gineco FLASOG

REVISTA MÉDICA CON ARTÍCULOS DE REVISIÓN Y CONSULTA

ÓRGANO DE DIFUSIÓN DE LA FEDERACIÓN LATINOAMERICANA DE SOCIEDADES DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

EDITORIAL

ASPIRACIÓN A UN NUEVO HUMANISMO

GRANDEZA Y MISERIA DE LA ESPECIALIZACIÓN MÉDICA

Dr. Samuel Karchmer K.

SÍNDROME DE MAYER-ROKITANSKY-KUSTER-HAUSER TIPO II. REPORTE DE UN CASO

Arréllaga N, Acuña V, Ferreira J, Galeano S, Vera M.

IMPLICACIONES SOCIALES Y MÉDICAS DEL INCREMENTO DE LA CIRUGÍA CESÁREA, ¿ESTÁ JUSTIFICADO?

Dra. María Fernanda Fernández Corzas

Revista oficial FLASOG

/@FLASOG
www.flasog.org

Enero
No. 6 - Año 2019

FLASOG

SÍGUENOS
EN NUESTRAS REDES

/@FLASOG

VISITA NUESTRO NUEVO SITIO WEB

www.flasog.org

COMPÁRTENOS
TUS CONTENIDOS CIENTÍFICOS

FLASOG

COMITÉ EJECUTIVO

2017 - 2020

DR. SAMUEL KARCHMER K.
Presidente

DR. JORGE MÉNDEZ TRUJEQUE
Vicepresidente

DR. LUIS R. HERNÁNDEZ G.
Secretario

DR. ALFONSO ARIAS
Tesorero

DR. NÉSTOR C. GARELLO
Presidente Electo

DR. EDGAR IVÁN ORTÍZ L.
Past President

DR. MIGUEL A. MANCERA R.
Director Científico

DR. JOSÉ F. DE GRACIA
Director Administrativo

DR. RICARDO FESCINA
Director Ejecutivo

REVISTA MÉDICA CON ARTÍCULOS DE REVISIÓN Y CONSULTA

gineco FLASOG

ÓRGANO DE DIFUSIÓN DE LA FEDERACIÓN LATINOAMERICANA DE SOCIEDADES DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

CONTENIDO

EDITORIAL pg.5
ASPIRACIÓN A UN NUEVO HUMANISMO.
GRANDEZA Y MISERIA DE LA ESPECIALIZACIÓN MÉDICA.
Dr. Samuel Karchmer K.

SÍNDROME DE MAYER-ROKITANSKY-KUSTER-HAUSER TIPO II. REPORTE DE UN CASO. pg.10
Arréllaga N, Acuña V, Ferreira J, Galeano S, Vera M.

IMPLICACIONES SOCIALES Y MÉDICAS DEL INCREMENTO DE LA CIRUGÍA CESÁREA, ¿ESTÁ JUSTIFICADO? pg.21
Dra. María Fernanda Fernández Corzas

Esta publicación es editada a través de la FLASOG con artículos de los ginecólogos y obstetras de Latinoamérica. Los análisis, opiniones y comentarios aquí expresados no representan la postura de la Federación Latinoamericana de Ginecología y Obstetricia. Todos los derechos intelectuales son propiedad de los autores. Los permisos para su reproducción total o parcial son reservados a los mismos. Esta publicación es elaborada por Interactive Marketing S.A. de C.V. con sede en Cancún, México.

Iddeas creative mkt.

EDITOR
Dr. Jorge Méndez Trujeque (México)

EDITOR ASOCIADO
Dr. Néstor Garello (Argentina)
Dr. Ariel Marrufo Soda (México)
Dr. Samuel Karchmer K. (México)

CONSEJO CONSULTIVO EDITORIAL
Dr. Miguel Ángel Mancera Reséndiz (México)
Dr. Emilio Valerio Castro (México)
Dra. Wendy Cárcamo (Honduras)
Dr. Juan Diego Viillegas Echeverri (Colombia)
Dra. Blanca Lilia Fretes (Paraguay)

COMITÉ EDITORIAL
Dr. Paulo Meade Treviño (México)
Dra. Desiree Mostajo Flores (Bolivia)
Dra. María Cecilia Arturo Rojas (Colombia)
Dra. Mercedes Pérez (Venezuela)
Dr. Dalton Ávila Gamboa (Ecuador)
Dra. Ivonne Díaz Yamal (Colombia)
Dr. Alfredo Célis López (Perú)
Dr. Gustavo Ferreiro Delgado (Uruguay)
Dra. Viridiana Gorbea Chávez (México)
Dr. Claudio Sosa (Uruguay)
Dr. Samuel Seiref (Argentina)
Dr. Rodrigo Zamora (México)
Dr. Edgar Iván Ortíz (Colombia)

Coordinador gráfico
Lic. Oskar Magaña

Diseñadora editorial
Lic. Ximena Miranda

Coordinadora editorial
Lic. Teresa Suárez

El consejo editorial de la revista *Gineco FLASOG* invita a los gineco-obstretas latinoamericanos a enviar sus trabajos para publicación; el único requisito es que tengan alguna relación directa con la Ginecoobstetricia. Los trabajos serán recibidos en Word al correo editorial@flasog.org

ASPIRACIÓN A UN NUEVO HUMANISMO.
GRANDEZA Y MISERIA DE LA ESPECIALIZACIÓN MÉDICA.

"La verdadera crisis, es la crisis de la incompetencia. El inconveniente de las personas y los países con sus instituciones es la pereza para encontrar las salidas y soluciones".

- Albert Einstein

Dr. Samuel Karchmer K.

- Presidente de la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología y Federación Latinoamericana de Asociaciones de Medicina Perinatal.
- Director General Emérito del Instituto Nacional de Perinatología. México
- Director Médico del Hospital Ángeles Lomas, México, D.F.
- Maestro y Doctor en Ciencias Médicas. UNAM.
- Profesor Titular de la Especialidad en Ginecología y Obstetricia, Unidad de Posgrado, Facultad de Medicina, UNAM.

Es cierto que la especialización trae en su interior una enorme fuerza expansiva de progreso, responsable en buena parte del avance espectacular que estamos presenciando; pero también contiene el germen de una regresión en el orden intelectual y espiritual. Especialización quiere decir fragmentación, visión parcial, limitación de nuestro horizonte. Lo que se gana en hondura se pierde en extensión.

Para dominar un campo del conocimiento, se tiene que abandonar el resto; el hombre se confina así en un punto y sacrifica la visión integral de su ciencia y la visión universal de su mundo. Sufre con ello su cultura general, que se ve obligado a soltar, como se suelta un lastre; sufre después su formación científica, porque deja de mirar la ciencia como un todo, para quedarse con una pobre pequeña rama entre las manos; sufre por último, su mundo moral, porque el sacrificio de la cultura constituye un sacrificio de los valores que debieran fijar las normas de su vida. Y en este drama del individuo de ciencia actual se perfila un riesgo inminente: la deshumanización de la medicina y la deshumanización del médico, quien solo mira la carrera fulgurante de los avances que realiza la medicina, puede no percibir los riesgos severos que esa carrera trae aparejados, capaz de hacernos cambiar el rumbo, y puede no percatarse de que las conquistas y los avances materiales tendremos, quizá, que pagarlos con una triste moneda, todos, el médico, el enfermo y la medicina misma.

Este es un problema real, no ficticio. Constituye una de las grandes preocupaciones de médicos, educadores y filósofos de nuestro tiempo. En más de una ocasión, he expresado mi inquietud por esta situación que no conocieron nuestros abuelos. Como no soy filósofo ni historiador, me doy cuenta cabal de mi escasa autoridad para abordar el tema; pero como el problema me atañe en tanto médico y en tanto educador, quiero exponer una serie de

reflexiones que intentan despertar el interés de todos, los viejos y los jóvenes. Me importa, sobre todo, dirigirme a los jóvenes, porque ellos serán los que hagan la medicina del futuro y de ellos depende el sello que le impriman como ciencia; de ellos también depende la forma de medicina que ejercerán mañana como profesión.

Yo sé muy bien que no está en el gusto de nuestra época una larga exposición de ideas generales y que los médicos habitualmente prefieren las aportaciones concretas, los hechos nuevos, las técnicas audaces o las formulaciones matemáticas que definan problemas no resueltos. Esa actitud la comprendo; en el fondo todo eso es bello. Conquistar una nueva "verdad" es como apoderarse de una estrella. Además, da la sensación de poder la embriaguez del triunfo, cosas ambas que están a tono con el alma de la juventud.

Estamos en un momento fascinante de la evolución de la medicina, es algo que miran hasta los profanos; los avances logrados en el siglo pasado y el actual valen tanto como lo acumulado en muchos siglos anteriores. Naturalmente que ese avance prodigioso no hubiera podido realizarse sin la obra de los que nos precedieron. La ciencia actual estaba ya en germen en la obra previa; pero el milagro de la semilla no mengua en nada la majestad del árbol.

Fue en este siglo cuando la medicina dejó de ser puramente clínica y la confrontación anatómica dejó de ser suficiente. Llegó un día en que se requirieron estudios minuciosos de la función orgánica, para lograrlos entraron a la medicina, primero con timidez, después tumultuosamente, la física y la química, la biología y las matemáticas, y con ellas entraron las técnicas complejas, el instrumental de precisión y el rigor del cálculo. Fue el auge del laboratorio y el comienzo de una nueva era, la era de la investigación. Las ciencias llamadas de base vinieron a cambiar el aspecto tradicional de la medicina, tratando de sustituir el conocimiento empírico por el científico y la "casta observación" por el experimento del laboratorio.

Es que en el fondo, no hay diferencia esencial sino cuantitativa; la medicina era ya científica desde antes, particularmente la del siglo XIX. No puede pedirse rigor científico mayor a las confrontaciones de Laenec ni a los experimentos de Claude Bernard. La ciencia no pudo ser más rigurosa en las manos de Virchow, ni fue nunca más desinteresada y certera que en los experimentos de Roentgen.

