DICCIONARIO ILUSTRADO Y REFERENCIADO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

MAYRA LISETH CRISTANCHO SOLANO

UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER

FACULTAD DE SALUD

ESCUELA DE MEDICINA

ESPECIALIZACIÓN EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

BUCARAMANGA

2009

DICCIONARIO ILUSTRADO Y REFERENCIADO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

MAYRA LISETH CRISTANCHO SOLANO

Trabajo de grado para optar al título de Especialista en Ginecología y Obstetricia

Director

DR. MIGUEL ANGEL ALARCÓN NIVIA

Médico Ginecólogo y Obstetra

UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER

FACULTAD DE SALUD

ESCUELA DE MEDICINA

ESPECIALIZACIÓN EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

BUCARAMANGA

2009

Diccionario Ilustrado y Referenciado de GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

Definición de los términos y de los conceptos de mayor utilidad, con apoyo en imágenes y esquemas



Miguel Ángel ALARCÓN NIVIA

Mayra Liseth CRISTANCHO SOLANO

Editorial Universidad Industrial de Santander

Diccionario ilustrado

de

Ginecología y Obstetricia

Miguel Ángel
ALARCÓN NIVIA
Profesor titular Departamento
de Gineco-Obstetricia

Mayra Liseth
CRISTANCHO SOLANO
Gineco-Obstetra

Universidad Industrial de Santander
Departamento de Ginecología y Obstetricia
Hospital Universitario de Santander

Bucaramanga, Colombia,
Febrero de 2009

TABLA DE CONTENIDO

Pág

Introducción……1

Capítulo A ……......2

Capítulo B……..90

Capítulo C……..117

Capítulo D……..227

Capítulo E……...262

Capítulo F……325

Capítulo G……...368

Capítulo H……...386

Capítulo I……460

Capítulo J……...501

Capítulo K……...504

Capítulo L……511

Capítulo M……..……537

Capítulo N……..……594

Capítulo O……..…605

Capítulo P……616

Capítulo Q……...664

Capítulo R……...669

Capítulo S……688

Capítulo T……...773

Capítulo U……815

Capítulo V……...822

Capítulo W……...……840

Capítulo X……844

Capítulo Y……...845

Capítulo Z……...846

Bibliografía……..…….14
11

LISTA DE FIGURAS

Figura A1: Aborto……1280

Figura A2: Absceso de Bartholin……...1280

Figura A3: Acrocordón de la vulva……1281

Figura A4: Adenomiosis……..1281

Figura A5: Afrodisiacos……..1281

Figura A6: Afrodisiacos……..1281

Figura A7: Aguja de Deschamps……...1282

Figura A8: Aguja de Deschamps……...1282

Figura A9: Aguja de Deschamps……...1282

Figura A10: Aguja de Deschamps……1282

Figura A11: Aguja de Deschamps……1282

Figura A12: Alumbramiento tipo Duncan……..1282

Figura A13: Alumbramiento tipo Schultze……....1282

Figura A14: Amastia unilateral por Sindrome de Poland……...1283

Figura A15: Ambigüedad sexual……1283

Figura A16: Anencefalia……..1283

Figura A17: Anillo patológico de Bandl……1284

Figura A18: Aperturas de la pared anterior……..1284

Figura A19: Aperturas de la pared anterior……..1284

Figura A20: Aperturas de la pared anterior……..1284

Figura A21: Aperturas de la pared anterior……..1284

Figura A22: Aperturas de la pared anterior……..1284

Figura A23: Aperturas de la pared anterior……..1284

Figura A24: Apertura de la pared anterior: tecnica Maylard……..……1285

Figura A25: Apertura de la pared anterior: tecnica Maylard……..……1285

Figura A26: Apgar, Virginia……..1285

Figura A27: Area de Graffenberg o area G……..1286

Figura A28: Ausencia de labios menores……..1286

Figura A29: Ausencia de vagina……....1286

Figura A30: Autoexploración mamaria……..1287

Figura B1: Burch, Jhon……....1287

Figura B2: Babcock, pinza……..…1287

Figura B3: Bacaf……..…1288

Figura B4: Bamberger, forceps……..1288

Figura B5: Banda amniótica……....1288

Figura B6: Bacaf, técnica……1289

Figura B7: Balón de Bakr……..……1289

Figura B8: Bandeo cromosómico……..1289

Figura B9: Bandl, anillo fisiológico……1290

Figura B10: Bandl, anillo patológico……..1290

Figura B11: Barr, cuerpo……1290

Figura B12: Bartholin, absceso……..1291

Figura B13: Bartholin, quiste……..1291

Figura B14: Bartholinectomía……1291

Figura B15: Baudelocke, pelvímetro……1292

Figura B16: Biopsia mamaria con arpón……..1292

Figura B17: Biopsia mamaria con arpón……..1292

Figura B18: Billings, método……...1292

Figura B19: Biopsia de mama con trucut……...1293

Figura B20: Biopsia de vulva……1293

Figura B21: Biopsia, resección……...1293

Figura B22: Biopsia, resección……...1293

Figura B23: Biopsia de vellosidades coriónicas……..…1294

Figura B24: Biotomos……...1294

Figura B25: Biotomos……...1294

Figura B26: Bisturí……...1294

Figura B27: Bisturí……...1295

Figura B28: Bisturí……...1295

Figura B29: Bisturí……...1295

Figura B30: Bisturí……...1295

Figura B31: Bisturí……...1295

Figura B32: Bisturí……...1295

Figura B33: Bisturí, hojas de……...1296

Figura B34: Bisturí, hojas de……...1296

Figura B35: Bisturí, hojas de……...1296

Figura B36: Bisturí, hojas de……...1296

Figura B37: Bisturí, hojas de……...1296

Figura B38: Bisturí, hojas de……...1296

Figura B39: Bisturí, hojas de……...1296

Figura B40: Blastómeras y blastocisto……..1296

Figura B41: Blenorragia……..1296

Figura B42: Bolsa retromamaria……....1297

Figura B43: Bozeman, pinzas……..1297

Figura B44: Bradicardia fetal……1297

Figura C1: Cáncer de cér vix……..1298

Figura C2: Carúnculas mirtiformes……....1298

Figura C3: Cerclaje de McDonald……1299

Figura C4: Cerclaje de Schirodkar……1299

Figura C5: Cerclaje de Schirodkar……1299

Figura C6: Cerclaje de Schirodkar……1299

Figura C7: Cerclaje de Schirodkar……1299

Figura C8: Cerclaje de Schirodkar……1299

Figura C9: Cerclaje de Marhen……..1300

Figura C10: Cerclaje, tecnica de Golfier……..1300

Figura C11: Cerclaje, tecnica de Golfier……..1300

Figura C12: Cerclaje, tecnica de Golfier……..1300

Figura C13: Cerclaje, tecnica de Golfier……..1300

Figura C14: Cesarea intraperitoneal y extraperitoneal……..1300

Figura C15: Cicatrización……..1301

Figura C16: Coaslescencia de labios……....1301

Figura C17: Compresoma……..1301

Figura C18: Compresoma……..1301

Figura C19: Comunicación interauricular embrionaria……1302

Figura C20. Cierre del foramen oval……....1302

Figura C21: Cierre del foramen oval……..1302

Figura C22: Condilomas acuminados……..……1303

Figura C23: Circular del cordón umbilical……..1303

Figura C24: Coristoma……1303

Figura C25: Coristoma……1303

Figura C26: Cortes y planos corporales……..1304

Figura C27: Cortes y planos corporales……..1304

Figura C28: Cortes y planos corporales……..1304

Figura C29: Craneoclastos……1305

Figura C30: Craneoclastos……1305

Figura C31: Craneoclastos……1305

Figura C32: Craneoclastos……1305

Figura C33: Cefalotribos……...1306

Figura C34: Cefalotribos……...1306

Figura C35: Cuerpo extraño en cavidad peritoneal……....1306

Figura C36: Clamp vaginal……...1306

Figura D1: Desgarro vulvovaginal……1309

Figura D2: Desfloración……...1309

Figura D3: Dilatadores cervicales……..1310

Figura D4: Displasia tanatofórica……...1310

Figura D5: Divertículo Meckel……1311

Figura D6: Doble circular del cordón……1311

Figura D7: Dispositivos intrauterinos……1312

Figura D8: Dispositivos intrauterinos……1312

Figura D9: Dispositivos intrauterinos……1312

Figura D10: Dispositivos intrauterinos……1312

Figura D11: Dispositivos intrauterinos……1312

Figura D12: Dispositivos intrauterinos……1312

Figura D13: Dispositivos intrauterinos……1312

Figura D14: Dispositivos intrauterinos……1312

Figura D15: Dispositivos intrauterinos……1312

Figura D16: Dispositivos intrauterinos……1312

Figura D17: Dispositivos intrauterinos……1312

Figura D18: Dispositivos intrauterinos……1312

Figura D19: Dalkon Shield……1312

Figura D20: Dalkon Shield……1312

Figura D21: Asa de Lipes……1313

Figura D22: Asa de Lipes……1313

Figura D23: Disrafismo……1313

Figura F1: Fetal, sufrimiento……1316

Figura F2: Feto acárdico……1316

Figura F3: Feto hidrópico……1316

Figura F4: Feto malformado……1316

Figura F5: Fibroadenoma mamario……1316

Figura F6: Fístula vulvo-vestibular……1317

Figura F7: Foramen oval……1317

Figura F8: Foramen oval……1317

Figura F9: Fórceps, colocación……1318

Figura F10: Fórceps……..…….1318

Figura F11: Fórceps……..…….1319

Figura F12: Fórceps……..…….1319

Figura F13: Fórceps……..…….1319

Figura F14: Fórceps……..…….1319

Figura F15: Fórceps……..…….1319

Figura F16: Fórceps……..…….1320

Figura F17: Fórceps……..…….1320

Figura F18: Fórceps……..…….1321

Figura F19: Espatulas de Velasco……..…….1321

Figura F20: Fórceps. ……..…….1321

Figura F21: Fositas parametriales……..…….1322

Figura F22: Flujo vaginal……..…….1322

Figura G1: Gemelo reabsorbido……..…….1323

Figura G2: Gigantomastia……..…….1324

Figura G3: Ginecomastia inducida……..…….1324

Figura G4: Glándulas parauretrales……..…….1325

Figura G5: Glándulas parauretrales, absceso……..…….1325

Figura G6: Glándulas vestibulares menores……..…….1325

Figura G7: Glándulas vestibulares menores……..…….1325

Figura H1: Hamartoma……..…….1326

Figura H2: Hematoma subcorial……..…….1326

Figura H3: Herpes genital……..…….1328

Figura H4: Herpes genital……..…….1328

Figura H5: Himen en flor……1328

Figura H6: Holoprosencefalia semilobar……1328

Figura H7: Hidrosalpinx……1329

Figura H8: Himen imperforado……1329

Figura H9: Hirsutismo……1329

Figura H10: Hiperplasia endometrial……1330

Figura H11: Hocico de tenca……1330

Figura H12: Hocico de tenca……1330

Figura H13: Holoprosencefalia alobar……1331

Figura H14: Holoprosencefalia leve……1331

Figura H15: Holoprosencefalia severa……1331

Figura I1: Incisiones en el útero……1334

Figura I2: Incisiones en el útero……1334

Figura I3: Incisiones en el útero……1334

Figura I4: Incisiones en el útero……1334

Figura I5: Incisiones en el útero……1334

Figura I6: Incisiones en el útero……1334

Figura I7: Incisiones en el útero……1334

Figura I8: Incisiones en el útero……1334

Figura I9: Incisiones de la pared anterior……1335

Figura I10: Incisiones de la pared anterior……1335

Figura I11: Incisiones de la pared anterior……1335

Figura I12: Incisiones de la pared anterior……1335

Figura I13: Incisiones de la pared anterior……1335

Figura I14: Incisiones de la pared anterior……1335

Figura I15: Incisiones de la pared anterior……1335

Figura I16: Incisiones de la pared anterior……1336

Figura I17: Incisiones de la pared anterior……1336

Figura I18: Incisiones de la pared anterior……1336

Figura I19: Incisiones de la pared anterior……1336

Figura I20: Incisiones de la pared anterior……1336

Figura I21: Incisión de Israel……1336

Figura I22: Incompetencia cervical……1337

Figura L1: Labios mayores de la vulva……1339

Figura L2: Labios menores o ninfas……1340

Figura L3: Labios menores múltiples……1340

Figura L4: Labio leporino……1340

Figura L5: Lesión liqueniforme de la vulva……1341

Figura L6: Línea alba o negra……1341

Figura L7: Liquen escleroso de la vulva……1342

Figura L8: Conización……1342

Figura M1: Mamas supernumerarias……1345

Figura M2: Mamas supernumerarias……1345

Figura M3: Mamas asimétricas……1345

Figura M4: Mamografía……1346

Figura M5: Maniobra de Bracht……1346

Figura M6: Maniobra de la jeringa para pezón invertido……1346

Figura M7: Maniobra de la jeringa para pezón invertido……1346

Figura M8: Maniobra de la jeringa para pezón invertido……1346

Figura M9: Maniobra de la jeringa para pezón invertido……1346

Figura M10: Maniobra de la jeringa para pezón invertido……1346

Figura M11: Maniobra de Kristeller……1347

Figura M12: Maniobra de Valsalva……1347

Figura M13: Mastectomía izquierda……1347

Figura M14: Mastitis……1348

Figura M15: Mastitis……1348

Figura M16: Meato……1349

Figura M17: Meato……1349

Figura M18: Meato urinario en pico de flauta……1349

Figura M19: Meato urinario en pico de flauta……1349

Figura M20: Meato urinario en pico de flauta……1349

Figura M21: Meato urinario……1349

Figura M22: Megalencefalia……1350

Figura M23: Megalencefalia……1350

Figura M24: Microcefalia……1350

Figura M25: Microcefalia……1351

Figura M26: Microcefalia……1351

Figura M27:Miasis vulvar……1351

Figura M28: Mioma nasciens……1351

Figura M29: Mioma……1352

Figura M30; Mioma……1352

Figura M31: Mioma subseroso……1352

Figura M32: Miomatosis uterina……1353

Figura M33: Mioma vaginal……1353

Figura M34: Molusco contagioso……1353

Figura M35: Molusco contagioso……1353

Figura M36: Molusco contagioso……1353

Figura M37: Monte de Venus……1354

Figura M38: Monitoreo fetal……1354

Figura M39: Muerte fetal……1355

Figura M40: Muerte fetal……1355

Figura N1: Neoplasia de la vulva……1356

Figura N2: Neoplasia de la vulva……1356

Figura N3: Neoplasia de la vulva……1356

Figura O1: Onfalocele……1356

Figura O2: Orificio cervical doble iatrogénico……1357

Figura O3: Ovario poliquístico……1357

Figura P1: Pesarios……1358

Figura P2: Pesarios……1358

Figura P3: Pesarios……1358

Figura P4: Pesarios……1358

Figura P5: Pesarios……1358

Figura P6: Pesarios……1358

Figura P7: Pesarios……1358

Figura P8: Pesarios……1358

Figura P9: Pesarios……1358

Figura P10: Pesarios……1358

Figura P11: Pesarios……1358

Figura P12: Modelo de cinturón pesario con copa menstrual……1359

Figura P13: Modelo de cinturón pesario con copa menstrual……1359

Figura P14: Modelo de cinturón pesario con copa menstrual……1359

Figura P15: Modelo de cinturón pesario con copa menstrual……1359

Figura P16: Pentalogía de Kantrel……1359

Figura P17: Pesarios tipo Arabin……1359

Figura P18: Pesarios tipo Arabin……1359

Figura P19: Pezón……1360

Figura P20: Pezón invertido……1360

Figura P21: Pinza de Shoemacher……1360

Figura P22: Piel……1361

Figura P23: Placenta acreta……1361

Figura P24: Pornografía……1362

Figura P25: Prolapso de la trompa uterina……1362

Figura P26: Prolapso genital total……1363

Figura P27: Prolapso de la cúpula vaginal……1363

Figura P28: Portaagujas de Bozeman……1363

Figura P29: Pezón supernumerario……1364

Figura P30: Placenta partida……1364

Figura P31: Pelvis……1364

Figura P32: Pelvímetros……1365

Figura P33: Pelvímetros……1365

Figura P34: Pelvímetros……1365

Figura P35: Periné, aspecto geométrico……1365

Figura P36: Pezón supernumerario……1366

Figura P37: Pinzas utilizadas en histerectomía……1368

Figura P38: Pinzas utilizadas en histerectomía……1368

Figura P39: Pinzas utilizadas en histerectomía……1368

Figura P40: Pinzas utilizadas en histerectomía……1368

Figura P41: Pinzas utilizadas en histerectomía……1368

Figura P42: Pinzas utilizadas en histerectomía……1368

Figura P43: Pinzas utilizadas en histerectomía……1368

Figura P44: Pinzas utilizadas en histerectomía……1368

Figura P45: Pinzas utilizadas en histerectomía……1368

Figura P46: Pinzas utilizadas en histerectomía……1368

Figura P47: Pinzas utilizadas en histerectomía……1368

Figura P48: Pinzas utilizadas en cirugía ginecológica……1368

Figura P49: Pinzas utilizadas en cirugía ginecológica……1368

Figura P50: Pinzas utilizadas en cirugía ginecológica……1368

Figura P51: Pinzas utilizadas en cirugía ginecológica……1368

Figura P52: Pinzas utilizadas en cirugía ginecológica……1368

Figura P53: Pinzas utilizadas en cirugía ginecológica……1368

Figura P54: Pinzas utilizadas en cirugía ginecológica……1368

Figura P55: Pinzas utilizadas en cirugía ginecológica……1368

Figura P56: Pinzas utilizadas en cirugía ginecológica……1368

Figura P57: Pinzas utilizadas en cirugía ginecológica……1368

Figura P58: Pinzas utilizadas en cirugía ginecológica……1370

Figura P59: Pinzas utilizadas en cirugía ginecológica……1370

Figura P60: Pinzas utilizadas en cirugía ginecológica……1370

Figura P61: Pinzas utilizadas en cirugía ginecológica……1370

Figura P62: Pinzas utilizadas en cirugía ginecológica……1370

Figura P63: Pinzas utilizadas en cirugía ginecológica……1370

Figura P64: Polihidramnios……1371

Figura P65: Prolapso rectal……1371

Figura Q1: Queloide……1372

Figura Q2: Quiste de Bartholin……1372

Figura Q3: Quiste de Bartholin……1372

Figura Q4: Quiste de Gartner……1373

Figura Q5: Quiste de Naboth……1373

Figura Q6: Quiste del labio mayor……1374

Figura Q7: Quiste del labio menor……1374

Figura Q8: Quistes de las glándulas de Skene……1374

Figura Q9: Quistes de las glándulas de Skene……1374

Figura Q10: Quiste del paraóforo……1375

Figura Q11: Quiste ovárico……1375

Figura Q12: Quiste mamario……1376

Figura Q13: Quiste mamario……1376

Figura R1: Rectocele……1377

Figura R2: Retardo del crecimiento intrauterino……1377

Figura S1: Separadores abdominales……1379

Figura S2: Separadores abdominales……1379

Figura S3: Separadores abdominales……1379

Figura S4: Separadores abdominales……1379

Figura S5: Separadores abdominales……1379

Figura S6: Separadores abdominales……1379

Figura S7: Septum vaginal longitudinal……1380

Figura S8: Siameses toraco-onfalópagos……1380

Figura S9: Siameses craneópagos……1380

Figura S10: Signo de Chadwick……1381

Figura S11: Síndrome adherencial severo……1381

Figura S12: Síndrome de Allen Masters……1381

Figura S13: Síndrome de Edwards……1382

Figura S14: Síndrome de Klinefelter……1382

Figura S15: Síndrome de ovario poliquístico……1382

Figura S16: Síndrome de ovario poliquístico……1382

Figura S17: Síndrome de ovario poliquístico……1382

Figura S18: Síndrome de Patau……1383

Figura S19: Síndrome de Patau……1383

Figura S20: Sindrome de Poland……1383

Figura S22: Sinequia vulvar……1384

Figura S23: Serenomelia……1384

Figura S24: Sutura de B-Lynch……1385

Figura T1: Tabique vaginal transverso……1390

Figura T2: Tanner mamario……1390

Figura T3: Tanner mamario……1390

Figura T4: Tanner mamario……1390

Figura T5: Tanner mamario……1390

Figura T6: Tanner mamario……1390

Figura T7: Tanner mamario……1390

Figura T8: Tanner mamario……1390

Figura T9: Tanner mamario……1390

Figura T10: Tanner mamario……1390

Figura T11: Tanner mamario……1390

Figura T12: Telarquia precoz……1390

Figura T13: Tenáculos cervicales……1391

Figura T14: Tenáculos cervicales……1391

Figura T15: Tenáculos cervicales……1391

Figura T16: Tenáculos cervicales……1391

Figura T17: Tenáculos cervicales……1391

Figura T18: Teratoma ovárico……1391

Figura T19: Tetraploidía……1392

Figura T20: Tetrasomía……1392

Figura T21: Pentasomía……1392

Figura T22: Tijeras Metzenbaum……1393

Figura T23: Tirzabuzón de Doyen……1393

Figura T24: Traquelocele……1393

Figura T25: Trauma facial del recien nacido……1394

Figura T26: Triángulo de Pawlick……1394

Figura T27: Triángulo perineal posterior……1394

Figura T28: Trichomona vaginalis……1395

Figura T29: Trisomía 21……1395

Figura T30. Trisomía……1395

Figura T31: Trombosis venosa profunda……1396

Figura T32: Tumor benigno del cuello……1396

Figura T33: Tumor filodes……1396

Figura T34: Tumor filodes……1396

Figura T35: Tumor filodes……1396

Figura T36: Tumor vaginal……1397

Figura T37: Tumor vaginal……1397

Figura T38: Tumor vulvar……1398

Figura U1: Ulcera del cerviz……1401

Figura U2: Ulceras de la vulva……1402

Figura U3: Ulceras de la vulva……1402

Figura V1: Vacuum……1403

Figura V2: Valvas vaginales……1403

Figura V3: Valvas vaginales……1403

Figura V4: Valvas vaginales……1403

Figura V5: Valvas vaginales……1403

Figura V6: Várices vulgares……1403

Figura V7: Vello pubiano, distribución……1404

Figura V8: Vello pubiano, distribución……1404

Figura V9: Vermix caseoso……1405

Figura V10: Vestíbulo vaginal……1405

Figura V11: Virginidad……1405

Figura V12: Violación sexual……1406

Figura V13: Virus del papiloma humano……1406

Figura V14: Voyerismo……1407

Figura V15: Vulvitis por trauma……1408

Figura V16: Vulvectomía……1408

Figura V17: Vulvovaginitis……1408

Figura Z1: ZWeifel, cureta……1410

LISTA DE TABLAS

Tabla B1: Bishop, puntuación……1284

Tabla C1: Circunferencia abdominal……1306

Tabla C2: Circunferencia cefálica……1308

Tabla D1: Diámetro Biparietal……1313

Tabla F1: Frecuencia cardiaca en el embrión……1315

Tabla G1: Gonadotropina Coriónica Humana……1322

Tabla H1: Hidronefrosis……1331

Tabla H2: Hirsutismo……1331

Tabla I1: Indice de líquido amniótico……1337

Tabla I2: Indice de riesgo de malignidad de Jacobs……1337

Tabla L1: Longitud de onda……1342

Tabla L2: Longitud renal y edad gestacional……1343

Tabla L3: Longitud cefalocaudal……1344

Tabla M1: Mamografía……1355

Tabla P: Puntaje de Bishop……1371

Tabla Q1: Quistes vaginales, clasificación……1376

Tabla R1: Clasificación de los quistes vaginales según Schlunt……1378

Tabla S1: Suturas quirúrgicas……1385

Tabla S2: Sensibilidad……1388

Tabla S3: Signos clínicos……1388

Tabla T1: Teratomas inmaduros, clasificación……1398

Tabla T2: Tumores epiteliales mixtos……1399

Tabla T3: Tumores de la vagina……..1399

Tabla T4: Trabajo de parto, estadíos……....1399

Tabla V1: Valor predictivo de una prueba negativa……....1409

Tabla V2: Valor predictivo de una prueba positiva……1410

Tabla V3: Virus VPH……....1410

RESUMEN ESPAÑOL

TÍTULO: Diccionario de Ginecología y Obstetricia Ilustrado y Referenciado

AUTORES: Dr. Miguel Angel Alarcón Nivia, Dra. Mayra Cristancho

PALABRAS CLAVES: Definición, términos, Ginecología, Obstetricia, referencias, ilustraciones

CONTENIDO: La evolución de la Ginecología y la Obstetricia como especialidad clínica, se logró en gran medida en la primera mitad de la década de 1900. A partir de este momento, los líderes académicos de la especialidad exigieron la comprobación científica de los principios que fundamentan la práctica obstétrica y ginecológica y la necesidad de plasmar los avances médicos y científicos en textos de aprendizaje.

Para facilitar el acceso y el entendimiento de esta área de la medicina, se plantea la publicación de un texto actualizado, referenciado e ilustrado del lenguaje de la ginecología y obstetricia, que incluye la definición de términos relacionados con las diferentes áreas de la disciplina y la fácil comprensión de los mismos.

El ***Diccionario de Ginecología y Obstetricia ilustrado y referenciado***, proporciona una amplia información en un lenguaje claro y sencillo de los términos relacionados con el área y temas afines, al mismo tiempo que permite la ampliación de los mismos mediante la búsqueda de las diferentes referencias actualizadas para cada uno de los términos mencionados.

Este proyecto se plantea como el primer diccionario de ginecología y obstetricia ilustrado y referenciado escrito en idioma español y se propone como proyecto teniendo en cuenta los parámetros establecidos en el Reglamento de Postgrado, Título IV, Capítulo III, Artículo 64: *"todo candidato a especialista realizará un trabajo de grado individual de PROFUNDIZACION o INVESTIGACION".* Esta publicación es considerada dentro del espectro de los trabajos de grado de tipo profundización.

Con la publicación de este texto esperamos aportar una herramienta para el proceso de aprendizaje y la comprensión del área de la ginecología y la obstetricia a través de la definición actualizada y referenciada de los diferentes términos relacionados con el área.

---

* Proyecto de Grado

** Facultad de Salud. Escuela de Medicina. Especialización en Ginecología y Obstetricia

Director: Dr. Miguel Angel Alarcón Nivia

ENGLISH SUMMARY

TITLE: Illustrated and Referenced Gynecology and Obstetrics Dictionary

AUTHORS: Dr. Miguel Angel Alarcón Nivia, Dr. Mayra Cristancho

KEY WORDS: Definition, Terms, Gynecology, Obstetrics, references, illustrations

CONTENT: Gynecology and Obstetrics evolution as a clinic specialty occurred largely in the first half of the 1900's decade. From that moment on, the academic leaders of the specialty demanded the scientific prove of the principals that are the basics for practical Gynecology and Obstetrics and the need to translate the medical and scientific breakthroughs into learning books.

To ease the access and understanding of this area of medicine, the publication of an updated text arises, references and illustrated about gynecology and obstetrics, that includes the definition of terms related to different areas of this discipline and the easy understanding of the aforementioned.

The ***Illustrated and Referenced Gynecology and Obstetrics Dictionary***, provides extensive information in clear and simple language of the terms related to the area and associated subjects, and at the same time allows the enlargement of the aforesaid through the search of the different updated references for each one of the terms mentioned.

This project arises as the first illustrated and referenced gynecology and obstetrics dictionary written in Spanish and it's proposed as a project taking into consideration the established parameters in the Postgraduate Regulation, Title IV, Chapter III, and Article 64: "every candidate to specialist will do an individual graduation paper of DEEPENING or RESEARCH". This publication is considered within the spectrum of the deepening graduation papers.

With the publication of this text we hope to bring a tool for the learning process and the understanding of the gynecology and obstetrics area through the updated and referenced definition of the different terms related to this subject.

---

* Proyecto de Grado

** Facultad de Salud. Escuela de Medicina. Especialización en Ginecología y Obstetricia

Director: Dr. Miguel Angel Alarcón Nivia

INTRODUCCIÓN

A través del tiempo, los líderes académicos de las especialidades médico-quirúrgicas han establecido la necesidad de comprobar los principios científicos que fundamentan la práctica clínica y la necesidad de plasmar estos principios y avances médicos en textos de aprendizaje.

El área de la Ginecología y Obstetricia es un área muy amplia, de la cual existe mucha información pero dispersa en diversos textos; por esta razón se plantea la propuesta de realizar un texto que permita organizar la información y condensar los términos de mayor uso en un solo libro, de tal forma que se facilite el acceso a la información y el proceso de aprendizaje de la misma.

En la literatura mundial sólo existen dos publicaciones tipo diccionario ginecológico, reconocidos, ilustrados más no referenciados, pero escritos en idioma ingles. Realizando la búsqueda no se han publicado diccionarios ginecológicos ilustrados y referenciados en idioma español.

Por lo anterior, la publicación de este proyecto representa el primer diccionario de Ginecología y Obstetricia Ilustrado y Referenciado, escrito en idioma español.

Se plantea la definición de los términos de mayor uso en el área, cada uno con una o más referencias de tal manera que el lector pueda ampliar el concepto a través de una búsqueda rápida y dirigida. Asi mismo, se emplean ilustraciones necesarias para permitir la comprensión de los términos que requieran interacción gráfica.

Con la publicación de este texto se espera aportar una herramienta válida para el aprendizaje y la comprensión del área de la Ginecología y Obstetricia, a través de la definición actualizada y referenciada de los diferentes términos relacionados con el área.



ABCD PRIMARIO: Es la secuencia de acciones practicadas durante los primeros minutos del paro cardiopulmonar, que son de vital importancia para la supervivencia de la víctima. Estas maniobras son conocidas como el soporte vital básico e incluyen el reconocimiento rápido del colapso, activación del sistema de emergencia, respiración artificial a víctimas de paro respiratorio, compresiones torácicas a víctimas de paro cardíaco, desfibrilación en caso de Fibrilación Ventricular o Taquicardia Ventricular, reconocimiento y liberación de cuerpo extraño en vía aérea. En la paciente embarazada es necesario tener en cuenta maniobras adicionales que difieren del ABCD primario en víctimas no embarazadas: activación del equipo de emergencia incluyendo equipo quirúgico para realizar cesárea perimorten dentro de los primeros cinco minutos de iniciado el paro cardiorrespiratorio, inclinación de la paciente 15-30° hacia la izquierda para evitar la compresión aorto-cava por el útero grávido, maniobra de Sellick permanente hasta aseguramiento de la vía aérea con tubo endotraqueal, liberación de cuerpos extraños o material en cavidad oral con dispositivos que no produzcan trauma local o hemorragia, ventilación con dispositivo bolsa-válvula-mascarilla con fuente de oxígeno a 12 litros/min, evaluación de ritmos de paro (en orden de frecuencia: actividad eléctrica sin pulso, asistolia, fibrilación ventricular), compresión torácica en lugar de abdominal cuando se sospecha obstrucción de vía aérea por cuerpo extraño, desfibrilar si está indicado. (1-Vasco, M. Resucitación cardiopulmonar en la embarazada. Revista Colombiana de Anestesiología. 2004; 32: 243-251 / 2-Stapleton, E. Aufderheide, T. AVB para el equipo de salud. American Heart Association. 2002 / 3 Whitty, J. Maternal Cardiac Arrest in Pregnancy. Clinical Obstetrics and Gynecology. 2002; 45 (2): 377-392 / 4-Mallampatti, A. Cardiopulmonary resuscitarion and somatic support of the pregnant patient. Critical Care Clinics. 2004: 20: 747-761)

ACBCD SECUNDARIO: Es el conjunto de maniobras conocidas como soporte vital avanzado que incluye el uso de monitores/desfibriladores convencionales para desfibrilación/cardioversión, uso de marcapasos transcutáneos, manejo avanzado de la vía aérea con inserción de dispositivos, uso de dispositivos para la determinación cualitativa y cualtitativa de CO_2 al final de la espiración, uso de detectores esofágicos, administración de medicamentos de acuerdo a los diferentes ritmos de paro detectados ya sea por vía endovenosa o endotraqueal. En la paciente embarazada las modificaciones del ABCD secundario con respecto a la paciente adulta no embarazada incluyen: intubación precoz que puede ser técnicamente difícil por cambios anatómicos durante la gestación, ritmos de paro diferentes de la fibrilación ventricular, situaciones clínicas especiales como toxicidad por fármacos (sulfato de magnesio, anestésicos locales), equipos de monitoria y desfribrilación con la posibilidad de un marcapasos transcutáneo, consideración de la cesárea de emergencia como medida para mejorar el pronóstico materno y fetal. (1-Vasco, M. Resucitación cardiopulmonar en la embarazada. Revista Colombiana de Anestesiología. 2004; 32: 243-251 / 2-Stapleton, E. Aufderheide, T. AVB para el equipo de salud. American Heart Association. 2002 / 3-Whitty, J. Maternal Cardiac Arrest in Pregnancy. Clinical Obstetrics and Gynecology. 2002; 45 (2): 377-392 / 3-Mallampatti, A. Cardiopulmonary resuscitarion and somatic support of the pregnant patient. Critical Care Clinics. 2004: 20: 747-761)

ABDOMEN (Nombre oficial: Cavum abdominis)(Del lat. *abdōmen*).**1.** m. *Anat.* vientre, cavidad del cuerpo de los vertebrados. En los mamíferos queda limitada arriba por el diafragma.// **2.** m. *Anat.* vientre, conjunto de vísceras,// **3.** m. *Zool.* En muchos animales invertebrados, región que sigue al tórax; p. ej., en los insectos.// **4.** m. Adiposidad, gordura.//**5.** m. Vientre del hombre o de la mujer, en especial cuando es prominente.// **6.** Es la región del cuerpo ubicada entre el diafragma toracoabdominal y el estrecho superior de la pelvis. El diafragma forma el techo de la cavidad abdominal. Este espacio no termina inferiormente en una estructura que lo delimite pues se continúa con la cavidad pélvica cuyo piso es el diafragma pelviano. La cavidad abdominal se extiende arriba aproximadamente hasta el quinto espacio intercostal anterior cuando la persona está en posición de decúbito dorsal. Por esta razón la parte más alta

de la cavidad abdominal está protegida por la caja torácica ósea. Internamente el abdomen esta dividido en dos compartimentos: a- la cavidad peritoneal, rodeada por las paredes del peritoneo parietal, y b- el espacio retroperitoneal,que contiene órganos y estructuras como el páncreas, los riñones, los uréteres, la aorta, etc. (Real Academia Española de la Lengua: www.re.es // Alarcón NMA, Amaya MV, Alarcón AMA. Anatomía clínica del aparato genital femenino. Edit Manual Moderno, México 2005)

ABDOMEN AGUDO: (Del lat. Acūtus,un dolor vivo y penetrante).**1.** Es cualquier variedad de peritonitis. // **2.** Es una afección de la cavidad abdominal que afecta los órganos peritoneales o los extraperitoneales que produce signos de irritación de los mismos. // **3.** Es el conjunto de síntomas percibidos por la paciente y de signos percibidos por el examinador, en los casos en los cuales hay una lesión visceral que irrita el peritoneo. Los síntomas pueden ser generales como la fiebre, la taquicardia, la polipnea, etc o puede ser un dolor localizado o generalizado en toda la cavidad abdominal. Los signos son las señales de tal compromiso y se perciben tanto en el aspecto de la paciente como en los signos vitales. Una manera de diagnosticar la irritación del peritoneo por lesión de una víscera es mediante la compresión de la pared anterior con descompresión súbita. Esta maniobra llamada de rebote produce dolor principalmente sobre la zona afectada cuando hay irritación del peritoneo y es más evidente en cualquier zona de la pared anterior cuanto mayor sea el compromiso irritativo (Signo de Blumberg). Aunque el Dr. Jacob Moritz Blumberg(1873-1955), ginecólogo alemán, describió este signo para el hemiabdomen derecho en la apendicitis, hoy en día se conoce como signo de Blumberg localizado o generalizado(si afecta todo el abdomen) y se presenta también en las lesiones que simulan apendicitis (embarazo ectópico, absceso tubo-ovárico,etc). El grado máximo de compromiso peritoneal se manifiesta durante la contracción o espasmo muscular generalizado, que da el llamado abdomen en barra o abdomen en tabla. Según la ley de Stokes, los músculos en contacto con una serosa inflamada entran en contracción. Si hay una víscera lesionada en la fosa iliaca derecha, como suele ocurrir en las lesiones de la trompa y del apéndice, se produce dolor en dicha zona mediante la compresión de la fosa iliaca izquierda que desplaza parte de los intestinos, líquido y gas intestinal hacia la zona derecha irritada (Signo de Rovsing).

Puede suceder lo contrario, que la lesión sea en la fosa iliaca izquierda y que la compresión sea en la fosa derecha. Por el mismo mecanismo mencionado en el signo anterior se produce dolor en la fosa izquierda ,por ejemplo en una lesión expansiva de la trompa izquierda o en la diverticulitis del colon descendente (Signo de Jacob). Cuando hay lesión de un órgano en la fosa iliaca derecha se produce dolor al hacer compresión sobre el punto de Mc Burney (Signo de Mc Burney). La compresión manual del cuadrante superior derecho produce dolor durante la inspiración profunda en un paciente con colecistitis (Signo de Murphy). Comprimir el epigastrio desencadena dolor en la fosa iliaca derecha cuando el paciente tiene apendicitis (Signo de Aaron). La compresión de la fosa o del flaco derecho produce contractura de la pared abdominal irritada (Signo de Altchuler). Mediante la percusión se pueden detectar la presencia de líquido intra-abdominal, de tumores o megalias. Se encuentra timpanismo en vez de matidez sobre la zona hepática al percutir en el hipocondrio derecho cuando existe aire libre escapado de una víscera hueca, por ejemplo un intestino que se ha perforado (Signo de Emil Jovert). La percusión abdominal es dolorosa cuando hay irritación peritoneal. Esto ocurre en la apendicitis y en el absceso de la trompa (Signo de Holman). El timpanismo puede ser cambiante en pacientes con ascitis inflamatoria (Signo de Tomas). Cuando el proceso patológico se origina en una víscera peritoneal se produce peritonitis; cuando el peritoneo no está inflamado pero produce signos de irritación por un mecanismo reflejo ,el proceso se llama peritonismo.

ABDOMEN AGUDO REFLEJO: (Del lat. *Reflexus,*Aquello que reproduce, muestra o pone de manifiesto otra cosa). Es un cuadro de aparente irritación peritoneal, en el cual los signos de peritonismo se producen por analogía con los síntomas y signos de las lesiones graves de las vísceras. La apariencia semiológica es la de una peritonitis pero la enfermedad no afecta la estructura ni la vitalidad de los órganos viscerales y por lo tanto no requiere manejo quirúrgico. Tal es el caso de la infección urinaria, hdronefrosis, retención urinaria, desgarro de los músculos oblícuos, hematoma de los músculos rectos, etc. Sinónimo: Falso abdomen agudo.

ABDOMEN AGUDO VERDADERO: Es un cuadro de verdadera irritación peritoneal ,en el cual los signos de peritonitis se producen por lesión directa

que afecta la estructura de uno ó más órganos viscerales y cuyo tratamiento es quirúrgico. Tal es el caso del embarazo ectópico roto con hemoperitoneo, la peritonitis secundaria a un absceso tubo-ovárico, la apendicitis perforada, etc.

ABDOMEN REGIONES DEL: Para facilitar la ubicación de las estructuras abdominales ,toda la cavidad se ha dividido en nueve regiones que contribuyen a que la información proporcionada por la paciente y la obtenida por el examinador se registre de manera uniforme, para que sea comprensible por quienes leen o escriben con el lenguaje técnico de la salud humana. Tales regiones están delimitadas por cuatro líneas imaginarias así: a-Línea medio-clavicular derecha: línea vertical en el torax que baja desde el centro de la clavícula derecha y al llegar al abdomen termina a nivel de la región inguinal sobre la cresta pectínea del pubis.b-Línea medio clavicular izquierda equivalente a la mencionada para el lado derecho. c-Línea subcostal: la que pasa por el reborde inferior de las últimas costillas. d-Línea inter-espinosa: Une las dos espinas ilíacas ántero-superiores. De esta manera se conforman nueve espacios delimitados así: 1-Hipocondrio derecho: Arriba diafragma, abajo línea subcostal, a la derecha borde de la caja torácica y a la izquierda línea medio-clavicular derecha. 2-Hipocondrio izquierdo: Estructuras y líneas homólogas del hipocondrio contra-lateral. 3-Epigastrio: Arriba diafragma, a la derecha y a la izquierda ,líneas medio-claviculares ,abajo línea subcostal. 4-Flanco derecho: Arriba línea subcostal, a la derecha borde externo de la pared abdominal, a la izquierda línea medio-clavicular derecha y abajo línea inter-espinosa. 5- Flanco izquierdo: Estructuras y líneas homólogas del flanco contra-lateral. 6-Región umbilical: Arriba línea subcostal, abajo línea inter-espinosa, a la derecha e izquierda líneas medio-claviculares. 7- Fosa iliaca derecha: Arriba línea inter-espinosa, abajo y a la derecha: ligamento inguinal derecho; a la izquierda: prolongación de la línea medio-clavicular derecha. 8-Fosa iliaca izquierda: Estructuras y líneas homólogas de la fosa iliaca del lado contra-lateral. 9-Hipogastrio: Arriba línea inter-espinosa, a los lados líneas medio-claviculares, abajo cartílago de la sínfisis pubiana, espinas del pubis y tercio interno de cada una de las crestas pectíneas. (Alarcón NMA, Amaya MV,

Alarcón AMA. Anatomía clínica del aparato genital femenino. Edit. Manual Moderno, México 2005)

ABDÓMINO-GENITAL, TACTO: Ver tacto bimanual.

ABDÓMINOCENTESIS: Ver Paracentesis.

ABDÓMINO-PELVIANA, CAVIDAD: Conjunto de las cavidades abdominal y pélvica. No existe un límite real entre las dos cavidades por lo cual puede considerarse como un solo espacio.

ABERRACIÓN.(Del lat. cient. *aberratio, -onis*).**1.** f. Grave error del entendimiento.**2.** f. Acto o conducta depravados, perversos, o que se apartan de lo aceptado como lícito.**3.** f. *Biol.* Desviación del tipo normal que en determinados casos experimenta un carácter morfológico o fisiológico. (Diccionario de la Real Academia Española de la Lengua, www.rae.es)

ABERRACIÓN CROMOSÓMICA: Corresponde a un error o alteración durante la meiosis de los gametos o durante las primeras divisiones del óvulo fecundado que genera una anomalía en el número o estructura de los cromosomas en el producto de la fecundación. Estos cambios pueden ser observados en la metafase del ciclo celular y tienen su origen en rupturas (procesos clastogénicos) de las cadenas de ADN no reparadas o mal reparadas. Dentro de las aberraciones cromosómicas se encuentran Anomalías Cromosómicas Numéricas que corresponden a alteraciones en el número de copias de alguno de los cromosomas no sexuales dentro de las que se encuentran trisomía 21, 18, 13 y 22 y monosomía del cromosoma 21; Anomalías Cromosómicas Sexuales Numéricas que corresponden a alteraciones en el número de copias de algunos de los cromosomas sexuales dentro de las que se describen trisomía de los cromosomas sexuales (síndrome Klinefelter), monosomía de los cromosomas sexuales (síndrome de Turner), síndrome del doble Y, síndrome del triple X; Anomalías Cromosómicas Autonómicas Estructurales que corresponden a alteraciones de cromosomas no sexuales que afectan el ordenamiento interno del cromosoma dentro de las que se encuentran las deleciones de brazos o translocación de brazos; Anomalías Cromosómicas Sexuales Estructurales que son alteraciones que afectan la organización interna de los cromosomas sexuales dentro de las que

se encuentra el síndrome X frágil. (Rajagopalan, H. Lengauer, C. Aneuploidy and cancer**.** Nature.2004; 432 (7015): 338-341)

ABERRATIO LACTIS: Corresponde al tejido glandular mamario supernumerario. Ver Mamas Supernumerarias. (Diez, E. Usandizaga, J. Enriquecer el Lenguaje. Actualidad Obstétrico Ginecológica. 2001; 13 (2): 91-103)

ABLACIÓN.(Del lat. *ablatĭo, -ōnis: cortar, separar*).**1.** f. Acción y efecto de cortar, separar, quitar., **2.** f. *Med.* Separación o extirpación de cualquier parte del cuerpo. Es la extracción o eliminación de una parte del cuerpo o tejido o de su función. La ablación puede llevarse a cabo mediante cirugía, hormonas, medicamentos, radiofrecuencia, calor u otros métodos.(Diccionario de la Real Academia Española de la Lengua, www.rae.es)

ABLACIÓN CON REDIOFRECUENCIA(Latín,*Ablatio*): Utilización de energía eléctrica (a una frecuencia de las ondas similar a la frecuencia de las ondas de radio), con la cual se extirpa o se destruye un tejido.

ABLACIÓN ENDOMETRIAL(Latín,*Ablatio*): 1. Extirpación de la capa mucosa del útero, mediante la utilización de cualquier herramienta quirúrgica: cureta, rolling ball, histeroscopio quirúrgico, etc // **2.** Consiste en la remoción parcial o total del endometrio empleando diversos métodos (físicos, hormonales, no hormonales, electromagnéticos, láser, radiación, electroquirúrgicos). Usualmente se realiza a través de un histeroscopio o resectoscopio empleando láser o corriente eléctrica de alta frecuencia. La ablación endometrial se propone como tratamiento para pacientes que presentan hemorragia uterina anormal tipo menorragias, hipermenorreas, menometrorragias que no responden al manejo médico y en las cuales se ha descartado patología maligna, como alternativa a la histerectomía. Las pacientes candidatas son: pacientes con hemorragia uterina anormal asociado a patología benigna, pacientes no embarazadas y sin deseo de fertilidad futura, deseo de preservar el útero, ausencia de infección local activa. Se considera un método efectivo, con mayor satisfacción en las pacientes y menor costo comparado con la histerectomía. Las pacientes pueden presentar hipomenorrea en el 70% al 80% de los casos o amenorrea en el 13% al 36% de los casos. Dentro de los efectos

adversos se describen dolor pélvico en las primeras 24 a 48 horas, sangrado vaginal escaso en los primeros cinco días, náuseas y vómito. Adicionalmente, se han descrito complicaciones como quemaduras de la cavidad uterina, perforación uterina y endometritis posterior al procedimiento. (ACOG Practice Bulletin No. 81: Endometrial Ablation. Obstet Gynecol 2007; 109:1233).

ABLACIÓN OVÁRICA (Latín,*Ablatio*): Cirugía, radioterapia o tratamiento con medicamentos que detienen el funcionamiento de los ovarios. // También se llama supresión ovárica. Es la extirpación quirúrgica de uno o ambos ovarios. Suele realizarse mediante laparotomía o mediante laparoscopia. En la actualidad puede hacerse con bisturí frío, con electrobisturí, con asa de radiocirugía o con cualquiera de los rayos laser disponibles. Esta cirugía equivale a la castración femenina cuando se realiza extracción de ambos ovarios durante la vida fértil pues la mujer pierde la capacidad de reproducirse. En el periodo de la vida que antecede a la menopausia suele realizarse ooforectomía por trastornos infecciosos que por lo general comprometen la trompa y el ovario o involucran todo el piso pélvico. Otra causa de ooforectomía en cualquier época de la vida es la presencia de un proceso tumoral. En el periodo postmenopáusico la extirpación ovárica puede acompañar a una histerectomía aunque las gónadas sean estructuralmente sanas cuando el médico considera que por la edad de la paciente los ovarios ya no son funcionales. // Sinónimo: Ooforectomía

ABLACIÓN PLACENTARIA: Desprendimiento de la placenta

ABLATIO: Voz latina para referirse al desprendimiento de una estructura.

ABLATIO PLACENTAE: Desprendimiento de la placenta.

ABO ENFERMEDAD HEMOLÍTICA: La sigla ABO hace referencia a los tipos de sangre A, B y O. // **1**. La enfermedad hemolítica del recién nacido (EHRN) es una afección inmunológica autoinmunitaria en la cual la vida del eritrocito está acortada como resultado de la acción lítica de anticuerpos maternos que pasaron a través de la placenta y que son específicos contra antígenos de origen paterno presentes en las células rojas del feto o del recién nacido (Narang A, Jain N. Hemolytic disease of newborn. Indian J Pediatr. 2001

Feb;68(2):167-72) // **2.** Corresponde a la incompatibilidad inmunológica entre los grupos sanguíneos A, B, ó AB del feto, cuando la madre tiene el grupo sanguíneo O (es muy raro que se produzaca en madres A con hijos B o en madres B con hijos A). Puesto que las proteínas de la membrana del eritrocito que determinan su grupo, son de origen paterno, los glóbulos rojos fetales son reconocidos como elementos extraños por parte del sistema inmune de la madre, que envía IgG anti-A y/o anti-B y produce hemólisis en el feto. Aunque se han identificado más de 60 antígenos eritrocitarios diferentes capaces de provocar una respuesta inmunitaria, este trastorno se relaciona principalmente con el antígeno D del sistema Rh y con los antígenos ABO del sistema del mismo nombre. La EHRN por incompatibilidad ABO (EHRN-ABO) entre la madre y el recién nacido es la más frecuente de las EHRN // **3.** La enfermedad fue descrita por primera vez por Halbrech en 1944. El diagnóstico se realiza con prueba de Coombs directo en los eritrocitos del recién nacido, con test de Coombs indirecto en los eritrocitos de la madre y con el título de IgG anti-A/B materno (Villegas, DC y col. Enfermedad hemolítica del recién nacido por incompatibilidad ABO. Revista Cubana de Pediatría. 2007; 79 (4): 40-58)

ABO INCOMPATIBILIDAD: Ver ABO enfermedad hemolítica

ABORTADORA HABITUAL(Del lat. *habĭtus*).**1.** adj. Que se hace, padece o posee con continuación o por hábito.// **2.** Paciente que presenta tres ó más abortos espontáneos de manera consecutiva. Este tipo de trastorno de la gestación suele clasificarse en primario y secundario. No incluye a las pacientes que tienen partos entre uno y otro aborto. (Norman A. Beischer y col. Obstetricia y Neonatología. Edit McGraw-Hill Interamericana, México, 1997)// Sinónimo: Abortadora recurrente.

ABORTADORA RECURRENTE: (Del ant. part. act. de *recurrir*; *recurrens, -entis*).adj. El aborto que vuelve a ocurrir o a aparecer, especialmente después de un intervalo. // La mujer que ha tenido tres o más abortos espontáneos y sucesivos (Norman A. Beischer y col. Obstetricia y Neonatología. Edit McGraw-Hill Interamericana, México, 1997)

ABORTADORA RECURRENTE PRIMARIA: Paciente que presenta tres ó más abortos espontáneos de manera consecutiva sin que antes haya tenido al menos un parto.

ABORTADORA RECURRENTE SECUNDARIA: Paciente que presenta tres ó más abortos espontáneos de manera consecutiva luego de haber tenido por lo menos un parto.

ABORTIVO: (Del lat. *abortīvus*).Que tiene la virtud de hacer abortar.// Cualquier agente físico ,biológico ó farmacológico que produce muerte o expulsión del embrión o del feto que no es viable. Los abortivos más utilizados desde épocas pretéritas han sido los cuerpos extraños en el cérvix (sondas, trozos de plantas, etc), la ruptura de las membranas ovulares mediante punción vaginal, el uso de dilatadores del cuello para curetaje de la cavidad uterina, la utilización de sustancias que dilatan el cuello como la laminaria, el carboprost trometamina (15-metil-prostaglandina F2α), óvulos vaginales de dinoprostona (prostaglandina E2) o tabletas de misprostol (análogo de la prostaglandina F2α). La Laminaria digitata y la Laminaria japonicum son plantas que se hidratan y aumentan de volumen al ponerse en contacto con los líquidos. Esta propiedad hace que al colocarse en el canal cervical, la laminaria dilate paulatinamente las paredes a medida que absorbe los líquidos circundantes. El legrado suele realizarse mediante raspado repetido de la cavidad endometrial con curetas que van del No 2 al No 8 aunque en casos especiales pueden utilizarse algunas de mayor tamaño. Otro mecanismo de producir aborto es mediante el uso de jeringas grandes de aspiración-raspado como la de Kallman cuyo émbolo establece una presión negativa en la cavidad uterina, capaz de extraer el embrión y la capa decidual. En 1990 la FDA aprobó el uso de mifepristona (RU-486) un 19 noresteroide sintético que bloquea la progesterona a nivel del cuerpo lúteo y produce la interrupción del embarazo en el 99% de los casos.

ABORTO: 1. Expulsión o extracción del embrión o feto, antes que este sea viable. La viabilidad empieza cuando el feto es susceptible de vivir fuera de la madre, lo cual ocurre en la actualidad hacia el final de la semana 24 de gestación. // **2.** La Organización Mundial de la Salud(OMS) define el aborto como la terminación del embarazo antes de completar la vigésima semana de gestación(139 días = 19 semanas más 6 días) o que el feto pese menos de 500 gramos. La terminación del embarazo puede ocurrir de manera espontánea o mediante maniobras físicas, biológicas o farmacológicas que dilaten el cérvix,

rompan las membranas ovulares y extraigan o expulsen el embrión, el feto, el líquido amniótico o la placenta. La diferencia filosófica entre aborto y parto está en la viabilidad, entendida esta como la capacidad del feto de vivir por fuera de la madre. Aún con avanzadas unidades de cuidado intensivo pediátrico es muy difícil lograr la supervivencia de los fetos menores de 168 días. Por esta razón algunos influyentes perinatólogos califican de aborto a los fetos expulsados o extraídos hasta la semana 24 de la gestación. // **3.** Suspensión de la gestación en fetos que pesen 500 gramos ó menos.// **4.** Suspensión de la gestación desde que el blastocisto se implanta en el endometrio hasta el final de la semana 24 que el feto alcanza la viabilidad. **// 5.** Es la terminación del embarazo por cualquier circunstancia antes que el feto esté desarrollado lo suficiente para sobrevivir por fuera de la madre (por esta razón el concepto de aborto no se ajusta a la definición de la OMS, mencionada atrás). **6.** Terminación del embarazo antes de cumplir 24 semanas de amenorrea (contadas a partir del primer día de la última menstruación). Se caracteriza por hemorragia que se presenta en la primera mitad del embarazo, asociada a dolor hipogástrico que aumenta con la evolución de la dilatación cervical. // La línea limítrofe entre aborto y parto no es muy clara, aún en los albores del siglo XXI, pues la OMS la estableció el primer día de la semana 20 de amenorrea, pero los perinatólogos la han corrido al primer día de la semana 24 de amenorrea, que identifica la viabilidad del feto (capacidad de sobrevivir por fuera de la madre), que en últimas es la real diferencia entre aborto y parto. (Cunningham, FG. Gant, NF. Leven, K. Gilstrap, L. Hauth., J. Wenstrom K. Aborto. Williams Obstetricia. 21° edición. Montevideo, Uruguay: Editorial Panamericana. 2001. 733 - 753. / Guía de atención de las complicaciones hemorrágicas asociadas al embarazo. Resolución Número 00412 de 2000)

ABORTO, AMENAZA DE: 1. Hemorragia uterina, con ó sin contracciones uterinas, que se produce sin expulsión de ninguno de los componentes del saco gestacional y sin dilatación del cuello uterino, ocurridas en el periodo de la gestación en que el feto no es viable.// **2.**Es la hemorragia escasa durante la primera mitad de la gestación asociado a dolor hipogástrico que aumenta en intensidad y frecuencia, sin presentar cambios a nivel del cuello uterino (cuello cerrado). (Cunningham, FG. Gant, NF. Leven, K. Gilstrap, L. Hauth., J.

Wenstrom K. Aborto. Williams Obstetricia. 21° edición. Montevideo, Uruguay: Editorial Panamericana. 2001. 733 - 753/ Guía de atención de las complicaciones hemorrágicas asociadas al embarazo. Resolución Número 00412 de 2000)

ABORTO BIOQUÍMICO: Es la pérdida de la gestación en los siguientes días de la fecundación, sin que la paciente haga conciencia de este evento. El diagnóstico se hace mediante el análisis microscópico del material expulsado a manera de menstruación en un grupo de mujeres voluntarias. El concepto de aborto bioquímico es más utilizado en la literatura médica escrita en inglés que en español.

ABORTO CLÍNICO: Corresponde a la pérdida de una gestación mayor de 4 semanas. Se subclasifica en Embrionario y Fetal. (Stephenson, M. Kutteh, W. Evaluation and management of recurrent early pregnancy loss. Clinical Obstetrics and Gynecology. 2007; 50 (1): 135-145)

ABORTO CLÍNICO EMBRIONARIO: Corresponde la pérdida de una gestación entre las 5 y las 9 semanas, considerado como el período embrionario de la concepción. (Stephenson, M. Kutteh, W. Evaluation and management of recurrent early pregnancy loss. Clinical Obstetrics and Gynecology. 2007; 50 (1): 135-145)

ABORTO CLÍNICO FETAL: Corresponde la pérdida de una gestación entre las 10 y las 20 semanas, considerado como el período fetal de la concepción. (Stephenson, M. Kutteh, W. Evaluation and management of recurrent early pregnancy loss. Clinical Obstetrics and Gynecology. 2007; 50 (1): 135-145)

ABORTO COMPLETO: 1. Expulsión de todos los componentes del saco gestacional antes de que el feto fuera viable.// **2.** Es la expulsión completa del feto, placenta y membranas, con disminución posterior de la hemorragia y el dolor abdominal. (Cunningham, FG. Gant, NF. Leven, K. Gilstrap, L. Hauth., J. Wenstrom K. Aborto. Williams Obstetricia. 21° edición. Montevideo, Uruguay: Editorial Panamericana. 2001. 733 - 753/ Guía de atención de las complicaciones hemorrágicas asociadas al embarazo. Resolución Número 00412 de 2000)

ABORTO CON ALTO RIESGO DE INFECCIÓN: Es la terminación del embarazo antes que el feto sea viable, mediante maniobras realizadas de manera reciente con elementos físicos sobre el cuello o sobre el saco gestacional, con alta probabilidad de desencadenar una endometritis o una sepsis, pero que por el corto periodo de latencia aún la paciente no presenta signos de respuesta inflamatoria.

ABORTO CRIMINAL: (Del lat. *Criminālis,* Delito). Es la terminación del embarazo antes de llegar al término, como consecuencia de acción violenta o de ingestión involuntaria de sustancias nocivas para la gestante. El concepto de criminal es netamente jurídico, aunque en ocasiones se menciona en la literatura médica como equivalente a ilegal. Mientras que en el lenguaje obstétrico el aborto tiene un límite de gestación de 139 días, en el lenguaje judicial no hay límite de edad gestacional puesto que la sanción se relaciona con las circunstancias violentas que producen la expulsión del feto y con las condiciones de salud del mismo una vez ha nacido. Sinónimo: Aborto ilegal

ABORTO DIFERIDO(Del part. de *diferir,* que ocurre con posterioridad). Ver Aborto retenido.

ABORTO ELECTIVO (Del lat. *Electīvus,* adj. Que se hace o se da por elección).Interrupción voluntaria de la gestación, antes que el feto sea viable. Aunque el término electivo o voluntario abarca cualquier motivo que cause tal determinación de la madre o de la pareja, se utiliza con frecuencia para los casos en los cuales hay un trastorno físico grave en el embrión o el feto, descubierto por ecografía o por otro medio diagnóstico, que conlleva a la realización de un aborto.

ABORTO ESPONTÁNEO: 1. Pérdida del producto de la gestación sin que hayan mediado medicamentos, manipulación del cuello u otras acciones para suspender el embarazo, antes que el feto sea viable. ***//*** **2.** Es el aborto que se produce sin intervención médica o mecánica que intente vaciar el útero. Generalmente se presenta por factores fetales como desarrollo anormal del embrión o feto, aneuploidías; factores maternos como trastornos médicos, infecciones, alteraciones endocrinológicas, déficit nutricional, factores ambientales, factores inmunológicos, traumatismos, entre otros. (Cunningham,

FG. Gant, NF. Leven, K. Gilstrap, L. Hauth., J. Wenstrom K. Aborto. Williams Obstetricia. 21° edición. Montevideo, Uruguay: Editorial Panamericana. 2001. 733 – 753 / Guía de atención de las complicaciones hemorrágicas asociadas al embarazo. Resolución Número 00412 de 2000)// Sinónimo: Aborto natural.

ABORTO EUGENÉSICO (Del gr. εὖ, bien, y *–génesis,* origen),f. Aplicación de las leyes biológicas de la herencia al perfeccionamiento de la especie humana.// : El aborto que se realiza antes que el feto sea viable, motivado por la presencia de graves anomalías en la anatomía fetal.

ABORTO FALLIDO: Ver Aborto retenido.

ABORTO HABITUAL: Ver Aborto recurrente.

ABORTO INCOMPLETO: **1.** Expulsión de una parte de los productos de la gestación antes que el feto sea viable. // **2.** Se caracteriza por sangrado profuso, cambios cervicales y expulsión de tejidos fetales, placentarios o líquido amniótico en forma parcial. (Cunningham, FG. Gant, NF. Leven, K. Gilstrap, L. Hauth., J. Wenstrom K. Aborto. Williams Obstetricia. 21° edición. Montevideo, Uruguay: Editorial Panamericana. 2001. 733 - 753/ Guía de atención de las complicaciones hemorrágicas asociadas al embarazo. Resolución Número 00412 de 2000)

ABORTO INDUCIDO: Embarazo que termina como consecuencia de maniobras físicas,biológicas o farmacológicas realizadas con el propósito de suspender la gestación antes que el feto sea viable // Es la terminación médica o quirúrgica de un embarazo o el uso de técnicas abortivas no legales. (Cunningham, FG. Gant, NF. Leven, K. Gilstrap, L. Hauth., J. Wenstrom K. Aborto. Williams Obstetricia. 21° edición. Montevideo, Uruguay: Editorial Panamericana. 2001. 733 - 753/ Guía de atención de las complicaciones hemorrágicas asociadas al embarazo. Resolución Número 00412 de 2000)// Sinónimo: Aborto provocado

ABORTO INEVITABLE: Ver Aborto inminente

ABORTO INFECTADO: Terminación del embarazo antes que el feto sea viable, con signos de endometritis pero sin compromiso diseminado de la misma.

ABORTO INMINENTE: Estado en el cual la paciente que no ha completado 24 semanas de gestación y presenta dos ó más de las siguientes alteraciones: a-Hemorragia de origen intrauterino que dura una semana o más. b-Borramiento moderado o avanzado del cuello. c-Dilatación del cuello mayor o igual a 3 cm. d-Persistencia de contracciones uterinas a pesar de la administración de la analgésicos narcóticos ó de otros medicamentos que inhiban la contracción uterina.// Es el aborto que se presenta con aumento progresivo en intensidad y frecuencia del dolor abdominal o de la hemorragia asociado a ruptura de membranas corio-amnióticas junto con dilatación o apertura del cuello uterino. (1-Cunningham, FG. Gant, NF. Leven, K. Gilstrap, L. Hauth., J. Wenstrom K. Aborto. Williams Obstetricia. 21° edición. Montevideo, Uruguay: Editorial Panamericana. 2001. 733 - 753/ 2- Min Protección Social, Colombia: Guía de atención de las complicaciones hemorrágicas asociadas al embarazo. Resolución Número 00412 de 2000)// Sinónimo: Aborto inevitable

ABORTO JUSTIFICADO: El que se produce de manera voluntaria, por alguna razón médica o legal.

ABORTO LEGAL: Terminación voluntaria del embarazo antes que el feto sea viable, y bajo el amparo de preceptos jurídicos propios del país o estado, que permitan este procedimiento.

ABORTO NATURAL: Ver aborto espontáneo.

ABORTO NO SÉPTICO: Terminación del embarazo antes que el feto sea viable, sin signos ni riesgo inminente de endometritis o de otra complicación infecciosa.

ABORTO PRECLÍNICO: 1. Corresponde a la pérdida de una gestación menor de 4 semanas. (Stephenson, M. Kutteh, W. Evaluation and management of recurrent early pregnancy loss. Clinical Obstetrics and Gynecology. 2007; 50 (1): 135-145) ***//*** **2.** El que se produce sin que sea percibido por la paciente.// Sinónimos: Aborto subclínico, Aborto bioquímico

ABORTO RECURRENTE(Del ant. part. act. de *recurrir*; *recurrens, -entis*)**: 1.** Es la terminación del embarazo de manera espontánea en tres ó más ocasiones consecutivas antes que el feto sea viable. Implica la expulsión de parte o la totalidad de los componentes del saco gestacional sin que haya mediado ningún agente físico, biológico o farmacológico externo.// **2.** Es la pérdida recurrente de la gestación caracterizado por 3 o más abortos espontáneos consecutivos. Generalmente es ocasionado por factores maternos como enfermedades crónicas, factores inmunológicos, incompetencia cervical. (1-Goodman SB: Recurrent spontaneous abortion. Postgraduate Obstetrics and Gynecology, 13(24): 1-7,1993.// 2-Carp HJ, Toder V, Mashiach S, Nebel L, Serr DM: Recurrent miscarriage: A review of current concepts, immune mechanisms, and results of treatment. Obstetrical and Gynecological Survey, 45 (10): 657-69, 1990. // 3-Cunningham, FG. Gant, NF. Leven, K. Gilstrap, L. Hauth., J. Wenstrom K. Aborto. Williams Obstetricia. 21° edición. Montevideo, Uruguay: Editorial Panamericana. 2001. 733 - 753/ 4-Min Protección Social, Colombia:Guía de atención de las complicaciones hemorrágicas asociadas al embarazo. Resolución Número 00412 de 2000) // Sinónimo: Aborto habitual

ABORTO PROVOCADO: El que se produce mediante cualquier maniobra voluntaria de parte de la paciente y/o de quien le realiza el procedimiento, que culmina en terminación del embarazo antes que el feto sea viable

ABORTO RECURRENTE PRIMARIO(latín, *recurrens*): El que ocurre por tres o más veces, sin que haya habido ningún parto, de manera previa.

ABORTO RECURRENTE SECUNDARIO(latín, *recurrens*): El que ocurre por tres o más veces, luego de al menos un parto.

ABORTO RETENIDO: **1.** Muerte del embrión o del feto antes de que hubiera sido viable, con detención del mismo en la cavidad uterina, durante varios días, semanas o incluso meses. // **2.**Retención del feto en el útero al menos dos meses después de su muerte (Descriptores en ciencias de la salud: http://decs.bvs.br/)

ABORTO SÉPTICO (Del gr. σηπτικός).**1.** adj. *Med.* Que produce putrefacción o es causado por ella.// **2.** adj. *Med.* Que contiene gérmenes patógenos.// **3.** Es la infección y/o los anexos secundario a un aborto espontáneo, terapéutico o inducido. La infección es un proceso ascendente y sus principales causas son la cérvico-vaginitis, retención de restos del producto de la concepción, técnica aséptica inadecuada para la extracción de restos, trauma durante el procedimiento quirúrgico con perforación uterina o de otras estructuras. La clasificación de la infección uterina según el compromiso anatómico es: I: Limitada al útero. Ia: Endometritis. Ib: Miometritis. II: Compromiso de anexos y/o parametrios. IIa: Salpingitis. IIb: Absceso tubo-ovárico. IIc: Celulitis pélvica y tromboflebitis pélvica. III: Compromiso del peritoneo. IIIa: Pelviperitonitis. IIIb: Peritonitis. (1-Cunningham, FG. Gant, NF. Leven, K. Gilstrap, L. Hauth., J. Wenstrom K. Aborto. Williams Obstetricia. 21° edición. Montevideo, Uruguay: Editorial Panamericana. 2001. 733 - 753/ 2- Min Protección Social, Colombia:Guía de atención de las complicaciones hemorrágicas asociadas al embarazo. Resolución Número 00412 de 2000)

ABORTO SILENCIOSO: Ver aborto retenido

ABORTO SUBCLÍNICO: Terminación del embarazo mediante expulsión o reabsorción de los productos de la gestación antes de que sea reconocido por la paciente. // Sin. Aborto preclínico, aborto bioquímico.

ABORTO TARDÍO: El que ocurre después de la semana 12 de la gestación.

ABORTO TEMPRANO: El que ocurre dentro de las primeras doce semanas de gestación.

ABORTO TERAPÉUTICO: 1. El que se realiza como parte del tratamiento de una gestante, afectada de una enfermedad que mejora al suspender el embarazo. // 2. Es la terminación voluntaria del embarazo antes de completar la edad gestacional mínima para que el feto sea viable, con el propósito de proteger a la paciente de una enfermedad preexistente que se exacerba con el avance de la gravidez, al punto de poner en peligro la vida de la gestante.

ABORTO TUBÁRICO: Expulsión hacia la cavidad peritoneal del producto de la gestación que se estaba desarrollando en la porción infundibular de la trompa de Fallopio. Dicha expulsión se hace a través del ostium externo de la trompa.// Sinónimo: Embarazo ectópico abortado.

ABORTO, SHOCK SÉPTICO POST-: Conjunto de síntomas y signos que conforman el cuadro de un shock séptico, originado por un aborto complicado con el síndrome de respuesta sistémica, de origen bacteriano.

ABRUPTIO PLACENTAE: Es el desprendimiento prematuro de manera total o parcial de la placenta que estaba implantada normalmente. Se entiende por prematuro cualquier momento que anteceda el alumbramiento normal, que ocurre después del nacimiento del feto. El abruptio placentae que supere el 30% de la superficie de implantación puede suspender las funciones vitales del feto por déficit de perfusión e hipoxia. Cuando supera el 50% pone en peligro la vida de la paciente por shock hipovolémico. Una consecuencia de este desprendimiento prematuro es la apoplejía uterina en la cual además del hematoma retro-placentario se infiltra de sangre la pared del miometrio lo cual disminuye la capacidad contráctil del útero y le da un color azul oscuro. A este conjunto de fenómenos se le llama síndrome de Couvelaire o útero de Couvelaire. // Sinónimos: Ablación placentaria, ablatio placentae, abruptio placentae, desprendimiento prematuro de la placenta normoinserta.

ABSCESO(Del lat. *abscessus*, tumor).**1.** m. *Med.* Acumulación de pus en los tejidos orgánicos internos o externos.// **2.** Acumulación de pus en los tejidos, órganos o sitios limitados del cuerpo. Un absceso es un signo de infección y, por lo general, está hinchado e inflamado.(Real Academia Española de la Lengua)

ABSCESO DE BARTHOLIN(lat. *Abscessus)*: **1.** Proceso inflamatorio con acumulación de material purulento en las glándulas vestibulares mayores, que se acompaña de obstrucción del conducto por el cual drena el contenido mucoso. El absceso produce hemi-vulvitis secundaria. Los tratamientos más frecuentes son la marsupialización y la bartholinectomía // **2**. Corresponde a una colección de material purulento en el conducto de la glándula de Bartholin; usualmente el absceso es resultado de un quiste de la glándula de Bartholin

que presenta sobre-infección secundaria. El absceso de la glándula de Bartholin es resultado de infección polimicrobiana pero también puede estar asociado con gérmenes de transmisión sexual como Neisseria Gonorrhoeae, en especial si es recurrente o de evolución crónica. Las manifestaciones clínicas incluyen dolor intenso que en ocasiones incapacita la marcha, secreción purulenta fétida, fiebre, malestar general. Al examen físico se evidencia una lesión blanda, fluctuante, dolorosa a la palpación, con eritema, calor, edema y un punto central de colección purulenta. El tratamiento consiste en drenaje de la colección con técnica de marsupialización asociado a tratamiento antibiótico contra gram(-), anaerobios y cubrimiento de N. Gonorrea y C. Trachomatis. (Downs, MC, Randall, HW Jr. The ambulatory surgical management of Bartholin duct cysts. J Emerg Med 2005; 7:623) Sinónimo: Bartholinitis. // Vea la nota biográfica en Bartholin Caspar, del anatomista que describió las glándulas vestibulares que llevan su nombre.//

ABSCESO DE LA CÚPULA VAGINAL(lat. *Abscessus)*: Colección de material purulento en el espacio ubicado por encima del muñón vaginal, en las pacientes que han tenido una histerectomía reciente. Los absceso de la cúpula suelen estar precedidos por un hematoma en la misma zona, producido generalmente por escape de sangre del rodete vaginal o de una rama de la arteria uterina.

ABSCESO DE LA PARED ANTERIOR DEL ABDOMEN(lat. *Abscessus)*: Colección de material purumento en el espesor de la pared anterior (pel, tejido graso, por debajo de la aponeurosis, entre los músculos o debajo de ellos), en las pacientes que han tenido una laparotomía reciente.

ABSCESO DE LAS CARÚNCULAS HIMENEALES(lat. *Abscessus)*: Evento de rara ocurrencia en el cual se producen focos de colección purulenta en las carnosidades himeneales que quedan luego de la desfloración.

ABSCESO DE LAS GLÁNDULAS DE SKENE(lat. *Abscessus)*: Proceso inflamatorio con acumulación de material purulento en las glándulas vestibulares menores que son glándulas mucosas del meato uretral. // Vea la nota biográfica del Dr. Alexander Johnston Chalmers Skene, quien describió las glándulas parauretrales que llevan su nombre.

ABSCESO MAMARIO(lat. *Abscessus)*: Corresponde a una colección purulenta localizada en la mama, secundaria a infección por agentes microbianos. Es un trastorno que se presenta usualmente en mujeres durante el periodo de lactancia con una incidencia reportada de 0.1%. Dentro de los factores de riesgo se encuentran la edad materna aproximadamente 30 años, primiparidad, edad gestacional mayor de 41 semanas y presencia de mastitis. El absceso mamario se presenta en el 5% al 11% de las pacientes con mastitis puerperal, relacionado con una inadecuada terapia. Los síntomas incluyen fiebre, cambios inflamatorios locales y documentación de una masa fluctuante localizada. El diagnóstico se complementa con evaluación ultrasonográfica de la mama y el tratamiento consiste en drenaje y antibiótico-terapia sistémica; en algunos casos el drenaje se puede realizar a través de la aspiración con aguja guiado o no guiado por ecografía. (Santen, RJ, Mancel, R. Benign breast disorders. N Engl J Med 2005; 353:275).

ABSCESO OVÁRICO(lat. *Abscessus)*: Colección de material purulento en el estroma y parénquima del ovario.

ABSCESO PÉLVICO(lat. *Abscessus)*: Colección de material purulento en cualquiera de los espacios circunscritos por la cavidad pélvica.

ABSCESO SUBMAMARIO (lat. *Abscessus)*: Colección de material purulento en la región inferior de uno o ambos senos en casos de mastitis.

ABSCESO TUBO-OVÁRICO (lat. *Abscessus)*:Proceso inflamatorio con acumulación de material purulento en la luz de las trompas y en la periferia de los ovarios. Ocasionalmente pueden estar comprometido el parénquima de los ovarios .

ABSORCIÓN (EN ECOGRAFÍA): Es la energía mecánica que el haz de ultrasonido pierde a medida que atraviesa el medio en el que se propaga, debido a la fricción que se produce en los tejidos y que se transforma en energía calórica. La absorción es directamente proporcional a la frecuencia del transductor y a la viscosidad del tejido atravesado. (Walton, P. Jamieson, A. The expanding role of diagnostic ultrasound in obstetrics and gynecology. Surg Gynecol Obstet. 2001; 137 (5): 753-757)

ABSTINENCIA PERIÓDICA,PLANIFICACIÓN FAMILIAR: contención voluntaria de las relaciones sexuales durante los días fértiles de la mujer, con el propósito de evitar el embarazo.

ABUSO SEXUAL: **1.** Acto sexual ocurrido sin el consentimiento de la otra persona. **2.** Acto sexual ocurrido en persona que se ha puesto en condiciones de indefensión.

ACANTOMA DE CÉLULAS CLARAS: Corresponde a un tumor benigno de la epidermis caracterizado por una lesión nodular, generalmente única, con tamaño entre 1 y 5 cm, rodeada por un collar escamoso periférico. La localización más frecuente de la lesión son las extremidades inferiores. La anatomía patológica muestra una lesión intraepidérmica, bien delimitada, formada por queratinocitos de amplio y claro citoplasma debido al acúmulo de glucógeno, como lo demuestra la tinción PAS positiva. El tratamiento consiste en resección quirúrgica completa, que es diagnóstica y terapéutica. (Rodríguez, E. Santos, J. Acantoma de células claras múltiple. Actas dermo-sifiliográficas. 2006; 85 (5): 259-263)

ACANTOSIS NIGRICANS: La palabra acantosis se refiere al engrosamiento de la piel(hiperplasia del estrato espinoso de la piel), que afecta las axilas, los pliegues del cuello y el periné. Toma el nombre de nigricans cuando toma un color oscuro. La acantosis nigricans es benigna la mayor parte de las veces, pero puede ser uno de los signos de un adenocarcinoma subyacente, especialmente en personas de edad avanzada (1-Ramzi S Cotran y col. Patología estructural y funcional de Robins.Editorial McGraw-Hill, New York, 1996 // 2-Berek JS,Adashi EY,Hillard PA. Ginecología de Novak. Interamericana. México. 1997 P. 382)

ACARDIA FETAL: Ver Fetal, acardia

ACE: Ver Antígeno carcino-embrionario.

ACELERACIÓN DE LA FRECUENCIA CARDIACA (Monitoreo fetal electrónico): Es un aumento de la frecuencia cardíaca fetal de por lo menos 15 latidos/min, generalmente de 15 a 20 segundos de duración. De acuerdo con Freeman, las aceleraciones ocurren más frecuentemente antes del parto,

al comienzo del trabajo del parto, y asociadas con desaceleración variables. Las explicaciones propuestas para la aceleración durante el parto incluyen los movimientos fetales, la estimulación por las contracciones uterinas, la compresión del cordón umbilical y la estimulación fetal durante el examen pelviano. La toma de muestras de sangre del cuero cabelludo fetal y la estimulación acústica estimulan la aceleración de la frecuencia cardiaca fetal. Por último, la aceleración puede ocurrir también durante el trabajo de parto sin ningún estímulo aparente. En realidad, las aceleraciones son comunes en el trabajo de parto y prácticamente siempre están asociadas con el movimiento fetal. Estas aceleraciones son virtualmente siempre tranquilizadoras y prácticamente siempre confirman que el feto no está acidótico en ese momento. Las aceleraciones parecen tener las mismas explicaciones fisiológicas que la variabilidad de latido a latido en el sentido de que representan mecanismos neuro-hormonales de control cardiovascular intactos ligados a estados de comportamiento fetal.

ACELERADOR LINEAL DE MEGAVOLTAJE: Máquina que usa electricidad para formar una corriente rápida de partícula subatómicas. Esto crea radiación de alta energía que puede usarse para tratar el cáncer. También se llama acelerador lineal de MeV, acelerador lineal y linac (Diccionario de Cáncer: http://www.cancer.gov/

ACETATO DE LEUPROLIDE: Ver Leuprolide

ACICLOVIR: Es un medicamento análogo de la guanina utilizado para el tratamiento de las enfermedades producidas por el virus Herpes (herpes genital, herpes bucal, herpes zoster, varicela, etc). Compite con la polimerasa del virus, se incorora a su ADN, lo desconfigura e impide la replicación del mismo. (J Am Acad Dermatol. 1988 Jan;18(1 Pt 2):176-9).

