior a una cirugía

Referencia 1. Ficha técnica Albothyl

Para uso exclusivo del profesional médico.