En nuestra especialidad el uso del ultrasonido, cirugía fetal, cardiología fetal, genética prenatal, urología ginecológica, reproducción asistida, etc. El cambio no estriba, pues, en que nuestra medicina sea científica y la otra no, sino en que ahora no es solo un aspecto fragmentario o un campo aislado

los que se transforman, sino que todos los campos de la medicina son atacados en forma científica, todos están sometidos al método experimental y en todos han entrado las ciencias llamadas básicas para aclarar los problemas.

El resultado natural de esta masa impresionante de conocimientos y de esta tecnificación de la medicina, ha sido el nacimiento de las especialidades. Imposible que un hombre pueda conocer ya, ni siquiera en sus aspectos esenciales, todo este mundo de la medicina. Imposible que pueda seguir sus rápidas transformaciones. Imposible también que pueda dominar todas las técnicas de estudio, tan variadas y complejas.

La ventaja de la especialización médica no puede ya discutirse ni en el aspecto pragmático de la profesión, ni como factor de avance en el conocimiento. Cada especialidad ha realizado la investigación clínica de su rama y todas pueden ufanarse de haber contribuido con una gran masa de aportaciones.

Habrá, pues, que reaccionar contra la tendencia que se observa en las generaciones jóvenes de considerar científica solo la investigación de laboratorio y mirar con desdén la de tipo clínico, como si fuese una forma de valor secundario. Es uno de tantos fetichismos que el hombre de estudio crea, olvidando que lo científico no depende del instrumental que se emplee sino del método que se siga y que lo meritorio no estriba en el método, por científico que sea, sino en la idea creadora. Debemos mencionar que muchas investigaciones le hacen pensar a uno en “un ciego que busca en un cuarto obscuro un sombrero negro que no está allí”.

Esa situación de aislamiento y de divorcio se acentúa cada día más. Las generaciones jóvenes parecen no haberlo advertido. Yo he podido mirarla de cerca porque llevo muchos años dedicado a eso, a la formación de especialistas en Ginecología y Obstetricia. En casi todos ellos se advierte un afán apasionado por dominar la técnica más que apropiarse del método y con facilidad se les ve desarrollar el culto de los aparatos más que la pasión por las ideas científicas. Es el error característico de nuestra época, de elevar los medios a la categoría de fines. “Ante los maravillosos resultados de la técnica, dice, el hombre de ciencia cae de rodillas ante ella, olvidándose de que es un simple medio”. En cambio, las doctrinas generales importan menos a los jóvenes y los problemas de la cultura suelen interesarles menos aún.

Es posible que surja de nuevo la sonrisa del escéptico, pensando que hay en esto una exageración y que la cultura, siendo estimable, es más un adorno que una necesidad para el especialista médico. Es burda cosa para un médico llamarse médico y hallarse vacío de filosofía y no saber de ella.

El espíritu humanista imbuido en el científico le impide poner en la ciencia una fe mítica, creyéndola de valor absoluto y la ayuda a comprender, humildemente, la relatividad de ella y a admitir que la ciencia no cubrirá nunca el campo entero de la medicina: que por grandes, por desmesurados que sean sus avances, quedará siempre un campo muy ancho para el empirismo del conocimiento, para la "casta observación" de nuestros antepasados. Si todas las reacciones orgánicas pudieran llegar un día a ser medidas, registradas y aún reproducidas en el laboratorio, quedarán siempre fuera del control riguroso del de la tecnología, las reacciones psíquicas del enfermo, sus sufrimientos y su angustia, como también quedará fuera el oscuro factor genético, que nos gobierna desde el fondo del tiempo.

La ciencia sola, no basta para llenar la actividad del científico, sino que debe completarla con la cultura humanística. De ella dependerán sus valores éticos, su capacidad de comprensión y simpatía y su espíritu de cooperación social.

En todo este campo nuevo, de estudios complejos y de experimentos, de esperanzas pagadas al precio de peligros, el investigador que lanza al mundo médico sus hallazgos tiene también su lote de responsabilidades. Vivimos en una época de producción intensa, en que el orgullo de la obra creadora o el deseo legítimo de ganar la prioridad en un descubrimiento, así sea pequeño, o aún el solo afán de la notoriedad lanza a los investigadores a una carrera de rapidez. Así le ofrecen al mundo ideas que pueden ser inmaduras y hallazgos no cabalmente confirmados, que pueden hacer más mal que bien. El investigador debe refrenar sus entusiasmos de hombre para quedarse con la serenidad del científico. Si es en materia de tratamiento no solo debe mostrar los éxitos sino los fracasos y los puntos de duda. No inducir el uso indiscriminado de lo que apenas está en estudio. No permitir que se confunda lo resuelto con lo que está en etapa experimental. No alentar el entusiasmo irreflexivo de los impreparados, ni menos aún el esnobismo de ciertos profesionales que están en busca del último anuncio de las novedades.

El riesgo mayor que confrontamos no es precisamente, el de ignorar las novedades, los últimos hallazgos. No, es el de quebrantar lentamente nuestro rigor científico, hecho a imponer bases seguras a nuestros conocimientos y a exigir pruebas antes de admitir la verdad de las cosas nuevas. Es el riesgo de olvidar la duda cartesiana, que ha sido la espina dorsal de nuestra postura científica. El torrente que vierte la literatura médica nos impide a menudo la reflexión serena y ahoga el juicio crítico. Lo que ganamos en erudición lo vamos perdiendo en sabiduría.

Por último me pregunto: ¿resistiremos sin desmerecer, esta transformación profunda de la medicina de Estado con su personaje central, el médico funcionario en vez del médico confidente? ¿Irá muriendo poco a poco este diálogo íntimo entre el paciente y su médico, para cambiarse en un trabajo rutinizado, mecanizado, cronometrado, a razón de tantas "fichas de consulta" por hora? Y aún del lado científico mismo: ¿El interés por la medicina irá ahogando el interés por el enfermo? ¿Resistiremos esta erosión filosófica, que nos lleva a deshumanizar la medicina?

Para esa voz interior que pregunta con angustia, yo no tengo la respuesta. Pero confío en que exista y elevo mi esperanza como ser pensante, cuando oigo a través de los siglos la plegaria de Maimonides: "Pueda, señor, descubrir ahora en mi saber lo que ayer no suponía, porque el arte es grande, y el espíritu del hombre penetra siempre más adelante" (Sic).

Tú tienes la última palabra…

SÍNDROME DE MAYER-ROKITANSKY-KUSTER-HAUSER TIPO II.
REPORTE DE UN CASO

Arréllaga N, Acuña V, Ferreira J, Galeano S, Vera M.
Hospital Materno Infantil San Pablo, Asunción-Paraguay

Dra. Nicely Arréllaga: Médica Residente en Ginecología y Obstetricia del Hospital Materno Infantil San Pablo.
Dr. Silvio Galeano: MD. Investigador Neurocientífico. Universidad Autónoma de Madrid – Instituto Cajal. Consejo Superior de Investigaciones Científicas, España.
Dr. Mario Vera Corna: Médico Especialista en Ginecología y Obstetricia, Jefe de Sala Departamento de Ginecología del Hospital Materno Infantil San Pablo. J. Fellow American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG postgrado en Medicina Reproductiva. Postgrado Esterilidad e Infertilidad UNAM.
Dr. Juan Carlos Ferreira: Médico Especialista en Ginecología y Obstetricia, Jefe de Departamento de Ginecología del Hospital Materno Infantil San Pablo.
Dr. Vicente Acuña: Médico Especialista en Ginecología y Obstetricia, Especialista en Cirugía General, Médico Especialista en Mastología. Especialista en Cirugía Video Laparoscopía Ginecológica e Histeroscopía. Especialista en Cirugía Gineco-Oncológica, Especializado en Hospitales de París y Versalles (Francia), Miembro de la Asociación Francesa de Cirugía. Director del Hospital Materno Infantil San Pablo.

RESUMEN

Síndrome de Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser, es una anomalía poco frecuente, causada por aplasia de conductos de Müller, se caracteriza por ausencia congénita de vagina, alteraciones uterinas (variedad tipo I), acompañada de alteraciones renales y/o esqueléticas (variedad tipo II), con fenotipo femenino y función ovárica normal.

Dentro de los hallazgos anatomopatológicos, se incluyen la ausencia de vagina y alteraciones variables del desarrollo uterino, que abarcan desde la ausencia total de éste, pasando por la existencia de un útero rudimentario en la línea media, hasta, más frecuentemente, cuernos uterinos rudimentarios cercanos a las paredes pélvicas laterales.

La forma de presentación más frecuente es la amenorrea primaria, en una joven con un desarrollo puberal normal. Al examen ginecológico, se aprecian genitales externos normales: himen normal, vagina totalmente ausente o hay un fondo de saco corto.

Otro motivo de consulta, menos frecuente, es algia pélvica, la cual puede deberse a la existencia de endometrio funcional, con hematómetra secundaria (algia pélvica cíclica), o al desarrollo de endometriosis, consecuencia del flujo menstrual retrógrado secundario a la obstrucción del tracto de salida. La repetición de menstruaciones sin salida del flujo al exterior lleva al desarrollo de hematocolpos.

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 14 años de edad, núbil, acude por presentar amenorrea primaria, dolor pélvico intenso, coincidiendo una vez al mes, sin antecedente de menarquia. Al examen físico encontramos presentes caracteres sexuales secundarios normales, genitales femeninos externos normales, destacaba un desarrollo puberal compatible con estadio Tanner IV, himen intacto, sindactilia en manos y pies.

La Ecografía y Resonancia Magnética definen múltiples malformaciones congénitas, alteración de la anatomía uterina visualizándose dos cavidades, cavidad endometrial derecha con imagen compatible con hematómetra, agenesia renal izquierda, riñón derecho con anomalía de posición, cuellos uterinos no visualizados.

Se obtuvo dosaje hormonal normal y cariotipo 46XX.