ACIDEMIA: Es la presencia de pH arterial por debajo de 7.35. Se caracteriza por alteraciones en diversos sistemas como: alteraciones cardiovasculares que incluyen disminución de la contractilidad cardíaca con bajo gasto, disminución de la presión arterial, disminución del flujo sanguíneo hepático y renal, arritmias ventriculares, atenuación de la respuesta a las catecolaminas; alteraciones respiratorias como hiperventilación, disnea y fatiga

muscular; alteraciones metabólicas como resistencia a la insulina, inhibición de la glucólisis anaerobia, reducción de la síntesis de ATP, hipercalemia; alteraciones neurológicas con muerte celular y alteración del estado de conciencia. (Adrogue, H. Madias, N. Management of life-threatening acid-base disorders.First of two parts. The New England Journal of Medicine. 1998; 338 (1): 26-33)

ÁCIDO: Es una sustancia con la capacidad de donar iones H^+. (Adrogue, H. Madias, N. Management of life-threatening acid-base disorders. The New England Journal of Medicine. 1998; 338 (1): 26-33)

ÁCIDO ACÉTICO: Es una solución usada al 3% o al 5% como solución de contraste para aumentar la detección de neoplasia cervical durante el examen colposcópico. Después de 30 a 60 segundos, la solución de ácido acético deshidrata las células de tal forma que las células escamosas con aumento relativo de la densidad nuclear (células metaplásicas, células displásicas, células infectadas por VPH) reflejan la luz y aparecen como zonas blancas. Los vasos sanguíneos y las células columnares no son afectados por la aplicación de la solución, pero pueden ser vistas más fácilmente a través del fondo acetoblanco. La aplicación puede ser repetida, si es necesario, después de 3 a 5 minutos. (American Society for Colposcopy and Cervical Pathology. Practice Recommendations. Colposcopy: Indications. 2007).

ACIDO-BASE, ESTADO FETAL: Corresponde al metabolismo fetal normal de la producción de ácidos que son equilibrados para mantener el pH extracelular dentro del rango de normalidad. Cambios muy sutiles en los niveles de pH pueden afectar significativamente varios sistemas fetales como el Sistema Nervioso Fetal y el Sistema Cardiovascular. El feto produce tanto ácidos volátiles como ácidos no volátiles; dentro de los ácidos volátiles producen principalmente Acido Carbónico (H2CO3) durante el metabolismo aeróbico. El ácido carbónico es metabolizado a CO2 y H2O a través de la anhidrasa carbónica eritrocitaria, y el CO2 es eliminado a través de la placenta. Dentro de los ácidos no volátiles, el feto produce ácidos orgánicos o ácidos no carbónicos que son eliminados muy lentamente a través de la placenta y se acumulan en el feto; para evitar cambios en el pH extracelular, el feto emplea sustancias amortiguadoras (buffers) como el bicarbonato plasmático y la

hemoglobina, otras sustancias que pueden actuar como amortiguadores en menor medida son los fosfatos inorgánicos, el bicarbonato eritrocitaria y la albúmina. Los principales determinantes del estado ácido-base fetal son la perfusión placentaria y la integridad del sistema cardiovascular fetal; trastornos como pre-eclampsia, hipertensión crónica, hipotensión, hipovolemia y enfermedad cardiaca cianótica pueden generar disminución del flujo útero-placentario y como consecuencia, alterar la oxigenación fetal. (Low, JA. The role of blood gas and acid-base assessment in the diagnosis of intrapartum fetal asphyxia. Am J Obstet Gynecol 2005; 159:1235)

ACIDO LISOFOSFATÍDICO: Es un marcador tumoral asociado con la invasión de la matriz extracelular en el cáncer de ovario. Las concentraciones séricas del ácido lisofosfatídico se encuentran elevadas en el 96% de las pacientes con cáncer de ovario, 90% en estadío I. Los estudios que evalúan la utilidad de este marcador tumoral en neoplasia ovárica se encuentran en curso. (Nucci, M. Castrillon, D. Biomarkers in diagnosis obstetrics and gynecology pathology. Advances in Anatomic Pathology. 2003; 10 (2): 55-68)

ACIDOS NUCLÉICOS RECOMBINANTES. Ver ADN recombinante.

ACIDOSIS FETAL: Corresponde a una alteración del estado ácido-base del feto caracterizado por un nivel de pH menor de 7.25 secundario a un incremento en los niveles de CO2, aumento en la producción de ácidos orgánicos o disminución en los niveles de HCO3 fetal. La acidosis fetal, tanto respiratoria como metabólica, es causada principalmente por un estado de hipoperfusión útero-placentaria con disminución secundaria del aporte de oxígeno de la madre al feto y la instauración de un metabolismo fetal anaeróbico. Aunque el feto puede manifestar un perfil de gases sanguíneos característicos de un patrón respiratorio o metabólico, la acidosis usualmente es una acidosis mixta; es decir, si la perfusión útero-placentaria es corregida durante la fase respiratoria, la acidosis respiratoria se resuelve a medida que se excreta CO2 a través de la placenta, sin embargo, si el proceso patológico continúa, se adiciona al incremento en los niveles de CO2 un aumento en la producción de ácidos orgánicos que se acumulan y dan origen a una acidosis metabólica. (ACOG Committee Opinion No. 348: Umbilical Cord Blood Gas and Acid-Base Analysis. Obstet Gynecol 2006; 108:1319)

ACIDOSIS METABÓLICA: Es un trastorno clínico caracterizado por un descenso en concentración del bicarbonato que genera descenso en el pH arterial. Este desequilibrio ácido-base induce hiperventilación compensadora que se traduce en disminución de la presión de CO_2 con el objetivo de mantener el pH arterial en el rango de normalidad. La acidosis metabólica se produce como consecuencia de la adición de ácidos o la pérdida de bicarbonato. Para el estudio de la acidosis metabólica es necesario evaluar el anión gap. De esta forma se encuentran dos grupos: acidosis metabólica con anión gap normal y acidosis metabólica con anión gap elevado. En los pacientes con anión gap normal, la reducción del bicarbonato sérico se asocia siempre con hipercloremia; el diagnóstico diferencial plantea tres posibilidades: pérdida de bicarbonato de los líquidos corporales, acidosis tubular renal o carga aguda de iones hidrogeniones. Dentro de las causas se encuentran: pérdida gastrointestinal de bicarbonato, diarrea, fístulas gastrointestinales, pérdida renal de bicarbonato, acidosis tubular renal, insuficiencia renal, alimentación parenteral, uropatía obstructiva, pielonefritis, hipoaldosteronismo. En los pacientes con anión gap elevado, se plantean dos posibilidades diagnósticas: sobreproducción de ácidos orgánicos e insuficiencia renal. Dentro de las causas se encuentran: cetoacidosis, acidosis láctica, insuficiencia renal, intoxicación con salicilatos, metanol, etilenglicol, paraldehído. Las manifestaciones clínicas incluyen alteraciones cardíacas con disminución de la contractilidad cardíaca, bajo gasto, arritmias ventriculares; alteraciones neurológicas con alteración del estado de conciencia desde letargia hasta coma; alteraciones óseas con retardo del crecimiento y raquitismo en los niños y osteítis fibrosa quística u osteomalacia en los adultos. En conclusión la acidosis metabólica se caracteriza por HCO_3 disminuido, con pH arterial normal o disminuido y CO_2 disminuido como respuesta compensadora. La presión de CO_2 esperada se calcula con la fórmula: CO_2 esperado = (HCO_3 x 1.5 + 8) +/- 2. (1-Patiño, JF. Rodríguez, E. Gases Sanguíneos, Fisiología de la Respiración e Insuficiencia Respiratoria Aguda. Editorial Médica Panamericana. Santafé de Bogotá. Séptima edición. 2005. 183-238 /2- Adrogue, H. Madias, N. Management of life-threatening acid-base disorders. The New England Journal of Medicine. 1998; 338 (1): 26-33).

ACIDOSIS RESPIRATORIA: Es un trastorno ácido-base caracterizado por elevación de la presión parcial de CO_2 (hipercapnia), con disminución del pH arterial. Como respuesta compensadora se genera aumento variable en la concentración plasmática de bicarbonato. La hipercapnia genera a su vez, hipoxemia, ya que el dióxido de carbono desplaza al oxígeno a nivel alveolar; de esta forma, es la hipoxemia la condición que puede poner en riesgo la vida del paciente con acidosis respiratoria. En la fase aguda del proceso se genera compensación con los mecanismos de amortiguación intracelular, principalmente la Hemoglobina. Posteriormente, luego de 12 horas de instaurado el proceso, se inicia la compensación renal con mayor aumento en la concentración de HCO_3, que evita cambios bruscos en el pH arterial. Las causas de acidosis respiratoria aguda incluyen obstrucción de vía aérea superior e inferior, estatus asmático, defectos alveolares severos como neumonía, edema pulmonar, depresión del sistema nervioso central, alteraciones neuromusculares o restricción ventilatoria como en el caso de múltiples fracturas costales con tórax inestable. Dentro de las causas de acidosis respiratoria crónica se encuentran la enfermedad pulmonar obstructiva o restrictiva crónica, obstrucción de la vía aérea superior, depresión del sistema nervioso central, lesiones neuromusculares. Estas condiciones pueden descompensarse por situaciones como infecciones, uso de narcóticos u oxígeno-terapia inadecuada en pacientes con hipercapnia crónica. El tratamiento está dirigido en la restauración de una adecuada oxigenación. Como se mencionó, el mecanismo de compensación en los casos de acidosis respiratoria es una elevación en la concentración de bicarbonato. El cálculo del cambio o delta de bicarbonato se realiza con la fórmula: $\Delta HCO_3 = (\Delta CO_2/10 \times 2.5) +/- 2$. (1-Patiño, JF. Rodríguez, E. Gases Sanguíneos, Fisiología de la Respiración e Insuficiencia Respiratoria Aguda. Editorial Médica Panamericana. Santafé de Bogotá. Séptima edición. 2005. 183-238 / 2-Adrogue, H. Madias, N. Management of life-threatening acid-base disorders. The New England Journal of Medicine. 1998; 338 (1): 26-33)

ACISTIA: Ausencia congénita de la vejga urinaria. Suele a compañarse de otras alteraciones del árbol génito-urinario.

ACOG: Sigla del American College of Obstetricians and Gynecologists, con sede en New York, Estados Unidos.

ACP: 1. Sigla que se utiliza para mencionar la Analgesia Controlada por el Paciente. // 2. Método de alivio del dolor en el que el paciente controla la cantidad de analgésico. Cuando se necesita aliviar el dolor, la persona puede recibir una dosis prefijada de la medicina pulsando el botón de una bomba computarizada que está conectada a un catéter del paciente.// Sinónimo: Analgesia controlada por el paciente.

ACRANIA: Ver exencefalia.

ACRETISMO PLACENTARIO: 1. Implantación anormal de la placenta en la cual existe pérdida de la interfase placenta – miometrio y la placenta se implanta unida al miometrio (placenta acreta), invade el miometrio (placenta increta) o invade el miometrio y sobrepasa la serosa comprometiendo en algunas ocasiones órganos adyacentes (placenta percreta).// **2.** Implantación anormal de la placenta caracterizada por una fuerte adherencia de la misma a la pared uterina como consecuencia de la ausencia total o parcial de la decidua basal y el desarrollo incompleto de la capa de fribrina. (Cunningham, FG. Gant, NF. Leven, K. Gilstrap, L. Hauth., J. Wenstrom K. Williams Obstetricia). Hemorragia Obstétrica. 21° edición. Montevideo, Uruguay. 2001. 547-568). Dentro de los factores de riesgo para acretismo placentario se encuentran antecedente de cesáreas, con 1 cesárea previa el riesgo de acretismo placentario es del 25%, con 2 cesáreas previas aumenta el riesgo a 47% y con tres o más cesáreas previas el riesgo se aumenta a 67%; otros factores de riesgo son placenta previa, edad materna mayor de 35 años, multiparidad, defectos endometriales, leiomiomas submucosos. // **3.** La implantación anormal de la placenta se clasifica de acuerdo al grado de invasión del miometrio en tres grados: Placenta Acreta (unida al miometrio), Placenta Increta (invasión el miometrio sin llegar a la serosa), Placenta Percreta (penetración del miometrio llegando a la serosa y en algunas ocasiones comprometiendo órganos adyacentes). (You, W. Zahn, C. Postpartum Hemorrhage: Abnormally Adherente Placenta, Uterine Inversion and Puerperal Hematomas. Clinical Obstetrics and Gynecology. 2006. Volume 49, Number 1. 184-197)

ACRETISMO PLACENTARIO, CLASIFICACIÓN: De acuerdo al número de cotiledones comprometidos el acretismo placentario se clasifica en total (compromete todos los cotiledones), acretismo parcial (compromete algunos cotiledones) o focal (compromete un cotiledón). (Oyelese, Y. Smulian, J. Placenta previa, placenta accreta, and vasa previa. Clinical Expert Series. 2006; 107: 927 – 939)

ACROCORDÓN: Corresponde a un tumor blando, péndulo, múltiple de piel y tejidos blandos, localizado principalmente en cuello y párpados de las mujeres de mediana edad. Afecta aproximadamente al 25% de la población adulta y el riesgo de presentarse se incrementa con la edad. Corresponde a verrugas o glándulas sebáceas hipertrofiadas o papilomas lisos hiperpigmentados. Usualmente se presenta en áreas de fricción como axila, cuello, pliegue infra-mamario, región inguinal y región perineal. Generalmente es asintomático pero pueden presentarse manifestaciones clínicas cuando entra en contacto permanente con prendas de vestir u objetos accesorios describiéndose casos de torsión y ulceración. No representa riesgo de malignidad. El tratamiento está indicado si se torna muy sintomático para la paciente o por razones cosméticas; las opciones incluyen resección quirúrgica con electrobisturí o criocirugía. La recurrencia se documenta en el 15% de los casos. (Naeyaert, JM, Brochez, L. Clinical practice. Dysplastic nevi. N Engl J Med 2003; 349:2233)

ACROSOMA: Es una membrana que cubre la porción anterior de la cabeza del espermatozoide, formando un gorro. Topográficamente se localiza por dentro de la membrana plasmática, con la cual contacta la membrana acrosomal externa; internamente se encuentra la denominada membrana acrosomal interna. El acrosoma tiene dispuestas una gran cantidad de enzimas hidrlolíticas que incluyen hialuronidasa, acrosín, pro-acrosín, fosfatasa, aril-sulfatasa, colagenasa, fosfolipasa C, beta galactosidasa; tiene otras proteínas que pueden ser neutralizadas por anticuerpos. El acrosoma debe realizar la reacción acrosomal dentro del proceso fisiológico de fertilización. (Schmid, M. Sherman, M. Structure of the acrosomal bundle**.** Nature. 2004; 431(7004):104-107)

ACROSOMAL, REACCIÓN: Corresponde a un proceso fisiológico durante la fertilización que implica la fusión de la membrana acrosomal externa con la membrana plasmática envolvente del espermatozoide, con posterior liberación del contenido acrosomal. La reacción se inicia en el borde del capuchón acrosomal y el segmento ecuatorial del acrosoma, donde se cree que las membranas son intrínsecamente menos estables. Se considera que la reacción se inicia por la liberación de un componente gelatinoso del ovocito que interactúa con la membrana plasmática del espermatozoide, induciendo un incremento del pH intracelular y una despolarización dependiente de calcio. Tanto el incremento del pH como la despolarización permiten la activación de canales de calcio de la membrana plasmática permitiendo un influjo masivo de iones calcio; este alto nivel de calcio intracelular induce la fusión de la membrana acrosomal externa con la membrana plasmática circundante. La reacción acrosomal es rápida y tiene una duración promedio de 2 a 15 minutos in vitro. (Schmid, M. Sherman, M. Structure of the acrosomal bundle**.** Nature. 2004; 431(7004):104-107)

ACTH: Es la hormona adrenocorticotrópica. La ACTH es secretada de la hipófisis anterior en respuesta a la Hormona Liberadora de Corticotropina, secretada a nivel del hipotálamo. La Hormona adrenocorticotropica estimula la liberación de glucocorticoides como el Cortisol de la corteza de la glándula suprarrenal, cuya principal función es la regulación del metabolismo de la glucosa; en menor medida media la liberación de mineralo-corticoides como la aldosterona, cuya función es la regulación del metabolismo hidro-electrolítico. (Taylor, AL, Fishman, LM. Corticotropin-releasing hormone. N Engl J Med 1988; 319:213)

ACTINA: Es una proteína contráctil formada por dos cordones de actina F, cada uno compuesto por monómeros de actina G, entrelazados en filamentos delgados. Los filamentos formados de actina contienen también tropomiosina y troponina, para formar y romper puentes transversales y genear energía mecánica durante el proceso de contracción muscular. Los filamentos de actina forman parte de las bandas I del músculo estriado, y su función en la contracción muscular consiste en deslizarse entre los filamentos de miosina

para reducir el tamaño de la sarcómera. (Gomez, AM, Guatimosim, S, Dilly, KW, et al. Altered excitation-contraction coupling. Circulation 2001; 104:688)

ACTINA F: Corresponde a la actina fibrosa. Es una forma polimérica de la actina. La disposición consiste en dos cordones de actina F, cada uno de ellos formado por monómeros de actina, se entrelazan mutuamente formando un espiral de banda en la banda I de la sarcómera. (Gomez, AM, Guatimosim, S, Dilly, KW, et al. Altered excitation-contraction coupling. Circulation 2001; 104:688)

ACTINA G: Es una forma polimérica de la actina. Es una proteina globular con peso molecular de 42.000, que corresponde al constituyente monomérico de los filamentos de actina F. Conjuntamente con la troponina y la tropomiosina, constituyen el filamento fino de la sarcómera. (Gomez, AM, Guatimosim, S, Dilly, KW, et al. Altered excitation-contraction coupling. Circulation 2001; 104:688).

ACTITUD ANTIÁLGICA: **1.** Posición corporal o de una parte del cuerpo, que sirve para evitar o amortiguar el dolor, como ocurre con la separación de las piernas que hace la paciente con una bartholinitis severa, // **2.** Corresponde a la posición que espontáneamente adopta el enfermo para atenuar un dolor específico. El ejemplo clásico es la postura en flexión que adoptan los pacientes con hernia discal, para reducir la exacerbación de los síntomas dolorosos. (Eisendrath, SJ. Psychiatric aspects of chronic pain. Neurology 2000; 45:S26)

ACTITUD FETAL: 1. Es la postura característica que adopta el feto. En general, el feto se repliega sobre sí mismo, la espalda adquiere una configuración convexa, la cabeza está flexionada por completo de manera que el mentón entra en contacto con el tórax anterior, los muslos están flexionadas sobre el abdomen y las piernas flexionadas sobre los muslos. //**2.** En los últimos meses del embarazo el feto adopta una postura característica descrita como actitud o hábito. Como regla general, el feto forma una masa ovoide que se corresponde aproximadamente con la forma de la cavidad uterina. El feto se pliega o se dobla sobre sí mismo de forma tal que la espalda se hace marcadamente convexa; la cabeza se encuentra fuertemente flexionada de

manera que el mentón se halla casi en contacto con el tórax; los muslos están flexionados sobre el abdomen, las piernas están encorvadas en las rodillas y los arcos plantares descansan sobre la superficie anterior de las piernas. En todas las presentaciones cefálicas los brazos suelen estar cruzados sobre el tórax o se hacen paralelos a los costados y el cordón umbilical yace en el espacio entre ellos y las extremidades inferiores. (Liao, JB. Buhimschi, C. Normal Labor: Mechanism and Duration. Obstetrics and Gynecology Clinics of North America. 32 (2005) 145 – 164 // Sinónimo: Hábito fetal.

ACTIVIDAD FETAL: Es en su conjunto la cantidad de movimientos fetales percibidos por la madre. La disminución notoria de la actividad fetal debe ser considerado un signo de alarma, asociado con sufrimiento fetal. La ausencia completa de actividad durante un tiempo prolongado, puede ser un signo de muerte fetal.

ACTIVIDAD UTERINA: Este término designa las contracciones uterinas, sin distinguir la frecuencia o la intensidad. Una gestante tiene actividad uterina cuando se evidencian contracciones.

ACTO SEXUAL: Término que describe la relación de pareja con penetración, aunque también se utiliza para describir otras formas de expresión de la sexualidad como el cunni lingus, el felatio, las caricias íntimas o la masturbación mutua.

ACUS-H: Corresponde a la atipia de células escamosas de significado indeterminado que no descarta lesión de alto grado. Este grupo de pacientes deben ser llevadas a colposcopia y biopsia según hallazgos. (Crothers, B. The Bethesda System 2001: update on terminology and application. 2005; 48 (1): 98-107)

ACŪTUS: Raíz latina que significa un dolor vivo. De esta raíz se originó la palabra Agudo.

ADENOACANTOMA: Corresponde a una neoplasia maligna constituida por un epitelio con diferenciación glandular (adenocarcinoma) y focos de metaplasia escamosa (diferenciación del epitelio original a epitelio plano estratificado queratinizado). Su localización usual es el endometrio, pero se

puede encontrar a nivel ovárico y tubárico. (Kealy, W. Annis, P. Adenoacanthoma of the endometrium. J Clin Pathol. 2001; 43 (7): 554-559)

ADENOACANTOMA ENDOMETRIAL: Es una lesión neoplásica maligna originada en el epitelio endometrial, constituida por cambios glandulares y focos de metaplasia escamosa. Los cambios de metaplasia escamosa semejan de forma muy cercana a los cambios presentados en la mucosa del exocérvix secundario a la infección por Virus del Papiloma Humano. La edad promedio de presentación es de 62.6 años. El examen histopatológico documenta la presencia de coilocitosis, formaciones papilares e inclusiones eosinofílicas intranucleares tanto del epitelio escamoso como del epitelio glandular. La inmunohistoquímica y la hibridización de DNA in situ documentan la presencia de antígenos del VPH en las células escamosas y glandulares, adicional a partículas virales perinucleares. Se ha interrogado la posibilidad de infección de un adenocarcinoma endometrial por VPH directamente a través del cérvix, aunque el virus puede ser pasajero y desencadene la metaplasia escamosa característica de la lesión tumoral. (Kealy, W. Annis, P. Adenoacanthoma of the endometrium. J Clin Pathol. 2001; 43 (7): 554-559)

ADENOCARCINOMA ENDOMETRIAL DE CELULAS CLARAS: Es un carcinoma endometrial tipo II que histológicamente presenta células con abundante glucógeno intracitoplasmático con núcleos pleomórficos grandes y figuras multinucleadas. Representa el 1 – 5% de los adenocarcinomas endometriales y tienen pronóstico pobre. (Silverberg, S. Kurman, R. Nogales, F. Epithelial Tumours and related lesions. Tumours of the Uterine Corpus. World Organization Health. 2001: 221 - 248)

ADENOCARCINOMA DE CÉLULAS CLARAS DE LA TROMPA: Es un tumor maligno de la mucosa tubárica, de origen epitelial con diferenciación glandular, en el cual sobresalen las células en tachuela o células de hobnail y las células claras que forman un epitelio cuboidal irregular. La mayoría de los casos reportados muestran un patrón de crecimiento túbulo-quístico. Estas neoplasias constituyen aproximadamente el 2% – 10% de todos los carcinomas de la trompa. (Alvarado, I. Cheng, A. Caduff, R.Tumours of the fallopian tube and uterine ligaments. World Organization Health. 2001: 206 – 211)

ADENOCARCINOMA DE LA TROMPA: Es un tumor epitelial maligno de la mucosa tubárica usualmente con diferenciación glandular. Para que sea considerado tumor primario de trompa de Falopio, la masa debe estar confinada a la luz tubárica y si existe carcinoma concomitante de ovario o útero, éstos deben ser variantes claramente diferentes al carcinoma hallado en la trompa. Los adenocarcinomas de trompa corresponden al 0.3% – 1.1% de los tumores malignos ginecológicos. La prevalencia es de 3.6 casos por cada 10.000 mujeres. Se presenta usualmente alrededor de los 50 años y se manifiesta por una tríada clínica que incluye sangrado vaginal, dolor pélvico y leucorrea, aunque esta tríada se presenta de forma característica en la minoría de los casos. Los estudios imagenológicos habitualmente demuestran la existencia de una masa anexial de naturaleza quística, compleja o sólida, y usualmente se diagnostica como Tumor de Ovario. Macroscópicamente se caracteriza por una dilatación anormal o engrosamiento nodular tubárico que contiene una masa tumoral localizada. Usualmente se ubica en la región ampular de la trompa; en la mayoría de los casos es unilateral aunque es posible encontrar adenocarcinomas bilaterales hasta en el 10% – 20% de los casos. Histológicamente se divide en Adenocarcinoma Seroso, Adenocarcinoma Mucinoso, Adenocarcinoma Endometrioide, Adenocarcinoma de Células Claras. (Alvarado, I. Cheng, A. Caduff, R. Tumours of the fallopian tube and uterine ligaments. World Organization Health. 2001: 206 – 211)

ADENOCARCINOMA ENDOMETRIODE DE TROMPA: Este subtipo histológico se caracteriza por ser lesiones no invasivas o sólo invasivas de forma superficial; por lo tanto, la probabilidad de diseminación metastásica es mínima o casi nula y por ende, el pronóstico es favorable comparado con los otras variantes de adenocarcinoma de trompa. Se caracteriza por la presencia de células pequeñas con múltiples espacios glandulares con abundante secreción coloide. (Alvarado, I. Cheng, A. Caduff, R. Tumours of the fallopian tube. Tumours of the fallopian tube and uterine ligaments. World Organization Health. 2001: 206 – 211)

ADENOCARCINOMA DEL CUELLO UTERINO: Corresponde a una neoplasia maligna del cérvix caracterizado por la presencia de glándulas endocervicales en un patrón cribiforme, rodeado por células epiteliales

columnares atípicas. Dentro de los factores de riesgo se encuentran el inicio temprano de vida sexual, múltiples compañeros sexuales, compañeros sexuales de alto riesgo, infección por VPH, tabaquismo, multiparidad, inmunodeficiencia endógeno o exógena. Generalmente es asintomático, y el diagnóstico se realiza a través del estudio histológico; se incrementa la tasa de detección de este tipo de carcinoma cuando se realiza cepillo endocervical con la citología cérvico-uterina de rutina, aunque la sensibilidad es sólo del 50%. El tratamiento consiste en histerectomía ya que manejos conservadores como conización, han reportado tasas de bordes positivos cercanas al 80%. Si la paciente manifiesta deseo de fertilidad, se recomienda manejo conservador con conización evaluando bordes del espécimen y citología cervico-uterina con cepillado endocervical cada 6 meses. (Shin, CH, Schorge, JO, Lee, KR, Sheets, EE. Cytologic and biopsy findings leading to conization in ACIS. Obstet Gynecol 2002; 100:271)// (Shinglenton HM,Fowler WC,Jordan JA,Lawrence WD. Gynecologic oncology. Current diagnosis and treatment. W Saunders,London. 1996 p. 19-21)

ADENOCARCINOMA ENDOMETRIAL DE CÉLULAS CLARAS: Es un carcinoma del endometrio tipo II que histológicamente presenta células con abundante glucógeno intracitoplasmático con núcleos pleomórficos grandes y figuras multinucleadas. Representa el 1 – 5% de los adenocarcinomas endometriales y tiene pronóstico pobre. (Silverberg, S. Kurman, R. Nogales, F. Epithelial Tumours and related lesions. Tumours of the Uterine Corpus. World Organization Health. 2001: 221 - 248).

ADENOCARCINOMA DE LA VAGINA: Corresponde a una variante histológica del carcinoma de vagina que afecta principalmente a mujeres menores de 20 años. Pueden formarse a partir de áreas de adenosis vaginal, remanentes de conductos de Wolf, glándulas periuretrales y focos de endometriosis. La variante histológica de células claras es el subtipo de adenocarcinoma de células claras más común en mujeres jóvenes expuestas a dietilestilbestrol in útero. La incidencia del adenocarcinoma de vagina es de 34 casos por cada 1000 mujeres; la edad promedio de diagnóstico es 19 años con un rango entre 17 y 33 años. El diagnóstico se realiza a través del examen colposcópico de la vagina y estudio histopatológico de lesiones sospechosas.

(Verloop, J, Rookus, MA, van Leeuwen, FE. Prevalence of gynecologic cancer in women exposed to diethylstilbestrol in utero (Letter). N Engl J Med 2000; 342:1838)

ADENOCARCINOMA ENDOMETRIAL DE TIPO ENDOMETRIOIDE: Definido por la OMS como un tumor epitelial con diferenciación glandular que reemplaza completamente el epitelio glandular normal endometrial. Es la variante histológica más común de adenocarcinoma endometrial representando aproximadamente el 70% de los casos. Se presenta en diferentes grados de diferenciación en el rango de los bien y moderadamente diferenciados. Microscópicamente se caracteriza por la presencia de estructuras glandulares o villo-glandulares tapizadas por epitelio columnar simple o pseudoestratificado; las células contienen abundante citoplasma eosinófilo con núcleos alongados polarizados, se presenta mínimo estroma interglandular con reacción desmoplásica ocasional y focos de necrosis tumoral. Corresponde al Carcinoma Endometrial tipo I y por lo tanto el pronóstico es favorable usualmente diagnosticándose en estadíos I o II. Presenta cuatro variantes: con diferenciación escamosa, variante villoglandular, variante secretoria y variante de células ciliadas. (Silverberg, S. Kurman, R. Nogales, F. Epithelial Tumours and related lesions. Tumours of the Uterine Corpus. World Organization Health. 2001: 221 - 248)

ADENOCARCINOMA ENDOMETRIAL DE TIPO ENDOMETRIOIDE CON DIFERENCIACION ESCAMOSA COMO VARIANTE: Definido por la OMS como un tumor epitelial que reemplaza completamente el epitelio glandular normal endometrial. Se caracteriza por la presencia de diferenciación escamosa que representa el componente sólido del tumor y cuyos criterios diagnósticos incluyen: presencia de queratinización, presencia de puentes interglandulares y dos de cuatro criterios adicionales: patrón en sábanas con células con formación glandular, márgenes celulares agudos, citoplasma eosinófilo abundante, relación núcleo/citoplasma disminuida. Hace parte del grupo de carcinomas endometrioides, que se presenta en el 70% de los adenocarcinomas endometriales. Esta variedad representa el 20% – 50% de los adenocarcinomas endometriales tipo endometrioide. (Silverberg, S.

Kurman, R. Nogales, F. Epithelial Tumours and related lesions. Tumours of the Uterine Corpus. World Organization Health. 2001: 221 - 248)

ADENOCARCINOMA ENDOMETRIAL DE TIPO ENDOMETRIOIDE CON VARIANTE DE CELULAS CILIADAS: Definido por la OMS como un tumor maligno epitelial que reemplaza completamente el epitelio glandular normal endometrial. Histológicamente se caracteriza por la presencia de glándulas tapizadas por un epitelio columnar ciliado. Es la variante de más baja frecuencia y usualmente se presenta como hallazgo ocasional en la mayoría de adenocarcinomas endometrioides. (Silverberg, S. Kurman, R. Nogales, F. Epithelial Tumours and related lesions. Tumours of the Uterine Corpus. World Organization Health. 2001: 221 - 248)

ADENOCARCINOMA ENDOMETRIAL DE TIPO ENDOMETRIOIDE CON VARIANTE SECRETORIA: Definido por la OMS como un tumor maligno epitelial que reemplaza completamente el epitelio glandular normal endometrial. Se caracteriza por la presencia de epitelio con abundante glucógeno intracitoplasmático localizado a nivel subnuclear. Tiene un patrón de crecimiento confluente o cribiforme y muestra atipia nuclear mínima. Es una variante rara en forma única, usualmente se presenta como focos de otro subtipo. (Silverberg, S. Kurman, R. Nogales, F. Epithelial Tumours and related lesions. Tumours of the Uterine Corpus. World Organization Health. 2001: 221 - 248)

ADENOCARCINOMA ENDOMETRIAL DE TIPO ENDOMETRIODE CON VARIANTE VILLOGLANDULAR: Definido por la OMS como un tumor maligno epitelial que reemplaza completamente el epitelio glandular normal endometrial. Histológicamente se caracteriza por un patrón de crecimiento velloso, con estratificación celular perpendicular y presencia de atipia nuclear leve. Es la segunda variante más común del carcinoma endometrial de tipo endometrioide con el 15% de los casos aproximadamente. (Silverberg, S. Kurman, R. Nogales, F. Epithelial Tumours and related lesions. Tumours of the Uterine Corpus. World Organization Health. 2001: 221 - 248)

ADENOCARCINOMA ENDOMETRIAL MIXTO: Es un adenocarcinoma del endometrio con mezcla de componentes tipo I y tipo II. El tipo histológico en

este tumor corresponde de manera predominante a menos del 10% del volumen total tumoral. Se considera que es de mal pronóstico cuando el componente de tipo II supera el 25% del volumen total. (Silverberg, S. Kurman, R. Nogales, F. Epithelial Tumours and related lesions. Tumours of the Uterine Corpus. World Organization Health. 2001: 221 - 248)

ADENOCARCINOMA ENDOMETRIAL MUCINOSO: Es un tumor maligno del endometrio, caracterizado por la presencia de mucina intracitoplasmática que histológicamente en difícil de diferenciar de un adenocarcinoma originado en endocérvix; para esta diferenciación es necesario realizar evaluación de vimentina, receptores estrogénicos y antígeno carcinoembrionario. El adenocarcinoma mucinoso es un tumor endometrial positivo para receptores estrogénicos y para vimentina, pero negativo para antígeno carcinoembrionario. Hace parte de los carcinomas endometriales tipo I, con pronóstico favorable. Representa el 9% de los adenocarcinomas endometriales. (Silverberg, S. Kurman, R. Nogales, F. Epithelial Tumours and related lesions. Tumours of the Uterine Corpus. World Organization Health. 2001: 221 - 248)

ADENOCARCINOMA ENDOMETRIAL SEROSO: Es un adenocarcinoma del endometrio que muestra característicamente arquitectura papilar, con papilas primarias, secundarias y terciarias con presencia de centros fibro-vasculares. Es considerado un carcinoma endometrial de tipo II, con un comportamiento agresivo y pronóstico pobre. Histológicamente se caracteriza por la presencia de células redondas, con núcleo atípico apical, mitosis atípicas y focos de necrosis tumoral ocasional. (Silverberg, S. Kurman, R. Nogales, F. Epithelial Tumours and related lesions. Tumours of the Uterine Corpus. World Organization Health. 2001: 221 - 248)

ADENOCARCINOMA ENDOMETRIODE DE LA TROMPA: Es un tumor maligno de la mucosa tubárica, de origen epitelial con diferenciación glandular, cuya apariencia histológica simula el endometrio. Se caracteriza por la presencia de células pequeñas con múltiples espacios glandulares con abundante secreción coloide. Este subtipo histológico tiene una probabilidad de diseminación metastásica mínima o casi nula y por ende, el pronóstico es

favorable comparado con las otras variantes de adenocarcinoma de trompa. (Alvarado, I. Cheng, A. Caduff, R. Tumours of the fallopian tube and uterine ligaments. World Organization Health. 2001: 206 – 211)

ADENOCARCINOMA MUCINOSO DEL ENOMETRIO: Representa el 9% de los adenocarcinomas endometriales. Se caracteriza por la presencia de mucina intracitoplasmática que histológicamente en difícil de diferenciar de un adenocarcinoma originado en endocérvix; para esta diferenciación es necesario realizar evaluación de vimentina, receptores estrogénicos y antígeno carcinoembrionario, siendo los adenocarcinoma endometriales receptores estrogénicos positivos, vimentina positivos y antígeno carcinoembrionario negativos. Corresponden a los carcinomas endometriales tipo I, con pronóstico favorable. (Silverberg, S. Kurman, R. Nogales, F. Epithelial Tumours and related lesions. Tumours of the Uterine Corpus. World Organization Health. 2001: 221 - 248)

ADENOCARCINOMA MUCINOSO DE LA TROMPA: Es un tumor maligno de la mucosa tubárica, productor de moco, de origen epitelial usualmente con diferenciación glandular. Estos tumores son extremadamente raros y usualmente están asociados con otras neoplasias mucinosas del tracto genital femenino. Histológicamente se caracteriza por la presencia de células en globo, presentes en los carcinomas mucinosos de ovario, con los cuales tienen idéntica apariencia. (Alvarado, I. Cheng, A. Caduff, R. Tumours of the fallopian tube and uterine ligaments. World Organization Health. 2001: 206 – 211)

ADENOCARCINOMA MUCINOSO DE LA TROMPA: Estos tumores son extremadamente raros y usualmente están asociados con otras neoplasias mucinosas del tracto genital femenino. Histológicamente se caracteriza por la presencia de células en globo, presentes en los carcinomas mucinosos de ovario, con los cuales tienen idéntica apariencia. (Alvarado, I. Cheng, A. Caduff, R. Tumours of the fallopian tube. Tumours of the fallopian tube and uterine ligaments. World Organization Health. 2001: 206 – 211)

ADENOCARCINOMA OVÁRICO DE CÉLUAS CLARAS: Es una variedad poco frecuente de tumor epitelial del ovario, cuya característica principal es la presencia de grandes células epiteliales, en las cuales predomina el citoplasma

claro. (Ramzi S Cotran y col. Patología estructural y funcional de Robins.Editorial McGraw-Hill, New York, 1996)

ADENOCARCINOMA SEROSO DE LA TROMPA: Es un tumor maligno de la mucosa tubárica, productor de una secreción líquida que produce hidrorrea, de origen epitelial usualmente con diferenciación glandular. Es el subtipo histológico más común de adenocarcinoma de la trompa. Es un tumor invasivo con alto grado histológico, que se diagnostica en el 50% de los casos en el estadío III. A nivel microscópico se caracteriza por la presencia de células tumorales con diferenciación glandular con alto componente inflamatorio que en ocasiones simula una salpingitis. Sobresale la hidrorrea mencinada atrás, la cual puede servir como indicio diagnóstico prequirúrgico (Alvarado, I. Cheng, A. Caduff, R. Tumours of the fallopian tube and uterine ligaments. World Organization Health. 2001: 206 – 211)

ADENOCARCINOMA TUBÁRICO: dado que la trompa no tiene submucosa y por tanto no tiene glándulas, los adenocarcinomas son notoriamente raros. Cuando están presentes se aprecia una arquitectura papilar serosa.(Ramzi S Cotran y col. Patología estructural y funcional de Robins.Editorial McGraw-Hill, New York, 1996)

ADENOFIBROMA JUVENIL: Corresponde a un tumor benigno de la mama que afecta principalmente a mujeres jóvenes. Se considera que es secundario a alteraciones en el proceso de desarrollo de la mama normal como consecuencia de estados hiperplásicos. La incidencia se encuentra entre 7% y 13%. El fibroadenoma juvenil representa el 50% del diagnóstico de las biopsias de mama y constituye el 75% de las biopsias en mujeres menores de 20 años de edad. No se han establecido factores de riesgo específicos, sin embargo, se han mencionado condiciones como menarquia temprana, terapia hormonal, nuliparidad, nivel socio-económico alto, tabaquismo, relacionados con el desarrollo del fibroadenoma. Histológicamente se caracterizan por estructuras lobulares localizadas dentro del sistema ductal de la mama; estas estructuras lobulares se pueden presentar en forma fisiológica en el proceso de desarrollo de la mama, sin embargo, la reacción en cadena de polimerasa que demuestra que tanto las células epiteliales como estromales son policlonales, confirma el

diagnóstico de la lesión. El diagnóstico usualmente es incidental durante un examen físico de rutina; generalmente son lesiones únicas, entre 1 y 2 cm de diámetro, de consistencia cauchosa, localizado en cualquier cuadrante de la mama; el crecimiento puede ser rápido y puede generar asimetría de la mama o en ocasiones retracción del pezón. El diagnóstico se realiza con estudio ultrasonográfico, teniendo en cuenta la edad de la paciente y en ocasiones se realiza aspiración con aguja fina para examen citológico. El tratamiento puede ser expectante, teniendo en cuenta la condición benigna de la lesión y baja probabilidad de progresión a carcinoma; sin embargo, si la lesión es mayor de 4 cm o genera problemas estéticos se recomienda la resección completa de la lesión. (Greenberg, R. Skornik, J. Management of breast fibroadenoma. J Gen Intern Med. 2006; 13 (9): 640-645)

ADENOLIPOMA MAMARIO: Corresponde a un tumor benigno de la mama, que afecta principalmente a mujeres a partir de la pubertad. Es también conocido como Hamartoma de la mama, cuyo término fue introducido por Arrigoni en 1971. Es una entidad poco frecuente y representa el 0.1% a 0.47% de la patología benigna de la mama. Clínicamente es asintomático o se manifiesta como una masa palpable de tamaño variable. Microscópicamente se presenta como una tumoración bien delimitada, de coloración blanco-amarillenta variable según la proporción de tejido adiposo. Histológicamente la tumoración está constituida por elementos epiteliales, tejido fibroso y tejido adiposo en cantidad variable. Su transformación maligna es poco común, teniendo hasta el momento 11 casos en la literatura mundial, sin embargo, es necesario tener en cuenta factores de riesgo y antecedentes familiares para complementar el estudio. El tratamiento consiste en la resección quirúrgica de la tumoración con estudio histopatológico. (Company, M. Canet, R. Adenolipoma de la mama. Rev Esp Patol. 2004; 37 (4): 405-410)

ADENOMA QUÍSTICO DEL OVARIO: Ver cisto-adenoma ovárico.

ADENOMA SEBÁCEO: Corresponde a un tumor benigno de las glándulas sebáceas. Es un tumor generalmente único, de pequeño tamaño, localizado en cabeza y cuello. Afecta principalmente a personas mayores de 60 años, principalmente mujeres. La presencia de un adenoma sebáceo puede ser un

marcador cutáneo del Síndrome de Muir-Torre, que corresponde a un cuadro heredado con patrón autosómico dominante que asocia neoplasias cutáneas sebáceas (adenoma sebáceo, sebaceoma o carcinoma sebáceo) con o sin queratoacantomas con neoplasias malignas (cáncer colo-rectal y carcinoma del tracto urinario). El diagnóstico se realiza por histopatología que evidencia múltiples lóbulos sebáceos con diferenciación incompleta, separados por septos conectivos; en la periferia de cada lóbulo se presentan células germinativas basófilas y en el centro, se encuentran células sebáceas maduras de citoplasma claro debido al acúmulo de lípidos. El tratamiento consiste en la extirpación quirúrgica. (Rodríguez, J. Fresno, M. Adenoma sebáceo. Med Oral Patol. 2006; 11: 446-448)

ADENOMA TUBULAR APOCRINO: Es un tumor benigno de las glándulas sudoríparas ecrinas, originalmente descrito por Landry y Winkelman en 1972. La localización más frecuente es la piel de las extremidades, aunque se han descrito casos en cara y cuero cabelludo. Histológicamente está constituido por un proliferación de ductos irregulares, a veces ramificados, con doble revestimiento, originado en glándulas apocrinas o incluso ecrinas; este revestimiento adopta en ocasiones una disposición estratificada constituyendo yemas epiteliales hacia la luz. La capa mas luminal está constituida por células apocrinas que muestran en forma característica secreción por decapitación. En el margen de la tumoración se observan estructuras quísticas con un revestimiento celular más aplanado. La confirmación del origen del tumor se establece por citogenética al documentar asociación con tumores como el siringocistoadenoma papilífero o el nevus sebáceo, la secreción por decapitación y la continuidad de los túbulos con estructuras foliculares pre-existentes. El manejo consiste en extirpación quirúrgica completa con tasas de recidiva menores del 10%. (Banik, R, Lubach, D. Skin tags: Localization and frequencies according to sex and age. Dermatologica 2000; 174:180)

ADENOMA: Es un tumor benigno de rara frecuencia, compuesto por agrupaciones de glándulas secretoras de mucina. Afecta principalmente las glándulas vestibulares menores y su hallazgo es casi siempre incidental. (Robert Kurman. Blaustein´s Pathology of the Female Genital Tract. Fifth edition, Edit Springer, New York, 2002)

ADENOMIOMAS: Son tumores benignos de muy rara ocurrencia, compuestos por tejido fibroconjuntivo, mezclados con tejido muscular liso, con epitelio del tipo endocervical. Puede afectar el cuello , el miometrio y las trompas. Robert Kurman. (Blaustein´s Pathology of the Female Genital Tract. Fifth edition, Edit Springer, New York, 2002)

ADENOMIOSIS: Es la invasión benigna del tejido endometrial al miometrio. Al microscopio pueden observarse glándulas endometriales dentro de la capa muscular del útero, por lo menos una por campo de alto poder, a partir de la base del endometrio. Con alguna frecuencia coexisten la adenomiosis y la endometriosis, o estas con la miomatosis // **2.** La adenomiosis es una enfermedad benigna caracterizada por la presencia de glándulas y estroma endometrial dentro del miometrio, asociada con hipertrofia del músculo que lo rodea. Es el resultado de una invasión directa al miometrio por la capa basal del endometrio. La causa de esta migración no es aún bien conocida. En estudios en animales se ha postulado que un signo temprano es la proliferación de estroma fibroblástico dentro del miometrio, siguiendo ramas de vasos sanguíneos. Posteriormente, las glándulas uterinas invaden el miometrio, siguiendo los fibroblastos y produciendo áreas de adenomiosis. Esta entidad afecta a mujeres premenopáusicas, especialmente multíparas y mayores de 30 años. La adenomiosis es comúnmente difusa pero puede presentarse de manera focal, como masa, llamada adenomioma. La adenomiosis difusa se define como un crecimiento ectópico difuso del endometrio dentro del miometrio con un engrosamiento de la zona de unión endometrio-miometrio. La adenomiosis focal o adenomioma se define como una masa circunscrita dentro del miometrio. Las manifestaciones clínicas incluyen dolor pélvico, dismenorrea y metrorragia. Estos síntomas no son específicos y se presentan también en entidades como la hemorragia uterina disfuncional, leiomiomas y endometriosis. Por estas razones, es indispensable la realización de estudios por imágenes que permitan la adecuada aproximación diagnóstica.(Berek JS,Adashi EY,Hillard PA. Ginecología de Novak. Interamericana. México. 1997 p. 412 // 2-Pinzon, Bibiana, Romero, Javier And Medina, Jorge E. An unusual case of adenomyosis. Rev Colomb Obstet Ginecol, Jan./Mar. 2002, vol.53, no.1, p.97-100).

ADENOSARCOMA UTERINO: Es una neoplasia bifásica que contiene un componente epitelial y mesenquimal sarcomatoso. Afecta a mujeres de todas las edades desde los 15 a los 90 años, con edad promedio de 58 años. Se ha reportado en mujeres expuestas a tamoxifeno y en expuestas a radioterapia pélvica; no existe asociación entre adenosarcoma e hipertensión arterial y obesidad. Clínicamente se presenta con hemorragia uterina anormal, aumento del tamaño uterino y protrusión de tejido tumoral por el orificio cervical externo. Microscópicamente se presenta de manera típica como un conjunto de masas polipoides exofíticas con extensión a la cavidad uterina. Microscópicamente se caracteriza por condensación estromal con marcada atipia celular que rodea el componente epitelial. Es considerada una neoplasia de bajo grado, pero tiene recurrencia del 25% al 40% de los casos, usualmente en la pelvis o vagina, con reporte de metástasis a distancia hasta en el 5% de los casos. (McCluggage, WG. Haller, U. Kurman, RJ. Kubik-Huch, RA. Mixed epithelial and mesenchymal tomours. World Health Organization. 2001: 245-249)

ADENOSIS ESCLEROSANTE DE LA MAMA: Es un tumor caracterizado por fibrosis intralobulillar que prolifera en forma de nidos y cordones de células en los hacinos y en los lobulillos. Puede ser blanda o de consistencia más dura, semejante a la del carcinoma de mama. (Ramzi S Cotran y col. Patología estructural y funcional de Robins.Editorial McGraw-Hill, New York, 1996)

ADENOSIS UTERINA: Ver adenomiosis.

ADHERENCIAS PERITONEALES: Son bandas fibróticas anómalas de diverso grado de rigidez que conectan superficies de tejidos que normalmente se encuentran separados en la cavidad peritoneal. Suelen producir dolor pélvico o abdominal e infertilidad y su complicación más frecuente es la obstrucción intestinal. (1- Koveker GB, Coerper S, Gottwald T, et al. The role of wound healing in the formation of peritoneal adhesions. In Treutner KH, Schumpelick V (Eds). Peritoneal adhesions. Berlin, Springer Verlag. 1997; 22-28 // 2- Moreno A. Adherencias peritoneales posquirúrgicas. Rev Col Cir. 1998; 14: 185_95.) Sinónimo: Bridas peritoneales

ADHERENCIAS PERITONEALES, PRODUCTOS DE PREVENCIÓN: Son sustancias que han demostrado algún grado de efectividad para evitar la

formación de adherencias y bridas post quirúrgicas. Las más conocidas en la actualidad son la celulosa oxidada regenerada, la membrana bioabsorbible de hialuronidato de sodio+carboximetilcelulosa y las láminas de politetrafluoroetileno expandido. (Moreno A. Adherencias peritoneales posquirúrgicas. Rev Col Cir. 1998; 14: 185_95).

ADHERENCIOLISIS: Corte o fulguración de las adherencias peritoneales, realizados mediante laparotomía o mediante laparoscopia. Puede realizarse con tijeras, dispositivo de radiocirugía, electrocoagulador mono ó bipolar, o mediante emisión de rayos lasser.// Sinónimo: Adhesiolisis

ADHESIOLISIS: Adherenciolisis.

ADN RECOMBINANTE. Es la combinación de material genético obtenido fuera de una célula viviente por medio de la inserción de segmentos naturales o sintéticos de ácido desoxirribonucléico en un virus, plásmido bacteriano u otras moléculas de ADN que sirven como sistema vector para permitir su incorporación en una célula huésped, en la que no se encuentran en forma natural, pero en la cual serán capaces de replicarse. La alta biotecnología requerida para la obtención de estas moléculas complejas con alto grado de pureza constituyen la llamada ingeniería genética o de los ácidos nucléicos recombinantes.

ADOLESCENCIA: Corresponde al periodo de transición en el cual la niña se transforma en un individuo maduro en los aspectos físico, sexual, psicológico y social. El término pubertad involucra los aspectos biológicos de la adolescencia. Durante la adolescencia se presentan los caracteres sexuales secundarios, se produce el estirón puberal alcanzándose la talla adulta y se adquiere la capacidad de reproducción. La adolescencia y la pubertad tienen una gran variabilidad individual, tanto en el inicio como en la evolución, que depende de la interacción de factores genéticos con el ambiente nutricional, psico-social y climático. (Biro, FM, McMahon, RP, Striegel-Moore, R, et al. Impact of timing of pubertal maturation on growth in black and white female adolescents. J Pediatr 2001; 138:636)

ADRENARCA: Ver Adrenarquia.

ADRENARQUIA: Es un cambio puberal secundario a la maduración del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal que se presenta usualmente entre los 6 a 8 años de edad. Se caracteriza histológicamente por un aumento en el grosor de la zona reticular de la corteza suprarrenal y bioquímicamente por el aumento de las vías enzimáticas que llevan a la formación de los andrógenos. Clínicamente se manifiesta por un cambio en el olor del sudor, que adquiere las características propias del adulto, así como la aparición de vello púbico y axilar. El mecanismo de producción no se conoce, sin embargo, se considera que interviene una hormona probablemente de origen hipofisiario que estimula específicamente la zona reticular de la corteza adrenal. Tanto al adrenarquia como la gonadarquia tienen relación temporal, pero estos eventos son independientes y regulados por mecanismos diferentes. (Biro, FM, McMahon, RP, Striegel-Moore, R, et al. Impact of timing of pubertal maturation on growth in black and white female adolescents. J Pediatr 2001; 138:636

ADRENARQUIA PRECOZ: Trastorno definido por la aparición aislada de vello púbico y en ocasiones axilar, antes de los ocho años de edad sin otros datos de estrogenización o virilización.// Pubarca o pubarquia precoz // Aunque los términos suelen utilizarse de manera indistinta, la pubarquia es la aparición de vello pubiano y axilar, en tanto que la adrenarquia es la maduración temprana de la secreción de andrógenos suprarrenales. La mayoría de estas niñas exhibe incremento en la producción de 17 cetosteroides urinarios y mayor concentración en plasma de DHEA y DHEAS, lo que indica que la biosíntesis hormonal en la glándula suprarrenal madura más tempranamente de los normal. Si bien la producción de éstos andrógenos puede suprimirse con dexametasona y por lo tanto, depende de la hormona adrenocorticotrópica, no se conoce el mediador de estos cambios en la adrenarca precoz. La edad ósea casi siempre es normal o un año mayor (apropiada para la edad según la talla). Aún no se conoce la causa de la adrenarca precoz: al parecer es más común en niñas de raza negra e hispana y en niñas obesas. Algunas niñas con adrenarquia precoz muestran datos de deficiencia parcial de 21-hidroxilasa y de 3B-deshidrogenasa de hidroxiesteroides. Un riesgo importante de estas niñas en su adolescencia o en la edad adulta es el desarrollo del síndrome de ovarios poliquísticos. Sinónimo: Adrenarca precoz.

ADRENO GENITAL, SÍNDROME: Es el conjunto de trastornos metabólicos y físicos secundarios a la producción de exceso de andrógenos en la corteza supra-renal. El déficit congénito recesivo de 21-hidroxilasa impide la producción de cortisol y de aldosterona. Este déficit de cortisol es detectado por la hipófisis que ordena el aumento de la producción de ACTH que a sus vez sobre-estimula a la supra-renal, con la producción aumentada de andrógenos. Esta alteración produce masculinización del feto y del recién nacido femenino (hipertrofia del clítoris, hirsutismo, desarrollo muscular de tipo masculino, etc). En fetos o recién nacidos masculinos esta alteración produce desarrollo precoz del pene, aumento de la vellocidad corporal, testículos pequeños e inmaduros. Entre los métodos útiles para diagnóstico de la hiperplasia supra-renal congénita, está la detección de los 17 cetosteroides (androsteriona y etiocolanona) en la orina del recién nacido (Cassorla, Fernando. 17 Hidroxiprogesterona en el Diagnostico y Tratamiento del Síndrome Adrenogenital. *Rev. chil. pediatr.*, dic. 1982, vol.53, no.1-6, p.295-304.).Sinónimo: Hiperplasia Supra-renal Congénita

ADRIAMICINA: Es un medicamento anticanceroso producidos por las bacterias Streptomyces peucetius. Pertenece al grupo de los antibióticos antiblásticos, que se unen a los polinucleótidos celulares y bloquean la producción del RNA y del DNA, con lo cual se impide el crecimiento de los tumores. Al grupo de los medicamentos antiblásticos pertenecen también la Actinomicina-D, la Daunorrubicina, la Bleomicina y la Mitomicina-C. La adriamicina también se llama clorhidrato de doxorrubicina, doxorrubicina, Adriamicina RDF y Rubex.

AFP: Ver Alfa-fetoproteína.

AFRODISÍACO:(Del lat. *aphrodisiăcus,* --que recuerda a Afrodita, la diosa griega del amor, la lujuria, la belleza y la sensualidad--, y del gr. ἀφροδισιακός, venéreo).**1.** adj. Que excita o estimula el apetito sexual.// **2.** adj. Dicho de una sustancia o de un medicamento: Que tiene esta propiedad. U. t. c. s. m.// **3.** Cualquier tipo de alimento, bebida, medicamento u otras sustancia que estimule el deseo sexual. A lo largo de la historia innumerables sustancias como los espárragos, las anguilas, los mejillones ,el caviar,etc han sido vistas como afrodisíacos. Algunas sustancias parecen tener realmente este efecto:

el sildenafil (Viagra), el alcohol (vino, aguardiente, whisky, etc), la cantárida y el clohidrato de yohimbina (extraido del árbol Pausinystalia yohimbe). El alcohol puede actuar como afrodisíaco cuando se bebe en cantidad leve a moderada y en un ambiente íntimo. La cantárida se obtiene a partir de de los cuerpos secos y machacados de unos escarabajos verdes brillantes que producen una sustancia que irrita la uretra que favorece la erección. La yohimbina es un macerado que se obtiene de la planta centroafricana con el mismo nombre, que produce vasodilatación en el área genital que produce excitación sexual en hombres y mujeres.(Sandroni P. Aphrodisiacs past and present: a historical review. *Clinical Autonomic Research*. 2001 Oct;11(5):303-7).

AGENESIA DEL CUERPO CALLOSO: Es una malformación congénita que se caracteriza por ausencia del cuerpo calloso (constituido por un paquete de fibras nerviosas que conectan los hemisferios cerebrales entre sí, y es necesario para coordinar la información e intercambiar estímulos sensoriales de forma interhemisférica). La agenesia del cuerpo calloso puede ser parcial o total, comprometiendo usualmente la porción posterior a nivel de rodilla y cuerpo. La incidencia de la malformación se estima en 1:5000 nacimientos. El diagnóstico es ecográfico y se basa en el hallazgo de signos indirectos como aumento del tamaño del atrium ventricular, ausencia del cavum del septum pellucidum y se confirma con la documentación de signos directos como: dilatación de los cuernos posteriores de los ventrículos laterales (aspecto de gota de lágrima), separación de los cuernos anteriores y cuerpos ventriculares, dilatación y elevación del tercer ventrículo visualizado como un quiste interhemisférico. La agenesia de cuerpo calloso usualmente se asocia con otras malformaciones del SNC fetal, por esta razón, su diagnóstico es indicación para realizar estudio ultrasonográfico de detalle y cariotipo fetal. (Fleischer, A. Manning, F. Jeanty, P. Romero, R. Ecografía en Obstetricia y Ginecología. Diagnóstico prenatal de malformaciones cerebro-espinales. Madrid, España. Ediciones Marban. Sexta edición. 2002. p 375-388)

AGENESIA GONADAL: 1- Falta o desarrollo dfe las gónadas // 2- Es la ausencia congénita de uno o ambos ovarios (gónadas). Cuando es unilateral puede originarse en la necrosis del anexo por torsión del mismo durante la vida fetal (Síndome de Slotnik-Goldfarb); cuando es bilateral se asocia a trastornos

cromosómicos. Sinónimo: Agonadismo. (Escobar, María E., y col. Síndrome de Rokitansky (agenesia úterovaginal): aspectos clínicos, diagnósticos y terapéuticos. *Arch. Argent. Pediatr.*, ene./feb. 2007, vol.105, no.1, p.25-31)

AGENESIA MAMARIA: Corresponde a una patología congénita de la mama por defecto que se caracteriza por la ausencia completa unilateral o bilateral de todos los componentes de la mama, existiendo en su lugar sólo la piel de la pared torácica. Es una condición rara que se origina por una obliteración de la línea láctea ectodérmica durante la embriogénesis. Cuando se presenta en forma bilateral, hasta el 40% de las pacientes presentan asociación con otras anomalías congénitas. El tratamiento consiste en corrección quirúrgica. (Greydanus, DE, Matytsina, L, Gains, M. Breast disorders in children and adolescents. Prim Care 2006; 33:455)

AGENESIA RENAL: Constituye la malformación más severa del tracto urinario fetal. Puede ser bilateral o unilateral; la forma bilateral presenta una incidencia de 1-4/10000 nacimientos y predomina en el sexo masculino con una relación H:M de 2.5:1, mientras que la forma unilateral es cuatro veces más común y presenta una distribución más uniforme de acuerdo al sexo fetal. La agenesia renal es secundaria a una alteración en la formación del brote ureteral hacia la quinta semana de gestación, o una incapacidad del mismo para inducir la formación y diferenciación del blastema metanéfrico, origen de los riñones fetales. El diagnóstico ultrasonográfico se basa en tres hallazgos: oligohidramnios severo o anhidramnios, no visualización de la vejiga e imposibilidad de identificar los riñones fetales. El diagnóstico es complejo teniendo en cuenta que la condición asociada de oligohidramnios dificulta el examen ultrasonográfico. El estudio se complementa con el empleo del Doppler color el cual evidencia ausencia de una o ambas arterias renales. La agenesia renal es incompatible con la vida, mientras que la unilateral tiene un pronóstico usualmente favorable siempre que el otro riñón mantenga una cantidad normal de líquido amniótico. El riesgo de recurrencia varía entre 3 y 5% en el caso de agenesia renal bilateral y 13% para agenesia renal unilateral. (Cascio, S, Paran, S, Puri, P. Associated urological anomalies in children with unilateral renal agenesis. J Urol 1999; 162:1081)

AGENESIA UTERINA ó APLASIA UTERINA ó AMETRIA: Ausencia congénita del útero. Se puede ver hipoplasia o ausencia del útero en el síndrome de Mayer-Rokitanski-Kuster-Hauser. (Escobar, María E., y col. Síndrome de Rokitansky (agenesia úterovaginal): aspectos clínicos, diagnósticos y terapéuticos. *Arch. Argent. Pediatr.*, ene./feb. 2007, vol.105, no.1, p.25-31)

AGIRIA: Ausencia de "gyri" (circunvoluciones del cerebro)**.** Ver Lisencefalia.

AGIRIA PAQUIGIRIA: Ver Lisencefalia tipo I // Sinónimos: Síndrome de Miller-Dieker, Lisencefalia de Miller Dieker, Síndrome de lisencefalia clásica, Agiria tipo I, Síndrome de lisencefalia tipo I.

AGONADISMO: Ver Agenesia gonadal.

AGUA CORPORAL TOTAL: Es el volumen de agua corporal que varía de acuerdo con el porcentaje corporal de tejido adiposo y muscular, por lo cual depende del género y la edad. El Agua Corporal Total en pacientes masculinos < 65 años es el 60% del peso en kg; en pacientes femeninos < 65 años es el 50% del peso; en pacientes masculinos > 65 años es el 50% del peso; y en pacientes femeninos > 65 años es el 45% del peso. Para pacientes obesos con IMC > 30 se recomienda reducir el 10% del peso para realizar el cálculo. El agua corporal total se divide en los compartimentos intracelular (60%) y extracelular (40%) y este último se divide en el compartimento intersticial (30%), intravascular (9%) y transcelular (1%) (Residentes de Medicina Interna. Urgencias en Medicina Interna. Trastornos Hidroelectrolíticos. Primera Edición. Bucaramanga. Publicaciones del Común Ltda. 2004. 135-158)

AGUJA DE BRUNNER: Instrumento metálico de 25 cm de longitud, que consta de tres partes: a-Un mango ancho y plano similar al de una cureta y que mide unos 10 cm, b-Una varilla delgada que mide unos 10 cm, c- Una aguja semicurva con ojo en la punta para enhebrar, que hace continuidad con la varilla, mide unos 5 cm y su curvatura es muy poco acentuada.

AGUJA DE COOPER: Instrumento metálico de 20 cm de longitud, que consta de tres partes: a-Un mango ancho y plano similar al de una cureta b-Una varilla delgada que ocupa casi la mitad del instrumento c- Una aguja semicurva

con ojo en la punta para enhebrar ,que hace continuidad con la varilla . La curvatura de la aguja es poco acentuada.

AGUJA DE DESCHAMPS: Instrumento metálico de diferentes longitudes que fluctúa entre 20 y 24 cm, que tiene tres partes: a-un mango ancho y plano similar al de una cureta, que ocupa la mitad del instrumento b-Una varilla delgada que sale del mango cuyo aspecto es el de un histerómetro y ocupa la otra mitad de la longitud del instrumento c-Una aguja grande y curva con ojo en la punta para enhebrar ,con forma de medio circulo la cual está unida a la varilla ,inclinada en forma de L (hay un ángulo de 90º entre el plano de la aguja y la varilla). Otras variantes de este instrumento tienen la aguja en el mismo plano de la varilla ,como si al final fuera una hoz ,aunque la curvatura es menos acentuada. También con ojo en la punta. (François Golfier, Cerclaje cervicoístmico transvaginal como alternativa a la técnica transabdominal. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology (Ed. Española) 2002; 2: 164-169)

AGUJA DE KOCHER: Instrumento metálico de 20 cm de longitud, que consta de tres partes: a-Un mango ancho y plano similar al de una cureta b-Una varilla delgada que ocupa un tercio de la longitud del instrumento c- Una aguja semicurva con ojo en la punta para enhebrar ,que hace continuidad con la varilla. La guja ocupa la tercera parte del instrumento y tiene aproximadamente un octavo de círculo.

AGUJA DE PEREYRA: Corresponde a la aguja empleada para la corrección de la incontinencia urinaria de esfuerzo mediante una técnica quirúrgica conocida como Técnica de Pereyra; a través de esa técnica se realiza la fijación de las estructuras vaginales en la fascia endopélvica o la pared abdominal anterior. La suspensión se realiza con una cinta adherida a un extremo de la aguja de pereyra que se pasa a través de la disección del espacio parauretral, en lo posible bajo visualización cistoscópica. La corrección de la incontinencia urinaria de esfuerzo con la aguja de pereyra está indicada cuando existe mala elasticidad vaginal, descenso de la unión uretrovesical, presiones uretrales de cierre mantenidas y necesidad de menor tiempo quirúrgico. La tasa de efectividad se encuentra en un 39-42%. (Fuentes, L.

Padilla, R. Corrección de incontinencia de orina con cinta vaginal libre de tensión. Revista Chilena de Ginecología y Obstetricia. 2004; 69 (3): 227-231)

AGUJA QUIRÚRGICA: Corresponde a un instrumento del equipo quirúrgico empleado para la sutura o cierre de defectos en diversos tejidos. Las agujas quirúrgicas están compuestas por tres partes estructurales: el ojo, el cuerpo y los tipos de puntas. De acuerdo con el uso quirúrgico deseado se establece la elección del tipo de aguja. (Gilstrap, L. Cunningham, F. Urgencias en Sala de Partos y Obstetricia Quirúrgica. Agujas, suturas y nudos. Segunda edición. Editorial Panamericana. Montevideo, Uruguay. 2002. pp 1 – 14)

AGUJA QUIRÚRGICA, CUERPO DE LA: Corresponde a una parte estructural de la aguja quirúrgica común que puede ser redondo, triangular u ovoide y se afina en forma gradual hasta la punta. Las agujas triangulares poseen bordes cortantes; las agujas ovoides pueden ser planas en la parte superior e inferior, con bordes o planos en las cuatro caras para formar un cuerpo cuadrado o rectangular. El cuerpo de la aguja quirúrgica puede ser recto o curvo; la mayoría de las agujas curvas poseen una configuración de ½ de círculo, aunque en ocasiones se emplean agujas circulares de 5/8 en cirugía vaginal o agujas circulares de 3/8 en cirugía obstétrica ya que permiten una mejor maniobrabilidad en lugares pequeños. . (Gilstrap, L. Cunningham, F. Urgencias en Sala de Partos y Obstetricia Quirúrgica. Agujas, suturas y nudos. Segunda edición. Editorial Panamericana. Montevideo, Uruguay. 2002. pp 1 – 14)

AGUJA QUIRÚRGICA, OJO DE LA: Corresponde a una parte estructural de la aguja quirúrgica común en relación con el material de sutura que lleva. Según el tipo de ojo las agujas quirúrgica se clasifican en: agujas montadas, agujas de liberación retardada y agujas con ojo abierto. En las agujas montadas, el material de sutura se encuentra dentro del extremo hueco de la aguja y se encuentra asegurado en ese sitio; el diámetro del extremo de la aguja montada es más grande que el resto de la aguja y determina el tamaño del tracto por el que pasa la sutura. Las agujas de liberación retardada son similares a las agujas montadas, pero están diseñadas para liberar el hilo con un tirón brusco del porta-agujas; esto permite retirar la sutura en los puntos separados sin que se corte el material de sutura. Las agujas con ojo abierto no tienen el material

de sutura adherido a su extremo, de tal manera que permite emplear diferentes tipos de material de sutura y diámetro. . (Gilstrap, L. Cunningham, F. Urgencias en Sala de Partos y Obstetricia Quirúrgica. Agujas, suturas y nudos. Segunda edición. Editorial Panamericana. Montevideo, Uruguay. 2002. pp 1 – 14).

AGUJA QUIRÚRGICA, PUNTA DE LA: Corresponde a una parte estructural de la aguja quirúrgica común que las clasifica de acuerdo con el corte transversal de la punta. Las puntas de las agujas pueden ser afiladas, cortantes, con corte invertido o romas. Es más probable que las agujas cortantes desgarren y lesionen el tejido, en comparación con las agujas afiliadas, que se emplean para tejidos más blandos como el útero y la aponeurosis. Las agujas con punta roma se emplean para tejidos friables. . (Gilstrap, L. Cunningham, F. Urgencias en Sala de Partos y Obstetricia Quirúrgica. Agujas, suturas y nudos. Segunda edición. Editorial Panamericana. Montevideo, Uruguay. 2002. pp 1 – 14)

AGUS: (Sigla del inglés (Atypical glandular cells of undetermined significance) cuya traducción es Células Glandulares Atípicas de Significado Indeterminado). Corresponde a la categoría de células glandulares atípicas de significado indeterminado que se usaba previamente en el sistema de clasificación de Bethesda. Sin embargo, el sistema actual de clasificación de Bethesda cambió este término a “Células atípicas endocervicales, endometriales o glandulares” y se adicionó en esta categoría el Adenocarcinoma in situ o AIS. El hallazgo de células glandulares atípicas es de gran importancia clínica ya que el porcentaje de casos asociados con lesiones de alto grado es mucho mayor que en las pacientes con células epiteliales atípicas. 2. El diagnóstico de "AGUS" se utiliza en el sistema Bethesda para clasificar aquellas citologías cervicovaginales (CCV) con alteraciones en células glandulares que no son suficientes para un diagnóstico de adenocarcinoma pero superan lo esperado para cambios reactivos/reparativos (Crothers, B. The Bethesda System 2001: update on terminology and application. 2005; 48 (1): 98-107)

ALCALEMIA: Se define como pH arterial por encima de 7.45. Se caracteriza por disminución de la perfusión cerebral y miocárdica secundario a vasoconstricción arteriolar; alteraciones neurológicas que incluyen cefalea,

tetania, convulsiones, letargia, delirium y estupor; desequilibrio electrolítico que incluye hipocalcemia, hipokalemia, hipomagnesemia. La alcalemia estimula la glucólisis anaerobia e incrementa la producción de ácido láctico y cetoacidosis. (Adrogue, H. Madias, N. Management of life-threatening acid-base disorders. Second of two parts. The New England Journal of Medicine. 1998; 338 (2): 26-33)

ALCALOSIS METABÓLICA: Es un trastorno ácido-base caracterizado por elevación de la concentración de HCO_3 con aumento del pH arterial. Como respuesta compensadora se genera hipoventilación y retención o aumento en la concentración de CO_2. La alcalosis metabólica puede ser secundaria a retención de HCO_3 o pérdida gastrointestinal o renal de hidrogeniones. Dentro de las causas de alcalosis metabólica se encuentran: vómito, sonda nasogástrica, diuréticos de asa o tiazidas, alcalosis post-hipercápnica, síndrome de Cushing, aldosteronismo primario, síndrome de Batter, ingestión excesiva de álcalis como síndrome de leche-alcalinos. La alcalosis metabólica se asocia con desequilibrio electrolítico como hipokalemia, hipocalcemia e hipomagnesemia; la sintomatología generalmente es secundaria a estos trastornos. En conclusión, la alcalosis metabólica se caracteriza por HCO_3 elevado, con pH arterial normal o elevado y CO_2 elevado en respuesta compensadora. El cálculo de la presión de CO_2 esperada en estos casos se realiza con la fórmula: CO_2 esperado = (HCO_3 x 0.9 + 9) +/- 2. (1-Patiño, JF. Rodríguez, E. Gases Sanguíneos, Fisiología de la Respiración e Insuficiencia Respiratoria Aguda. Editorial Médica Panamericana. Santafé de Bogotá. Séptima edición. 2005. 183-238 / 2-Adrogue, H. Madias, N. Management of life-threatening acid-base disorders. Second of two parts. The New England Journal of Medicine. 1998; 338 (2): 26-33)

ALCALOSIS RESPIRATORIA: Es un trastorno ácido-base que se caracteriza por disminución de la presión parcial de CO_2, con elevación consecuente del pH arterial. La compensación se realiza con disminución concomitante en la concentración de bicarbonato. Las manifestaciones clínicas incluyen irritabilidad del sistema nervioso central desde cefalea hasta alteraciones de conciencia con letargia hasta coma; alteraciones cardíacas con bajo gasto. Las causas de alcalosis respiratoria incluyen: enfermedades pulmonares como

atelectasia, embolia pulmonar, enfermedad intersticial pulmonar, residencia a grandes altitudes, insuficiencia cardíaca congestiva, síndrome de hiperventilación psicógena, trastornos del SNC, trastornos del centro respiratorio bulbar, estado hipermetabólico, fiebre, tirotoxicosis, anemia, ventilación mecánica o asistida, sepsis, ejercicio violento. El tratamiento está dirigido a la corrección de la causa primaria. La compensación de la alcalosis respiratoria se calcula con la fórmula: $\Delta HCO_3 = (\Delta CO_2/10 \times 4) +/- 2$. (1-Patiño, JF. Rodríguez, E. Gases Sanguíneos, Fisiología de la Respiración e Insuficiencia Respiratoria Aguda. Editorial Médica Panamericana. Santafé de Bogotá. Séptima edición. 2005. 183-238 / 2- Adrogue, H. Madias, N. Management of life-threatening acid-base disorders. Second of two parts. The New England Journal of Medicine. 1998; 338 (2): 26-33)

ALFA FETO PROTEÍNA: Es una proteína que se produce normalmente en el hígado e intestino del feto así como en el saco vitelino. El aumento de las concentraciones de AFP en el líquido amniótico puede constituir un signo bioquímico diagnóstico de los defectos del tubo neural, que permiten el escape de esta proteína al LA, por carencia de la barrera natural en esa zona del cuerpo del feto. La vida media de la alfa-fetoproteína es de 5 a 7 días, lo que quiere decir que los niveles deben caer a la mitad cada semana, y alcanzar los niveles normales alrededor de un mes después de suprimir la causa de la elevación.

AIS: Adenocarcinoma in situ del canal cervical.

ALEATORIZACION: Es la utilización de técnicas de azar para escoger los individuos a quienes se les va a realizar un tratamiento A vs un tratamiento B, una prueba A vs una prueba B, etc. La estrategia utilizada debe brindar igual oportunidad a cada individuo de ser asignado a uno de los dos grupos. Existen varias formas de asegurar completa neutralidad del investigador en la asignación de la intervención, pero la más frecuentemente utilizada es una tabla generada por un computador. Una vez elaborada dicha tabla los números quedan dispuestos en filas y en columnas, entonces el investigador escoge la manera de utilizarla: de derecha a izquierda, en diagonal, de arriba abajo, etc. Hay algunas formas de falsa aleatorización en las que aparentemente se

escoge la intervención por el azar pero en las cuales realmente el individuo solo tiene opción de ser escogido en un grupo y no en el otro: si por ejemplo un investigador decide asignar el tratamiento B a todos los individuos cuya cédula empiece por número par, una persona con cédula impar no tiene la opción de ser escogido para ese grupo. Lo mismo ocurre cuando se asignan los grupos por el día de la semana, el orden de llegada, el número de la historia clínica, etc.

ALEXANDER-ADAMS I, OPERACIÓN DE: Corresponde a la fasciotomía múltiple de la aponeurosis palmar fibrosada, como tratamiento de la contractura de Dupuytren. (Robert M.McFarlane. Enfermedad de Dupuytren. Cirugía Plástica. La mano. Tomo II. Editorial Médica Panamericana S.A. Madrid, España. 1992. Pp.819-851).

ALEXANDER-ADAMS II, OPERACIÓN DE: Corresponde a un acortamiento de los ligamentos redondos para el tratamiento del dolor pélvico crónico asociado a retroversión uterina extrema. La cirugía consiste en el acortamiento extraperitoneal de los ligamentos redondos mediante sección y sutura. Fue propuesta inicialmente por el anatomista Alexander en el año 1881, y fue Adams quien se dio cuenta en 1882 de los resultados obtenidos. El procedimiento consiste en buscar los ligamentos redondos en los conductos inguinales, liberarlos, tirar de ellos, acortarlos y fijarlos de nuevo, de modo que el útero es llevado hacia delante. (Rock, J. Thompson, J. Ginecología Quirúrgica Te Linde. Dolor pelviano persistente o crónico. Octava edición. Editorial Panamericana. Argentina. 1998. pp 665-676)

ALEXANDER,MANIOBRA: Ver Maniobra de Alexander.

ALEXANDER,WILLIAM: Cirujano inglés 1844-1919

ALFAFETOPROTEINA: Es un proteína fetal que se produce en forma fisiológica durante el desarrollo del mismo. Los niveles elevados en líquido amniótico puede ser indicador de un defecto en el desarrollo corporal fetal, de tal manera que se recomienda evaluación genética si la prueba de rutina es positiva, ya que se relaciona con defectos cromosómicos como el síndrome de Down y defectos del tubo neural como espina bífida. La alfafetoproteína puede

ser detectada en suero de pacientes adultos en niveles muy bajos; cuando los niveles se incrementan puede considerarse manifestación de un proceso patológico y en este caso la alfafetoproteina es empleado como marcador tumoral; el carcinoma testicular y el carcinoma de células hepáticas son las principales tumoraciones que elevan en forma importante los niveles de alfafetoproteína. (Matar, R. Alves, C. Alpha-fetoprotein. Rev Hosp. Clin. 2002; 57(3): 120-128) // Sinónimo: AFP

ALGOPAREUNIA: Corresponde a la sensación de dolor experimentado durante el coito pero con satisfacción racional de la vida sexual. Se define como el coito doloroso de la mujer, condicionado psicosexual o funcionalmente, por ejemplo, por contracción defensiva de la musculatura pélvica, falta de lubricación, estimulación o excitabilidad sexual insuficientes; también se pude generar por causas orgánicas, por ejemplo, cicatrices o deformidades quirúrgicas, inflamación, anexitis recidivante, endometriosis o alteraciones tróficas en la región vulvo-vaginal. (Raboch, J. Sindlár, M. Dyspareunia and algopareunia. Zentralbl Gynakol. 1998; 120(6): 301-5)

ALIBIDINIA: Corresponde a la falta crónica de interés, necesidades y deseos sexuales; es un déficit de la excitabilidad sexual. Se presenta en forma poco común en ambos sexos. En el hombre se manifiesta generalmente en forma de trastornos eréctiles; en la mujer, se manifiesta usualmente como vaginismo; en la pareja se presenta como anorgasmia. (Abitbol, M. Davenport, H. Female sexual dysfunction. American Journal Obstetrics and Gynecology. 2003; 12: 181-187)

ALKERÁN: 1- Medicamento alquilante que se usa para tratar el mieloma múltiple, cáncer avanzado de la mama y el cáncer epitelial de los ovarios. También se llama melfalán. // 2- Melfalán es un agente alquilante bifuncional. La formación de intermediarios carbono de cada uno de los dos grupos bis-2-cloroetilo, hace posible la alquilación a través de enlaces covalentes con la 7-nitrógeno de la guanina del DNA, ligando cruzadamente dos cadenas de DNA y de este modo evita la replicación celular.(literatura disponible del laboratorio GlaxoSmithKline México, S.A.)

ALLEN-DOISY, TEST DE: Corresponde al test de queratinización vaginal para la determinación cualitativa y semicuantitativa del nivel de estrógeno. El test fue descrito por Eduard Adelbert, bioquímico nacido en 1893. El principio del test de Allen-Doisy consiste en que después de la administración de estrógenos se genera una queratinización del epitelio vaginal; el frotis es positivo cuando se evidencian escamas de células epiteliales superficiales queratinizadas, sin núcleo y sin evidencia de leucocitos o células blancas. (Tereneus, L. The Allen-Doisy test for estrogens reinvestigated. Steroids, 1999;17(6):653-661)

ALLEN-MASTERS, SINDROME: Corresponde a los trastornos ginecológicos que se presentan como consecuencia del desgarro del ligamento mayor del útero secundario a un parto patológico o abrasión. El síndrome fue descrito por primera vez por Allen y Masters en 1955, quienes hicieron referencia a laceraciones o desgarros en el ligamento ancho y ligamentos cardinales, y en algunas ocasiones con extensión a los ligamentos útero-sacros. Esta alteración genera retroversión severa del útero alterando su perfusión y generando vasocongestión pélvica. El síndrome se manifiesta como dolores ortostáticos abdominales, usualmente durante el puerperio, dolor pélvico crónico, trastornos del ciclo menstrual como dismenorrea o menorragia, dispareunia, dolor lumbar, fatiga crónica. Al examen físico generalmente se evidencia retroversión extremo del útero, con dolor a la movilización asociado a movilidad anormal del cuello uterino. (Ventolini, G. Neiger, R. Allen-Masters Syndrome Detected at the Time of a Cesarean Delivery: A Case Report and a Review of the Literatura. Journal of Gynecologic Surgery. 2007, 23(3): 117-120)

ALLEN MASTERS, WILLIAM HOWELL: Gineco-obstetra norteamericano, nacido el 27 de Diciembre de 1915 en Cleveland, Ohio; murió el 16 de Febrero de 2001, en Tucson, Arizona. Describió el síndrome que lleva su nombre. (www.whonamedit.com).

ALGORITMO: Esquema que propone las etapas a seguir en un estudio, en un tratamiento, etc de acuerdo al grado de compromiso de cada tipo de paciente, según los resultados de una prueba que se le realizó, o al tipo de circunstancia que rodea un evento. Por ejemplo, la secuencia de exámenes y/o de intervenciones que debe seguir una paciente con sospecha de cáncer de cervix

desde su ingreso a la institución de salud, de acuerdo a los resultados de la citología del cérvix, de la biopsia, del informe histopatológico del cono cervical y de los hallazgos en la laparotomía; los exámenes complementarios de acuerdo aun esquema fijado previamente, los tratamientos adicionales según los resultados, etc. Se acostumbra a mostrar cada posibilidad dentro de una casilla señalada con una flecha, que a su vez conduce a otra o a otras casillas en un protocolo fijado. Los algoritmos tienen la ventaja de homologar la conducta médica para que las personas intervenidas reciban el mismo trato, de acuerdo a la severidad de su enfermedad o al tipo de resultados de las pruebas a que sean sometidas; facilitan la aplicación de protocolos de investigación, de diagnóstico clínico o de intervención terapéutica y su posterior evaluación.// Por la apariencia visual, los algoritmos suelen ser confundidos a veces con los "árboles de decisiones" que tienen otros propósitos bien diferentes.// Algoritmo: Procedimiento de cálculo matemático; ciencia del cálculo aritmético y algebráico.(Kleene C., Stephen *(1943). "Recursive Predicates and Quantifiers".* American Mathematical Society Transactions Volume 54, No. 1*: 41–73.*.)

ALOINJERTO: Corresponde a un injerto en el que el donante y el receptor son de la misma especie, pero diferente genotipo. Los aloinjertos son injertos empleados ampliamente en diferentes áreas quirúrgicas incluyendo cirugía plástica, oftalmología, cirugía vascular y ortopedia, entre otras. El procedimiento consiste en realizar una incisión sobre el área defectuosa a intervenir, posteriormente moldear el tejido que se va a injertar e insertarlo dentro y alrededor del área, sosteniéndolo con suturas de diferentes materiales de acuerdo al tejido. Como métodos de estudio previo al injerto, es necesario realizar pruebas de compatibilidad del Antígeno mayor de histocompatibilidad (HLA) para evitar o reducir al máxima la posibilidad de rechazo. (Batia, P. Novel approaches to allogeneic stem cell therapy. Expert Opin Biol Ther. 2001;1(1): 3-15)

ALOPECIA: Corresponde a la pérdida de cabello o calvicie. De acuerdo a la extensión del defecto se clasifica como alopecia focal, difusa o total. De acuerdo al curso clínico se clasifica como Alopecia Reversible e Irreversible. En la alopecia irreversible se presenta ausencia de implantación capilar (alopecia congénita difusa), implantación capilar destruida (alopecia cicatrizal) o regreso

del cabello terminal al estado de lanugo. La alopecia reversible se caracteriza por un estado sintomático difuso que revierte con tratamiento médico o quirúrgico. (Gwack, Y. Hair loss. Mol Cell Biol. 2007; 12 (3): 80-84)

ALOPECIA ANDROGÉNICA: La alopecia **c**orresponde a la pérdida de cabello o calvicie. De acuerdo a la extensión del defecto se clasifica como alopecia focal, difusa o total. De acuerdo al curso clínico se clasifica como Alopecia Irreversible o Alopecia Reversible. En la alopecia irreversible se presenta ausencia de implantación capilar (alopecia congénita difusa), implantación capilar destruida (alopecia cicatrizal) o regreso del cabello terminal al estado de lanugo. La alopecia reversible se caracteriza por un estado sintomático difuso que revierte con tratamiento médico o quirúrgico. (Gwack, Y. Hair loss. Mol Cell Biol. 2007; 12 (3): 80-84) // La alopecia androgénica corresponde a la pérdida de cabello o calvicie secundaria a modificaciones del estado hormonal. La alopecia androgénica se clasifica en dos tipos: Tipo masculino y tipo femenino o alopecia climatérica. . (Gwack, Y. Hair loss. Mol Cell Biol. 2007; 12 (3): 80-84).

ALOPECIA CLIMATÉRICA: Corresponde a la alopecia androgénica de tipo femenino. Se caracteriza por la formación de calvicie en la mujer climatérica como consecuencia de las modificaciones hormonales. Clínicamente se puede manifestar de dos formas: 1) Pérdida difusa del cabello comenzando detrás de la implantación frontal y llegando hasta detrás de la coronilla; usualmente se asocia con seborrea 2) formación de calvicie de tipo viril. Dentro de las causas de la alopecia climatérica se encuentra una producción incrementada de andrógenos (síndrome adreno-genital, tumores productores de andrógenos), sensibilidad aumentada a los andrógenos o predisposición familiar. El tratamiento consiste en terapia antiandrogénica y lociones tópicas con contenido estrogénico. . (Gwack, Y. Hair loss. Mol Cell Biol. 2007; 12 (3): 80-84)

ALOPECIA POST PARTO: Ver Alopecia puerperal

ALOPECIA PUERPERAL: Corresponde a la caída del cabello que se presenta 2 a 4 meses después del parto como consecuencia de un cambio de cabello disminuido durante el embarazo, condición conocida como efecto gestagénico.

Usualmente el curso clínico es transitorio, con resolución espontánea en pocos meses; sin embargo, si existe predisposición genética el proceso evoluciona hacia una alopecia androgénica. (Eastham, J. Postpartum alopecia. The Annals of pharmacotherapy. 2001; 35 (2): 255-258)

ALTERACIONES CROMOSÓMICAS: Son trastornos en la estructura misma de los cromosomas o en su número por cada célula. Ejemplos de alteraciones estructurales son las traslocaciones, la duplicación, las deleciones, los anillos y las inversiones. Ejemplos de alteraciones numéricas son las trisomías y las monosomías. Ver cada uno de estos términos.

ALUMBRAMIENTO: Expulsión o extracción de la placenta.// Tercer periodo del parto. ***//*** Corresponde al tercer periodo del trabajo de parto en el cual se eliminan la placenta y los anexos ovulares (membrana y cordón). Normalmente este proceso se completa entre los 5 a 30 minutos después de la salida del feto, presentándose con más frecuencia en los primeros 5 minutos. Con el alumbramiento se presenta en forma fisiológica un sangrado de 500 ml durante de un parto normal y 1000 durante una cesárea. El alumbramiento presenta cuatro fases: 1. Reposo clínico: ocurre inmediatamente después de la expulsión del feto. El útero disminuye de tamaño, la madre siente alivio, disminuyen las contracciones. 2. Desprendimiento: la retracción uterina genera una disminución de la superficie del útero, la placenta y las membranas que siguen adheridas a la cavidad uterina se pliegan entre sí, generando una zona de desprendimiento en la decidua; existen dos mecanismos de alumbramiento: mecanismo de Schultze y mecanismo de Duncan. 3. Descenso: inicio de expulsión de la placenta secundario a la formación del hematoma retroplacentario, las contracciones uterinas, el peso de la placenta y la gravedad. 4. Expulsión: terminación del proceso de alumbramiento. (Guidelines for operative vaginal birth. Number 148, May 2004. Int J Gynaecol Obstet 2005; 88:229) // Sinónimo Ablatio placentae. // Ver Alumbramiento tipo Duncan y Alumbramiento tipo Schultze.

ALUMBRAMIENTO ARTIFICIAL: Ver Alumbramiento manual.

ALUMBRAMIENTO ESPONTÁNEO: Expulsión de la placenta sin intervención de medicamentos ni de maniobras de extracción de la misma.

ALUMBRAMIENTO MANUAL DE LA PLACENTA: En ocasiones, la placenta no se separa rápidamente de su lecho endometrial. Esto es especialmente frecuente en casos de parto de pretérmino (Dombrowski y col., 1995). Una vez pasa un término de tiempo prudente y la placenta no es expulsada, o se presenta una hemorragia mayor de la normal sin la salida de la placenta, está indicada su extracción manual. El obstetra debe asegurarse que no se trata de una falsa retención de placenta y que la misma se encuentra en la luz del conducto vaginal. La extracción debe realizarse con la asistencia de un anestesiólogo y en un recinto que tenga los requerimientos técnicos mínimos que permitan enfrentarse a cualquiera de las complicaciones obstétricas (acretismo placentario, atonía uterina, etc) más las complicaciones que pudiera tener la parturienta que no ha llegado con la preparación preanestésica adecuada pues la retención placentaria se maneja como una emergencia. Por su parte el obstetra debe utilizar ropa de Mayo, más un guante que cubra todo su antebrazo y encima de este otro guante estéril.

ALUMBRAMIENTO PROLONGADO: Es la prolongación del tercer estadio de la fase activa del trabajo de parto. Toma este nombre cuando el periodo de tiempo entre la expulsión del feto y la expulsión completa de la placenta dura más de mayor de 30 minutos en nulíparas y multíparas. (Ness, A. Goldberg, J. Berghella, V. Abnormalities of the Stages of Labor. Obstetrics and Gynecology Clinics of North America. 2005, 32: 201-220 // Gary Cunningham, Paul McDonald, y col. Obstetricia de Williams. Edit Panamericana. Buenos Aires, 1997.). Sinónimo: Prolongación del tercer estadio de la fase activa del trabajo de parto.

ALUMBRAMIENTO TIPO DUNCAN: Es un mecanismo de expulsión de la placenta, que se presenta en el 7% de los casos. Se caracteriza por un desprendimiento que se inicia en el borde de la placenta (no en el centro como en el tipo Schultze), generando sangrado desde el comienzo del desprendimiento de la placenta (Guidelines for operative vaginal birth. Number 148, May 2004. Int J Gynaecol Obstet 2005; 88:229) Sinónimo: Mecanismo de Baudelocque- Duncan.

ALUMBRAMIENTO TIPO SCHULTZE: Es un mecanismo de alumbramiento placentario que se presenta en el 93% de los casos. Se caracteriza por un desprendimiento que se inicia en el centro de la placenta, formando un hematoma retroplacentario(esta es su principal característica). Primero se expulsa la placenta en forma de "paraguas invertido" y posteriormente se presenta el sangrado. Tiene un duración aproximada de 4 a 10 minutos. (Guidelines for operative vaginal birth. Number 148, May 2004. Int J Gynaecol Obstet 2005; 88:229). Sinónimo: Mecanismo de Baudelocque- Schultze

AMAMANTAMIENTO: Ver lactancia.

AMASTIA:1. Ausencia de una o ambas mamas. **2.**Corresponde a una patología congénita de la mama que se caracteriza por la ausencia de tejido mamario incluyendo parénquima y estroma glandulares con presencia de areola y pezón generalmente anómalos. Es una condición rara y hasta en el 50% de los casos se asocia con otras malformaciones congénitas. El tratamiento es quirúrgico. (Greydanus, DE, Matytsina, L, Gains, M. Breast disorders in children and adolescents. Prim Care 2006; 33:455)

AMASTIA BILATERAL: Ausencia completa de las dos mamas.

AMASTIA UNILATERAL: Ausencia del seno derecho o del izquierdo. Puede ser congénito (síndrome de Poland) o adquirido, cuando un trauma o quemadura que destruyó un botón mamario en la infancia. La "extirpación biopsia" que muchos médicos hicieron en el botón mamario doloroso en la antigüedad , fue causa de amastia unilateral.(Perlin C. Picture of the month. Unilateral amastia (Poland syndrome). Arch Pediatr Adolesc Med. 1999 Dec;153(12): 1305-6) // Sinónimo: Síndrome de Poland.

AMBIGÜEDAD SEXUAL: La ambigüedad sexual es un defecto congénito en la cual los órganos genitales externos no tienen la apariencia característica de ningún sexo. Los órganos reproductivos y genitales de cada sexo, femenino o masculino, se originan del mismo tejido fetal inicial; pero si este proceso de diferenciación se interrumpe o altera, presenta el desarrollo de los genitales ambiguos. Estos genitales ambiguos dificultan la clasificación del sexo del bebé como femenino o masculino. Los genitales ambiguos pueden

crear problemas sociales tanto al niño como a la familia. Es por esto que debe ser manejado por un grupo de expertos que incluye neonatólogos, genetistas, endocrinólogos, urólogos y psiquiatras.// El grado o severidad de la ambigüedad sexual puede variar. Es raro encontrar una apariencia física que se desarrolla completamente opuesta al sexo genético; por ejemplo, un niño genéticamente masculino que presenta la apariencia normal del sexo femenino. Esto dificulta y retrasa un adecuado diagnóstico. Entre los rasgos característicos usualmente observados de los genitales ambiguos en niños genéticamente del sexo femenino y cuya constitución es de 2 cromosomas X están: Clítoris agrandado con apariencia de un pene pequeño. // La abertura uretral puede estar localizada a lo largo y por debajo de la superficie del clítoris. //Los labios mayores pueden encontrarse fusionados semejando la bolsa escrotal. //En ocasiones, se siente una masa de tejido por dentro de los labios fusionados (que puede corresponder a una hernia), lo que los hace parecer más a un verdadero escroto con testículos.// Se puede pensar que el niño es del sexo masculino con unos testículos no descendidos. // En ocasiones, se siente una masa de tejido por dentro de los labios fusionados (que puede corresponder a una hernia), lo que los hace parecer más a un verdadero escroto con testículos. // En un niño genéticamente masculino, el cual tiene 1 cromosomas X (materno) y uno Y (paterno) con genitales ambiguos se pueden observar los siguientes rasgos: Pene pequeño que mide menos de 2 a 3 centímetros que se asemeja al clítoris agrandado.//La abertura uretral se puede encontrar localizada a lo largo o por debajo del pene o incluso en la parte baja del periné, razón por la cual el recién nacido parece del sexo femenino. // Es posible que se presente algún grado de desarrollo del escroto con algún grado de separación, semejando a los labios. // Los genitales ambiguos están frecuentemente, no siempre, acompañados de testículos no descendidos. // ETIOLOGÍA más frecuente: Seudohermafroditismo: cuando los genitales son de un sexo, pero se presentan algunas características físicas del otro sexo. //Hermafroditismo verdadero: raro, se presenta tanto el tejido ovárico como el testicular y el niño puede tener partes de genitales masculinos y femeninos. //Disgenesia gonadal mixta: una condición intersexual en la que parece haber algunas estructuras masculinas (gónadas, testículos), al igual que un útero, una vagina y trompas de Falopio. //Hiperplasia suprarrenal congénita:

la forma más común es que la niña genéticamente femenina parezca masculina. //Anomalías cromosómicas, incluyendo el síndrome de Klinefelter (XXY) y el síndrome de Turner (XO). //La ingesta de ciertos medicamentos por parte de la madre (particularmente esteroides androgénicos) que pueden hacer que una niña genéticamente masculina se parezca más a un hombre.// Deficiencia en la producción de hormonas específicas, lo cual hace que el embrión desarrolle rasgos corporales femeninos independientemente del sexo genético. // Ausencia de receptores celulares de testosterona. Significa que aunque el organismo produzca las hormonas necesarias para que el bebé se desarrolle físicamente como un niño, el cuerpo no tiene la capacidad de responder a esas hormonas y da como resultado un cuerpo de tipo femenino aunque el sexo genético sea masculino. (Hubner G, Nazer María Eugenia, y col. Sexo ambiguo: prevalencia al nacimiento en la maternidad del Hospital Clínico de la Universidad de Chile. Rev. méd. Chile, mayo 2001, vol.129, no.5, p.509-514)

AMENAZA DE ABORTO: Estado clínico de una paciente embarazada con gestación de 139 días o menos, quien presenta sangrado genital, contracciones uterinas o ambas. Para establecer este diagnóstico es requisito que el orificio cervical interno esté cerrado y que las membranas ovulares estén intactas. La amenaza de aborto puede progresar hasta aborto.

AMENORREA DE LACTANCIA: Es la supresión de las menstruaciones durante las semanas siguientes al parto, es decir durante el puerperio. En este periodo ocurre la lactación del recién nacido como consecuencia de la elevación de la hormona prolactina. Simultáneamente se reduce la liberación de la hormona liberadora de las gonadotropinas (GnRH) desde el hipotálamo, que disminuye la descarga de la hormona luteinizante (LH) que da como consecuencia una disminución de la maduración folicular. Pero incluso con el amamantamiento contínuo la menstruación reaparece antes de completar los seis meses.

AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO: Presencia de contracciones uterinas con una frecuencia de 1 cada 10 minutos, de 30 segundos de duración palpatoria, que se mantienen durante un lapso de 60 minutos con borramiento

del cervix uterino del 50% o menos y una dilatación igual o menor a 3 cm, entre las 22 y 36,6 semanas de gestación.. Onderoglu18 comparó la capacidad diagnóstica de la medición de la longitud del cérvix determinada por ultrasonografía transvaginal y por evaluación digital en la predicción del nacimiento pretérmino en embarazos con membranas íntegras. El resultado final fue el nacimiento antes de las 37 semanas de gestación. La curva ROC reveló que la longitud del canal cervical <28 mm medido por sonografía transperineal tenía mayor capacidad predictiva, sensibilidad del 78,1% y especificidad de 82,7%. La sensibilidad y especificidad del examen digital fue de 65,5 y 72,4% respectivamente para la dilatación cervical >20 mm. Concluyó que la longitud cervical por ultrasonografía transperineal es más exacta que el examen digital para predicción de nacimiento pretérmino. Gómez y col.19 encontraron que la curva ROC y el análisis por regresión logística mostraban una relación estadísticamente significativa entre la ocurrencia de nacimiento pretérmino y parámetros cervicales a través de la ultrasonografía transvaginal (p <0.005) pero no con los resultados del examen digital. (Oyarzún E. Parto Prematuro. Clínicas Perinatológicas Argentinas 1996/1997; 1:32-76) Onderoglu L. Digital examination and transperineal ultrasonographic measurement of cervical length to assess risk of preterm delivery. Int J Gynaecol Obstet 1997; 59(3):223)// (Gomez R, Galasso M, Romero R, Mazor M, Sorokin Y, Goncalves, Treadwell M. Ultrasonographic examination of the uterine cervix is better than cervical digital examination as a predictor of the likelihood of premature delivery in patients with preterm labor and intact membranes. Am J Obstet Gynecol 1994; 171:956-64).

AMENORREA:(De *a*: sin, el gr. μήν, μηνός, mes, y *-rrea*).**1.** f. *Biol.* Enfermedad que consiste en la supresión del flujo menstrual. (Diccionario de la Real Academia Española de la Lengua, www.rae.es)

AMENORREA FISIOLÓGICA: la ausencia de menstruaciones como consecuencia de un estado funcional normal como la gestación o el puerperio.

AMENORREA HIPOTALÁMICA: Este término se ha utilizado para referirse al problema común en el que, no obstante la presencia de una hipófisis y ovarios normales, no ocurren los cambios cíclicos normales. Algunos estudios

recientes sugieren que hay problemas en la secreción pulsátil de GnRH y otros cambios hormonales secundarios. Hay alteración de la frecuencia de secreción de la LH, lo cual muestra a su vez una alteración de la producción de la GnRH, que afecta simultáneamente la maduración folicular normal.

AMENORREA PRIMARIA: Es la ausencia de menstruación después de los 16 años de edad ó un intervalo telarquia–menarca mayor de 5 años, o a los 14 años si hay ausencia de pubarquia, o a los 13 años si hay ausencia de telarquia. Su incidencia es menor de 0.1% en la población femenina general. El estudio se basa en los parámetros de desarrollo establecido por Marshall y Tanner. Aunque existen numerosas clasificaciones, la más práctica consiste en basar el estudio de acuerdo a la presencia de caracteres sexuales secundarios (mamas) y genitales internos femeninos (útero). Con base en esta clasificación se establecen 4 grupos de pacientes: 1) Pacientes sin mamas y útero presente: sus principales etiologías incluyen falla hipotalámica (secreción inadecuada de GnRH por secreción insuficiente de neurotransmisores, síntesis inadecuada de GnRH, defectos anatómicos congénitos como ausencia del piso de la silla turca, estenosis del acueducto de Silvio, hidrocefalia), falla hipofisiaria (insuficiencia aislada de gonadotropinas, adenoma cromófobo, encefalitis, kernicterus, hipotiroidismo prepuberal), falla gonadal (síndrome de Turner, anormalidades de cromosoma X, mosaicismos, disgenesia gonadal pura, deficiencia de 17 alfa-hidroxilasa con cariotipo 46 XX). 2) Pacientes con mamas y útero ausente: sus principales etiologías incluyen síndrome de insensibilidad androgénica, agenesis útero-vaginal (Rokitansky), agenesia uterina, agenesia vaginal, criptomenorreas (septum vaginal transverso, himen imperforado, agenesia cervical). 3)Pacientes sin mamas y útero ausente: sus etiologías incluyen deficiencia de 17,20 desmolasa, agonadismo, deficiencia de 17 alfa-hidroxilasa con cariotipo 46 XY, deficiencia de 5 alfa-reductasa con cariotipo 46 XY. 4) Pacientes con mamas y útero presente: sus etiologías incluyen disfunción hipotalámica, disfunción hipofisiaria, disfunción ovárica, disfunción tiroidea, disfunción suprarrenal, desnutrición. La evaluación clínica de la paciente se realiza teniendo en cuenta la clasificación clínica definida anteriormente, la estatura, el peso, el coeficiente intelectual y si es necesario, la realización de cariotipo y medición de gonadotropinas. El tratamiento está

orientado a lograr los siguientes objetivos: desarrollo de caracteres sexuales secundarios en las pacientes con infantilismo sexual, lograr estatura adecuada, corregir patología orgánica si tiene alguna posibilidad quirúrgica, inducir ciclos menstruales regulares, inducción de la ovulación si la paciente desea embarazo y asesoría psicológica para lograr un manejo integral. (Lobo, R. Mishell, D. Paulson, R. Shoupe, D. Primary Amenorrhea: Normal Female external genitalia. Mishell´s Textbook of Infertility, Contraception, and Reproductive Endocrinology. Blackwell Science. Fourth edition. 1991. 301-310)

AMENORREA SECUNDARIA: Es la ausencia de menstruación por un período mayor a 3 ciclos menstruales previos si los ciclos son regulares o la ausencia de menstruación por un período mayor a 6 meses si los ciclos son irregulares. La amenorrea secundaria se clasifica en fisiológica si está relacionada con embarazo, lactancia o menopausia, o patológica si no se encuentra relacionada con las condiciones anteriormente mencionadas. La OMS ha clasificado las pacientes con amenorrea secundaria en 7 grupos para su estudio: 1) Falla hipotalámica-hipofisiaria sin tumor: síndrome de Sheehan, cirugía hipotálamo o hipofisiaria, irradiación. 2) Disfunción hipotálamo-hipofisiaria con prolactina normal: ovario androgénico (síndrome de ovario poliquístico, hiperplasia suprarrenal, obesidad), factores extrínsecos (amenorre psicógena, anorexia nervosa, pseudociesis, enfermedades endocrinas extraováricas, enfermedades tiroideas, tumores funcionantes del ovario), factores intrínsecos (trauma craneano, cirugía del SNC, postirradiación). 3) Falla ovárica: congénita (disgenesis gonadal, síndrome de ovario refractario), adquirida (enfermedades autoinmunes, postquimioterapia, postirradiación, postinfección, tóxicos). 4) Alteración adquirida de útero y vagina: sinequias, histerectomía, irradiación. 5) Hiperprolactinemia con tumor. 6) Hiperprolactinemia sin tumor: inhibición de la actividad de la dopamina, inhibición del transporte de dopamina, hiperplasia de lactotropos, estimulación neural. 7) Tumor hipotálamo-hipofisiario con prolactina normal: tumores vasculares, granulomas. En el estudio de las pacientes con amenorre secundaria se debe tener siempre un test de embarazo, niveles de prolactina y ecografía transvaginal para realizar una clasificación inicial dentro de los grupos mencionados. Posteriormente si se descarta hiperprolactinemia, se toman niveles de estradiol y se clasifican las

pacientes en dos grupos: pacientes con hipoestrogenismo, que corresponden a los grupos 1, 3 y 4, o pacientes con estrógenos normales o altos que corresponden al grupo 2. El tratamiento se realiza de acuerdo a la etiología definida. (Lobo, R. Mishell, D. Paulson, R. Shoupe, D. Secondary Amenorrhea without hyperprolactinemia or hyperandrogenism. Mishell´s Textbook of Infertility, Contraception, and Reproductive Endocrinology. Blackwell Science. Fourth edition. 1991. 311-321)

AMENORREA SECUNDARIA CON HIRSUTISMO O VIRILIZACION: Es la ausencia de menstruación en mujeres que ya habían tenido ciclos menstruales normales, pero que además muestran signos de masculinización dados por aumento del vello corporal en zonas masculinas y crecimiento del clítoris. El diagnóstico diferencial de la amenorrea secundaria con hirsutismo o virilización, o ambos, comprenden el síndrome de ovarios poliquísticos, la hiperplasia cortical suprarrenal congénita (o tardía), el síndrome de Cushing y los tumores ováricos y suprarrenales.

AMENORREA,TIEMPO DE GESTACIÓN CALCULADO POR: Manera de calcular la edad gestacional en semanas ó días a partir del primer día de la última menstruación. Por ejemplo: si una paciente embarazada inició su última menstruación el 1 de Julio y se quiere calcular su edad gestacional el 13 de agosto, se cuentan las semanas transcurridas entre esas dos fechas. En esta caso la edad gestacional es de 44 días ó 6 semanas más 2 días.

AMILOIDOSIS: Es un trastorno metabólico caracterizado por el depósito intersticial de amiloide en diferentes órganos y tejidos. Esta condición se caracteriza por depósito de material extracelular ligeramente eosinófilo / basófilo o anfófilo de aspecto hialino con unas propuestas histoquímicas específicas: birrefringencia verde manzana con luz polarizada cuando se tiñe con Rongo Congo, y una estructura fibrilar. Existen formas idiomáticas o primarias (AL) o formas secundarias (AA), formas localizadas, sistémicas, familiares, senil y en pacientes dializados. Los órganos más frecuentemente afectados son el corazón, riñón, sistema nerviosos periférico, hígado y tracto gastrointestinal. En las formas sistémicas puede afectar la piel presentándose como máculas purpúricas, placas, nódulos o ampollas. (Gluck BS, Cabrera J,

Strauss B, Ricca R, Brancaccio W, Tamsen A. Amyloid Deposition of the breast. AJR Am JRoentgenol 2000;175:1590)

AMILOIDOSIS DEL PEZÓN: Es un tipo de amiloidosis primaria conocida como Amiloidosis Cutánea Localizada, cuando la piel es el único órgano comprometido. Dentro de las amiloidosis primarias en este grupo la más común es al amiloidosis macular que consiste en máculas pigmentadas de aspecto reticulado principalmente en la zona interescapular; también se ha descrito la amiloidosis liquenoide, que afecta principalmente la piel pretibial y manifiesta como cambios sobreañadidos a un liquen simple crónico; el compromiso de la piel del pezón se ha descrito en poco casos con depósitos de amiloide en la dermis papilar que se cree corresponden a queratinocitos necróticos mezclados con productos de los fibrocitos. La amilolidosis de la mama es una condición muy rara; se han descrito muy pocos casos en la literatura mundial en forma de masas palpables o hallazgos mamográficos no palpables interpretadas como microcalcificaciones indeterminadas. Los depósitos de amiloide en la mama pueden ser divididos en dos categorías: la primera categoría se presenta en pacientes con enfermedad sistémica predisponente como artritis reumatoidea o mieloma múltiple; en estos casos el compromiso de la mama es un hallazgo tardío. La segunda categoría corresponde a tumores amiloides primarios limitados a la mama. La edad media de presentación es 63 años, se caracteriza por una masa palpable, de consistencia dura, no dolorosa. El estudio se complementa con mamografía que evidencia masa de bordes irregulares con focos de alta densidad, distorsión de la arquitectura y engrosamiento de la piel. El diagnóstico se confirma con biopsia. Cuando se presentan este tipo de amiloidosis es necesario descartar compromiso sistémico o un proceso que pueda contribuir a la amiloidosis; se considera que hasta el 15% de los pacientes que presentan amiloidosis cutánea localizada, desarrollan amiloidosis sistémica. Sin embargo, cuando el compromiso es limitado a la mama la amiloidosis es una condición benigna cuyo manejo consiste en la biopsia excisional. (Diaz-Bustamante T, Iribar M, Vilarrasa A, Benito A, Lopez-Rios F. Primary Amyloidosis of the breast presenting solely as microcalcifications. AJR Am J Roentgenol 2001;177:903-4 / Bijal, P. Torbiak, C.

Primary amyloidosis of the breast presenting as nonpalpable microcalcifications. Can Assoc Radiol. 2003; 54 (5): 277-278)

AMILOIDOSIS IDIOPÁTICA O PRIMARIA: Corresponde a una amiloidosis de causa desconocida, en algunos casos de transmisión hereditaria. En este grupo se involucra la Amiloidosis Inmunecito-derivada o amiloidosis AL. (Gluck BS, Cabrera J, Strauss B, Ricca R, Brancaccio W, Tamsen A. Amyloid Deposition of the breast. AJR Am JRoentgenol 2000;175:1590)

AMILOIDOSIS LIQUENOIDE: Corresponde a una forma de amiloidosis que se caracteriza por una distribución simétrica de pápulas pruriginosas sobre la piel, en forma de cúpulas de color pardo-amarillento. (Gluck BS, Cabrera J, Strauss B, Ricca R, Brancaccio W, Tamsen A. Amyloid Deposition of the breast. AJR Am JRoentgenol 2000;175:1590)

AMILOIDOSIS POR HEMODIÁLISIS: Es un tipo de amiloidosis que se presenta en los pacientes que se encuentran en terapia de reemplazo renal tipo hemodiálisis. Se genera por los depósitos de una B2-microglobulina que no es eliminada por la hemodiálisis y se acumula en las articulaciones, membranas sinoviales y vainas tendinosas. Se manifiesta por artritis y síndrome del tunel del carpo. (Gluck BS, Cabrera J, Strauss B, Ricca R, Brancaccio W, Tamsen A. Amyloid Deposition of the breast. AJR Am JRoentgenol 2000;175:1590)

AMNIOCENTESIS: **1.** Punción que se realiza a la cavidad amniótica con el propósito de tomar una muestra para diagnóstico, o para disminuir la cantidad de este fluido en caso de polihidramnios.// **2.** Corresponde un procedimiento invasivo diagnóstico y en ocasiones terapéutico que consiste en la extracción de líquido amniótico a través de una aguja insertada en el abdomen materno. El procedimiento se realiza bajo guía ecográfica; se determina el sitio de acuerdo al lago de liquido amniótico y la ausencia de tejido placentario, se infiltra xilocaina con epinefrina al 1% en la piel del abdomen para anestesia, posteriormente se introduce un espinocat (aguja espinal) calibre 20 o 22 dentro del saco amniótico evitando placenta, cordón umbilical y feto. Se aspira el contenido de líquido amniótico, se descartan los primeros 2 ml para disminuir la posibilidad de contaminación con células maternas y luego se aspiran alrededor de 20 ml y se retira la aguja. El líquido se envía para estudio de

acuerdo a las necesidades: gram – cultivo para descartar infección intra-amniótica, inmunoglobulinas para descartar infección congénita, cariotipo, entre otros. Posterior al procedimiento se evalúa el sitio de punción para ver sangrado y se evalúa frecuencia cardiaca fetal. Las complicaciones menores son poco frecuentes e incluyen sangrado vaginal transitorio o pérdida de líquido amniótico en 1 – 2 % de los casos; se han descrito casos de infección intramniótica asociada al procedimiento en 1 de cada 1000 procedimientos. La tasa de pérdida fetal es del 0.5%; dentro de las causas de pérdida fetal se encuentran desprendimiento de placenta, implantación placentaria anormal, malformaciones uterinas e infección. (Porreco, R. Heyborn, K. Amniocentesis in the management of preterm premature rupture of membranes. J Maternal Fetal Neonatal Med. 2008; 13: 1-7).

AMNIOINFUSIÓN: **1.** Es la introducción de un líquido (generalmente solución salina) dentro de la cavidad amniótica mediante amniocentesis o por vía transcervical. Se hace por amnicentesis cuando se busca confirmar la ruptura prematura de membranas, caso en el cual el líquido aplicado se puede teñir con un colorante como el índigo carmín. Se realiza por vía vaginal-tras-cervical cuando hay ruptura de membranas y se busca realizar un lavado del contenido de la cavidad, como en los casos en los cuales se demuestra abundante meconio. (Carvajal, Vera J y Vera C. Amnioinfusión transcervical intraparto para rotura prematura pretérmino de membranas. *Rev. chil. obstet. ginecol.*, 2006, vol.71, no.4, p.288-290.)// **2.** Consiste en la infusión de solución salina en la cavidad amniótica. Se puede realizar por vía trans-vaginal o por vía trans-abdominal. La técnica por vía trans-vaginal consiste en la infusión de solución salina a través de un cateter o equipo de macrogoteo insertado en la cavidad uterina a través del cérvix; el procedimiento se indica para el tratamiento de desaceleraciones variables, profilaxis en casos de oligoamnios secundarios a ruptura de membranas o dilución de meconio espeso. Los protocolos establecen la infusión de un bolo de 500 a 800 cc de solución salina tibia seguida de una infusión continua de 3 cc/hora. La técnica por via trans-abdominal se indica para el manejo de oligoamnios severo en gestaciones pre-témino, usualmente asociado a ruptura de membranas pre-término. Dentro de las complicaciones descritas se encuentran hipertonía uterina, alteraciones del

trazado de la frecuencia cardiaca fetal, infección intra-amniótica, prolapso del cordón umbilical, ruptura uterina, alteración cardio-respiratoria materna, desprendimiento de placenta. (Porreco, R. Heyborn, K. Amniocentesis in the management of preterm premature rupture of membranes. J Maternal Fetal Neonatal Med. 2008; 13: 1-7)

AMNIONITIS: gr. Amnio: membrana, -itis- inflamación. **1.** Es la inflamación de las membranas amnióticas y de la placenta. // **2.** f. (Embriol.) Inflamación de la membrana que rodea el feto (concretamente del corion, vasos sanguíneos del feto, cordón umbilical, amnios); puede ser fatal para el feto y para la madre.// **3.** Corresponde a la inflamación de las membranas fetales usualmente como consecuencia de infección intrauterina. Histológicamente se caracteriza por la infiltración de leucocitos mononucleares y polimorfonucleares en la parte fetal de la placenta y el líquido amniótico; cuando este infiltrado se presenta en el corion, se denomina *corioamnionitis*; si se presenta en el líquido amniótico se denomina *amnionitis*; si compromete el cordón umbilical, se denomina *funisitis* y si afecta la placenta se conoce con el nombre de *vellositis*. De acuerdo con algunos investigadores los hallazgos histológicos descritos no son siempre específicos para infección fetal o materna, ya que se ha comprobado que la presencia de meconio estimula la quimiotaxis de los leucocitos y puede generar este infiltrado. De todas formas, la presencia de infiltrado leucocitario en el líquido amniótico debe ser manejo como una infección intraamniótica, instaurando terapia antimicrobiana asociado a terminación del embarazo por riesgo muy alto de pérdida fetal. (Newton, E. Preterm labour, preterm premature ruptura of membranes and chorioamnionitis. Clinics in perinatology. 2005; 32: 571-600)

AMNIORREXIS: (Griego, Amnion: membrana que envuelve el feto y Rhêxis, desgarradura): Ruptura de las membranas que conforman la bolsa amniótica..// Aunque etimológicamente el término parece referirse solo a la membrana interna o amnios, es obvio que también implica la ruptura del corion que es la membrana exterior; el diagnóstico se hace con la salida de líquido amniótico o con la comprobación visual del orificio en las membranas. La amniorrexis puede ser artificial y espontánea.

AMNIORREXIS ARTIFICIAL: Es la ruptura de las membranas ovulares, realizada por la persona que atiende a la materna, mediante un instrumento corto-punzante que hace las veces de amniótomo. La amniorrexis artificial es sinónima de amniotomía.

AMNIORREXIS ESPONTÁNEA: Es la ruptura de las membranas ovulares, sin la participación de fuerzas o maniobras externas, diferentes a las ejercidas por la contracción uterina o los movimientos fetales, o a trastornos en la consistencia del amnios y del corion que permiten la salida del líquido amniótico.

AMNIOS: El amnios de términos es una membrana fuerte y resistente pero flexible. Es la membrana fetal más interna de la "bolsa de aguas", y se continúa con el líquido amniótico. El amnios es el tejido que proporciona casi toda la resistencia a la tensión de las membranas fetales. Por lo tanto, el desarrollo del componente (o componentes) del amnios que protege contra la ruptura o desgarro es de vital importancia para un resultado exitoso del embarazo, en especial para el bienestar del feto. La membrana que acompaña al amnios es el corion. En 1868 Marthew Duncan examinó la naturaleza de las fuerzas involucradas en la rotura de las membranas fetales. Durante pruebas de resistencia a la tensión, halló que la decidua, y luego el corion leve, cedían mucho antes de que se rompiera el amnios. Esto llevó a su punto de vista (posteriormente confirmado por muchos investigadores) de que amnios proporciona la principal resistencia a las membranas. Más aún, la resistencia a la tensión de amnios reside casi exclusivamente a la capa compacta, la cual está compuesta por colágenos intersticiales entrecruzadas de los tipos I y III y en menor cantidad V y VI.

AMNIOTOMÍA: (Griego, *Amnion*: membrana que envuelve el feto y *tomé*: cortar): Es la ruptura artificial de las membranas, realizada por la persona que atiende a la materna. También se denomina ruptura artificial de la bolsa de las aguas. La sigla usada en el lenguaje común es RAM (ruptura artificial de membranas). Si bien etimológicamente el término parece referirse solo a la membrana interna o amnios, es obvio que también implica la ruptura del corion que es la membrana exterior, puesto que solo estará completo el procedimiento

cuando salga líquido amniótico o cuando se compruebe visual y/o tactilmente que hay un orificio en las membranas ovulares. Aunque la principal utilidad de la amniotomía es acelerar el trabajo de parto, es de gran ayuda para diagnosticar la presencia de meconio en el líquido amniótico que en la mayoría de los casos se asocia al sufrimiento fetal. Otra utilidad de esta intervención es la colocación de monitores en el cuero cabelludo del feto para detección oportuna de sufrimiento. Los investigadores y las organizaciones científicas que se refieren a la amniotomía, proscriben esta práctica cuando el feto está flotante por el riesgo de prolapso del cordón, que pone en serio peligro la vida del feto. La amniotomía es un pequeño procedimiento quirúrgico por lo cual debe realizarse previa aprobación verbal de la paciente a quien se le debe brindar información sobre los beneficios y riesgos. Deben utilizarse guantes y amniótomo estériles y esperar hasta que la presentación se haya introducido parcialmente en el canal del parto. ***//*** Es la ruptura artificial de las membranas corioamnióticas. Es una técnica empleada comúnmente para la inducción y conducción del trabajo de parto normal, ya que induce liberación de prostaglandinas, acelera el trabajo y reduce 1 a 2 horas de su duración. Su técnica incluye: 1) frecuencia cardiaca fetal(FCF) previa al procedimiento 2) Evaluación de la dilatación cervical y la estación fetal 3) Aseguramiento de que la presentación esté encajada 4) Ruptura artificial de las membranas con amniótomo o con los dedos. 5) Registro de la calidad del líquido amniótico 6) FCF posterior al procedimiento. (Norwitz, E. Robinson, J. Induction of labor. Gabbe Obstetrics. 4th ed. New York: Churchill Livingstone. 2002. p.353 – 394) // Sinónimo: La palabra amniotomía es sinónima de Amniorrexis, pero no todas las amniorrexis son sinónimas de amniotomía.

AMNIOTOMÍA ELECTIVA. Por definición la amniotomía es siempre electiva pues implica la voluntad de romper las membranas ovulares por parte de quien atiende a la materna, mediante el uso de un amniótomo.

AMOR PLATÓNICO: Es el tipo de relación que no implica sentimientos o deseos sexuales. Debe su nombre a Platón, filósofo griego (428-348 aJC) que postuló la existencia de dos mundos paralelos: el físico y el mental o espiritual y que este último es superior y más real que el primero. Para Platón la amistad, la camaradería y el amor que logran trascender los deseos físicos

primitivos de la vida sexual, alcanzan el ideal espiritual. El análisis que desarrolló Platón acerca del amor es uno de los más espléndidos que llevó a cabo este pensador. El amor no es ni bello ni bueno, sino que es sed de belleza y de bondad. El amor, pues no es un Dios(Dios es, solo y siempre, bello y bueno),pero tampoco un hombre. No es mortal, pero tampoco es inmortal: es uno de aquellos seres demoníacos intermedios entre el hombre y Dios. Aquello que los hombres acostumbran a llamar amor no es más que una partícula del verdadero amor: este consiste en el deseo de lo bello, del bien de la sabiduría, de la felicidad, de la inmortalidad, de lo Absoluto. El amor conduce a diversos caminos que nos llevan a conocer el bien(toda forma de amor es deseo de poseer el bien para siempre). El verdadero amante es aquel que recorre todos esos caminos hasta el final, para alcanzar la visión suprema, es decir, hasta llegar a la visión de lo que es absolutamente bello. En opinión de Platón, los tipos de atracción amorosa de una persona con otra son tres: a-El grado más bajo en la escala del amor es el amor físico, que es el deseo de poseer el cuerpo bello con objeto de engendrar, en lo bello, otro cuerpo. Este amor físico ya es deseo de inmortalidad y de eternidad, "porque la generación, aunque sea una criatura mortal, es perennidad e inmortalidad". b-El amor fecundo: los amantes son fecundos no en sus cuerpos sino en sus almas, portadores de una simiente que nace y crece en la dimensión del espíritu. Entre los amantes pertenecientes a la dimensión del espíritu se hallan, en una escala progresivamente más elevada, los amantes de las almas, los amantes de las artes, los amantes de la justicia y de las leyes, los amantes de las ciencias puras. c-El amor de lo bello y lo absoluto: En la culminación de la escala del amor, se halla la visión fulgurante de la idea de lo Bello en sí,y del tope de lo absoluto. *(1*- Spielvogel, Jackson (2003), «Capítulo 12» Civilizaciones de Occidente, Vol. "A", 5a edición, Thomson Editores // 2- *El amor en el diálogo de Fedrus: Cornford, F. M. La teoría platónica del conocimiento. Ediciones Paidos Ibérica, Barcelona:1982).*

AMORTIGUACION EXTRACELULAR: El proceso de amortiguación es la respuesta del organismo al aumento o disminución de la concentración de iones hidrogeniones. El bicarbonato es el amortiguador más importante del líquido extracelular; posee una gran capacidad para evitar cambios bruscos en

el pH de la sangre arterial. De acuerdo a la definición del pH en términos de la relación entre el bicarbonato y la presión de dióxido de carbono, un aumento en la presión de CO_2 genera como respuesta aumento de la concentración de HCO_3, con el objetivo de evitar cambios importantes en el pH. A la inversa, una disminución de la presión de CO_2, genera como respuesta, una disminución de la concentración de HCO_3. (Adrogue, H. Madias, N. Management of life-threatening acid-base disorders. The New England Journal of Medicine. 1998; 338 (1): 26-33)

AMORTIGUACIÓN INTRACELULAR: Es un proceso de respuesta al cambio en la concentración de hidrogeniones. Los iones hidrogeniones entran al interior celular para combinarse con amortiguadores tipo proteínas, fosfatos y hemoglobinatos, para equilibrar los cambios y evitar la afectación del pH arterial. A este fenómeno que equilibra todos los amortiguadores del organismo de conoce como principio isohídrico o efecto del ión común. (Adrogue, H. Madias, N. Management of life-threatening acid-base disorders. The New England Journal of Medicine. 1998; 338 (1): 26-33)

AMORTIGUACIÓN RENAL: El riñón desempeña un papel crítico en el equilibrio ácido-base, a través de la regulación del HCO_3 plasmático. Esto se lleva a cabo por dos mecanismos: reabsorción del HCO_3 filtrado y excreción de iones hidrogeniones. La amortiguación renal representa la respuesta del organismo a los cambios en la presión de CO_2. (Patiño, JF. Rodríguez, E. Gases Sanguíneos, Fisiología de la Respiración e Insuficiencia Respiratoria Aguda. Editorial Médica Panamericana. Santafé de Bogotá. Séptima edición. 2005. 183-238 / Adrogue, H. Madias, N. Management of life-threatening acid-base disorders. The New England Journal of Medicine. 1998; 338 (1): 26-33)

AMORTIGUACIÓN RESPIRATORIA: El estado de acidosis estimula los quimiorreceptores que controlan la respiración e incrementan la ventilación alveolar; como resultado se genera hiperventilación que barre el CO_2 y produce descenso en la presión de CO_2. de esta forma el pH arterial tiende a la normalidad. La amortiguación respiratoria representa la respuesta a la carga ácida sobre la concentración del HCO_3. (Patiño, JF. Rodríguez, E. Gases Sanguíneos, Fisiología de la Respiración e Insuficiencia Respiratoria Aguda.

Editorial Médica Panamericana. Santafé de Bogotá. Séptima edición. 2005. 183-238 / Adrogue, H. Madias, N. Management of life-threatening acid-base disorders. The New England Journal of Medicine. 1998; 338 (1): 26-33)

AMPOLLA (Latín ampula, dilatación): (Del lat. *ampulla*, ampolla).**1.** f. Elevación local de la epidermis por acumulación de fluido.2**.** f. Burbuja que se forma en el agua cuando hierve o cuando llueve con fuerza.// El término ampolla en anatomía humana en general denota una cavidad o dilatación. En la trompa de Fallopio es la porción más dilatada de este conducto, donde se realiza la fecundación.(Keith L Moore. Anatomía con orientación clínica. Edit Williams y Wilkins., 1986, capítulo 6).

AMYAND,CLAUDIUS: Cirujano inglés nacido en 1680's; murió en Julio de 1740.Dió el nombre a la fosita de Claudius, lugar dfonde se ubica el ovario después del parto (entre el uréter y la arteria hipogástrica).

ANAFRODISÍACO: Sustancia, por lo general un alimento o bebida, que inhibe el estímulo o la exitación sexual. Antónimo de afrodisíaco.

ANAL, COMPLEJO SINTOMÁTICO: Corresponde al concepto que asume diferentes afecciones de la región anal como prurito, eccema, prolapso, fisuras, trombosis, absceso perianal, siendo frecuente la transición de una manifestación a otra o la combinación de las mismas. Usualmente el complejo presenta una predisposición familiar. La causa más común del complejo sintomático anal son las hemorroides. El diagnóstico se realiza por historia clínica y examen físico que involucra la exploración digital del recto, rectoscopia y exploración radiológica con doble contraste o colonoscopia. En toda paciente que presente complejo sintomático anal es necesario descartar carcinoma de recto. (Middleton, S. Lovegrove, R. Management of haemorrhoids. BMJ. 2008; 336: 380-383)

ANAL,CONDUCTO: Es la porción del tubo digestivo comprendida entre la ampolla rectal y el orificio anal. Tiene una longitud de 2,5 a 4 cm. Comienza al final del estrechamiento de la ampolla rectal, y finaliza a nivel del orificio anal. Está rodeado por los esfínteres anales interno(músculo liso involuntario, espesamiento del músculo intestinal) y externo (músculo estriado

que hace parte del músculo pubo.rectal del elevador del ano, que le forma una cincha al recto, que interviene en la continencia fecal). A cada lado del conducto anal se encuentra una fosa isquio-rectal. (Keith L Moore. Anatomía con orientación clínica. Edit Williams y Wilkins., 1986, capítulo 6).

ANAL,DESGARRO INTRAPARTO: Es la ruptura del anillo muscular que forma el orificio anal y el esfínter anal externo, que se produce al momento de la expulsión de la presentación fetal durante el parto. Si no se corrige adecuadamente o la sutura hace dehiscencia, se producirá una incontinencia para gases y/o incontinencia para materia fecal. (Norman A. Beischer y col. Obstetricia y Neonatología. Edit McGraw-Hill Interamericana, México, 1997)

ANAL,ESFÍNTER: Es un músculo circular, formado por fibras estriadas y voluntaris. Rodean el orificio anal. Se compone de tres partes: la región subcutánea, la supetficial y la profunda, que están muy cercanas ente sí. Durante le parto se puede lesionar este esfínter. (Keith L Moore. Anatomía con orientación clínica. Edit Williams y Wilkins., 1986, capítulo 6).

ANALGESIA CONTROLADA POR EL PACIENTE. Ver ACP. Es la administración de medicamentos por vía intravenosa, por catéter subdural, etc, de forma tal que el mismo paciente se inyecte una dosis regulada por una jeringa o una bomba que facilita la identificación de la cantidad adecuada, en el momento que empieza a percibir el dolor producido por una cirugía reciente, por ua enfermedad, etc.(Gomezese OF. Analgesia controlada por el paciente en cirugía cardiotorácica. Experiencia de 13 años de la Fundación cardiovascular del oriente colombiano. Revista MeduNab, Vol 4, No 10 de 2001).

ANALGESIA EN EL TRABAJO DE PARTO: ES la administración de un medicamento que disminuya o anule el dolor durante las contracciones del parto. Se puede lograr con medicamentos orales, parenterales o mediante un catéter subdural.

ANALGESIA OBSTÉTRICA: Corresponde al manejo del dolor durante el trabajo de parto y el parto que incluye medidas farmacológicas y no farmacológicas. El objetivo de las técnicas de analgesia obstétrica consiste en mejorar la calidad del proceso de atención del parto con mayor satisfacción de

las pacientes. La elección de la técnica de analgesia depende de la condición de la paciente, el progreso del trabajo de parto y debe ser discutido en forma personalizada de acuerdo a las preferencias maternas, recursos disponibles y riesgos asociados. Dentro de las alternativas farmacológicas se encuentran la analgesia regional, inhalatoria o sistémica. Dentro de las alternativas no farmacológica se encuentran técnicas que disminuyen el estímulo doloroso (movimientos maternos, cambios de posición), técnicas que activan los receptores sensitivos periféricos (calor, frío, inmersión en agua tibia, masajes, aromaterapia), técnicas que aumentan las vías inhibitorias descendentes (orientación de foco y distracción, hipnosis, audio-analgesia)

ANALGESIA OBSTÉTRICA INHALATORIA: Es un tipo de analgesia obstétrica que emplea oxido nitroso en mezcla al 50% de oxígeno. Es una alternativa eficaz en la analgesia durante el trabajo de parto; países como Inglaterra, Canadá y Australia reportan el uso de esta técnica en el 40-60% de los trabajos de parto con eficacia del 70-80%. La ventaja que tiene el empleo de esta técnica es que el oxido nitroso tiene tiempo de latencia corta, no deprime la contractilidad uterina, no afecta al feto o al recién nacido, ni afecta la lactancia. Es necesario instruir a la paciente acerca de efectos como náuseas o mareo. La técnica consiste en inhalación intermitente iniciada inmediatamente al momento de ser percibida la contracción, con retiro de la mascarilla y respiración normal entre contracciones. El nivel de recomendación es 1A.

ANALGESIA OBSTÉTRICA REGIONAL: Corresponde a un tipo de analgesia obstétrica farmacológica que incluye analgesia neuraxial (epidural o subaracnoideo) o bloqueos regionales. La técnica neuraxial se emplea para la administración de agentes anestésicos locales y/o analgésicos opiodes. El objetivo de la técnica es proveer adecuada analgesia materna con mínimo bloqueo motor; la evidencia actual demuestra que las técnicas neuraxiales que preservan la movilidad materna no alteran la evolución del trabajo de parto ni el expulsivo. Los bloqueos regionales son técnicas menos recomendadas que incluyen bloqueos paracervicales y pudendos, que se realizan durante el periodo expulsivo. El nivel de recomendación de esta técnica de analgesia obstétrica es 1A.

ANALGESIA OBTÉTRICA SISTÉMICA: Es un tipo de analgesia obstétrica que puede ser realizada por vía intravenosa o intramuscular. Usualmente se emplean analgésicos opiodes; el agente más empleado es la Meperidina con la cual se obtienen mayores niveles de alivio del dolor por vía endovenosa. La principal desventaja es su metabolismo lento en el recién nacido generando riesgo de depresión respiratoria, por lo cual se requiere personal entrenado para la atención del recién nacido si se emplea este tipo de analgesia.

ANALISIS CROMOSÓMICO: Es el estudio del cariotipo con el propósito de analizar las características de los pares de cromosomas y detectar las alteraciones del mismo.

ANÁLISIS DE SUPERVIVENCIA: Es una rama de la epidemiología que analiza la mortalidad o la no mortalidad desde el punto de vista de los riesgos asociados o desde la perspectiva de la influencia de una intervención en relación con el tiempo. El análisis de la mortalidad permite ver por ejemplo, de manera gráfica la influencia de las diferentes dosis de un medicamento administrado para un tipo de cáncer. Esto permite a los investigadores hacer ajustes a la intervención.

ANAMNESIS EN PACIENTES DE GINECOLOGÍA: Conjunto de preguntas hechas a la mujer no gestante, relacionadas con su motivo de consulta, las cuales tiene por objetivo identificar la causa o las causas de su enfermedad, identificar el diagnóstico y orientar el mejor tratamiento para su trastorno.// Corresponde al interrogatorio de la historia menstrual que incluye: edad de la menarquia, duración de los ciclos, tiempo de sangrado, último sangrado menstrual, asociación con dismenorrea e intensidad, método de planificación familiar, historia obstétrica, deseo de fertilidad futura, edad de inicio de vida sexual, número de compañeros sexuales, antecedentes de enfermedades de transmisión sexual y tratamientos recibidos. (Mohler, E. Matheis, V. Complications during pregnacy. J Psychosom Obstet Gynecol. 2008; 18: 1-6)

ANAMNESIS EN PACIENTES DE OBSTETRICIA: : Conjunto de preguntas hechas a la mujer gestante, relacionadas con su motivo de consulta,

las cuales tiene por objetivo identificar el estado actual de su embarazo, o explicar un trastono presente por causales previas, y prever el desenlace de la gestación de acuerdo con el diagnóstico que se logre luego de reunir toda la información recopilada con el interrogatorio, el examen físco y las pruebas paraclínicas. // 2. Corresponde al interrogatorio de la historia obstétrica de la paciente que incluye: último sangrado menstrual, edad gestacional por amenorrea, fecha probable de parto, correlación con ecografías obstétricas especialmente tempranas, edad gestacional de inicio de controles prenatales, número de controles prenatales, alteraciones en el control prenatal, antecedente de infecciones en actual gestación, edad gestacional de presentación, tratamientos recibidos y duración, remisión de sintomatología, laboratorios de control prenatal. Adicionalmente es necesario interrogar acerca de gestaciones previas, número y tipo de gestaciones, edad gestacional de terminación, peso de recién nacidos, complicaciones o distocias durante el trabajo de parto y parto. (Mohler, E. Matheis, V. Complications during pregnacy. J Psychosom Obstet Gynecol. 2008; 18: 1-6)

ANAPLASIA: Literalmente la anaplasia significa “formar hacia atrás“ por cuanto los tejidos regresan de un alto nivel de diferenciación celular a uno de baja diferenciación. Característicamente los tejidos muestran pleomorfismo, es decir, variabilidad del tamaño y de la forma tanto de las células como de sus núcleos. Estos pueden teñirse más de lo normal, fenómeno llamado hipercromatismo. El tamaño de los núcleos es mayor del que le corresponde según el tamaño del citoplasma. Otra característica de la anaplasia es la formación de células tumorales gigantes en las que algunas exhiben un solo núcleo polimórfico y otras tienen dos núcleos. También es propio de este trastorno citológico la orientación de las células notablemente distorsionadas (Ramzi S Cotran y col. Patología estructural y funcional de Robins.Editorial McGraw-Hill, New York, 1996)

ANAPLASIA ENDOMETRIAL: Es un tumor endometrial maligno en el que predomina la anaplasia, es decir la indiferenciación celular. En este tipo de tumor las células células indiferenciadas son anaplásicas. (Ramzi S Cotran y col. Patología estructural y funcional de Robins.Editorial McGraw-Hill, New York, 1996)

ANASARCA: **1.** Es el término con el cual se conoce la acumulación masiva de líquidos en el cuerpo, que se manifiesta por edema generalizado. En general la anasarca se debe a exceso de líquidos ingresados(endovenosos), a insuficiente eliminación de los líquidos por las vías urinarias (insuficiencia renal), a falla orgánica (insuficiencia hepática, cirrosis, insuficiencia cardiaca congestiva) y a medicamentos (como el docetaxel). // **2.** Corresponde al edema generalizado que se caracteriza por una excesiva colección líquida en el espacio extravascular (intersticial). Se presenta extravasación en los lechos vascular de la porción líquida del flujo sanguíneo, afectando principalmente el abdomen (llamado ascitis) y el tórax (en forma de derrame pleural o derrame pericárdico). Esta condición se presenta como manifestación de estados patológicos como falla cardiaca derecha, cirrosis hepática, síndrome nefrótico, entre otros. De acuerdo a la posición del paciente, la acumulación del líquido puede tener diferentes localizaciones, por ejemplo, pacientes con reposo prolongado en cama presentan edema principalmente en zona dorsal sacra, área periorbitaria (edema palpebral) o miembros superiores). Usualmente se asocia con pérdida de elasticidad del tejido celular subcutáneo manifestándose como fóvea que corresponde a una zona deprimida que resulta de la presión con los dedos de la piel comprometida. (Shear, L, Ching, S, Gabuzda, GJ. Compartmentalization of ascites and edema in patients with hepatic cirrhosis. N Engl J Med 2002; 282:1391)

ANATOMIA LAPAROSCOPICA: Es la identificación de las estructuras a través de la pantalla de video laparoscopia. Un ginecólogo puede reconocer fácilmente las diferentes estructuras de la pelvis y de la cavidad abdominal normal, pero las enfermedades infecciosas, las adherencias y las enfermedades tumorales modifican el curso de los uréteres, de los vasos, de los ligamentos, etc. Es una necesidad absoluta que el laparoscopista tenga bien identificada la anatomía en todo momento durante la intervención quirúrgica. Hay informes de lesión inadvertida de uréteres y otras estructuras, y dificultades para identificar puntos de referencia anatómicos que pudieran tomar una participación importante en la disminución de estas lesiones. El uréter entra en la pelvis en el punto de bifurcación de la arteria iliaca primitiva. Desciende por la pelvis, por lo general apenas arriba de la arteria hipogástrica;

casi siempre se le puede identificar en el lado derecho del borde superior de la pelvis. En el lado izquierdo, el colon sigmoides pudiera dificultar un poco la identificación del uréter, pero se puede observar mediante una reflexión cuidadosa del colon y la selección ocasional de bandas de adherencias congénitas entre el colon y la pared pélvica lateral. Conforme se adentra en la pelvis, pasa detrás de la arteria uterina y desaparece en la "telaraña", una condensación de la aponeurosis pélvica que dificulta la observación del uréter. Conociendo su localización exacta en el borde superior de la pelvis, pueden seguirse sus contracciones peristálticas fáciles de identificar hasta la pared pélvica lateral; no obstante, su localización se torna evidente por fuera del cuello uterino. Es absolutamente crucial para cualquier ginecólogo que realice laparoscopia quirúrgica avanzada, identificar el uréter y el estar al tanto de su localización en todo momento. La identificación de otras estructuras importantes, como el colon sigmoide, el fondo de saco posterior (detrás del peritoneo) y la vejiga, también constituyen puntos claves. El laparoscopista quirúrgico no experimentado deberá colocar un dedo en el recto y otro en la vejiga, para evaluar qué tan fácil es manipular y distorsionar la anatomía.

ANDROBLASTOMA: Corresponde a un tumor de las células de Sertoli-Leydig o tumor de los cordones sexuales del ovario que se caracteriza por producción alta de andrógenos (y en menor medida estrógenos). Se presenta casi exclusivamente en forma unilateral, originado a partir del epitelio germinal inmaduro. Histológicamente se presentan diversos grados de diferenciación; la forma más común es bien diferenciada caracterizado por célula de Sertoli en disposición tubular con grupos intercalados de células similares a las intersticiales de Leydig. Generalmente afecta a mujeres entre 20 y 30 años con características clínicas de androgenización y desfeminización. El diagnóstico se realiza con historia clínica, examen físico y estudios complementarios de ultrasonografía; la confirmación diagnóstica se realiza a través del estudio histopatológico. El manejo consiste en resección quirúrgica preservando útero y ovario contralateral. El pronóstico es usualmente favorable. (Watanabe, T. Yamada, H. Ovarian Sertoli-Leydig cell tumor. J Obstet Gynaecol Res. 2008;34(3):418-21)

ANDROGENIZACIÓN: Es la masculinización del feto femenino, de la niña o de la mujer , como consecuencia de un trastorno que produzca aumento de los andrógenos circulantes (como ocurre en la hiperplasia supra-renal congénita o por un tumor corporal productor de andrógenos). En el varón se identifica la androgenización cuando se exageran las características masculinas (desarrollo precoz del pene, aumento del vello corporal, etc), por las misma s causas mencionadas atrás. // 2. Corresponde a la manifestación de signos de masculinización o virilización secundario a un incremento en los niveles circulantes de andrógenos. Los signos de masculinización en la mujer consisten en presencia de acné, seborrea, hirsutismo, alopecia que son mas comunes en relación con trastornos del ciclo menstrual y obesidad. (Piquero, J. Trastornos de la androgenización. Dermatología Venezolana. 2000; 28 (1): 21-24)

ANDRÓGENOS: Corresponde a las hormonas sexuales masculinas que incluyen la testosterona, androsterona y la androstenodiona. Los andrógenos son hormonas esteroideas derivados del ciclopentano-perhidrofenantreno, cuya función principal es estimular el desarrollo de los caracteres sexuales masculinos. Estas hormonas son producidas a nivel testicular, específicamente la testosterona, aunque la androstenodiona también puede ser producida a nivel ovárico y la dehidro-epiandrostenodiona es producida a nivel de la corteza suprarrenal en la glándula suprarrenal. En la mujer el 70% al 80% de los andrógenos son producidos en la glándula suprarrenal, mientras que en el hombre sólo el 10% de ellos se producen a este nivel. Todos los andrógenos naturales son producidos a partir de una molécula de 19 carbonos, específicamente, colesterol, que es la sustancia precursora de los estrógenos naturales u hormonas sexuales femeninas. La principal función de los andrógenos es virilizante o masculinizante, pero también cumple funciones anabólicas especialmente de las proteínas. (Rosner, W, Auchus, RJ, Azziz, R, et al. Position statement: Utility, limitations, and pitfalls in measuring testosterone: an Endocrine Society position statement. J Clin Endocrinol Metab 2007; 92:405)

ANDRÓGINO: Corresponde al término con el cual se hace referencia a las personas cuyos rasgos externos no son propios ni del sexo masculino ni del

femenino, estableciendo así un término medio. El término fue mencionado por primera vez por Platón en su obra El Banquete en la que mencionaba un ser especial que reunía en su cuerpo el sexo masculino y el femenino; según cuenta el relato, estos seres intentaron invadir el Monte Olimpo y Zeau al percatarse de esto les lanzó un rayo y quedaron divididos en dos, desde entonces se dice que tanto el hombre como la mujer siempre están buscando su otra mitad. Este mito da la explicación del origen de la homosexualidad y la heterosexualidad ya que existían andróginos compuestos o andróginos integrados por dos hombres o dos mujeres. (MacLaughlin, DT, Donahoe, PK. Sex determination and differentiation. N Engl J Med 2004; 350:367)

ANDROPAUSIA: Corresponde a la disminución de los niveles de testosterona circulante. La andropausia es conocida como el antagonista de la menopausia femenina en el hombre. Este fenómeno afecta a los hombres entre los 40 y 55 años de edad. A diferencia de las mujeres, los hombres no manifiestan signos claros del descenso progresivo en los niveles hormonales; los cambios ocurren gradualmente y se caracterizan por cambios de actitud, estado de ánimo, fatiga, pérdida de energía, pérdida del impulso sexual y agilidad física. (Rosales, E. Rojas, P. Andropausia y sexualidad. Colombia Med. 2000; 31: 16-19)

ANDROSTENODIONA: Es un precursor de andrógenos y estrógenos. Es una hormona sintetizada en las glándulas suprarrenales y principamente en las gónadas. Sirve como prohormona a la testosterona y la estrona. En la mujer este andrógeno es sintetizado principalmente por el ovario, en edad fértil; tiene una acción biológica equivalente al 10% a 20% de la testosterona y por conversión periférica se convierte en testosterona y al aromatizarse esta última, se convierte en estradiol. La síntesis de la androstenodiona se disminuye en la post-menopausia a la décima parte y su origen que era principalmente ovárico, pasa a ser suprarrenal. La androstenodiona plasmática se incrementa de manera importante en presencia de tumores virilizantes en niveles > 1000 ng/ml. La utilidad clínica de la medición de la androstenodiona plasmática es controlar el tratamiento con glucocorticoides de la hiperplasia suprarrenal congénita así como el diagnóstico diferencial de síndromes de hiperandrogenismo. Los niveles de androstenodiona plasmática se encuentran

elevados en condiciones como: síndrome de ovario poliquístico, tumores adrenales, síndrome de Cushing, hiperplasia adrenal congénita, tumores ectópicos ováricos productores de ACTH; se encuentra disminuido en insuficiencia adrenal primaria, anemia drepanocítica. (Sands R, Studd J. Exogenous androgens in postmenopausal women. Am J Med 2005; 98: 76s-79)

ANDROSTERONA: Corresponde a una hormona sexual masculina que se sintetiza a partir del colesterol y secretada en su mayor a partir de células testiculares en el hombre y en menor medida, por la glándula suprarrenal tanto en el hombre como en la mujer. Esta hormona esteroidea funciona como hormona sexual masculina y tiene efectos sobre la madurez sexual en la distribución del vello y la voz. Su hiperfunción en los niños ocasiona madurez sexual precoz; en las mujeres su hiperfunción produce masculinización o androgenización caracterizado por hirsutismo, voz ronca. (Sands R, Studd J. Exogenous androgens in postmenopausal women. Am J Med 2005; 98: 76s-79)

ANECOICO (en ecografía): Es la ausencia de ecos. Es característico de las estructuras líquidas(por ejemplo los quistes). La imagen que se presenta al observador se visualiza de color negro. (Cafici,D. Mejides, A. Sepúlveda, W. Ultrasonografía en obstetricia y diagnóstico prenatal. Principios físicos del ultrasonido. Buenos Aires, Argentina. Ediciones Journal. 2003. p 1-15)

ANEMIA DEL EMBARAZO: Corresponde a una condición fisiológica del embarazo caracterizado por una disminución de los niveles de hemoglobina con relación al estado previo al embarazo. Los cambios fisiológicos del embarazo involucran un incremento del volumen plasmático en aproximadamente un 30 a 50% y un incremento en el volumen de células rojas aproximadamente en un 33%; este incremento no equilibrado lleva a una estado de anemia dilucional fisiológica del embarazo que se encuentra más acentuado en el segundo trimestre de gestación, ya que en este periodo se produce el mayor incremento en el volumen plasmático. En términos generales se considera anemia del embarazo de acuerdo a los niveles de hemoglobina por edad gestacional: en el primero y el tercer trimestres, niveles menores de 11 g/dl y en el segundo trimestre, niveles menores de 10.5 g/dl. (Walter, N. Peeters, L. Severe cardiac disease in pregnancy: hemodynamic changes and

complaints during pregnancy. Current Opinion in Critical Care. 2005; 11: 430-434)

ANEMIA HEMOLÍTICA: Corresponde a la destrucción prematura de los eritrocitos por alteraciones en el medio en que se encuentran. Los factores relacionados en forma directa con el desarrollo de anemia hemolítica son: hiperesplenismo, alteraciones inmunológicas (anemia hemolítica por aloanticuerpos como reacciones postransfusionales agudas y enfermedad hemolítica del recién nacido; y autoanticuerpos como anemia hemolítica por anticuerpos calientes o por anticuerpos fríos), hemoglobinuria paroxística nocturna, alteraciones hepáticas, causas mecánicas (anemia hemolítica microangiopática, anemia hemolítica del ejercicio, hemólisis de origen cardíaco), tóxicos (infección, agentes químicos, venenos). (Barton, J. Sibai, B. Diagnosis and management of hemolysis, elevated liver enzymes and low platelets syndrome. Clinics in Perinatology. 2004; 31: 807-833)

ANEMIA HEMOLÍTICA DEL RECIEN NACIDO: Es la eritropenia marcada, causada por la destrucción de los glóbulos rojos del feto que son reconocidos como elementos extraños por el sistema inmune de la gestante. Las causas más frecuentes son la incompatibilidad de los glóbulos del feto que tienen en su superficie el factor Rh (Rh positivos), cuando la gestante es Rh negativa(porque sus glóbulos rojos no tienen la proteína conocida como factor Rh). En este caso las inmunoglobulinas de la madre atraviesan la placenta y destruyen los glóbulos rojos que tienen la proteína extraña para la madre. También se puede producir hemólisis por incompatibilidad ABO, cuando la madre es del grupo sanguíneo O y el feto es A, o B ó AB y la madre los reconoce como extraños.

ANEMIA HEMOLÍTICA MICROANGIOPÁTICA: Corresponde a la destrucción de los eritrocitos en forma prematura secundario a factores que alteran el medio en el cual se encuentran. Existen múltiples etiologías de las anemias hemolíticas y específicamente la anemia hemolítica microangiopática se encuentra en el grupo de las anemias hemolíticas de causa mecánica. En este tipo de anemia los eritrocitos se fragmentan por el paso a través de vasos sanguíneos pequeños con daño de la íntima y depósitos de fibrina, llevando a

alteración en la morfología de los mismos con células triangulares, equinocitos y esferocitos en el extendido de sangre periférica. Los depósitos vasculares de fibrina son secundarios a anomalías propias de los vasos como hemangiomas cavernosos, rechazo de transplante renal, hipertensión maligna, eclampsia o neoplasia diseminada.). (Barton, J. Sibai, B. Diagnosis and management of hemolysis, elevated liver enzymes and low platelets syndrome. Clinics in Perinatology. 2004; 31: 807-833)

ANENCEFALIA : 1. Trastorno congénito letal que se caracteriza por la ausencia del cerebro y gran parte del cráneo en el feto. // **2.** Corresponde a la ausencia de bóveda craneana fetal. Es la malformación más frecuente del sistema nervioso central fetal y fue la primera malformación congénita diagnosticada por ecografía. La incidencia se estima en 1 de cada 1000 nacimientos y se debe a una falla del cierre del neuroporo anterior alrededor del día 39 de edad menstrual. Ecográficamente la cara fetal se aprecia a nivel de las órbitas pero por encima de ellas no se diferencian estructuras creaneanas; lo que se observa es una masa amorfa que corresponde a tejido cerebral necrótico cubierto por una membrana. La anencefalia es el resultado de un proceso en el cual el cerebro sin protección del cráneo, queda expuesto al líquido amniótico, sufre trauma mecánico y químico y se destruye progresivamente. Por esta razón se considera que la presentación de anencefalia corresponde realmente a una secuencia de exencefalia-anencefalia. La mayoría de los casos corresponden a un modelo de herencia multifactorial y el riesgo de recurrencia en posteriores embarazos es del 5%. Es importante tener en cuenta que el diagnóstico ecográfico de anencefalia se realiza después de la semana 12 de gestación, porque hasta ese momento se produce la osificación del cráneo. El diagnóstico ecográfico se realiza con los siguientes criterios: apariencia típica del cerebro protruyendo en forma de gorra conocido como signos de Mickey Mouse, longitud céfalo-caudal menor para la edad gestacional aproximadamente dos semanas, identificación de partículas cerebrales flotando en el líquido amniótico, protrusión de los ojos fetales que dan a la cara un aspecto en rana y detección de polihidramnios secundario a dificultad para la deglución por déficit neurológico. La anencefalia es una condición letal. (Poulose, T. Tsepov, D. Familial exencephaly - anencephaly

sequence and translocation. J Obstet Gynaecol. 2007; 27(3):317-8). ***//*** **3.** Es un trastorno del tubo neural que se caracteriza por la ausencia congénita del cerebro, del cerebelo, del cráneo y del cuero cabelludo.. En estos casos los fetos carecen de los huesos parietales y apenas tiene una parte del hueso frontal y del hueso occipital. El defecto se consolida al no cerrase el tubo neural hacia las semanss 23 a 26. (Shaffer LG, Marazita ML, Bodurtha J, Newlin A, Nance WE (1990). "Evidence for a major gene in familial anencephaly". Am. J. Med. Genet. **36** (1): p.97–101)

ANESTESIA GENERAL: Es un tipo de anestesia que se caracteriza por brindar hipnosis, amnesia, analgesia, relajación muscular y abolición de reflejos. Esta alteración del estado de conciencia se realiza a través de fármacos hipnóticos administrados por vía endovenosa o inhalatoria o ambas, conocida con el nombre de anestesia multimodal. La anestesia general tiene varios objetivos: analgesia o abolición del dolor; protección del organismo a reacciones adversas causadas por el dolor como la reacción vagal para lo cual se emplean fármacos anticolinérgicos como la atropina; pérdida de la conciencia, a través de fármacos hipnóticos o inductores del sueño que evitan la angustia y producen cierto grado de amnesia; relajación muscular con el fin de reducir la resistencia de cavidades abiertas en cirugía y permitir ventilación mecánica artificial. Dentro de los fármacos empleados en anestesia general se encuentran hipnóticos como el propofol, tiopental, etomidato, ketamina (endovenosos) y halotano, isoflorano, desflurano, sevoflurano (inhalatorios); analgésicos mayores como morfina, fentanyl, meperidina, alfentanil, remifentanil; relajantes musculares como vecuronio, rocuronio, atracurio, cisatracurio. (Philip, J, Sharma, SK, Gottumukkala, VN, et al. Transient neurologic symptoms after spinal anesthesia with lidocaine in obstetric patients. Anesth Analg. 2001; 92:405)

ANESTESIA LOCAL: Corresponde a un tipo de anestesia que se caracteriza por eliminar la sensibilidad dolorosa de una porción pequeña del cuerpo, generalmente la piel. Los fármacos empleados en este tipo de anestesia se conocen con el nombre de anestésicos locales que incluyen: bupivacaína, lidocaína, levobupivacaína, mepivacaína y ropivacaína. El agente puede ser administrado en forma de inyección, aerosol o pomada. La duración

del efecto es de pocos minutos, por esta razón, este tipo de anestesia de emplea en intervenciones menores y procedimientos ambulatorios. (Philip, J, Sharma, SK, Gottumukkala, VN, et al. Transient neurologic symptoms after spinal anesthesia with lidocaine in obstetric patients. Anesth Analg. 2001; 92:405)

ANESTESIA NEUROAXIAL: Corresponde a un tipo de anestesia que se caracteriza por bloqueo del impulso doloroso a nivel de la médula espinal. Este tipo de anestesia se subdivide en anestesia epidural o peridural y anestesia intradural o intratecal. (Philip, J, Sharma, SK, Gottumukkala, VN, et al. Transient neurologic symptoms after spinal anesthesia with lidocaine in obstetric patients. Anesth Analg. 2001; 92:405)

ANESTESIA PERIDURAL: Corresponde a un tipo de anestesia también conocida como epidural, que consiste en la administración del agente anestésico en el espacio epidural sin perforar la duramadre; de esta manera se bloquean las terminaciones nerviosas a nivel de su salida de la médula espinal, por lo tanto su distribución es metamérica. La técnica se realiza con el paciente sentado o decúbito lateral y se punciona el espacio entre las dos apófisis posteriores de la vértebra. El nivel de la punción de pende de la zona que se desee anestesiar. El procedimiento se realiza de la siguiente manera: mediante anestesia local de la piel en el lugar de punción, se introduce un aguja conectada a una jeringa con poca resistencia llena de aire o de agua; se va introduciendo la aguja y se va apretando el émbolo de la jeringa, mientras se atraviesa el músculo o ligamentos se produce resistencia al apretar el émbolo; al llegar al espacio epidural, que es un espacio virtual que se encuentra por fuera de la duramadre, la resistencia de la jeringa desaparece y permite vaciar el aire o el agua; este es el signo de que se ha llegado al espacio epidural y en este punto se administra el agente anestésico. Este tipo de anestesia está indicada en intervenciones quirúrgicas en el abdomen principalmente procedimientos infraumbilicales; adicionalmente es útil para intervenciones largas o para analgesia post-operatoria ya que es posible dejar un cateter en el espacio epidural y realizar varias administraciones o infusión continua. A diferencia de la anestesia intradural, la instauración es menos rápida y los cambios hemodinámicas secundarios al bloqueo simpático se instauran de

manera más lenta. (Philip, J, Sharma, SK, Gottumukkala, VN, et al. Transient neurologic symptoms after spinal anesthesia with lidocaine in obstetric patients. Anesth Analg. 2001; 92:405)

ANESTESIA RAQUÍDEA: Corresponde a un tipo de anestesia también conocida como anestesia intratecal, intradural, espinal, raquídea o subaracnoidea que se caracteriza por al administración del agente anestésico en el espacio subaracnoideo, produciéndose mezcla del mismo con el líquido cefaloraquídeo. Este tipo de anestesia involucra la perforación de la duramadre y la aracnoides. El procedimiento se realiza introduciendo una aguja que tiene que atravezar piel, tejido celular subcutáneo, ligamentos (supraespinoso, intervertebral, amarillo), espacio epidural, duramadre y aracnoides, para finalmente llegar al espacio subaracnoideo en el cual se administra el agente anestésico que se distribuye por el líquido céfalo-raquídeo y penetra estructuras neurales (raíces y médula espinal) produciendo el bloqueo sensitivo y motor. La punción se realiza sólo a nivel lumbar, entre L2 y L3, para evitar la punción de la médula espinal que termina a nivel de L2. Las principales ventajas de este tipo de anestesia es que presenta menor latencia (tiempo de inicio de acción) y mejor predicción en la altura del bloqueo. (Philip, J, Sharma, SK, Gottumukkala, VN, et al. Transient neurologic symptoms after spinal anesthesia with lidocaine in obstetric patients. Anesth Analg. 2001; 92:405)

ANESTESIA REGIONAL: Es aquella que se coloca en un punto que bloquea el dolor en una amplia región corporal. // 2. Pérdida de la sensación en un área circunscrita del cuerpo, producida por la aplicación de un anestésico local, usualmente mediante inyección. Un ejemplo de esta técnica es la colocación de una dosis de anestesia en el canal raquídeo, mediante punción a nivel del espacio intervertebral L3-L4, con lo cual se produce total anulación de la sensibilidad desde el sitio de punción hacia abajo, lo cual favorece la cirugía de la pelvis, del periné o de los miembros inferiores, con muy poco riesgo para las pacientes.

ANEUPLODÍA: Corresponde una mutación cromosómica en la cual existe un número anormal en la carga cromosómica, presentándose adición de un cromosoma, como en el caso de las trisomías, o pérdida de un cromosoma,

como en el caso de las monosomías. Presenta una recurrencia entre el 50 y el 70% y es cuestionada como una de las causas de pérdida gestacional recurrente. (Regan, L. Recurrent miscarriage. The Lancet. 2006; 368: 601-611)

ANEXECTOMÍA: Extirpación quirúrgica de las trompas y de los ovarios. Generalmente se realiza durante una histerectomía en las pacientes añosas en quienes los ovarios ya no son funcionales.

ANEXITIS: Inflamación de las trompas y/o de los ovarios

ANEXO-HISTERECTOMÍA: Extirpación quirúrgica del útero y de los anexos, es decir de las trompas y de los ovarios (anexectomía). En la actualidad se reserva la anexectomía para las pacientes que van a histerectomía y y tienen una o más causales para extirpar uno o ambos ovarios.

ANEXOS UTERINOS: Son las trompas y ovarios. Por esta razón se llama anexitis a la inflamación de estas estructuras.