DISCUSIÓN

La laparoscopía detectó la presencia de un hemi-útero izquierdo con una cavidad rudimentaria derecha (funcional) caracterizado por la ausencia de comunicación con la misma (U4a ESHRE/ESGE classification Female genital tract anomalies)

Además se identificó la trompa y el ovario del hemi-útero izquierdo, ausencia de trompa y ovario correspondiente a la cavidad rudimentaria derecha, cuellos uterinos no visualizados (C4 ESHRE/ESGE classification Female genital tract anomalies) riñón izquierdo no identificado, focos endometriósicos dispersos en toda la cavidad.

Al examen ginecológico, se aprecian genitales externos normales: el himen normal, la vagina representa un fondo de saco corto (V4 ESHRE/ESGE classification Female genital tract anomalies).

La presencia de una cavidad funcional en la parte contralateral del hemi-útero, es el único factor clínicamente importante para las complicaciones como la hematómetra o el embarazo ectópico en el cuerno rudimentario, por lo que se procedió a la extirpación laparoscópica del mismo.

CONCLUSIÓN

Dentro de las anomalías del desarrollo, las malformaciones genitales, y principalmente las femeninas, tienen una connotación e impacto personal y social especial, producto de la amenaza que representan para el futuro reproductivo y la barrera que imponen para llevar una vida sexual normal.

Conocer más sobre este síndrome conduciría a lograr diagnósticos más rápidos, tratamientos adecuados y mejores decisiones terapéuticas.

Palabras clave: Síndrome de Mayer-Rokitansky -Küster-Hauser; Diagnóstico; Tratamiento.

ABSTRACT

Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser syndrome, is a rare anomaly caused by aplasia of Müllerian

ducts. It is characterized by a congenital absence of vagina, uterine alterations (type I variety), kidney and / or skeletal alterations (type II variety), female phenotype and normal ovarian function.

The anatomopathological findings include absence of vagina and variable alterations of uterine development, from total absence to the existence of a rudimentary uterus in the midline, to, more frequently, rudimentary uterine horns close to the lateral pelvic walls.

The most frequent clinical presentation is primary amenorrhea in a girl with normal pubertal development. Gynecological examination reveals normal external genitalia: normal hymen, absent vagina or short cul-de-sac.

Pelvic pain is a less frequent complaint, due to the existence of a functional endometrium, secondary hematometra (cyclic pelvic pain), or the development of endometriosis, a consequence of retrograde menstrual flow secondary to obstruction of the departure. Frequent menstruations with outlet obstruction leads to the development of hematocolpos.

CASE DESCRIPTION

We describe a 14 year-old female patient, nubile, who presented complaining of primary amenorrhea, intense monthly pelvic pain and no history of menarche. On physical examination we found normal secondary sexual characteristics, normal external female genitalia, a pubertal development compatible with Tanner IV stage, intact hymen and syndactyly in hands and feet.

Ultrasonography and Magnetic Resonance imaging revealed multiple congenital malformations, uterine anatomy alteration, with two cavities, a right endometrial cavity image compatible with hematometra, left kidney agenesis, abnormally-positioned right kidney and no uterine neck visualized. In addition, she had normal serum hormonal levels and a 46XX karyotype.

DISCUSSION

Laparoscopy detected a left hemi-uterus with a rudimentary right (functional) cavity characterized by the absence of communication with the left side (U4a ESHRE / ESGE classification Female genital tract anomalies).

In addition, the tube and ovary of the left hemi-uterus were identified, we noted absence of the tube and ovary corresponding to the right rudimentary cavity, unseen cervixes (C4 ESHRE / ESGE classification Female genital tract anomalies), unidentified left kidney, and scattered endometriotic foci inside the abdominal cavity.

Gynecological examination reveals normal external genitalia and hymen, the vagina represented a short cul-de-sac (V4 ESHRE / ESGE classification Female genital tract anomalies).

The presence of a functional cavity in the contralateral part of the hemi-uterus is the only

clinically important factor for complications such as hematometra or ectopic pregnancy in a rudimentary horn, which led to the laparoscopic extirpation of said cavity.

CONCLUSIONS

Within the developmental anomalies, the genital malformations, mainly the feminine ones, have a unique connotation and a personal and social impact, because of the implications for the patient's reproductive future, and the barrier that they impose to leading a normal sexual life.

Knowing more about this syndrome would lead to faster diagnoses, appropriate treatments, and better therapeutic decisions.

Keywords: Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser syndrome; Diagnosis; Treatment.

INTRODUCCIÓN

Las malformaciones congénitas del aparato genital femenino representan un verdadero desafío para el médico que debe enfrentarlas. Esto se debe a múltiples factores: demandan una adecuada comprensión del desarrollo embriológico normal del aparato genital, abarcan una amplia gama de diagnósticos diferenciales, exigen un conocimiento sólido de las distintas técnicas correctoras, necesario para decidir certeramente aquella más apta para cada caso en particular y, por último, conllevan un fuerte impacto emocional y sicológico para la paciente y su entorno, cuyo manejo apropiado es fundamental para el éxito final del tratamiento escogido.

Esto último llega a su máxima expresión en aquellas condiciones que amenazan el futuro reproductivo de la mujer y le impiden una vida sexual normal. Dentro de este grupo se ubica el síndrome de Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser (síndrome MRKH), también conocido como agenesia o aplasia mülleriana.

El presente artículo tiene por objetivo realizar una revisión detallada de esta patología.

Respecto específicamente del desarrollo de los genitales internos femeninos, estos derivan, de los conductos de Müller o paramesonéfricos, los cuales se originan de invaginaciones del epitelio celómico dorsal, laterales a los ductos mesonéfricos. En su porción cefálica, estas estructuras permanecen separadas y abiertas a la cavidad peritoneal, transformándose en las trompas de Falopio u oviductos. Hacia caudal, los ductos se fusionan y canalizan, formando una cavidad única, el futuro útero[1]. El tubérculo paramesonéfrico, punta distal de los ductos fusionados, se proyecta dentro del seno urogenital; en este sitio de encuentro se forma una densa columna celular, conocida como placa vaginal. El crecimiento de esta estructura separa el útero del seno urogenital y su posterior canalización da origen a la vagina. El himen resulta de la proliferación del epitelio vaginal en su punto de contacto con el seno urogenital.

ASPECTOS GENERALES

a) Epidemiología: Su incidencia es de 1/4.000-5.000 mujeres, siendo la causa más frecuente de agenesia vaginal (1/4.000-10.000 mujeres), y la segunda de amenorrea primaria, solo superada por la disgenasia gonadal[1,6].

b) Etipatogenia: La etipatogenia de este síndrome radica en una falla del desarrollo o fusión de los ductos Müllerianos, con la consecuente alteración de las estructuras derivadas de ellos. Su base genética no está aclarada, pero parece ser un trastorno multifactorial. Todas las afectadas tienen cariotipo normal (46XX). Se ha postulado, entre otras alternativas, una mutación o deleción en el cromosoma 16, ya que muchas pacientes tienen malformaciones renales concomitantes[1]. El riesgo de recurrencia en parientes de primer grado fluctúa entre un 1 a 5%[1].

c) Anatomía patológica: Dentro de los hallazgos anatomopatológicos, se incluyen la ausencia de vagina y alteraciones variables del desarrollo uterino, que abarcan desde la ausencia total de éste, pasando por la existencia de un útero rudimentario en la línea media, hasta, más frecuentemente, cuernos uterinos rudimentarios cercanos a las paredes pélvicas laterales[1]. Dado su distinto origen embrionario, los ovarios son normales, tanto en estructura como función.

d) Diagnóstico: La edad promedio al momento del diagnóstico va entre los 15 y 18 años[4,5]. La forma de presentación más frecuente es la amenorrea primaria, en una joven con proporciones corporales adecuadas, y un desarrollo normal de los caracteres sexuales secundarios[3]. Al examen ginecológico, se aprecian genitales externos normales, el himen también es de características normales, la vagina está totalmente ausente o hay un fondo de saco corto. La palpación rectoabdominal puede colaborar a establecer la existencia de estructuras pélvicas[5].

Otro motivo de consulta, menos frecuente, es algia pélvica, la cual puede deberse, entre otras causas, a la existencia de endometrio funcional (2-7%) 2,3, con hematometra secundaria (algia pélvica cíclica), a la presencia de miomas en el útero rudimentario o al desarrollo de endometriosis, consecuencia del flujo menstrual retrógrado secundario a la obstrucción del tracto de salida[1].

En cuanto a la realización de estudios imagenológicos complementarios en estas pacientes, la exploración generalmente comienza con la ultrasonografía pelviana. Esta puede ayudar a reconocer estructuras útero símiles y su funcionalidad (presencia de endometrio y sus características) identificar ovarios, lo cual es fundamental en el descarte de algunos diagnósticos diferenciales, y evaluar otros órganos, como los riñones, dado que la agenesia Mülleriana puede asociarse, como se mencionó con antelación, a malformaciones del sistema urinario.

Numerosos autores han sugerido que la resonancia magnética constituye la herramienta más efectiva de valoración del tracto genital en estas pacientes[2,6.]

La laparoscopía diagnóstica no es necesaria de rutina, siendo recomendada solo cuando no se logra una evaluación anatómica completa con imágenes, o cuando existe algia pélvica, buscando la presencia de un cuerno uterino funcional obstructivo o la existencia de endometriosis[2].

e) Anomalías asociadas: Dentro de los principales tenemos:

- Anomalías del aparato urinario: Se presentan en alrededor de un 40% de los casos, correspondiendo en un 15%, aproximadamente, a defectos mayores, como la agenesia renal1. Las más frecuentes son[2]:
- Riñón pélvico (uni o bilateral).
- Riñón en "herradura".
- Hidroureteronefrosis.
- Duplicidad ureteral.

Esta asociación obliga a que toda paciente con agenesia Mülleriana se someta a una evaluación imagenológica del aparato urinario (ultrasonido, pielografía intravenosa, pieloTAC).