ANGIOLIPOMA: Corresponde a un tumor benigno del tejido adiposo caracterizado por una proliferación concomitante de vasos sanguíneos. (Sign, R. Bawa, A. Lipoma. Indian J Derm. 2004; 66: 177-179)

ANGIOSARCOMA DE LA MAMA: Corresponde a un tumor de la mama tipo sarcoma que representa menos del 0.05% de los tumores primarios de la mama, aunque es el sarcoma más frecuente en esta localización. Se presenta clínicamente como una masa mamaria de crecimiento rápido que en ocasiones se confunde clínicamente con un fibroadenoma. En el 12% de los casos se presenta como un aumento difuso del tejido mamario que genera una coloración azulada de la piel. La lesión es mal definida macroscópicamente; el estudio histopatológico corresponde a una lesión de límites mal definidos, con amplias zonas de hemorragia, formado por canales vasculares anastomosados, con atipia de células endoteliales, con infiltración del parénquima y del tejido adiposo. El angiosarcoma de mama se clasifica en tres grados histológicos: alto grado (áreas sólidas, papilares, necróticas y hemorrágicas con abundantes mitosis y marcado pleomorfismo celular), grado intermedio (no existen áreas de necrosis ni hemorragia con escasas zonas

sólidas y papilares; las mitosis sólo se observan en las papilas) y bajo grado (no existen áreas papilares, sólidas, necróticas ni hemorrágicas; los vasos están formados por 1 o 2 capas de células endoteliales sin mitosis), El angiosarcoma de la mama es un tumor agresivo con una mortalidad del 90% a los dos años; usualmente presenta metástasis tempranas a piel, hígado, piel, hueso y mama contralateral. El tratamiento consiste en mastectomía simple + linfadenectomía si los ganglios están aumentados de tamaño. El principal factor pronóstico es el grado histológico. (Herrera, A. Flórez, G. Angiosarcoma de la mama: informe de cinco casos. Clinical and traslational oncology. 2002; 4 (4): 1007-10)

ANGULO SUBPÚBICO: Situado por debajo de la sínfisis pubiana, está formado por las ramas oblícuas de ambos huesos pubis. Mide entre 90 y 110 grados en la mayoría de mujeres, en tanto que solo mide unos 80 grados en el hombre. Cuando es difícil palpar el vértice de este ángulo con dos dedos, probablemente haya otros cambios de estrechez, como sucede en las mujeres con pelvis androide. (Keith L Moore. Anatomía con orientación clínica. Edit Williams y Wilkins., 1986).

ANILLO DE BANDL:Ver Bandl, anillo de.

ANILLO DE RETRACCIÓN PATOLÓGICA DEL ÚTERO DURANTE EL PARTO: Ver Bandl, Anillo patológico.

ANILLO FISIOLÓGICO DE BANDL: Ver Bandl, anillo de.

ANILLO PATOLÓGICO DE BANDL: Ver Bandl, anillo patológico de.

ANIÓN GAP: Es la cuantificación del aniones no medibles presentes en el plasma, conformados por aniones orgánicos e inorgánicos y proteínas de carga negativa. La contribución de estos aniones a la electroneutralidad plasmática se calcula restando la suma de los aniones séricos de los cationes séricos. De esta forma el AG = Na^+ - (Cl^- + HCO_3^-). El anión gap varía entre 10 – 12 mEq/L. (Patiño, JF. Rodríguez, E. Gases Sanguíneos, Fisiología de la Respiración e Insuficiencia Respiratoria Aguda. Editorial Médica Panamericana. Santafé de Bogotá. Séptima edición. 2005. 183-238 / Adrogue, H. Madias, N.

Management of life-threatening acid-base disorders. The New England Journal of Medicine. 1998; 338 (1): 26-33).

ANISOTELIA: Corresponde a una patología congénita de la mama, caracterizada por la presencia de un pezón normal pero el contralateral anormalmente pequeño. (Laufer, MR, Goldstein, DP. The breast: examination and lesions. In: Pediatric and Adolescent Gynecology, 5th ed, Sydor, A (Ed), Lippincott Williams Wilkins, Philadelphia 2005. p. 729)

ANO: Orificio final del tubo digestivo. Se ubica en el triágulo perineal posterior. Está rodeado por el esfínter anal externo, que suele lesionarse durante el parto.

ANOMALIA CONGÉNITA: Ver Malformación congénita.

ANOMALÍA CONGÉNITA POR ASOCIACIÓN: Ver Malformación congénita por asociación.

ANOMALÍA CONGÉNITA POR SECUENCIA: Ver Malformación congénita por secuencia.

ANORGASMIA: Ausencia de orgasmo o incapacidad para lograrlo.

ANORMALIDADES LOCALIZADAS DE LA ACCIÓN UTERINA: Son retracciones o estrechamientos anormales del útero, que se producen por cualquier factor que trastorne la salida normal del feto, luego del esfuerzo normal que producen las contracciones del miometrio, y que normalmente solo adelgazan el segmento inferior de la matriz. Las retracciones son el resultado de un trabajo de parto prolongado como consecuencia de la obstrucción del canal del parto, por cualquier causa materna o fetal que impida el descenso normal de la presentación. Las anormalidades más frecuentes pueden ocurrir como constricciones uterinas en reloj de arena luego del nacimiento del primer gemelo o como un anillo de Bandl que anuncia una seria amenaza de ruptura uterina.

ANOVULACIÓN: Este término hace referencia a la presencia de ciclos menstruales en los que no se competa el proceso de ruptura folicular y extrusión ovocitaria. Es un trastorno con múltiples manifestaciones clínicas

como amenorrea, alteración del ciclo menstrual, hiperandrogenismo e infertilidad. Las alteraciones que llevan a la anovulación se pueden presentar a cualquier nivel del sistema hipotálamo-hipófisis-gónada. La OMS ha clasificado los trastornos de anovulación en tres grupos: 1) Tipo I caracterizada por alteraciones hipotálamo-hipofisiarias con niveles de gonadotropinas y estradiol bajos. 2) Tipo II, caracterizado por niveles de gonadotropinas y estradiol normales y 3) Tipo III caracterizado por niveles de gonadotropinas alto y estradiol bajos, en la cual se encuentra la falla ovárica prematura. Dentro de las patologías que pueden llevar a anovulación tipo I se encuentran el Síndrome de Kallman, Déficit selectivo de Gonadotropinas, Hiperprolactinemia severa, ansiedad, estrés, ejercicio excesivo, pérdida de peso, tumores hipotalámicos o hipofisiarios, metástasis, irradiación del SNC, enfermedades granulomatosas como TBC y sarcoidosis, síndrome de Sheehan, trumas craneoencefálicos. Las patologías que llevan a anovulación tipo II son el Síndrome de ovario poliquístico, hiperplasia suprarrenal congénita, enfermedades hepáticas, hiper o hipotiroidismo, sobrepeso, estrés físico o psicológico. Las patologías que llevan a anovulación tipo III son la falla ovárica prematura congénita (Síndrome de Turner, Mosaicismo, Síndrome de insensibilidad androgénica) o adquirida (remoción quirúrgica, autoinmune, radioterapia o quimioterapia, idiomática). El enfoque diagnóstico se inicia con las características clínicas de la paciente, los antecedentes personales y la confirmación con test hormonales. El manejo se realiza dependiendo de la etiología establecida y de acuerdo al deseo de la paciente. (fertilidad o anticoncepción) Las alteraciones hipotalámico-hipofisiaria, alteraciones ováricas y alteraciones endocrinas son susceptibles de inducción de la ovulación, mientras que el diagnóstico de falla ovárica establece posibilidad nula de embarazo requiriendo donación ovocitaria. (Hamilton, D. Taylor, A. ABC of subfertility. Anovulation. British Medical Journal. 2003; 41: 327-546)

ANOVULACIÓN, TIPOS DE: La OMS ha clasificado los trastornos de anovulación en tres grupos: Tipo I caracterizada por alteraciones hipotálamo-hipofisiarias con niveles de gonadotropinas y estradiol bajos. Tipo II, caracterizado por niveles de gonadotropinas y estradiol normales y Tipo III caracterizado por niveles de gonadotropinas alto y estradiol bajos, en la cual se

encuentra la falla ovárica prematura. (Hamilton, D. Taylor, A. ABC of subfertility. Anovulation. British Medical Journal. 2003; 41: 327-546)

ANOVULACIÓN, ENFERMEDADES CAUSALES: Dentro de las patologías que pueden llevar a anovulación tipo I se encuentran el Síndrome de Kallman, Déficit selectivo de Gonadotropinas, Hiperprolactinemia severa, ansiedad, estrés, ejercicio excesivo, pérdida de peso, tumores hipotalámicos o hipofisiarios, metástasis, irradiación del SNC, enfermedades granulomatosas como TBC y sarcoidosis, síndrome de Sheehan, trumas craneoencefálicos. Las patologías que llevan a anovulación tipo II son el Síndrome de ovario poliquístico, hiperplasia suprarrenal congénita, enfermedades hepáticas, hiper o hipotiroidismo, sobrepeso, estrés físico o psicológico. Las patologías que llevan a anovulación tipo III son la falla ovárica prematura congénita (Síndrome de Turner, Mosaicismo, Síndrome de insensibilidad androgénica) o adquirida (remoción quirúrgica, autoinmune, radioterapia o quimioterapia, idiomática). El enfoque diagnóstico se inicia con las características clínicas de la paciente, los antecedentes personales y la confirmación con test hormonales. El manejo se realiza dependiendo de la etiología establecida y de acuerdo al deseo de la paciente. (fertilidad o anticoncepción) Las alteraciones hipotalámico-hipofisiaria, alteraciones ováricas y alteraciones endocrinas son susceptibles de inducción de la ovulación, mientras que el diagnóstico de falla ovárica establece posibilidad nula de embarazo requiriendo donación ovocitaria. (Hamilton, D. Taylor, A. ABC of subfertility. Anovulation. British Medical Journal. 2003; 41: 327-546)

ANOVULATORIOS: Son medicamentos a base de estrógenos y progestágenos, que a dosis altas impiden la ovulación mediante la inhibición de la hormona luteinizante (LH) y de la hormona folículo estimulante (FSH) . Los anovulatorios impiden la fecundación pues no dejan madurar ni expulsar los óvulos. A dosis baja afectan desfavorablemente las condiciones endometriales que impiden la reacción acrosomal y la implantación

ANTEFLEXIÓN UTERINA: Corresponde a la flexión del cuerpo uterino hacia adelante con relación al cuello, formando un ángulo de 120°. (Alarcón, M. Anatomía Clínica del aparato genital femenino. Anatomía clínica del útero. 2005. Editorial Manual Moderno. Bogotá, Colombia. pp 213-253)

ANTEVERSIÓN UTERINA: Corresponde a la inclinación del cuerpo uterino sobre la vagina, formando un ángulo de aproximadamente 90°. (Alarcón, M. Anatomía Clínica del aparato genital femenino. Anatomía clínica del útero. 2005. Editorial Manual Moderno. Bogotá, Colombia. pp 213-253)

ANTEVERSOFLEXIÓN UTERINA: Corresponde a la inclinación del cuerpo uterino hacia adelante, en relación tanto con la vagina como con el cérvix. (Alarcón, M. Anatomía Clínica del aparato genital femenino. Anatomía clínica del útero. 2005. Editorial Manual Moderno. Bogotá, Colombia. pp 213-253)

ANTIANDRÓGENO: **1**. Sustancia farmacológica que bloquea los receptores androgénicos o que bloquea los efectos fisiológicos de los andrógenos.// **2.** Un antiandrógeno es un grupo de fármacos que ejercen una acción antagonista o supresión hormonal capaz de prevenir o inhibir los efectos biológicos de los andrógenos u hormonas sexuales masculinas en las respuestas normales de los tejidos corporales a estas hormonas. Los antiandrógenos normalmente actúan bloqueando los receptores androgénicos, compitiendo con los sitios de unión en la superficie de las células, literalmente obstruyendo la función de los andrógenos. Un ejemplo de la utilidad clínica de los antiandrógenos es la terapia farmacológica para manejo del hirsutismo que pretende bloquear el receptor de andrógenos o inhibir la 5 alfa reductasa, enzima que transforma testosterona en dihidrotestosterona, en la unidad pilosebácea; esto se logra con antiandrógenos o inhibidores específicos de esta enzima como el finasteride. En el hirsutismo hiperandrogenémico, además, se espera descender los niveles elevados de andrógenos plasmáticos. Devoto E, Aravena L. Utilidad terapéutica de los antiandrógenos. *Rev Méd Chile* 1993; 121: 1183-90 // Rajput R, et al. Ovarian hyperthecosis and response to antiandrogens: An uncommon presentation of a common disorder.J Obstet Gynaecol. 2008 Feb;28(2):249-50 // Sinónimo: Antagonista androgénico.

ANTIBIOTICOS BACTERICIDAS: Son los antibióticos cuyo mecanismo de acción consiste en la destrucción de los microorganismos bacterianos. Ejemplos de estos antibióticos son las penicilinas, cefalosporinas, aminoglucósidos, imipenems, quinolonas y vancomicina. (Isaza, CA.

Fundamentos de Farmacología en Terapéutica. Generalidades de Quimioterapia. Tercera edición. Bogotá, Colombia. Editorial Panamericana. 1993. 475-486 / DeCherney, A. Diagnóstico y tratamiento ginecoobstétricos. Quimioterapia antimicrobiana. Séptima edición. Bogotá, Colombia. Editorial Manual Moderno. 1994. 189-1009)

ANTIBIOTICOS BACTERIOSTÁTICOS: Son los antibióticos cuyo mecanismo de acción involucra la inhibición del crecimiento bacteriano (bloquean el mecanismo de reproducción de las bacterias) sin destruir el microorganismo. Dentro de ellos se encuentran el cloranfenicol, las tetraciclinas, los macrólidos, clindamicina, entre otros. (Isaza, CA. Fundamentos de Farmacología en Terapéutica. Generalidades de Quimioterapia. Tercera edición. Bogotá, Colombia. Editorial Panamericana. 1993. 475-486 / DeCherney, A. Diagnóstico y tratamiento ginecoobstétricos. Quimioterapia antimicrobiana. Séptima edición. Bogotá, Colombia. Editorial Manual Moderno. 1994. 189-1009)

ANTIBIOTICOS DE AMPLIO ESPECTRO: Son aquellos antimicrobianos activos contra varios grupos de microorganismos (bacterias, clamidias, rickettsias, micoplasmas) cubriendo un buen número de especies de los mismos. Dentro de este tipo de antibióticos se encuentran las tetraciclinas, el cloranfenicol, las cefalosporinas de tercera generación, amoxicilina, ampicilina. (Isaza, CA. Fundamentos de Farmacología en Terapéutica. Generalidades de Quimioterapia. Tercera edición. Bogotá, Colombia. Editorial Panamericana. 1993. 475-486 / DeCherney, A. Diagnóstico y tratamiento ginecoobstétricos. Quimioterapia antimicrobina. Séptima edición. Bogotá, Colombia. Editorial Manual Moderno. 1994. 189-1009)

ANTIBIOTICOS DE ESPECTRO INTERMEDIO: Son aquellos antimicrobianos activos contra un número más limitado de microorganismo que el grupo anterior. Dentro de ellos se encuentran las sufonamidas, el trimetroprim y los macrólidos. (Isaza, CA. Fundamentos de Farmacología en Terapéutica. Generalidades de Quimioterapia. Tercera edición. Bogotá, Colombia. Editorial Panamericana. 1993. 475-486 / DeCherney, A. Diagnóstico

y tratamiento ginecoobstétricos. Quimioterapia antimicrobina. Séptima edición. Bogotá, Colombia. Editorial Manual Moderno. 1994. 189-1009)

ANTIBIOTICOS DE ESPECTRO REDUCIDO: Son los antibióticos que tienen actividad antimicrobiana contra un número reducido de grupos y pocas especies de los mismos. Dentro de este grupo se encuentran las penicilinas naturales, penicilinas resistentes a penicilinasas (oxacilina, dicloxacilina), cefalosporinas de primera y segunda generación, aminoglucósidos, vancomicina y lincosamidas (clindamicina y lincomicina). (Isaza, CA. Fundamentos de Farmacología en Terapéutica. Generalidades de Quimioterapia. Tercera edición. Bogotá, Colombia. Editorial Panamericana. 1993. 475-486 / DeCherney, A. Diagnóstico y tratamiento ginecoobstétricos. Quimioterapia antimicrobina. Séptima edición. Bogotá, Colombia. Editorial Manual Moderno. 1994. 189-1009)

ANTICONCEPCIÓN POST-COITO: Es la utilización de medicamentos que impiden la fecundación, luego de haber tenido una relación sexual con riesgo de embarazo.

ANTICONCEPTIVOS: Son los medicamentos o los métodos utilizados para evitar la concepción. En este grupo se encuentran los anticonceptivos orales (a base de estrógenos y progestágenos o solo progestágenos), los progestános inyectados o implantados, los métodos de barrera (el condón y el diafragma), los medicamentos espermicidas, la interrupción de la permeabilidad tubaria (Pomeroy, Parkland, Uchida, clamp de Filshie), la vasectomía, los dispositivos intrauterinos, etc. (Hatcher R y col. Lo esencial de la tecnología anticonceptiva. Programa de información en población de John Hopkins, OMS, USAID y OPS., Baltimore, 1999)

ANTICUERPO MONOCLONAL: Es una proteína con propiedades de anticuerpo, producidas por una línea de células originadas en un solo clon. Dicho clon se produce por la fusión de una célula plasmática tumoral (generalmente células cultivadas de mieloma múltiple), con un clon de linfocitos B, descendiente de una célula madre no mezclada. Todos los anticuerpos son idénticos puesto que proceden de una sola célula madre. La utilidad de los Ac-monoclonales es muy variada: sirven para la detección de proteínas,

monitorización de medicamentos, para hacer pruebas diagnósticas con la técnica de ELISA, inmuno-histoquímica, inmuno-fluorescencia, etc. Un ejemplo de Ac.monoclonal es el Mab-170 marcado con tecnesio(Tc 99m), que se utiliza para la detección de cáncer del aparato genital femenino.(Kohler G, Milstein C. Continuous cultures of fused cells secreting antibody of predefined specificity. Nature 1975;256:495-7).

ANTICUERPOS ANTIFOSFOLIPIDOS: Corresponde a un tipo de autoanticuerpos (anticuerpos dirigidos contra sustancias propias del organismo) que reaccionan frente a sustancias sanguíneas que se encuentran unidas a fosfolìpidos. La presencia de estos anticuerpos se encuentra asociado a enfermedades autoinmunes (lupus eritematoso sistémico, artritis reumatoidea), enfermedades infecciosas (sífilis) o enfermedades neoplásicas, así como el uso de algunos fármacos. El primer anticuerpo antifosfolípido se describió en 1906 por el grupo de Wassermman, como un anticuerpo asociado a la sífilis; en 1952 se describió la asociación de estos anticuerpos con el lupus eritematoso sistémico y en 1983 se realizó la primera descripción clínica de pacientes con Síndrome de Anticuerpos Antifosfolípidos. Este último síndrome se caracteriza clínicamente por la predisposición a trombosis arterial y venosa, trombocitopenia, pérdida gestacional recurrente y niveles elevados de anticuerpos antifosfolípidos tipo anticardiolipina y anticoagulante lúpico. (Stephenson M, Kutteh W. Clin Obstet Gynecol. 2007; 50: 132-145)

ANTI-D PROFILAXIS: Corresponde a la administración de Inmunoglobulina anti-D o gamma globulina anti-Rh a las pacientes gestantes Rh (-) con esposos Rh (+) heterocitogos, que presentan el riesgo de que el feto sea Rh (+) en el 50% de los casos y la madre genere anticuerpos anti-Rh que pasan a la circulación fetal y producen destrucción de glóbulos rojos llevando a anemia fetal. Durante la gestación se realiza la evaluación del estado de isoinmunización a través del Coombs indirecto en la madre. Si el resultado es negativo indica que la paciente no está sensibilizada, es decir, no ha creado anticuerpos anti-Rh, y se administra una dosis de Inmunoglobulina anti-D entre 100 y 500 ug (promedio 300 ug) en semana 28 de gestación. Posterior al nacimiento, se realiza hemoclasificación del recién nacido, si este es Rh (-) la paciente no requiere dosis adicionales de inmunoglobulina; por el contrario, si

el recién nacido es Rh (+), se requiere una dosis adicional de imnunoglobulina en las primeras 72 horas de puerperio. (Howe, D. Michailidis, G. Intraperitoneal transfusión in severe early-onset Rh isoimmunization. Obstetrics and Gynecology. 2007; 110 (4): 880-884)

ANTIESTRÓGENOS: Corresponde a los fármacos que impiden o dificultan parte o todas las acciones de los estrógenos, actuando principalmente como inhibidores competitivos a nivel citosólico. La acción fundamental de estos fármacos es antiestrogénica y de supresión de la acción inhibitoria de la liberación de gonadotropinas hipofisiarias. Estos fármacos se han empleado para el tratamiento de la infertilidad asociada a anovulación, siendo de primera línea el uso de citrato de clomifeno, que es efectivo en aumentar las tasas de embarazo en comparación con placebo y otros fármacos, ya que el aumento de la secreción gonadotrópica incrementa la gametogénesis y esteroidogénesis en los ovarios, lo cual induce ovulación. Adicionalmente se han empleado para el tratamiento de cáncer de mama en pacientes con receptores estrógenicos positivos; en estas pacientes se emplea el Tamoxifeno que incrementa la tasa de supervivencia a 10 años. Los fármacos antiestrógenos de uso clínico actualmente son: Clomifeno, Tamoxifeno y Danazol. (Baker, V. Jaffe, R. Clinical uses of antiestrogens. Obstetrical and Gynecological Survey. 2006; 51 (1): 45-59)

ANTÍGENO CARCINOEMBRIONARIO: Es una glucoproteína fetal localizada en el polo apical de los enterocitos (células intestinales) que se puede encontrar de forma fisiológica en niveles sanguíneos de adultos sanos que oscilan entre 0 a 2.5 ug/L, sin embargo, el rango de normalidad puede variar de acuerdo al laboratorio y la técnica que se emplea. En individuos sanos existen múltiples funciones de esta proteína, siendo la función como molécula de adhesión, la más ampliamente difundida. Niveles elevados de esta proteína fetal se han relacionado con enfermedades neoplásicas como cáncer de mama, cáncer de ovario, cáncer del tracto urinario y reproductor, cáncer de colon, carcinoma broncogénico, cáncer de tiroides, cáncer de páncreas, así como enfermedades intestinales inflamatorias, pancreatitis, úlcera péptica, colecistitis, cirrosis, entre otras. Su uso clínico radica en su función como marcador tumoral principalmente para cáncer colorectal y en mujeres para

carcinoma de ovario, así mismo se ha empleado como factor pronóstico antes y después del procedimiento qx. (Garcìa, S. Tellez, F. El antígeno carcinoembrionario. Rev Invest Clin. 2005; 57 (6): 814-819)

ANTIMÜLLERIANA, HORMONA: Corresponde a una glicoproteína dimérica que inhibe el desarrollo de los conductos de Müller en el feto masculino. Su nombre proviene de su descubridor *Johannes Peter Müller* ; también se conoce con el nombre de Factor Inhibidor Mülleriano (FIM), Hormona Inhibidora Mülleriana (HIM), o Sustancia Inhbidora Mülleriana (SIM). Esta hormona es una hormona proteica estructuralmente relacionada con la Inhibina y la Activina y forma parte de la familia del Factor Transformador del Crecimiento. La Hormona Antimülleriana es secretada a nivel testicular durante la embriogénesis del feto masculino y previene el desarrollo de los conductos de Müller que en el feto femenino da origen a trompas de Falopio, útero y tercio proximal de la vagina. Esta acción se lleva a cabo durante la semana 8 de gestación y el proceso es mediado a través del fenómeno de apoptosis o muerte celular programada. En la mujer en edad reproductiva, esta hormona es expresada por las células de la granulosa y controla la formación de los folículos primarios evitando el excesivo reclutamiento folicular por FSH. En los fetos masculinos la inadecuada actividad de la hormona antimülleriana puede llevar al Sindrome de Persistencia de los conductos Müllerianos manifestado por la presencia de útero rudimentario y testículos no descendidos. (Croak, A. Gebhard, J. Congenital Anomalies of the female urogenital tract. Pelvic Medicine and Surgery. 2005; 11 (4): 165-181)

ANTIONCOGENES. Genes supresores o hemerogenes que impiden la aparición de cáncer. Sus mutaciones son recesivas a nivel celular pero su inactivación constitucional se hereda de forma autosómica dominante. También llamados genes supresores de tumores, detienen el ciclo celular en un estadio determinado, con lo cual ejercen un neto efecto antiproliferativo y además facilitan la diferenciación de las células *(*Olsen *J* - Ugeskr Laeger. Cancer-protecting genes *(*tumor-suppressor genes*)]*- 12-JUN-2006; 168(24): 2329-31*)*

ANTIPROGESTÁGENOS: Son fármacos antagonistas competitivos de la progesterona. Su principal efecto es antiprogestacional y antigestacional. La molécula con actividad antiprogestacional de mayor uso clínico es el Mifepristone; esta molécula es derivada del Noretinodrel que también posee actividad antagonista de glucocorticoides. Su administración en la fase folicular del ciclo menstrual inhibe la ovulación por bloqueo de la acción de la progesterona a nivel hipotalámico; si se administra en la segunda mitad del ciclo bloquea la acción de la progesterona sobre el endometrio proliferado desencadenando sangrado menstrual. Si se administra durante el embarazo posterior a la implantación, desarrolla actividad luteolítica, activa la contractilidad uterina y desencadena desprendimiento del saco gestacional. Adicionalmente estas sustancias bloquean los receptores de glucocorticoides y por retroalimentación negativa incrementan la secreción de ACTH que estimula la esteroidogénesis suprarrenal. El uso clínico actual de los antiprogestágenos es la inducción del aborto terapeútico o la maduración del cérvix para la inducción del trabajo de parto. (Kapp, N. Borgatta, L. Mifepristone in second trimester medical abortion. Obstetrics and Gynecology. 2007; 110 (6): 1304-1310)

ANURIA: Corresponde a la disminución en la producción de orina con niveles menores de 100 ml / día. Un adulto normal produce entre 700 y 2000 ml de orina al día. El estado de anuria se confirma por ausencia de orina en la vejiga sin deseo miccional, comprobada por cateterismo o ecografía. Esta condición indica Insuficiencia Renal Aguda, la fase terminal de una insuficiencia renal crónica o en menor frecuencia, infarto renal o necrosis cortical. Dentro de las posibles etiologías se incluyen las siguientes: Causas Pre-renales (aquellas condiciones que afectan el flujo sanguíneo o el aporte de oxígeno al parénquima renal): hipovolemia, obstrucción arteria renal, falla de bomba (insuficiencia cardiaca); Causas Renales (entidades que afectan directamente al parénquima renal): toxinas, fármacos, medios de contraste, glomerulonefritis, vasculitis; Causas Post-renales (aquellas condiciones que deterioran la función renal secundario a una obstrucción en el tracto urinario alto): litiasis ureteral, Ca cérvix, Ca próstata, Ca de vejiga, Ca de uréter, fibrosis retroperitoneal, traumatismos reno-ureterales, estenosis intrínseca del uréter. El tratamiento se

realiza de acuerdo a la condición de base. (Liangos, O, Rao, M, Balakrishnan, VS, et al. Relationship of urine output to dialysis initiation and mortality in acute renal failure. Nephron Clin Pract 2005; 99 (4): 87-92)

APERTURA DE LA PARED ANTERIOR DEL ABDOMEN (LAPAROTOMÍA): Es el conjunto de incisiones de las diferentes capas de la pared anterior del abdomen, conducentes a la exposición de una región del abdomen o de la pelvis, para realizar una intervención quirúrgica sobre uno o más órganos, sobre las superficies peritoneales o en la región retroperitoneal. Al momento de escoger el mejor abordaje, el cirujano debe tener en cuenta la versatilidad, firmeza, tiempo operatorio y riesgo de complicaciones. Tal vez el más importante para el éxito de una cirugía es la adecuada exposición. La apertura de la pared anterior del abdomen se puede realizar con incisiones verticales, transversales y algunas paramedianas que aún subsisten. // (Selman A. Incisiones transversas en oncología ginecológica. Rev Chil Obstet Ginecol 2007;72(1)50-56), (Berthet J, Peresse JF, Rosier P, Racinet C. Comparative study of Pfannenstiel's incision and transverse abdominal incision in gynecologic and obstetric surgery. Presse Med 1989;18:1431–3). (Meeks R, Trenhaile T. Management of abdominal incisions. J Pelvic Surgery 2002;8(6):295-300.)//

APERTURA DE LA PARED ANTERIOR DEL ABDOMEN (LAPAROTOMÍA) CON INCISIÓN COMPUESTA: Las incisiones compuestas son aquellas en las cuales se unen dos incisiones simples, como en el caso de la T invertida, en la cual se hace primero una incisión transversal y en el mismo acto quirúrgico o en otro cercano, se complementa con una incisión vertical. (Meeks R, Trenhaile T. Management of abdominal incisions. J Pelvic Surgery 2002;8(6):295-300.)//

APERTURA DE LA PARED ANTERIOR DEL ABDOMEN (LAPAROTOMÍA) CON INCISIÓN EN T INVERTIDA: Esta no es una técnica quirúrgica diseñada para realizar una laparotomía, sino la manera de completar una cirugía abdominal mayor que se inició como una laparotomía con incisión transversal. Es el caso de una laparotomía por abdomen agudo que se realizó con apertura de Pfannenstiel, en la cual el cirujano se ve obligado a realizar

una gran intervención en el hemi-abdomen superior, para lo cual decide ampliar la herida quirúrgica por la línea media hasta llegar al ombligo o cerca de apéndice xifoides. También pude ser el caso de una reintervención en la cual en una primera cirugía se extrajo una masa de la pelvis cuyo informe histopatológico reporta una lesión maligna que requiere una segunda laparotomía con incisión mediana. En ambos casos, la primera incisión transversa más la segunda incisión mediana, forman la letra T mayúscula invertida. // 2. Corte de la pared abdominal que inicialmente fue transversa de Pfannenstiel o de Joel-Cohen y que por necesidad intraquirúrgica o de reintervención en el postoperatorio requirió incisión mediana infraumbilical o xifopubiana que al unirse con la incisión inicial forma una letra T invertida . (Revisión Cochrane traducida). *La Biblioteca Cochrane Plus, número* 3, 2008. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com. (Traducida de *The Cochrane Library,* Issue . Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).// La incisión en T invertida hace parte de las llamadas Incisiones compuestas, que son aquellas en las cuales se unen dos incisiones simples y diferentes. (ver fig)

APERTURA DE LA PARED ANTERIOR DEL ABDOMEN (LAPAROTOMÍA) CON INCISIÓN MEDIANA: Es un corte de la pared anterior que sigue el eje de la línea media. Se corta la piel en el eje central de la pared anterior, con una dirección vertical, siguiendo el curso de la línea alba que está por debajo de la piel. Se corta el tejido celular subcutáneo y la aponeurosis en el mismo sentido y con la misma longitud de la piel, se separan a lado y lado los músculos rectos del abdomen (rectus abdominis) se divulsionan lateralmente (se separan entre sí, el uno del otro) , labor que se facilita con separadores como los de de Balfour o de Sullivan-O´connor. Por último se cortan la fascia transversalis y la aponeurosis parietal, que están aplicadas a la pared posterior de los rectos y se accede a la cavidad peritoneal. La incisión mediana tiene la ventaja de facilitar al cirujano la visibilidad de órganos que no podría explorar con otros tipos de laparotomía como la de Pfannenstiel. Otra ventaja de la incisión mediana es la oportunidad que tiene el cirujano de ampliar el corte hacia arriba o hacia abajo cuando la circunstancia lo requiera para mejorar la visibilidad o para facilitar la intervención sobre una víscera. Una

desventaja importante es la mayor visibilidad de la cicatriz con respecto a las incisiones transversales en el hipogastrio. Hasta 1900 se utilizaron exclusivamente las incisiones verticales para realizar laparotomías. El riesgo de dehiscencia o eventración y el rechazo de las pacientes desde el punto de vista cosmético, ha relegado las incisiones verticales a procedimientos en los cuales se antepone la seguridad o la vida: por ejemplo grandes exploraciones viscerales en un(a) paciente que ha sufrido un trauma abdominal con heridas viscerales por arma de fuego o trauma cerrado en un accidente explosivo, etc. En gineco-obstetricia se realizan incisiones medianas principalmente para grandes cirugías de cáncer pélvico, que requieren omentectomía, linfadenectomía, etc. La apertura de la pared anterior con incisión mediana puede ser a-infraumbilical, b-supraumbilical o c-xifopubiana. Ver estos términos. (Meeks R, Trenhaile T. Management of abdominal incisions. J Pelvic Surgery 2002;8(6):295-300.) // La elección de la incisión quirúrgica en el abdomen está determinada por el acceso necesario para la cirugía. Se ha sugerido que la utilización de una incisión transversal u oblicua, en lugar de una de la línea media, puede influir en otros parámetros, como las tasas de recuperación y complicación. Sin embargo, existe poco consenso en la bibliografía sobre si una incisión en particular confiere alguna ventaja. (Revisión Cochrane traducida). *La Biblioteca Cochrane Plus, número* 3, 2008. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com. (Traducida de *The Cochrane Library,* Issue . Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.), (Clarke, J.M. (1989): Case for midline incisions. *Lancet,* Mar 18; 1 (8638): 622.

APERTURA DE LA PARED ANTERIOR DEL ABDOMEN (LAPAROTOMÍA) CON INCISIÓN MEDIANA INFRAUMBILICAL: Es un corte de la pared anterior que sigue el eje de la línea media, en el espacio que hay entre el ombligo y el borde del pubis. Se corta la piel en el eje central de la pared anterior, con una dirección vertical, siguiendo el curso de la línea alba que está por debajo de la piel. Se corta el tejido celular subcutáneo y la aponeurosis en el mismo sentido y con la misma longitud de la piel, se separan a lado y lado los músculos rectos del abdomen (rectus abdominis) y los piramidales, se divulsionan lateralmente (se separan entre sí, el uno del otro) ,

labor que se facilita con separadores como los de de Balfour o de Sullivan-O´connor. Por último se cortan la fascia transversalis y la aponeurosis parietal, que están aplicadas a la pared posterior de los rectos y se accede a la cavidad peritoneal. La principal ventaja de esta incisión es la posibilidad de ampliar la incisión por encima del ombligo si la cirugía lo requiere, como en los casos en los cuales se realiza una laparotomía de urgencia, sin que el cirujano conozca previamente la magnitud de la lesión o cuando la corrección de la misma requiere un campo quirúrgico mucho más amplio que el planeado al inicio de la cirugía. Sin embrago, por razones estéticas y de prevención de hernias post-quirúrgicas, la mayor parte de las cirugías de la pelvis se realizan en la actualidad con incisiones transversales. (Meeks R, Trenhaile T. Management of abdominal incisions. J Pelvic Surgery 2002;8(6):295-300.)

APERTURA DE LA PARED ANTERIOR DEL ABDOMEN (LAPAROTOMÍA) CON INCISIÓN MEDIANA SUPRAUMBILICAL: Es un corte de la pared anterior que sigue el eje de la línea media, en el espacio que hay entre el ombligo y el apéndice xifoides. Se corta la piel en el eje central de la pared anterior, con una dirección vertical, siguiendo el curso de la línea alba que está por debajo de la piel. Se corta el tejido celular subcutáneo y la aponeurosis en el mismo sentido y con la misma longitud de la piel, se separan a lado y lado los músculos rectos del abdomen (rectus abdominis), se divulsionan lateralmente (se separan entre sí, el uno del otro) , labor que se facilita con separadores como los de de Balfour o de Sullivan-O´connor. Por último se cortan la fascia transversalis y la aponeurosis parietal, que están aplicadas a la pared posterior de los rectos y se accede a la cavidad peritoneal. La principal ventaja de esta incisión es la posibilidad de ampliar la incisión por debajo del ombligo si la cirugía lo requiere, como en los casos en los cuales se realiza una laparotomía de urgencia, sin que el cirujano conozca previamente la magnitud de la lesión o cuando la corrección de la misma requiere un campo quirúrgico mucho más amplio que el planeado al inicio de la cirugía. Este tipo de incisiones son muy poco utilizadas por los gineco-obstetras y son más del campo de la cirugía general (para estómago, vías biliares, etc) (Meeks R, Trenhaile T. Management of abdominal incisions. J Pelvic Surgery 2002;8(6):295-300.)

APERTURA DE LA PARED ANTERIOR DEL ABDOMEN (LAPAROTOMÍA) CON INCISIÓN PARAMEDIANA: Es aquel corte de la pared anterior que se realiza de manera vertical al lado derecho o izquierdo de la línea imaginaria que va del apéndice xifoides al pubis. Las incisiones paramedianas prácticamente han desaparecido de las técnicas modernas de laparotomía por cuanto denervan lateralmente los músculos rectos, favorecen las hernias post-operatorias, no favorecen su ampliación de manera estética e impiden los procedimientos quirúrgicos que deban improvisarse del lado contralateral. Otras incisiones paramedianas de la pared anterior desaparecidas han sido la de Battle-Jalaguier-Kammerer, Bevan, Kher, Marwedel, Mayo-Robson, Pean, etc. todas las cuales se hacían sin respetar la inervación, la irrigación o las líneas de cicatrización. // (Brennan, T.G., Jones, N.A., Guillou, P.J. (1987): Lateral paramedian incision. *British Journal of Surgery,* 74(8): 736-7), (Meeks R, Trenhaile T. Management of abdominal incisions. J Pelvic Surgery 2002;8(6):295-300.)

APERTURA DE LA PARED ANTERIOR DEL ABDOMEN (LAPAROTOMÍA) CON INCISIÓN TRANSVERSAL: Corresponde a una incisión realizada en sentido transverso. Dentro de las incisiones transversas realizadas a nivel de piel abdominal se encuentran la incisión de Pfannenstiel, incisión de Maylard, incisión de Cherney;. El tipo de incisión debe ser elegida por el cirujano de acuerdo al tipo de procedimiento a realizar, ventajas y desventajas de cada técnica y experiencia del mismo. (Selman, A. Incisiones Transversas en Ginecología. Rev Chil Obstet Ginecol. 2007; 72 (1): 50-56)// Las incisiones transversales se desarrollaron para prevenir la dehiscencia de la fascia y la herniación de la pared. Actualmente más del 90% de las laparotomías en obstetricia son transversales. Pfannenstiel popularizó este abordaje ya que satisface cabalmente los requisitos señalados. Sin embargo, su exposición del campo es limitada, por lo que la laparotomía longitudinal conserva ciertas indicaciones. Las aperturas transversales más utilizadas son la de Pfannenstiel, Maylard y Cherney. (Harald Riesle P y col. Laparotomía de Giordano-Cherney en la operación cesárea. Una alternativa en las malformaciones del sistema nervioso central fetal . Rev Chil Obstet Ginecol 2006; 71(4): 259-262).// La elección de la incisión quirúrgica en el abdomen

está determinada por el acceso necesario para la cirugía. Se ha sugerido que la utilización de una incisión transversal u oblicua, en lugar de una de la línea media, puede influir en otros parámetros, como las tasas de recuperación y complicación. Sin embargo, existe poco consenso en la bibliografía sobre si una incisión en particular confiere alguna ventaja. (Brown SR, Goodfellow PB. Incisiones transversales versus de la línea media para la cirugía abdominal (Revisión Cochrane traducida). *La Biblioteca Cochrane Plus, número* 3, 2008. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com. (Traducida de *The Cochrane Library,* Issue . Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

APERTURA DE LA PARED ANTERIOR DEL ABDOMEN (LAPAROTOMÍA) CON INCISIÓN XIFOPUBIANA: **1.** Es el corte de la pared anterior que va del apéndice xifoides,pasa por el ombligo y se prolonga hasta el pubis. La longitud depende de cada necesidad. Se realiza en grandes exploraciones cuando es más importante preservar la vida de la paciente que mantener la estética de la pared. // **2**. Es un corte de la pared anterior que sigue el eje de la línea media, en el espacio que hay entre el apéndice xifoides y el borde superior del pubis. Se corta la piel en el eje central de la pared anterior, con una dirección vertical, siguiendo el curso de la línea alba que está por debajo de la piel. Se corta el tejido celular subcutáneo y la aponeurosis en el mismo sentido y con la misma longitud de la piel, se separan a lado y lado los músculos rectos del abdomen (rectus abdominis), se divulsionan lateralmente (se separan entre sí, el uno del otro), labor que se facilita con separadores como los de de Balfour o de Sullivan-O´conor. Por último se cortan la fascia transversalis y la aponeurosis parietal, que están aplicadas a la pared posterior de los rectos y se accede a la cavidad peritoneal. La principal ventaja de esta incisión es el campo quirúrgico, que es máximo, como lo requieren las grandes exploraciones por heridas abdominales explosivas, por heridas de bala, por cáncer, etc. En ginecología oncológica se utiliza este tipo de incisión para cirugías de cáncer de origen pélvico que requieren intervenciones mayores sobre el origen del epiplón mayor, los ganglios para-aórticos, etc. (Meeks R, Trenhaile T. Management of abdominal incisions. J Pelvic Surgery 2002;8(6):295-300.) // **2.** Corresponde a un tipo de incisión realizada en piel del

abdomen para tener acceso a la cavidad peritoneal. Este tipo de laparotomía consiste en una incisión vertical que se extiende desde el apéndice xifoides hasta la sínfisis púbica, pasando por el lado izquierdo del ombligo, sin atravesarlo. Permite un campo quirúrgico amplio para el abordaje de diferentes patologías quirúrgicas en tracto gastrointestinal, biliar, renal o en cirugía vascular; también es empleada comúnmente para el abordaje quirúrgico en casos de patología neoplásica maligna. (LaHoz, H. Lòpez, F. Diseccion aorta abdominal infrarrenal. Angiología. 2003; 55 (4): 339-345)// (Mariani A, Webb MJ, Galli L, Podratz KC. Potential therapeutic role of para-aortic lymphadenectomy in node-positive endometrial cancer. Gynecol Oncol 2000;76(3):348-56).

APERTURA DE LA PARED ANTERIOR DEL ABDOMEN (LAPAROTOMÍA) CON INCISIÓN DE KOCHER: Es una laparotomía en la cual el corte de la piel y de los tejidos subyacentes, de unos 8 a 12 cm se hace de manera paralela al borde inferior de la última costilla derecha. Casi la única utilidad de este abordaje es la aproximación a la vesícula biliar y a las vías biliares.(Kocher, T. Textbook of operative surgery, 2nd ed. Black London, England: (1903).

APERTURA DE LA PARED ANTERIOR DEL ABDOMEN (LAPAROTOMÍA) CON LA TÉCNICA DE CHERNEY: Esta incisión fue descrita por el cirujano Leonid Cherney en 1943, como una modificación de la incisión de Bardenheuer, para grandes intervenciones de la pelvis. Es una variante de la apertura de Pfannenstiel. Una vez hecha la incisión de la piel, tejido graso y aponeurosis con la incisión de Pfannenstiel, o con la incisión recta de Joel-Cohen, se desinsertan los músculos rectos del abdomen(rectus abdominis) de su origen en la sínfisis pubiana y cresta púbica(Anatomía de Moore, Edit Panamericana, Bogotá,1986, pp-173-176), con el propósito de ampliar el campo quirúrgico para mejorar la visibilidad y facilitar los procedimientos. Una apertura de Cherney puede ser planeada como tal desde el inicio, o puede ser la resultante de una apertura de Pfannenstiel que se modificó durante la cirugía, al momento de decidir el plan de manejo con los músculos rectos. // (Cherney LS. New transverse low incisión. California &West.Med 59.215-218,

1943) // (Burch. John . Clinical evaluation of Cherney´s incisión. Ann Surgery, 1948, May, 127(5): 830-835).

APERTURA DE LA PARED ANTERIOR DEL ABDOMEN (LAPAROTOMÍA) CON LA TÉCNICA DE GIBSON: Corresponde a la técnica de incisión quirúrgica transversal para la aproximación al uréter medio y distal. Esta incisión tiene utilidad también cuando se requiere el acceso quirúrgico para el trasplante renal. Consiste en una incisión curva que comienza por debajo de la caja torácica, pasa a 2 cm de la espina iliaca antero-superior, llega hasta la sínfisis púbica; posteriormente se realiza separación de los músculos de la pared abdominal y disección del espacio pre-peritoneal hasta la exposición de los vasos iliacos y la vejiga. Posteriormente los vasos del riñón donante son anastomosados a los vasos iliacos en forma termino-lateral con sutura vascular no absorbible, 5/0 o 6/0. (Jhonston, T. Renal Transplantation. Transplant Proc. 2008; 30(5): 2039-42).

APERTURA DE LA PARED ANTERIOR DEL ABDOMEN (LAPAROTOMÍA) CON LA TÉCNICA DE GIORDANO: Es la técnica descrita por el cirujano David Giordano en el año 1896 para realizar la lapatomía, de la misma forma como la publicó Leonid Cherney medio siglo más tarde en 1943. Por razones desconocidas, probablemente asociadas a la utilización de los medios de comunicación, se conoce con el nombre de apertura de Cherney y no de Giordano. Algunas publicaciones combinan los dos nombres: "laparotomía de Giordano-Cherney". (Harald Riesle P y col. Laparotomía de Giordano-Cherney en la operación cesárea. Una alternativa en las malformaciones del sistema nervioso central fetal . (Rev Chil Obstet Ginecol 2006; 71(4): 259-262).

APERTURA DE LA CARA LUMBO-COSTAL DE LA PARED ABDOMINAL (LAPAROTOMÍA) CON LA TÉCNICA DE ISRAEL: Corresponde a la incisión conocida como lumbotomía posterior; consiste en una incisión oblicua descendente, desde el ángulo lumbo-costal, hasta cerca de la espina iliaca póstero-superior, sin llegar a ella. Permite acceso quirúrgico para intervenciones a nivel renal, cápsula suprarrenal y cara posterior del hígado. (Jhonston, T. Renal Transplantation. Transplant Proc. 2008; 30(5): 2039-42)

APERTURA DE LA PARED ANTERIOR DEL ABDOMEN (LAPAROTOMÍA) CON LA TÉCNICA DE MAYLARD: Es una variante de la apertura de Pfannenstiel, de la cual no difiere hasta llegar a nivel de los músculos rectos, los cuales corta transversalmente en vez de rechazarlos lateralmente. El corte se hace siguiendo el eje de la incisión en la piel, generalmente en la mitad de la parte expuesta de los rectos en el campo operatorio, con el propósito de mejorar la visibilidad y facilitar los procedimientos. El sitio de corte transversal de la piel no varía, razón por la cual una incisión que empezó como Pfannenstiel tomará el nombre de Maylard luego de cortar los rectos transversalmente. Esta incisión se realiza de urgencia cuando la paciente tiene los rectos muy contraídos e impide el cómodo procedimiento quirúrgico; es una buena opción en vez de hacer un corte mediano de la pared con el cual se formaría una T invertida. La incisión de Maylard se puede planear antes de empezar la cirugía cuando el cirujano necesita un campo quirúrgico grande pero prefiere un corte de la pared anterior más estético que el mediano. (Maylard A.E. Direction of abdominal incision. Brit Med J 1907;2:895–901). // (Helmkamp BF, Krebs HB. The Maylard incision in gynecologic surgery. Am J Obstet Gynecol 1990; 163(5 Pt 1):1554-7. 13. Patsner B, Sedlacek TV).

APERTURA DE LA PARED ANTERIOR DEL ABDOMEN (LAPAROTOMÍA) CON LA TÉCNICA DE MORLEY: Es una apertura que sigue exactamente los pasos de la cirugía de Maylard, excepto que el corte de la piel es más amplio, de manera tal que une las dos espinas iliacas anteriores.(Ayers, J.W., Morley, G.W. (1987): Surgical incision for caesarean section. *Obstetrics Gynaecology,* 70(5): 706-8.), Lellé RJ, Heidenreich W, Lück HJ, Schneider J. Morley inter-iliac transverse incision in gynecologic operations. Geburtshilfe Frauenheilkd. 1995 Dec;55(12):695-8

APERTURA DE LA PARED ANTERIOR DEL ABDOMEN (LAPAROTOMÍA) CON LA TÉCNICA DE PFANNENSTIEL: **1.** Esta forma de incisión fue diseñada por el ginecólogo alemán Hans Hermann Johannes Pfannenstiel (1862-1909), a finales del siglo XIX. // **2.** El corte transversal de la piel que diseñó Pfannenstiel, arqueado y de concavidad inferior era aproximadamente a cinco centímetros por encima del borde pubiano. En la

actualidad esta distancia se hace menor a juicio del cirujano. El corte del tejido celular subcutáneo y el corte de la aponeurosis sigue el mismo eje y la misma longitud del incisión de la piel. Los músculos rectos del abdomen (rectus abdominis) se divulsionan lateralmente (se separan entre sí, el uno del otro) , labor que se facilita con separadores como los de de Balfour o de Sullivan-O´conor. Por último se cortan la fascia transversalis y la aponeurosis parietal, que están aplicadas a la pared posterior de los rectos y se accede a la cavidad peritoneal. Esta incisión brinda suficiente espacio para realizar cirugías pequeñas o grandes de la pelvis, por lo cual es preferida por los gineco-obstetras para realizar la cesárea, la histerectomía abdominal, la cistopexia y las demás intervenciones de las trompas y ovarios. Es muy bien recibida por las pacientes dada la facilidad de ocultar la cicatriz de la laparotomía con la ropa interior. No es adecuada para grandes exploraciones abdominales en las cuales se requiere la exploración o la intervención sobre el colon, el estómago, el hígado o los demás órganos ubicados en el epigastrio o los hipocondrios. Muchas cirugías ginecológicas y obstétricas que antes se hacían de manera exclusiva por incisión mediana, hoy se hacen con apertura de Pfannenstiel. // **3**. De la apertura de Pfannenstiel se derivaron las de Joel-Cohen, Maylard, Morley, Cherney y de Ochsner. Ver estos términos. (Pfannenstiel J. On the advantages of a transverse cut of the fascia above the symphysis for gynecological laparotomies, and advice on surgical methods and indications. Samml Klin Votr Gynäkol 1897;68:98).// Sinónimo: Apertura de Küstner.

APGAR, PUNTUACIÓN: Corresponde a la puntuación que se otorga en el primer examen del recién nacido al minuto y a los cinco minutos de nacido, con el fin de establecer la condición del recién nacido y definir la necesidad de inicio inmediato de maniobras de reanimación. Esta prueba fue desarrollada en 1952 por la médica anestesióloga Virginia Apgar, a quien debe su nombre. Los factores que se tienen en cuenta para la definición del puntaje son: 1) Frecuencia cardiaca, 2) Esfuerzo respiratorio, 3) Tono muscular, 4) Respuesta refleja y 5) Color; serán observados y se les dará 0, 1 y 2 puntos. Los puntos serán sumados para dar la “puntuación del bebé” de Apgar.Cada factor tiene un puntaje entre 0 y 2 que es sumatorio. El puntaje normal se encuentra entre 8 y 10; puntajes menores establecen algún tipo de maladaptación neonatal y de

acuerdo al factor alterado se debe definir el inicio de maniobras de reanimación. (Niermeyer, S, Kattwinkel, J, Van Reempts, P, et al. International Guidelines for Neonatal Resuscitation 2006; 106:E29)

APGAR VIRGINIA: Virginia nació en Westfield, New Jersey, el 7 de junio de 1909, Se graduó en Mt. Holoyoke College, South Hadley, Massachusetts en 1929, en zoología y en artes. Estudió la carrera de Medicina en la Universidad de Columbia, en New York donde se graduó en 1933. Luego estudió un año el programa de anestesia para enfermeras en la Universidad de Winsconsin y en el Hospital de Bellevue de Nueva York, puesto que ese era un trabajo ejercido por enfermeras anestesistas y algunas médicas. Regresó al Hospital presbiteriano de la Universidad de Columbia como jefe de la Unidad de Anestesia en 1938. Aunque abrió un servicio para entrenamiento de los médicos, tuvo poca acogida pues la anestesia seguía siendo un oficio para enfermeras. En los años 40 regresaron muchos médicos de la guerra interesados en la anestesia y esta labor se reforzó por el ingreso masivo de mujeres y hombres médicos que empezaron a ejercer esta profesión. Virginia Apagar dedicó mucho tiempo a la anestesia obstétrica, con el propósito de estudiar y atenuar los efectos de la anestesia en el recién nacido. Virginia hizo los trámites para convertir la Unidad de Anestesia en Departamento de Anestesiología, lo cual logró en 1949, aunque fue nombrado jefe un médico con mayor experiencia en investigación. Sin embargo obtuvo el cargo de profesora de este Departamento. Apgar se cambió a una nueva fase durante la época en Columbia:La Anestesia Obstétrica. Esta era un área muy descuidada. Virginia Apgar entró en la Anestesia Obstétrica en el momento en que la mortalidad materna en los Estados Unidos era muy alta. Ingresó al Columbia´s Sloane Hospital for Women, donde se dedicó por 10 años a la evaluación del recién nacido en el período inmediatamente después del nacimiento. En el año 1952 ideó la escala de calificación que lleva su nombre, con el propósito de evaluar los signos vitales del recién nacido al minutos y a los cinco minutos de nacido. Al final de la década de los años 50´s había aplicado su evaluación a unos 17.000 recién nacidos a los que había asistido. En la siguiente periodo de su vida (1958) se dedicó a la investigación de las malformaciones congénitas en la Escuela de salud Pública de John Hopkins, cuyas investigaciones y

disertaciones le valieron el título de profesora de la Escuela de pediatría de la Universidad de Cornell entre 1971 y 1974. Combinaba su actividad profesional con los recitales de violín que había aprendido a tocar desde su infancia. Ella misma construía los violines y cellos con los que tocaba. Escribió cerca de 60 artículos científicos y un libro titulado ” Is my baby all right?”, dedicado a las madres para orientar los cuidados de los recién nacidos. Recibió el doctorado honoris causa de la Universidad de Pensilvania(1954), el Elizabeth Blackwell Award de la Asociación de las Mujeres Médicas Americanas (1966), el Premio de Servicio Distinguido de la Sociedad Americana de Anestesiólogos (1966), la Medalla del Oro de los Alumnos por el Logro Distinguido de la Universidad de Médicos y Cirujanos de la Universidad de Columbia (1973), y el Ralph W. Premio de la Sociedad americana de Anestesiólogos (1973). En 1973 ella fue elegida también Mujer del Año en la Ciencia. Falleció en Agosto de 1974 , a los 65 años de edad, de una afección hepática. Veinte años después , con motivo de los 20 años de su muerte, en octubre de 1994, se imprimió una estampilla en honor a la Dra. Apgar, en el congreso anual de la American Academy of Pediatrics en Dallas, Texas.(1- Harrison Calmes S. Virginia Apgar: a woman physician´s career in a developing speciality. Journal of the American Medical Women´s Association. 1984;39:184-188.// 2- Casey BM., McIntire DD, Leveno KJ. The continuing value of the Apgar Score for the assessment of newborn infants. N EJM 2001; 344:467-471// 3- Papile L. The Apgar Score in the 21st Century. NEJM 2001;344:519-520

APLASIA UTERINA: Corresponde a la ausencia congénita de útero también conocido como Síndrome de Rokitansky-Kuster-Hauser. Esta patología se presenta como consecuencia de la ausencia de desarrollo de los conductos de Müller en el periodo embrionario (semana 8 de gestación). Este síndrome se caracteriza por la ausencia congénita de vagina con grados variables de desarrollo uterino que incluye útero unicorne, ausencia de cérvix o ausencia de cualquier estructura uterina. La incidencia de la aplasia uterina se encuentra en el orden de 1 por cada 5000 a 10000 recién nacidos vivos. Hasta en el 50% de los casos se presentan asociación con anomalías del tracto urinario, principalmente agenesia renal. Clínicamente las pacientes presentan amenorrea primaria con caracteres sexuales desarrollados ya que en la

mayoría de los casos la función ovárica es normal. El tratamiento está encaminado en mejorar la función sexual de la paciente ya que la función reproductiva es nula; las técnicas descritas incluyen el uso de dilatadores vaginales o la creación quirúrgica de neovagina. (Croak, A. Gebhard, J. Congenital Anomalies of the female urogenital tract. Pelvic Medicine and Surgery. 2005; 11 (4): 165-181)

APLASIA VAGINAL: Corresponde a la ausencia total o completa congénita de la vagina. Esta condición se conoce con el nombre de Sindrome de Rokitansky-Kuster-Hauser o aplasia mülleriana. La aplasia o agenesia de vagina resulta de una agenesia o hipoplasia de los conductos de Müller, aunque la etiología específica de esta condición no se ha establecido por completo. La incidencia de esta patología es de 1 en 5000 recién nacidos vivos. La aplasia de vagina usualmente se acompaña de agenesia cervical y uterina, sin embargo, en el 7 al 10% de los casos se puede presentar con útero de tamaño normal pero sin cavidad endometrial o un útero rudimentario con endometrio funcional, mientras que el 25% de las pacientes tiene remanentes müllerianos cavitados. En el 89% de los casos las pacientes tienen ovarios normales con caracteres sexuales secundarios presentes; sin embargo, en el 10% las pacientes presentan ovarios extra-pélvicos y en el 6% tienen ovarios hipoplásicos unilaterales. En el 25 al 50% de los casos se presentan anomalías urológicas asociadas como agenesia renal y en el 10 al 15% se asocian con anomalías esqueléticas. La manifestación clínica principal es amenorrea primaria con caracteres sexuales secundarios normales; si la paciente presenta útero rudimentario con cavidad endometrial manifiesta dolor pélvico cíclico correspondiente secundario a hematómetra. El tratamiento incluye el uso de dilatadores vaginales o la creación quirúrgica de neovagina usando segmentos intestinales, colgajos fascio-cutáneos o musculares. (Croak, A. Gebhard, J. Congenital Anomalies of the female urogenital tract. Pelvic Medicine and Surgery. 2005; 11 (4): 165-181)

APLICADOR DE SYED-NEBLETT: Dispositivo diseñado en la Universidad de Temple en Filadelfia, para aplicación de braquiterapia para cáncer de cuello uterino, que suministra de 6500 cGy al tumor y 7000 cGy a los parametrios y paracolpos.

APOPLEJÍA UTERINA: Corresponde al proceso hemorrágico de la musculatura uterina que se presenta en condiciones patológicas como el desprendimiento de placenta severa. La sangre extravasada infiltra y discurre entre las fibras musculares y por debajo de la serosa uterina de tal forma que el útero no se contrae de manera adecuada. A esta condición también se le conoce con el nombre de Útero de Couvelaire. Como consecuencia se produce complicación hemorrágica que puede generar inestabilidad hemodinámica y requerir histerectomía para controlar el sangrado. (Oyelese, Y, Ananth, CV. Placental abruption. Obstet Gynecol 2006; 108:1005)

AQUAPENDENTE,FABRICIO: Hieronymus Fabricius (Gerónimo Fabricio) es el nombre latino del anatomista italiano Girolamo Fabrizi d'Acquapendente (1537 - 1619).Fue alumno de Gabrielle Fallopio y profesor de *William Harvey.(* Antonello, A; Bonfante, L; Bordin, V; Calò, L (1997), "The bursa *of* Hieronymus Fabrici d'Acquapendente*:* past and present of an anatomical structure*.*", Am. J. Nephrol. **17**(3-4): 248-51).

ÁRBOL DE DECISIONES: Es una técnica que permite analizar decisiones secuenciales basada en el uso de resultados y probabilidades asociadas. Esta herramiento proporciona una forma para desplegar visualmente un problema y luego organizar el trabajo de cálculos que debe realizarse. Los árboles de decisión se usan para facilitar la interpretación de la decisión adoptada, resumir los ejemplos de partida permitiendo la clasificación de nuevos casos, proporcionar un alto grado de comprensión del conocimiento utilizado en la toma de decisiones, explicar el comportamiento con respecto a una determinada tarea de decisión, reducir el número de variables independientes. Los árboles de decisión se emplean en cualquier proceso que implique la toma de decisiones, por ejemplo, búsqueda binaria, sistemas expertos y árboles de juego. (Quintero, M. Amézquita, E. Herramienta para la toma de decisiones. Probababilistic Modeling Process. 2004)

ÁREA DE GRÄFENBERG: Es una pequeña zona erógena ubicada en la cara anterior de la vagina, a nivel de la unión uretrovesical. // El primer investigador en resaltar la importancia de esta zona fue el ginecólogo y obstetra alemán Ernst Gräfenberg. Se llama punto o zona de Gräfenberg desde que los sexólogos Perry y Whiple lo bautizaron con este nombre en el Foro

Internacional de Relaciones Humanas en 1981. En el año 1944 el Dr. Gräfenberg, en colaboración con el Dr. Robert L. Dickinson, considerado como el primer sexólogo norteamericano, describieron “una zona de sensación erótica que está ubicada a lo largo de la superficie suburetral de la pared anterior de la vagina,a medio camino entre la parte posterior del hueso pubis y la cara anterior del cuello del útero,donde la vejiga se une a la uretra”. Seis años más tarde escribiría Gräfenberg: ”durante el estímulo sexual la uretra femenina empieza a dilatarse y puede percibirse fácilmente”. Hallazgo similar hizo el médico israelita Zwi Hog quien afirmaba en 1980 “la excitación percibida en la pared anterior de la vagina es diferente a la del clítoris,aunque en algunas mujeres el estímulo de aquella zona puede ser más eficaz”. La Dra Alice Ladas, escribe que esta zona es óptimamente estimulada digitalmente por el compañero sexual cuando la mujer toma la posición genupectoral o la posición de cuadrúpedo durante el coito. Los Drs. Masters y Johnson hacen alusión a esta región de la vagina que se expande en la fase excitatoria y se congestiona durante la fase orgásmica como consecuencia de la intensa vasodilatación que compromete el tercio inferior de ambas caras de la vagina (plataforma orgásmica) cerrando su luz en un 50%. // Sinónimos: Area G, Punto G, Punto de Gräfenberg, zona de Gräfenberg.

ARÉOLA MAMARIA: Aréola(areola mammae): Area pequeña. Diminutivo del latín area.

ARGONZ DEL CASTILLO, SÍNDROME: Es el síndrome que se caracteriza por la presencia de amenorrea y galactorrea, sin antecedente de embarazo. Esta condición usualmente es secundaria a la presencia de adenoma hipofisiario, sin embargo la causa exacta del proceso patológico es aún desconocido. Se considera que este síndrome es un estado de hiperprolactinemia que es funcional en el 90% de los casos y tumoral en el 10% restante. Clínicamente se caracteriza por la presencia de galactorrea que en ocasiones es persistente y abundante; generalmente es blanca o de un color claro, pero puede ser amarilla o en ocasiones, verde. La cantidad de secreción no es un criterio diagnóstico y puede ser unilateral o bilateral. El estudio debe incluir una historia clínica completa, examen físico y estudios imagenológicos complementarios como TAC cerebral o RNM. El tratamiento se realiza de acuerdo a la condición

de base, pero usualmente se encuentra encaminado al manejo de la hiperprolactinemia con fármacos como Bromocriptina o Cabergoline. Este síndrome fue descrito en 1941 por Angoz y Del Castillo. (Santen, RJ, Mansel, R. Benign breast disorders. N Engl J Med

ARIAS STELLA, JAVIER: (Lima, agosto de 1924--) Médico patólogo peruano, quien además fue dos veces Ministro de Salud y una vez ministro de Relaciones exteriores. Estudió medicina y patología en la Universidad Nacional de San Marcos en Lima; presentó el Board de patología en los E.U. y en Inglaterra. Su aporte más conocido es la descripción del fenómeno de Arias-Stella, que consiste en una serie de cambios celulares en el endometrio que se encuentran de manera sobresaliente en el embarazo ectópico (aunque a veces también durante el ciclo menstrual normal). (Arias-Stella J. Gestational Endometrium (Chapter) en "Pathology Physiology of the Uterus. International Academy of Pathology". The Williams and Wilkins Co. 1973)

ARIAS STELLA: Ver Reacción de Arias Stella

ARTEFACTO DE IMAGEN EN ESPEJO: Es un tipo de artefacto presentado en ultrasonografía en el cual el haz de ultrasonido que retorna es desplazado del trayecto hacia el transductor. En su nuevo camino, el sonido reflejado encuentra una nueva interfase, retorna al objeto original y posteriormente vuelve nuevamente al transductor. El equipo recibirá un eco y lo representará en la pantalla en la dirección en que se encontraba el transductor, pero a una distancia mayor de acuerdo al tiempo transcurrido en el fenómeno. (Filly, R. Crane, J. Routine obstetrics sonography. J Ultrasound Med. 2002; 21: 713 – 718

ARTEFACTO DE REFUERZO ACÚSTICO(en ecografía): Es un tipo de artefacto presentado en ultrasonografía que consiste en que los ecos que retornan de estructuras situadas en posición más profunda que una formación con muy escasa atenuación y reflexión como los líquidos, tienen mayor intensidad que la esperada en su ausencia. (Filly, R. Crane, J. Routine obstetrics sonography. J Ultrasound Med. 2002; 21: 713 – 718

ARTEFACTO DE SOMBRA ACÚSTICA(en ecografía): Es un tipo de artefacto presentado en ultrasonografía que corresponde a la ausencia o

marcada atenuación de ecos por debajo de determinadas estructuras. Puede ser generado por reflexión y absorción en superficies altamente reflectante o con un elevado coeficiente de absorción, de tal forma que la energía es totalmente reflejada o aborbida y no existe transmisión de sonido por detrás de la estructura evaluada. Se observa una sombra o una imagen libre de ecos. Este tipo de artefacto también puede producirse por refracción cuando el haz de ultrasonido atraviesa una interfase curva u oblicua, por ejemplo el borde de la calota fetal; el fenómeno que se genera es una desfocalización del haz de sonido oblicuo a la interfase. (Filly, R. Crane, J. Routine obstetrics sonography. J Ultrasound Med. 2002; 21: 713 – 718

ARTEFACTO EN COLA DE COMETA(en ecografía): Es un tipo de artefacto presentado en ultrasonografía que corresponde a la generación de reflexiones múltiples de un mismo haz de ultrasonido por la presencia de una superficie fuertemente reflectante. El sonido avanza y retorna varias veces dentro de la misma estructura, enviando ecos de retorno al transductor. En la imagen aparece una línea delgada de ecos en localización más profunda que la estructura evaluada. Se observa de manera característica ante la presencia del Dispositivo Intrauterino. (Filly, R. Crane, J. Routine obstetrics sonography. J Ultrasound Med. 2002; 21: 713 – 718

ARTEFACTOS(en ecografía): Corresponde a la presencia de señales artificiales que no corresponden a la presencia real de un tejido reflectante en el cuerpo. Los artefactos más comúnmente encontrados en ultrasonografía son: reverberación, en cola de cometa, imagen en espejo, sombra acústica y refuerzo acústico. (Filly, R. Crane, J. Routine obstetrics sonography. J Ultrasound Med. 2002; 21: 713 – 718)

ARTERIA EPIGÁSTRICA INFERIOR: 1. rama de la iliaca externa. Discurre por la cara posterior del músculo recto anterior, por lo cual se puede lesionar cuando se hace una apertura de Maylard en la pared anterior del abdomen // **2**. Corresponde a una rama medial de la arteria iliaca externa, que nace posterior y superior al ligamento inguinal. Desde este punto se dirige inicialmente en sentido medial, posteriormente se curva asciende en sentido oblicuo, superior y medial hacia el ombligo. En este trayecto se acerca al músculo recto anterior

del abdomen, cruza el borde lateral y penetra poco después bajo la línea arqueada. A partir de la línea arqueada, penetra en la vaina del músculo y discurre en posición posterior, hasta el ombligo. La arteria epigástrica inferior proporciona principalmente tres ramas colaterales: arteria crematérica, obturatriz y púbica; otras ramas se dirigen a los tegumentos y se unen, en el tejido celular subcutáneo, con ramas terminales de la arteria epigástrica superficial, de las arterias lumbares y de la arteria torácica interna. (Whiteside, JL, Barber, MD, Walters, MD, Falcone, T. Anatomy of ilioinguinal and iliohypogastric nerves in relation to trocar placement and low transverse incisions. Am J Obstet Gynecol 2003; 189:1574)

ARTERIA EPIGÁSTRICA SUPERIOR: Corresponde a una rama de la arteria torácica interna que emerge por detrás del séptimo cartílago costal. En el 75% de los casos se presenta como tronco único y en el 25% restante se presenta en forma bifurcada, constituyendo dos ramos: uno lateral y otro medial. Cuando emerge como tronco único presenta un trayecto descendente, inicialmente próximo a la línea media y luego alejándose de esta en dirección al margen lateral del músculo recto; en los casos de bifurcación estos ramos se alejan uno del otro, volviendo a converger próximos al ombligo. La arteria epigástrica superior penetra en la pared anterior del abdomen, por detrás del músculo recto, dentro de su vaina, con un trayecto descendente de lateral a medial, dando irrigación a estos músculos y la piel subyacente. (Amauri, C. Ferreira, L. Emergency and Trajectory of the Superior Epigastric Arteries. Int J Morphol. 2006; 24 (1): 25-30)

ARTERIA HIPOGÁSTRICA,LIGADURA: Es la colocación de un punto de sutura que supende la circulación en este vaso, para interrumpir la perfusión uterina por esta vía, en los casos en los cuales hay hemorragia uterina que no cede al tratamiento convencional(atonía uterina post parto, hemorragia genital en pacientes con cáncer avanzado, etc). (Mora D.I. y col. Ligadura de las arterias hipogástricas en las hemorragias tocoginecológicas. Rev Cubana Obstet Ginecol 2006;32(1)

ARTERIA OVÁRICA: rama de la arteria aorta, que emerge por debajo de la arteria renal. Cada arteria ovárica perfunde la gónada ipsilateral.

ARTERIA UTERINA: Rama de la arteria iliaca externa. Se introduce en el útero a nivel del istmo, por entre el parametrio de cada lado.

ARTERIA VAGINAL: rama de la hipogástrica. Perfunde la pared vaginal.

ASA DE RADIOCIRUGÍA: Alambre en forma de asa que se coloca a una fuente de energía que emite un fluido eléctrico con la misma frecuencia de las ondas de radio, por lo cual toma este nombre. Con el asa de radiocirugía se pueden extirpar masas, tomar biopsias, hacer conos en el cuello, etc. El nombre de radiocirugía hace pensar de manera equivocada, que se utilizan ondas de radio. La frecuencia de las ondas eléctricas se produce en rangos de 2 a 4 megahertz (2-4 MHz) modificables a necesidad del médico y que fluctúan de manera similar a la frecuencia sonora de las bandas AM y FM de las emisoras de radio(de ahí el nombre equívoco de radiocirugía). (Trujillo A.I. y col. ¿Radiocirugía o criocirugía en condiloma acuminado de localización anal?. Dermatol. peru., abr./jun. 2008, vol.18, no.2, p.98-105.).

ASA DIATÈRMICA: Corresponde a una parte del equipo de electrocirugía empleado para conizaciòn, procedimiento conocido con el nombre de Conizaciòn con Asa Diatèrmica por sus siglas en inglés LEEP. Es un procedimiento que se emplea para el diagnóstico y manejo de lesiones intraepiteliales del cérvix, a través del uso de un generar de corriente de alta frecuencia que permite eliminar con gran precisión el área afectada. Por su alta precisión y el diámetro reducido del asa empleada, el daño ocasionado a los tejidos circundantes al área afectada, es mínimo. De manera simultánea a la excisión, los vasos sanguíneos son coagulados, lo cual disminuye el sangrado de manera importante. El asa diatérmica está diseñada con material de tungsteno de 0.25 mm de grosor, en forma de T, lo cual asegura el anillo fino de tungsteno, dando el control requerido por el cirujano durante el procedimiento de excisión. Las asas se presentan en forma de semicírculo, cuadrada, en forma de cono, forma esférica con diferentes áreas de excisión. (Conización con asa diatérmica. Sociedad Americana de Colposcopia y Patología Cervical. 2006)

ASA ELECTROQUIRÚRGICA: Equivale a la asa de radiocirugía.

ASCITIS: 1. Hace referencia a la acumulación de líquido en la cavidad abdominal. Usualmente es secundaria a enfermedad hepática, tipo cirrosis hepática, pero las causas son diversas, incluyendo procesos infecciosos, falla cardiaca derecha y enfermedades neoplásicas como cáncer de ovario. La sintomatología se presentan de acuerdo al volumen acumulado, siendo los síntomas más comunes, distensión abdominal, sensación de saciedad precoz, sensación de peso y dolor abdominal; generalmente se acompaña de edema en miembros inferiores. La evaluación del líquido ascítico se realiza en forma semicuantitativa en grados: 1) asicitis de pequeño volumen 2) ascitis de moderado volumen y 3) ascitis de gran volumen. El grado de tensión de la ascitis no solo depende del volumen sino de la integridad del tono muscular de la pared el abdomen. Adicionalmente, durante la evaluación se debe establecer en forma semicuantitativa los edemas periféricos: 1) edemas que involucra el pie hasta el tobillo 2) edema que llega hasta la rodilla 3) edema que sobrepasa la rodilla. El estudio del paciente incluye pruebas de función orgánica, imagenología y estudio del líquido ascítico para establecer características bioquímicas y descartar origen tumoral. El tratamiento se realiza de acuerdo a la patología de base. (Runyon, BA. Care of patients with ascites. N Engl J Med 2004; 330:337) // **2.** Excesiva acumulación de líquido peritoneal en la cavidad abdómino-pélvica, como consecuencia de una enfermedad que produzca trastorno de la circulación de la linfa, o de la sangre, o que produzac falla hepática. Las causas más comunes son la cirrosis hepática, la falla cardiaca congestiva, la pericarditis constrictiva, el cáncer de un órgano peritoneal, etc (Moore KP, Wong F, Gines P, Bernardi M, Ochs A, Salerno F, Angeli P, Porayko M, Moreau R, Garcia-Tsao G, Jimenez W, Planas R, Arroyo V. The management of ascites in cirrhosis: report on the consensus conference of the International Ascites Club. *Hepatology* 2003;38:258-66).

ASCUS (Sigla del inglés atypical squamous cells of undetermined significance.-Atipia de Células Escamosas de Significado Indeterminado-)**:** Corresponde a un ítem empleado por el sistema de clasificación de Bethesda de 1991 para reportar anomalías celulares que van más allá de lo que podría atribuirse a cambios reactivos, pero que cuantitativa o cualitativamente no alcanza a ser suficiente para reportarse como lesión intraepitelial. El manejo de

estas pacientes se realiza de acuerdo a la evaluación del cérvix; si este es clínicamente normal, se realiza control citológico en 6 meses y ante la persistencia de la lesión se realiza estudio colposcópico. Por el contrario, si el cérvix es clínicamente anormal o sospechoso de neoplasia se debe realiza colposcopia y biopsia según hallazgos. (Crothers, B. The Bethesda System 2001: update on terminology and application. 2005; 48 (1): 98-107) // Sinónimo: Células escamosas atípicas de significado indeterminado.

ASFIXIA: Leng. base: gr. Antigua con cambio de significado. A, sin +sphygsia: pulso. En español antiguo la palabra asfixia significaba ausencia de pulso, posteriormente en 1741 cambió el significado a suspensión o dificultad en la respiración. Sensación de agobio producida por el excesivo calor o por el enrarecimiento del aire.Fisiológicamente la asfixia es la hipoxia(notorio déficit de oxígeno) más la hipercapnia(excesiva cantidad de gas carbónico).

ASFIXIA FETAL: Ver Fetal, asfixia

ASFIXIA PERINATAL: Es el daño en el mecanismo de intercambio de gases entre el feto y la placenta, que al progresar lleva a hipoxia e hipercapnia con acidosis metabólica.// Desde 1992 la World Federation of Neurology Group for the Prevention of Cerebral Palsy and Related Neurological Disorders recomendó que en recién nacidos con daño neurológico se eviten los diagnósticos de asfixia del parto, encefalopatía post asfixia del parto, encefalopatía hipóxica-isquémica del parto, o términos similares, hasta tanto no se haya documentado la causa de la lesión ,pues alrededor del 70% de estos pacientes vienen con lesiones del SNC desde antes del periodo perinatal. El 90% de los niños con parálisis cerebral tienen daño encefálico desde antes del parto(Parer J.-AJOG,182 No.6,Jun2000)

Tipo de asfixia	Acidosis metabólica	Encefalopatía	Complic. cardiovasc	Complic Respirat.	Complic. renales
Leve	*				

Moderada	*	*	*	*	
Severa	*	*	*	*	*

ASHERMAN,JOSEPH: ginecólogo israelita nacido en Tel –Aviv en 1889, nacionalizado en Checoeslovaquia. Describió los trastornos producidos por la extirpación de la capa basal del endometrio durante un legrado.

ASHERMAN, SÍNDROME: 1. Es la adherencia de las paredes endometriales anterior y posterior del útero, como consecuencia de la extirpación de la capa basal del endometrio durante un legrado. La adhrencia de las paredes endometriales y la pérdida de la capa basal conduce a amenorrea y trastorno de la fertilidad. Debe su nombre al Dr. Joseph G Asherman, ginecólogo israelí nacido en Tel.Aviv en 1889. Sinónimo: Síndrome de Fritsch –Asherman(Kodaman PH, Arici A. Intra-uterine adhesions and fertility outcome: how to optimize success? Curr Opin Obstet Gynecol. 2007 Jun;19(3):207-14).// **2.** Corresponde a un síndrome descrito en 1948 por Asherman, caracterizado por obliteración parcial o completa de la cavidad uterina secundario a sinequias o adherencias traumáticas. Posteriormente en 1970 Carmichael establece el papel etiológico de la endometritis y el legrado uterino en las cuatro semanas siguientes al aborto o parto pretérmino. Como consecuencia de la obliteración de la cavidad endometrial, las pacientes presentas hipomenorrea o amenorrea con antecedente de legrado uterino, infertilidad, pérdida gestacional recurrente y dolor pélvico crónico; también se ha descrito el síndrome posterior a parto, cesárea, retención y extracción de placenta, endometritis, miomectomía submucosa, químicos y radiación intracavitaria. El diagnóstico se sospecha por ecografía transvaginal por evidencia de interrupciones en la línea endometrial y se confirma por histeroscopia; la sonohisterografía permite adicionalmente delimitar las adherencias determinando su espesor y ubicación. El tratamiento consiste en resección de adherencias por via histeroscópica. (Soares, SR, Barbosa dos Reis, MM, Camargos, AF. Diagnostic accuracy of sonohysterography, transvaginal sonography, and hysterosalpingography in patients with uterine cavity diseases. Fertil Steril 2000; 73:406)

ASINCLITISMO: Desviación de la sutura sagital de la cabeza fetal en dirección anterior (hacia la sínfisis púbica) o posterior (hacia el promontorio sacro). (Cunningham, FG. Gant, NF. Leven, K. Gilstrap, L. Hauth., J. Wenstrom K. Trabajo de Parto y Parto Normales. Williams Obstetricia. 21° edición. Montevideo, Uruguay: Editorial Panamericana. 2001. 258 – 262).

ASINCLITISMO ANTERIOR: Desviación de la sutura sagital fetal en dirección posterior (hacia el promontorio de la gestante); esto hace que se exponga a la palpación la mayor parte del hueso parietal anterior.(Williams Obstetricia. Trabajo de Parto y Parto Normales. 21° edición. 258 – 262)

ASINCLITISMO POSTERIOR: Desviación de la sutura sagital fetal en dirección anterior (hacia la sínfisis púbica de la gestante); esto hace que se exponga a la palpación la mayor parte del hueso parietal posterior.(Williams Obstetricia. Trabajo de Parto y Parto Normales. 21° edición. 258 – 262)

ASPIRACIÓN CON AGUJA FINA: Punción de un órgano con una jeringa, que se realiza con el propósito de obtener una muestra de células mediante aspiración, para realizar un estudo histopatológico.

ASTENO-ZOOSPERMIA: Hace referencia a alteraciones en la movilidad de los espermatozoides dentro del campo microscópico. Se encuentra relacionado con procesos infeccionsos y exposición a tóxicos ambientales. (Tournaye, H. Evidence-based management of male subfertility. Curr Opin Obstet Gynecol. 2006; 18: 253-259)

ATELIA: Corresponde a una patología congénita de la mama que se caracteriza por ausencia de uno o los dos pezones y/o areola. Es una condición muy rara. El manejo es quirúrgico. (Greydanus, DE, Matytsina, L, Gains, M. Breast disorders in children and adolescents. Prim Care 2006; 33:455).

ATENUACIÓN (en ecografía): Es la disminución de la intensidad de las ondas de sonido que viajan por los diferentes tejidos. La atenuación depende de diferentes fenómenos como la absorción, la refracción, la dispersión y la divergencia. En particular, la atenuación se encuentra fuertemente relacionado con el fenómeno de absorción. (Walton, P. Jamieson, A. The expanding role of

diagnostic ultrasound in obstetrics and gynecology. Surg Gynecol Obstet. 2001; 137 (5): 753-757)

ATIPIA COILOCÍTICA: Anomalía de las células cuyos núcleos están hipercromáticos, irregulares y agrandados, rodeados de un halo que les da la apariencia de ser células huecas con los núcleos suspendidos un poco más allá del centro sin ser periféricos. Los primeros en asociar este tipo de células con la infección por el Papilomavirus humano, y creadores del término, fueron L. G. Koss y G. R. Durfee en 1956.

ATIPIA ESCAMOSA DE SIGNIFICADO INDETERMINADO (ASCUS): El término fue introducido para intentar acotar con más precisión la «zona gris» entre los cambios celulares benignos y la lesión intraepitelial, por lo que la catalogación de un proceso como ASCUS **(**sigla de «Atypical Squamous Cells of Undetermined Significance ó células escamosas atípicas de significado indeterminado o incierto), se realiza por exclusión. Es decir: los cambios observados pueden deberse a un proceso benigno, pero intenso, o a una lesión potencialmente grave; por lo tanto, y debido a que no pueden ser inequívocamente clasificados, son interpretados como de significado indeterminado o incierto. Desde el punto de vista morfológico, estos cambios deben ser más acusados que los de un proceso reactivo pero, bien cuantitativamente o cualitativamente, insuficientes para clasificarlos con seguridad como SIL. Como se puede deducir de la definición, esta categoría no es reproducible y algunos autores piensan que es una invención norteamericana como parte de una práctica citológica a la defensiva para evitar, en la medida de lo posible, falsos negativos que puedan conllevar acciones legales. No obstante, se ha comprobado que un 10/20% de casos de ASCUS corresponden realmente a una lesión intraepitelial, incluso de alto grado, que no se ha puesto en evidencia en el extendido citológico, por lo que eliminar el término no parece prudente. Todos estos datos han sido contemplados en la versión 2001 de Bethesda en la que el término ASCUS pasa a ser definido como «alteraciones citológicas sugestivas de una LIP pero cuantitativamente y/o cualitativamente insuficientes para una interpretación definitiva». Es decir, se elimina el ASCUS- probablemente reactivo, reservandose el término únicamente para cuando exista sospecha de lesión

intraepitelial. Como consecuencia, no debe malograrse el interés práctico del mismo siendo exageradamente utilizado. Como guía de frecuencia, se recomienda que no debería exceder en 2-3 veces la tasa de SIL de un laboratorio determinado // Sinónimos: **1.** ASC-US **(**sigla de «Atypical Squamous Cells of Undetermined Significance// **2.** Células escamosas atípicas de significado indeterminado o incierto.

ATONÍA UTERINA: 1. Ausencia parcial o total de contracciones uterinas en el puerperio inmediato, que favorece el sangrado de menera importante, al punto de poner en riesgo la vida de la madre. // **2.** Falla en la contracción miometrial una vez se ha expulsado la placenta, que conduce a una pérdidad excesiva de sangre. La atonía uterina complica 1 de cada 20 nacimientos y los factores de riesgo incluyen condiciones en las cuales el útero está sobredistendido (feto grande, polihidramnios, gestación múltiple), fibras miometriales fatigadas (trabajo de parto prolongado, trabajo de parto precipitado, inducción y conducción con prostagladinas u oxitocina, infección corioamniótica) relajación uterina (uso de anestésicos halogenados, tocolíticos) y otras condiciones como la multiparidad, antecedente de hemorragia posptarto y parto instrumentado. (Dildy, GA. Postpartum Hemorrhage: New Management Options. Clinical Obstetrics and Gynecology.. 2002. Volume 45, Number 2, 330-344)

ATRESIA VAGINAL: Es la oclusión de la vagina de origen congénito. // Se considera este diagnóstico cuando la parte inferior de la vagina está reemplazada por 2 o 3 cm de tejido fibroso, con útero normal. El defecto está limitado pues al seno urogenital. Cuando la paciente tiene útero y cérvix es necesario construir la vagina para evitar el hematometra. De lo contrario las complicaciones del mismo obligaría la histerectomía. El orígen embriológico de esta patología obliga a investigar lesiones congénitas del aparato urinario.// Sinónimo: Colpoatresia

ATRESIA: (del griego “a”, que significa sin, y τρῆσις, tresis, agujero).Es la falta de perforación o de permeabilización de un orificio o de conducto normal del cuerpo humano. Casi todas las atresias son de origen congénito. .(Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española).// En el área genital

la atresia más frecuente es la vaginal. // Imperforación u oclusión de un orificio o conducto normal del cuerpo humano

ATROFIA CERVICAL: Es la disminución del tamaño y la actividad fisiológica del epitelio cervical secundaria a un estado de hipoestrogenización prolongada. Como consecuencia el epitelio es delgado y friable. La vasculatura es prominente con capilares finos y quebrados. El tejido es fino, fácilmente traumatizable y pueden estar presentes hemorragias submucosas pequeñas o petequias. (1Wright, T. Cox, J. Massad, L. Consensos Guidelines for the management of women with cervical cytological abnormalities. JAMA. 2002. 287: 2120 /2- Walter, P. Dexeus, S. Internacional Terminology of colposcopy: an updated report from the internacional federation for cervical pathology and colposcopy. Obstet Gynecol. 2003; 101 (1): 175-177)

ATROFIA UTERINA: Es la disminución del tamaño y la actividad fisiológica del útero, secundaria generalmente al envejecimiento. Por esta razón la atrofia uterina es un evento normal durante la vejez. Puede haber hipotrofia o atrofia uterina congénita en el síndrome de Rokitanski, que se origina en un trastorno de los conductos paramesonéfricos de Müller.

ATROFIA:(Del lat. *atrophĭa,* y este del gr. ἀτροφία, falta de nutrición).**1.** f. Falta de desarrollo de cualquier parte del cuerpo.//**2.** f. *Biol.* Disminución en el tamaño o número, o en ambas cosas a la vez, de uno o varios tejidos de los que forman un órgano, con la consiguiente minoración del volumen, peso y actividad funcional, a causa de escasez o retardo en el proceso nutritivo.//**~** degenerativa: La que va acompañada de un proceso destructor de las células de un tejido.//~ fisiológica:La de algunos tejidos u órganos que en la evolución natural del organismo resultan innecesarios.//~ senil: La de los tejidos y órganos cuando el individuo llega a edad avanzada.(Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española).

AUSENCIA DE LOS LABIOS MENORES: Es la carencia de estas estructuras, determinada genéticamente. Muchas mujeres tiene esta variante anatómica, que no modifica su respuesta sexual ni produce riesgos para alguna patología. Alarcón NMA, Amaya MV, Alarcón AMA. Anatomía clínica del aparato genital femenino. Edit Manual Moderno, México 2005)

AUSENCIA DE VAGINA: Es la carencia de origen congénito de esta estructura. En estos casos debe investigarse la confluencia de otras anomalías como la hipoplasia del útero, las anomalías renales, etc, que son comunes en los trastornos del desarrollo de los conductos paramesonéfriscos de Müller .

AUTACOIDES: Autacoide viene del griego (*autos* -> propio y *akos* -> Alivio) Un autacoide está definido como una sustancia formada metabólicamente por un grupo de células que altera la función de otras células a nivel local. Algunas personas utilizan indistintamente los términos de Autacoide y Hormona; sin embargo estás últimas tienen la característica de que actuan a distancia (por ejemplo las hormonas hipofisiarias no actúan en la hipófisis, sino en órganos distantes tales como la tiroides, las glándulas suprarrenales, las gónadas, etc). Otro concepto que debe ser diferenciado de Autacoide es el de parahormona, que está definida como una sustancia, producto del metabolismo común que actua como si fuera una "hormona" en un organo distante, aunque no es sintetizada con ese objetivo específico. Los autacoides mas conocidos son: Histamina, Serotonina,Bradiquininas, Prostaglandinas y los Leucotrienos. Estos dos últimos autacoides son conocidos como eicosanoides pues tienen 20 átomos de carbono (gr. Eicos, veinte). (Dominguez Z. Los prostanoides, una revolución autacoide. An Venez Nutr. 2006, 19(2): 74-82)

AUTOEROTISMO: 1. Es el estímulo que se hace la persona así mismo(a), para obtener placer sexual. Las prácticas más utilizadas son la maturbación y la introducción de objetos por la vagina, la uretra y el conducto recto-anal.// 2. Corresponde la práctica de autoestimulación sexual. El término fue popularizado a finales del siglo XIX por el sexólogo británico *Havelock Ellis* quien definió el autoerotismo como “el fenómeno de espontánea emoción sexual generado en ausencia de un estímulo externo, procediendo directa o indirectamente de otra persona”. La práctica autoerótica más común es la masturbación, y los dos términos en muchas ocasiones son empleados como sinónimos. En algunas ocasiones el término incluye el uso de instrumentos como consoladores, vibradores y otros juguetes sexuales. Adicionalmente, se involucra dentro del término el concepto de autofelación, que consiste en el acto de autopracticare sexo oral; esta conducta se presenta en menos del 1%

de la población masculina y en forma menor en la población femenina. Las conductas autoeróticas son consideradas por muchos autores como parte normal del desarrollo sexual humano; sin embargo, bajo circunstancias personales o religiosas, en algunas situaciones se considera como un acto pernicioso. (Frankowski, BL. Sexual orientation and adolescents. Pediatrics 2004; 113:1827)

AUTOEXAMEN MAMARIO: Ver Autoexploración mamaria.

AUTOEXPLORACIÓN MAMARIA: Examen de los senos, realizado de manera periódica por la misma paciente, que ha recibido instrucciones sobre la forma de examinar sus mamas para identificar tempranamente la presencia de induraciones, masas o secresiones anormales. Sinónimo: Auto-examen mamario.

AUTOINMUNE: Se refiere al ataque que hace el sistema humoral o celular inmune de la persona contra alguna estructura de su propio cuerpo, reconocida como extraña. A manera de ejemplo, en las enfermedaes del tejido colágeno como el lupus, el sistema inmune ataca los tejidos conjuntivos de la propia persona, por lo cual se produce inflamación generalizada y depósito de complejos antígeno-anticuerpo. (Yu Asanuma, et al.“Premature coronary-artery atherosclerosis in systemic lupus erythematosus”. *New England Journal of Medicine*, volumen 349, 18 dic 2003, pág. 2407-2414).

AUTOSOMAS: Son todos los cromosomas normales en las células del cuerpo,diferentes a los cromosomas de las células gonadales los cuales se llaman gonosomas. El ser humano tiene 22 pares de autosomas y un par de cromosomas sexuales.

AVICENNA: Abū ‘Alī al-Husayn ibn ‘Abd Allāh ibn Sīnā (980 -1037), llamado en Occidente *Avicena*, fue un médico, filósofo y científico persa. Escribió alrededor de 450 libros de diversas materias, fundamentalmente de filosofía y medicina. Sus libros más famosos fueron *El libro de la curación* y *El canon de medicina* (conocido como *Canon de Avicena*). Es considerado como uno de los más grandes médicos de todos los tiempos. Avicena o Ibn Sina (como fue llamado en persa y en árabe) nació en el año 980 en Afshana

(provincia de Jorasán, actualmente en Uzbekistán), cerca de Bujara. Cuando su padre fue nombrado funcionario, lo acompañó a Bujara, entonces capital de los Samaníes, y allí estudió los saberes de la época, tales como física, matemáticas, filosofía, el Corán, jurisprudencia y lógica.Cuando tan sólo contaba con 17 años ya gozaba de fama como médico por salvar la vida del emir Nuh ibn Mansur. A cambio, tan sólo pidió permiso para acceder a la biblioteca real, gracias a la cual amplió sus conocimientos de matemáticas, música y astronomía. Además se convirtió en médico de la corte y consejero de temas científicos hasta la caída del reino samaní en el año 999. A los 20 años, y por mediación de Abū Bakr al-Barjuy, escribió diez volúmenes llamados *"El tratado del resultante y del resultado"* y un estudio de las costumbres de la época conocido como *"La inocencia y el pecado"*. Con estos libros su fama como escritor, filósofo, médico y astrónomo se extendió por toda Persia, por donde se dedicó a viajar. Puede ser considerado el inventor de la traqueostomía, cuyo manual operatorio sería precisado por el célebre cirujano árabe Abū el-Kasis de Córdoba. Recién en el Renacimiento se encontró información de una intervención semejante, llevada a cabo por el médico italiano Antonio Musa Brasavola (1490-1554). Cuando tan sólo contaba con 32 años, Avicena inició su obra maestra, el celebérrimo *Canon de Medicina* (traducida al latín por Gerardo de Cremona), que contiene la colección organizada de los conocimientos médicos y farmacéuticos de su época en 5 volúmenes. Del conjunto de su obra han quedado 105 volúmenes, algunos de marcado carácter enciclopédico como su otra gran obra conocida: el *Libro de la Curación*. Murió en 1037 en Hamadán (Irán), donde aún hoy se le venera.(Wikipedia, la enciclopedia libre. http://es.wikipedia.org/wiki/Avicena)

AYUDAS SEXUALES: Son productos comerciales especialmente diseñados para incrementar la exitación sexual de manera solitaria o con su pareja. Los más comunes son los vibradores y los consoladores.

AZOOSPERMIA: Es la ausencia de espermatozoides en la muestra de semen. Dentro de la etiología de la azoospermia se encuentra la falla testicular primaria, la obstrucción completa, la vasectomía, la ausencia de células germinales. (Tournaye, H. Evidence-based management of male subfertility. Curr Opin Obstet Gynecol. 2006; 18: 253-259)

AZT: Esla sigla con la cual se conoce la sidovudina o azidotimidina, un medicamento que se desarrolló como fármaco anticanceroso en 1964. Luego que se demostró su actividad anti-retroviral se empezó a utilizar para pacientes con el virus HIV lo cual favoreció su aprobación en 1985 hasta que fue el primer medicamento reconocido por la FDA como tratmiento para el VIH/SIDA. // Sufórmula es la 3´azido-2´3´didexotimidina, n análogo sintético de un didesoxincleótido de la timidina. Cuando dquiere la forma 5´trifosfato, compite con el trifosfato de timidina en la enzima transcriptasa inversa del VIH. Este efecto impide la incorporación de nuevos nucleótidos al DNA viral y por tanto no se puede replicar. (Tikoo K, Tamta A, Ali IY, Gupta J, Gaikwad AB.Tannic acid prevents azidothymidine (AZT) induced hepatotoxicity and genotoxicity along with change in expression of PARG and histone H3 acetylation. Toxicol Lett. 2008 Mar 15;177(2):90-6. Epub 2008 Jan 18.).

AZUL DE TOLUIDINA: Es una anilina derivada del aminotoluol, que se emplea en histología para la tinción de los núcleos.// Ver Test del azul de toluidina ó Test de Collins. (Onofre MA, Sposto MR, Navarro CM Reliability of toluidine blue application in the detection of oral epithelial dysplasia and in situ and invasive squamous cell carcinomas. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2001;91: 535-40).

B

BABCOCK, PINZAS: Instrumento quirúrgico diseñado para tomar o sostener una estructura cilíndrica como las trompas de Falopio, una arteria, el uréter, etc, sin lesionar su pared o su luz, al cerrar la pinza.

BACAF: Esta es la sigla para Biopsia por Aspiración Con Aguja Fina. Se menciona para cualquier tipo de aspiración de células que se realice con el propósito de obtener células para estudio cito-patológico. En gineco-obstetricia la BACAF más frecuente es la que se realiza en la mama: Se introduce una jeringa hasta la zona sospechosa de patología, se aspira y el contenido de la aguja se extiende en una lámina portaobjetos, se fija con un spray de citología y se envía al patólogo para lectura. // **2.** La biopsia por aspiración con aguja fina (BAAF) es un método que surgió en los años 30, descrita por Martin y Ellis2 que se usa para obtener una muestra para análisis citológico de diversas lesiones, entre ellas las localizadas en mama. Actualmente se considera un procedimiento seguro y económico que puede evitar cirugías innecesarias diferenciando con gran certeza lesiones benignas y malignas.3 Desde su origen y principalmente durante la última década, estudios de diversos países han analizado la eficacia diagnóstica de esta técnica.1-7 En estos estudios, la exactitud diagnóstica se ha situado entre 88.5 y 94.8%. Este método ha sido incluido en múltiples protocolos diagnósticos dentro de los que sobresale la triada diagnóstica de mama donde se añaden la exploración clínica y la mamografía con una sensibilidad de esta triada de 100% y una especificidad de 57%.7-9 Recientemente, el surgimiento de nuevas técnicas, principalmente la biopsia por trucut, así como la biopsia guiada por Mammotomme promovió el desuso de la BAAF como método de elección, fundamentalmente debido al temor de falta de exactitud diagnóstica y la imposibilidad de distinguir entre cánceres invasores y aquellos que no lo son. En este estudio se analiza la experiencia reciente de nuestra institución con BAAF de mama, identificando su exactitud diagnóstica, complicaciones y factores asociados con el diagnóstico

de lesiones malignas por este método de estudio.// (Wood B, Sterrett G, Frost F, Swarbrick N.Diagnosis of extramammary malignancy metastatic to the breast by fine needle biopsy.Pathology. 2008 Jun;40(4):345-51 // Lee CH, Philpotts LE, Horvath LJ, Tocino I. Follow-up of breast lesions diagnosed as benign with stereotactic core-needle biopsy: frequency of mammographic change and false-negative rate. Radiology 1999;212:189–194.).Sinónimo: BAAF

BACAF MAMARIO: Es una biopsia por aspiración con aguja fina. Es un método diagnóstico para el estudio de pacientes con patología mamaria posterior al examen imagenológico con mamografía o ecografía que detecta nódulo mamario. Es un método sencillo, poco costoso, que bien realizado brinda información de la naturaleza histológica del nódulo en estudio. El extendido se deja secar y se fija con alcohol al 90%. Con una muestra celular adecuada se puede hacer el diagnóstico del 90% de neoplasias sólidas. La bacaf da un informe histológico de lesiones benignas como fibroadenomas, lipomas, lesiones benignas proliferativas, condición fibroquística, cambios inflamatorios y cáncer. La interpretación de un bacaf debe ser realizada por un citopatólogo bien entrenado. Para el diagnóstico del carcinoma de mama, una bacaf positivo es prueba suficiente para iniciar tratamiento; sin embargo, algunos autores se inclinan a realizar una confirmación histológica mediante biopsia por trucut, la cual se puede repetir en caso de no existir correlación. (Berry, D. Cronin, DK. Effect of screening and adjuvant therapy on mortality from breast cancer. N Engl J Med. 2005; 353: 1784)

BACTEREMIA: Presencia masiva de bacterias en el torrente sanguíneo.//Es definida como la presencia de una colonia de bacterias viables en la sangre. (Balk, RA. Severe sepsis and septic shock. Definitions, epidemiology, and clinical manifestations. Crit Care Clin 2000; 16:179),(Levy, MM, Fink, MP, Marshall J. International Sepsis Definitions Conference. Crit Care Med 2003; 31:1250),(Martin, GS, Mannino, DM, Eaton, S, Moss, M. The epidemiology of sepsis in the United States from 1979 through 2000. N Engl J Med 2003; 348:1546)

BACTERIURIA: Es la colonización de bacterias a los espacios intraluminales del tracto urinario (cavidad vesical, lumen de los uréteres, cálices renales

,etc.), sin la invasión a los tejidos del aparato urinario, por lo cual el (la) paciente es asintomático(a). Los gérmenes colonizan la vejiga, uréteres y riñones desde la porción distal de la uretra donde no son patógenos. Abarzúa C., Fernando, Zajer, Claudia, Donoso, Bernardita *et al*. Reevaluación de la sensibilidad antimicrobiana de patógenos urinarios en el embarazo. *Rev. Chil. Obstet. Ginecol.*, 2002, vol.67, no.3, p.226-231. ISSN 0717-7526.

BACTERIURIA ASINTOMÁTICA: Es la presencia de gérmenes patológicos en las vías urinarias, en un volumen tal que constituyen una amenaza para la integridad de las mismas. // Criterios diagnósticos: a-Paciente con cateterización uretro-vesical dentro de los 7 días anteriores a la toma del cultivo, que permita el crecimiento de 100.000 o más unidades formadoras de colonias por ml de orina, con una o máximo dos tipos de gérmenes, con ausencia de síntomas como disuria, frecuencia urinaria, fiebre o sensibilidad suprapúbica. b- Paciente sin cateterismo, con dos urocultivos positivos con 100.000 o más unidades formadoras de colonias por ml de orina, con aislamiento repetido de la misma especie y no más de dos tipos de gérmenes, con ausencia de los síntomas y signos propios de la infección urinaria.// **2.** Es la presencia de unidades formadoras de colonias en una cantidad suficiente para constituir una infección de las vías urinarias, pero sin provocar síntomas ni reacciones defensivas en el huésped, como ardor, dolor, disuria, etc. La prevalencia de bacteriuria asintomática entre mujeres de 18 a 40 años de edad es de un 5%, cifra que se incrementa con la edad a un 20% o más en mujeres mayores. Ésta parece estar asociada a efectos adversos tales como pielonefritis, HTA, enfermedad renal y complicaciones en el embarazo, pero se desconoce su patogenia, historia natural, los factores de riesgo relacionados y su asociación temporal con infecciones del tracto urinario (ITU) sintomáticas. Se habían hecho estudios caso-control donde se asociaba la bacteriuria asintomática al uso de diafragma, pero no a las relaciones sexuales, así mismo se encontraron diferentes factores de virulencia de algunas especies de *E. Coli* que causaban ITU sintomática, especialmente pielonefritis, pero estos factores no estaban claramente definidos para especies que causaban bacteriuria asintomática. La bacteriuria asintomática en la mujer joven es común pero raramente persistente. La bacteriuria asintomática se asocia a los mismos

factores de riesgo que la ITU sintomática, particularmente el uso de diafragma con espermicida y las relaciones sexuales. La bacteriuria asintomática se relacionó con un mayor riesgo de desarrollar ITU sintomática, principalmente en la primera semana, asociación que se hizo más significativa si la piuria estaba presente. Esto sugiere que algunos episodios de bacteriuria asintomática podrían ser ITU subclínicas precoces que eventualmente llegan a desarrollar síntomas. Queda por determinar por qué la ITU sintomática ocurre sólo en una pequeña proporción de mujeres con altos niveles de bacteriuria. // **3.** Es el aislamiento de un microorganismo, en urocultivo reportado como mayor de 100000 unidades formadoras de colonias en una muestra aislada de orina, en una paciente sin sintomatología urinaria. Es una condición que se presenta con mayor frecuencia durante el estado de embarazo que en no embarazo y su incidencia oscila entre 2 – 10%. En estado de no embarazo la bacteriuria asintomática no debe recibir manejo antibiótico, sin embargo en las pacientes embarazadas con diagnóstico de bacteriuria asintomática se debe iniciar manejo antibiótico teniendo en existe una alta probabilidad de progresión a Pielonefritis Aguda y Parto Pretérmino. El tratamiento se puede realizar con Amoxacilina, Ampicilina, Nitrofurantoína, Cefalosporinas de primera generación, Fosfomicina, Sulfisoxasol, durante el período de 3 a 7 días. Una vez terminado el tratamiento antibiótico se debe realizar un urocultivo control; si este resulta positivo se debe iniciar tratamiento de acuerdo al resultado de sensibilidad del antibiograma, si el resultado en negativo se debe realizar urocultivo control cada mes. (Vasquez, J. VillarJ. Treatment for symptomatic urinary tract infections during pregnancy. The Cochrane Library. 2005; 4: 34-41)(Duro Mota, E., Causin Serrano, S., Campillos Paez, Mª T. *et al*. Estudio prospectivo de bacteriuria asintomática en mujeres jóvenes sexualmente activas. *Medifam*. [online]. 2001, vol. 11, no. 8, pp. 108-110.)

BACTERIURIA DEL EMBARAZO: **1.** Es la presencia de 100.000 o más unidades formadoras de colonias por ml de orina, en una gestante, sin la presencia de signos o síntomas propios de la infección de las vías urinarias. // **2.** La infección de las vías urinarias constituye una de las infecciones más frecuentes durante el embarazo. Los microorganismos involucrados son principalmente las enterobacterias, entre ellas *Escherichia coli* (80% de los

casos), *Klebsiella ssp, Proteus mirabilis*, *Enterobacter ssp*. Existen además otros agentes que siguen en frecuencia, como ser *Streptococcus* del grupo B y *Staphylococcus* coagulasa negativo. Durante el embarazo se producen modificaciones anatómicas y funcionales que aumentan el riesgo a padecer una infección urinaria. Entre ellas se destacan: la hidronefrosis del embarazo, el aumento del volumen urinario en los uréteres que produce una columna líquida continua que ayuda a la propagación de la infección desde la vejiga al riñón, disminución del tono ureteral y vesical que se asocia a un aumento del volumen urinario en la vejiga aumentando su capacidad vesical y disminuyendo su vaciamiento (estasis urinaria), obstrucción parcial del uréter por el útero grávido y rotado hacia la derecha, aumento del pH de la orina especialmente por la excreción aumentada de bicarbonato que favorece la multiplicación bacteriana, hipertrofia de la musculatura longitudinal del uréter, aumento de la filtración glomerular que determina la presencia de glucosa en la orina lo que favorece la aparición de los gérmenes, aumento del reflujo vésico-ureteral, menor capacidad de defensa del epitelio del aparato urinario bajo, incremento de la secreción urinaria de estrógenos y el ambiente hipertónico de la médula renal. Si no existen enfermedades concomitantes, el riesgo es mayor en las embarazadas de mayor edad, multípara, y de bajo nivel socioeconómico, pero sobre todo en aquellas con historia previa de infección urinaria. Del 2 al 10% de las embarazadas sin antecedentes, desarrollan bacteriuria asintomática y sin tratamiento, el 30 al 50% evolucionarán a pielonefritis, ésta por su parte puede asociarse a insuficiencia renal aguda, sepsis y shock séptico[(1)]. Aumenta el riesgo de parto prematuro y de recién nacido de bajo peso al nacer. La mortalidad fetal más alta se presenta cuando la infección ocurre durante los 15 días que anteceden al parto. // **3.** La infección urinaria constituye una de las infecciones bacterianas más frecuentes durante la gestación. El compromiso infeccioso del tracto urinario durante el embarazo puede asociarse a complicaciones maternas y perinatales. La bacteriuria asintomática no tratada por ejemplo puede evolucionar a pielonefritis aguda (25% de los casos *vs* 3-4% de las que sí se tratan). La pielonefritis aguda, por su parte, puede asociarse a insuficiencia renal aguda, sepsis-*shock* séptico y parto prematuro. Desde el punto de vista microbiológico existen al menos dos aspectos que son importantes de revisar periódicamente con relación al control de una población

de embarazadas. El primero es qué microorganismos están más frecuentemente involucrados en el cuadro. En este sentido la literatura nacional y extranjera es bastante coincidente, y además constante a través del tiempo. Las enterobacterácea son el grupo más importante. Dentro de ellas *Escherichia coli* se describe en más del 80% de los casos. Además se encuentra a *Klebsiella, Proteus*, Enterobacter, etc. Existen además, otros agentes que siguen en frecuencia, como *Streptococcus* grupo B y *Staphylococcus coagulasa* negativo. El otro aspecto relevante a tener en consideración, y que ha demostrado ser bastante más dinámico que el primero dice relación con la sensibilidad a los diferentes antimicrobianos que se podrían utilizar en las embarazadas para tratar esta patología. La sensibilidad a antibiótico puede diferir de un centro a otro, y, lo que es más importante, puede cambiar a través del tiempo en una misma población, a través de diferentes mecanismos de resistencia que se comentarán más adelante. Este punto tiene gran importancia en la elección del esquema terapéutico cuando se inicia en forma empírica el tratamiento en espera del cultivo (cistitis aguda y pielonefritis aguda). Las infecciones del tracto urinario, incluida la pielonefritis aguda, son complicaciones serias que se asocian a morbilidad materna y perinatal. Diferentes antimicrobianos se han utilizado para tratar esta patología. Durante el embarazo existen experiencias publicadas con fosfomicina, ácido pipemídico, cotrimoxazol, ampicilina, amoxicilina, cefalexina, cefuroxima, y otros. La tasa de cura después de diferentes tratamientos fluctúa entre 70 y 100% . // Abarzúa C., Fernando, Zajer, Claudia, Donoso, Bernardita *et al*. Reevaluación de la sensibilidad antimicrobiana de patógenos urinarios en el embarazo. *Rev. Chil. Obstet. Ginecol.*, 2002, vol.67, no.3, p.226-231. ISSN 0717-7526.

BACTERIURIA RECURRENTE: Recurrente (Del ant. part. act. De *recurrir*; *recurrens, -entis*).**1.** adj. Que vuelve a ocurrir o a aparecer, especialmente después de un intervalo. // **2.** En el año 1956 Kass demostró que un recuento igual o superior a 10^5 unidades formadoras de colonias(UFC) debía considerarse como índice de multiplicación bacteriana en la orina vesical. Aunque se deben considerar infectadas algunas mujeres sintomáticas con recuentos inferiores, se mantiene la cifra de cien mil UFC como punto de corte

para demostrar infección de las vías urinarias. Una bacteriuria es recurrente cuando aparece nuevamente después de un intervalo asintomático o libre de crecimiento bacteriano.// (*Kass, E.H.:* Asymtomatic infections of the urinary tract. Trans. Assoc. Am Physicians 69: 56, 1956.// Macejko AM, Schaeffer AJ. Asymptomatic bacteriuria and symptomatic urinary tract infections during pregnancy.Urol Clin North Am. 2007 Feb;34(1):35-42.)

BAER: Ver Maniobra de Baer

BALDY-FRANKE: Ver Cirugía de -.

BALLANTYNE-RUNGE: Ver Síndrome de-

BALÓN DE BAKRI PARA LA HEMORRAGIA POST PARTO: Es un balón que se coloca dentro de la cavidad uterina y se llena con unos 100 ml de solución salina, con el propósito de detener la hemorragia producida por la atonía uterina post-parto que no ha respondido al uso de medicamentos útero-tónicos. Puede utilizarse de manera combinada con los puntos de B-Lynch(Bakri YN, Amri A, Abdul Jabbar F.Tamponade-balloon for obstetrical bleeding.Int J Gynaecol Obstet. 2001 Aug;74(2):139-42.// Wendy L. Nelson, MD ,John M. O'Brien, MD. The uterine sandwich for persistent uterine atony: combining the B-Lynch compression suture and an intrauterine Bakri balloon. American Journal of Obstetrics and Gynecology - Volume 196, Issue 5 (May 2007) .

BAMBERGER, FORCEPS: instrumento obstétrico diseñado para evitar la presión excesiva sobre la cabeza fetal. La distancia entre las valvas se puede cambiar . Fue diseñado por el Dr. Bamberger en 1975, quien cambió la dirección de las valvas, que son algo divergentes, para disminuir el trauma sobre la cabeza del feto. Sipli W, Krone HA. A new obstetric forceps: the Bamberger divergent fórceps.Geburtshilfe Frauenheilkd. 1976 Jul;36(7):592-5. // Krieglsteiner P, Krone HA, von Zeppelin D. Improved Bamberg divergence forceps. Modification for the prevention of soft tissue injuries of the pelvis. Geburtshilfe Frauenheilkd. 1984 Dec;44(12):821-3

BANDA AMNIÓTICA: Es una cuerda anormal que se forma dentro de la cavidad amniótica y que se fija en dos puntos diferentes de las paredes de la

bolsa que recubre al feto. Puede presionar una parte del organismo fetal y producirle diferentes tipos de daños como una compresión o una isquemia prolongada sobre un tejido que termine en necrosis y amputación. (Rujiwetpongstorn J, Tongsong T.Amniotic band syndrome following septostomy in management of twin-twin transfusion syndrome: a case report.J Perinatol. 2008 May;28(5):377-9.) //2- (Mark Kiehn, MD, David Leshem, MD, and Ronald Zuker Constriction Rings: The Missing Link. Eplasty,2007 Dec 28;8:e4). Sinónimo: Brida amniótica.

BANDEO CROMOSÓMICO: 1. Las bandas de los cromosomas son los segmentos o zonas transversales que forman los brazos de los cromosomas. La identificación de las bandas de los cromosomas se llama bandeo cromosómico. La identificación de las bandas de cada cromosoma permite no solo su plena identificación sino el diagnóstico de patología intrínseca de cada brazo y sus consecuencias genotípicas, fenotípicas, fisiológicas o patológicas.// **2.** Cuando se realiza coloración de los cromosomas por cualquier método, se hacen visibles las porciones claras y oscuras (o fluorescentes y no fluorescentes) de los brazos cromosómicos. Cada una de esas porciones es una banda y su demostración constituye el bandeo, estudio útil para buscar trastornos genéticos. // **3.** En 1973 Howard y colaboradores publicaron la inducción de bandeo cromosómico utilizando papaína, la cual es extraída del látex de la planta Carica papaya. Desde entonces existen varios métodos para la visualización mediante microscopía óptica de los cromosomas humanos. Los procedimientos más clásicos consisten en la tinción con sustancias como la mostaza de quinacrina, que permite la observación de las bandas Q, Giemsa, que permite la observación de las bandas G, R o C (dependiendo del tratamiento que se realice con el ADN). Este bandeo característico de cada uno de los cromosomas está relacionado con regiones de eucromatina (bandas R), heterocromatina facultativa (bandas G), heterocromatina constitutiva (bandas C). El cariotipo de alta resolución, basado en la tinción de los cromosomas en profase o pro-metafase, permite distinguir más de ochocientas bandas. No obstante existen distintas visiones del motivo por el cual se pueden hacer estas correlaciones. El uso de técnicas de bandeo junto al estudio del cariotipo ha sido utilizado para la detección de aberraciones cromosómicas a gran escala.

Es decir, aberraciones que afectan a regiones de un cromosomas o al propio cromosoma. Estas aberraciones cromosómicas o anomalías cromosómicas se pueden dividir en numéricas y estructurales. Con la aparición de las técnicas de bandeo cromosómico, la citogenética clásica ocupó un lugar fundamental dentro del campo de la genética clínica y fueron descritos numerosos síndromes genéticos de origen cromosómico.1-3 Del mismo modo que la genética humana revolucionó sobre la base del análisis cromosómico, la citogenética se está revolucionando con la aplicación *in situ* de las técnicas de la genética molecular. Puede decirse que la citogenética molecular ha penetrado en la citogenética clásica y ha permitido, de esta forma, encontrar reordenamientos cromosómicos complejos no detectados por la citogenética clásica. // **4.** Los bandeos cromosómicos pueden clasificarse en morfológicos y dinámicos: A-Los bandeos morfológicos: se obtienen basándose en técnicas inherentes a la heterogeneidad de la cromatina. Existe en ellos una relación con proteínas(histónicas y no histónicas) e interacciones ADN. Estos bandeos pueden ser a su vez clasificados en: técnicas de tinción diferencial, métodos de tinción selectiva, coloraciones con fluorados específicos aislados o combinados con colorantes no fluorescentes, y tinciones con anticuerpos fluorecentes. B-Los bandeos dinámicos: se obtienen basándose en: técnicas que implican la incorporación de una base análoga, bromo-desoxiuridina (BrdU), en el ADN durante la fase S del ciclo celular. Se denomina también bandeo de replicación debido a la relación existente entre el tiempo de incorporación del BrdU y el patrón de replicación. Cuando se incorpora BrdU durante la fase de replicación temprana se obtiene un patrón de bandeo R destacándose las regiones ricas en G-C. Luego de realizada esta técnica, los cromosomas pueden visualizarse utilizando distintos métodos de tinción que emplean colorante tales como el Giemsa o el naranja de acridina o utilizando anticuerpos específicos. Por otro lado si se incorpora la base análoga durante la fase tardía de replicación se obtiene un patrón de bandas G, destacándose las zonas de predominio de secuencias A-T. Los cromosomas pueden ser visualizados utilizando diferentes métodos de tinción. En relación con la nomenclatura para descubrir los diferentes bandeos cromosómicos, se emplea un código de tres letras: la primera, indica el tipo de bandeo utilizado, la segunda, la técnica de detección empleada y la tercera, el tipo de tinción. // **5.** Nomenclatura de bandeos

morfológicos: a-QFQ: Bandas Q por fluorecencia usando quinacrina. b-GTG: Bandas G por tratamiento enzimático con tripsina utilizando Giemsa-RFA: Bandas R por fluorescencia usando naranja de acridina.d-RHG: Bandas R mediante desnaturalización térmica utilizando Giemsa e-THG: Bandas T por desnaturalización térmica empleando Giemsa. F-CBG: Bandas C por hidróxido de bario utilizando Giemsa. // **6.** Nomeclatura de bandeos dinámicos: a-GBG: Bandas G por incorporación de BrdU utilizando Giemsa. b-RBA: Bandas R por incorporación de BrdU empleando naranja de acridina. Er5tyu8ip}{]c-RBG: Bandas R por incorporación de BrdU utilizando Giemsa. d-GB-AAu: Bandas G por incorporación de BrdU empleando anticuerpos específicos unidos a partículas de oro coloidal.e-RB-AAu: Bandas R por incorporación de BrdU usando anticuerpos específicos unidos a partículas de oro coloidal.// *Drets Máximo E.* Una saga citogenética: el descubrimiento de los métodos de bandeo cromosómico. Significado y proyección bio-médica Rev Med Uruguay 2002; 18: 107-121 //http://www.geocities.com/ ResearchTriangle/ Lab/2513/bandeos.htm)

BANDL, ANILLO FISIOLÓGICO: Es un anillo de retracción uterina, que se produce en el límite del cuello y del cuerpo (que antes del embarazo y al comienzo del mismo se denominaba istmo), durante el trabajo de parto. Como consecuencia, el miometrio de esta zona del segmento inferior (que es la sumatoria del cuello y del istmo), se adelgaza y facilita el borramiento y acortamiento del cuello. Cuando se trata de un proceso completamente fisiológico y sin alteraciones, se ubica a la mitad de la distancia entre el ombligo y el pubis y se denomina simplemente anillo de Bandl o Anillo fisiológico de Bandl. Cuando el anillo se amplía por un trabajo de parto prolongado y difícil, se llama anillo patológico de Bandl, que se aprecia como una retracción a nivel del ombligo de la gestante, lo cual constituye un signo de alarma que anuncia una cercana ruptura uterina..(*Cuadernos de Historia Salud Pública,* Cuba**,** Período de 1880-1889, July-Dec. 2005, no.98, p.0-0. ISSN 0045-9178.)

BANDL, ANILLO PATOLÓGICO: 1. Adelgazamiento del miometrio durante el trabajo de parto prolongado que avanza más allá del segmento uterino y que aumenta el adelgazamiento del miometrio hasta la ruptura uterina. Cuando el anillo de retracción se aprecia como una depresión notoria a nivel del ombligo de la gestante en trabajo de parto, constituye un claro signo de que una ruptura

uterina ocurrirá en los siguientes minutos. Es pues una emergencia obstétrica.// 2. Esta anormalidad se diagnostica en una paciente fatigada, con muchas horas de trabajo de parto, al observar que todo el abdomen de la gestante se divide en dos semicírculos, por la presencia de una retracción a nivel del ombligo, que en cierta forma recuerda el lomo de un camello. A la palpación ambos semicírculos son de consistencia dura. El anillo de Bandl es un signo que anuncia la proximidad o el inicio de una ruptura uterina, por lo cual se convierte en una urgencia obstétrica que debe resolverse la mayoría de las veces mediante una operación cesárea en el menor tiempo posible. Debe hacerse diagnóstico diferencial con la retención urinaria del trabajo de parto, pues con frecuencia las pacientes con la vejiga llena y agrandada, producen dos semicírculos en el abdomen, el más bajo de los cuales es de consistencia blanda, que desaparece cuando se hace vaciamiento de la vejiga. (Results of the ruptured pregnant uterus at Kinshasa University Clinics. Apropos of 24 cases from 1973 to 1980.J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). 1983;12(7):755-61 // Sinónimo: Anillo de retracción patológica del útero durante el parto

BANDL, LUDWIG (1842-1892): Gineco-obstetra alemán nacido en Himberg, Niederösterreich el 1 de Noviembre de 1842. Se recuerda por la descripción que hizo del anillo uterino que lleva su nombre. Murió en Döbling, cerca de Viena, el 26 de Agosto de 1892. // Ver Anillo fisiológico de Bandl y Anillo patológico de Bandl. // “On the abdominal wall visible limit between the uterine body and cervix in labor". In memory of Ludwig Bandl (100th anniversary of his death). Gynakol Geburtshilfliche Rundsch. 1993;33(2):111-4.

BARDENHEUER, INCISIÓN SUBMAMARIA: Ver Incisión submamaria.

BARR, CUERPO: Formación de material genético, exclusivo de las células femeninas, que representa al cromosoma X inactivo de replicación tardía.// **2.** En 1923, Painter demostró citológicamente la existencia de los cromosomas X y Y en el humano. En 1949, Barr y Bertram descubrieron masas de cromatina sexual (cuerpos de Barr) en células en interfase femeninas y no en masculinas. A esta observación siguió el desarrollo de una técnica sencilla que permitía detectar cuerpos de Barr en células de mucosa oral. Como resultado de su aplicación se reconoció que las células femeninas eran “cromatina positiva”

mientras que las masculinas eran “cromatina negativa”, pero que existían excepciones: las pacientes con síndrome de Turner no tenían cuerpos de Barr y los pacientes con síndrome de Klinefelter si los presentaban. El análisis citogenético de estos pacientes explicó la discrepancia aparente al demostrarse que el síndrome de Turner tenía un complemento cromosómico 45,X y el de Klinefelter 47,XXY. Estos hallazgos también demostraron que en presencia de un cromosoma Y, independientemente del número de cromosomas X, el embrión humano se desarrolla como macho, mientras que en ausencia del Y se desarrolla como hembra. El siguiente paso en el entendimiento de los cromosomas sexuales humanos fue la explicación de la cromatina sexual en términos de la inactivación del cromosoma X. La hipótesis de Lyon establece que en las células somáticas de mujeres normales, y no en las de hombres normales, un cromosoma X es inactivado al azar para compensar la dosis génica en ambos sexos. El cuerpo de Barr representa al cromosoma X inactivo de replicación tardía. En pacientes con cromosomas X supernumerarios, todos los cromosomas en exceso de uno son inactivados y forman cuerpos de Barr (por ejemplo un paciente Klinefelter 47,XXY tiene 1 cuerpo de Barr y una mujer 47,XXX tiene 2 cuerpos de Barr).// (Gustafson ML, Donahoe PK. (1994). *Male sex determination: current concepts of male sexual differentiation.* Annu Rev Med; 45: 505-524.// Grumbach MM, Conte FA. (1992). *Disorders of sex differentiation.* In “Williams Textbook of Endocrinology”. J.D. Wilson and D.W. Foster, eds. Saunders. Philadelphia. 853-951)

BARRERA PLACENTARIA: Limitante biológica que se establece entre la placenta y la circulación uterina, cuya función es impedir el paso de macromoléculas de la circulación materna a la circulación fetal. La barrera placentaria es un mecanismo de protección, que aísla al feto de la influencia de anticuerpos y sustancias de la circulación materna que pudieran serle nocivas.

BARRERAS VAGINALES: Término utilizado en planificación familiar. Son láminas de latex que se emplean para impedir el paso de los espermatozoides. La más utilizadas en la actualidad son el condón femenino, el diafragma, el capuchón cervical, el capuchón de bóveda y el dispositivo Vimule. Ver cada uno de estos términos (Berek JS,Adashi EY,Hillard PA. Ginecología de Novak. Interamericana. México. 1997, p. 234-38)

BARTHOLIN,CASPAR: (1655-1738) Llamado "Caspar el joven" (www.whonamedit.com). Médico nacido en Copenhage, Dinamarca, murió en la misma ciudad a la edad de 83 años. Aunque no fue tan brillante en el campo científico como su padre y su abuelo, se recuerda por la descripción de las glándulas vestibulares mayores que llevan su nombre. Se le atribuye la autoría del texto de anatomía "Dissertatio de Sygni Anatomia" (1668). Le dedicó la mayor parte de su tiempo y de su atención a la política y a la administración pública: ocupó los cargos de juez de la suprema corte (1717), Procurador General de Dinamarca(1719) y Diputado de Finanzas (1724). La familia Bartholin se recuerda por los importantes aportes a la anatomía y a la ciencia: su padre Thomas describió el sistema olfativo, su tío Erasmus fue un brillante matemático, físico y médico, profesor de geometría y astronomía de la Universidad de Copenhage. Su abuelo Caspar Berthelsen Bartholin, llamado "Caspar el viejo", fue sacerdote, filósofo y anatomista, autor del libro "Anatomicae Institutiones Corpori Humani", uno de los libros más leídos del renacimiento traducido a varios idiomas. Al final de su carrera se dedicó a la cátedra de la divinidad en la Universidad de Copenhage. Por ser homónimos, los biógrafos confunden con frecuencia la vida y obra de ambos Caspar Bartholin, abuelo y nieto, el primero nacido en Malmo en 1585, el segundo nacido en Copenhage 70 años más tarde. // The contributions of the Bartholin family to the study and practice of clinical anatomy. Clin Anat. 2007 Mar;20(2):113-5.//http://www-groups.dcs.stand.ac.uk/~history/ Biographies/ Bartholin. html // P Cuvelier, Les 'Experimenta crystalli Islandici disdiaclastici' d'Erasme Bartholin, *Rev. Histoire Sci. Appl.* 30 (3) (1977), 193-224.

BARTHOLIN, CANCER: Es un tumor originado en una de las glándulas vestibulares mayores, de muy rara ocurrencia. Una variedad reportada en la literatura es el carcinoma adenoide quístico. (Woia FM. Adenoid cystic carcinoma of the Bartholin gland: an overview. Arch Pathol Lab Med. 2007 May;131(5):796-8).

BARTHOLIN, GLÁNDULA: Epónimo dado a cada una de las glándulas vestibulares mayores, cuya descripción se le atribuye a Caspar Bartholin el joven, a finales del siglo XVII. Las dos glándulas de Bartholin producen moco que se expulsa a la unión ninfo-himeneal durante la excitación sexual. Cada

una tiene el tamaño de una arveja(guisante) y un solo conducto que se puede obstruir, lo cual conduce a una quiste de Bartholin o a un absceso de Bartholin.

BARTHOLIN ,TUMOR: Proliferación anormal de los tejidos que componen las paredes de la glándula vestibular mayor. (Covellis PL. Alcohol sclerotherapy: a new method for Bartholin gland cyst treatment.Minerva Ginecol. 2006 Jun;58(3):245-8.)

BARTHOLIN,ABSCESO : Colección de material purulento en el interior de la glándula vestibular mayor, como consecuencia de la obstrucción del conducto que debe drenar al vestíbulo vaginal.

BARTHOLIN, QUISTE: Colección de moco en el interior de la glándula vestibular mayor, como consecuencia de la obstrucción del conducto que debe drenar al vestíbulo vaginal. (Fambrini M et al. Carbon-dioxide laser vaporization of the Bartholin gland cyst: a retrospective analysis on 200 cases. J Minim Invasive Gynecol. 2008 May-Jun;15(3):327-31).

BARTHOLINECTOMÍA: Extirpación quirúrgica de una o ambas glándulas de Bartholin. Está indicada cuando la inflamación ocurre de manera repetitiva a pesar de los tratamientos.

BARTHOLINITIS: Inflamación de la glándula de Bartholin que puede llevar a una colección importante de material purulento y constituya un absceso de esta glándula. Berek JS,Adashi EY,Hillard PA. Ginecología de Novak. Interamericana. México. 1997 P. 473

BARTOLINITIS: Ver Bartholinitis.

BASE: Es una sustancia con la capacidad para captar o aceptar iones H^+. (Adrogue, H. Madias, N. Management of life-threatening acid-base disorders. The New England Journal of Medicine. 1998; 338 (1): 26-33)

BAUDELOCQUE, JEAN LOUIS: (Heilly, 1746-París, 1810) Obstetra francés. Fue profesor y uno de los primeros cirujanos de la especialidad. Fundador de la pelvimetría, para cuya práctica inventó un compás especial (pelvímetro).

BAUDELOCQUE, PELVÍMETRO: Instrumento que mide la pelvis. Está diseñado para detectar las pelvis estrechas que no permitirán el descenso de un feto de tamaño normal.

BETA HCG: Esta forma de mencionar la hormona del embarazo significa que solo se está midiendo la cadena beta de la misma. No vale la pena medir la cadena alfa pues varias hormonas la tienen exactamente igual, y la medición en la sangre no podría discriminar a cual se estaría refiriendo. Las letras HCG son del inglés Human Chorionic Gonadotropin, que equivale en español a Hormona Gonadotropina Coriónica. // **2.** Hormona constituida por dos subunidades. La subunidad alfa la cual es idéntica a las subunidades beta de hormonas hipofisiarias como la LH, FSH y TSH. La subunidad beta es la que proporciona su función biológica específica y la que detecta específicamente a al hora de hacer la prueba. Por lo tanto cuando se determina la HCG lo que realmente se mide es la subunidad beta de la HCG. La determinación cuantitativa de la HCG es de mucha utilidad en los seguimientos de embarazos, en diagnóstico de embarazos ectópicos, molas hidatidiformes, y tumores testiculares. Junto con la determinación del estriol y la AFP colaboran en la detección de problemas fetales como el síndrome de Down y la espina bífida.La HCG es un marcador para el seguimiento de enfermedad trofoblástica gestacional o mola hidatidiforme. Después de la resección adecuada de la mola los niveles deben bajar en 3 a 12 semanas. Si los valores persisten elevados o disminuyen muy lentamente requieren terapia sistémica contra mola invasiva o coriocarcinoma. La hCG se detecta en el suero de pacientes con tumores germinales no seminomatosos. Al combinar la determinación de hCG con la AFP aumenta la sensibilidad en todos los estadios. Además de la detección de diseminación y recaídas.// (Quesada-Chanto, A. Diagnóstico de Laboratorio. Principales pruebas de bioquímica clínica y hematología. 1° ed. Litografía e Imprenta Lehmann. San José Costa Rica, 2003.)

BETA HCG CUALITATIVA: Es la medición de la hormona del embarazo de forma dicotómica: Positiva (si la muestra de suero tiene la cantidad mínima para que se considere embarazada a la paciente) o Negativa, si la muestra no contiene Hormona del embarazo o esta es menor al punto de corte. Es de utilidad por ejemplo para saber simplemente si una mujer está o no está

embarazada. Cuando la prueba es cualitativa no se mide la cantidad de hormona, simplemente se informa si pasa o no el punto de corte.(Wallach Jackes. Interpretación clínica de las pruebas de laboratorio. Edit Lippincott Williams & Wilkins; Eighth Edition (October 1, 2008)

BETA HCG CUANTITATIVA: Es la medición exacta de la cantidad de hormona en la muestra examinada. Es de utilidad por ejemplo en la enfermedad trofoblástica gestacional, pues la cuantificación permite saber el estado clínico de esta entidad y su respuesta al tratamiento. En este caso la cuantificación de la β-HCG sirve como marcador tumoral: si hay mejoría con el tratamiento, la hormona disminuye, si la enfermedad empeora, la cuantificación de la β-HCG aumenta. (Wallach Jackes. Interpretación clínica de las pruebas de laboratorio. Edit Lippincott Williams & Wilkins; Eighth Edition (October 1, 2008).

BETHESDA (Clasificación de las lesiones epiteliales cervicales) : Es el sistema de clasificación de las lesiones intraepiteliales cervicales adoptado en el consenso de expertos en el Instituto nacional de Cáncer de Bethesda en Maryland, con revisiones periódicas desde 1988 hasta el año 2001. El sistema incluye los siguientes ítems en su reporte: 1) Descripción del espécimen como muestra adecuada o inadecuada para evaluación, de acuerdo a la cantidad de células que se encuentren provenientes del epitelio escamoso; también debe informar la presencia o no de células endocervicales. 2) Descripción de la presencia de lesiones intraepiteliales o malignidad reportado como “negativo” o “positivo” para lesión intraepitelial o malignidad; se puede incluir la presencia de organismos infecciosos de manera opcional. 3) Las anormalidades de las células epiteliales se dividen en dos grandes grupos: Células escamosas atípicas de significado indeterminado o Lesiones Intraepiteliales de Células Escamosas (LIE) que a su vez se clasifican en Bajo Grado o Alto Grado. (Crothers, B. The Bethesda System 2001: update on terminology and application. 2005; 48 (1): 98-107)

BETHESDA, (Lugar de encuentro para la clasificación de la patología del cérvix): Bethesda es una zona de 34 Km^2, ubicada en el estado de Maryland, cerca de Washignton, cuyo nombre se debe a la iglesia llamada Bethesda

Presbiterian Church, construida en 1820. Importantes entidades del estado están localizadas en esta área, como el National Institutes of Health, el Consumer Product Safety Commission, el National Naval Medical Center, la National Geospatial-Intelligence Agency, el Naval Surface Warfare Center y el National Cancer Institute. Las dificultades de la clasificación inicial del año 1923 del músico y médico griego George Papanicolao (Pap I a Pap IV) para la citología del cérvix, que solamente atendía los aspectos citológicos y no los histológicos en conjunto, agregados al avance del conocimiento de la histopatología y aún de la etiología del cáncer de cérvix, motivaron una reunión de representantes de organismos internacionales, científicos y profesionales, en el Instituto Nacional del Cáncer de Estados Unidos en Bethesda (Maryland). Fruto de dicha reunión fue un nuevo sistema de nomenclatura para informes citológicos ginecológicos (Sistema o Clasificación de Bethesda), en el que se unificaron criterios para reconocer y denominar los cambios del cérvix. La parte fundamental de esta nueva clasificación fue la elaboración de un sistema binario para catalogar las anormalidades celulares preneoplásicas en el extendido citológico, denominándolas lesiones intraepiteliales escamosas de alto o bajo grado. Es preciso comentar aquí que el sistema Bethesda, aunque ampliamente conocido y utilizado, no ha sido adoptado en todos los países. Así, en Inglaterra, se sigue utilizando la nomenclatura «B.S.C.C».; en los países de habla alemana, el «sistema Munich»; en Australia, una modificación del propio sistema Bethesda. La clasificación de Bethesda fue difundida en 1988 , mínimamente modificada en 1991, y actualizada recientemente en 2001. (National Cancer Institute Workshop. The 1988 Bethesda System for reporting cervical/vaginal cytologic diagnoses. JAMA, 262: 931. 1989).(Association of Directors of Anatomic and Surgical Pathology. Standardization of the surgical report. Am J Surg Pathol, 16: 84. 1989).(Editorial Commite of Acta Cytol. The Bethesda System for Reporting Cervical/Vaginal Cytologyc Diagnoses. Acta Cytol, 37: 115. 1993).(Kurman RJ, Solomon D. The Bethesda System for reporting cervical/vaginal cytologic diagnosis. New York. Springer Verlag, 1994).(Solomon D, Davey D, Kurman R, Moriarty A, et al. The 2001 Bethesda System. JAMA, 287: 2114, 2002).

BICARBONATO (HCO_3): Es el componente metabólico del equilibrio ácido-base; es el compuesto químico que contiene casi la totalidad del CO_2 del organismo. El bicarbonato representa el factor de cantidad de CO_2, el CO_2 combinado, que corresponde aproximadamente al 95% del CO_2 total. La concentración de bicarbonato normal varía entre 22 – 29 mEq/L. (Patiño, JF. Rodríguez, E. Gases Sanguíneos, Fisiología de la Respiración e Insuficiencia Respiratoria Aguda. Editorial Médica Panamericana. Santafé de Bogotá. Séptima edición. 2005. 183-238 / Adrogue, H. Madias, N. Management of life-threatening acid-base disorders. The New England Journal of Medicine. 1998; 338 (1): 26-33)

BILLINGS JOHN: El 2 de abril de 2007, fallece en su hogar a los 89 años tras una breve enfermedad, el médico neurólogo australiano John Billings (1). Junto a su esposa Evelyn fueron los pioneros del desarrollo del método de planificación natural de la familia que lleva su nombre: método de la ovulación o método de Billings. En 1972, reportan las características de los cambios del moco cervical durante el ciclo menstrual (2) y su asociación con la fertilidad de la mujer. Estos cambios son fácilmente reconocidos por la mujer previamente capacitada y puede utilizarlos tanto para la prevención como la búsqueda de gestaciones. Lo más importante de este método es que no interfiere en la fisiología del proceso reproductivo, por lo que está libre de efectos secundarios, no tiene contraindicaciones médicas, ni costo económico para la usuaria una vez instruida. Estas características determinaron que la Organización Mundial de la Salud (WHO), desarrollara un estudio multicéntrico (Auckland, Bangalore, Dublin, Manila, El Salvador) para verificar su aplicabilidad y efectividad, los que fueron publicados en Fertility & Sterility. Se demostró así que mujeres con fertilidad probada, de diferentes nacionalidades y condición socio-cultural, pueden reconocer y diferenciar sus períodos de infertilidad y fertilidad con gran efectividad y utilizarlo en la planificación de sus familias. Posteriormente, WHO lo incluyó dentro de las alternativas de métodos para planificación familiar, siendo incorporado en más de 100 países, incluida China donde es el único método de planificación natural de la familia con aprobación gubernamental. (Donoso S, Enrique. Dr. John Billings. *Rev. chil. obstet. ginecol.*, 2007, vol.72, no.3, p.201-202. ISSN 0717-7526. // WHO. A prospective multicentre trial of the

ovulation method of natural family planning. V. Psychosexual aspects. Fértil Steril 1987;47:765-72.)

BILLINGS, MÉTODO DE EVALUACIÓN DEL MOCO CERVICAL: Se denomina método Billings en honor a los médicos australianos John y Evelyn Billings, que investigaron y "descubrieron" o sistematizaron el método para ubicar los días de la ovulación. En los días no fértiles el moco es escaso y su grado de filancia (capacidad de formar hilos al tomarlo entre dos dedos) es pobre. Por el contrario, durante los días de la ovulación el moco aumenta en cantidad y su filancia permite hacer hilos largos, mayores a 4 centímetros. En estos días el moco cervical obtenido a nivel de la vulva por la propia mujer, tiene aspecto de clara de huevo y le indica que está ovulando, lo cual es útil para buscar un embarazo o para evitarlo.(WHO. A prospective multicentre trial of the ovulation method of natural family planning. V. Psychosexual aspects. Fértil Steril 1987;47:765-72.)

BILLINGS MÉTODO DE PLANIFICACIÓN: Ver Billings, método de evaluación del moco cervical.

BIOPSIA: (De *bio-* y el gr. ὄψις, vista). f. *Med.* Muestra de tejido tomada de un ser vivo, con fines diagnósticos// (Diccionario de la Real Academia Española (www.rae.es).

BIOPSIA DE CÉRVIX: Ver Biopsia del cuello uterino.

BIOPSIA CORIÓNICA: Ver Biopsia de vellocidades coriónicas.

BIOPSIA DE LA MAMA: Es la extirpación de una pequeña parte del tejido mamario, con fines diagnósticos. Se puede realizar con bisturí a cielo abierto, con aguja de tru-cut o con aguja fina. Si es necesario marcar la zona donde se va a tomar la biopsia, se utiliza una marca radio-opaca.

BIOPSIA DE MAMA CON AGUJA DE TRUCUT: Es un método diagnóstico para pacientes con nódulos mamarios que permite la obtención de muestra mamaria suficiente para el estudio histopatológico. Las mejores muestras se obtienen con aguja numero 14 con un 99% de precisión obteniendo cinco especímenes, sin embargo se reportan 5.4% de lesiones malignas en pacientes reportadas previamente como negativas. La biopsia puede dirigirse con guía mamográfica o esterotáxica, el espécimen puede ser leído por un

patólogo sin entrenamiento especial en citología; rara vez el tejido es considerado insuficiente y es fácil de diferenciar tumores in situ de tumores infiltrantes. (Berry, D. Cronin, DK. Effect of screening and adjuvant therapy on mortality from breast cancer. N Engl J Med. 2005; 353: 1784)

BIOPSIA CON AGUJA ESTEREOTÁXICA: Es un tipo de biopsia radioquirúrgica que consiste en extirpar la lesión mamaria en su totalidad guidado a través de la marcación con aguja estereotáxica. Puede practicarse en la mayoría de lesiones mamarias no palpables o en todas aquellas imágenes altamente sugestivas tipo BIRADS 4 en las cuales la biopsia abierta esta indicada y no debe ser un substituto para imágenes inadecuadas o de mala calidad. Para lesiones sospechosas BIRADS 3 no se recomienda por la mínima posibilidad de encontrar lesiones malignas; podría practicarse en pacientes con mucha ansiedad que les impida esperar la mamografía de seguimiento a corto plazo. No se debe realizar cuando las lesiones son muy profundas o están muy cerca de la piel ni en casos de volumen mamario muy pequeño. (Berry, D. Cronin, DK. Effect of screening and adjuvant therapy on mortality from breast cancer. N Engl J Med. 2005; 353: 1784)

BIOPSIA DE BLASTOCISTOS: Es un proceso que consiste en la extracción de células del trofoectodermo del blastocisto, mediante técnicas de micromanipulación. El blastocisto resultante tiene menor número de células, pero la proporción de masa celular interna / trofoectodermo, es normal, de tal manera que la extracción de las células no afecta el desarrollo del blastocisto. El proceso consiste en realizar un pequeño orificio en la zona pelúcida y obtener las células del trofoectodermo por aspiración directa con una fina micropipeta o presionando el embrión por un punto distante para que las células sean liberadas. La ventaja que establece realizar la biopsia en esta fase de división, es que se puede obtener mayor cantidad de células, lo cual mejora las oportunidades de diagnóstico. (Guidelines on the number of embryos transferred. Fertil Steril 2004; 82:773)

BIOPSIA DE EMBRIONES: Corresponde a la toma de una muestra de embriones, en cualquier fase de su división, con el objetivo de realizar evaluación de su contenido genético antes de realizar la transferencia, para

descartar los embriones con patología genética. El momento idóneo para la realización de la biopsia es el tercer día después de la inseminación, cuando los embriones se encuentran en estadío de 6 a 8 células; siempre se debe obtener la muestra luego del periodo de cuatro células. Se ha establecido que en el estadio de 6 a 8 células, la obtención de 1 o 2 blastómeras no afecta negativamente el desarrollo del embrión hasta blastocisto. Las técnicas disponibles en la actualidad para el análisis de embriones antes de ser transferidos, requieren métodos invasivos para la obtención de las células; la extracción de células embrionarias se realiza mediante técnicas de micromanipulación con microinyectores y micromanipuladores adaptados. La biopsia consiste en realizar una pequeña perforación de aproximadamente 20 a 40 micras en la zona pelúcida, utilzando métodos químicos o métodos mecánicos; a continuación se extrae la blastómera presionando el embrión por otro punto hasta conseguir que extruya la blastómera o inyectando un flujo de medio que realiza el efecto de empujar una de las blastómeras hacia el orificio creado en la zona pelúcida. Después de la biopsia los embriones se cultivan hasta que se obtiene el diagnóstico. (Guidelines on the number of embryos transferred. Fertil Steril 2004; 82:773)

BIOPSIA DE LA MAMA CON ARPÓN: Es una biopsia realizada mediante la inserción de un señalador radiopaco (hecha por el radiólogo) que orienta al cirujano sobre el punto exacto donde se encuentra la zona sospechosa de malignidad, de donde debe tomar la muestra. Los primeros señaladores utilizados fueron arpones metálicos de pescar, utilizados por su diseño para evitar que se desplazaran antes de la biopsia. En la actualidad los señaladores son de diferentes materiales y de diferentes formas pero se siguen llamando arpones. // Sinónimo: Biopsia orientada con arpón.

BIOPSIA DE LA TROMPA UTERINA: Es la extirpación de una pequeña parte del conducto tubárico, con fines diagnósticos. Se puede realizar con bisturí a cielo abierto, o con un biótomo de laparoscopia.

BIOPSIA DE LA VULVA: Es la extirpación de una pequeña muestra de una de las estructuras de la vulva con el propósito de enviarlo a estudio histopatológico. Aunque la principal indicación es la sospecha de una lesión

maligna, otras circunstancias pueden requerir de este estudio. Si hay probabilidad de un carcinoma, se recomienda hacer el test de Collins (prueba de coloración de azul de toluidina) para decidir el mejor lugar de la muestra. Se infiltra localmente con lidocaína y se extrae el tejido a estudiar con un equipo de sacabocados bien afilado y estéril junto con pinzas delicadas de Adson. Si no se dispone de dicho sacabocados se reemplaza por un cuchilla de bisturí . El tejido biopsiado debe tener por lo menos 5 mm de profundidad más allá de la lesión aparente pues en caso de que se trate de una lesión maligna el patólogo debe averiguar si el tejido circundante está comprometido o no. Los mismos 5 mm deben mantenerse en el tejido circundante con el mismo propósito mencionado para la profundidad. Después de resecado el tejido se debe poner uno o dos puntos para evitar la infección y el malestar . Sin embargo es prudente advertir a la paciente sobre la posibilidad de que la herida se infecte y la manera como debe manejar esta situación.

BIOPSIA DEL ENDOMETRIO: Es un procedimiento diagnóstico que consiste en la remoción de tejido endometrial para estudio histopatológico. El procedimiento consiste en realizar una exploración pélvica bimanual para determinar tamaño uterino y anomalías anexiales, exposición del cérvix, limpieza del mismo con solución yodada, realización de histerometría y posteriormente introducción de una cureta conocida como cánula de Novak con aspiración y remoción de tejido endometrial anterior, posterior y lateral. Puede realizarse en forma ambulatoria y sin anestesia, en el consultorio médico. La principal indicación de la biopsia endometrial es el estudio de hemorragia uterina anormal en pacientes post-menopáusicas con factores de riesgo para carcinoma de endometrio. Las contraindicaciones del procedimiento incluyen la presencia de enfermedad inflamatoria pélvica activa o trastornos de la coagulación. (Clark, TJ, Mann, CH, Shah, N, et al. Accuracy of outpatient endometrial biopsy in the diagnosis of endometrial hyperplasia. Acta Obstet Gynecol Scand 2001; 80:784)

BIOPSIA DEL CUELLO UTERINO: Es la extirpación de juna pequeña parte del cuello uterino, con fines diagnósticos. Se puede realizar con diferentes tipos de biótomos pero los más utilizados en la actualidad son aquellos que producen

mínimo daño al tejido biopsiado y mínimo sangrado cervical. Son de amplia aceptación las pinzas que hacen corte en cuña (como la de Schumacher)

BIOPSIA DEL CUELLO UTERINO CON ASA DE RADIOCIRUGÍA: Es la extirpación de la superficie del exocérvix mediante el uso de un asa de electrocirugía. Puesto que realmente se realiza una conización del cuello, se amplía este término al definir Conización

BIOPSIA DEL CUELLO UTERINO EN CONO: Ver Conización

BIOPSIA DEL OVARIO: Es la extirpación de una pequeña parte del ovario, que se realiza generalmente por laparoscopia o a cielo abierto, con el propósito de hacer un estudio histopatológico de este órgano. Cuando la porción extraída del ovario toma la forma de un triángulo, toma el nombre de biopsia en cuña, que puede ser diagnóstica o terapéutica.

BIOPSIA DEL OVARIO EN CUÑA: Extirpación de una pequeña parte del ovario con doble corte que converge en un punto que le da el aspecto de un triángulo a la muestra. Puede ser terapéutica si se trata de un ovario poliquistico o puede ser realizada para estudio histopatológico.

BIOPSIA DE SENO: Ver biopsia de la mama.

BIOPSIA DE VELLOSIDADES CORIALES: Extirpación de una pequeña muestra de vellosidades del corion, que se realiza especialmente al inicio del embarazo(hacia las semanas 10-12), con el propósito de hacer un estudio cito patológico o genético de la placenta. Permite hacer u diagnóstico precoz de la patología cromosómica corio-fetal, pero pone en riesgo la vitalidad del embrión o del feto por la posibilidad de originar un hematoma en el sitio de la biopsia. Sinónimo: Biopsia coriónica.

BIOPSIA EXCISIONAL ABIERTA MAMARIA: Consiste en la resección total de una lesión sospechosa mamaria con margen de tejido circundante de 1 cm; los bordes deben ser marcados con tinta china y debe ser orientada la pieza quirúrgica con marcación para determinar la ubicación de márgenes positivos o muy estrechos y poder definir adecuadamente una ampliación de la resección si es necesaria. Por tratarse de un método invasivo, se indica cuando no ha

sido posible el diagnostico con técnicas menos invasivas. (Berry, D. Cronin, DK. Effect of screening and adjuvant therapy on mortality from breast cancer. N Engl J Med. 2005; 353: 1784)

BIOPSIA FRACCIONADA: Se refiere a la toma de una fracción del endometrio con un instrumento que raspe y aspire preferiblemente, o que simplemente raspe un pequeño sector de la cavidad endometrial. Gutierréz Vega, Pablo Alberto; García Gómez, Rafael; Uscanga Sánchez,Utilidad clínica de la toma de biopsia fraccionada de endometrio por aspiración con jeringa y cánula de Kermann en el diagnóstico histopatológico de la paciente con sangrado postmenopáusico. Rev. sanid. mil;53(1):15-7, ene.-feb. 1999.

BIOPSIA INCISIONAL ABIERTA MAMARIA: Es un tipo de biopsia realiza para el estudio histopatológico de pacientes con nódulos mamarios. Se practica para extirpar parte de una lesión sospechosa mayor de 4 cm que necesite manejo inicial con quimioterapia o radioterapia. Usualmente se realiza con anestesia local y con bisturí frío para evitar daños en el material. Se debe practicar una marcación perilesional con tinta indeleble porque muchas lesiones pueden hacerse no palpables o pueden desaparecer totalmente después del tratamiento ocasionando imprecisiones en el abordaje quirúrgico posterior. (Berry, D. Cronin, DK. Effect of screening and adjuvant therapy on mortality from breast cancer. N Engl J Med. 2005; 353: 1784)

BIOPSIA MAMARIA CON AGUJA BAJO GUÍA ESTEREOTÁXICA: El principio de la estereotaxia es la localización precisa de la lesión mediante tres dimensiones que se determinan sobre la base de su aparente cambio de posición en dos ángulos de la imagen; las coordenadas x y y son evidentes en las imágenes y la profundidad Z se calcula del giro del paralelaje. Es menos invasiva y costosa que la biopsia quirúrgica , y se utiliza para demostrar enfermedad multicéntrica, evitando a la paciente una doble cirugía; se remueve menos tejido, no hay deformidad en el seno y la cicatriz es mínima o no se encuentra en los mamogramas posteriores. Puede obviar los procedimientos quirúrgicos en mujeres con lesiones benignas y reducirlos en pacientes con cáncer. Sin embargo, con la aguja las calcificaciones son difíciles de obtener y no permite dejar un marcador; puede caracterizar incompleta la lesión

mamotomo. La indicación más importante es en las lesiones de categoría BI-RADS 4, permitiendo definir entre el manejo médico con seguimiento mamográfico y el quirúrgico. Otros de sus posibles usos son en las lesiones BI-RADS 5. En ellas se puede realizar para confirmar el diagnóstico y planear el tratamiento; también en los casos de BI-RADS 3 y que son aceptados para biopsia y en lesiones de pacientes sin posibilidades quirúrgicas (estado IV, recidivas, linfomas, etc.).Los aparatos de estereotaxia son de dos tipos: los adicionados a equipos convencionales de mamografía y las unidades exclusivas con mesas para decúbito prono, que permiten el paso de la mama a través de una abertura en la mesa. Las ventajas de los equipos adicionados son de menor costo, el mamógrafo puede ser usado en la actividad acostumbrada, más cómodo para pacientes en mal estado general y permite mejor visión de las lesiones cercanas a la pared torácica y axila. Sus desventajas son mayor probabilidad de reacción vasovagal, por estar la paciente observando el procedimiento, menor espacio para realizar la biopsia, requiere que la paciente permanezca sentada e inmóvil, y las anormalidades mamográfica justo debajo de la piel pueden ocasionar problemas técnicos.// Fuentes: http://encolombia.com/medicina/cirugia/ cirugia17402 - diagnostico1.htm, Liber man L: Clinical management issues in percutaneous core breast biopsy. Radiol Clin North Ame, 2000; 38: 791-807 // Sickles EA: Periodic mammographic follow-up of non palpable breast lesions: results in 3184 consecutive cases. Radiology, 1991; 179: 463-8.// Rebner M, Chesbrough R, Gregory N: Initial experience with the advanced breast biopsy instrumentation device. AJR 1999; 173: 221-6.//

BIOPSIA POR ASPIRACIÓN CON AGUJA FINA: Ver BACAF

BIÓTOMO: Es cualquier pinza que tenga por objeto la realización de una biopsia. En el cuello uterino se utilizan con frecuencia los biótomos de Schumacher y de Kevorkian, ilustrados en la figura inferior.

BIPARIETAL, DIÁMETRO: Es la medida ecográfica que se realiza a la cabeza del feto, desde el borde externo de un parietal, hasta el borde externo del parietal opuesto. Este diámetro, solo o combinado con otras medidas corporales, es de utilidad para calcular la edad gestacional.

BI-RADS: Es la sigla de inglés Breast Imaging Reporting And Data System, que significa Reporte de Imágenes Mamarias y Sistema de Datos. El American College of Radiology publicó en 1993 el sistema BIRADS para facilitar el reporte, interpretación y almacenamiento de los datos. Tanto los radiólogos como los clínicos utilizan un lenguaje de fácil interpretación respecto al riesgo de cáncer mamario, que es el fin primordial de las mamografías. Las modificaciones al BIRADS se hicieron en 1995, 1998 y 2003. El BiRads se divide en 7 categorías, de 0 a 6. // **2.** Es una clasificación por categorías de las microcalficaciones que se encuentran en el estudio mamográfico. Permite evaluar las características de las lesiones y su asociación con carcinoma de mama. Se divide en cinco categorías: BI-RADS 1: considerado como hallazgos normales que nos requieren ningún tamizaje de rutina. BI-RADS 2 : son lesiones definitivamente benignas con probabilidad de cáncer similar a la población general. BI-RADS 3: son lesiones probablemente benignas con un valor predictivo positivo para cáncer inferior al 2%. Micro-calcificaciones de morfología redondeada y/o punteada, con distribución agrupada. BI-RADS 4: son lesiones probablemente malignas con un valor predictivo positivo para cáncer entre 29-34% hasta 70%; son microcalcificaciones de morfología amorfa con cualquier distribución. BI-RADS 5: son lesiones altamente sugestivas de de malignidad con un valor predictivo positivo para cáncer alrededor del 90%. (Berry, D. Cronin, DK. Effect of screening and adjuvant therapy on mortality from breast cancer. N Engl J Med. 2005; 353: 1784) (Smith-Bindman R, Chu PW, Miglioretti DL, et al. Comparison of screening mammography in the United States and the United Kingdom. JAMA2003;290:2129–2137)

BI-RADS CATEGORÍA 0: Categoría 0: Los hallazgos no son claros por lo cual requieren de otros métodos diagnósticos de precisión (ecografía, biopsia, etc).// La calificación de BI-RADS 0 para una mamografía, lleva implícita la solicitud de otras pruebas para precisar el diagnóstico, las cuales se justifican solo en los casos en que haya riesgo de malignidad.

BI-RADS Categoría I: No hay hallazgos que hagan sospechosa la presencia de lesiones malignas. // Esta calificación significa que las imágenes son completamente normales y que la mamografía carece de cualquier imagen sospechosa de malignidad.

BI-RADS Categoría II: Las alteraciones encontradas son propias de patología benigna. // Esta calificación implica que la mamografía no es completamente normal, pero ninguna de las alteraciones encontradas hace pensar en patología maligna.

BI-RADS Categoría III: Los hallazgos encontrados son probablemente benignos. // El informe de una mamografía con esta categoría muestra leve duda sobre la benignidad o malignidad, pero con mayor probabilidad de que no hay cáncer en los senos de la paciente examinada.

BI-RADS Categoría IV: Hay hallazgos sospechosos de malignidad // El informe de una mamografía con esta categoría muestra duda sobre la benignidad o malignidad, pero con mayor probabilidad de que haya cáncer en los senos de la paciente examinada. Por esta razón se acompaña de recomendaciones sobre otros exámenes de precisión(biopsia estereotáxica, extirpación de la masa sospechosa, etc).

BI-RADS Categoría V: Los hallazgos encontrados son muy sugestivos de malignidad // La calificación de una mamografía con esta categoría muestra algo de duda sobre la malignidad, pero con mayor probabilidad de que sí haya cáncer en los senos de la paciente examinada.

BI-RADS Categoría VI: los hallazgos son concluyentes de carcinoma mamario. // Smith-Bindman R, Chu PW, Miglioretti DL, et al. Comparison of screening mammography in the United States and the United Kingdom. JAMA2003;290:2129–2137.

BISEXUAL: (De *bi-* y el lat. *sexus*, sexo).**1.** adj. hermafrodita**.//2.** adj. Dicho de una persona: Que alterna las prácticas homosexuales con las heterosexuales.

BISHOP, PUNTUACIÓN: (Para evaluar la longitud y dilatación del cérvix de la gestante a término):**1.** Es una medida subjetiva de las condiciones del cuello uterino para calcular la posibilidad de que una inducción del parto tenga éxito en las siguientes 24 horas. De acuerdo al puntaje se puede predecir de una manera aproximada la posibilidad de que el niño nazca el mismo día o que la inducción tome muchas horas o días para ser exitosa. Esta aproximación temporal es importante por cuanto el médico debe decidir si la madre y/o el feto

pueden esperar a una inducción larga o si el caso amerita el nacimiento en pocas horas. Un ejemplo del primer caso es la madre multípara en buenas condicione s generales que llega con un óbito fetal sin ningún tipo de distocia y con el cuello largo, posterior y cerrado: aunque el cuello está inmaduro no hay tanta prisa por desembarazar la materna el mismo día. Un ejemplo para el segundo caso es la paciente con gestación a término, con preeclampsia severa, con anasarca e insuficiencia renal progresiva, con el cuello largo, posterior y cerrado cuyo monitoreo muestra desaceleraciones variables. En este caso la conducta adecuada es llevar la paciente a cesárea en el menor tiempo posible por cuanto la inducción tomaría muchas horas, tantas que daría ocasión a mayores complicaciones maternas o fetales. // **2**. Índice creado por el Dr E. H. Bishop en 1964 para reconocer las condiciones del cuello de la paciente en trabajo de parto, el cual considera 5 calidades: 1-Estación de la parte fetal presentada 2-Dilatación del cuello 3-Borramiento del cuello 4-Consistencia del cuello y 5-Posición del cuello. Cuando la sumatoria es igual ó menor a 4 puntos la inducción se prevé larga y podría ser fallida. Si es de 5 a 7 la posibilidad de éxito para las siguientes 24 horas es del 75%. Si el puntaje suma 8 a 13 puntos hay una alta probabilidad de una inducción exitosa para las siguientes 24 horas. Ver índice de Lange (ó Bishop modificado)// **3.** Escala de puntuación establecida por Bishop desde 1964 para evaluar la condición cervical previo al inicio de la inducción del trabajo de parto . Se evalúan cinco parámetros (dilatación, borramiento, estación, posición y consistencia cervicales) y a cada parámetro se da una puntuación entre 0 y 3. Una puntuación de Bishop de 9 o más establece una condición cervical ideal para la inducción con oxitocina; sin embargo, se pueden tomar puntuaciones mayores de 6 para definir inicio de inducción con oxitocina con alta probabilidad de éxito. (Sánchez-Ramos, L. Induction of Labor. Obstetrics and Gynecology Clinics of North America. 2005. 32: 181-200).