- Anomalías esqueléticas: Presentes en un 12 a 50% de las pacientes[1,2]. En su mayoría, son alteraciones vertebrales, como por ejemplo[2]:
- Vértebras en "cuña".
- Vértebras fusionadas.
- Vértebras rudimentarias.
- Vértebras supernumerarias.

Ocasionalmente, pueden verse alteraciones de las extremidades (ejemplo: clinodactilia, polidactilia, sindactilia, hipoplasia del radio, escafoides o trapecio). Existen reportes de casos de asociación de agenesia Mülleriana con otros síndromes malformativos, como Klippel-Feil y MURCS, que incluyen anomalías de la columna cervical[5].

- Anomalías auditivas.

f) Diagnósticos diferenciales: Existe un extenso grupo de patologías en el diagnóstico diferencial de este síndrome. A continuación caracterizamos brevemente los más relevantes:

1. Trastornos del desarrollo vaginal: Incluyen las alteraciones de fusión longitudinal y transversal[1].

Las anomalías de fusión longitudinal de los ductos Müllerianos originan un doble sistema genital interno, es decir, dos hemiúteros con sus respectivos cuellos, y una doble vagina. El septo longitudinal resultante no se manifiesta con amenorrea, sino con dificultades en el coito, dispareunia o, incluso alteraciones del parto[1].

2. Síndrome de resistencia androgénica: En este cuadro, el paciente es genéticamente de sexo masculino (46, XY). Por lo tanto, sus gónadas son testículos que producen andrógenos en forma normal. Sin embargo, hay una ausencia o alteración de la función de los receptores periféricos de andrógenos[3]. Esto lleva a la regresión de los ductos de Wolff, como se explicó anteriormente, y por ende, a ausencia de las estructuras derivadas de ellos.

Como la producción y acción de AMH es normal, también se produce supresión Mülleriana[3].

MANEJO

Antes de entrar en detalles sobre las características de las distintas alternativas terapéuticas, disponibles actualmente, para el tratamiento de pacientes con agenesia Mülleriana, es necesario hacer algunas consideraciones básicas, comunes al manejo de cualquier mujer con esta patología:

- Su diagnóstico conlleva un fuerte estrés emocional para la afectada, dado las implicancias que tiene sobre su vida sexual y reproductiva futura. Esta situación demanda, por parte del tratante, un esfuerzo máximo por controlar el impacto inicial de la noticia, evitando que se transforme en una amenaza para cumplir las metas terapéuticas trazadas. El bienestar mental y la cooperación de la paciente son vitales en el éxito de cualquier tratamiento[4]. En vista de todo lo anterior se recomienda el concurso de un equipo multidisciplinario de manejo, incluidos especialistas en salud mental.

Dentro de los puntos a trabajar, es muy importante enfatizar que la existencia de esta anomalía no altera la "naturaleza" de mujer de la paciente, resaltando que su función ovárica es absolutamente normal. De la misma manera, hay que dejar claro desde el inicio que actualmente se dispone de técnicas que permiten la creación de una neovagina apta para una vida sexual normal. Por último, se deben aclarar dudas sobre el tema de fertilidad, entregando información adecuada sobre las alternativas con las que se cuenta para lograr la maternidad[3].

- El momento de reconstrucción neovaginal es electivo, independiente del tratamiento elegido. Se recomienda hacerlo a una edad en que la paciente tenga consciencia de la naturaleza de su enfermedad y del procedimiento a realizar; de este modo, se debe evitar la corrección en la infancia, la que ha demostrado altas tasas de fracaso y reintervención[2,6].

- El objetivo del tratamiento es crear una vagina adecuada para una vida sexual normal, que idealmente requiera los menores cuidados posibles. Para lograr lo anterior, se cuenta con técnicas quirúrgicas y no quirúrgicas. Ninguna de éstas es perfecta y aplicable en todos los casos. En la actualidad, las no quirúrgicas son recomendadas como tratamientos de primera línea, reportándose recientemente, tasa de mayor éxito, del 90%[2,4].

- Si se opta por un tratamiento quirúrgico, debe tenerse un conocimiento preoperatorio acabado de la anatomía pelviana de la paciente, descartando la presencia de anomalías frecuentemente asociadas, como un riñón pélvico o doble sistema ureteral, que pudiesen dificultar o alterar el procedimiento planificado[2.]

El grupo de trabajo CONUTA ESHRE / ESGE para el estudio de las malformaciones congénitas del tracto genital femenino presenta el nuevo sistema de clasificación ESHRE / ESGE. El desarrollo del sistema se basó en un nuevo enfoque clínico para

la clasificación de anomalías uterinas propuestas. La anatomía uterina es la base del nuevo sistema.

Las anomalías cervicales y vaginales están clasificadas en subclases coexistentes independientes. Parece que el nuevo sistema cumple con las necesidades y expectativas de un gran grupo de expertos en el campo. Los médicos pueden usar la Fig. 3 para una descripción fácil y precisa de anomalías y también podrían dibujar el esquema de la malformación.

El sistema de clasificación ESHRE / ESGE de anomalías genitales femeninas también podría usarse como punto de partida para el desarrollo de directrices para su diagnóstico y tratamiento[7].

ESHRE/ESGE classification
Female genital tract anomalies

	Uterine anomaly		Cervical/vaginal anomaly
	Main class	*Sub-class*	*Co-existent class*
U0	Normal uterus		
U1	Dysmorphic uterus	a. T-shaped b. Infantilis c. Others	
U2	Septate uterus	a. Partial b. Complete	
U3	Bicorporeal uterus	a. Partial b. Complete c. Bicorporeal septate	
U4	Hemi-uterus	a. With rudimentary cavity (communicating or not horn) b. Without rudimentary cavity (horn without cavity/no horn)	
U5	Aplastic	a. With rudimentary cavity (bi- or unilateral horn) b. Without rudimentary cavity (bi- or unilateral uterine remnants/aplasia)	
U6	Unclassified malformations		
U			***C*** ***V***

C0	*Normal cervix*
C1	*Septate cervix*
C2	*Double 'normal' cervix*
C3	*Unilateral cervical aplasia*
C4	*Cervical aplasia*
V0	*Normal vagina*
V1	*Longitudinal non-obstructing vaginal septum*
V2	*Longitudinal obstructing vaginal septum*
V3	*Transverse vaginal septum and/or imperforate hymen*
V4	*Vaginal aplasia*

Associated anomalies of non-Müllerian origin:

Drawing of the anomaly

Figura 1 Esquema para la clasificación de las anomalías del aparato genital femenino según el nuevo sistema de clasificación ESHRE / ESGE.

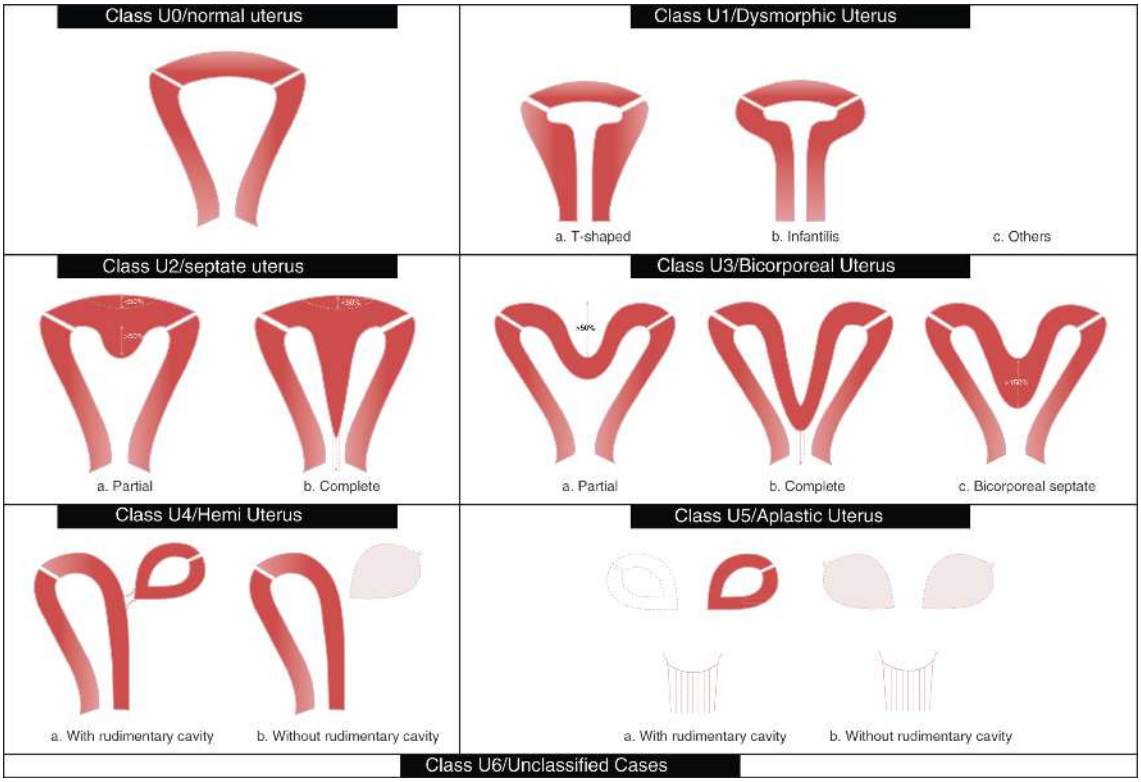

Figura 2 Clasificación ESHRE / ESGE de anomalías uterinas: representación esquemática (Clase U2: indentación interna >50% del grosor de la pared uterina y contorno externo recto o con sangría, <50%, clase U3: indentación externa >50% del grosor de la pared uterina, clase U3b: ancho de la hendidura del fondo uterino en la línea media >150% del espesor de la pared uterina).