BISTURÍ: Instrumento quirúrgico de corte que se compone mango y hoja. Los mangos más utilizados en gineco-obstetricia son los de número 3 y 4. Las hojas más utilizadas son las 18 a la 26.

BLASTEMA: m. (Embriol.) **1.** Conjunto de células embrionarias cuya proliferación conduce a la formación de un órgano determinado. *blast(o)-*

βλαστός gr. 'germen, retoño, forma celular inmadura' + *-ē-ma* gr. Leng. base: gr. Antigua reintroducida con cambio de significado. En gr. *blastēma* βλάστημα es 'retoño'. //**2.** Masa de células embrionarias indiferenciadas capaz de crecer y especializarse en tejidos y órganos con funciones propias. Estas células madre se encuentran en las fases más tempranas del desarrollo de los seres vivos complejos, o en los momentos en que deben regenerar un tejido lesionado. Algunos animales adultos poco complejos mantiene una reserva de blastema, la cual le da la capacidad de reemplazar órganos amputados como la cola, una pata,etc.// (Real Academia de la lengua.

BLASTOCISTO: Recibe este nombre el producto de la gestación que viene luego de la etapa llamada mórula. El comienzo del blastocisto está marcado por la formación de una cavidad en el interior de la mórula con el líquido proveniente de la trompa que atraviesa la zona pelúcida. La masa de células, llamadas blastómeras, dejan un espacio libre en el centro llamado cavidad del blastocisto(que es el primordio de la cavidad amniótica) la cual favorece la polarización celular en dos grupos: las más externas y delgadas que forman el trofoblasto que constituye el origen embrionario de la placenta. El otro grupo de blastómeras se localiza en el centro y constituyen el origen del embrión, por lo cual toman el nombre de embrioblasto. Este periodo termina cuando se implanta completamente en la cavidad endometrial hacia el día 13 post fecundación. Las dos etapas de mórula y de blastocisto en su conjunto constituyen el periodo del desarrollo llamado pre-embrión. // **2.** Poco tiempo después de la entrada de la mórula en la cavidad uterina (cuatro días después de la fecundación), entre las blastómeras centrales de la misma aparece un espacio lleno de líquido que se denomina cavidad del blastocisto. Este líquido pasa a través de la zona pelúcida desde la cavidad uterina para formar estos espacios. A medida que el líquido aumenta, las blastómeras se separan en 2 partes. Esta fase del desarrollo humano se denomina Blastocisto. (Moore, K. Persaud, T. Inicio del desarrollo embrionario: Primer semana. Embriología Clínica. México. McGraw-Hill Interamericana. 6° edición. 2001. pg. 17 – 49).

BLASTOGÉNESIS: blasto: gr βλαστός, germen, retoño; γένεσις, generación. Dsarrollo de un individuo a partir de un blastema.

BLASTÓMERA: Cada una de las células madre totipotenciales en que se divide el cigoto. (Ronan O¨Rahilly, Fabiola Müller (1998) Embriología y Teratología Humanas. Editorial Masson.SA.)

BLASTOPATÍA: Se refiere a las malformaciones congénitas originadas en un defecto de las blastómeras a partir de las cuales se desarrolló el individuo.

BLENORRAGIA: Es la enfermedad venérea causada por la Neisseria gonorhoeae. El término blenorragia significa blennos, mucosidad, y ragia, de ragnýnai, flujo. Es por lo tanto una enfermedad que se caracteriza por la producción de un fluido mucoso, más fácil de identificar en los hombres.

BLOQUEO AV COMPLETO (del corazón fetal): Es un trastorno del ritmo cardiaco fetal diagnosticado en forma prenatal. Presenta una incidencia de 1 en 20.000 RN. Se caracteriza por una disociación completa entre la contractilidad auricular y ventricular. El diagnóstico se realiza por ultrasonografía en modo M, al visualizar la contractilidad auricular y ventricular con diferente ritmo. La evaluación del trastorno se completa al establecer asociación con malformación cardiaca estructural, teniendo en cuenta que el bloqueo AV completo con cardiopatía congénita compleja tiene una mortalidad cercana al 100%, mientras que los fetos con corazón estructuralmente normal presentan una sobrevida cercana al 90%. Los factores pronósticos incluyen: presencia de hidrops fetal, frecuencia cardiaca ventricular mayor de 55 latidos/min o auricular mayor de 120 latidos/min. Las madres cuyos fetos tienen esta alteración cardiaca, tienen mayor riesgo de parto prematuro y los fetos tienen aumentado el riesgo de muerte. (Fleischer, A. Manning, F. Jeanty, P. Romero, R. Ecografía en Obstetricia y Ginecología. Diagnóstico prenatal de enfermedades cardíacas congénitas. Madrid, España. Ediciones Marban. Sexta edición. 2002. p 375-388)

BLOQUEO EN SILLA DE MONTAR: Anestesia local a nivel sacro cuyo efecto bloquea la sensibilidad en la zona del periné que se pone en contacto con la silla de montar de los jinetes.

BLOQUEO PARACERVICAL: Anestesia local en las zonas laterales del cuello para realizar procedimientos quirúrgicos menores en el cérvix o en el endometrio.

BLOQUEO PUDENDO: anestesia del nervio pudendo interno.

BLOQUEO REGIONAL: anestesia local cuyo efecto bloquea una zona grande del cuerpo o un órgano completo como el ojo.

BLOQUEO SUBARACNOIDEO: anestesia que se coloca a nivel del espacio subaracnoideo del canal raquídeo.

BOCHORNO: latin vulturnus, viento del oeste. Calor sofocante, por lo común en horas de calma o por fuego excesivo.//2. Encendimiento pasajero del rostro// 3. Desazón o sofocamiento producido por algo que ofende, molesta o avergüenza.(www.rae.es)

BOLO DE SEGURIDAD DE PINARD: Es la contracción uterina que ocurre desde el momento que termina la expulsión de la placenta. El útero se contrae y adquiere la consistencia de una piedra. Cuando no ocurre esta contracción por atonía uterina, se pierde excesiva cantidad de sangre que pone en peligro la vida de la puérpera. El bolo de seguridad de Pinard es el primer signo del puerperio. Debe su nombre a la descripción que hizo del mismo el obstetra francés Adolphe Pinard, nacido en la región de Champagne, en el siglo XIX.

BOLSA DE CHASSAIGNAC: Ver Bolsa retro-mamaria

BOLSA DE LAS AGUAS: Es un término popular utilizado para mencionar la cavidad amniótica.

BOLSA RETROGLANDULAR: Ver Bolsa retro-mamaria

BOLSA RETROMAMARIA: Espacio virtual ubicado entre la cara posterior de la mama y la cara anterior del músculo pectoral anterior / **2.** Las mamas no se fijan directamente sobre los músculos del tórax, entre estos y aquella existe un espacio fibroso que le permite un desplazamiento en sentido vertical de manera principal. Este espacio también es recorrido por delicados y abundantes colectores linfáticos que terminan en el nivel ganglionar III. El despegamiento

quirúrgico de la mama a partir de esta región fibrosa, deje un espacio descrito por el Dr. Charles Marie Édouard Chassaignac (1805-1879) cirujano parisiense quien hizo aportes a la cirugía mamaria y a la traqueostomía. En la actualidad se aprovecha esta zona laxa de la mama (espacio virtual) para formar una bolsa en la cual se colocan las prótesis para aumentar el volumen de los senos. //(Alarcón NMA, Amaya MV, Alarcón AMA. Anatomía clínica del aparato genital femenino. Capítulo 11, Anatomía de la mama. Edit. Manual Moderno, México 2005).// Sinónimos: Bolsa retro-mamaria de Chassaignac, Bolsa serosa retro-mamaria, Bolsa retro-mamaria., Espacio de Chassaignac

BOLSA SEROSA MAMARIA: Ver Bolsa retro-mamaria.

BONNEY, PRUEBA PARA INCONTINENCIA URINARIA: Es un test que simula el beneficio de una cirugía que eleve el ángulo uretro-vesical para corregir la pérdida involuntaria de orina, en una paciente que tiene la vejiga llena. Con los dedos o con una pinza se asciende la vagina, de manera bilateral en los puntos donde está ubicada la unión entre la vejiga y la uretra, de la manera como lo haría una sutura quirúrgica colocada en cada paracolpo, a los lados de la uretra femenina. Si esta maniobra impide la salida de la orina, hace suponer que el problema es causado por la pérdida del ángulo mencionado, y que una cirugía como la cistopexia de Burch o cualquiera de sus variantes, corregirá la incontinencia urinaria. Los resultados de esta prueba han sido aceptados por numerosos autores pero ha sido puesto en duda por otros. (Cortesse A, Cardot V -Comité d'Urologie et de Pelvi-périnéologie de la Femme Association Franņaise d'Urologie-. Prog Urol. 2007 Nov;17-6 Suppl 2-:1242-51)

BORRAMIENTO DEL CUELLO: Es un término estrictamente obstétrico, relacionado con la longitud del cuello. En general el grado de borramiento del cuello uterino durante el preparto o el trabajo de parto, se expresa en términos de porcentaje de acortamiento del canal cervical en comparación con el cuello sin borramiento. Cuando el cuello es de longitud normal su borramiento es del 0%. Cuando la longitud del cuello uterino está reducida a la mitad, se encuentra borrado en un 50%; cuando el cuello uterino se vuelve tan delgado que semeja el borde del pliegue interdigital de la mano, se dice que está borrado completamente o en un 100%.

BOTÓN MAMARIO: Primera fase de la Telarquia. La mama aparece como una pequeña saliente en el pecho de la niña o la adolescente.

BÓVEDA VAGINAL: Repliegue de la vagina a nivel del cuello. Equivale a fórnix.

BOWEN, CÁNCER : Ver Enfermedad de Bowen.

BOWEN, ENFERMEDAD: Lesión maligna de la piel que está en la etapa pre-invasiva. // Cáncer escamo-celular de la piel que no ha sobrepasado la lamina basal y por tanto se tipifica como un carcinoma in situ. Aunque la enfermedad de Bowen es más frecuente en la región perineal, puede desarrollarse en cualquier parte de la piel del tronco, brazos y piernas. // (Bonnerup Jaeger et al. Bowen Disease and Risk of Subsequent Malignant Neoplasms: A Population-Based Cohort Study of 1147 Patients*Arch Dermatol* 1999;135:790-793) .Sinónimo: Cáncer de Bowen.

BOWENOIDE, PAPULOSIS: Carcinoma escamo-celular asociado al HPV-16 como agente causal.

BOZEMANN, PINZA: Instrumento metálico que se utiliza para limpiar o sujetar una estructura alejada de la superficie corporal. Se utiliza en gineco-obstetricia con frecuencia para limpieza de la cavidad vaginal.

BRACHT, ERICH FRANZ EUGEN(1882-1969): Gineco-obstetra alemán, nacido en Berlín el 5 de Julio de 1882, quien describió la maniobra que lleva su nombre, para la extracción del feto que viene en presentación de pelvis, durante el parto vaginal. En calidad de médico general trabajó como auxiliar en el laboratorio de patología de Aschoff en la ciudad de Freiburg. Allí contribuyó de manera importante en los estudios de la etiología de la miocarditis reumática. Cuando se decidió por la disciplina de la gineco-obstetricia, trabajó como auxiliar del Dr. Menge, en la ciudad de Heidelberg, de los doctores Pfannenstiel y Stöchel en la ciudad de Kiel y finalmente del Dr. Franz en Berlín. En 1922 fue nombrado profesor en la Universidad de Berlín, y tras la muerte del Dr, Franz, ocupó el cargo de Director de la Charité Frauenklinik, durante dos años. Posteriormente ocupó el cargo de Dirrector de la Provincial Frauenklinik, que una vez fue reconstruida en la postguerra (año 1945), se

constituyó en el hospital de mujeres más grande del país. Se retiró de la profesión a los 73 años en 1955 . Había presentado su maniobra en el Congreso Internacional de Ginecología y Obstetricia de Amsterdam en 1938, con un casuística de 206 pacientes sin mortalidad fetal. (Archives of disease in childhood and neonatal edition, 2003; 88: F76-F77)

BRACHT, MANIOBRA (para extraer la cabeza en el Parto de Pelvis): Ver Maniobra de Bracht.

BRADFORD-HILL, CRITERIOS DE CAUSALIDAD: Son un conjunto de razonamientos para establecer si una variable o un factor es causa de otra. Para evaluar esta asociación son necesarios varios criterios: 1) *Fuerza de asociación*: Se trata de saber si la relación entre la supuesta causa y el efecto es muy alta o muy baja. Para ello, ayuda averiguar si hay estudios de cohorte que indique el llamado Riesgo Relativo (RR= Diferencia de incidencia del efecto entre los individuos expuestos al supuesto factor causal, y aquellos individuos no expuestos al mismo). Se calcula mediante la siguiente fórmula: RR= Incidencia en el grupo expuesto/ Incidencia en el grupo no expuesto 2) *Constancia o Consistencia*: Consiste en conocer si la asociación entre las dos variables a las que investigamos una posible relación causa-efecto ha sido confirmada por más de un estudio, en poblaciones y circunstancias distintas por autores diferentes. En caso afirmativo este criterio adquiere gran valor.3) *Especificidad del efecto*: Es lógico que si el efecto propuesto está relacionado de forma específica con la causa (Ej: relación entre hiperlipidemia y arterioesclerosis), es más fácil de aceptar que si atribuimos múltiples efectos a una sola causa. Este argumento, aunque Hill no lo manifieste en su trabajo, también es útil por pasiva: es más fácil aceptar una relación causa-efecto cuando para un efecto sólo se baraja una sola etiología (Ej: intoxicación por plomo y cólico saturnino) que cuando para un determinado efecto se han propuesto múltiples causas añadidas a la que pretendemos analizar. (En este caso lo apropiado sería hablar de *Especificidad de la causa*). 4) *Relación en el tiempo o Secuencia temporal*: equivaldría a la cronología de Simonin. Se trata de asegurar que el factor de riesgo ha aparecido antes que el supuesto efecto. Ello es evidente al estudiar una lesión de origen traumático, pero puede ser difícil de demostrar cuando se investiga una enfermedad laboral crónica, en la

que la sintomatología inicial puede ser difícil de situar en el tiempo y asegurar que no apareció con anterioridad a la presunta causa. (Ej: no siempre podremos afirmar categóricamente que un trabajador ha adquirido una broncopatía crónica después de un periodo prolongado de exposición a un ambiente laboral polvoriento. A veces será imposible establecer el inicio claro de la sintomatología y afirmar que no había criterios de bronquitis crónica antes de que el tiempo de exposición empezara a actuar como un factor de riesgo). 5) *Gradiente biológico*: Este criterio tiene una lógica elemental: se trata de valorar la curva dosis-respuesta (relación directamente proporcional entre el número de cigarrillos consumidos al día y la incidencia de Carcinoma Epidermoide Broncogénico), o el tiempo de exposición en el que el sujeto ha estado expuesto al presunto factor causal (La relación entre la exposición al amianto y el mesotelioma pleural difuso ya ha sido científicamente comprobada; pero es evidente que no podemos pensar que un individuo que presente un mesotelioma pueda haber contraído su enfermedad en un taller en el que estuvo inhalando polvo de amianto durante 2 días). De hecho dicho criterio corresponde, en gran parte, a la intensidad referida por Simonin. No obstante, hay casos en que el gradiente biológico no se cumple (en la magnitud de una reacción alérgica no influye la dosis de alergeno que la induce). 6) *Plausibilidad biológica*: Se trata de que la causa que sospechamos tenga lógica biológica a la hora de explicar el efecto. Esta característica viene limitada por los conocimientos científicos que se tengan al respecto en el momento del estudio. 7) *Coherencia*: la interpretación de causas y efectos no puede entrar en contradicción con el comportamiento propio de la enfermedad o lesión. Correspondería a la evolución de Simonin. Este criterio es tan obvio que no precisa discusión. 8) *Experimentación*: es claro que la capacidad de reproducir experimentalmente la asociación causa-efecto, o incidir en la causa para alterar el efecto cuando no sea posible o no se considere ética otra modalidad de experimentación (Ej: eliminar el consumo de alcohol en una determinada población y ver si disminuye la incidencia de hepatopatía) ayudan a confirmar la relación de causalidad entre las 2 variables. 9) *Razonamiento por analogía*: Quizás sea el criterio más limitado en utilidad, pero no por ello menos válido. Se trata de identificar asociaciones causales de naturaleza similar. (Ej: aceptar la posibilidad de inducción de nefropatía u ototoxicidad de un nuevo antibiótico

aminoglicósido en base a la experiencia de que el resto de antibióticos de dicho grupo producen ambas lesiones).
(Hill A And Hill Id. Principles Of Medical Statistics. Edward Arnold, 1991. London // 2-Bofill Soliguer J Y García González-Betes R. Estudio de la Relación Causa-Efecto en Valoración del Daño Corporal. Comunicación al II Congreso Hispano-Luso de Valoración del Daño Corporal, 27 De Noviembre De 1998, Madrid.// 3- Jaume Bofill Soliguer : Integración De Los Criterios de Sir Austin Bradford Hill . Los Criterios Utilizados Tradicionalmente para el Estudio de la Causalidad. Página web de la VDC (Valoración del Daño Corporal: http://www.la-plaza.com/vdc/index)

BRADICARDIA FETAL: (Del gr. βραδύς, *bradi-* lento y del gr. καρδία, corazón).**1.** f. *Biol.* Ritmo cardiaco más lento que el normal./ **1.** Es la frecuencia cardíaca fetal basal por debajo de 120 latidos/min que dura 15 minutos o más (Freeman y col., 1991). Se consideran tres tipos de bradicardia: leve, moderada y severa. // (Jaeggi ET, Friedberg MK. Diagnosis and management of fetal bradyarrhythmias.Pacing Clin Electrophysiol. 2008 Feb;31 Suppl 1:S50-3.)

BRADICARDIA FETAL LEVE: La bradicardia leve fluctúa entre 110 y 119 latidos/min; en ausencia de otras alteraciones, no representa un compromiso fetal de importancia, sin embargo puede ser el comienzo de las manifestaciones de un sufrimiento fetal. No merecen una conducta obstétrica inmediata pues aunque se asocia a acidosis metabólica fetal en un 33% de los casos, estos recién nacidos no requieren reanimación. Sin embargo ante una bradicardia leve el médico debe estar atento a mayores cambios. // (Jaeggi ET, Friedberg MK. Diagnosis and management of fetal bradyarrhythmias.Pacing Clin Electrophysiol. 2008 Feb;31 Suppl 1:S50-3.)

BRADICARDIA FETAL MODERADA: La bradicardia moderada es aquella que está entre 90 y 109 latidos por minuto durante 15 minutos o más. // **2.** Es la disminución de la Frecuencia Cardíaca Fetal por debajo de 110 pero no menor de 100 lat/min. Es una condición que debe alertar al médico tratante para evaluar la duración y amplitud del descenso de la FCF y establecer su relación con la actividad uterina. (Royal Collage of Obstetricians and Gynaecologists.

The use of Electronic Fetal Monitoring. Evidence-based clinical guidelines. 2001. Number 8: 1 – 144) (Jaeggi ET, Friedberg MK. Diagnosis and management of fetal bradyarrhythmias.Pacing Clin Electrophysiol. 2008 Feb;31 Suppl 1:S50-3.)

BRADICARDIA FETAL SEVERA: La bradicardia severa es aquella que se encuentra por debajo de 90 latidos por minuto durante 3 minutos o más. Tanto los fetos con bradicardia leve con desaceleraciones, como los fetos con bradicardia moderada y severa, requieren atención inmediata pues el trastorno de la frecuencia cardiaca fetal suele reflejar la presencia de trastornos metabólicos que se presentan uno tras otro en cascada luego de una acidosis que se ha iniciado como consecuencia de hipoxia por compresión del cordón, falla placentaria, trabajo de parto muy dispendioso, etc. La bradicardia severa implica grave amenaza de muerte. // ((Boehm F.H., MD. Vigilancia intraparto de la frecuencia cardíaca fetal. Clínicas de Obstetricia y Ginecología. 1999 Dec; 26(4): 613-627 // Jaeggi ET, Friedberg MK. Diagnosis and management of fetal bradyarrhythmias.Pacing Clin Electrophysiol. 2008 Feb;31 Suppl 1:S50-3.)

BRADICARDIA FETAL SOSTENIDA: Es la disminución de la frecuencia cardíaca fetal por debajo de 110 lat/min durante un período mayor de 2 minutos. Es una condición ominosa y precede al paro cardíaco en fetos severamente comprometidos. (Royal Collage of Obstetricians and Gynaecologists. The use of Electronic Fetal Monitoring. Evidence-based clinical guidelines. 2001. Number 8: 1 – 144).

BRADICARDIA MATERNA: (De *bradi-* y el gr. καρδία, corazón).Ritmo cardiaco más lento de lo normal. // 2.Frecuencia cardiaca inferior a 60 latidos por minuto.

BRADISISTOLIA: Alteración de las fuerzas expulsoras del trabajo de parto caracterizada por una frecuencia menor a 3 contracciones cuantificadas en un periodo de 10 min.(Obstetrics and Gynecology Clinics of North America. Normal Labor: Mechanism and Duration. 32 (2005) 145 – 164).La bradisistolia se opone a la taquisistolia.

BRAQUITERAPIA: El término acuñado por Forsell en 1931, proviene del griego braqui, que significa corto, para hacer referencia a un tipo de radioterapia de corta distancia, como en el caso de la radioterapia del cuello uterino, en la cual se coloca una fuente de radiación dentro de la vagina para que el efecto sea mínimo en otros tejidos. También se llama curiterapia, en honor a los esposos Curi. Las fuentes de irradiación más utilizadas son el cesio-137, alambres de iridio-192 o semillas de yodo-131, oro-198 y paladio-103. El término braquiterapia se opone al de teleterapia, en la cual la fuente de irradiación es externa y lejana al cuerpo. (Shinglenton HM,Fowler WC,Jordan JA,Lawrence WD. Gynecologic oncology. Current diagnosis and treatment. W Saunders,London. 1996 p. 88)

BRAXTON-HICKS JOHN(1823-1897): Médico inglés nacido en Sussex. Se vinculó como obstetra del Guy´s Hospital en 1841. En 1872 describió las contracciones que se presentan con más frecuencia en el tercer trimestre del embarazo, que son percibidas de manear distanciada por la madre, y que no producen dilatación ni borramiento del cuello uterino. Por esta razón las contracciones de Braxrton-Hicks no hacen parte del trabajo de parto.(Dunn PM. John Braxton Hicks (1823-97) and painless uterine contractions. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 1999 Sep;81(2):157-8.)

BRAXTON-HICKS, CONTRACCIONES: Alrededor de la vigésima semana de gestación, incluso antes, el útero se contrae y se endurece por momentos preparándose para el parto. Como todo músculo, el útero debe tener cierto entrenamiento para soportar el trabajo de parto. Estas contracciones se caracterizan porque abarcan todo el útero, comenzando en la parte superior y extendiéndose gradualmente hacia abajo. (MacKinnon K, McIntyre M. From Braxton Hicks to preterm labour: the constitution of risk in pregnancy. Can J Nurs Res. 2006 Jun;38(2):56-72.)

BRAZO, PROLAPSO DURANTE EL PARTO: Es la expulsión de uno de los miembros superiores como primera estructura que se presenta en el canal del parto, en las presentaciones transversas. Se trata de una distocia que impide el parto normal, por lo cual preferiblemente se debe llevar la paciente a cesárea de manera urgente para evitar el trauma fetal.

BRENNER, TUMOR: El epónimo de esta masa recuerda al Dr. Fritz Brenner, patólogo alemán del siglo XIX, quien describió esta neoplasia ovárica // Tumor del ovario que consiste en un grupo de células epiteliales que descansan en un estroma de tejido conjuntivo fibroso. Este tipo de tumor es de rara frecuencia, representa menos del 1% de los tumores ováricos, por lo cual su hallazgo es ocasional y se descubre en piezas extraídas por otras razones en pacientes post-menopáusicas. Cuando se maligniza este tumor lo hace de manera unilateral. // (Kourda N, Elloumi H, Chérif K, Jilani SB, Zermani R. Proliferating Brenner tumor: Case report.Gynecol Obstet Fertil. 2008 Mar;36(3):292-295. Epub 2008 Mar 5.)

BREUS, HEMATOMA SUBCORIAL: Hematoma que se forma entre el coriony la decidua.

BRIDA AMNIÓTICA: Ver Banda amniótica.

BROMOCRIPTINA: es un agonista sintético de la dopamina, emparentado químicamente con los alcaloides del ergot. Es de utilidad para varios trastornos en los cuales el aspecto común es la elevación de los títulos séricos e la prolactina. También es de utilidad en el síndrome de abstinencia por cocaína. La bromocriptina estimula los receptores dopaminérgicos tipo 1 y antagoniza los receptores tipo 2 en el hipotálamo.

BRONCOASPIRACIÓN DE MECONIO: Es la aspiración que hace el feto en trance de nacimiento, del meconio que lo rodea en la cavidad amniótica. El meconio es irritante, por lo cual estos recién nacido hacen bronquitis secundaria, razón por la cual se asocia con mortalidad del 4%.(M. G. Ross. Meconium Aspiration Syndrome – More Than Intrapartum Meconium N. Engl. J. Med., September 1, 2005; 353(9): 946 - 948.)

BRUNSCHWIG: Ver Cirugía de Brunschwig.

BULBOS VESTIBULARES (nombre oficial de la nómina anatóm.:

Bulbus vestibuli). Reciben el nombre de bulbos por tener forma abultada y redondeada; el nombre de vestibulares se debe a su ubicación a lado y lado del vestíbulo vaginal, el cual está ubicado en la vulva. Cada bulbo vestibular está

en contacto con la fascia inferior del diafragma urogenital, cubierto por el músculo bulbo-cavernoso, y siguen el borde adherente de su respectivo labio menor. Los dos bulbos se unen por debajo del cuerpo del clítoris, en estrecha relación con el mismo; en algunos casos las colas de los bulbos se encuentran a nivel de la fosa navicular, pero la mayoría de las veces solo llegan a nivel de las glándulas vestibulares mayores.. Los bulbos vestibulares están irrigados por la arteria bulbo vestibular, rama de la arteria pudenda interna (que a su vez es rama de la hipogástrica) y están inervados por ramas del nervio pudendo interno. Son órganos eréctiles de la vulva, homólogos del cuerpo esponjoso del pene; el atrapamiento de sangre en los bulbos durante la excitación sexual hace que la vulva aumente su turgencia. (HE O´Connell, JM Hutson, CR Anderson and RJ Plenter. Anatomic relationship between urethra and clitoris Melbourne, Australia. *J Urol* 1998; 159: 1892-1897. // Latarget-Ruiz Liard. Anatomía humana, Edit Panamericana, México Vol. II, 2ª edición, 1988, pág 1758-1759) // Alarcón NMA, Amaya MV, Alarcón AMA. Anatomía clínica del aparato genital femenino., Anatomía de la vulva. Edit. Manual Moderno, México 2005, pag 165).

BULIMIA NERVIOSA: La palabra "bulimia" proviene del latín būlīmia, que a su vez proviene del griego βουλῑμια (boulīmia), que a su vez se compone de βους (bous), buey + λῑμος (līmos), hambre. Es una mezcla de consumo exagerado de alimentos en un lapso de tiempo corto, seguido de una sensación de culpabilidad que la lleva a vomitar de manera compulsiva o a tener periodos de ayuno o de muy baja ingesta de alimentos, seguido nuevamente por un periodo de exagerado consumo de alimentos. Este método de purga (patrones cíclicos de ingestión excesiva de alimentos y purgas) lo emplean el 80-90 por ciento de los sujetos que acuden a centros clínicos para recibir tratamiento. Otra característica esencial de este trastorno la constituyen que las conductas compensatorias inapropiadas para evitar la ganancia de peso. Muchos individuos usan diferentes medios para intentar compensar los atracones: el más habitual es la provocación del vómito. Los efectos inmediatos de vomitar consisten en la desaparición inmediata del malestar físico y la disminución del miedo a ganar peso. Otras conductas de purga son: el uso excesivo de laxantes y de diuréticos, enemas, realización de ejercicio físico muy intenso y

ayuno. Dado el normal aumento de peso y volumen corporal durante el embarazo, algunas mujeres pueden adquirir esta conducta anómala y cíclica de comer desaforadamente para proteger a su feto, y luego hacer ayuno, o realizar maniobras peligrosas para bajar de peso. (Knoph Berg C, Bulik CM, Von Holle A, Torgersen L, Hamer R, Sullivan P, Reichborn-Kjennerud T.Psychosocial factors associated with broadly defined bulimia nervosa during early pregnancy: findings from the Norwegian mother and child cohort study. Aust N Z J Psychiatry. 2008 May;42(5):396-404.// Favaro A, Tenconi E, Santonastaso P.The relationship between obstetric complications and temperament in eating disorders: a mediation hypothesis. Psychosom Med. 2008 Apr;70(3):372-7. Epub 2008 Feb 6.).

BURCH, JOHN CHRISTOPHER (1900-1977). El Dr. John Christopher Polk Burch, fue el hijo mayor del Dr. Lucius E. Burch un conocido ginecólogo de Nashville, Tennessee. Allí nació John el 21 de Julio de 1900. Fue profesor de ginecología de la Universidad de Vanderbilt. Diseñó la técnica de cistopexia que lleva su nombre**.** (Ver cirugía de Burch). Todas las técnicas ideadas hasta ahora para corregir la incontinencia urinaria se comparan con la eficacia de la cistopexia de Burch, que es el patrón de oro de esta cirugía.

BURCH, CIRUGÍA: Ver Cirugía de Burch.

Ca 15.30 y Ca 72.4: Son antígenos que se elevan en procesos neoplásicos ováricos, especialmente serosos, aunque el Ca 72.4 se eleva en forma importante en histotipos mucinosos. Permiten la evaluación de la progresión tumoral, detección de recidivas en forma similar al Ca125, sin embargo, el Ca125 presenta mayor sensibilidad y se eleva en forma más precoz. De lo anterior se concluye que la evaluación concomitante de Ca 19.9, Ca 15.30 y Ca 72.4 no aporta beneficios adicionales para la detección y seguimiento del CÁNCER de ovario comparado con la medición de Ca125. El punto de corte para el Ca 15.30 es 30 U/ml y el punto de corte para el Ca 72.4 es 3.5 U/ml. (Schutter, E. Davelaar, E. The differential diagnostic potential of a panel of tumor marker (Ca 125, Ca 15.3 and Ca 72.4 antigens) in patients with pelvic masss. Am J Obstet Gynecol. 2002; 187 (2): 385-392)

Ca 19.9: El Ca 19.9 es una glicoproteína que se encuentra elevada en el 83% de los tumores ováricos mucinosos. El hecho de que este marcador presente una elevada sensibilidad para los tumores mucinosos, lo hace ideal para evaluarlo en forma conjunta con el Ca 125. La sensibilidad para el diagnóstico de cáncer de ovario en mujeres mayores de 50 años con la medición conjunta del Ca125 y el Ca 19-9 es del 93%. El punto de corte es 40 U/ml. (Nucci, M. Castrillon, D. Biomarkers in diagnosis obstetrics and gynecology pathology. Advances in Anatomic Pathology. 2003; 10 (2): 55-68)

Ca125: Es una glucoproteína de alto peso molecular que se encuentra en el epitelio celómico de la superficie del ovario durante el desarrollo embrionario. Los niveles detectados en suero reflejan el volumen de las células que sintetizan esta proteína. Su utilidad clínica se presenta en su elevación (> 35 U/ml) en el 80% de las pacientes con cáncer de ovario con sensibilidad del 50% en Ca ovario estadio I y del 90% en Ca ovario en

estadio II; sin embargo también se eleva en otras patologías malignas como cáncer endometrial y cáncer de páncreas y en diversas patologías benignas como endometriosis, fibroides uterinos, enfermedad pélvica inflamatoria, falla cardiaca, enfermedad hepática y renal y en el 1% de mujeres sin patología. Usualmente su elevación en patología en condiciones benignas no es mayor de 200 U/ml. La sensibilidad del Ca125 para patología maligna en mujeres premenopáusicas es del 50-74%, especificidad del 26-92% y en mujeres postmenopáusicas la sensibilidad es del 69-87% con especificidad del 81-100%; por lo la medición del Ca125 sólo se justifica para pacientes postmenopáusicas o en pacientes premenopáusicas con masas con criterios ecográficos sugestivos de malignidad. (Kobayashi, H. Yamada, Y. Prevalence of Ovarian Cancer among Women with a CA125 Level of 35 U/ml or Less. Gynecol Obstet Invest. 2007;65(2):133-138)

CA-125: Ver marcador Tumoral.

CABESTRILLO CON FASCIA DE LOS RECTOS: Ver Incontinencia urinaria, cabestrillo con fascia de los rectos

CABESTRILLO CON FASCÍCULO PUBOCOCCÍGEO: Ver Incontinencia urinaria, cabestrillo con fascículo del pubococcígeo

CABESTRILLO VAGINAL: Ver Incontinencia urinaria, cabestrillo vaginal

CADIS: Sigla utilizada para mencionar el CÁNCER ductal in situ de la mama.

CALAMBRES DE LA EMBARAZADA: Corresponde a una sensación desagradable que usualmente genera dolor, causada por una contracción muscular involuntaria, que se presenta durante el embarazo. La etiología se atribuye a una inadecuada oxigenación de los músculos o pérdida de líquidos y sales minerales como consecuencia de esfuerzos prolongados, movimientos bruscos o frío; durante el embarazo los calambres se asocian a niveles bajos de calcio, aumento de peso, aumento de tamaño uterino que genera compresión nerviosa. Los calambres en el embarazo son mas frecuentes en las piernas y se presentan usualmente en el segundo y tercer trimestre. No se recomienda manejo farmacológico; se establecen las

siguientes medidas: no permanecer mucho tiempo de pie o sentada, caminar mínimo 20 minutos al día, realizar ejercicios de flexión y extensión de rodilla. (Gilleard, W, Crosbie, J, Smith, R. Effect of pregnancy on trunk range of motion when sitting and standing. Acta Obstet Gynecol Scand 2002; 81:1011)

CALCIFICACIONES MAMARIAS (mamografía): La presencia de calcificaciones en la mamografía tiene diversas interpretaciones. De acuerdo a la posibilidad de representar una lesión maligna, los Drs Le Gal M, y Chavanne G, Pellier elaboraron en 1984 una tabla de interpretación de estas formaciones en la mamografía: Tipo I: Microcalcificaciones anulares, redondeadas, de centro claro. La posibilidad de que haya un CÁNCER es del 0% .Tipo II: Microcalcificaciones puntiformes regulares, redondeadas, con el centro y la superficie de la micro-calcificación de idéntico tono cálcico. La posibilidad de que haya un CÁNCER es del 10%. Tipo III: Microcalcificaciones “en polvo”, muy finas sin poder precisar su forma ni su número, en el límite de la visibilidad. La posibilidad de que haya un CÁNCER es del 19%. Tipo IV: Microcalcificaciones puntiformes irregulares, poliédricas, en grano de sal. La posibilidad de que haya un CÁNCER es del 29% .Tipo V: Microcalcificaciones vermiculares, alargadas, en bastoncillos (como árbol sin hojas). 72% Malignidad. // (Le Gal M, Chavanne G, Pellier D. Diagnostic value of clustered microcalcifications discovered by mammography (apropos of 227 cases with histological verification and without a palpable breast tumor. Bull Cancer 1984;71(1):57-64.)

CALCIFICACIONES PLACENTARIAS: Son excresencias calcificadas en el espesor de algunas placentas, sobre todo en aquellas en las cuales la gestación ha sobrepasado las 40 semanas. En los numerosos trabajos que sobre calcificación se han presentado no se ha aclarado cómo son las etapas iniciales de depósito del mineral. Asimismo, se ignoran los mecanismos de la calcificación intra o extracelular y si en ellas participan estructuras vesiculares o membranosas. En otros tejidos como dentina, hueso y cartílago la biología molecular del proceso de biomineralización ha sido explicado, no así en la placenta. (Kamath SG, Smith CH. Na+ /Ca2 +exchange,Ca2+binding, and electrogenic Ca+transport in plasma

membranes of human placental syncytiotrophoblast. Pediatric Res 1994;36:461-467.)

CALOSTRO: Corresponde al líquido secretado por la glándulas mamarias durante el final del embarazo y los primeros días de puerperio. Está compuesto por múltiples sustancias inmunológicas, leucocitos, agua, proteínas, grasas y carbohidratos, lo que da un color amarillo y característica serosa. Contiene inmunoglobulinas A, E, D, G y M, necesarias para la protección inmunológica del recién nacido en sus primeros días de vida; por esta razón, el calostro es considerado insustituible para el recién nacido, por su alto valor nutritivo y fácil digestión. (Zanardo, V. Golin, R. Citokynes in human colostrum. Pediatric Research. 2007; 62 (2): 191 – 194)

CANAL AURÍCULO-VENTRICULAR FETAL: Corresponde a una cardiopatía congénita susceptible de ser diagnosticada en la vida intrauterina por medio de ultrasonografía en modo B más Doppler color. Esta alteración de la anatomía cardiaca se caracteriza por un defecto del septum aurículo-ventricular asociado a trastornos morfológicos del septum interauricular tipo septum primum y defecto interventricular alto; lo anterior se traduce en una comunicación de las cuatro cavidades cardíacas con flujo de forma circular. Su incidencia se estima en 0.12 por 1000 recién nacidos vivos. Esta patología está asociada con aneuploidías tipo trisomía 21 y trastornos del ritmo cardiaco fetal de tipo bloqueo aurículo-ventricular completo. Usualmente, los fetos comprometidos no presentan alteraciones hemodinámicas, pero de acuerdo al grado de insuficiencia valvular asociada se pueden presentar signos de falla cardíaca en el período perinatal. (Gembruch, U. Prenatal diagnosis of congenital heart disease. Prenat Diagn. 1997; 17: 1283-98)

CÁNCER: Es la neoplasia maligna originada en células epiteliales derivadas de cualquiera de las tres capas germinativas. Tal vez la característica que es común a todos los cánceres es la duplicación de las células malignas de manera acelerada, lo cual favorece la invasión a los tejidos vecinos y el escape (metástasis) a órganos lejanos, por vía linfática o sanguínea. (Serman, Felipe. Cáncer cérvico-uterino: Epidemiología, historia

natural y rol del virus papiloma humano: perspectivas en prevención y tratamiento. Rev. Chil. Obstet. Ginecol., 2002, vol.67, no.4, p.318-323.)

CÁNCER DE MAMA ESTADÍO IIB: Corresponde al cáncer de mama con diámetro mayor entre 2 y 5 cm, con metástasis en ganglios axilares ipsilaterales móviles, sin metástasis a distancia ó tumores mayores de 5 cm en su diámetro mayor, sin metástasis en ganglios regionales ni metástasis a distancia. (T2 N1 M0 – T3 N0 M0). (Singletary, S. Allred, C. Revision of hte american joint committee on cancer staging system for breast cancer. J Clin Oncol. 2002; 20:3628)

CÁNCER DE OVARIO, DISEMINACIÓN: Hace referencia a la forma de extensión de los tumores malignos del ovario de acuerdo a la fisiopatología de la enfermedad. Los tumores malignos del ovario se diseminan principalmente por extensión directa a la cavidad peritoneal de células que descaman de la superficie del tumor; adicionalmente, las células tumorales pueden localizarse en diferentes situaciones de acuerdo a la vía de circulación del líquido peritoneal, de tal forma que los principales sitios de diseminación por esta vía corresponden al fondo de saco posterior, goteras parietocólicas, hemidiafragma derecho, cápsula hepática y epiplón. La diseminación también se puede presentar por vía linfática a través de los ganglios pélvicos iliacos y obturadores, y ganglios periaórticos por el ligamento infundíbulo-pélvico. La diseminación por vía hematógena no es común y la implantación intraparenquimatosa en hígado y pulmón sólo representa el 2-3% de las pacientes con enfermedad avanzada. (Ryerson, B. Eheman, C. Symptoms, Diagnoses, and Time to Key Diagnostic Procedures Among Older U.S. Women With Ovarian Cancer. Obstetrics & Gynecology. 2007; 109 (5): 1053-1060)

CÁNCER DE CÉRVIX ESTADO IB1: Corresponde al CÁNCER estrictamente confinado al cérvix en el cual la invasión del estroma ha superado los 5 mm en profundidad y su compromiso superficial es mayor a 7 mm, pero menor o igual a 40 mm. A su vez se divide en IB1 y IB2. // Para calificar un CÁNCER en este estadío se requiere un estudio histopatológico. (Soto-Wright, V. Samuelson, R. Current Management of Low-Grade

Squamous Intraepithelial Lesion, High-Grade Squamous Epithelial Lesion and Atypical Glandular Cells. Clinical Obstetrics and Gynecology. 2005; 48 (1): 147-159)

CÁNCER DE CÉRVIX ESTADO 0 ó IN SITU: 1. En general se entiende como cáncer in situ al que está en la primera fase de desarrollo, está muy localizado, es detectable y clasificable solo por microscopía y no se demuestra ningún grado de invasión. Las células tumorales se encuentran sólo en la primera capa de células que recubren el órgano y no hay ningún grado de invasión a los tejidos profundos ***//*** **2.** Es la transformación maligna del epitelio cervical cuya profundidad no sobrepasa la membrana basal del epitelio. Forma parte del grupo de Lesiones Intraepiteliales de Alto Grado. Al igual que la neoplasia intraepitelial cervical NIC III; aproximadamente el 32% regresan, el 50% persisten y el 11% progresan a cáncer invasor. (Soto-Wright, V. Samuelson, R. Current Management of Low-Grade Squamous Intraepithelial Lesion, High-Grade Squamous Epithelial Lesion and Atypical Glandular Cells. Clinical Obstetrics and Gynecology. 2005; 48 (1): 147-159)// Se requiere una biopsia con dirección colposcópica o una biopsia en cono para excluir la enfermedad invasora antes de iniciar terapia. El fallo en la identificación de la enfermedad, la falta de correlación entre la prueba de Papanicolaou y los resultados de la colposcopia, un adenocarcinoma *in situ* o la extensión de la enfermedad al canal endocervical hace que sea obligatoria una conización con láser, circular, o en frío. La selección de tratamiento también dependerá de varios factores de la paciente, incluyendo su edad, su deseo de preservar la fertilidad y su condición médica. Pero lo más importante es que se debe conocer la extensión de la enfermedad. En casos selectos, el procedimiento de escisión electroquirúrgica con LEEP puede ser una alternativa aceptable a la conización en frío. Sin embargo, existe controversia en cuanto a la idoneidad del LEEP como reemplazo de la conización. (Página web del National Institute of Cancer: www.cancer.gov // Odicino F, Pecorelli S, Zigliani L, Creasman WT. History of the FIGO cancer staging system.Int J Gynaecol Obstet. 2008 May;101(2):205-10. Epub 2008 Jan 15.

CÁNCER DE CÉRVIX ESTADO I: Corresponde al cáncer estrictamente confinado al cérvix, que no comprometen los parametrios o alguna estructura de la vagina. El CÁNCER de cérvix que solo compromete el cuello se subdivide en estadios IA, IB1, IB2. (Soto-Wright, V. Samuelson, R. Current Management of Low-Grade Squamous Intraepithelial Lesion, High-Grade Squamous Epithelial Lesion and Atypical Glandular Cells. Clinical Obstetrics and Gynecology. 2005; 48 (1): 147-159)

CÁNCER DE CÉRVIX ESTADO IA: Corresponde al cáncer microinvasor, estrictamente confinado al cérvix en el cual la invasión del estroma tiene un máximo de profundidad de 5 mm y extensión superficial no mayor de 7 mm. // No se puede diferenciar clínicamente el IA del IB pero siempre el IB estará presente en un cuello de mayor tamaño que el IA. Para calificar un cáncer como IA se requiere analizar la biopsia o todo el cuello con la ayuda del microscopio. (Soto-Wright, V. Samuelson, R. Current Management of Low-Grade Squamous Intraepithelial Lesion, High-Grade Squamous Epithelial Lesion and Atypical Glandular Cells. Clinical Obstetrics and Gynecology. 2005; 48 (1): 147-159)

CÁNCER DE CÉRVIX ESTADO IB: Corresponde al cáncer estrictamente confinado al cérvix en el cual la invasión del estroma ha superado los 5 mm en profundidad y su compromiso superficial es mayor a 7 mm. A su vez se divide en IB1 y IB2 // El cáncer en estadío IB se reconoce clínicamente porque el cuello está aumentado de volumen, algunas veces mencionado como cérvix en tonel, pero se deja movilizar dado que no tiene continuidad tumoral con la vagina ni los parametrios. La línea divisoria entre los cáncer IA y IB está dada por su profundidad y extensión, medidas con el microscopio. (Soto-Wright, V. Samuelson, R. Current Management of Low-Grade Squamous Intraepithelial Lesion, High-Grade Squamous Epithelial Lesion and Atypical Glandular Cells. Clinical Obstetrics and Gynecology. 2005; 48 (1): 147-159)

CÁNCER DE CÉRVIX ESTADO IB2: Corresponde al cáncer estrictamente confinado al cérvix en el cual la invasión del estroma ha superado los 5 mm en profundidad y su compromiso superficial es mayor a 40 mm. // Dado su

tamaño aumentado, el cáncer IB2 se puede reconocer clínicamente mediante un tacto vaginal y rectal. (Soto-Wright, V. Samuelson, R. Current Management of Low-Grade Squamous Intraepithelial Lesion, High-Grade Squamous Epithelial Lesion and Atypical Glandular Cells. Clinical Obstetrics and Gynecology. 2005; 48 (1): 147-159)

CÁNCER DE CÉRVIX ESTADO II: Corresponde al cáncer que se extiende por fuera del cérvix, sin compromiso o con compromiso de los parametrios pero sin llegar a la pelvis y con compromiso vaginal en parte o la totalidad del tercio superior de esta cavidad. A su vez se divide en IIA y IIB. (Soto-Wright, V. Samuelson, R. Current Management of Low-Grade Squamous Intraepithelial Lesion, High-Grade Squamous Epithelial Lesion and Atypical Glandular Cells. Clinical Obstetrics and Gynecology. 2005; 48 (1): 147-159)

CÁNCER DE CÉRVIX ESTADO IIA : Corresponde al cáncer que se extiende por fuera del cérvix, pero aún no compromete los parametrios o al menos no es obvio su compromiso. Puede comprometer una parte del tercio superior de la vagina. (Soto-Wright, V. Samuelson, R. Current Management of Low-Grade Squamous Intraepithelial Lesion, High-Grade Squamous Epithelial Lesion and Atypical Glandular Cells. Clinical Obstetrics and Gynecology. 2005; 48 (1): 147-159)

CÁNCER DE CÉRVIX ESTADO IIB: Corresponde al cáncer que se extiende por fuera del cérvix y tiene algún grado de compromisos de los parametrios. Puede comprometer una parte o todo el tercio superior de la vagina.// Clínicamente se reconoce el cáncer IIB por el compromiso tumoral de los parametrios o del tercio superior de la vagina, pero sin llegar hasta la pared ósea de la pelvis. (Soto-Wright, V. Samuelson, R. Current Management of Low-Grade Squamous Intraepithelial Lesion, High-Grade Squamous Epithelial Lesion and Atypical Glandular Cells. Clinical Obstetrics and Gynecology. 2005; 48 (1): 147-159)

CÁNCER DE CÉRVIX ESTADO III: Es el cáncer que se extiende por fuera del cérvix, con compromiso de los parametrios en cualquier grado de extensión pero sin sobrepasar la pared pélvica y/o tiene compromiso del tercio inferior de la vagina. // Este tipo de cáncer se parece al estadío II en

su grado de compromiso parametrial, pero se reconoce como estadío III porque compromete la parte más inferior de la vagina. De acuerdo a la ausencia o presencia de compromiso tumoral de las vías urinarias se divide en IIIA y IIIB. (Soto-Wright, V. Samuelson, R. Current Management of Low-Grade Squamous Intraepithelial Lesion, High-Grade Squamous Epithelial Lesion and Atypical Glandular Cells. Clinical Obstetrics and Gynecology. 2005; 48 (1): 147-159)

CÁNCER DE CÉRVIX ESTADO IIIA: Es el cáncer que se extiende por fuera del cérvix, con compromiso de los parametrios en cualquier grado de extensión pero sin sobrepasar la pared pélvica y/o tiene compromiso del tercio inferior de la vagina, pero sin afectar las vías urinarias. (Soto-Wright, V. Samuelson, R. Current Management of Low-Grade Squamous Intraepithelial Lesion, High-Grade Squamous Epithelial Lesion and Atypical Glandular Cells. Clinical Obstetrics and Gynecology. 2005; 48 (1): 147-159)

CÁNCER DE CÉRVIX ESTADO IIIB: Es el cáncer que se extiende por fuera del cérvix, con compromiso de los parametrios en cualquier grado de extensión pero sin sobrepasar la pared pélvica y/o tiene compromiso del tercio inferior de la vagina. Además se acompaña de hidronefrosis o falla renal sin otra etiología. (Soto-Wright, V. Samuelson, R. Current Management of Low-Grade Squamous Intraepithelial Lesion, High-Grade Squamous Epithelial Lesion and Atypical Glandular Cells. Clinical Obstetrics and Gynecology. 2005; 48 (1): 147-159)

CÁNCER DE CÉRVIX ESTADO IV: Es el cáncer que se extiende por fuera del cérvix, con compromiso de los parametrios en cualquier grado de extensión y que además sobrepasa la pared pélvica y/o tiene compromiso del tercio inferior de la vagina. De acuerdo a la ausencia o presencia o de metástasis a distancia se subdivide en IVA y IVB.

CÁNCER DE CÉRVIX ESTADO IVA: Es el cáncer que se extiende por fuera del cérvix, con compromiso de los parametrios en cualquier grado de extensión y que además sobrepasa la pared pélvica y/o tiene compromiso del tercio inferior de la vagina. No hay metástasis a distancia (pulmón, hígado, cerebro, etc) demostrables con las imágenes diagnósticas, pero hay

compromiso de la vejiga y/o el recto. (Soto-Wright, V. Samuelson, R. Current Management of Low-Grade Squamous Intraepithelial Lesion, High-Grade Squamous Epithelial Lesion and Atypical Glandular Cells. Clinical Obstetrics and Gynecology. 2005; 48 (1): 147-159)

CÁNCER DE CÉRVIX ESTADO IVB: Es el cáncer de cérvix mayor al IVA que además presenta metástasis a distancia.// Para diagnosticar un cáncer en estado IV se requiere la ayuda de imágenes diagnósticas como la escanografía, Rx de los pulmones, gammagrafía, etc. o mediante el estudio histopatológico de una biopsia o de una pieza quirúrgica extrapélvica que demuestre la presencia de cáncer originado en el cérvix.(Hirsch, A. Käser, O. Iklé, F. Atlas de Cirugía Ginecológica. Cirugía del CÁNCER de cérvix. Editorial Marban. Quinta Edición. Stuttgar, Alemania. 2000. 352-357).

CÁNCER DE CÉRVIX MICROINVASOR: Corresponde al tumor maligno del cérvix que sobrepasa la membrana basal del epitelio pero en una profundidad que no supera los 5 mm y extensión superficial no mayor de 7 mm. Son los tumores clasificados en el Estado IA de la clasificación clínica del cáncer de cérvix y se dividen en dos grupos: 1) Ca cérvix IA1 en los cuales la invasión del estroma es menor de 3 mm en profundidad y menor de 7 mm en extensión superficial. 2) Ca cérvix IA2 en los cuales la invasión del estroma es mayor de 3 mm pero no superior a 5 mm en profundidad y menor de 7 mm en extensión superficial. El manejo de estas lesiones se puede realizar con la Conización que representa un procedimiento diagnóstico para evaluar la penetración del estroma por el tumor y al mismo tiempo, representa un procedimiento terapéutico. (Soto-Wright, V. Samuelson, R. Current Management of Low-Grade Squamous Intraepithelial Lesion, High-Grade Squamous Epithelial Lesion and Atypical Glandular Cells. Clinical Obstetrics and Gynecology. 2005; 48 (1): 147-159)

CÁNCER DE CÉRVIX, ESTADIFICACIÓN CLÍNICA: Es el método de clasificación clínica del cáncer de cérvix que permite evaluar el grado de extensión tumoral y compromiso de órganos adyacentes; a partir de esta clasificación se plantean las diversas opciones terapéuticas. El estado I corresponde al cáncer microscópico estrictamente confinado al cérvix.

Dentro de este grupo se encuentran el estado IA que corresponde al CÁNCER microinvasor, en los cuales la invasión del estroma tiene un máximo de profundidad de 5 mm y extensión superficial no mayor de 7 mm. El estado IB corresponde a lesiones clínicas confinadas al cérvix; el estado IB1 corresponde a lesiones clínicas menores de 4 cm de diámetro; el estado IB2 corresponde a lesiones clínicas mayores de 4 cm de diámetro. El estado II corresponde al cáncer que se extiende por fuera del cérvix, sin llegar a la pelvis y con compromiso vaginal limitado al tercio superior; el estado IIA corresponde al cáncer sin compromiso de parametrios; el estado IIB corresponde al cáncer con comprosio parametrial. El estado III es el cáncer con compromiso de parametrios hasta la pared pélvica o compromiso del tercio inferior de la vagina; el estado IIIA corresponde al cáncer de cérvix con compromiso del tercio inferior de la vagina y el estado IIIB corresponde al cáncer que compromete parametrios hasta la pared pélvica o la presencia de hidronefrosis o falla renal sin otra etiología. El estado IV corresponde al cáncer con extensón fuera de la pelvis; el estado IVA es el cáncer con extensión a vejiga o recto y el estado IVB es el cáncer que presenta metástasis a distancia. (1-Hirsch, A. Käser, O. Iklé, F. Atlas de Cirugía Ginecológica. Cirugía del cáncer de cérvix. Editorial Marban. Quinta Edición. Stuttgar, Alemania. 2000. 352-357)// 2-Odicino F, Pecorelli S, Zigliani L, Creasman WT. History of the FIGO cancer staging system.Int J Gynaecol Obstet. 2008 May;101(2):205-10.

CÁNCER DE CÉRVIX, MICROINVASOR: Corresponde al tumor maligno del cérvix que sobrepasa la membrana basal del epitelio pero en una profundidad que no supera los 5 mm y extensión superficial no mayor de 7 mm. Son los tumores clasificados en el Estado IA de la clasificación clínica del CÁNCER de cérvix y se dividen en dos grupos: 1) Ca cérvix IA1 en los cuales la invasión del estroma es menor de 3 mm en profundidad y menor de 7 mm en extensión superficial. 2) Ca cérvix IA2 en los cuales la invasión del estroma es mayor de 3 mm pero no superior a 5 mm en profundidad y menor de 7 mm en extensión superficial. El manejo de estas lesiones se puede realizar con la Conización que representa un procedimiento diagnóstico para evaluar la penetración del estroma por el tumor y al mismo

tiempo representa un procedimiento terapéutico. (Soto-Wright, V. Samuelson, R. Current Management of Low-Grade Squamous Intraepithelial Lesion, High-Grade Squamous Epithelial Lesion and Atypical Glandular Cells. Clinical Obstetrics and Gynecology. 2005; 48 (1): 147-159)

CÁNCER DE CÉRVIX: Es el compromiso tumoral del cuello uterino, ya sea en etapas iniciales o avanzadas, que se acompaña o no de compromiso parametrial, vaginal, de órganos vecinos, con o sin compromiso de órganos distantes por metástasis de un cáncer originado en esta parte del útero. La historia natural de esta enfermedad implica la progresión gradual por etapas intraepiteliales preinvasoras (neoplasias intraepiteliales-NIE-I, II y III o CÁNCER *in situ* -CIS-, de acuerdo a la proporción del grosor del epitelio cervical comprometido. La prevalencia global de estas lesiones preinvasoras es de 10 a 15%. Las edades de máxima prevalencia son entre los 15 y 30 años para la NIE I, 30 a 34 años para NIE II, y 35 a 49 para NIE III. La tasa de progresión de la neoplasia intraepitelial cervical se encuentra entre el 6% y el 34%, explicándole la amplitud de este rango por las condiciones de diferentes países, distintas estrategias de detección precoz en distintas poblaciones, diferentes medios socioculturales y distintos estándares de atención sanitaria. Según distintos estudios, la NIE I regresa en cerca del 70% de los casos, mostrando en cambio la NIE III una tasa de progresión a cáncer invasor de hasta 70% y una tasa de regresión de 32% . La NIE II muestra tasas de progresión a CIS o neoplasia más severa de 25%, siendo su riesgo relativo de progresión a CIS de 4,2 y a neoplasia más severa de 2,5 . Debido a estos diferentes comportamientos evolutivos, se considera al NIE I como NIE de bajo grado y a las NIE II y III como de alto grado. La etiopatogenia de esta enfermedad ha podido ser investigada en forma detallada gracias a avances en biología celular, molecular e inmunología. Estos avances han permitido conocer el rol del virus papiloma humano en el desarrollo de lesiones premalignas y malignas del cuello uterino y han tenido importantes implicancias en la metodología de screening, diagnóstico y tratamiento de esta enfermedad . (Serman, Felipe. Cáncer cérvico-uterino: Epidemiología, historia natural y rol del virus

papiloma humano: perspectivas en prevención y tratamiento. Rev. Chil. Obstet. Ginecol., 2002, vol.67, no.4, p.318-323.)

CÁNCER DE ENDOMETRIO: Ver Cáncer endometrial

CÁNCER DE LA GLÁNDULA DE BARTHOLIN: 1. Corresponde a un subtipo de cáncer de vulva; el cáncer primario de las glándulas de Bartholin representa el 1-3% de todos los tumores vulvares. Este tipo de cáncer se caracteriza por una alta tasa de compromiso metastásico en ganglios inguinales (40%) y ganglios pélvicos (18%). El compromiso ganglionar estable pronóstico e incluso pacientes con ganglios inguinales negativos tienen una tasa de supervivencia a los cinco años de 52%, que es baja comparada con la tasa de supervivencia del cáncer escamoso de vulva con ganglios negativos que es del 94%. El manejo incluye la resección quirúrgica con o sin radioterapia. La linfadenectomía pélvica no es necesaria a menos que exista afectación de más de cuatro adenopatías inguinales. (Cardosi, RJ, Speights, A, Fiorica, JV, et al. Bartholin's gland cáncer: a 15-year experience. Gynecol Oncol 2001; 82:247).// **2.**Corresponde a la transformación maligna de la glándula de Bartholin. Es un evento raro que representa menos del 5% de la patología maligna de la vulva. La mayoría de los cáncers originados en la glándula o el conducto de la glándula de Batholin son adenocarcinomas o cáncer de células escamosas; en menor incidencia se encuentran el cáncer quístico adenoide, cáncer de células transicionales y cáncer adenoescamoso. Afecta principalmente a mujeres en la sexta década de la vida y el 85% de ellas no presentan antecedente o historia de patología de la glándula de Bartholin. Las manifestaciones clínicas tienen un espectro amplio: se puede presentar una masa sólida, quística o abscedada, fija o adherida al tejido basal o incluso se puede presentar como un área sólida que no se documenta dentro del quiste del conducto. La principal manifestación clínica es una masa vulvar sólida dolorosa. Es importante anotar que los tumores sólidos benignos de la vulva son muy raros, con descripción de la literatura mundial de sólo 6 casos. El diagnóstico se basa en el estudio histopatológico de una biopsia del tejido. El tratamiento depende del estadío de la enfermedad; la enfermedad metastásica es común debido a la rica vasculatura arterial y

linfática de la vulva, sin embargo, en un estudio de seguimiento a 30 años, se documentó una tasa de sobrevida a cinco años de 85%. En forma práctica se recomienda que los quistes o masas de la glándula de Bartholin en mujeres mayores de 40 años sean manejados con extirpación completa de la glándula para estudio histopatológico. (Downs, MC, Randall, HW Jr. The ambulatory surgical management of Bartholin duct cysts. J Emerg Med 2005; 7:623)

CÁNCER DE MAMA: Corresponde a la patología maligna de la mama, siendo el cáncer más frecuente en la mujer en países desarrollados, la primera causa de muerte por cáncer en la población femenina y la principal causa de muerte en mujeres entre 45 y 55 años. //2. Es la proliferación de células malignas que reemplazan el tejido mamario. El cáncer de mama es la neoplasia maligna más común en la población femenina y la segunda causa de muerte por cáncer en las mujeres en edades entre 45 y 55 años. La incidencia del cáncer de mama está aumentando, particularmente en mujeres menores de 40 años; se estima que para el año 2010 aproximadamente 212.920 mujeres padecerán la patología y aproximadamente 40.970 mujeres morirán por causa de la enfermedad. El riesgo establecido para el desarrollo de cáncer de mama en la población general se estima alrededor de 1 en 6, con un riesgo de 1 en 9 para cáncer invasivo. Después de la transformación maligna las células se extienden inicialmente de forma intraepitelial; una vez empieza el proceso de diseminación, se extienden directamente al tejido que lo rodea, a los vasos linfáticos regionales y también por vía hematógena. (1-Hirsh, H. Käser, O. Iklé, F. Atlas de cirugía ginecológica con cirugía de mama. Cirugía para enfermedades malignas y benignas de la mama. Quinta edición. Editorial Marbán. Madrid, España. 2000. 427-480 // 2-Jemal, A. Siegel, R. Cancer Statistics. CA Cancer J Clin. 2006; 56: 106-114)

CÁNCER DE MAMA, CIRUGÍA DE HALSTED: Corresponde a una técnica quirúrgica empleada para el tratamiento del cáncer de mama. El procedimiento consiste en la resección amplia de la mama con ablación de los músculos pectorales (mastectomía radical) y limpieza ganglionar local axilar (linfadenectomía axilar). Este procedimiento fue planteado por Halsted

a finales del siglo XIX asumiendo que el cáncer de mama era una enfermedad locoregional que se diseminaba a través de los músculos y de los ganglios linfáticos. El procedimiento puede presentar como complicación el llamado Sindrome de Halsted que consiste en el edema post-operatorio del miembro superior posterior a mastectomía. (Vicini, FA, Baglan, KL, Kestin, LL, et al. Accelerated treatment of breast cancer. J Clin Oncol 2005; 19:1993)

CÁNCER DE MAMA ESTADIO 0 ó IN SITU, DEL TIPO LOBULILLAR: Consiste en la proliferación y acumulación de pequeñas células redondas neoplásicas en los lobulillos mamarios y la porción terminal de los conductos galactóforos. Alrededor del 50% de las pacientes tiene enfermedad multicéntrica y más del 35% tienen lesiones bilaterales. A diferencia del cáncer ductal in situ, el cáncer lobulillar in situ es considerado una lesión precancerosa y un marcador de riesgo para cáncer de mama. No existe ningún signo clínico ni radiológico característico; las microcalcificaciones son raras. El cáncer lobulillar in situ se encuentra usualmente de forma incidental en pacientes que son llevadas a biopsias mamarias por lesiones benignas o malignas. El tratamiento depende de la de la frecuencia con la que posteriormente se pueda desarrollar un cáncer de mama; se plantea un manejo conservador, actitud expectante y seguimiento a corto plazo. El riesgo de desarrollar cáncer de mama en una paciente con cáncer lobulillar in situ se ha establecido entre 7 – 12%. Ocasionalmente se puede justificar la mastectomía en mujeres con una importante historia familiar, mamas difíciles de evaluar clínica y radiológicamente o un alto grado de ansiedad. (Singletary, S. Allred, C. Revision of hte american joint committee on cancer staging system for breast cancer. J Clin Oncol. 2002; 20:3628)

CÁNCER DE MAMA ESTADIO 0 ó IN SITU, DEL TIPO DUCTAL: Consiste en la proliferación de células malignas dentro de los conductos galactóforos de la mama. Existen subtipos con distintos patrones de crecimiento: comedocarcinoma, sólido, cribiforme y papilar. No se conoce con exactitud la probabilidad de progresión a enfermedad invasora, aunque se estima que puede oscilar entre el 10 y el 50%. El cáncer ductal in situ se detecta de

forma típica con base en las microcalcificaciones visibles en la mamografía. La mayoría de estas lesiones no son palpables y se pueden presentar clínicamente sólo con secreción anormal por pezón. El tratamiento de esta patología es motivo de debate. La mastectomía cura casi el 100% de las pacientes. Para pacientes con grandes lesiones, el tratamiento de elección es la mastectomía con disección de los ganglios axilares del nivel I; en pacientes con lesiones menores de 2.5 cm se plantea cirugía conservadora más radioterapia adyuvante, sin considerarse necesaria el vaciamiento ganglionar. (Singletary, S. Allred, C. Revision of hte american joint committee on cancer staging system for breast cancer. J Clin Oncol. 2002; 20:3628)

CÁNCER DE MAMA ESTADÍO 0 ó IN SITU: Corresponde al cáncer in situ, sin metástasis en ganglios linfáticos regionales ni metástasis a distancia. (Tis, N0 M0) (Singletary, S. Allred, C. Revision of hte american joint committee on cancer staging system for breast cancer. J Clin Oncol. 2002; 20:3628) ***//*** **2.** Corresponde a la transformación celular malinga que no sobrepasa la membrana basal del epitelio mamario. En 1981 la Organización Mundial de la Salud consideró la clasificación del cáncer de mama in situ en dos categorías: cáncer Lobulillar In Situ y cáncer Ductal In Situ. Sin embargo, la historia natural de estas enfermedades difiere de forma importante. Si se desarrolla un cáncer invasor luego de excisión de un cáncer ductal in situ, suele desarrollarse en el sitio de la biopsia o en las proximidades; por el contrario, el desarrollo de cáncer invasor luego de la excisión de un cáncer lobulillar in situ puede presentarse en cualquier localización, en la misma mama o en la mama contralateral, con la misma incidencia. Por lo anterior, el cáncer ductal in situ se considera actualmente un verdadero cáncer, mientras que el cáncer lobulillar in situ se ve más como un marcador de riesgo para desarrollar cáncer de mama. (Singletary, S. Allred, C. Revision of hte american joint committee on cancer staging system for breast cancer. J Clin Oncol. 2002; 20:3628)

CÁNCER DE MAMA ESTADÍO I: Corresponde al cáncer de mama menor de 2 cm en su diámetro mayor, sin metástasis en ganglios linfáticos regionales, ni metástasis a distancia. (T1 N0 M0). (Singletary, S. Allred, C.

Revision of hte american joint committee on cancer staging system for breast cancer. J Clin Oncol. 2002; 20:3628)

CÁNCER DE MAMA ESTADÍO IIA: Corresponde al cáncer de mama sin evidencia de tumor primario o tumor primario menor de 2 cm de diámetro mayor, con metástasis en ganglios axilares ipsilaterales móviles, sin metástasis a distancia ó tumores mayores de 2 cm pero menores de 5 cm de diámetro, sin metástasis en ganglios regionales ni metástasis a distancia. (T0 N1 M0 – T1 N1 M0 – T2 N0 M0). (Singletary, S. Allred, C. Revision of hte american joint committee on cancer staging system for breast cancer. J Clin Oncol. 2002; 20:3628)

CÁNCER DE MAMA ESTADÍO IIIA: Corresponde al cáncer de mama sin evidencia de tumor primario, con metástasis en ganglios axilares ipsilaterales fijos entre sí o a otras estructuras, sin metástasis a distancia ó tumores menores de 2 cm en su diámetro mayor, con metástasis en ganglios axilares ipsilaterales fijos, sin metástasis a distancia ó tumores de 2 – 5 cm de diámetro, con metástasis en ganglios axilares ipsilaterales fijos, sin metástasis a distancia ó tumores mayores de 5 cm de diámetro, con metástasis en ganglios axilares ipsilaterales móviles, sin metástasis a distancia ó tumores mayores de 5 cm de diámetro, con metástasis en ganglios axilares ipsilaterales fijos, sin metástasis a distancia. (T0 N2 M0 – T1 N2 M0 – T2 N2 M0 – T3 N1 M0 – T3 N2 M0). (Singletary, S. Allred, C. Revision of hte american joint committee on cancer staging system for breast cancer. J Clin Oncol. 2002; 20:3628)

CÁNCER DE MAMA ESTADÍO IIIB: Corresponde al cáncer de mama con tumor primario de cualquier tamaño con extensión directa a la pared torácica o la piel, con cualquier estado de compromiso de ganglios linfáticos regionales, sin metástasis a distancia. (T4, cualquier N, M0). (Singletary, S. Allred, C. Revision of hte american joint committee on cancer staging system for breast cancer. J Clin Oncol. 2002; 20:3628)

CÁNCER DE MAMA ESTADÍO IIIC: Corresponde al cáncer de mama con tumor primario de cualquier tamaño, con metástasis en ganglios mamarios internos ipsilaterales, sin metástasis a distancia. (Cualquier T, N3, M0).

(Singletary, S. Allred, C. Revision of hte american joint committee on cancer staging system for breast cancer. J Clin Oncol. 2002; 20:3628)

CÁNCER DE MAMA ESTADÍO IV: Corresponde al cáncer de mama con tumor primario de cualquier tamaño, con cualquier estado de compromiso de ganglios linfáticos regionales y metástasis a distancia, incluidas las metástasis en los ganglios supraclaviculares. (Cualquier T, Cualquier N, M1). (Singletary, S. Allred, C. Revision of hte american joint committee on cancer staging system for breast cancer. J Clin Oncol. 2002; 20:3628)

CÁNCER DE MAMA, CLASIFICACIÓN HISTOLÓGICA: Corresponde a los distintos tipos histológicos de cáncer de mama, siendo los tipos mixtos los más frecuentes. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, la clasificación histológica del cáncer de mama es la siguiente: 1) cáncer Ductal Invasivo: corresponde al 70% de los tumores de mama. 2) cáncer Ductal Invasivo con componente intraductal: corresponde al 10-15% de los tumores de mama. 3) Patrones específicos de crecimiento de tumores de origen intraductal: tubular (1-2%), medular (5-9%), mucinoso (1-2%). 4) cáncer Lobulillar Invasivo. (Hirsh, H. Käser, O. Iklé, F. Atlas de cirugía ginecológica con cirugía de mama. Cirugía para enfermedades malignas y benignas de la mama. Quinta edición. Editorial Marbán. Madrid, España. 2000. 427-480)

CÁNCER DE MAMA, ESTADIFICACIÓN: Es la clasificación del cáncer de mama en estadíos de acuerdo con el sistema TNM de la Unión Europea contra el Cáncer (AJCC American Joint Committee on Cancer. Cancer Staging Manual, 6th edition. Springer-verlga. New Cork. 2002. 223-240)

CÁNCER DE MAMA, FACTORES DE RIESGO: Son las condiciones que predisponene al desarrollo de patología mamaria neoplásica malinga. Dentro de los factores de riesgo para el cáncer de mama expresados en riesgo relativo se encuentran: 1) Alto riesgo (RR > 4): historia personal de cáncer de mama, historia familiar de cáncer de mama en familiar de primer grado antes de los 40 años. 2) Riesgo Moderado (RR: 2-4): madre o hermana con cáncer de mama, obesidad, primer embarazo después de los 30 años, nuliparidad, historia de cáncer de ovario o endometrio. 3) Riesgo

ligeramente elevado (RR: 1.1-1.9): menarquia a los 12 años, menopausia después de los 55 años, ingesta moderada de alcohol, tratamiento hormonal sustitutivo con estrógenos después de la menopausia. (Jemal, A. Siegel, R. Cancer Statistics. CA Cancer J Clin. 2006; 56: 106-114)

CÁNCER DE MAMA, FACTORES PRONÓSTICOS: Son las características del tumor y de la paciente que determinan el comportamiento, el curso de la enfermedad y su respuesta a las distintas modalidades terapéuticas. Dentro de los factores pronósticos del cáncer de mama se encuentran: la afectación ganglionar linfática, que predice la recurrencia o curación de la enfermedad y es la base para la indicación de la quimioterapia adyuvante o manejo hormonal; el tamaño del tumor primario, con mal pronóstico si este es mayor de 1 cm; el tipo de tumor, con pero pronóstico para las lesiones invasivas; el grado tumoral, siendo de pero pronóstico los tumores mal diferenciados; la invasión vascular, que independiente del tamaño tumoral es un factor pronóstico desfavorable; la presencia de receptores hormonales esteroideos, siendo de mejor pronóstico las pacientes con receptores positivos. El impacto específico de cada factor cambia durante el curso de la enfermedad. (Emens, L. Davidson, N. The follow-up of breast cancer. Semin Oncol. 2003; 30: 338)

CÁNCER DE MAMA INVASOR: Corresponde al compromiso neoplásico que sobrepasa la membrana basal del epitelio mamario. El cáncer de mama es un grupo heterogéneo con diferentes características biológicas. La clasificación del cáncer de mama invasor de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud es: 1) cáncer Ductal Invasivo (70%) 2) cáncer Ductal Invasivo predominantemente con componente intraductal (10-15%) 3) Patrones específicos de crecimiento de tumores de origen intraductal: tubular (1-2%), medular (5-9%), papilar (1-2%), mucinoso (1-2%) 4) cáncer Lobulillar Invasivo (8-15%). Adicional a la clasificación histológica, el grado celular se considera un factor pronóstico importante haciendo la diferenciación entre cáncer bien diferenciado, moderamente diferenciado y mal diferenciado. (Singletary, S. Allred, C. Revision of hte american joint committee on cancer staging system for breast cancer. J Clin Oncol. 2002; 20:3628)

CÁNCER DE MAMA, TIPO INFLAMATORIO: Es la manifestación más agresiva del cáncer epitelial de mama. Tiene una incidencia entre el 1 y el 6% de todos los casos de cáncer de mama con edad promedio de presentación entre los 48 y 55 años. Se caracteriza por la presencia de cambios inflamatorios en la piel suprayacente al tumor y el compromiso de los vasos linfáticos dérmicos por células tumorales. Dentro de las características clínicas se describe la presencia de eritema e hipertemia difusa, induración difusa de la mama, piel de naranja, sensiblidad mamaria, edema mamaria y el miembro superior ipsilateral, sensación de peso mamario y la evidencia de masa mamaria definida se presenta en menos del 50% de los casos. El diagnóstico se realiza de acuerdo a los criterios clínicos y hallazgos mamográficos como engrosamiento de la piel, aumento de la densidad del tejido mamario, prominencia trabecular y presencia de calcificaciones; en el estudio ultrasonográfico se describe la presencia de engrosamiento de la piel con cambios en la ecogenicidad del tejido mamario, dilatación de vasos linfáticos y compromiso de linfáticos axilares. La confirmación diagnóstica se realiza con estudio histopatológico. El tratamiento consiste en ciclos de quimioterapia + radioterapia para disminuir el tamaño del tumor y lograr control local de la enfermedad y la cirugía se plantea como última opción de tratamiento, ya que la tasa de extensión y recurrencia es alta si la paciente es llevada a cirugía sin previo control local de la tumoración. (1-Ahem, V. Brenna, M. Ung, O. Kefford, R. Locally advanced and inflammatory breast cancer. Australian Family Physician. 2005; 34: 1027-1032 // 2- Dirix, L. Van Dam, P. Prové, A. Inflammatory Breast Cancer: current understanding. Current Opinion Oncology. 2006; 18: 563 – 574 // 3-Odicino F, Pecorelli S, Zigliani L, Creasman WT. History of the FIGO cancer staging system.Int J Gynaecol Obstet. 2008 May;101(2):205-10. Epub 2008 Jan 15.)

CÁNCER DE OVARIO: Corresponde a la neoplasia maligna originada en los componentes celulares del ovario. La incidencia anual del cáncer de ovario en Colombia es de 8/ 100.000 mujeres; esta incidencia varía de acuerdo a las diferentes situaciones geográficas y se considera que en los países industrializados de occidente la incidencia aumenta a 1/70 mujeres.

El cáncer de ovario es totalmente silencioso en su desarrollo inicial y cuando se presentan síntomas como dolor abdominal, aumento del perímetro abdominal, dificultad respiratoria, la enfermedad se ha extendido más allá de la pelvis. Adicionalmente no existe ninguna prueba sexológica empleada como screening o detección precoz de la enfermedad; el único instrumento con el que se cuenta en este momento es la realización del examen pélvico semestral durante el período de la menopausia asociado al uso selectivo de estudio ultrasonografía para la apreciación del volumen de los ovarios. El diagnóstico se realiza mediante el examen físico, el estudio ecográfico para definir características de malignidad de la masa evaluada y se complementa con marcadores tumorales tipo Ca125, antígeno carcinoembrionario, alfa feto proteína o B-HCG de acuerdo a la edad de la paciente y el tipo de neoplasia sospechada. (Ryerson, B. Eheman, C. Symptoms, Diagnoses, and Time to Key Diagnostic Procedures Among Older U.S. Women With Ovarian Cancer. Obstetrics & Gynecology. 2007; 109 (5): 1053-1060 // Odicino F, Pecorelli S, Zigliani L, Creasman WT. History of the FIGO cancer staging system.Int J Gynaecol Obstet. 2008 May;101(2):205-10. Epub 2008 Jan 15.)