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 14 años de edad, núbil, acude por presentar amenorrea primaria, dolor pélvico intenso, coincidiendo una vez al mes, sin antecedente de menarquia. Al examen físico encontramos presentes caracteres sexuales secundarios normales, genitales femeninos externos normales, destacaba un desarrollo puberal compatible con estadio Tanner IV, himen intacto, sindactilia en manos y pies, incontinencia urinaria por rebosamiento desde su nacimiento.

La Ecografía y Resonancia Magnética definen múltiples malformaciones congénitas, alteración de la anatomía uterina visualizándose dos cavidades, cavidad endometrial derecha con imagen compatible con hematómetra, agenesia renal izquierda, riñón derecho con anomalía de posición, cuellos uterinos no visualizados.

Se obtuvo dosaje hormonal normal: LH 7.0mUI/ml; FSH 9.36 mUI/ml; Estradiol 77.0 pg/ml y cariotipo 46XX.

DISCUSIÓN

La laparoscopía detectó la presencia de un hemi-útero izquierdo con una cavidad rudimentaria derecha (funcional) caracterizado por la ausencia de comunicación con la misma (U4a ESHRE/ESGE classification Female genital tract anomalies) [7].

Además se identificó la trompa y el ovario del hemi-útero izquierdo, ausencia de trompa y ovario correspondiente a la cavidad rudimentaria derecha, cuellos uterinos no visualizados (C4 ESHRE/ESGE classification Female genital tract anomalies) 7 riñón izquierdo no identificado, focos endometriósicos dispersos en toda la cavidad.

Al examen ginecológico, se aprecian genitales externos normales, el himen normal, la vagina representa un fondo de saco corto (V4 ESHRE/ESGE classification Female genital tract anomalies) [7].

La presencia de una cavidad funcional en la parte contralateral del hemi-útero, es el único factor clínicamente importante para las complicaciones como la hematómetra o el embarazo ectópico en el cuerno rudimentario, por lo que se procedió a la extirpación laparoscópica del mismo[7].

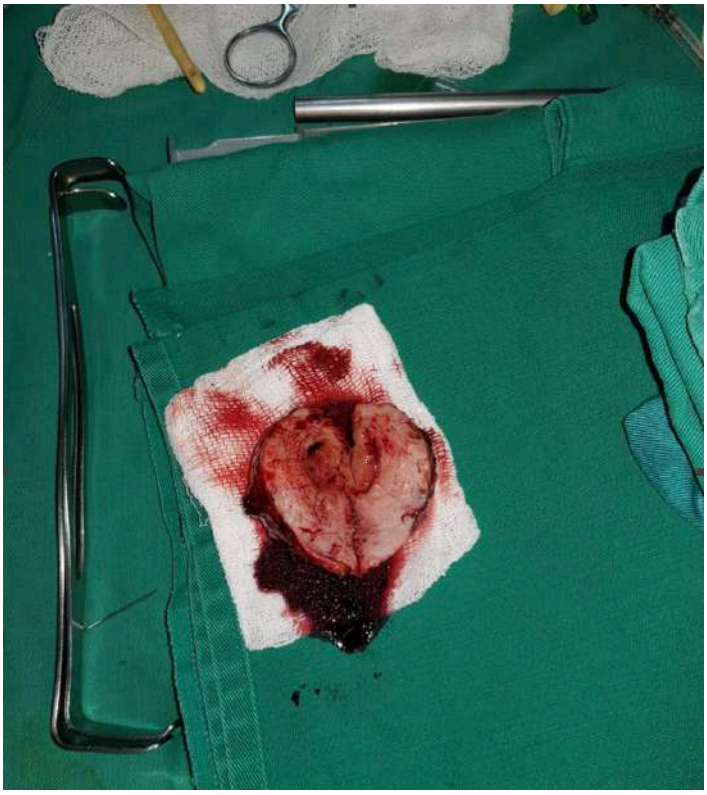

Figura 3. Pieza operatoria correspondiente a la cavidad uterina rudimentaria del lado derecho conteniendo hematómetra en su interior.

CONCLUSIÓN

Dentro de las anomalías del desarrollo, las malformaciones genitales y principalmente las femeninas, tienen una connotación e impacto personal y social especial, producto de la amenaza que representan para el futuro reproductivo y la barrera que imponen para llevar una vida sexual normal.

Conocer más sobre este síndrome conduciría a lograr diagnósticos más rápidos, tratamientos adecuados y mejores decisiones terapéuticas.

BIBLIOGRAFÍA

1.Pomes C. Cristián, Barrena M. Nicanor. SINDROME DE MAYER-ROKITANSKY-KÜSTER-HAUSER: EXPERIENCIA CON VAGINOPLASTIA POR TRACCION LAPAROSCOPICA. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2003 [citado 2018 Dic 14] ; 68(1): 42-48. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262003000100009&lng=es. http://dx.doi.org/10.4067/S07177526200300010000

2.Edmonds DK: Congenital malformations of the genital tract. Obstet Gynecol Clin North Am 2000; 27(1): 49-62.

3.Templeman C, Lam AM, Hertweck SP: Surgical management of vaginal agenesis. Obstet Gynecol Surv 1999; 54: 583-91.

4.ACOG Committee Opinion. Número 74. Nonsurgical diagnosis and management of vaginal agenesis. Obstet Gynecol 2002; 100(1): 213-16.

5.Laufer MR: Congenital absence of the vagina: in serch of the perfect solution. When, and by what technique, should a vagina be created? Curr Opin Obstet Gynecol 2002; 14 (5): 441-44.

6.Breech LL, Laufer MR: Obstructive anomalies of the female tract. J Reprod Med 1999; 44(3): 233-40.

7.Edmonds DK: Vaginal and uterine anomalies in the paediatric and adolescent patient. Curr Opin Obstet Gynecol 2001; 13: 463-67.

8.Human Reproduction, Vol.28, No.8 pp. 2032–2044, 2013 Advanced Access publication on June 14, 2013 doi:10.1093/humrep/det098 The ESHRE/ESGE consensus on the classification of female genital tract congenital anomalies†,‡ Grigoris F. Grimbizis1,2,*, Stephan Gordts1, Attilio Di Spiezio Sardo1, Sara Brucker1, Carlo De Angelis1, Marco Gergolet1, Tin-Chiu Li1, Vasilios Tanos1, Hans Bro¨lmann1, Luca Gianaroli1, and Rudi Campo1

IMPLICACIONES SOCIALES Y MÉDICAS DEL INCREMENTO DE LA CIRUGÍA CESÁREA, ¿ESTÁ JUSTIFICADO?

Dra. María Fernanda Fernández Corzas
• Médico Gineco – Obstetra
Centro Especializado para la Atención de la Mujer
Hospital Ángeles Lomas

INTRODUCCIÓN

La operación cesárea es una intervención quirúrgica que permite el nacimiento del feto a través de la pared abdominal (laparotomía) y del útero (histerectomía) cuando este resulta complicado o se dificulta el trabajo de parto. [1]

Considerada por muchos años como una intervención delicada por sus efectos en la mortalidad materno-fetal, mismas que han disminuido con el advenimiento de antibióticos, técnicas de asepsia, nuevas técnicas quirúrgicas y nuevas tecnologías. Actualmente presenta una gran aceptación dentro del ámbito médico y social.

El hecho de que este procedimiento en la actualidad puede pedirse prácticamente a la carta llama a los profesionales de la salud a establecer protocolos basados en la evidencia que permita homogeneizar criterios para su aplicación ajustándose al juicio y pericia clínica con el análisis individual de riesgos y beneficios. [2]

En los Estados Unidos de América se ha calculado que aproximadamente la mitad de las

cesáreas son innecesarias, en un escenario donde los honorarios médicos por cesárea corresponden al doble de los cobrados por nacimientos normales. En América Latina se estima que cada año ocurren 850,000 cesáreas no justificadas. [3]

RECUENTO HISTÓRICO

Origen del procedimiento

El origen del procedimiento no es del todo conocido; existen diferentes teorías del mismo. Los primeros reportes de cesárea datan del siglo XV d.C. EL término es atribuido de acuerdo con diferentes versiones a Julio César, quien -en un supuesto- nació por vía abdominal. El relato proviene de Plinio el Viejo; sin embargo en los libros de historia mencionan que la madre de Julio César vivió mientras éste gobernaba haciendo la versión de su nacimiento probablemente un mito. [2]

Otra versión proviene de las leyes romanas de Numa Pompilio, "Ley Regia o Ley César", en la que se impone la extracción abdominal post mortem para salvar al feto, es importante recalcar que en esa época no se consideraba humano al feto por nacer.

Finalmente y de manera más simple se argumenta que el verbo latino "caedere", que significa cortar, simplemente fue adaptado al nacimiento de un niño mediante un corte.[4] En la Roma Imperial a los recién nacidos por esa vía se les llamaba cesons o caesares.[2]

Evolución de la cesárea

-"Lex Regia: prohíbe enterrar a una mujer que ha muerto durante el embarazo, antes de extraerle el fruto por escisión del abdomen. Quien obre en contra de esto, destruye evidentemente la esperanza de un ser viviente". [5]

Es el cristianismo que atribuye dicho trabajo normativo a Justiniano, emperador del Bizancio.[4] A diferencia de la ley cristiana, el catolicismo dicta a través de sus diferentes concilios que es obligatoria la apertura del vientre de la madre difunta, siempre y cuando hubiera motivos para pensar que el feto se mantuviera con vida. Fue así que hasta el siglo XVI la operación cesárea se practicó únicamente en la madre muerta para salvar el feto, sin embargo la sobrevivencia del feto era poco probable debido al tiempo que tomaba realizar la operación. [6]

Existen autores que consideran que el verdadero creador del nombre de la operación cesárea fue el médico francés Francois Rousset quien habla de una de "section Caesarienne "en su obra publicada en 1581 "Traité Nouveau de L´hystérotomotokie ou L´enfantement cesaroen" (Nuevo Tratado de la histerotomía o parto cesariano) en donde se

recomienda por primera vez el procedimiento en una mujer viva. Curiosamente en esta obra no se aconseja la sutura del útero lo cual fue aceptado como verdad indiscutible por muchos años. [5]