CÁNCER DE OVARIO ESTADO I: Corresponde a la neoplasia maligna del ovario cuyo crecimiento se encuentra limitado a los ovarios. (Hirsch, A. Käser, O. Atlas de Cirugía Ginecológica. Cirugía del cáncer de ovario y de las trompas. Marban. Quinta Edición. Madrid, España. 2000. 381-388)

CÁNCER DE OVARIO ESTADO IA: Corresponde a la neoplasia maligna del ovario en la cual el crecimiento está limitado a un ovario, no se documenta tumor en la superficie externa, la cápsula ovárica se encuentra intacta y no se encuentran células malignas en la citología del líquido peritoneal o el estudio del líquido ascítico. (Hirsch, A. Käser, O. Atlas de Cirugía Ginecológica. Cirugía del cáncer de ovario y de las trompas. Marban. Quinta Edición. Madrid, España. 2000. 381-388)

CÁNCER DE OVARIO ESTADO IB: Corresponde a la neoplasia maligna del ovario en la cual el tumor está limitado a ambos ovarios, no existe compromiso de la superficie externa, la cápsula está intacta y no hay

células malignas en la citología del líquido peritoneal o el estudio del líquido ascítico. (Hirsch, A. Käser, O. Atlas de Cirugía Ginecológica. Cirugía del cáncer de ovario y de las trompas. Marban. Quinta Edición. Madrid, España. 2000. 381-388)

CÁNCER DE OVARIO ESTADO IC: Corresponde a la neoplasia maligna del ovario en la cual el tumor está limitado a uno o ambos ovarios y se documenta cualquiera de las siguientes situaciones: cápsula rota, tumor en la superficie del ovario, células malignas en la citología del líquido peritoneal o el estudio del líquido ascítico. (Hirsch, A. Käser, O. Atlas de Cirugía Ginecológica. Cirugía del cáncer de ovario y de las trompas. Marban. Quinta Edición. Madrid, España. 2000. 381-388)

CÁNCER DE OVARIO ESTADO II: Corresponde a la neoplasia maligna del ovario en la cual el tumor uno o ambos ovarios y se extiende hasta la pelvis. (Hirsch, A. Käser, O. Atlas de Cirugía Ginecológica. Cirugía del cáncer de ovario y de las trompas. Marban. Quinta Edición. Madrid, España. 2000. 381-388)

CÁNCER DE OVARIO ESTADO IIA: Corresponde a la neoplasia maligna del ovario con extensión o implantes en el útero o en las trompas, o en ambos órganos sin evidencia de células tumorales en la citología del líquido peritoneal o el estudio del líquido ascítico. (Hirsch, A. Käser, O. Atlas de Cirugía Ginecológica. Cirugía del cáncer de ovario y de las trompas. Marban. Quinta Edición. Madrid, España. 2000. 381-388)

CÁNCER DE OVARIO ESTADO IIB: Corresponde a la neoplasia maligna del ovario con extensión a otros tejidos pélvicos diferente del útero y las trompas sin evidencia de células tumorales en la citología del líquido peritoneal o el estudio del líquido ascítico. (Hirsch, A. Käser, O. Atlas de Cirugía Ginecológica. Cirugía del cáncer de ovario y de las trompas. Marban. Quinta Edición. Madrid, España. 2000. 381-388)

CÁNCER DE OVARIO ESTADO IIC: Corresponde a la neoplasia maligna del ovario con extensión a cualquier órgano pélvico y presencia de células tumorales en la citología del líquido peritoneal o el estudio del líquido

ascítico. (Hirsch, A. Käser, O. Atlas de Cirugía Ginecológica. Cirugía del cáncer de ovario y de las trompas. Marban. Quinta Edición. Madrid, España. 2000. 381-388)

CÁNCER DE OVARIO ESTADO III: Es la neoplasia maligna del ovario con compromiso de uno o ambos ovarios, con metástasis peritoneales por fuera de la pelvis confirmadas por microscopia y/o metástasis a los ganglios linfáticos regionales. (Hirsch, A. Käser, O. Atlas de Cirugía Ginecológica. Cirugía del cáncer de ovario y de las trompas. Marban. Quinta Edición. Madrid, España. 2000. 381-388)

CÁNCER DE OVARIO ESTADO IIIA: Es la neoplasia maligna del ovario con compromiso de uno o ambos ovarios con metástasis peritoneales microscópicas por fuera de la pelvis. (Hirsch, A. Käser, O. Atlas de Cirugía Ginecológica. Cirugía del cáncer de ovario y de las trompas. Marban. Quinta Edición. Madrid, España. 2000. 381-388)

CÁNCER DE OVARIO ESTADO IIIB: Es la neoplasia maligna del ovario con compromiso de uno o ambos ovarios con metástasis peritoneales macroscópicas fuera de la pelvis con menos de 2 cm en su mayor dimensión. (Hirsch, A. Käser, O. Atlas de Cirugía Ginecológica. Cirugía del cáncer de ovario y de las trompas. Marban. Quinta Edición. Madrid, España. 2000. 381-388)

CÁNCER DE OVARIO ESTADO IIIC: Es la neoplasia maligna del ovario con compromiso de uno o ambos ovarios con metástasis peritoneales fuera de la pelvis, con más de 2 cm en su mayor dimensión y/o metástasis a los ganglios linfáticos regionales. (Hirsch, A. Käser, O. Atlas de Cirugía Ginecológica. Cirugía del cáncer de ovario y de las trompas. Marban. Quinta Edición. Madrid, España. 2000. 381-388)

CÁNCER DE OVARIO ESTADO IV: Es la neoplasia maligna del ovario en la cual existen metástasis a distancia, excluyendo las metástasis peritoneales. (Hirsch, A. Käser, O. Atlas de Cirugía Ginecológica. Cirugía del cáncer de ovario y de las trompas. Marban. Quinta Edición. Madrid, España. 2000. 381-388)

CÁNCER DE TIROIDES EN EL EMBARAZO: Corresponde a la patología maligna de la glándula tiroides que afecta 1 de cada 1000 embarazos. Se considera que el riesgo de malignidad de un nódulo tiroideo durante el embarazo es del 40%. El dignóstico se realiza con histopatología del líquido aspirado con aguja fina guiado por ecografía, del nódulo tiroideo. Las opciones de manejo incluyen terminación del embarazo, tratamiento durante el embarazo o tratamiento después del nacimiento. El tratamiento definitivo es la tiroidectomía y la terapia ablativa con yodo; esta última está contraindicada durante el embarazo. La tiroidectomía es susceptible de realizar en el segundo trimestre de la gestación. (Rashid, M. Rashid, M. Obstetric Management of thyroid disease. Obstetrical and Gynecological survey. 2007; 62 (10): 680-688)

CÁNCER DE TROMPA: Ver Adenocarcinoma de trompa

CÁNCER DE ÚTERO: Ver Cáncer de Cuerpo uterino

CÁNCER DE VEJIGA: Consiste en la transformación neoplásica del tejido vesical; corresponde al cuarto cáncer más común en hombres y el noveno cáncer más común en mujeres. La sintomatología es similar a las condiciones benignas siendo común infecciones recurrentes del tracto urinario, cistitis intersticial, litiasis asociado a hematuria, dolor, síntomas irritativos y síntomas constitucionales. El diagnóstico se sospecha con la documentación de hematuria macroscópica o microscópica, se complementa con cistoscopia para determinar la presencia de masa palpable y el grado de invasión. La clasficación histológica divide las lesiones en alto grado y bajo grado, reemplazando el sistema de clasificación antigüo en el cual se dividían las neoplasias en bajo grado, grado intermedio o alto grado; los grados histológicos varían desde tumores no invasivos hasta neoplasias invasivas usualmente de alto grado. El grado histológico se basa en el grado de reemplazo de la arquitectura del tejido normal, el grosor del epitelio, la pérdida de polaridad y el grado de pleomorfismo nuclear. El tratamiento y el pronóstico dependen del estadio clínico. (Jemal, A, Siegel, R, Ward, E, et al. Cancer statistics, 2007. CA Cancer J Clin 2007; 57:43)

CÁNCER DE VEJIGA ESTADÍO I: Corresponde a la transformación neoplásica maligna del tejido vesical con tumor que invade la mucosa, submucosa y la lámina propia. (Jemal, A, Siegel, R, Ward, E, et al. Cancer statistics, 2007. CA Cancer J Clin 2007; 57:43)

CÁNCER DE VEJIGA ESTADÍO II: Corresponde a la transformación neoplásica maligna del tejido vesical con tumor que invade el tejido muscular subyacente, estableciendo un riesgo alto de metástasis linfática a distancia. La clasificación incluye la especificación de compromiso muscular superficial o profundo pero confinado a la vejiga. (Jemal, A, Siegel, R, Ward, E, et al. Cancer statistics, 2007. CA Cancer J Clin 2007; 57:43)

CÁNCER DE VEJIGA ESTADÍO III: Corresponde a la transformación neoplásica maligna del tejido vesical con tumor que invade la fascia perivesical. (Jemal, A, Siegel, R, Ward, E, et al. Cancer statistics, 2007. CA Cancer J Clin 2007; 57:43)

CÁNCER DE VEJIGA ESTADÍO IV: Corresponde a la transformación neoplásica maligna del tejido vesical con tumor que invade órganos adyacentes. Se clasifica en IVa cuando existe compromiso de útero, vagina o intestino y estado IVb cuando existe compromiso de la pared abdominal o pared pélvica. En este estadio clínico la tasa de supervivencia es del 35% con sobrevida entre 6 y 9 meses. (Jemal, A, Siegel, R, Ward, E, et al. Cancer statistics, 2007. CA Cancer J Clin 2007; 57:43)

CÁNCER DE VULVA: Ver Cáncer vulvar

CÁNCER EMBRIONARIO: Es un tumor ovárico originado de células germinales cuya apariencia histológica es de áreas sólidas de células anaplásicas con abundante citoplasma claro, núcleos hipercromáticos y numerosas figuras mitóticas. La edad media de presentación es 15 años, produce alfa feto proteína y gonadotropina coriónica humana que es la responsable de la pubertad en las pacientes prepúberes con esta patología. La mayoría de los casos son bilaterales, con rápido crecimiento y generación de grandes masas tumorales. (Munkarah, A. Tainsky, M.

Update on ovarian cancer. Current Opinion in Obstetrics & Gynecology. 2007; 19(1):22-26)

CÁNCER ENDOMETRIAL: Es un tumor epitelial maligno de origen endometrial usualmente con diferenciación glandular. Corresponde al tumor maligno de origen ginecológico más común en países desarrollados y representa el tercer tumor maligno más frecuente del tracto genital femenino en los países en desarrolllo, después del cáncer de cérvix y cáncer de ovario. De acuerdo a las estadísticas de la Sociedad Americana de Cáncer se diagnostican aproximadamente 40.320 nuevos casos de cáncer endometrial cada año alrededor del mundo, entre la quinta y sexta décadas de la vida. De acuerdo a la patogénesis se presentan dos tipos de cáncer endometrial: Tipo I, cáncer estrógeno dependiente, originado en epitelios hiperplásicos. Representa la mayoría de los tumores (80% – 85%); se consideran de bajo grado por su comportamiento relativamente benigno y baja probabilidad de diseminación metastásica a distancia. El tipo II es un cáncer no estrógeno dependiente, originado en epitelios atróficos que son considerados de alto grado por su comportamiento agresivo y representan la menor proporción de casos (10% – 15%). En la patogénesis del cáncer endometrial se incluyen alteraciones genéticas que involucran la inactivación de genes supresores de tumor como el PTEN para cáncers tipo I y el p53 para cáncers tipo II; adicionalmente se incluye la sobreexpresión de genes como el Fas y el Kras, que codifican proteínas inhibidoras de la apoptosis celular que producen inmortalidad celular de células tumorales o precursoras. La expresión de los genes mencionados se ha visto asociada al 60% de los cánceres endometriales en estadíos tempranos. La sobrexposición a estrógenos se convierte en un factor de riesgo para hiperplasia endometrial y para cáncer endometrial. Otros factores asociados son la menarquia temprana, la menopausia tardía, la nuliparidad, la raza negra, la anovulación crónica, la obesidad, los tumores ováricos productores de estrógenos, la terapia de reemplazo hormonal sólo con estrógenos, el uso crónico de tamoxifeno y el antecedente personal o familiar de Ca colorectal no polipoide, especialmente para los tumores tipo II. Las manifestaciones clínicas incluyen hemorragia uterina anormal,

especialmente en mujeres postmenopáusicas, dolor pélvico y leucorrea fétida. El estudio inicial se realiza con ultrasonografía y se confirma con estudio histopatológico. La clasificación histológica contiene el Adenocarcinoma Endometrioide con varios subtipos: adenocarcinoma mucinoso, adenocarcinoma seroso, adenocarcinoma de células claras, adenocarcinoma mixto, cáncer de células escamosas, cáncer de células transicionales, cáncer de células pequeñas y cáncer indiferenciado. (Silverberg, S. Kurman, R. Nogales, F. Epithelial Tumours and related lesions. Tumours of the Uterine Corpus. World Organization Health. 2001: 221 – 248 // Odicino F, Pecorelli S, Zigliani L, Creasman WT. History of the FIGO cancer staging system.Int J Gynaecol Obstet. 2008 May;101(2):205-10. Epub 2008 Jan 15

CÀNCER ENDOMETRIAL ESTADIO 0: Corresponde a la clasificación FIGO clínica del cáncer de endometrio. Hace referencia al carcinoma in situ de endometrio, es decir los cambios neoplásicos que no sobrepasan la membrana basal del epitelio. Esta estadificación también incluye los cambios histológicos sospechosos de cáncer. (Silverberg, S. Kurman, R. Nogales, F. Epithelial Tumours and related lesions. Tumours of the Uterine Corpus. World Organization Health. 2001: 221 - 248)

CÁNCER ENDOMETRIAL ESTADIO I: Corresponde a la clasificación FIGO clínica del cáncer de endometrio. Hace referencia al carcinoma limitado al cuerpo del útero, que incluye el istmo. (Silverberg, S. Kurman, R. Nogales, F. Epithelial Tumours and related lesions. Tumours of the Uterine Corpus. World Organization Health. 2001: 221 - 248)

CÁNCER ENDOMETRIAL ESTADIO Ia: Corresponde a la clasificación FIGO clínica del cáncer de endometrio. Hace referencia al carcinoma limitado al cuerpo del útero, que incluye el istmo, con longitud de la cavidad uterina menor o igual a 8 cm. (Silverberg, S. Kurman, R. Nogales, F. Epithelial Tumours and related lesions. Tumours of the Uterine Corpus. World Organization Health. 2001: 221 - 248)

CÁNCER ENDOMETRIAL ESTADIO Ib: Corresponde a la clasificación FIGO clínica del cáncer de endometrio. Hace referencia al carcinoma

limitado al cuerpo del útero, que incluye el istmo, con longitud de la cavidad uterina mayor a 8 cm. (Silverberg, S. Kurman, R. Nogales, F. Epithelial Tumours and related lesions. Tumours of the Uterine Corpus. World Organization Health. 2001: 221 - 248)

CÁNCER ENDOMETRIAL ESTADIO II: Corresponde a la clasificación FIGO clínica del cáncer de endometrio. Hace referencia al carcinoma que afecta el cuerpo y el cérvix, sin extensión fuera del útero. (Silverberg, S. Kurman, R. Nogales, F. Epithelial Tumours and related lesions. Tumours of the Uterine Corpus. World Organization Health. 2001: 221 - 248)

CÁNCER DE ENDOMETRIO ESTADIO III: Corresponde a la clasificación FIGO clínica del cáncer de endometrio. Hace referencia al carcinoma que se extiende fuera del útero, sin extensión fuera de la pelvis verdadera. (Silverberg, S. Kurman, R. Nogales, F. Epithelial Tumours and related lesions. Tumours of the Uterine Corpus. World Organization Health. 2001: 221 - 248)

CÁNCER ENDOMETRIAL ESTADIO IV: Corresponde a la clasificación FIGO clínica del cáncer de endometrio. Hace referencia al carcinoma que se extiende fuera de la pelvis verdadera o que compromete mucosa de intestino o vejiga. (Silverberg, S. Kurman, R. Nogales, F. Epithelial Tumours and related lesions. Tumours of the Uterine Corpus. World Organization Health. 2001: 221 - 248)

CÁNCER ENDOMETRIAL ESTADIO IVa: Corresponde a la clasificación FIGO clínica del cáncer de endometrio. Hace referencia al carcinoma de endometrio con extensión a vejiga o intestino. (Silverberg, S. Kurman, R. Nogales, F. Epithelial Tumours and related lesions. Tumours of the Uterine Corpus. World Organization Health. 2001: 221 - 248)

CÁNCER ENDOMETRIAL ESTADIO IVb: Corresponde a la clasificación FIGO clínica del cáncer de endometrio. Hace referencia al carcinoma de endometrio con extensión a órganos distales. (Silverberg, S. Kurman, R. Nogales, F. Epithelial Tumours and related lesions. Tumours of the Uterine Corpus. World Organization Health. 2001: 221 - 248)

CÁNCER ENDOMETRIAL DE CÉLULAS ESCAMOSAS: Es un cáncer del endometrio que se caracteriza por la presencia de células escamosas en diferentes grados de diferenciación. Es una variante poco común e histológicamente es idéntico al cáncer de células escamosas de origen cervical. En general presenta un comportamiento agresivo con mal pronóstico. (Silverberg, S. Kurman, R. Nogales, F. Epithelial Tumours and related lesions. Tumours of the Uterine Corpus. World Organization Health. 2001: 221 - 248)

CÁNCER ENDOMETRIAL DE CÉLULAS PEQUEÑAS: Representa menos del 1% de los cánceres del endometrio. Se caracteriza por la presencia de células diminutas que semejan el aspecto del cáncer broncogénico. En general se considera que tiene un pronóstico bueno. (Silverberg, S. Kurman, R. Nogales, F. Epithelial Tumours and related lesions. Tumours of the Uterine Corpus. World Organization Health. 2001: 221 - 248)

CÁNCER ENDOMETRIAL DE CÉLULAS TRANSICIONALES: Es una variante de cáncer del endometrio poco común, con sólo 15 casos reportados a nivel mundial desde 1990. Se caracteriza por la presencia de células similares al epitelio transicional urológico en > 90% de contenido tumoral. Presenta un patrón de crecimiento polipoide con tamaño promedio de 3.5 cm. Se considera una variante con buen pronóstico ya que tiene una excelente respuesta al tratamiento con radioterapia. (Silverberg, S. Kurman, R. Nogales, F. Epithelial Tumours and related lesions. Tumours of the Uterine Corpus. World Organization Health. 2001: 221 - 248)

CÁNCER UTERINO (DEL CUERPO) TIPO CARCINOSARCOMA: Es un tumor maligno del cuerpo uterino compuesto por una mezcla de componente epitelial y mesenquimal. La OMS lo ha definido como una neoplasia mixta epitelial y mesenquimal. Es la neoplasia más común dentro del grupo de los Tumores Mixtos del cuerpo uterino. Afecta principalmente a mujeres postmenopáusicas, con edad media de presentación de 65 años. Se ha considerado una neoplasia secundaria a irradiación pélvica, uso prolongado de tamoxifeno, sin embargo, su etiología no ha sido claramente establecida. Clínicamente se manifiesta con hemorragia uterina anormal,

asociado a dolor pélvico crónico y masa pélvica. Ocasionalmente son de aspecto polipoide y puede protruir a través del cérvix. Microscópicamente se presenta como una masa polipoide, con focos de necrosis, hemorragia, con invasión miometrial o extensión fuera del útero. Microscópicamente el componente epitelial es usualmente glandular; cuando el componente epitelial es no glandular corresponde a CÁNCER escamoso o indiferenciado. El componente glandular puede ser endometrial o no endometrial, como tipo seroso o de células claras. El componente mesenquimal consiste en sarcoma indiferenciado, leiomiosarcoma o sarcoma del estroma endometrial usualmente de alto grado. (McCluggage, WG. Haller, U. Kurman, RJ. Kubik-Huch, RA. Mixed epithelial and mesenchymal tomours. World Health Organization. 2001: 245-249),(García, N. Beltrán, M. Báez, J. Tumor Mülleriano Mixto. Rev Espan Patol. 2005; 38 (2): 109-111)

CÁNCER VAGINAL: Corresponde a la neoplasia maligna de la vagina que representa el 0.3% de todas las neoplasias malignas del tracto genital femenino. Tanto el cáncer primario de la vagina como la enfermedad metastásica son patologías poco comunes; la mayoría de las neoplasias malignas de la vagina son metastásicas con cáncer primario de endometrio, cérvix, vulva, ovario, mama, recto y riñón y el compromiso puede ocurrir por extensión directa o por diseminación linfática o hematógena. La mayoría de los tumores son cánceres de células escamosas, sin embargo, también es común encontrar cáncer tipo melanoma, sarcoma o adenocarcioma. La incidencia del cáncer de vagina se ha establecido en 1 caso por cada 100.000 mujeres; los factores de riesgo son similares a los encontrados en cáncer de cérvix: múltiples compañeros sexuales, edad temprana de inicio de vida sexual, tabaquismo, infección por VPH. Las manifestaciones clínicas incluyen sangrado genital post-menopáusico o post-coital, secreción vaginal fétida, masa vaginal, síntomas urinarios como frecuencia urinaria, disuria, hematuria, o síntomas gastrointestinales como tenesmo, constipación o melenas. El diagnóstico se realiza con estudio histopatológico de las biopsias tomadas de lesiones sospechosas tipo masa, úlcera o placa. El cáncer de vagina tiende a diseminarse por

continuidad y a través de las cadenas linfáticas; la diseminación hematógena es rara. El tratamiento incluye cirugía, radioterapia o ambos. Se tiende a manejar en forma quirúrgica los tumores pequeños; las lesiones del tercio superior de la vagina se manejan como cánceres cervicales, mientras que los tumores de la parte inferior de la vagina se manejan como cánceres vulvares. Las complicaciones del tratamiento usualmente son fístulas que comprometen el tracto urinario bajo o el recto. (Daling, JR, Madeleine, MM, Schwartz, SM, Shera, KA. A population-based study of squamous cell vaginal cancer: HPV and cofactors. Gynecol Oncol 2002; 84:263 Odicino F, Pecorelli S, Zigliani L, Creasman WT. History of the FIGO cancer staging system.

CÁNCER VAGINAL (CÉLULAS ESCAMOSAS): Corresponde a una variante histológica del cáncer de vagina cuyas características macroscópicas incluye lesiones nodulares, ulcerativas, induradas, endofíticas o exofíticas; histológicamente presenta atipia de células escamosas con marcado pleomorfismo y tiene apariencia similar a otras tumores de células escamosas de otro origen. La edad promedio de presentación se encuentra en 60 años y se considera que esta variante histológica aumenta su incidencia a medida que se incrementa la edad de la paciente; sin embargo, también se han diagnosticado casos de cáncer de células escamosas de vagina en mujeres entre 20 y 30 años. (Daling, JR, Madeleine, MM, Schwartz, SM, Shera, KA. A population-based study of squamous cell vaginal cancer: HPV and cofactors. Gynecol Oncol 2002; 84:263)

CÁNCER VAGINAL ESTADIO 0 ó IN SITU: De acuerdo al sistema de clasificación de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), corresponde al cáncer de vagina in situ, es decir, sin evidencia de invasión estromal. (American Joint Committee on Cancer (AJCC), Chicago, Illinois. The AJCC Cancer Staging Manual, Sixth Edition (2002)

CÁNCER VAGINAL ESTADIO I: De acuerdo al sistema de clasificación de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), corresponde al cáncer de vagina con tumor confinado a vagina. Representa

el 26% de todos los cáncers de vagina. (American Joint Committee on Cancer (AJCC), Chicago, Illinois. The AJCC Cancer Staging Manual, Sixth Edition (2002)

CÁNCER VAGINAL ESTADIO II: De acuerdo al sistema de clasificación de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), corresponde al cáncer de vagina con tumor que invade tejido paravaginal, sin comprometer pared pélvica. Representa el 37% de todos los cánceres de vagina. (American Joint Committee on Cancer (AJCC), Chicago, Illinois. The AJCC Cancer Staging Manual, Sixth Edition (2002).

CÁNCER VAGINAL ESTADIO III: De acuerdo al sistema de clasificación de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), corresponde al cáncer de vagina con tumor que se extiende a la pared pélvica. Representa el 24% de todos los cánceres de vagina. (American Joint Committee on Cancer (AJCC), Chicago, Illinois. The AJCC Cancer Staging Manual, Sixth Edition (2002)

CÁNCER VAGINAL ESTADIO IVA: De acuerdo al sistema de clasificación de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), corresponde al cáncer de vagina con tumor que invade la mucosa de vejiga o recto y/o se extiende más allá de la pelvis verdadera. Representa el 10% de todos los cánceres de vagina. (American Joint Committee on Cancer (AJCC), Chicago, Illinois. The AJCC Cancer Staging Manual, Sixth Edition (2002)

CÁNCER VAGINAL ESTADIO IVB: De acuerdo al sistema de clasificación de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), corresponde al cáncer de vagina con metástasis a distancia. Representa el 3% de todos los cánceres de vagina. (American Joint Committee on Cancer (AJCC), Chicago, Illinois. The AJCC Cancer Staging Manual, Sixth Edition (2002)

Int J Gynaecol Obstet. 2008 May;101(2):205-10. Epub 2008 Jan 15.

CÁNCER VULVAR: Corresponde a una neoplasia maligna de la vulva que representa el 3%-5% de los cánceres de origen genital femenino. Afecta

principalmente a mujeres post-menopáusicas con edad media de presentación en la séptima década de la vida. No existe un agente etiológica claro implicado en el desarrollo del cáncer de vulva; usualmente las pacientes refieren historia crónica de irritación vulvar y prurito, frecuentemente asociado con distrofia vulvar; estos cambios en la piel tiene potencial maligno si existe asociación con atipia celular. Hasta el momento se han descrito factores virales (Herpes y VPH) como factores etiológicos más probables basados en la frecuente asociación entre condilomatosis vulvar y cáncer vulvar. Las cepas de VPH mas implicados son los tipos 16, 18, 31 y 33. En mujeres jóvenes el cáncer de vulva se ha asociado con neoplasias y pre-neoplasias del tracto genital incluyendo el ano; estas pacientes tienen tendencia a desarrollar enfermedades multifocales y vulva y en región perianal. (Al-Ghamdi, A, Freedman, D, Miller, D, et al. Vulvar squamous cell cáncer in young women: a clinicopathologic study of 21 cases. Gynecol Oncol 2002; 84:94) Mencionar los tipos más frecuentes.// Odicino F, Pecorelli S, Zigliani L, Creasman WT. History of the FIGO cancer staging system.Int J Gynaecol Obstet. 2008 May;101(2):205-10. Epub 2008 Jan 15.

CÁNCER VULVAR (ESCAMOSO): Corresponde a un subtipo de cáncer vulvar que representa el 85% de todos los casos. Este subgrupo incluye el cáncer de células basales y el cáncer verrucoso. El cáncer verrucoso es una variante del cáncer de células escamosas con apariencia macroscópica similar a coliflor y con configuración papilar sin tejido conectivo central a nivel histopatológico; por el contrario el cáncer de células basales representa el 2% de los canceres del vulva y se caracteriza microscópicamente por la presencia de úlceras en rodete con ulceración central. La característica más importante del cáncer escamoso de vulva es la poca tendencia a producir metástasis linfáticas, de tal manera que la vulvectomía o la excisión local amplia de la lesión es usualmente suficiente. Se ha establecido que el grado de diferenciación está íntimamente relacionado con el potencial metastásico ganglionar del cáncer escamoso de vulva, de tal forma que los cánceres mal diferenciados tienen mayor probabilidad de metástasis ganglionar. (Al-Ghamdi, A, Freedman, D, Miller,

D, et al. Vulvar squamous cell cáncer in young women: a clinicopathologic study of 21 cases. Gynecol Oncol 2002; 84:94)

CÁNCER VULVAR ESTADIO IA: Corresponde al cáncer cuya localización está confinada a la vulva o periné, con menos de 2 centímetros en su diámetro mayor, ganglios negativos e invasión estromal menor de 1 mm. (American Joint Committee on Cancer (AJCC), Chicago, Illinois. The AJCC Cancer Staging Manual, Sixth Edition (2002)

CÁNCER VULVAR ESTADIO IB: Corresponde al cáncer confinado a la vulva o periné, con menos de 2 cm en su diámetro mayor, ganglios negativos e invasión estromal mayor de 1 mm. (American Joint Committee on Cancer (AJCC), Chicago, Illinois. The AJCC Cancer Staging Manual, Sixth Edition (2002)

CÁNCER VULVAR ESTADIO II: Corresponde al cáncer confinado a la vulva o periné, con más de 2 cm en su diámetro mayor y ganglios linfáticos negativos. (American Joint Committee on Cancer (AJCC), Chicago, Illinois. The AJCC Cancer Staging Manual, Sixth Edition (2002)

CÁNCER VULVAR ESTADIO III: Corresponde al cáncer de vulva con lesión de cualquier tamaño con compromiso de la porción baja de la uretra o ano o metástasis linfáticas regionales unilaterales. (American Joint Committee on Cancer (AJCC), Chicago, Illinois. The AJCC Cancer Staging Manual, Sixth Edition (2002)

CÁNCER VULVAR ESTADIO IVA: Corresponde al cáncer de vulva con lesión que invade cualquiera de las siguientes estructuras: porción superior de la uretra, vejiga, mucosa rectal, hueso pélvico, o metastasis inguinales regionales bilaterales. (American Joint Committee on Cancer (AJCC), Chicago, Illinois. The AJCC Cancer Staging Manual, Sixth Edition (2002)

CÁNCER VULVAR ESTADIO IVB: Corresponde al CÁNCER de vulva con presencia de metástasis a distancia incluyendo nódulos linfáticos pélvicos. (American Joint Committee on Cancer (AJCC), Chicago, Illinois. The AJCC Cancer Staging Manual, Sixth Edition (2002)

CÁNCER VULVAR ESTADIO O ó IN SITU: En la clasificación de la FIGO corresponde al cáncer in situ de la vulva o cáncer intraepitelial vulvar. (American Joint Committee on Cancer (AJCC), Chicago, Illinois. The AJCC Cancer Staging Manual, Sixth Edition (2002)

CANDIDIASIS: Constituye un grupo de infecciones causadas por un hongo oportunista que puede tener expresión a nivel cutáneo, gastrointestinal, respiratorio y genital. El gérmen corresponde al género *Candida*, de los cuales la más frecuente es la *Candida albicans*. Usualmente este germen forma parte de la flora normal de piel y mucosas del tracto digestivo y genitourinario, pero su acción se encuentra controlada por otros organismo no patógenos; cuando se presenta un desequilibrio en la población de la flora normal con crecimiento excesivo de este germen, se produce la infección conocida como candidiasis. Esta infección representa el 25% de las micosis cutáneas. Clínicamente se caracteriza por lesiones micropapulares eritematosas asociado a prurito, y se localiza usualmente en las zonas húmedas y cálidas de la piel. A nivel genital se manifiesta como flujo vaginal blanquecino, con aspecto de “leche cortada” y olor a levadura. El diagnóstico se realiza por inspección visual de las lesiones o características del flujo vaginal. La respuesta inmune del hospedero es un determinante del tipo de infección causado por Candida: las lesiones benignas están caracterizadas por lesiones papulares eritematosas en membranas mucosas, como resultado de cambios en la flora normal; las infecciones focales invasivas como pielonefrits, endocarditis y meningitis usualmente ocurren por diseminación hematógena o asociados a dispositivos protésicos; en pacientes neutropénicos o críticamente enfermos, la diseminación de la candida se presenta cuando se presenta paso al torrente sanguíneo. El tratamiento se realiza con antimicóticos tipo fluconazol, ketoconazol, nistatina, anfotericina B // **2.** Enfermedad de tipo inflamatorio de la piel o de las mucosas causada por la Candida albicans o por otra cepa similar. Si la candidiasis es en la vagina, suele producir flujo que produce eritema y prurito en la mucosa.(Pappas, PG, Rex, JH, Sobel, JD, et al. Guidelines for treatment of candidiasis. Clin Infect Dis 2004; 38:161)

CANDIDIASIS GENITAL: Es la infección vulvovaginal causada por la Candida albicans cuando la concentración de las mismas iguala o supera un millón de unidades formadoras de colonias por milímetro. Esta concentración se puede encontrar hasta en el 15% de las pacientes asintomáticas. La sintomatología que define el cuadro clínico se caracteriza por ardor vulvovaginal, prurito, eritema vulvar, flujo vaginal, edema vulvovaginal, fisuras, excoriaciones y cervicitis. En pacientes con infección recidivante puede ser producida también por la Candida parapsilosis, Cándida glabrata, Cándida lipolitica, Cándida. lusitaniae, Cándida tropicalis y Cándida. briglis. (Berek JS,Adashi EY,Hillard PA. Ginecología de Novak. Interamericana. México. 1997 p. 432).

CANDIDIASIS VAGINAL: Ver candidiasis genital

CANDIDIASIS VULVAR: Ver Candidiasis genital

CANDIDIASIS VULVOVAGINAL: Ver Candidiasis genital.

CAPACIDAD FUNCIONAL RESIDUAL: Es el volumen de reserva espiratorio + el volumen residual. Es la cantidad de aire que queda en los pulmones tras una espiración normal. Se calcula aproximadamente en 2300 ml. (Patiño, JF. Rodríguez, E. Gases Sanguíneos, Fisiología de la Respiración e Insuficiencia Respiratoria Aguda. Editorial Médica Panamericana. Santafé de Bogotá. Séptima edición. 2005. 37-90 / Guyton, A. Tratado de Fisiología Médica. Transporte de oxígeno y de dióxido de carbono en la sangre y los líquidos corporales. Editorial McGraw-Hill. México. Novena edición. 1998. 555-566)

CAPACIDAD INSPIRATORIA: Es el volumen corriente + el volumen de reserva inspiratoria. Es la cantidad de aire que se puede respirar comenzando al nivel de una espiración normal y expandiendo al máximo los pulmones. Corresponde aproximadamente a 3500 ml. (Patiño, JF. Rodríguez, E. Gases Sanguíneos, Fisiología de la Respiración e Insuficiencia Respiratoria Aguda. Editorial Médica Panamericana. Santafé de Bogotá. Séptima edición. 2005. 37-90 / Guyton, A. Tratado de Fisiología Médica. Transporte de oxígeno y de dióxido de carbono en la sangre y los

líquidos corporales. Editorial McGraw-Hill. México. Novena edición. 1998. 555-566)

CAPACIDAD PULMONAR TOTAL: Es el máximo volumen al que pueden expandirse los pulmones con el máximo esfuerzo inspiratorio posible. Numéricamente es igual a la sumatoria de la capacidad vital y el volumen residual. Se calcula aproximadamente en 5800 ml. (Patiño, JF. Rodríguez, E. Gases Sanguíneos, Fisiología de la Respiración e Insuficiencia Respiratoria Aguda. Editorial Médica Panamericana. Santafé de Bogotá. Séptima edición. 2005. 37-90 // 2-Guyton, A. Tratado de Fisiología Médica. Transporte de oxígeno y de dióxido de carbono en la sangre y los líquidos corporales. Editorial McGraw-Hill. México. Novena edición. 1998. 555-566)

CAPACIDAD VITAL: Es el volumen de reserva inspiratorio + el volumen corriente + el volumen de reserva espiratorio. Es la máxima cantidad de aire que una persona puede expulsar de los pulmones después de una inspiración máxima y espirando al máximo. Se calcula aproximadamente en 4600 ml. (Patiño, JF. Rodríguez, E. Gases Sanguíneos, Fisiología de la Respiración e Insuficiencia Respiratoria Aguda. Editorial Médica Panamericana. Santafé de Bogotá. Séptima edición. 2005. 37-90 / Guyton, A. Tratado de Fisiología Médica. Transporte de oxígeno y de dióxido de carbono en la sangre y los líquidos corporales. Editorial McGraw-Hill. México. Novena edición. 1998. 555-566)

CAPACITACIÓN DE LOS ESPERMATOZOIDES: Corresponde al conjunto de cambios fisiológicos a través de los cuales el espermatozoide adquiere la capacidad de experimentar los procesos de hiperactivación y reacción acrosómica necesarios para la fecundación del ovocito. Los cambios que se presentan en el proceso de capacitación incluyen: cambios de expresión superficial de elementos de membrana con eliminación de las glucoproteínas periféricas (eliminación de factores de decapacitación), reordenamiento de glicoproteínas integrales, reducción del colesterol de membrana, cambios en la distribución y composición de los fosfolípidos, cambios en las características antigénicas de los receptores de superficie, cambios en el metabolismo oxidativo, cambios en la permeabilidad y

propiedades de la membrana. Los espermatozoides al ser eyaculados no poseen la capacidad de fecundar el ovocito, aunque la adquieren en el tracto genital femenino; si esto no es posible, la capacitación espermática se puede realizar en el laboratorio formando parte de las técnicas de reproducción asistida. (O'Connor, AE, De Kretser, DM. Inhibins in normal male physiology. Semin Reprod Med 2004; 22:177)

CAPILARIDAD DE LAS SUTURAS QUIRÚRGICAS: Corresponde a la capacidad del material de sutura de absorber líquidos de un extremo húmedo hacia uno seco. La capacidad de absorción de líquidos es la propiedad de un material de absorber un líquido cuando se sumerge. Ambas características incrementan la posibilidad de absorber y retener bacterias. (Bennet, RG. Selection of wound clousure materials. J Am Acad Dermatol. 2004; 68: 742)

CAPUCHÓN CERVICAL: Es un elemento elaborado con látex o con caucho de silicona, que se utiliza como método de barrera en el cuello del útero durante unas 48 horas para planificación familiar. El capuchón cervical es más pequeño que el diafragma, no contiene un resorte en el reborde y cubre solo el cuello uterino. Se utiliza con espermicida pero no se conoce la contribución de este a su eficacia. Algunas de las variedades de capuchón cervical son el de Prentiff y el de Femcap (Berek JS,Adashi EY,Hillard PA. Ginecología de Novak. Interamericana. México. 1997, p. 237)

CAPUCHÓN CERVICAL DE PRENTIFF: Es un elemento elaborado con látex o caucho de silicona que se utiliza como método de barrera para planificación familiar. Tiene un reborde de cavidad que le permite adaptarse a la base de implantación del cuello uterino. Viene en tres tamaños: 22, 25, 28 y 31 de acuerdo al diámetro interno del reborde medido en milímetros. Antes de su empleo se llena hasta la tercera parte con un espermicida y se deja colocado por unas 72 horas (Berek JS,Adashi EY,Hillard PA. Ginecología de Novak. Interamericana. México. 1997, p. 238)

CAPUCHÓN CERVICAL FEMCAP: Es un elemento elaborado con caucho de silicona ,que se utiliza como método de barrera para planificación familiar. Este capuchón tiene forma de gorra de marinero, su cúpula cubre el cuello uterino en tanto que sus bordes se ajustan a los fórnices (fondos de saco) de la vagina. Se encuentra en tres tamaños: 24, 28 y 32 de acuerdo a los milímetros de diámetro y se espera que se puedan reutilizar durante dos a tres años. Se emplea con espermicida y se deja colocado durante 48 horas (Berek JS,Adashi EY,Hillard PA. Ginecología de Novak. Interamericana. México. 1997, p. 237)

CAPUT SUCCEDANEUM: (Lat, Caput, cabeza y Succēdāneus, que puede sustituir) Toma este nombre la formación abombada en el lado derecho o izquierdo de la cabeza fetal, por una colección serosanguinolenta, como si tuviera superpuesta otra cabeza (de ahí su nombre). Se diferencia del cefalohematoma en que este sí pasa la línea media // Es una colección serosanguinolenta extraperiostio que se extiende a través de la línea media o sobre las líneas de sutura del cráneo fetal. Es una lesión que se presenta secundario al trauma mecánico de la cabeza fetal al chocar contra el piso pélvico durante los esfuerzos expulsivos de la madre. En ocasiones el caput succedaneum es tan severo que puede confundirse con la presentación fetal en el momento de la evaluación de la estación fetal y esta situación crea dificultades y riesgos en la aplicación de los fórceps. (Doumouchtsis, S. Arulkumaran, S. Head injuries alter instrumental vaginal deliveries. Current opinion in Obstetrics and Gynecology. 2006; 18: 129 – 134)

CARCINOIDE OVÁRICO: Corresponde a un grupo heterogéneo de neoplasias derivadas de las células de Kulchitsky, que se caracteriza por la producción de aminas biógenas y hormonas polipeptídicas, localizado a nivel ovárico. Usualmente los carcinoides ováricos primarios están asociados a epitelio gastrointestinal o respiratorio presente en el teratoma quístico maduro; también se pueden observar dentro de un teratoma sólido, un tumor mucinoso o se pueden manifestar en una forma netamente pura. Los tumores carcinoides ováricos primarios son poco frecuentes; se han reportado alrededor de 50 casos en la literatura mundial. El diagnóstico se realiza por estudio histopatológico. El tratamiento médico se realiza para el

control de la sintomatología empleando fármacos antiserotoninérgicos; el tratamiento quirúrgico consiste en la resección de la máxima cantidad posible de masa tumoral, incluyendo metátasis si se presentan. (Philip, J. DiSaiia, W. Oncología Ginecológica Clínica. Tumores ováricos. Sexta edición. Editorial Elsevier. Madrid, España. 2002. Pp 860 – 869)

CARCINOMA DE CÉRVIX: Ver Cáncer de cérvix

CARCINOMA DE ENDOMETRIO: Ver Cáncer de endometrio

CARCINOMA DE MAMA: Ver Cáncer de mama

CARCINOMA DE OVARIO: Ver Cáncer de ovario

CARCINOMA DE TROMPA: Ver Cáncer de trompa

CARCINOMA DE VAGINA: Ver Cáncer de vagina

CARCINOMA DE VULVA: Ver Cáncer de vulva

CARCINOMA DEL CUERPO UTERINO: Ver Cáncer del cuerpo uterino

CARCINOSARCOMA: Es un tumor maligno del cuerpo uterino compuesto por una mezcla de componente epitelial y mesenquimal. La OMS lo ha definido como una neoplasia mixta epitelial y mesenquimal. Es la neoplasia más común dentro del grupo de los Tumores Mixtos del cuerpo uterino. Afecta principalmente a mujeres postmenopáusicas, con edad media de presentación de 65 años. Se ha considerado una neoplasia secundaria a irradiación pélvica, uso prolongado de tamoxifeno, sin embargo, su etiología no ha sido claramente establecida. Clínicamente se manifiesta con hemorragia uterina anormal, asociado a dolor pélvico crónico y masa pélvica. Ocasionalmente son de aspecto polipoide y puede protruir a través del cérvix. Microscópicamente se presenta como una masa polipoide, con focos de necrosis, hemorragia, con invasión miometrial o extensión fuera del útero. Microscópicamente el componente epitelial es usualmente glandular; cuando el componente epitelial es no glandular corresponde a CÁNCER escamoso o indiferenciado. El componente glandular puede ser endometrial o no endometrial, como tipo seroso o de células claras. El

componente mesenquimal consiste en sarcoma indiferenciado, leiomiosarcoma o sarcoma del estroma endometrial usualmente de alto grado. (McCluggage, WG. Haller, U. Kurman, RJ. Kubik-Huch, RA. Mixed epithelial and mesenchymal tomours. World Health Organization. 2001: 245-249)

CARDIOMIOPATÍA PERIPARTO: Es una forma poco frecuente de insuficiencia cardiaca, de causa desconocida, que se puede presentar al final del embarazo o en los siguientes meses del parto. Los criterios de Demakis para su diagnóstico son: 1-Aparición de insuficiencia cardiaca en el último mes de embarazo o en los primeros cinco meses post parto. 2-Ausencia de una causa evidente de insuficiencia cardiaca 3-Ausencia de cardiopatía previa demostrable antes de la semana 36 de la gestación. Los factores de riesgo más importantes son la desnutrición, la deficiencia de selenio, la infección por enterovirus y el consumo de cocaína. (Hilfiker, J. Peripartum Cardiomyopathy. Trends Cardiovasc Med. 2008; 18 (5): 173)

CARIOTIPO: Conjunto seriado de cromosomas característico de las células de los seres vivos. Al tomar una foto de los cromosomas y ordenarlos por su tamaño se pueden agrupar de acuerdo a la posición del centrómero y otras características. Los cromosomas iguales se agrupan por parejas y se llaman homólogos. Para que la plena identificación de los cromosomas y de sus alteraciones, se realizan técnicas de coloración llamadas bandeo. El cariotipo humano se reúnen en siete grupos, dentro de cada grupo se ordenan y reconocen los cromosomas con la ayuda de un idiograma; el grupo A comprende los cromosomas 1, 2, 3 meta y submetacéntricos; el grupo B comprende los cromosomas 4 y 5; el grupo C comprende los cromosomas 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12 y el crosomosoma X; el grupo D comprende los cromosomas 16, 17 y 18; el grupo E comprende los crosomosomas 19 y 20 y el grupo G comprende los cromosomas 21 y 22. // **2.** Es el ordenamiento de los cromosomas de una célula metafásica de acuerdo a su tamaño y morfología. El cariotipo es característico de cada especie; el humano tiene 46 cromosomas o 23 pares de cromosomas, organizados en 22 pares autosómicos y un par sexual. (Hombre 46XY) (Mujer46 XX). Mediante la

organización de los cromosomas en un cariotipo, se pueden diagnosticar numerosas enfermedades como las trisomías, triploidías, aneuploidías, etc (Sonek, J. Increased nuchal translucency with normal karyotype. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 2005; 192; 206)

CARIOTIPO EN EL EMBARAZO ECTÓPICO INCOMPLETO: Corresponde al conjunto seriado de cromosomas que se presenta en el embarazo ectópico. La evaluación de estos cariotipos evidencia que en el 95% de los casos, el cariotipo es normal, es decir, diploide; en el 54.1% de estos casos el cariotipo es masculino y en el 41.6% el cariotipo es femenino. En el 4.3% restante se presentan anormalidades cromosómicas dentro de las cuales la más común es la trisomía 18. (Murray, H, Baakdah, H, Bardell, T, Tulandi, T. Diagnosis and treatment of ectopic pregnancy. CMAJ 2005; 173:905)

CARIOTIPO EN EL TUMOR DERMOIDE: Corresponde al conjunto seriado de cromosomas que se presenta en el tumor dermoide. El tumor dermoide es el tumor de ovario mas frecuente en mujeres en edad fértil y corresponde del 15% al 25% de los tumores de ovario. Se considera que se origina de una única célula germinal durante la primera división meiótica alrededor de la semana 13 de vida fetal. Normalmente el tumor dermoide tiene un cariotipo diploide 46 XX. (Smith, R. Obstetricia, Ginecología y salud de la mujer. Patología de los anexos. Primera edición. Editorial Elsevier. Madrid, España. 2005. pp 246 – 278).

CARIOTIPO EN LA MOLA: Corresponde al conjunto seriado de cromosomas que se presenta en la mola hidatidiforme, un tipo de enfermedad trofoblástica gestacional. El cariotipo en la mola hidatidiforma completa es diploide 46, XX con todo el material cromosómico derivado del espermatozoide (fertilización de un ovocito sin carga crosomósica por un espermatozoide 23,X); en la mola hidatidiforme parcial o incompleta el cariotipo es triploide, 69,XXY como resultado de la fertilización de un ovocito 23X por dos espermatozoides (23,X – 23,Y). (Fisher, RA, Hodges, MD. Genomic imprinting in gestational trophoblastic disease--a review. Placenta 2003; 24 Suppl A:S111)

CARÚNCULA URETRAL: Corresponde a una masa pseudotumoral localizada en el meato urinario externo, de tamaño variable y normalmente de coloración rojiza. Se presenta con más frecuencia en mujeres mayores de 40 años; puede ser causa de hematuria, disuria o dispareunia. El diagnóstico es clínico y el tratamiento consiste en la resección quirúrgica con electrobisturí. El defecto epitelial se cierra con puntos separados de material de sutura absorbible 5/0. Cuando el defecto es muy grande puede ser necesario la cobertura con un colgajo cutáneo pediculado procedente de la pared vaginal anterior. El estudio histopatológico de la pieza quirúrgica en fundamental para descartar CÁNCER de uretra; la carúncula puede desarrollar una hiperplasia pseudotumoral de los tipos papilar, telangiectásico o granulomatoso. La clasificación histológica es de gran relevancia ya que el tipo papilomatoso tiene tendencia a recurrir. Hasta el momento no se ha documentado transformación maligna de las carúnculas uretrales. (Hirsh, A. Käser, O. Atlas de Cirugía Ginecológica. Cirugía del tracto urinario. Editorial Marbán Libros. Madrid, España, 2000. pp 539-583)

CARÚNCULA URETRAL: Corresponde a una masa seudotumoral localizada en el meato urinario externo, de tamaño variable y normalmente de coloración rojiza. Se presenta con más frecuencia en mujeres mayores de 40 años; puede ser causa de hematuria, disuria o dispareunia. El diagnóstico es clínico y el tratamiento consiste en la resección quirúrgica con electrobisturí. El defecto epitelial se cierra con puntos separados de material de sutura absrobible 5/0. Cuando el defecto es muy grande puede ser necesario la cobertura con un colgajo cutáneo pediculado procedente de la pared vaginal anterior. El estudio histopatológico de la pieza quirúrgica en fundamental para descartar CÁNCER de uretra; la carúncula puede desarrollar una hiperplasia seudotumoral de los tipos papilar, telangiectásico o granulomatoso. La clasificación histológica es de gran relevancia ya que el tipo papilomatoso tiene tendencia a recurrir. Hasta el momento no se ha documentado transformación maligna de las carúnculas uretrales. (Hirsh, A. Käser, O. Atlas de Cirugía Ginecológica. Cirugía del tracto urinario. Editorial Marbán Libros. Madrid, España, 2000. pp 539-583)

CARÚNCULAS DEL HIMEN: Ver carúnculas mirtiformes

CARÚNCULAS MIRTIFORMES: Carúncula(Del lat. *caruncŭla*, dim. de *caro*, carne): carnosidad rojiza. // **1**.Carnosidades ó flecos en que se convierte el himen luego de múltiples coitos o de un parto. // **2.** Carúncula: diminutivo de caro, carne. Pedazo pequeño de carne. Carnosidad que sobresale en algunas partes del cuerpo // **3.** Mirtiforme: en forma de mirto (latín myrtus y este del griego myrtos). Mirto es sinónimo de arrayán. // **4.** Carúncula mirtiforme: La comparación de las carúnculas himeneales con los pétalos de la flor del mirto no es mera casualidad; este arbusto tenía gran importancia en los territorios del Imperio Romano. El mirto era una de las plantas dedicada a Venus, la diosa del amor. En la época de Rómulo(7 siglos antes de Cristo) se adoraba a la Venus Myrtea en el bosque de los mirtos, en el valle formado por los montes Aventino y Palatino, donde después se construyó el circo romano. Los sabinos y los romanos se purificaban con esta planta, símbolo del amor y de la unión de las parejas.// **5.** Corresponden a porciones de himen desgarrado posterior a múltiples coitos. Luego de la primera relación sexual, la zona de desgarro se torna turgente por 3 o 4 días; con el aumento de la paridad las carúnculas mirtiformes van involucionando hasta quedar como un pequeño remanente o desaparecer por completo (Alarcón, MA. Anatomía Clínica de la Vagina. Anatomía Clínica del aparato genital femenino. Primera edición. Bogotá, Colombia. Editorial Manual Moderno. 2005. 181-208) // Sinónimo: Carunculae hymenales.

CATAMENIA: (gr. Katá: en involución, en destrucción. y gr, Menós, mes)**.** Sinónimo de fluido menstrual, menstruación: Esta acepción hafe énfasis en la pérdida del endometrio que se renueva cada mes.(Salvat Editores. Diccionario terminológico de ciencias médicas. Salvat, Barcelona, 1978)

CATAMENOGENIA: Inducción de la menstruación.(Salvat Editores. Diccionario terminológico de ciencias médicas. Salvat, Barcelona, 1978)

CATÉTER CON BALÓN: Técnica no farmacológica de maduración cervical que consiste en la introducción de un cateter con balón con capacidad para 25-50 ml en el cuello cerrado y posteriormente inflar el balón con agua destilada o solución salina (infusión extraamniótica de solución salina). Esta

técnica mejora de manera significativa el puntaje de Bishop y acorta el intervalo inducción-parto. (Sánchez-Ramos, L. Induction of Labor. Obstetrics and Gynecology Clinics of North America. 2005. 32: 181-200)

CAUSALIDAD, CRITERIOS DE BRADFORD-HILL: Si un investigador quiere comprobar que un fenómeno es causal de otro, debe demostrar los criterios establecidos en 1965 por el investigador inglés Sir Austin Bradford Hill: a-Secuencia temporal: es decir ,la causa debe preceder al efecto. b-Especificidad: la causa y el efecto deben guardar entre sí una relación de correspondencia. c-Fuerza de asociación estadística entre la causa y el efecto. d-Consistencia: la relación de los dos factores debe soportar diferentes condiciones y momentos, demostrados por diferentes investigadores. e- Gradiente biológico: A mayor dosis mayor respuesta, a mayor estímulo causal mayor efecto y viceversa. f- Plausibilidad biológica: El mecanismo causal puede ser demostrado con el apoyo de las ciencias básicas (física, química, etc.) o de las ciencias clínicas. G-Reversibilidad: Al suspender la causa se suspende el efecto. Este criterio no es requisito indispensable de causalidad pues muchos factores causales causan daño irreversible**.** (Dickerson, M. Johnston, J. The causal role for genital ulce disease as a risk factor for transmission immunodeficiency virus: an application of the Bradford Hill criteria. Sexually Transmmited Disease. 1996; 23 (5): 429-440)

CAVIDAD PERITONEAL: Corresponde al espacio que se encuentra entre las dos capas del peritoneo: la capa exterior llamada peritoneo parietal que se encuentra adherida a la pared abdominal y la capa interior llamada peritoneo visceral adherida a los órganos situados en la cavidad abdominal. La cavidad peritoneal contiene una pequeña cantidad de fluido lubricante, aproximadamente 50 cc, que permite a ambas capas deslizarse entre sí. Rouviere, A. Delmas, A. Anatomía Humana. Anatomía del abdomen. Segunda edición. Editorial Elsevier. Madrid, España. 2005. pp 345 - 368)

CAVIDAD UTERINA: Hace referencia a la configuración interna del útero. Este órgano esta excavado por una estrecha cavidad aplanada de anterior a posterior. Un estreschamiento a nivel el istmo uterino divide la cavidad en

dos porciones: el cuerpo y el cérvix. La cavidad del cuerpo es lisa, su forma es triangular, sus dos paredes se adosan una a la otra. La base de la cavidad correspondiente al fondo del útero, es convexa en la mujer nulípara y rectilínea en la mujer multípara. Los bordes laterales son convexos. En los cuernos uterinos se encuentran los orificios de las trompas uterinas u ostium tubaricos. (Rouviere, A. Delmas, A. Anatomía Humana. Anatomía del tracto genital femenino. Segunda edición. Editorial Elsevier. Madrid, España. 2005. pp 600 – 654)

CEFALOCELE: Es una malformación del sistema nervioso central fetal que consiste en la protrusión del contenido craneal. Si existe protrusión sólo de meninges, se conoce con el nombre de meningocele craneal; si la protrusión incluye meninges y tejido cerebral la malformación se conoce como encefalocele. La incidencia general de la malformación se estima en 1:2000 a 1:5000 nacidos vivos. La condición más común es el mielocele, siendo 10 veces más frecuente que el encefalocele, teniendo el primero mejor pronóstico por no incluir compromiso de tejido cerebral. Usualmente es único, localizado a nivel occipital, en la línea media, pero puede ocurrir de forma múltiple y en otras localizaciones. El diagnóstico es ecográfico y se realiza por la identificación de una masa adyacente al cráneo que puede ser de contenido líquido (mielocele) o contenido sólido y heterogéneo (encefalocele) y que no se encuentra cubierta por hueso; la confirmación diagnóstica se establece por la documentación del defecto óseo, lo que permite hacer la diferenciación con otras masas paracraneales. El principal diagnóstico diferencial del cefalocele es el higroma quístico. La malformación puede ocurrir de forma aislada pero se puede presentar asociado a diferentes síndromes como el síndrome de Meckel-Gruber, síndrome de Chemke, displasia frontonasal. El pronóstico depende de la presencia o ausencia de tejido neural dentro del saco herniario. (Cafici,D. Mejides, A. Sepúlveda, W. Ultrasonografía en obstetricia y diagnóstico prenatal. Sistema Nervioso Fetal: evaluación mediante ultrasonido. Buenos Aires, Argentina. Ediciones Journal. 2003. p 207-236)

CEFALOHEMATOMA: Es una colección hemática subperiosteal secundaria a la ruptura de vasos sanguíneos entre el cráneo y el periostio. Esta

colección no cruza las líneas de sutura, a diferencia del caput succedaneum. La extensión de esta colección hemática puede llevar a anemia e hipotensión fetal. La incidencia del cefalohematoma se encuentra alrededor del 6% posterior a la extracción con vacuum; sin embargo aunque es una situación rara, el cefalohematoma también puede complicar la instrumentación de parto con fórceps especialmente en presentaciones de pelvis. El cefalohematoma no requiere tratamiento específico, generalmente se autolimita en aproximadamente 4 semanas; en ocasiones se asocia con fracturas craneales lineales que no comprometen el estado neurológico del RN y no requieren tratamiento. (Doumouchtsis, S. Arulkumaran, S. Head injuries alter instrumental vaginal deliveries. Current opinion in Obstetrics and Gynecology. 2006; 18: 129 – 134)

CEFALOTRIBO: (griego,*cefalé*, cabeza y *tribein*, frotar, triturar).Forceps inventado por Baudelocque en el siglo XIX para extraer el feto muerto y retenido. Su principal función era comprimir el cráneo fetal y sujertarlo para facilitar su extracción.Los cefalotribos quedaron como piezas de museo con los avances de la farmacopea y de la tecnología en obstetricia. Sinónimo: basiotribo.

CELES: Son los sufijos utilizados para mencionar los prolapsos genitales o rectales. Si es la vejiga prolapsada a través de la vagina o la vulva, se llama cistocele, si es el útero se llama histericele, si es el recto prolapsado a través de la cara postetrior de la vagina, se llama rectocele.

CELES, CLASIFICACIÓN DE BADEN: Corresponde al sistema de clasificación de los celes o prolapsos genitales descritos de la siguiente manera: Grado O: normal, sin celes. Grado I: protrusión del órgano sin llegar al introito vaginal (himen). Grado II: protrusión del órgano hasta el nivel del himen. Grado III: protrusión del órgano hasta el nivel de la horquilla vulvar. Grado IV: protrusión del órgano más allá de la horquilla vulvar. (Iklé. Käser. Hirsch. Atlas de Cirugía Ginecológica. Cirugía vaginal en prolapsos pélvicos. Primera edición. Madrid, España. Marbán Libros, S, L. 2000. 256-287)

CELIOSCOPIA: Ver laparoscopia.

CELOMA EMBRIONARIO: Corresponde a la cavidad que se desarrolla como consecuencia de la invaginación de la gástrula durante el desarrollo embrionario, llevando a la formación de un saco de doble pared entre la pared corporal y el intestino. Los animales que desarrollan esta cavidad en la embriogénesis se conocen como celomados. El celoma embrionario constituye el primordio de las cavidades corporales embrionarias; aporta espacio para el desarrollo y movimiento de los órganos. Del celoma embrionario se derivan las tres capas germinativas: endodermo, mesodermo y ectodermo. A partir del ectodermo se forma la epidermis y las formaciones tegumentarias como pelo, glándulas sebáceas, glándulas sudoríparas; el mesodermo da origen a la dermis, tejido muscular, óseo, cartilaginoso, conjuntivo y adiposo, aparato circulatorio, excretor y gonadal; del endodermo se deriva el tubo digestivo y el revestimiento interno de los pulmones. (Moore, K. Embriología Clinica: el desarrollo del ser humano. Cavidades corporales, mesenterios y diafragma. Séptima edición. Editorial Elsevier. Madrid, España. 2004. pp 180 – 197)

CÉLULAS DE CROOKE: Células basófilas de la glándula pituitaria, que se encuentran en el síndrome de Cushing, y en pacientes que reciben cortisol administrado de manera exógena. Se puede encontrar en los casos de enfermedad de Addison no tratada y en condiciones de muerte repentina o enfermedad aguda, casos en los cuales se encuentra una mayor producción de ACTH. Con el procedimiento eosina-azul de metileno, esta célula recibe el nombre de célula de Crooke-Rusell. (Netter, F. Sistema endocrino y enfermedades metabólicas. Colección Netter de ilustraciones médicas. Editorial Elsevier. Madrid, España. 2001. pp 38)

CÉLULAS DE HOFBAUER: Corresponde a un tipo de células que se encuentran en la placenta dentro de la luz de las vellosidades coriónicas. Se considera que estas células tienen propiedades de macrófagos y probablemente están involucradas en la prevención de la transmisión de patógenos de madre a feto, es decir, transmisión vertical. Adicionalmente se encuentran involucradas en la reestructuración del estroma placentario con el fin de asegurar la plasticidad requerida durante el desarrollo de las vellosidades coriónicas. Histológicamente presentan características

similares a células presentadoras de antígenos; tienen un núcleo redondeado o con hendiduras, excéntrico, escaso retículo endoplásmico. En algunas patologías como la Diabetes Gestacional se evidencia una hiperplasia de las células de Hofbauer, al igual que en los casos de vascularización placentaria defectuosa que termina en pérdida gestacional. (Calderón, I. Paranhos, L. The Relationship between White's Classification and the Histopathological Changes in the Placentas of Diabetic Pregnant Women. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. 2004. 22 (7): 401-411)

CÉLULAS DE LEYDIG: Corresponde a un tipo de células localizadas a nivel testicular. Fue descubierta en el año 1850 por Franz Leydig, a quien se debe su nombre. Se localizan en el estroma testicular, es decir, el tejido conjuntivo vascularizado ubicado entre los túbulos seminíferos. Las células de Leydig tienen como principal función la producción de la testosterona a través de un estímulo central vía hipotálamo – hipófisis – gónada. A nivel central se produce la Hormona Luteinizante (LH) que se une a sus receptores en la membrana de las células de leydig, generando un aumento de la concentración de AMPc citoplasmático que producen la expresión de proteínas que catalizan la reacción química desde colesterol hasta testosterona. (O'Connor, AE, De Kretser, DM. Inhibins in normal male physiology. Semin Reprod Med 2004; 22:177)

CÉLULAS DE PAGET: Son las células típicas de la enfermedad de Paget, descrita en 1874 por Sir James Paget. Histológicamente son células grandes con núcleo de gran tamaño y citoplasma rico en glucógeno. Crecen y se desarrollan en el estrato germinativo de la epidermis, penetrando luego en la membrana basal. La enfermedad de paget se describió inicialmente en mama, pero posteriormente se describió enfermedad extramamaria en pene y hueso. Existen dos teorías sobre el origen de las células de Paget: teoría epidermotrópica: establece que las células de Paget son células de CÁNCER intraductal de mama que migran de los conductos del pezón, a través de la membrana basal, hasta alcanzar la epidermis; teoría de la transformación in situ: postula que las células de Paget son queratinocitos que se tranforman, de tal manera que la enfermedad de Paget es un CÁNCER in situ independiente. Las células de Paget pueden presentarse

aisladas o formando nidos entre las células epidérmicas; característicamente presentan mucina (tiñen con PAS); las tinciones de inmunohistoquimica que presentan mas especificidad son las citoquinas de bajo peso molecular, principalmente citoqueratina 7 y oncogen c-erb2; adicionalmente pueden expresar marcadores como el Antígeno Carcinoembrionario y el Antígeno de Membrana Epitelial. (Whitaker-Worth L, Carlone V, Susser N et al. Dermatologic diseases of the breast and nipple. J Am Acad Dermatol 2005; 43: 733-751)

CÉLULAS DE SERTOLI: Corresponde a las células que se encuentran recubriendo los túbulos seminíferos, a nivel de los testículos. Poseen en su membrana receptores para FSH (Hormona Folìculo Estimulante) que induce la maduración de los espermios para la formación de los gametos masculinos o espermatozoides. Las células de Sertoli se encuentran en el interior de los túbulos seminíferos, envolviendo a las células germinales, dando lugar a la barrera hemato-testicular. Sus funciones incluyen: fagocitosis de los restos celulares producidos durante la diferenciación de las células germinales, sustento físico del proceso de diferenciación, formación de la barrera hemato-testicular y mantenimiento del microambiente tubular (nutrición) para la correcta proliferación y diferenciación de las espermatogonias primitivas. (MacLaughlin, DT, Donahoe, PK. Sex determination and differentiation. N Engl J Med 2004; 350:367)

CÉLULAS DE SERTOLI-LEYDIG: Corresponde a un tipo de células localizadas a nivel testicular. Fue descubierta en el año 1850 por Franz Leydig, a quien se debe su nombre. Se localizan en el estroma testicular, es decir, el tejido conjuntivo vascularizado ubicado entre los túbulos seminíferos. Las células de Leydig tienen como principal función la producción de la testosterona a través de un estímulo central vía hipotálamo – hipófisis – gónada. A nivel central se produce la Hormona Luteinizante (LH) que se une a sus receptores en la membrana de las células de leydig, generando un aumento de la concentración de AMPc citoplasmático que producen la expresión de proteínas que catalizan la reacción química desde

colesterol hasta testosterona. (O'Connor, AE, De Kretser, DM. Inhibins in normal male physiology. Semin Reprod Med 2004; 22:177)

CÉLULAS DE WALTHARD: Corresponde a células consideradas restos embrionarios o celulares, descritas por primera vez por Walthard, que se disponen en forma de pequeños nódulos quísticos. Se localizan con frecuencia en el tejido subseroro de las trompas de Falopio, así como en el estroma ovárico. La característica morfológica de estas células es la presencia de una depresión o septo medio a nivel del núcleo. (Netter, F. Oppenheimer, E. Sistema Reproductor. Anomalías Congénitas: enfermedades de las trompas de Falopio. Editorial Elsevier. Madrid, España. 2002. pp 179)

CÉLULAS ESCAMOSAS ATÍPICAS DE IMPORTANCIA NO DETERMINADA: Hace referencia a una anormalidad de las células epiteliales escamosas del cervix, detectada a través de la citología cervicouterina. Corresponde a un ítem empleado por el sistema de clasificación de Bethesda para reportar anomalías celulares que van más allá de lo que podría atribuirse a cambios reactivos, pero que cuantitativa o cualitativamente no alcanza a ser suficiente para reportarse como lesión intraepitelial. El manejo de estas pacientes se realiza de acuerdo a la evaluación del cérvix; si el cérvix es clínicamente normal, se realiza control citológico en 6 meses y ante la persistencia de la lesión se realiza estudio colposcópico. Por el contrario, si el cérvix es clínicamente anormal o sospechoso de neoplasia se debe realiza colposcopia y biopsia según hallazgos. De acuerdo a la clasificación de Bethesda 2001, el término ASCUS fue reemplazado por el término ASC que indica atipia de células escamosas de significado indeterminado; esta alteración indica que existe riesgo bajo de presentar cáncer de cervix, pero es necesario seguimiento de acuerdo a las pautas establecidas para el screening con citología cervicouterina. (Crothers, B. The Bethesda System 2001: update on terminology and application. 2005; 48 (1): 98-107)

CELULAS GERMINALES. Son aquellas que se originan en las gónadas. En el hombre son los espermatozoides y en la mujer los óvulos. La

constitución cromosómica de los gametos es haploide: 23,X ó 23,Y para los espermatozoides y 23,X para los óvulos. Corresponde al conjunto de células localizadas en las gónadas, que se convierten en gametos a través de la división celular conocida como meiosis. (Rojas, M. Vignon, X. Caracterización, aislamiento y cultivo de células germinales primordiales de conejo. Reviste Chilena de Anatomía. 2001; 19 (2): 213-220)

CÉLULAS GLANDULARES ATÍPICAS DE IMPORTANCIA NO DETERMINADA: Corresponde a la categoría de células glandulares atípicas de significado indeterminado que se usaba previamente en el sistema de clasificación de Bethesda. Sin embargo, el sistema actual de clasificación de Bethesda cambió este término a "Células atípicas endocervicales, endometriales o glandulares" y se adicionó en esta categoría el Adenocarcinoma in situ o AIS. El hallazgo de células glandulares atípicas es de gran importancia clínica ya que el porcentaje de casos asociados con lesiones de alto grado es mucho mayor que en las pacientes con células epiteliales atípicas. (Crothers, B. The Bethesda System 2001: update on terminology and application. 2005; 48 (1): 98-107)

CELULAS SOMÁTICAS. Son todas las células del cuerpo excepto las que originan los gametos. Estas células tienen constitución cromosámica diploide: 46,XX ó 46,XY. Las células somáticas proceden de células madre originadas durante el desarrollo embrionario y sufren procesos de diferenciación celular, proliferación celular y apoptosis. // **2.** Son todas las células del cuerpo excepto las que originan los gametos. Estas células tienen constitución cromosámica diploide: 46,XX ó 46,XY. (Wilmut, I. Somatic cell nuclear transfer. Nature. 2002; 419: 583)

CELULITIS DE LA CÚPULA VAGINAL. Es el acúmulo de material purulento por encima del muñón vaginal luego de realizada una histerectomía. Suele ocurrir como consecuencia de algunos vasos que sangran en el post-operatorio con invasión bacteriana secundaria. (Siu, A. Huarsaya, R. Significado de la colección en la cúpula vaginal en el postoperatorio inmediato de las histerectomías vaginales. 2003; 49 (4): 243-247)

CELULITIS PÉLVICA: Es una infección que ha progresado hasta convertirse en una inflamación severa de los órganos pélvicos(útero, trompas, ovarios, recto, asas del íleon, epliplón mayor). Las celulitis se caracteriza por la presencia de adherencias viscerales y colecciones de material purulento.

CELULITIS PERINEAL: Es una infección que ha progresado hasta convertirse en una inflamación severa de la superficie del periné. Por lo tanto puede comprometer la vulva, parte de la vagina, el recto y la piel y tejido celular subcutáneo de esta región.

CENTRO CARDIO-REGULATORIO FETAL: Es el centro de regulación de la frecuencia cardiaca fetal (FCF) formado por un grupo de neuronas ubicadas en la región ventral y lateral del cuarto ventrículo cerebral en proximidad con el centro de regulación respiratorio central. Los diferentes reflejos cardiovasculares median los cambios de la FCF a través de estímulos que llegan a este centro induciendo estimulación de la vías eferentes simpáticas y parasimpáticas. (Manning, F. The Fetal Heart Rate. Antepartum and Intrapartum Regulation and Clinical Significance. Fetal Medicine: Principles and Practice. Connecticut. Appleton and Lange Editorial. 1998. 13 – 105)

CERCLAJE: Aunque la técnica de cerclaje se puede emplear para diferentes necesidades en el cuerpo humano, el que se menciona aquí se refiere exclusivamente a la cirugía realizada en la región inferior del útero. ***//*** Corresponde a un procedimiento quirúrgico propuesto para el manejo de pacientes con incompetencia cervical o con incompetencia ístmico-cervical. Se realiza en forma profiláctica en pacientes con historia de incompetencia cervical o en forma terapéutica en pacientes que presentan dilatación y borramiento en la primera mitad del segundo trimestre. El objetivo del procedimiento es permitir que el embarazo continúe hasta las 37 semanas o hasta la viabilidad fetal. El procedimiento consiste en apertura de la pared vaginal, disección y desplazamiento de la vejiga, sutura con material no absorbible o cinta sintética y cierre del orificio cervical externo. Las contraindicaciones del procedimiento incluyen presencia de actividad

uterina, ruptura de membranas, sangrado uterino, cervicitis purulenta, infección intraamniótica, malformaciones fetales o dilatación cervical mayor a 4 cm. Aunque pareciera haber dos grupos de cerclaje(el cervical y el istmo-cervical), solo hay un tipo de cirugía ístmico-cervical, cuyo propósito es evitar el aborto por incompetencia de la unidad istmo-cuello. (Harger, JH. Cerclage and cervical insufficiency: An evidence-based analysis. Obstet Gynecol 2002; 100:1313)

CERCLAJE CERVICAL: Cierre del conducto cervical, mediante el uso de una sutura colocada en forma circular alrededor del mismo, con el propósito de evitar la expulsión del embrió o del feto, cuando la paciente tiene el diagnóstico de incompetencia del cuello uterino. Sobre la primera cirugía de cerclaje existen dos versiones: la primera es atribuida a los Drs. Palmer y Lacomme que en 1948 cuando describieron por vez primera una técnica de reparación quirúrgica de cérvix en un caso de dilatación istmicocervical, con una gestación a término ulterior. La segunda versión dice que la técnica para cercleje cervical fue presentada por primera vez en 1951 en un festival de películas científicas en París, por el ginecólogo indú Vithalrao Nagesh Shirodkar (1899-1971). La técnica de Shirodkar fue luego modificada por el ginecólogo inglés Ian Alexander McDonald en 1957(McDonald I.A. Suture of the cervix for inevitable miscarriage.J Obstet Gynaecol Br Emp. 1957 Jun;64(3):346-50)//(Shirodkar VN. A method of operative treatment for habitual abortion in the second trimester of pregnancy. Antiseptic 1955; 52: 299-300) // Simcox R. Cervical cerclage: a review. Int J Surg. 2007 Jun;5(3):205-9. Epub 2006 Jun 16) **2.** Corresponde a un procedimiento quirúrgico propuesto para el manejo de pacientes con incompetencia cervical. Se realiza en forma profiláctica en pacientes con historia de incompetencia cervical o en forma terapéutica en pacientes que presentan dilatación y borramiento en la primera mitad del segundo trimestre. El objetivo del procedimiento es permitir que el embarazo continúe hasta las 37 semanas o hasta la viabilidad fetal. El procedimiento consiste en apertura de la pared vaginal, disección y desplazamiento de la vejiga, sutura con material no absorbible o cinta sintética y cierre del orificio cervical externo. Las contraindicaciones del procedimiento incluyen

presencia de actividad uterina, ruptura de membranas, sangrado uterino, cervicitis purulenta, infección intraamniótica, malformaciones fetales o dilatación cervical mayor a 4 cm. (Harger, JH. Cerclage and cervical insufficiency: An evidence-based analysis. Obstet Gynecol 2002; 100:1313)

CERCLAJE DE EMERGENCIA: De acuerdo a los criterios fijados por Kurup y Goldkrand en 1999, este tipo de cerclaje es aquel que se realiza el mismo día que consulta la paciente con cuadro clínico de incompetencia cervical, con dolor pélvico por contracciones uterinas y presentan cambios avanzados de dilatación del cuello y membranas íntegras durante el segundo trimestre de la gestación (Kurup M. y JW Goldkrand. Am J Obstet Gynecol , 1999;181(2):240-6 // Simcox R. Cervical cerclage: a review. Int J Surg. 2007 Jun;5(3):205-9. Epub 2006 Jun 16)

CERCLAJE DE URGENCIA: De acuerdo a los criterios fijados por Kurup y Goldkrand en 1999, este tipo de cerclaje es aquel que se realiza en pacientes sin síntomas pero con algún grado de dilatación que le confiere premura al procedimiento. El concepto de urgencia para este tipo de cirugía es un estado intermedio entre la emergencia y la programación electiva en condiciones óptimas. Este tipo de cerclaje es más frecuente en el segundo trimestre de la gestación(Kurup M. y JW Goldkrand. Am J Obstet Gynecol , 1999;181(2):240-6 // Simcox R. Cervical cerclage: a review. Int J Surg. 2007 Jun;5(3):205-9. Epub 2006 Jun 16)

CERCLAJE ELECTIVO: De acuerdo a los criterios fijados por Kurup y Goldkrand en 1999, este tipo de cerclaje es aquel que se realiza de manera programada, en pacientes con historia de incompetencia cervical, para impedir un nuevo aborto o un nuevo parto inmaduro.Puesto que el médico escoge el momento adecuado y en condiciones óptimas para la paciente, se obtienen mejores resultados que en la pacinetes de urgencia o de emergencia.(Simcox R. Cervical cerclage: a review. Int J Surg. 2007 Jun;5(3):205-9. Epub 2006 Jun 16)

CERCLAJE POR VÍA TRANSABDOMINAL: Es una modificación del cerclaje del cuello, realizado mediante laparotomía; se coloca una cinta en el límite del cuello con el cuerpo uterino en los siguientes casos: Fracaso de

cerclajes por vía vaginal, Cuello extremadamente corto o amputado, Desgarros cervicales profundos, Conización amplia y extensa, Fístula cérvico-vaginal Malformación uterina; útero doble. Las técnicas abdominale s para esta cirugía son la de Benson-Durfee y la de Mahren (Mahran M. Transabdominal cervical cerclage during pregnancy. Obstet Gynecol 1978; 52: 502-6. // 6. Besio M, Fica A, Duque G. Cerclaje transabdominal en el tratamiento de la incompetencia cervical. Rev Chil Obstet Ginecol 1991; 56: 415-8. // Novy MJ. Transabdominal cervicoisthmic cerclage. A reappraisal 25 years after its introduction. Am J Obstet Gynecol 1991; 164: 1635-42.// Watkins RA. Transabdominal cervico-uterine suture. Aust N Z J Obstet Gynaecol 1972; 12: 62-64.)

CERCLAJE, TÉCNICA DE BADEN Y BADEN: Se utiliza en gestaciones ya avanzadas, cuando un cerclaje cervical primario ha resultado fallido. Se coloca una sutura de seda fuerte atravesando los labios anterior y posterior del cérvix,anudando en el labio anterior, y otras suturas del mismo material, de manera paralela, a intervalos de 1cm. Añade el desbridamiento de las superficies que se unen en ambas paredes cervicales, cuya cicatriz no permitirá la dilatación cervical.

CERCLAJE,TÉCNICA DE BENSON Y DURFEE: Técnica quirúrgica por vía abdominal descrita en 1965 para cerclaje en los casos de incompetencia del cervix. Mediante laparotomía se expone la región ístmica del útero y se pasa una cinta de poliéster o de otro material no absorbible profunda a la arteria uterina ,se rodea el segmento inferior y se anuda en la cara anterior. Esta técnica es muy laboriosa por lo cual se deja para los raros casos en los cuales no hay cuello o han fallado los intentos por vía vaginal. Además requiere nueva laparotomía para el nacimiento de manera obligatoria. (Olmos, C. Insuficiencia ístmico cervical y cerclaje. Ginecología y obstetricia clínica. 2002; 3 (3): 122) // 2-Benson RC, Durfee RB. Transabdominal cervicouterine cerclage during pregnancy for the treatment of cervical incompetency. Obstet Gynecol 1965; 25: 145-55.

CERCLAJE, TÉCNICA DE DURIC: Técnica quirúrgica descrita en 1979 para cerclaje en los casos de incompetencia del cervix. Es una variante de la técnica de Shirodkar. La sutura entra por el canal submucoso pero en

vez de hacer las ventanas al cervix, se utlizan agujas de Deschamp para facilitar el avance y recuperación del punto. (Hirsh, A. Käser, O. Atlas de Cirugía Ginecológica. Editorial Marbán Libros. Madrid, España, 2000. pp 32-46)

CERCLAJE, TÉCNICA DE ESPINOZA FLOREZ (1965): Técnica quirúrgica para cerclaje en los casos de incompetencia del cervix. Es una variante de la técnica de Shirodkar. La sutura entra por el espacio submucoso sin ventana en el cervix y avanza lateralmente para apoyarse en los ligamentos de McKenrodt. (Olmos, C. Insuficiencia ístmico cervical y cerclaje. Ginecología y obstetricia clínica. 2002; 3 (3): 122)

CERCLAJE,TÉCNICA DE FAHMY: Técnica quirúrgica descrita en 1978 para cerclaje en los casos de incompetencia del cérvix. Es una variante de la técnicas de Shirodkar y de McDonald . La cinta de dacrón entra por el canal submucoso a través de la pequeña ventana de la cara anterior del exocérvix ,sale y entra en bolsa de tabaco ,se recupera en la ventana de la cara posterior del cérvix ,repite el proceso en la otra mitad del cuello y se anuda adelante. (Olmos, C. Insuficiencia ístmico cervical y cerclaje. Ginecología y obstetricia clínica. 2002; 3 (3): 122)

CERCLAJE, TÉCNICA DE HEFNER: Corresponde a una técnica de cerclaje en el manejo de pacientes con incompetencia cervical. Se emplea en gestaciones avanzadas o cuando existe un marcado borramiento del cérvix. La técnica consiste en cerrar el orificio cervical con puntos de colchonero o puntos en U evitando lesión del saco amniótico. Las complicaciones incluyen ruptura de membranas, hemorragia, necrosis tisular si la sutura queda con demasiada tensión, infección, corioamnionitis y dehiscencia de la sutura. (Hirsh, A. Käser, O. Atlas de Cirugía Ginecológica. Intervenciones diagnósticas y terapéuticas menores. Editorial Marbán Libros. Madrid, España, 2000. pp 13-36)

CERCLAJE, TÉCNICA DE KAISER-IKLÉ: Técnica quirúrgica descrita en 1963 para cerclaje en los casos de incompetencia del cervix. Es una variante de la técnica de McDonald. Los puntos entran y salen separadamente en bolsa de tabaco pero con doble hilera pegada a manera

de refuerzo. (Olmos, C. Insuficiencia ístmico cervical y cerclaje. Ginecología y Obstetricia clínica. 2002; 3 (3): 122). Sinónimo: Cerclaje de Milwakee.

CERCLAJE,TÉCNICA DE MAHREN: Cierre del canal cervical, realizado a nivel de la unión útero cervical, mediante laparotomía. Bajo anestesia general o regional, se realiza apertura quirúrgica de la pared anterior, se incide transversalmente el peritoneo en la reflexión útero-vesical, exponiendo el istmo uterino. Se pasa la cinta de Mersilene con aguja montada en ambos extremos (Cervix-Set™), fijándola en el espesor del istmo. Se identifican los vasos uterinos de un lado, pasando la aguja desde anterior a posterior medial a los vasos uterinos, a nivel de la división de la arteria uterina en rama ascendente y descendente, emergiendo en la parte posterior a nivel de la inserción del ligamento útero-sacro. Se repite la maniobra al otro lado, anudando la cinta en la parte posterior, seccionándola a unos 3 cm del nudo, posteriormente se procede al cierre de la laparotomía por capas sin ninguna consideración en especial(Mahran M. Transabdominal cervical cerclage during pregnancy. Obstet Gynecol 1978; 52: 502-6)// (Becio HM y Becio HC. Cerclaje cérvico-ístmico trans-abdominal, serie clínica. Rev. chil. obstet. ginecol. v.69 n.2 Santiago 2004).