La primera referencia exitosa en una mujer viva, tanto para la madre como para el recién nacido, fue practicada por Jacob Nufer (castrador de cerdos) en 1500.3,4 No obstante, no fue hasta 1610 que se presentó el primer caso aceptado sin objeción sobre el procedimiento realizado en una mujer viva y se llevó a cabo en Alemania por Trautmann y Seest; se realizó en una mujer con un traumatismo abdominal que implicó la ruptura uterina, convirtiéndolo en un procedimiento de urgencia. En este caso el recién nacido sobrevivió, no así la madre quien falleció 25 días posteriores al procedimiento por choque séptico.[7]

Tales avances sobre la operación cesárea se vieron obstaculizados durante el siglo XVII donde dos de los más importantes obstetras de la época: el alemán Cornelio Solingen y el Francés Francois Mauriceau condenaron el procedimiento.[5]

En 1772 en Nueva España se repetía la práctica de las cesáreas post-mortem, independientemente de si el recién nacido en potencia se encontraba vivo o muerto; el objetivo de este procedimiento era poder proceder a su bautismo. La primera de ellas se realizó en 1795 en Chiautla de la Sal.[8]

No fue sino hasta 1793 que se llevó a cabo la primera cesárea con éxito en Inglaterra, seguida por Estados Unidos con un año de diferencia. En Latinoamérica casi treinta años después, en 1820 se llevó a cabo la primera cesárea in vitam en Venezuela.[2] En México se tuvo que esperar un poco más, en 1877 se llevó a cabo en Monterrey la primera cesárea en una mujer viva por JB Meras y JH Meras. El feto no vivía antes de ser realizado el procedimiento, la madre sobrevivió y se recuperó a los 25 días.[2]

Problemas que ha enfrentado la cesárea a lo largo de los años :

- Aliviar el dolor durante la intervención quirúrgica
- Prevención y tratamiento de las infecciones
- Control de la hemorragia

La introducción de fármacos anestésicos en el Siglo XIX, siendo James Young Simpson quien introdujo el uso de cloroformo en la obstetricia. La asepsia de la piel, introducida por Robert Koch y Joseph Lister. Considerando que las principales causas de mortalidad materna asociada al procedimiento eran la hemorragia y la infección, se revolucionó el enfoque de la cirugía en 1876 con el cirujano Edoardo Porro quién describió la primera cesárea seguida de histerectomía subtotal con éxito para el binomio. [2]

Lo que a pesar de ser un gran avance al reducir de manera significativa la mortalidad materna, no representaba lo mismo para el futuro reproductivo de la paciente. En México, el doctor Juan María Rodríguez en 1884 realizó lo que se conoció como al operación de Porro y a pesar de que el recién nacido sobrevivió, la madre no. [8]

El cierre de la pared uterina desde 1851 ha resultado una gran controversia para el mundo de la medicina y fue entonces que en 1882 los ginecólogos alemanes Ferdinand Adolf Kehrer y Max Sänger introdujeron con éxito la sutura de plata.

La técnica Sänger consistía en incidir longitudinalmente el cuerpo del útero en la cara anterior, a esta incisión después se le conocería como clásica. La incisión transversa en el segmento inferior se atribuye a Kehrer.

La cesárea como la conocemos hoy

J. Munro-Kerr médico inglés introdujo en 1921 la técnica Kehrer y fue cinco años más tarde, en 1926 que introdujo una modificación de la misma. Se trataba de una incisión transversal o semilunar en el útero, convirtiéndose rápidamente por su facilidad de reproducción, en la técnica ideal de histerotomía durante el siglo XX.[2]

Gracias a la introducción durante los años treinta y sesenta del uso de transfusiones sanguíneas, aparición de antibióticos, anestesia segura, entre otros, fueron los grandes avances que han logrado disminuir de manera considerable los riesgos de morbilidad y mortalidad propios de esta operación.

EPIDEMIOLOGÍA

A nivel mundial se puede hablar de una tendencia en ascenso de la prevalencia de la cesárea. A comienzos de la década de los noventa, las tasas elevadas de cesáreas eran un fenómeno propio de los países latinoamericanos. Conservándose en los países desarrollados tasas relativamente bajas entre el 16.8 y 40 % [9] . Hoy en día se puede decir que esta práctica se ha extendido de manera mundial cual “epidemia”.

El Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano de la OMS inició un estudio sobre la epidemiología de la cesárea en 1985. El estudio se dividió en fases: la primera con 178 instituciones a lo largo de 17 países con una tasa de nacimiento por vía abdominal de 29.1 % en México [2], siendo los servicios de salud privados donde más se llevaba a cabo, seguido de instituciones de seguridad social, hospitales universitarios y por último hospitales dependientes de la Secretaría de Salud.[2] También se abordó el tema de la estancia hospitalaria la cual se duplicaba en caso de cesárea, sin embargo no pudo identificar el estudio.

En Latinoamérica nacen cerca de 11 millones de niños cada año, observándose un aumento en la tasa de cesáreas de 15 al 35% en los últimos años, lo que representa dos millones de cesáreas adicionales por año1. Los principales países que practican la operación cesárea son Chile con un 40%, seguido de Puerto Rico 31.0% y Brasil con un 30%. En Estados Unidos los índices subieron del 5% al 23% de 1988 al 2000. El panorama en Europa a pesar de contar con índices altos se mantiene inferior a aquellos en América, siendo en España del 23% y en Reino Unido del 21% [2]. En países desarrollados y en vías de desarrollo para cada aumento del 1% en la tasa de cesáreas hay incremento en gastos de 9.5 millones de dólares. [1]

El incremento en la frecuencia de esta intervención se considera un problema de salud. En México el aumento notable de estos procedimientos sin indicaciones justificadas han sido motivo de alerta para las instituciones de salud, por lo que la Secretaría de Salud, la Federación y la Asociación Mexicana de Ginecología y Obstetricia, así como la Asociación Mexicana de Obstetricia y Ginecología Infantojuvenil han unido esfuerzos para implementar estrategias tendentes a su disminución[10]. La Secretaría de Salud llevó a cabo un análisis durante cinco años en los periodos comprendidos entre 1990-1995 mostrando un incremento del 13.5% al 21.9% respectivamente, esta vez haciendo referencia a una correlación positiva y significativa estadísticamente entre la incidencia de cesáreas y la mortalidad materna, sin asociación con la disminución en la mortalidad perinatal.[11]

En el 2002, en México, la incidencia de cesáreas era del 36%, de los cuales correspondía del 56.9 –70% de los nacimientos en el ámbito particular. [2]

Es importante reconocer que en la proporción en que disminuya el porcentaje de cesáreas en pacientes primigestas, disminuirá secundariamente el número de cesáreas iterativas, que corresponde a una de las primeras causas de indicación de cesárea junto con la desproporción cefalopélvica que representan el 53.4%.[10, 12] Las distocias representan hasta una tercera parte, mientras que la presentación podálica y la baja reserva fetal representan el 10% de las indicaciones.[12]

De acuerdo con la Norma Oficial Mexicana el índice recomendado de cesáreas es de 15% para los hospitales de segundo nivel y de 20% para los de tercer nivel. Siendo que en algunos países se acepta la posibilidad de que esta incidencia sea hasta de 29%.13 Los reportes actuales en México ascienden hasta el 40% motivados por múltiples factores tales como: avance tecnológico, cambios de patrón cultural, aspecto profesional y económico, morbimortalidad materno-fetal asociada, la proporción de pacientes referidas a centros de tercer nivel de atención, aumento del promedio de edad materna, en especial nulíparas; utilización de la monitorización fetal electrónica, disminución de utilización del fórceps y del vacuum, incremento de la prevalencia de obesidad durante la gestación. [10] Pero lo que más

nos debe preocupar como comunidad médica son las cesáreas por mal uso de la evidencia y desapego a las guías de práctica clínica y a la normatividad institucional. [10,14]

Durante el 2013, la Organización Mundial de la Salud (OMS) reportó para el periodo que comprende de 2005 a 2011, cifras cercanas a lo establecido en Suecia (17%), Francia (21%) y Argentina (23%); en el otro extremo, se reportaron Alemania (32%), Australia (32%), Estados Unidos de América (33%), Portugal (36%), Corea (37%), Chile (37%), México (39%), Irán (40%), Mauricio (44%) y Brasil (52%).[19] En México hubo un incremento casi del 3% con respecto al reporte del año 2009 (2000-2008). [15,16]

INDICACIONES

Inicialmente indicada como último recurso cuando el parto por vía vaginal parecía imposible, con la finalidad de proteger la vida materna a pesar de que su mortalidad era cercana al 100% .

Las indicaciones de cesárea han incrementado a medida que se redujo su mortalidad y se identificaron medidas para asegurar el procedimiento. Tal es su grado de seguridad actualmente que es posible hablar de cesárea a petición del paciente.

La cesárea es un tratamiento que tiene indicaciones precisas y su único objeto es asegurar la salud de la madre y de su hijo, por lo que solo se debe indicar cuando un parto vaginal sea riesgoso para ellos. Por otra parte, si bien es cierto que la cesárea representa un riesgo mayor que el parto vaginal, no parece aplicar esta consideración en el contexto de subgrupos de pacientes con algún factor de riesgo, o en los cuales la evolución del parto ya no es adecuada.

La autonomía de la madre en torno a la decisión de si se debe o no practicar el procedimiento debe tener lugar en el supuesto que basado en criterios clínicos las dos opciones de nacimiento sean igualmente válidas habiendo tomado en cuenta las condiciones particulares y los factores de riesgo de ese mismo caso particular. Bajo ninguna circunstancia se debe poner en riesgo la vida de la madre y del feto con tal de favorecer las preferencias de la paciente. Una solicitud espontánea de cesárea bajo los efectos álgicos de las contracciones, no informada o irreflexiva no alcanza los criterios éticos de un juicio basado en la autonomía.

Muñoz et al.,14 en el 2011, en su análisis acerca de la indicación de cesárea muestra una enorme lista con 45 diagnósticos, que resumidos por orden de frecuencia y tratando de integrar

grupos de acuerdo con las indicaciones más frecuentemente reportadas, se encontró que la causa número uno es la baja reserva fetal seguida de la cesárea iterativa, cuello desfavorable, desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, desproporción cefalopélvica, dilatación estacionaria y distocias.

Una variable muy influyente es la posibilidad de parto luego de una cicatriz de cesárea. La tasa de parto vaginal luego de una cesárea con incisión uterina transversa baja se abrió paso en los años 80, llegando al 28,9% en Estados Unidos en 1996. El Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología (ACOG) en su Practice Bulletin de agosto de 2010 -y reafirmado en 2013- establece un listado de recomendaciones que se detalla en la tabla 1. [17]

Tabla 1 Recomendaciones de la ACOG para practicar parto vaginal después de una cesárea

Nivel de evidencia A	- La mayoría de las mujeres con una cesárea previa mediante incisión transversa. baja uterina son candidatas a ofrecer intento de parto vaginal postcesárea. - Puede en estas pacientes ser utilizada la anestesia epidural. - No se debe utilizar Misoprostol en tercer trimestre en presencia de cesárea previa o cirugía mayor uterina.
Nivel de evidencia B	- Mujeres con dos cesáreas previas transversas bajas podrían ser candidatas a intento de trabajo de parto. - Embarazos gemelares con una cesárea transversa baja, sin otra contraindicación son candidatas a intento de trabajo de parto. - Pacientes con presentación podálica y no otra condición de riesgo más cesárea transversa baja son candidatas a versión externa. - Pacientes con incisión uterina no cesárea transversa baja o con contraindicación de parto vaginal no son candidatas a intento de trabajo de parto. - Es posible utilizar inducción de trabajo de parto por complicaciones maternas o fetales para intento de trabajo de parto. - Pacientes cuyo tipo de incisión uterina es desconocida no tienen contraindicación intento de parto, salvo que existan altos elementos de sospecha de incisión clásica.
Nivel de evidencia C	- El intento de trabajo de parto en cesárea anterior debe ser realizado en instituciones con capacidad de cirugía de emergencia, cuando no sea así la paciente debe estar informada de esta limitación. - Luego de adecuada consejería, la decisión de intento de trabajo de parto o cesárea electiva debe ser tomada por la paciente en consulta con su médico tratante. La documentación de consejería y plan de manejo debe ser incluida en la ficha clínica.

De acuerdo con las indicaciones podemos clasificar la cesárea como urgente cuando ésta se practica para resolver o prevenir una complicación materna o fetal en etapa crítica; y electiva cuando se programa el procedimiento con anticipación y se ejecuta antes de que inicie el trabajo de parto.[10]

Existen indicaciones maternas, fetales o mixtas expuestas en el estatuto de Cesárea Segura, propuesto por la Secretaría de Salud.[10]

1) CAUSAS MATERNAS

- Distocia de partes óseas (desproporción cefalopélvica):
  - Estrechez pélvica.
  - Pelvis asimétrica o deformada.
  - Tumores óseos de la pelvis.

- Distocia de partes blandas:
  - Malformaciones congénitas.
  - Tumores del cuerpo o segmento uterino, cérvix, vagina y vulva que obstruyen el conducto del parto.
  - Cirugía previa del segmento y/o cuerpo uterino, incluyendo operaciones cesáreas previas.
  - Cirugía previa del útero, vagina y vulva que interfiere con el progreso adecuado del trabajo del parto.

- Distocia de la contracción.
  - Hemorragia (placenta previa o desprendimiento prematuro de la placenta normoinserta)
  - Patología materna incluyendo (nefropatías, cardiopatías, hipertensión arterial o diabetes mellitus, etc).

2) CAUSAS FETALES

- Macrosomía fetal que condiciona desproporción cefalopélvica.
- Alteraciones de la situación, presentación o actitud fetal
- Prolapso de cordón umbilical
- Sufrimiento fetal
- Malformaciones fetales incompatibles con el parto
- Embarazo prolongado con contraindicación para parto vaginal
- Cesárea postmortem

3) CAUSAS MIXTAS

- Desproporción cefalopélvica
- Preeclampsia/eclampsia
- Embarazo múltiple
- Infección amniótica
- Isoinmunización materno-fetal

Existen 4 principales indicaciones de la operación cesárea. [10]

1. Desproporción cefalopélvica: Se da por al relación que existe entre la pelvis materna y el feto. Ocurre en las siguientes circunstancias: pelvis estrecha, deformada u obstruida y feto normal con buena actitud. Una pelvis normal pero un feto grande, anómalo o con mala actitud y finalmente pelvis y feto normales después de una prueba de trabajo de parto fallido.
2. Cesárea previa
3. Sufrimiento fetal
4. Ruptura prematura de membranas
5. Presentación pélvica

A pesar de que la ruptura de membranas no se considera entre las principales indicaciones médicas, en nuestro país se ha observado que esta complicación condiciona un incremento relativo en el número de cesáreas. [9]

Ahora bien, cabe resaltar que de las indicaciones previamente mencionadas, si usamos la lógica médica no se trata estrictamente de situaciones de urgencia. Siendo éstas sujetas al criterio médico por ende directamente proporcional a la pericia clínica y experiencia; por lo tanto una cesárea de urgencia podría resumirse a si existe o no sufrimiento fetal o una situación que ponga en peligro la vida de la madre.

Todo parece entonces esclarecerse; sin embargo, cómo se define el sufrimiento fetal. Existen diferentes puntos de vista con sus respectivas justificaciones a continuación mencionamos algunas de ellas.

De acuerdo con la Secretaría de Salud en su lineamiento de cesárea segura, dicta que se define como tal a una alteración causada por la disminución del intercambio metabólico maternofetal, que ocasiona hipoxia, hipercapnia, hipoglucemia y acidosis. Dichas alteraciones desembocan en alteraciones del funcionamiento celular que puede conducir a daños irreversibles que impliquen secuelas en la vida adulta o incluso la muerte fetal. [10]

Causas de sufrimiento fetal reversibles: hipotensión materna, hipercontractilidad por uso de oxitócicos.[10] Irreversibles: causas fetales, placentarias o del cordón umbilical.

Estas alteraciones mencionadas pueden resultar vagas o incluso difíciles de evaluar si hablamos de que el feto se encuentra aún dentro de la madre, impidiendo la toma de muestra de laboratorios, por ejemplo. Por ello se llegó a un consenso en el que se toman las “alteraciones de la frecuencia fetal” como indicador. [10]

El sufrimiento fetal puede ser agudo o crónico y generalmente se encuentra relacionado con cierto compromiso de perfusión placentaria (infecciones, trastornos hipertensivos, isoinmunización Rh, diabetes con daño vascular, anemia severa).[10] Sobra decir que a estos embarazos se les considera de alto riesgo por lo que deben ser vigilados con pruebas de bienestar fetal y al detectar alteraciones del bienestar evaluar la vía más adecuada para la interrupción de la gestación.

El sufrimiento fetal agudo es aquel que se presenta durante el trabajo de parto sustentado fundamentalmente en alteraciones en la frecuencia cardiaca fetal, pudiendo acompañarse de la presencia o no de meconio y alteraciones del pH de la sangre capilar obtenida de la piel cabelluda fetal (recurso que no se cuenta con facilidad en las instituciones de nuestro país).

En términos generales, el sufrimiento fetal es impreciso e inespecífico con un bajo valor predictivo incluso en poblaciones de alto riesgo, con frecuencia asociado a recién nacidos con buenas condiciones, determinadas por el Índice de Apgar y la gasometría obtenida del cordón umbilical o ambos. Es por eso que resulta lógico sustituir el término por estado fetal no tranquilizador.[18]

Es importante recalcar que la sola presencia de meconio no es una indicación para terminación inmediata del embarazo, se debe considerar en el contexto que se acompañe de alteraciones de la frecuencia cardiaca fetal y si ocurren cambios en su coloración y densidad. [10]

Existen diferentes métodos para evaluar la frecuencia cardiaca fetal (FCF), como el estetoscopio de Pinard, equipo doppler, cardiotocografía (en el que se evalúan además las aceleraciones y desaceleraciones). Se considera FCF normal a 110-160 lpm.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) el 2014 en una convención realizada en Ginebra, Suiza, analizó las asociaciones entre las tasas de cesárea y los resultados perinatales y neonatales. Concluyendo que las tasas de cesáreas superiores al 10% no se asocian a la reducción en la mortalidad materna y neonatal por lo que se deben de realizar a toda paciente que lo necesite en lugar de intentar alcanzar una tasa determinada.[19]

INCREMENTO DE CESÁREAS Y SUS RIESGOS

Si bien hay una relación significativa con la oferta de hospitales privados, así como los factores sociales de las pacientes, es cierto que el uso de la ultrasonografía y la monitorización electrónica de la frecuencia cardiaca como una constante en la

práctica actual de la obstetricia se acompaña de una sobreestimación de las potenciales complicaciones fetales sumadas a las preferencias mismas del obstetra representan los principales motivos del incremento de cesáreas.

En lo que respecta a las instituciones privadas, la tasa de cesáreas es menor que aquella en instituciones privadas principalmente al hecho de que en éstas el obstetra debe agotar los recursos para obtener un parto y justificar su decisión de cesárea apegado a las Guías de Práctica Clínica sumado a que la autonomía de la paciente y su derecho de petición de cesárea en estas instituciones es prácticamente nulo.

Por otro lado, la práctica en el sector público desafortunadamente se ha vuelto defensivo, quitándole al médico libre albedrío sobre su práctica o sometiéndolo a números de productividad, quitándole al médico el incentivo principal de la búsqueda de un parto vaginal, limitando la práctica a la búsqueda del menor de los daños, de la mayor productividad todo con la finalidad de evitar los posibles conflictos legales; se redujo de manera significativa el uso de fórceps e incluso en las escuelas de obstetricia actuales se practica con poca frecuencia, tal es el caso que los ginecólogos recientemente egresados no se sienten preparados y que prefieren la cesárea, igualmente es el caso de los partos con presentación pélvica. Nuevamente estas acciones como ya se mencionó anteriormente promovidas por una práctica "segura" donde se busca el menor número de "complicaciones" perinatales lo cual se refleja en el menor número de demandas médicas, la mayoría promovidas por la poca y mala información de las pacientes.

Se puede decir que actualmente tanto en el ámbito de los pacientes como en el médico se le ve como un procedimiento a la carta en el que el médico se evita las largas jornadas vigilando un trabajo de parto de más de 12 horas contra un procedimiento relativamente rápido y en mayor control de las manos del cirujano. Por la comodidad que representa para el paciente y el médico el poder programar el nacimiento, el miedo a las contracciones uterinas y modificaciones de los genitales así como las disfunciones sexuales.

Lo anterior resulta abrumador debido a las complicaciones del procedimiento quirúrgico en cuestión el cual es, de una manera incorrecta, visto por la mayoría de las pacientes como un procedimiento seguro 100%. Las complicaciones pueden ir de 3–30 veces más comparadas con el parto vaginal. [2]

De una gran lista de las complicaciones asociadas a continuación se mencionan algunas: hemorragia, la necesidad de transfusión sanguínea,

infección, lesión de la vejiga e intestino, y trombosis venosa profunda de miembros inferiores. De las principales destacan las infecciones, que representan asimismo, el principal motivo de re-ingreso. A esta lista se suman las circunstancias propias del embarazo y periparto como la ruptura prematura de membranas de más de seis horas de evolución y la corioamnioitis, la existencia de comorbilidad, la preeclampsia, la obesidad, la nuliparidad, la hemorragia transoperatoria, la cesárea de emergencia y el número de revisiones vaginales. [20]

En la tabla 2 se exponen los resultados maternos y neonatales adversos según el tipo de resolución del embarazo.

Tabla 2. Riesgos maternos y neonatales de acuerdo al tipo de resolución del embarazo.

RIESGO		
MATERNO	**PARTO VAGINAL**	**CESÁREA**
Morbimortalidad general	0,9-8,6 %	2,7-9,2 %
Mortalidad materna	3,6:100.000	13,3:100.000
Embolia líquido amniótico	3,3-7,7:100.000	15,8:100.000
Laceración perineal 3er-4to grado	1,0-3,0 %	NA
Anomalías inserción placenta	Incrementa con cesárea previa y aumento en forma progresiva en cesáreas subsiguientes.	
Incontinencia urinaria	Sin diferencias significativas a los 2 años postparto	
NEONATAL	**PARTO VAGINAL**	**CESÁREA**
Laceración (quirúrgica)	NA	1,0-2,0 %
Morbilidad respiratoria	<1,0%	1,0-4,0 %
Distocia hombros	1,0-2,0%	0%

Adaptado de Risk of Adverse Maternal and Neonatal Outcomes by Mode of Delivery, en: Safe Prevention of the Primary Cesarean Delivery. Obstetrics Care Consensus No 1 ACOG 2014.

¿JUSTIFICADO O NO?

Si bien es cierto que existen las circunstancias de urgencia durante un trabajo de parto e incluso en cualquier momento del embarazo. Es importante estandarizar criterios para justificar cesáreas y entonces poder darles el término de cesárea de urgencia; por supuesto con el entendido del significado (situación crítica que pone en riesgo inminente la vida) de una urgencia, para entonces poder diferenciarlas de aquellos procedimientos electivos.

Para sistematizar y homogeneizar criterios se deben impulsar los estudios de cohortes grandes y recurrir a la medicina basada en la evidencia para dejar atrás el actuar médico basado en la experiencia y a la práctica médica defensiva. La cesárea de emergencia entonces surgiría como una entidad perfectamente identificable.

Sin embargo, a pesar de que existan criterios claros para un procedimiento perfectamente justificado en el contexto de una situación de urgencia que tanto se debe justificar en el caso de la cesárea electiva y la petición materna. El impacto social dividido por décadas polarizadas en las que en una de ellas la operación cesárea tuvo una aceptación elevada, que además representaba un indicador de clase social. Por otro lado, con las nuevas generaciones donde se busca volver a lo orgánico, lo natural, se asigna un valor agregado no solo al parto, sino al parto sin analgesia. Son temas que ameritan un espacio propio de discusión.

CONCLUSIONES

Si la decisión es realizar una cesárea, se deberán minimizar los riesgos quirúrgicos, realizando el procedimiento contando con la infraestructura necesaria que permita responder de manera inmediata en el caso de una emergencia (equipo quirúrgico experto, banco de sangre, terapéutica antibiótica profiláctica, etc.), así como con un manejo postoperatorio que reduzca el riesgo de complicaciones tromboembólicas.

Si la opción elegida es la prueba de trabajo de parto, se deberá incrementar la vigilancia materna y fetal intraparto.

Habría que poner más énfasis en la comprensión de la motivación, los valores y el temor subyacente a la solicitud de una mujer para la resolución del embarazo por cesárea electiva. [17]

El término “estado fetal” no tranquilizador, basado solo en las interpretaciones de la cardiotocografía, no ha demostrado poseer mayor exactitud si se considera el elevado número de falsos positivos obtenidos con esta prueba, la cual solo ha incrementado el indicador de cesárea y no ha reducido las demandas médico-legales; sin embargo, la expresión riesgo de pérdida del bienestar fetal es más completo porque incluye métodos clínicos e integra los diferentes medios diagnósticos.

BIBLIOGRAFÍA

1.- Dueñas O; Lizaola H; Rico H. Capítulo 24 Operación cesárea. Manual de obstetricia y procedimientos medicoquirúrgicos. Mc Graw Hill. 2015
2.- Villanueva L. Operación cesárea una perspectiva integral. Revista médica de la facultad de medicina. Volumen 47: 6 . Noviembre – Diciembre 2004
3.- Puentes-Rosas E, Gómez-Dantés O, Garrido-Latorre F. Las cesáreas en México: tendencias, niveles y factores asociados. Salud
4.- Schanpp C. Sepúlveda E. Robert JA . Operación Cesárea
5.- Delgado GG. Algunos aspectos históricos de la operación cesárea. Cuadernos de Historia de la Salud Pública 1998; 84: 13-25.
6.- Arencibia JR. Operación cesárea: recuento histórico. Revista de Salud Pública 2002; 4: 170-85
7.- Lugones BM. La cesárea en la historia. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología 2001; 27: 53-60
8.- Uribe ER. La invención de la mujer. Nacimiento de una escuela médica. México, D.F.: Fondo de Cultura Económica, 2002: 76-7.
9.-Martínez –Salazar G, Grimaldo-Valenzuela P, Vázquez –Peña G et al. Operación cesárea. Una visión histórica, epidemiológica y ética para disminuir su incidencia. Revista médica del Instituto Mexicano del Seguro Social. 2015; 53 (5):608-15
10.- Secretaría de Salud. Cesárea segura: Lineamiento técnico. México D.F., México: Secretaría de Salud. 2002.

11.- Cabezas GE y cols. Comportamiento de la cesárea en la SSA durante 1990-1995. Ginecología y Obstetricia México 1998; 66: 335
12.- Estrada-Aguilar CG, Hernández-Carranza R, Gómez-Alonso C, Negrete-Paz ML. Incidencia de cesáreas en un hospital general de zona. Revista médica del Instituto Mexicano del Seguro Social 2012;50 (5):517-22.
13.- Karchmer KS, Fernández-del Castillo C. Obstetricia y Medicina Perinatal. Temas Selectos. México: Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología y Obstetricia. 2006.
14.- Muñoz-Enciso JM, Rosales-Aujang E, Domínguez- Ponce G, Serrano-Díaz CL. Operación cesárea: ¿Indicación justificante o preocupación justificada? Ginecología y Obstetricia México. 2011;79 (2):67-74.
15.- Organización Mundial de la Salud: Estadísticas sanitarias mundiales 2009.
16.-Campero L, Hernández B, Leyva A, Estrada F, Osborne J, Morales S. Tendencias de cesáreas en relación con factores no clínicos en un centro de educación para el parto en la Ciudad de México. Salud Pública México. 2007;49 (2):118-25. Disponible en: http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed. jsp?iCve=10649206.
17.-Vaginal birth after previous cesarean delivery. Practice Bulletin No. 115. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Obstetrics and Gynecologist 2010;116:450-63
18.-Fuentes Z, Díaz P, López S y cols. Evaluación del riesgo fetal en las pacientes cesareadas con el diagnóstico de estado fetal intranquilizante con reanimación intraútero efectiva. Revista de Archivos médicos de Camagüey Vol 21(3) 2017.
19.- Organización Mundial de la salud. Declaración de la OMS sobre tasas de cesáreas [Internet]. Ginebra, Suiza: Departamento de Salud Reproductiva e Investigación Organización Mundial de la Salud; 2015 [citado 4 Nov 2016]. Disponible en: www.who.int/reproductivehealth/.
Publicaciones Mexicanas 2004; 46: 16-22.
20.- Cárdenas R. Complicaciones asociadas a la cesárea: la importancia de un uso módicamente justificado. Gaceta Médica México 2002; 138:357-66.

REVISTA DE LA FEDERACIÓN LATINOAMERICANA DE SOCIEDADES
DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA
Organo de difusión científica
Enero 2019

FLASOG

Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología

1ª CUMBRE IBEROAMERICANA DE ANTICONCEPCIÓN

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

CIUDAD DE MÉXICO

31 DE JULIO, 1 Y 2 DE AGOSTO

2019

www.flasog.org

/@FLASOG

XXIII Congreso Latinoamericano de Obstetricia y Ginecología

Asunción, Paraguay

del 6 al 10 de septiembre 2020

www.flasog.org

/@FLASOG