CERCLAJE, TÉCNICA DE McDONALD: **1.** Técnica quirúrgica diseñada por el ginecólogo inglés Ian Alexander McDonald (1922-1990)**,** que consiste en suturar el exocérvix con puntos que entran y salen alrededor del cuello, simulando el cierre de una bolsa de tabaco. Esta cirugía tiene el propósito de evitar la expulsión del embrión o del feto, en pacientes con aborto a repetición por incontinencia del cérvix. La técnica de McDonald, diseñada en 1967, es una modificación de la técnica de Shirodkar divulgada en 1951.(McDonald IA. Suture of the cervix for inevitable miscarriage. J Obstet Gynecol Br Emp 1957; 64: 346-50.// Journal of Pelvic Surgery. 8(4):227-228, July/August 2002.*Powell, John L. MD //* McDonald IA. Suture of the cervix for inevitable miscarriage. *J Obstet Gynaecol Br Commonw* 70:105,1963.) **2.** Corresponde a una técnica de cerclaje en el manejo de pacientes con incompetencia cervical. Esta es la técnica preferida por la mayoría de autores. La técnica se describe como exangüe porque no requiere disección

submucosa; se coloca una sutura sintética en bolsa de tabaco de material fuerte no absorbible, con un aguja puntiaguada alrededor del cérvix, anudando en un extremo. El cerclaje se recomienda tan alto como sea posible por debajo del ángulo vesical; los hilos se dejan lo suficientemente largos para permitir fácil visualización en el momento del retiro. Las complicaciones incluyen ruptura de membranas, hemorragia, necrosis tisular si la sutura queda con demasiada tensión, infección, corioamnionitis y dehiscencia de la sutura // Corresponde a una técnica de cerclaje en el manejo de pacientes con incompetencia cervical. Esta es la técnica más preferida por la mayoría de autores. La técnica se describe como exangüe porque no requiere disección submucosa; se coloca una sutura sintética en bolsa de tabaco de material fuerte no absorbible, con un aguja puntiaguada alrededor del cérvix, anudando en un extremo. El cerclaje se recomienda tan alto como sea posible por debajo del ángulo vesical; los hilos se dejan lo suficientemente largos para permitir fácil visualización en el momento del retiro. Las complicaciones incluyen ruptura de membranas, hemorragia, necrosis tisular si la sutura queda con demasiada tensión, infección, corioamnionitis y dehiscencia de la sutura. En los últimos años se ha utilizado este cerclaje para cierto tipo de amenazas de aborto. (Olmos, C. Insuficiencia ístmico cervical y cerclaje. Ginecología y obstetricia clínica. 2002; 3 (3): 122 // 2-Hirsh, A. Käser, O. Atlas de Cirugía Ginecológica. Intervenciones diagnósticas y terapéuticas menores. Editorial Marbán Libros. Madrid, España, 2000. pp 13-36).

CERCLAJE, TÉCNICA DE MILWAKEE: Técnica quirúrgica para cerclaje en los casos de incompetencia del cervix. Es una variante de la técnica de McDonald. Los puntos entran y salen separadamente en bolsa de tabaco pero en esta variante se repite el mismo punto un poco más arriba del primero. Se podría decir que es un doble punto de McDonald. (DeCherney, A. Diagnóstico y tratamiento ginecoobstétricos. Cirguía Ginecológica. Séptima edición. Bogotá, Colombia. Editorial Manual Moderno. 1994. 1049-1067). Sinónimo: Cerclaje de Kaiser-Iklé

CERCLAJE, TÉCNICA DE PALMER: Técnica quirúrgica descrita en 1961 para cerclaje en los casos de incompetencia del cervix. Es una variante de

la técnica de McDonald. El punto entra y sale en bolsa de tabaco pero no es visible porque entra por donde salió. Otra variante es la pequeña incisión anterior en el sitio donde queda el nudo para ocultarlo. (Olmos, C. Insuficiencia ístmico cervical y cerclaje. Ginecología y obstetricia clínica. 2002; 3 (3): 122)

CERCLAJE, TÉCNICA DE RITTER: Técnica quirúrgica descrita en 1961 para cerclaje en los casos de incompetencia del cervix. Es una variante de la técnica de Shirodkar. La sutura entra por el canal submucoso a través de la pequeña ventana de la cara anterior del exocervix y avanza lateral y posteriormente para apoyarse en los ligamentos uterosacros y de McKenrodt. (Olmos, C. Insuficiencia ístmico cervical y cerclaje. Ginecología y obstetricia clínica. 2002; 3 (3): 122).

CERCLAJE, TÉCNICA DE SHIRODKAR: Esta técnica para cercleje cervical fue presentada por primera vez en 1951 en un festival de películas científicas en París, por el ginecólogo indú Vithalrao Nagesh Shirodkar (1899-1971) profesor de ginecología y obstetricia del Grant Medical College de Bombay, India**.** Corresponde a una técnica para cerclaje en el manejo de incompetencia cervical. La técnica describe la toma y tracción de los labios anterior y posterior del cérvix con pinzas de cuello, incisión de 3 cm en fondo de saco tan alto como sea posible, disección roma de la vejiga y rechazo con el espéculo, colocación de una cinta de nylon o cinta sintética usando una aguja curva, desde la incisión anterior a la posterior anudando la banda en el labio anterior de modo que el orificio cervical interno queda cerrado. Esta técnica está indicada en pacientes con pronóstico desfavorable como pacientes con pérdida gestacional posterior a cerclaje o amputación alta del cérvix. Las complicaciones incluyen ruptura de membranas, hemorragia, necrosis tisular si la sutura queda con demasiada tensión, infección, corioamnionitis y dehiscencia de la sutura.// **2.** La técnica describe la toma y tracción de los labios anterior y posterior del cérvix con pinzas de cuello, incisión de 3 cm en fondo de saco tan alto como sea posible, disección roma de la vejiga y rechazo con el espéculo, colocación de una cinta de nylon o cinta sintética usando una aguja curva, desde la incisión anterior a la posterior anudando la banda en el labio anterior de

modo que el orificio cervical interno queda cerrado. Esta técnica está indicada en pacientes con pronóstico desfavorable como pacientes con pérdida gestacional posterior a cerclaje o amputación alta del cérvix. Las complicaciones incluyen ruptura de membranas, hemorragia, necrosis tisular si la sutura queda con demasiada tensión, infección, corioamnionitis y dehiscencia de la sutura. // **3.** Se hace una pequeña ventana en la parte más alta del exocérvix o en la parte más baja del endocérvix mediante colpotomía tanto anterior como posterior. El propósito de la ventana anterior es facilitar la entrada de la sutura para que avance por el núcleo fibroso de un lado del cuello y se recupera en la ventana posterior. Se introduce nuevamente la sutura por entre el núcleo fibroso del lado contra-lateral y se recupera por la cara anterior donde se anuda. Por último se suturan las dos ventanas para ocultar la cinta de sutura. En los últimos años se ha utilizado este cerclaje para cierto tipo de amenazas de aborto. // (Shirodkar VN. A new method of operative treatment for habitual abortions in the second trimester of pregnancy,*The antiseptic* 1955;52:299) // Hirsh, A. Käser, O. Atlas de Cirugía Ginecológica. Intervenciones diagnósticas y terapéuticas menores. Editorial Marbán Libros. Madrid, España, 2000. pp 13-36 // Simcox R. Cervical cerclage: a review. Int J Surg. 2007 Jun;5(3):205-9. Epub 2006 Jun 16)

CERCLAJE, TÉCNICA DE SZENDY: Técnica quirúrgica descrita por este investigador para cerclaje en los casos de incompetencia del cervix. Se colocan puntos separados en disposición sagital hasta cerrar el canal cervical. (Olmos, C. Insuficiencia ístmico cervical y cerclaje. Ginecología y obstetricia clínica. 2002; 3 (3): 122)

CERCLAJE,TÉCNICA DE TSOUTSOULOPOULUS Y PAPATHANASSIU: Técnica quirúrgica descrita en 1964 para cerclaje del cérvix. Es una variante de la técnica de Shirodkar. Se hace una pequeña ventana a la mucosa del cuello por la cara anterior y otra por la cara posterior. En vez de una sutura se pasan dos, a manera de refuerzo ,que se anudan adelante y atrás en las ventanas de la mucosa cervical. (Hirsh, A. Käser, O. Atlas de Cirugía Ginecológica. Intervenciones diagnósticas y terapéuticas menores. Editorial Marbán Libros. Madrid, España, 2000. pp 13-36)

CERCLAJE, TÉCNICA DE WURM-HEFNER: Técnica quirúrgica descrita por estos dos investigadores para cerclaje en los casos de incompetencia del cervix. Se colocan dos suturas de material no absorbible en U que guardan 90º entre sí. Esta variante tiene el inconveniente de que la segunda sutura entra y sale por el territorio de mayor irrigación del cuello por lo cual aumenta el riesgo de sangrado transoperatorio. (Olmos, C. Insuficiencia ístmico cervical y cerclaje. Ginecología y obstetricia clínica. 2002; 3 (3): 122)

CERVICECTOMÍA: Extirpación quirúrgica del cuello uterino. (Hirsh, A. Käser, O. Atlas de Cirugía Ginecológica. Cirugía en utero y cervix. Editorial Marbán Libros. Madrid, España, 2000. pp 38-46)

CERVICITIS: Es la inflamación aguda o crónica del cérvix o cuello uterino. La cervicitis aguda se caracteriza por enrojecimiento, edema y hemorragia al tacto vaginal; los síntomas asociados incluyen secreción vaginal abundante fétida, dolor pélvico, sinusorragia y prurito o sensación de ardor en genitales externos. Al examen físico se encuentra el cérvix congestivo, con puntos eritematosos coalescentes que dan el aspecto de "cuello en fresa". Los gérmenes causales más importantes son: Trichomona Vaginalis, Cándida Albicans. El diagnóstico es clínico y se confirma mediante examen microscópico o cultivo de la secreción vaginal. El manejo es antimicrobiano dirigido y usualmente es eficaz si se siguen las indicaciones médicas de forma precisa. La cervicitis crónica es una inflamación persistente del cervix que afecta las mujeres en edad reproductiva. Se presenta clínicamente como leucorrea espesa, fétida asociada a dolor pélvico crónico. Al examen físico el cérvix se presenta congestionado, aumentado de tamaño, con focos de ectopia. En estos casos, la Sociedad Americana de Colposcopia y Patología Cervical recomienda toma de citología cervicovaginal y colposcopia en casos específicos antes de iniciar el manejo antibiótico. (Wright, T. Cox, J. Massad, L. Consensos Guidelines for the management of women with cervical cytological abnormalities. JAMA. 2002. 287: 2120 / Walter, P. Dexeus, S. Internacional Terminology of colposcopy: an updated report from the internacional federation for cervical pathology and colposcopy. Obstet Gynecol. 2003; 101 (1): 175-177 // Berek JS,Adashi

EY,Hillard PA.Ginecología de Novak. Interamericana. México, 1997 p. 435).

CERVICOGRAFÍA: Corresponde a una fotografía de alta resolución del cuello uterino, tomada con una cámara diseñada especialmente para esta función. Se realizan tomas del cervix antes y después de la aplicación de ácido acético. La fotografía se envía a un centro de referencia en donde un experto la revisa en forma de diapositiva proyectada, de tal manera que permita ampliar la imagen y detectar anomalías cervicales. Este método diagnóstico fue introducido por Stafl en 1981. Los criterios diagnósticos de patología cervical incluyen: epitelio acetoblanco con ácido acético, patrón vascular, patrón de superficie, márgenes de la lesión y distancia entre los capilares. De acuerdo a los resultados, la cervicografía se clasifica en Normal, Atípica, Positiva, Insatisfactoria, o técnicamente defectuosa. (Berek JS,Adashi EY,Hillard PA. Ginecología de Novak. Interamericana. México. 1997 P. 459 / De Palo, G. Dexeus, S. Patología y Tratamiento del Tracto Genital Inferior. Anomalías del cuello uterino. Segunda edición. Editorial Elsevier. Madrid, España. 2001. pp 22)

CERVICOGRAFÍA ATÍPICA: Corresponde a un resultado de la cervicografía en el se observa uno de los siguientes patrones: presencia de una lesión que sugiere lesión por VPH, epitelio acetoblanco en la periferia de una ectopia con o sin patrón en mosaico, epitelio acetoblanco de características dudosas. (De Palo, G. Dexeus, S. Patología y Tratamiento del Tracto Genital Inferior. Anomalías del cuello uterino. Segunda edición. Editorial Elsevier. Madrid, España. 2001. pp 22)

CERVICOGRAFÍA NORMAL: Corresponde a un resultado de la cervicografía en la cual la unión escamocolumnar es completamente visible y no se identifican lesiones a nivel del cervix. (De Palo, G. Dexeus, S. Patología y Tratamiento del Tracto Genital Inferior. Anomalías del cuello uterino. Segunda edición. Editorial Elsevier. Madrid, España. 2001. pp 22)

CERVICOGRAFÍA INSATISFACTORIA: Corresponde a un resultado de la cervicografía en la cual no se visualiza por completo la unión escamocolumnar. (De Palo, G. Dexeus, S. Patología y Tratamiento del Tracto Genital Inferior. Anomalías del cuello uterino. Segunda edición. Editorial Elsevier. Madrid, España. 2001. pp 22)

CERVICOGRAFÍA POSITIVA: Corresponde a un resultado de la cervicografía en la cual se observa una lesión acetoblanca con patrón vascular en mosaico, punteado o atípico. (De Palo, G. Dexeus, S. Patología y Tratamiento del Tracto Genital Inferior. Anomalías del cuello uterino. Segunda edición. Editorial Elsevier. Madrid, España. 2001. pp 22)

CERVICOGRAFÍA TÉCNICAMENTE DEFECTUOSA: Corresponde a un resultado de la cervicografía en la cual la imagen se encuentra desenfocada de tal manera que no es posible establecer diagnóstico. (De Palo, G. Dexeus, S. Patología y Tratamiento del Tracto Genital Inferior. Anomalías del cuello uterino. Segunda edición. Editorial Elsevier. Madrid, España. 2001. pp 22)

CERVICOSCOPIA: Consiste en una técnica conocida como Inspección Visual con Acido Acético, establecida por la Organización Mundial de la Salud como una forma de prevención y detección temprana del cáncer de cervix. El procedimiento consiste en la evaluación del cuello uterino posterior a la aplicación de ácido acético, utilizando una fuente de luz común. Este procedimiento puede ser empleado como complemento de la citología cervicouterina convencional o como técnica única de screening. El resultado puede ser negativo, cuando no existen zonas acetoblancas, o positivo, cuando se documenta cualquier área acetoblanca diferenciada a nivel de cuello uterino. (De Palo, G. Dexeus, S. Patología y Tratamiento del Tracto Genital Inferior. Anomalías del cuello uterino. Segunda edición. Editorial Elsevier. Madrid, España. 2001. pp 24)

CÉRVIX: Primer segmento uterino conocida como la porción especializada del útero originada del tercio distal de la fusión de los conductos paramesonéfricos (canal uterino). Tiene una longitud aproximada de 2.5 a 3 cm y tiene 4 funciones básicas: sirve de canal excretorio de las secreciones uterinas, produce moco cervical que presenta variaciones en su composición durante el ciclo menstrual de acuerdo al estímulo hormonal para favorecer el proceso de fertilización, proteje la cavidad uterina de la invasión bacteriana y forma parte del canal de parto para permitir la salida del recién nacido. (Burkitt, H. Young, B. Heath, J. Aparato Reproductor Femenino. Histología funcional. Primera edición española. Madrid, España. Churchill Livingstone. 1996. 335-365)

CERVIX , INCOMPETENCIA DEL: Corresponde al término actual de Insuficiencia Cervical. Hace referencia a la incapacidad del cuello uterino para retener el embarazo in útero usualmente de manera secundaria a defectos anatómicos o funcionales. Clínicamente se identifican cambios cervicales que se presentan en ausencia de actividad uterina, especialmente durante el segundo trimestre de gestación; esta condición genera pérdida recurrente del embarazo. La fisiopatología incluye deficiencia de colágeno cervical, deficiencia de elastina cervical, alteración de los componentes mecánicas y estructurales del tejido conectivo o condiciones multifactoriales. Dentro de la etiología se encuentran condiciones congénitas como anomalías Müllerianas o alteración a nivel del colágeno y condiciones adquiridas como trauma cervical (dilatación forzada del cuello, laceraciones, conización), presión aumentada a nivel del cuello (embarazo múltiple, polihidramnios, macrosomía) y otras condiciones como infección o sangrado.(Arias, F. Incompetencia cervical. Obs & Gyn. 2004; 72: 265-268)

CERVIX, LESIONES PREMALIGNAS: Corresponde a los cambios celulares que se presentan antes del desarrollo de neoplasia maligna a nivel del cervix. Estos cambios celulares se conocen como Lesiones Intraepiteliales del Cérvix y pueden ser detectados a través de la citología cervicouterina. (Soto-Wright, V. Samuelson, R. Current Management of Low-Grade Squamous Intraepithelial Lesion, High-Grade Squamous Epithelial Lesion and Atypical Glandular Cells. Clinical Obstetrics and Gynecology. 2005; 48 (1): 147-159)

CERVIX-SET® (Dagrofil). Ver suturas especiales en ginecología.

CESÁREA: El término caesares o caesones ya se aplicaba desde época muy antigua a los niños extraídos del vientre materno mediante corte (lat.caedere, cortar) de la pared anterior. La cesárea es una de las cirugías más antiguas. Tomó carácter obligatorio para las embarazadas recién muertas o agonizantes, por mandato de Numa Pompilio, segundo rey de Roma que gobernó en el siglo octavo antes de Cristo. El término alemán Kaiserschnitt (la incisión del emperador) , recuerda ese origen. La norma

se mantuvo durante el reinado de los césares por lo cual se le llamó “lex cesárea”(ley de los Césares) , que es otro probable origen del nombre de esta cirugía. Dicha ley era tan estricta que en 1749 un médico siciliano fué condenado a muerte por no cumplirla. Otra teoría propuesta por el historiador Plinio el Viejo, que tuvo acogida en una época era que el nombre de esta cirugía se debía a que el emperador Julio César había nacido por cesárea un siglo antes de Cristo. Es imposible de aceptar esta creencia pues semejante intervención hubiera sido mencionada en las memorias o escritos de Hipócrates , Galeno , o de Sorano de Efeso, uno de los principales historiadores de la obstetricia. Por aquella época la mortalidad en las madres operadas era del 100% ya fuera por hemorragia o por infección y Aurelia, la madre de Julio César vivió muchos años después de su nacimiento. Como constancia quedan las cartas que le escribió mientras él estaba en la guerra de Galia. El nombre de “operación cesárea fué acuñado por Plinio el Viejo” en su libro Historia Natural. Según la leyenda los grandes héroes evitaban “interfaeces et urinas nascimur”(nacer entre heces y orina). Nacieron a través de la pared abdominal Indra (el máximo dios hindú), Buda(dios hindú), Baco (dios de las bacanales), Apolo(dios de las artes) y Asclepio (el dios de la medicina). // La primera cesárea en mujer viva y con feto vivo fué realizada por Jacob Neufer, un carnicero y castrador que operó a su esposa en Suiza en el año1500; no se hizo un documento oficial sobre esta cirugía. El primer documento indudablemente auténtico sobre una operación cesárea en una paciente viva fué realizada por los doctores Trautmann y Gutch, cirujanos, el 21 de Abril de 1610. Esta paciente sobrevivió 25 días. Algunos historiadores consideran que la primera cesárea moderna fué realizada por el Dr. Ferdinand Adolf Kherer en 1881,salvando a la medre y el niño. La primera cesárea en mujer viva en Latinoamérica fue realizada en Cumaná; Venezuela, en 1820 por el médico español Alfonso Ruiz Moreno. // Parto por vía abdominal. // Procedimiento quirúrgico utilizado para extraer el feto mediante laparotomía que permite la incisión transversal de la cara anterior del segmento inferior del útero o con histerotomía longitudinal en la región corporal o segmento corporal.// De acuerdo a diversas circunstancias la cesárea toma los nombres de iterativa, extraperitoneal, corporal, segmentaria, segmento corporal, póstuma y

cesárea-histerectomía.// Sinónimos: Operación cesárea, Parto abdominal.// 2. Es una intervención quirúrgica que permite el nacimiento o la extracción de uno o varios fetos, cuya edad gestacional es mayor de 20 semanas y el peso es superior a 500 gramos. La intervención incluye dos incisiones: una abdominal (laparotomía) y otra uterina (histerotomía). Se indica cuando durante el trabajo de parto se detectan condiciones que ponen en riesgo la vida de la madre o el feto y no es posible dejar progresar el trabajo de parto vaginal. De acuerdo a la incisión uterina se clasifica en segmentaria (incisión transversa en la porción no contráctil del útero; también recibe el nombre de incisión semilunar o tipo Kerr) corporal (incisión vertical localizada en la porción contráctil del útero), segmento – corporal (incisión vertical que se inicia en el segmento y se extiende al cuerpo uterino). De acuerdo a la urgencia se clasifica en: urgente (se realiza de forma inaplazable), electiva (se lleva a cabo antes de que se haya iniciado el trabajo de parto, preferiblemente antes de la semana 39 de gestación). De acuerdo al abordaje se clasifica en Intraperitoneal (cuando se incide el peritoneo de la pared abdominal y el parietal del útero para extraer el feto) o extraperitoneal (cuando no se incide ni el peritoneo de la pared abdominal ni el uterino para hacer la histerotomía). (Caesarean Section. Clinical Guidelines: National Institute for Clinical Excellence. 2004)

CESÁREA CLÁSICA: Ver cesárea corporal.

CESÁREA CORPORAL: Aquella operación en la cual el feto se extrae mediante histerotomía que se ha realizado en el eje longitudinal del cuerpo uterino. La principal ventaja de este tipo de incisión es el campo quirúrgico amplio que permite extracciones difíciles como el feto en situación transversa, el feto con hidrocefalia, los gemelos monoamnióticos que han enredado sus extremidades uno con otro, los siameses, etc. Una desventaja importante de este tipo de cesárea es la mayor posibilidad de ruptura uterina en la siguiente gestación si se permiten las contracciones del parto. Por esta razón la mayoría de obstetras prefieren repetir la cesarea en el siguiente embarazo. (Hueston, W. Development of a cesarean risk score. 1994; 84 (6): 965)

CESÁREA EXTRAPERITONEAL: Es un tipo de operación en la cual el cirujano realiza la histerotomía sin cortar las membranas peritoneales, es decir sin ingresar a la cavidad peritoneal. Para ello diseca y rechaza el peritoneo parietal hasta dejar expuesto el segmento inferior del útero por donde penetra para extraer el feto. La principal ventaja es la disminución del riesgo de contaminación de la cavidad peritoneal de la madre cuando el líquido amniótico está infectado. Esta técnica es de muy poco uso entre los obstetras por la dificultad técnica y por la frecuente ruptura del peritoneo de manera accidental. (Caesarean Section. Clinical Guidelines: National Institute for Clinical Excellence. 2004)

CESÁREA-HISTERECTOMÍA: Es la realización de una cesárea más una histerectomía, en el mismo acto quirúrgico. Entra en esta definición la histerectomía que se realiza en las siguientes horas post cesárea, como consecuencia de una complicación puerperal (por ejemplom una atonía uterina, una endo-miometritis, etc). La primera cesárea-histerectomía descrita como tal, fue realizada el 21 de Julio de 1868 por el Dr. Horacio Robinson Storer en la ciudad de Boston a una paciente con miomatosis. Desafortunadamente murieron la madre y el hijo. Ocho años más tarde, el 21 de Mayo de 1876 , Edoardo Porro, obstetra de la Universidad de Pavía en Italia, practicó la primera cesárea-histerectomía exitosa para la madre y el hijo. Se trataba de una enana con notoria distocia de pelvis. Para 1884 la mortalidad materna por cesárea-histerectomía era del 53%, para 1901 era del 24%. En la actualidad , a pesar de que la paciente que va a cesárea tenga indicaciones para histerectomía (miomatosis, cáncer de cuello, sarcoma, etc) se sigue prefiriendo realizar este último procedimiento en una ocasión posterior cuando el útero haya involucionado y el sangrado sea menor que al momento de la cesárea. // Sinónimo: Cirugía de Porro. (Caesarean Section. Clinical Guidelines: National Institute for Clinical Excellence. 2004)

CESÁREA ITERATIVA: (Del lat. *Iteratīvus, iterātio*, repetición,adj. Que se repite).Cesárea que se realiza en una paciente a quien ya se le había realizado otra u otras, sin importar la causa actual ni las causas anteriores.

(Caesarean Section. Clinical Guidelines: National Institute for Clinical Excellence. 2004)

CESÁREA ITERATIVA I. Es aquella que se realiza por segunda vez (por lo tanto es la primera repetición). A la cesárea que se realiza por tercera vez se la llama iterativa II por cuanto es la segunda vez que se repite y así sucesivamente. (Caesarean Section. Clinical Guidelines: National Institute for Clinical Excellence. 2004)

CESÁREA PERIMÓRTEM: Es la operación cesárea realizada en la paciente embarazada que sufre colapso cardiorrespiratorio, con el objetivo de mejorar el pronóstico materno y fetal. Cuando la edad gestacional sobrepasa las 20 semanas, los efectos hemodinámicas adversos por la compresión aorto-cava del útero grávido han llevado a postular la cesárea de emergencia como medida para mejorar la posibilidad de sobrevida materna y dependiendo de la viabilidad del feto y los recursos pediátricos, mejorar la sobrevida neonatal. Para la consideración de la cesárea perimortem se dividen las pacientes en tres grupos: 1) EG< 20 sem: no está indicado el procedimiento y las maniobras se realizan para la preservación de la vida materna; la cesárea perimortem en estas pacientes no trae beneficios hemodinámicas para la madre. 2) EG 20 – 23 sem: está indicado el procedimiento dirigido a mejorar las condiciones hemodinámicas de la madre sin pronóstico para el feto. 3) EG > 24 sem: está indicado el procedimiento para mejorar las condiciones maternas y fetales, ya que se considera feto viable. Para la realización del procedimiento es necesario tener en cuenta que se debe realizar dentro de los primeros cinco minutos de iniciado el paro. (Whitty, J. Maternal Cardiac Arrest in Pregnancy. Clinical Obstetrics and Gynecology. 2002; 45 (2): 377-392 / Mallampalli, A. Cardiopulmonary resuscitarion and somatic support of the pregnant patient. Critical Care Clinics. 2004: 20: 747-761)

CESÁREA PÓSTUMA: Operación realizada de manera urgente cuando la madre ha fallecido, como una maniobra heroica para salvar la vida con buena calidad neurológica del feto. Para cumplir este propósito no deben transcurrir más de 3 minutos entre los dos eventos pues el daño cerebral

fetal se hace más severo a medida que transcurren los segundos en hipoxia. (Caesarean Section. Clinical Guidelines: National Institute for Clinical Excellence. 2004)

CESÁREA SEGMENTARIA: Aquella en la cual la histerotomía se realiza en el llamado segmento inferior del útero. Es la forma más frecuente de cesárea pues la involución del útero en el puerperio hace que el segmento retome las características de un istmo estrecho, en la unión del cuerpo con el cuello. Otra razón importante para preferir la cesárea segmentaria es el menor riesgo de ruptura uterina en futuras gestaciones, respecto a las incisiones corporal y segmento-corporal. (Caesarean Section. Clinical Guidelines: National Institute for Clinical Excellence. 2004)

CHANCRO: Hace referencia a una lesión genital tipo úlcera secundaria a infección por Haemophylus ducreyi, una bacteria gram negativa. Es una enfermedad de transmisión sexual que se manifiesta en forma de úlcera genital que simula una lesión de origen sifilítico; la diferencia consiste en que el chancro es una lesión dolorosa y de fondo sucio. El proceso de fisiopatología involucra un periodo de incubación de un día a 2 semanas, con posterior aparición de edema a nivel genital con formación de una úlcera con diámetro entre 3 mm y 5 cm, dolorosa, de bordes irregulares, base cubierta con material gris amarillento y sangrado fácil; usualmente se presentan adenopatías inguinales supurativas. La localización mas común es a nivel de labios menores. El diagnostico es clínico y el tratamiento es antibiótico con azitromicina, eritromicina, cefalosporinas o quinolonas. (McBride, W. Hannah, R. Cutaneous chancroid. J Dermatol. 2008; 49 (2): 98)

CHANCROIDE: Corresponde a una enfermedad de transmisión sexual secundaria a la infección por Haemophylus ducreyi. Ver Chancro. (McBride, W. Hannah, R. Cutaneous chancroid. J Dermatol. 2008; 49 (2): 98)

CHASSAIGNAC, PIER MARIE: Cirujano francés del siglo XIX quien hizo aportes a la cirugía mamaria y a la traqueostomía. Describió la bolsa retromamaria de Chassaignac.

CHOQUE: Ver Shock

CICATRIZ QUELOIDEA: Cicatriz gruesa e irregular causada por el crecimiento excesivo de tejido en el sitio de un corte o una herida.// **2.**Es una deformación de la cicatrización normal, caracterizada por aumento del volumen cicatrizal, secundario al exceso de factor de crecimiento en dicha zona, lo cual hace que el tejido con juntivo se hipertrofie. El aspecto final es muy poco estético, pues el levantamiento de la cicatriz toma el aspecto de un tumor localizado. La cicatrices queloideas puede formarse sobre heridas quirúrgicas, raspaduras, sitios de vacunación, picadura de insectos, quemaduras o cualquier lesión que estimule la reparación de la piel. (Saini, R. Hypertrofic Scar. Dermatol Surg. 2008; 34 (11): 1599)

CICLO ENDOMETRIAL: Durante el ciclo menstrual, regulado por la producción de estrógenos y progesterona por el ovario, el endometrio sufre cambios cíciclos que involucran al epitelio y al estroma de soporte. El endometrio está conformado por tres capas: la capa basal, que no se descama durante la menstruación y sufre pocos cambios cíclicos, la capa esponjosa, capa intermedia, que sufre los mayores cambios por el influjo hormonal, y la capa compacta o capa superficial; las capas compacta y esponjosa manifiestan cambios drásticos a través de todo el ciclo y ambas son eliminadas durante la menstruación, por lo cual se les conoce como capa funcional. Los cambios que sufre el endometrio están divididos en tres fases: 1) Fase proliferativa: es la fase estrogénica del ciclo; el estroma endometrial prolifera volviéndose profusa y ricamente vascularizado. Bajo la influencia de los estrógenos, las células del estroma y del epitelio proliferan rápidamente, las glándulas tubulares simples aumentan en número e inician la producción de moco. El endometrio aumenta en espesor por la actividad mitótica de las células hasta alcanzar aproximadamente 3 a 4 cm en la fase preovulatoria. 2)Fase secretora: es la fase progestacional del ciclo, que ocurre después de la ovulación. Las grandes cantidades de progesterona producidas por el cuerpo lúteo inducen un cambio secretor del endometrio; las glándulas se vuelven más tortuosas, se aumenta el citoplasma de las células estromales, aumenta el depósito de lípidos, proteínas y glucógeno y el aporte sanguíneo del endometrio sigue incrementándose. Durante esta

fase el endometrio alcanza un espeso aproximado de 5 a 6 cm. El objetivo de esta fase es la preparación del endometrio para la implantación del blastocisto. Si no ocurre fertilización, el descenso en los niveles de progesterona inducen la involución de la capa funcional, cesa el influjo sanguíneo y se produce isquemia y necrosis llevando a su descamación durante la menstruación. (Giudice, L. Biochemical events in the endometrium during the menstrual cycle and implantation. Mishell´s Textbook of Infertility, Contraception, and Reproductive Endocrinology. Blackwell Science. Fourth edition. 1991. 141-154)

CICLO MENSTRUAL: Es un evento hormonal caracterizado por cambios cíclicos en la liberación de gonadotropinas (FSH y LH) que inducen cambios en los niveles séricos de estradiol y progesterona que tiene como objetivo la inducción de la maduración folicular y la ovulación. El ciclo menstrual es un proceso dinámico en donde ocurre la menstruación, la maduración folicular, la ovulación, la constitución del cuerpo lúteo y nuevamente la menstruación. Se divide en dos fases: **Fase folicular** (desde el día 0 hasta el día 14 del ciclo) en la cual ocurre el fenómeno de maduración folicular con reclutamiento folicular, selección del folículo dominante y posteriormente la culminación de la maduración del folículo dominante, bajo el influjo hormonal de la FSH por un fenómeno de feedback positivo sobre la FSH por niveles bajos de estradiol y progesterona en la fase folicular temprana. A medida que el folículo dominante madura sintetiza cantidades cada vez mayores de estradiol que posteriormente median un fenómeno de feedback negativo sobre la FSH con el objetivo de permitir la selección del folículo dominante ya que este último se caracteriza por un aumento del número de células de la granulosa y aumento en la densidad de los receptores para FSH mediado por el estradiol, de tal forma que los folículos no dominantes, al disminuir las pulsaciones de FSH, entran en un proceso de atresia mientras que el folículo dominante continúa su proceso de maduración. Cuando se presenta el pico de secreción de estradiol, aproximadamente 24 horas antes de la ovulación, se presenta un fenómeno de feedback positivo del estradiol sobre la LH para permitir tres procesos: ruptura folicular y extrusión ovocitaria (ovulación), luteinización de las células de la granulosa

con aumento en la síntesis de progesterona y estimulación de la maduración ovocitaria para que el ovocito primario que se encontraba en profase de la primera división meiótica, culmine la primera división meiótica y continúe hasta metafase de la segunda división meiótica, fase en la cual se ovula. Este momento constituye la mitad del ciclo menstrual con la **ovulación** (día 14 del ciclo). Posteriormente se inicia la **Fase lútea** (desde el día 14 hasta el día 28 del ciclo) que se caracteriza por la formación del cuerpo lúteo mediado por estímulo de la LH, a través de la incorporación de pigmentos luteicos y lípidos al folículo. El cuerpo lúteo posteriormente inicia la síntesis y liberación de progesterona y estradiol que ejercen un fenómeno de feedback negativo sobre las gonadotropinas para disminuir su secreción. Si ocurre la gestación, la liberación de Gonadotropina Coriónica Humana permite el mantenimiento del cuerpo lúteo para el sostenimiento del embarazo durante las primeras nueve semanas de gestación; si no ocurre la gestación, el cuerpo lúteo entra en fase de involución con posterior disminución de los niveles de progesterona y estradiol que inducen un aumento en la secreción de FSH para que se inicie un nuevo ciclo de reclutamiento folicular. (Lobo, R. Mishell, D. Paulson, R. Shoupe, D. The menstrual cycle. Mishell´s Textbook of Infertility, Contraception, and Reproductive Endocrinology. Blackwell Science. Fourth edition. 1991. 124-141)***// 2.***Es un proceso caracterizado por eventos hormonales que incluyen cambios cíclicos en los niveles de gonadotropinas, estradiol y progesterona que están íntimamente relacionados con el desarrollo folicular y la ovulación. Al final de un ciclo normal, los niveles bajos de estrógenos, progesterona e inhibina inducen una respuesta de retroalimentación positiva a nivel hipotálamo – hipofisiario, que permite un aumento en la secreción de FSH. La síntesis y liberación de FSH es indispensable para el proceso de reclutamiento y crecimiento folicular. A medida que se presenta el crecimiento folicular, se incrementa la producción estrogénica, específicamente estradiol, por las células de la granulosa en respuesta al estímulo de la FSH; de manera simultánea se inicia la liberación de inhibina, que permite completar el proceso de selección del folículo dominante que continúa su crecimiento y desarrollo hasta la formación del folículo preovulatorio. Existen factores autocrinos y paracrinos que aumentan la

sensibilidad del folículo a las gonadotropinas, que permiten que el microambiente ovárico, inicialmente androgénico, pase a ser dominado por los estrógenos. La acción conjunta de la FSH, estrógenos y activita estimula la formación de receptores para LH en la células de la granulosa, preparando el folículo para el momento ovulatorio. Cuando los niveles de estradiol alcanzan un pico máximo de 200 – 300 pg/ml mantenido durante mínimo 24 a 48 horas, es presenta un fenómeno de retroalimentación positiva sobre la LH, induciendo la aparición del pico de LH, necesario para el proceso de ruptura folicular, extrusión ovocitaria y maduración ovocitaria; en este momento se completa la primera fase del ciclo menstrual conocida como Fase Folicular. Posterior a la ovulación, el folículo dominante se convierte en un cuerpo hemorrágico y luego en cuerpo lúteo en respuesta al estímulo por LH; el cuerpo lúteo inicia la síntesis y producción de progesterona y en menor cantidad, estradiol. Estos niveles ejercen un fenómeno de retroalimentación negativa sobre el eje hipotálamo – hipófisis y como consecuencia se produce una disminución de secreción de gonadotropinas. Si no se produce fertilización, el cuerpo lúteo involuciona, caen los niveles de progesteron y estradiol que permiten un nuevo fenómeno de retroalimentación positiva hipotálamo – hipofisiaria y se inicia un nuevo ciclo. Esta segunda fase del ciclo menstrual se conoce como Fase Lútea. (Lobo, R. The Menstrual Cycle. Mishell´s Textbook of Infertility, Contraception, and Reproductive Endocrinology. Blackwell Science. Fourth edition. 1991. 124-141)

CICLO OVÁRICO: Hace referencia al proceso de crecimiento y maduración folicular que ocurre durante cada ciclo menstrual. Durante la fase folicular se presenta una serie de eventos ordenados que permiten que el número apropiado de folículos esté listo para la ovulación, con el objetivo final de formación de un folículo dominante maduro. Este proceso es mediado por fenómenos de regulación autocrinos, paracrinos y endocrinos. El comienzo del ciclo está marcado por el crecimiento inicial de un folículo primordial, que consiste en un oocito rodeado por una capa única de células de la granulosa, rodeadas por una lámina basal. El número de folículos que crece en cada ciclo depende del tamaño del pool residual de folículos inactivos. El

primer signo visible de selección folicular es el aumento de tamaño del oocito, seguido de la transformación de las células de la granulosa a cuboidales, formando de esta forma el folículo primario, en respuesta a la estimulación por FSH. Este folículo progresa al estado preantral cuando el oocito se agranda y es rodeado por un membrana llamada zona pelúcida. La capa de células de la granulosa prolifera a múltiples capas y las células de la teca provenientes del estroma ovárico, se diferencian en dos capas: teca interna y teca externa. Este folículo recibe el nombre de folículo secundario. Bajo la acción sinérgica de estrógenos y FSH se presenta un aumento en la producción de líquido folicular que forma pequeños espacios dentro de la capa de células de la granulosa y posteriormente coalescen para formar el antro folicular, convirtiéndose en folículo antral o terciario. Este folículo es el folículo maduro o preovulatorio que bajo la influencia de la LH en la fase preovulatoria, sufre el fenómeno de ruptura folicular para permitir la extrusión oocitaria u ovulación. (Erikson, G.Control of Follicular Development. Mishell´s Textbook of Infertility, Contraception, and Reproductive Endocrinology. Blackwell Science. Fourth edition. 1991. 160-1071)

CICLOS FETALES SUEÑO-VIGILIA: Son los diferentes tipos de sueño del feto de acuerdo al patrón de movimientos oculares, que alternan con periodos de vigilia. Los estados de sueño son los 1F, 2F y 3F; el estado de vigilia es el 4F // Son los diferentes estados fetales relacionados con el ciclo sueño-vigilia. Alrededor del 85% de los fetos en la semana 36 tienen un patrón establecido de comportamiento fetal que incluye los siguientes estados: Estado 1F: caracterizado por el estado de sueño tranquilo, con movimientos oculares mínimos, movimientos fetales poco perceptibles y oscilaciones pequeñas de la frecuencia cardiaca fetal (FCF). Estado 2F: caracterizado el estado de sueño activo, con movimientos oculares rápidos, movimientos fetales vigorosos y oscilaciones amplias de la FCF. Estado 3F: caracterizado por movimientos oculares continuos con escasos movimientos fetales y oscilaciones mínimas de la FCF. Estado 4F: caracterizado por el estado de actividad completa o vigilia; existen movimientos oculares continuos y movimientos fetales vigorosos con

oscilaciones amplias de la FCF. En términos generales se considera que la mayoría de los fetos en las últimas semanas de gestación se encuentran en los estados 1F y 2F en el 75% del tiempo. (Manning, F. The Fetal Heart Rate. Fetal Movements and Tone. Fetal Medicine: Principles and Practice. Connecticut. Appleton and Lange Editorial. 1998. 145 – 173). // Sinónimo. Estados de comportamiento fetal.

CIERRE DE LA INCISIÓN: Sutura de una herida quirúrgica, generalmente con puntos, aunque existe la alternativa de afrontamiento con suturas líquidas como el Histoacryl® que es un monómero de n-butil-2-cianoacrilato, que polimeriza al ponerse en contacto con los fluidos tisulares, utilizado para heridas muy pequeñas, o afrontamiento con tirillas de micropore o similares. // Sinónimo: Rafia. (Saini, R. Hypertrofic Scar. Dermatol Surg. 2008; 34 (11): 1599)

CIGOSIDAD: Corresponde al origen de la formación de un embarazo gemelar. La cigosidad hace referencia al número de gametos involucrados en el proceso de fertilización. Los embarazos gemelares se dividen en dos grandes grupos: Monocigóticos (cuando un ovocito es fertilizado por un espermatozoide) o Dicigóticos (cuando dos ovocitos son fertilizados por dos espermatozoides diferentes). De esta manera los embarazos gemelares dicigóticos siempre son bicoriales (dos placentas) y biamnióticos (dos bolsas); mientras que los embarazos gemerales monocigóticos se subdividen en tres grupos: Bicoriales-biamnióticos (si la división del huevo fertilizado se produce antes de las 72 horas), Monocoriales-biamnióticos (si la división del huevo fertilizado se produce entre 3 y 7 dìas) o Monocoriales-monoamnióticos (si la división del huevo fertilizado se produce entre 7 y 13 dìas). Si la división del huevo fertilizado se da posterior a los 13 días de fertilización se generan gemelos siameses. (Russell, RB. The changing epidemiology of multiple births in the United States. Obstet Gynecol 2006; 101:129)

CIGOTO: Es la célula ya modificada genéticamente por la mezcla del material genético de ambos gametos. Estrictamente hablando el periodo de cigoto se inicia entre las 24 y 48 horas siguientes a la penetración del

espermatozoide dentro del óvulo y termina cuando se inicia la primera división celular. //Es el producto de la penetración del espermatozoide en el óvulo. // Es el primer producto de la fecundación ó concepción, que ocurre en la ampolla de la trompa. El diámetro del cigoto fluctúa entre 0,10 y 0,15 mm. ***//*** Luego de la interacción entre un espermatozoide y un ovocito secundario y la posterior combinación de los cromosomas maternos y paternos, se forma el primer estado celular del proceso de desarrollo humano que se conoce con el nombre de cigoto. Una vez formado, experimenta múltiples divisiones mitóticas que dan origen a los diferentes estadíos celulares del desarrollo humano. (Moore, K. Persaud, T. Inicio del desarrollo embrionario: Primer semana. Embriología Clínica. México. McGraw-Hill Interamericana. 6° edición. 2001. pg. 17 – 49).

CILINDROMA: Corresponde a un tumor benigno de las glándulas sudoríparas apocrinas, considerado uno de los tumores anexiales benignos más frecuentes. Se presenta usualmente en mujeres mayores de 18 años, aunque pueden aparecer en la pubertad o la edad adulta. Clínicamente se caracteriza por lesiones globulosas, hemisféricas, firmes, de tamaño variable, recubiertas por telangiectasias. La localización usual es cabeza y cuello. En la mayoría de los casos se presentan como lesiones únicas, pero existen formas múltiples heredadas con carácter autosómico dominante, presentándose lesiones extensas en el cuero cabelludo y la cara, constituyendo los denominados “tumores en turbante”. El diagnóstico se realiza por histopatología que evidencia una lesión compuesta por múltiples lóbulos epiteliales compactos dispuestos como en forma de piezas de rompecabezas; cada lóbulo está rodeado por una vaina hialina PAS positiva por la presencia de glucógeno y está compuesto por dos tipos de células: unas con disposición periférica, en empalizada con núcleo pequeño oscuro y otras dispuestas centralmente con núcleo amplio y pálidos. El tratamiento consiste en extirpación quirúrgica, con tasas de recidiva que superan el 50%. Aunque son considerados tumores benignos, se han descrito casos de malignización y metástasis. (Elder D, Elenitsas R, Ragsdale BD. Tumors of epidermal appendages. Lever ´s histopathology of the skin. Philadelphia. Lippincott-Raven, 2001; 747-803)

CIRCULARES DEL CORDÓN: Ver Cordón Umbilical, circulares

CIRCUNCISIÓN FEMENINA: Es un ritual que mutila parte de la anatomía genital femenina. Quienes respaldan esta práctica aducen razones culturales y religiosas; se apoyan en la falsa creencia de que la circuncisión es necesaria para mantener una buena higiene sexual, para favorecer la castidad, para alejar el deseo sexual, para facilitar el aseo de los genitales y para aumentar la fertilidad. Es un ritual de iniciación en origen realizado a las niñas de algunos países de África, y la costumbre es de procedencia incierta, localizada en la zona centro-africana. Esta práctica se ha extendido gradualmente por el Norte de África y recientemente Europa por la emigración de la población africana. Es destacable que la aplicación de la ablación es más común hoy en día de lo que lo era en periodos anteriores. Hoy se practica como rito de iniciación en las jóvenes de algunas comunidades musulmanas y cristianas de África. Tanto unos como otros suelen recurrir a sus respectivas tradiciones religiosas para argumentar en favor de esta práctica, pero lo cierto es que ni la doctrina musulmana ni la cristiana dicen nada sobre este tipo de mutilación. Hay algunos cultos africanos que permiten esta costumbre expresa en mujeres. La pérdida casi total de sensibilidad es la principal consecuencia para las afectadas, con el añadido trauma psicológico. Hay mujeres que mueren desangradas o por infección en las semanas posteriores a la intervención, ya que se realiza casi siempre de manera rudimentaria, a cargo de curanderas o mujeres mayores, y con herramientas no muy ortodoxas como cristales, cuchillos oxidados o cuchillas viejas de afeitar y nunca en centros sanitarios. La ablación es una costumbre extendida en una amplia región de África, donde es practicada indistintamente por musulmanes, cristianos, y animistas (http://www.religion statistics. net/afrel.htm). Sinónimos: A este tipo de mutilación se le conoce con distintos nombres: Mutilación genital femenina, que resulta una expresión más radical porque pretende provocar rechazo cuando se trata el tema de forma coloquial, infibulación, escisión, ablación sexual. (Lugones, M. Circuncisión femenina?. Rev Cubana Med Gen Integr. 1998; 14 (1): 34)

CIRCUNCISIÓN FEMENINA, TIPOS DE: Amputación del prepucio del clítoris (circuncisión), pudiendo extirparse en parte o en su totalidad el clítoris (clitoridectomía). Una forma más agresiva sería la escisión o mutilación del prepucio total o parcial, del clítoris y los labios menores, conservando los labios mayores. La infibulación es la forma más agresiva y consiste en la extirpación del clítoris y labios mayores y menores. Después del acto, hay un cosido de ambos lados de la vulva hasta que queda prácticamente cerrada, dejando únicamente una abertura para la sangre menstrual y la orina. La infibulación también es llamada circuncisión faraónica. (Lugones, M. Circuncisión femenina?. Rev Cubana Med Gen Integr. 1998; 14 (1): 34)

CIRCUNFERENCIA ABDOMINAL: Es una medida biométrica empleada para la estimación de la edad gestacional por ultrasonografía, que consiste en la medición del contorno del abdomen en un plano transversal a nivel de la cámara gástrica y la unión de la vena umbilical con la vena porta, como puntos de reparo. Existen factores que pueden complicar su medición como apariencia variable de los puntos de reparo, movimientos fetales y respiración fetal y sombras acústicas producidas por la columna y las extremidades. Teniendo en cuenta que la circunferencia abdominal se altera con las variaciones en el crecimiento fetal, su uso es mayor para la estimación del peso fetal más que para la estimación de la edad gestacional. La tabla para el cálculo de la edad gestacional usando la circunferencia abdominal es la siguiente: (Fleischer, A. Manning, F. Jeanty, P. Romero, R. Ecografía en Obstetricia y Ginecología. Biometría fetal. Madrid, España. Ediciones Marban. Sexta edición. 2002. p 375-388) Ver Tabla C1

CIRCUNFERENCIA CEFÁLICA: Es un parámetro biométrico empleado para la estimación de la edad gestacional por ultrasonografía. Consiste en la medición del contorno externo del cráneo en un plano de corte que se encuentre a la altura de los tálamos y el cavum del septum pellucidum. Este parámetro se afecta menos por las variantes de morfología de la cabeza fetal o el fenómeno de compresión de la cabeza fetal. La tabla para la estimación de la edad gestacional usando la circunferencia cefálica es la

siguiente: (Fleischer, A. Manning, F. Jeanty, P. Romero, R. Ecografía en Obstetricia y Ginecología. Biometría fetal. Madrid, España. Ediciones Marban. Sexta edición. 2002. p 375-388) Ver Tabla C2

CIRUGÍA DE HAULTAIN: Ver Inversión uterina, cirugía de Haultain.

CIRUGÍA DE ALDRICH-STUDDIFORD: Ver Incontinencia urinaria, Cabestrillo con fascia de los rectos para incontinencia urinaria.

CIRUGÍA DE ELEXANDER ADAMS: Ver Retroversión uterina, cirugía de Alexander Adams

CIRUGÍA DE BALDY-FRANKE:

CIRUGÍA DE BALDY-WEBSTER (hístero-suspensión): Ver Cirugía de Webster-Baldy-Franke-Guggisberg

CIRUGÍA DE BENSON Y DURFEE: Ver Cerclaje, técnica de Benson y Durfee

CIRUGÍA DE BRUNSCHWIG: Ver Histerectomía más cirugía de Brunsschwig

CIRUGÍA DE BURCH: Ver Cistopexia de Burch.

CIRUGÍA DE COFFEY: Ver Histerosuspensión, técnica de Coffey

CIRUGÍA DE DURIC: Ver Cerclaje, técnica de Duric

CIRUGÍA DE EMMET: Ver traquelorrafia.

CIRUGÍA DE ESPINOZA: Ver Cerclaje cervical, técnica de Espinoza Flórez

CIRUGÍA DE FAHMY: Ver Cerclaje cervical de Fahmy

CIRUGÍA DE FLINT Y CHOU-JON: Ver Miomectomía, técnica de Flint y Chou-jon

CIRUGÍA DE FOTHERGILL-DONALD: Ver Prolapso genital, cirugía de Manchester-Fothergill

CIRUGIA DE GARGIULO: Ver Histerosuspensión, técnica de Gargiulo

CIRUGÍA DE GILLIAM: Ver Histerosuspensión, cirugía de Gilliam.

CIRUGÍA DE GOEBELL-STOECKELL–FRANGENHEIM: Ver Incontinencia urinaria, cirugía de Goebell-Stoeckell-Frangenheim(cabestrillo con fascia de los rectos) .

CIRUGÍA DE HALSTED: Ver Cáncer de mama, cirugía de Halsted.

CIRUGÍA DE HALBAN: Ver Culdoplastia, cirugía de Halban

CIRUGÍA DE INGLEMAN-SUNDBERG: Ver Cabestrillo con fascículo del pubo-coccígeo.

CIRUGÍA DE INTERPOSICIÓN UTERINA: Ver Watkins, cirugía y Wertheim II, cirugía.

CIRUGÍA DE IRVING: Ver Planificación familiar, cirugía de Irving

CIRUGÍA DE JONES: Ver Metroplastia de Jones

CIRUGÍA DE KÄISER-IKLÉ: Ver Cerclaje, técnica de Kaiser-Iklé

CIRUGÍA DE KELLY ó de KELLY-STOECKELL: Ver Cistopexia de Kelly

CIRUGÍA DE LATZKO: Ver Fístula vésico-vaginal, cirugía de Latzko.

CIRUGÍA DE LEFORT: Ver Colpocleisis de Lefort

CIRUGÍA DE MADLENER: Ver Planificación familiar, cirugía de Madlener.

CIRUGÍA DE MANCHESTER –FOTHERGILL: Ver Prolapso genital, cirugía de manchester-Fothergill

CIRUGÍA DE MARSHALL-MARCHETTI-KRANTZ: Ver cistopexia de Marshall-Marchetti-Krantz.

CIRUGÍA DE McCALL: Ver Culdoplastia de McCall

CIRUGÍA DE McDONALD: Ver Cerclaje, técnica de McDonald.

CIRUGÍA DE McINDOE: Ver Neovagina, cirugía de McIndoe

CIRUGÍA DE MEIGS: Ver Histerectomía radical modificada tipo III de Wertheim-Meigs.

CIRUGÍA DE MILWAKEE: Ver Ceclaje de Milwakee, Cerclaje de Kaiser-Iklé.

CIRUGÍA DE MOSCHOWITZ: Ver Culdoplastia, cirugía de Moschowitz

CIRUGÍA DE NOBLE-MENGERT-FISH: Ver Fístula recto-vaginal, cirugía de Noble-Mengert-Fish

CIRUGÍA DE OLSHAUSEN: Ver Histerosuspensión, ciugía de Olshausen

CIRUGÍA DE PALMER: Ver Cerclaje**,** cirugía de Palmer

CIRUGÍA DE PARKLAND: Ver Planificación familiar, cirugía de Parkland

CIRUGÍA DE PEREYRA: Ver Cistopexia de Pereyra

CIRUGÍA DE POHL Y FRATTARELLI: Ver Prolapso cúpula vaginal, cirugía de Pohl y Frattarelli.

CIRUGÍA DE POMEROY: Ver Planificación familiar, cirugía de Pomeroy

CIRUGÍA DE POMEROY MODIFICADO: Ver Planificación familiar, Cirugía de Pomeroy modificado

CIRUGÍA DE PORRO: Ver Cesárea-histerectomía

CIRUGÍA DE POWELL: Ver Cistopexia de Powell.

CIRUGÍA DE RICHTER, PARA CORREGIR EL PROLAPSO DE LA CÚPULA VAGINAL: Corresponde a una técnica quirúrgica empleada para la corrección del prolapso de cúpula vaginal posterior a una histerectomía, en la cual se realiza la fijación sacrotuberosa de la cúpula, empleando el ligamento sacroespinoso. La técnica describe una incisión elíptica circundante en el prolapso de la cúpula, con posterior diseccion roma o cortante y separación del saco del enterocele. Se localiza el ligamento sacroespinoso derecho y se pinza con una pinza de Allis; se realizan 3 o 4 puntos de material absorbible a través del ligamento, realizando la

suspensión. Esta técnica fue descrita por Amreich en 1951 y posteriormente reintroducida en 1967 por Richter. (Jimenez, A. Prolapso de la cúpula vaginal tratado mediante operación de Richter-Amreich. Progresos de Obstetricia y Ginecología. 2007; 50 (7): 392)

CIRUGÍA DE RITTER: Ver Cerclaje, técnica de Ritter

CIRUGÍA DE RODNEY, PARA PROLAPSO DE CÚPULA VAGINAL: Corresponde a una técnica quirúrgica empleada para la corrección del prolapso de cúpula vaginal posterior a una histerectomía, en la cual se realiza la fijación a la fascia ileococcígea bilateral. Esta técnica fue introducida por Rodney y col como una modificación a la técnica de fijación unilateral descrita por Richter. Se considera que ocasiona menos retroversión de la vagina y por lo tanto menos relajación de la pared vaginal anterior y con esto, menor probabilidad de prolapso vesical o uretral. (Sepúlveda, J. Quintero, E. Mejía, M. Oróstegui, S. Alarcón, M. Prolapso de la cúpula vaginal: revisión de manejo médico y quirúrgico. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología 2000; 57: 241)

CIRUGÍA DE SCHAUTA: Ver Histerectomía de Schauta-Amreichs ó Histerectomía de Schauta-Stoeckel

CIRUGÍA DE SCHAUTA-WERTHEIM: Ver Histerectomía de Schauta-Wertheim

CIRUGÍA DE SHIRODKAR: Ver Cerclaje, técnica de Shirodkar.

CIRUGÍA DE SPINELLI: Ver Inversión uterina, cirugía de Spinelli

CIRUGÍA DE STAMEY: Ver Cistopexia de Stamey

CIRUGÍA DE STRASSMAN: Ver Metroplastia de Strassman

CIRUGÍA DE STURMDORF: Ver Traquelectomía, técnica de Sturmdorf

CIRUGÍA DE STURMDORF: Ver Traquelectomía, cirugía de Sturmdorf

CIRUGÍA DE SZENDI: Ver Cerclaje, técnica de Szendy

CIRUGÍA DE TANAGHO: Ver Cistopexia de Tanagho:

CIRUGÍA DE TSOUTSOULOPOULUS Y PAPATHANASSIU: Ver Cerclje, técnica de Tsoutsoulopoulus Y Papathanassiu

CIRUGÍA DE UCHIDA: Ver Planificación familiar, cirugía de Uchida

CIRUGÍA DE WATKINS, Ver Watkins, cirugía

CIRUGÍA DE WEBSTER-BALDY-FRANKE-GUGGISBERG: Ver Histerosuspensión, Cirugía de Webster-Baldy-Franke-Guggisberg

CIRUGÍA DE WERTHEIM: Ver Histerectomía Radical Modificada ó Tipo III ó de Wertheim-Meigs:

CIRUGÍA de WERTHEIM II. Ver Wertheim II.

CIRUGÍA DE WERTHEIM-SCHAUTA: Ver Histerectomía de Schauta-Wertheim

CIRUGÍA DE WURM-HEFNER: Ver Cerclaje, cirugía de Wurm-Hefner.

CIRUGÍA DE WATKINS-SCHAUTA-WERTHEIM: Ver Histerectomía de Schauta-Wertheim

CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA: Es el conjunto de procedimientos quirúrgicos realizados mediante los equipos de endoscopia de la cavidad peritoneal. El útero debe ser fácilmente observable en cualquier dirección por que es de suma importancia el acceso al fondo de saco y la fosa ovárica. El cirujano necesita movilizar el útero o las demás visceras para mejorar la visiblidad o para alejarlas de las fuentes de energía que pudieran lesionarlas. Para esto necesita instrumentos introducidos por vía abdominal más el elevador uterino, que se introduce por vía vagino-cervical. Las piernas de la paciente se sostienen preferiblemente con estribos que hagan la menor compresión sobre la pantorrilla para evitar el dolor post-operatorio y para evitar secuelas derivadas de la compresión vascular si el procedimiento ha tomado varias horas. Las extremidades se colocan suficientemente separadas para poder realizar endoscopia urogenital (especuloscopia, histeroscopia, uretrocistoscopia, rectoscopia, o sigmoidoscopia). Los muslos deben colocarse en el mismo plano que el abdomen, ya que la elevación de las

extremidades y la posición de litotomía usual alteran la manipulación de instrumentos abdominales. Se prefiere hacer una incisión en el ombligo para introducción de la aguja de Vehres y luego un trócar, pues en este sitio se oculta fácilmente la cicatriz. Si la paciente tiene operaciones previas, en particular abdominales o intestinales múltiples, la valoración pre-operatoria por ecografía, tomografía computarizada o imágenes de resonancia magnética ayudarán a identificar adherencias intestinales bajo el sitio en que se hará la incisión. En los casos de probables adherencias abdominales extensas, el procedimiento se empieza con un laparoscopio, utilizando una aguja de Adair Vehres y un catéter óptico. Un insuflador moderno de llenado rápido registra la presión negativa. Mediante tracción de la pared abdominal de Vehres conectada al insuflador, la presión negativa indica la posición intraperitoneal del instrumento. Se usa entonces el catéter óptico para observar el contenido abdominal y localizar posibles adherencias peligrosas. El laparoscopio quirúrgico puede usarse a través de una vaina de trocar desechable. Las ventajas de éste último incluyen un paso más fácil del instrumento, cubierta protectora, filo duradero del trócar, menos fricción por la válvula “hermética”y fijación en la pared abdominal. Además del factor de seguridad incluido, la capacidad de fijar el nivel de penetración de la vaina en la cavidad abdominal e instalarla en su lugar con un tornillo, son grandes ventajas. Las incisiones abdominales bajas también se planean cuidadosamente, de manera que se localicen en un punto óptimo para la manipulación de órganos pélvicos. Es a través de estas incisiones como se colocan los trocares desechables de 5 mm y una variedad de instrumentos del mismo calibre. Si las incisiones se hacen en un nivel muy bajo, el útero puede alterar la movilidad del instrumento cuando se eleva. Los vasos epigástricos inferiores deben también evitarse al colocar el trocar. Estos vasos se originan en las arterias iliacas externas a nivel del anillo inguinal, y corren por la parte superior del peritoneo, paralelos al borde del músculo recto abdominal. La transiluminación de la pared abdominal con la luz del laparoscopio quirúrgico suele permitir al cirujano observar muchos de los vasos parietales superficiales, así como los epigástricos inferiores. También pueden observarse los vasos del inferior de la cavidad peritoneal cuando la punta del laparoscopio se eleva en dirección de la cara interna de

la pared abdominal. Siempre transcurren por fuera de los vasos umbilicales obliterados que están sujetos y son fáciles de identificar.Los diferentes tipos de procedimientos quirúrgicos realizados por el laparoscopista en ginecología y cirugía general, han aumentado mucho durante los últimos años. Gran parte del instrumental quirúrgico general puede usarse con electricidad unipolar, pero se prefiere la bipolar por cuanto su onda calórica penetra mucho menos que la de un solo polo; esto hace más predecible la profundidad de la quemadura y por tanto se controla más el daño a tejidos sanos que no se desean comprometer al momento de cortar o cauterizar con instrumentos eléctricos. Los rayos laser producen una reacción tisular perfectamente predecible, y por ello, siempre que sea posible, se prefiere usar el laser para incisiones y vaporizaciones y el cauterio bipolar o el endo-coagulador de Semm para la coagulación de grandes vasos. Los procedimientos gineco-obstétricos más frecuentes por cirugía laparoscópica son: la planificación definitiva (corte de las trompas o interrupción de la luz mediante anillo de Yoon, o mediante grapas), la ablación de focos de endometriosis, la adhesiolisis, la resección de endometriomas, la cistectomía ovárica, la salpingectomía parcial o total, la salpingostomía, la plastia tubárica, la salpingo-ooforectomía, la extirpación del embarazo tubárico, la miomectomía, la histerectomía vaginal auxiliada por laparoscopia, la histero-suspensión y la cistopexia. (Hirsh, A. Käser, O. Atlas de Cirugía Ginecológica. Laparoscopia e histeroscopia. Editorial Marbán Libros. Madrid, España. 2000. pp 32-46)

CISTADENOMA MUCINOSO DEL OVARIO: Hace referencia a un tumor benigno del ovario. Estos tumores representan el 20% de los tumores benignos y en el 5% de los casos son bilaterales. En el 85% de los casos son benignos, en el 6% son de bajo potencial de malignidad y en el 9% de los casos son tumores invasivos. Se presentan como una formación quística unilocular o multilocular; siendo generalmente multiloculares los quistes de mayor tamaño. La superficie interna es lisa, brillante, sin papilas ni excrescencias; está revestida de células neoplásicas epiteliales cilíndricas, mucoides, con secreción conocida como mucina. El diagnóstico se sospecha por ultrasonografía y la confirmación se realiza por estudio

histopatológico. El tratamiento consiste en la resección quirúrgica total del tumor, preservando el componente normal del ovario, teniendo en cuenta que la mayoría de las pacientes afectadas están en edad reproductiva. (Styer, AK, Laufer, MR. Ovarian bivalving after detorsion. Fertil Steril 2002; 77:1053)

CISTADENOMA SEROSO DEL OVARIO: Corresponde a un tumor benigno del ovario que se presenta como una condición quística típica. Representa el 20% de los tumores benignos del ovario y en el 10% de los casos es bilateral. El tamaño es variable y se pueden presentar casos de cistadenomas gigantes mayores de 20 cm de diámetro. Usualmente son uniloculares, pero a medida que aumenta el tamaño, aumenta la posibilidad de multilocularidad. La cavidad del quiste contiene líquido incoloro, transparente, de aspecto seroso. Frecuentemente la superficie interna tiene papilas (cistadenoma seroso papilar) pero son escasas, pequeñas, sin excrescencias. El diagnóstico se sospecha por ultrasonografía y se confirma por estudio histopatológico. El tratamiento consiste en resección quirúrgica del tumor. (Styer, AK, Laufer, MR. Ovarian bivalving after detorsion. Fertil Steril 2002; 77:1053)

CISTECTOMÍA CERVICAL: Extirpación de una masa quística del exocervix. Generalmente se refiere a los quistes de Naboth que allí son frecuentes. (Torres, J. Quistes de Naboth profundos. Congreso Virtual Hispanoamericano de anatomía patológica. 2006)

CISTECTOMÍA DE BARTHOLIN: Extirpación quirúrgica de un quiste de la glándula de Bartholin. En las primeras etapas que siguen a la obstrucción del conducto de la glándula se acumula el moco que dilata la cavidad y la hace fácil de palpar. Puede ser dolorosa o no. El quiste sobreinfectado se convertirá en un absceso de Bartholin. (Downs, MC, Randall, HW Jr. The ambulatory surgical management of Bartholin duct cysts. J Emerg Med 2005; 7:623)

CISTECTOMÍA OVÁRICA: Extirpación quirúrgica de un quiste del ovario. Generalmente se realiza cuando el quiste supera los 6 centímetros de

diámetro. (Giuntoli, R. Clinical Obstetrics and Gynecology. 2006; 49 (3): 492)

CISTECTOMÍA VAGINAL: Extirpación de un quiste ubicado en una de las paredes de la vagina.

CISTISTAXIS (gr,kistis: Vejiga y staxis del gr,stadsein: Fluir gota a gota): Sangrado escaso proveniente de la vejiga. Se produce luego de cateterismo vesical, traumas quirúrgicos, lesiones de la mucosa, etc. Cuando el sangrado es abundante toma el nombre de cistorragia.

CISTITIS INTERSTICIAL: Es una condición inflamatoria crónica de la vejiga de etiología desconocida. Se presenta en cualquier edad, raza o género, sin embargo afecta de manera predominante a las mujeres en edad reproductiva. Se presenta con síntomas urinarios como frecuencia, urgencia o dolor miccional. Se considera diagnóstico en el 35 – 85% de las pacientes con Dolor Pélvico Crónico. Los criterios diagnósticos incluyen síntomas urinarios irritativos, ausencia de evidencia objetiva de otra condición que cause los síntomas y hallazgos cistoscópicos de glomerulaciones y disminución de la capacidad vesical. El diagnóstico se confirma con cistouretroscopia pero se pueden realizar tests de sensibilidad vesical con cloruro de potasio, que consiste en el instilación de 40 ml de cloruro de potasio intravesical y la evaluación de exacerbación de la sintomatología. El tratamiento se realiza con terapia farmacológica que incluye polisulfato de sodio, antidepresivos, antiinflamatorios, antiespasmódicos, antihistamínicos y analgésicos vesicales. (Howard, F. Chronic Pelvic Pain. Clinical Gynecologic Series: an expert´s view. 2003; 101: 594 – 608)

CISTITIS: Es la inflamación superficial de la mucosa vesical. Se caracteriza por la presencia de síntomas urinarios como disuria, polaquiuria, urgencia urinaria, nicturia, molestias suprapúbicas, pujo y tenesmo vesical. El diagnóstico se realiza con un urocultivo positivo con más de 100000 unidades formadoras de colonia de un solo microorganismo en una muestra de orina adecuadamente recolectada. El tratamiento se puede realizar con Ampicilina, Cefalosporinas de primera generación, Nitrofurantoína durante 3 a 7 días. Posterior al tratamiento se debe realizar un urocultivo de control; si

este resulta positivo se debe realizar tratamiento de acuerdo al reporte del antibiograma, si el resultado es negativo se deben realizar controles mensuales con urocultivo. (Vasquez, J. VillarJ. Treatment for symptomatic urinary tract infections during pregnancy. The Cochrane Library. 2005; 4: 34-41)

CISTOADENOMA APOCRINO: Corresponde a un tumor benigno de las glándulas sudoríparas apocrinas, conocido como hidrocistoma apocrino. El tumor se origina de la porción secretora de las glándulas apocrinas. Clínicamente se presenta como una lesión única, pequeña, de aspecto quístico, traslúcida o azulada, localizada usualmente en cara, aunque se puede presentar en cuero cabelludo, pabellón auricular, tronco y genitales. El diagnóstico se realiza con histopatología que documenta una lesión con cavidad quística localizada dentro de la dermis, con proyección papilares parietales en su interior; la pared quística está recubierta por una capa de células que muestran secreción por decapitación. En la periferia del tumor se disponen células mioepiteliales. El tratamiento consiste en resección quiúrgica completa de la lesión. (Hassan MO, Khan MA, Kruse TV. Apocrine Cystadenoma. Arch Dermatol. 2000; 115:195-200)

CISTOCELE: Corresponde a la protrusión o hernia de la vejiga que se presenta hacia la apertura vaginal. Se presenta como consecuencia de la capacidad el piso pélvico para sostener las estructuras, secundario a factores como partos vaginales múltiples, partos intrumentados con fórceps, desgarros perineales durante el parto, tos crónica, estreñimiento crónico y debilitamiento muscular por hipoestrogenismo relacionado con la edad. La debilidad de la pared muscular puede generar escape de orina cuando se presenta incremento de la presión intraabdominal, usualmente asociado con las maniobras de valsalva. Los síntomas incluyen incontinencia urinaria de esfuerzo, tenesmo vesical, dolor o presión en la pelvis, infecciones urinarios a repetición, sensación de masa a nivel vaginal. El tratamiento depende de la severidad de los síntomas; en los casos leves, los ejercicios perineales de Kegel son suficientes y en los casos severos se puede realizar intervención quirúrgica con cistopexia suprapúbica o colporrafia anterior. (Iklé. Käser. Hirsch. Atlas de Cirugía Ginecológica. Cirugía vaginal en prolapsos

pélvicos. Primera edición. Madrid, España. Marbán Libros, S, L. 2000. 256-287)// 2. Corresponde al prolapso de la vejiga secundario a un debilitamiento de la pared entre la vejiga y la vagina, generando de esta forma, protrusión de la vejiga a través de la vagina. El cistocele se ha clasificado en tres grados de severidad: Grado 1 o leve, cuando la vejiga baja un poco por la vagina, sin alcanzar el introito vaginal; Grado 2 o moderado, cuando la protrusión llega hasta el introito vaginal; Grado 3 o severo, cuando la vejiga sobresale y sobrepasa el introito vaginal. Clínicamente se manifiesta por sensación de masa a nivel vaginal asociado a síntomas de incontinencia urinaria, dispareunia, infección urinaria recurrente. La edad promedio de presentación es 44 años con rangos descritos de 18 a 42 años. Los factores de riesgo incluyen edad avanzada, multiparidad, obesidad, tabaquismo, raza, antecedente de histerectomía, antecedente de corrección de defectos de la pared anterior. El diagnóstico es clínico y el tratamiento incluye medidas no farmacológicas como ejercicios perineales y técnica quirúrgica, colporrafia anterior. (Swift, SE. The distribution of pelvic organ support in a population of female subjects seen for routine gynecologic health care. Am J Obstet Gynecol 2006; 183:277)

CISTOGRAFÍA: Es una técnica radiológica que consiste en introducir medio de contraste en la vejiga a través de una sonda vesical, con el objetivo de evaluar la función vesical. El procedimiento consiste en tres fases: 1) Fase de llenado: para evaluar la continencia de los orificios uretrales a la llegada del contraste a la vejiga; de esta manera se puede detectar “reflujo” que sugiere que los orificios permanecen abiertos en reposo. Se realiza empleando una secuencia rápida, de 3 a 6 imágenes por segundo, para evaluar el peristaltismo uretral. 2) Fase miccional: se realiza con secuencia rápida de 3 a 6 imágenes por segundo para evaluar el tránsito uretral, la función uretral y el drenaje vesical. En esta fase se puede detectar relación incompleta o espasmo del esfínter. 3) Fase post-miccional: se realiza ampliación de imágenes de la mucosa para detectar signos de cistitis. Dentro de las complicaciones del procedimiento se encuentran infección del tracto urinario inferior, estenosis uretral secundario a trauma en la inserción

de la sonda y divertículos uretrales por creación de falsa vía. (Chand, DH, Rhoades, T, Poe, SA, et al. Incidence and severity of vesicoureteral reflux in children related to age, gender, race and diagnosis. J Urol 2006; 170:1548)

CISTOMETRÍA: Es una prueba que se realiza para medir la presión en el interior de la vejiga, de tal forma que se evalúa la presión intravesical en relación con el volumen de líquido intravesical (orina). Esta prueba permite evaluar la actividad del detrusor, la sensibilidad y capacidad de contracción y relajación de la pared vesical en reposo y en relación con estímulos, permitiendo evaluar trastornos que afecten su funcionamiento y generen incontinencia urinaria. La técnica incluye: vaciamiento de la vejiga y medición de la cantidad total de orina, medición de la presión intravesical a través de un catéter en la vejiga, infusión de pequeñas cantidades de agua estéril a través del catéter, registro del momento de sensación de miccional, realización de maniobras de valsalva con vejiga llena y finalmente retiro de la sonda y eliminación del contenido vesical. La prueba está indicada para evaluación de pacientes con incontinencia urinaria, espasmo vesical o valoración de la función vesical previo a cirugía vesical. (Chand, DH, Rhoades, T, Poe, SA, et al. Incidence and severity of vesicoureteral reflux in children related to age, gender, race and diagnosis. J Urol 2006; 170:1548)

CISTOPEXIA: Corresponde al procedimiento de suspensión o fijación de la vejiga. Este procedimiento se emplea para el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo. La técnica incluye procedimiento retro-púbicos o supra-supúbicos como la cistopexia tipo Burch, la colocación de mallas de material sintético, o suspensión por vía vaginal como el procedimiento de Pereyra. La cistopexia tiene como objetivo principal la suspensión del cuello vesical para recuperar el ángulo uretro-vesical y lograr continencia urinaria durante esfuerzos o maniobras de valsalva. Los eventos más sobresalientes de la cirugía para incontinencia han sido: En 1908 Fothrerhill utiliza la colporrafia anterior para corregir la incontinencia. En 1949 Marshal-Marchetti y Krantz (MMK), introducen la cistopexia abdominal, con fijacióna de los puntos desde el paracolpo mde cada lado y los fija cerca de la sínfisis. En 1959 Pereyra introduce la cistopexia con una aguja diseñada por él. En 1961 Burch modifica la técnica de MMK y fija los ´puntos al ligamento

de Cooper. En 1973 Stamey introduce la cistoscopia para prevenir o diagnosticar las lesiones vesicales cuando se hace cirugía como de la de Pereyra. En 1980 Tanagho introduce la técnica de elevación de la uretra (esta técnica tuvo poca acogida pues producía retención urinaria). En 1982 Politano introduce las inyección de teflón para elevar el ángulo uretro-vesical.En las postrimerías del siglo XX se introducen las mallas para hacer ua hamaca a la uretra proximal.(Harris, SS, Link, CL, Tennstedt, SL, et al. Care seeking and treatment for urinary incontinence in a diverse population. J Urol 2007; 177:680).

CISYTOPEXIA DE BURCH: Corresponde a un procedimiento quirúrgico empleado para el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo. El procedimiento consiste en fijar la fascia endopélvica (paracolpos) al ligamento de Cooper en forma bilateral. De esta manera se crea un mecanismo de suspensión de la uretra que permite recuperar el ángulo vesico-uretral para evitar la pérdida involuntaria de orina asociada a esfuerzos. De acuerdo al análisis y comparación de las diversas técnicas quirúrgicas empleadas para el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo se considera que la cirugía de Burch o cistopexia suprapúbica es la técnica de elección cuando se acompaña de relajación anatómica mínima de la uretra y de la unión uretrovesical. Debe su nombre al Dr. John Christopher Burch (1900-1977), profesor e ginecología de la Universidad de Vanderbilt, quien la diseñó**.** (Burch JC. Urethrovaginal fixation to Cooper's ligament for correction of stress incontinence, cystocele, and prolapse. Am J Obstet Gynecol. 1961;81:281–290 // 2-Harris, SS, Link, CL, Tennstedt, SL, et al. Care seeking and treatment for urinary incontinence in a diverse population. J Urol 2007; 177:680// Juan Carlos Avilez Cevasco,Esther Silvia Rodríguez Colorado,Laura Escobar del Barco,Carlos Ramírez Isarraraz. Operación de Burch: experiencia a 45 años de historia Ginecol Obstet Mex 2007;75: Volumen 75, Núm. 3, marzo, 155-63

CISTOPEXIA DE KELLY ó de KELLY-STOECKELL: Plicatura de la vagina a nivel del cuello vesical que se fija a cada lado por la cara posterior del

pubis lo más cerca posible de la cresta pectínea ,con el propósito de corregir por vía vaginal la incontinencia urinaria de esfuerzo. Fue diseñada en 1914 por el Dr.Howard Kelly 1858-1943): Profesor de ginecología de la Universidad de John Hopkins y pionero de la uroginecología.(Harris, SS, Link, CL, Tennstedt, SL, et al. Care seeking and treatment for urinary incontinence in a diverse population. J Urol 2007; 177:680)

CISTOPEXIA DE KELLY-KENNEDY

CISTOPEXIA DE PEREYRA: Técnica quirúrgica para elevar el ángulo uretro-vesical con el propósito de corregir la incontinencia urinaria de esfuerzo mediante la introducción de una aguja diseñada por este cirujano (aguja de Pereyra) a través del espacio de Retzius hasta el fornix derecho o izquierdo. Con la sutura que lleva la aguja se coloca un punto en el fondo de saco que se devuelve y se recupera en la región suprapúbica cerca del sitio donde había entrado. Este punto se tracciona y se fija en la aponeurosis del músculo recto. El procedimiento se repite del lado contralateral y se complementa con una colpoplastia anterior. (Guzman, F. Cirugia de incontinencia urinaria femenina. Revista Chilena de Urología. 2003; 68 (3): 267)

CISTOPEXIA DE STAMEY: pendiente buscar

CISTOPEXIA DE POWELL: pendiente buscar

CISTOPEXIA LAPAROSCÓPICA

CISTOPEXIA CON MALLA

CISTOPEXIA DE MARSHALL-MARCHETTI-KRANTZ (MMK): Corresponde a un procedimiento quirúrgico empleado para la corrección de la incontinencia urinaria. Es una técnica suprapúbica que permite la elevación del cuello de la vejiga. El procedimiento consiste en realizar puntos de sutura del tejido parauretral, de la mitad proximal de la uretra, al periostio de la sínfisis púbica. El procedimiento fue descrito por primera vez en 1986, con tasas de éxito a largo plazo del 70%. La principal complicación referida es la osteítis del pubis que se presenta el 0.3% al 5% de todos los

casos; adicionalmente se debe tener en cuenta que con este procedimiento no se logra corregir el cistocele si se presenta asociado a la condición de incontinencia. Debe su nombre a Victor Marshall, Andrew Marchetti y Kermit Krantz, cirujanos que describieron esta técnica en 1949. (Marshall VF, Marchetti AA, Krantz KE. The correction of stress incontinence by simple vesicourethral suspension. Surg Gynecol Obstet. 1949;88:509–518. // 2-Gonzalez, E. Staff, V. Ginecología Clínica. Prolapso genital. Segunda edición. Editorial Elsevier. Madrid, España. 2003. pp 300 – 348)

CISTOPEXIA DE TANAGHO: En 1976, Emil Tanagho propuso una variante de la técnica de Burch. Como observó que la colocación de suturas muy cerca de la uretra ocasionaba erosión de la musculatura esfinteriana, propuso que se ubicaran a 2 cm por fuera de la uretra media (el primer par) y a 2 cm por fuera del cuello vesical (el segundo par), con el fin de prevenir daño por este mecanismo de continencia. Esta modificación fue ampliamente adoptada por ginecólogos, urólogos y uroginecólogos. Hasta hoy la operación de Burch, con la modificación de Tanagho, se considera el patrón de referencia en la operación antiincontinencia, y es el parámetro contra el que se compara la eficacia de cualquier procedimiento de este tipo.Tanagho EA Colpocystourethropexy: the way we do it. J. Urol. 1978;116:751–753.// 2-Juan Carlos Avilez Cevasco,Esther Silvia Rodríguez Colorado,Laura Escobar del Barco,Carlos Ramírez Isarraraz. Operación de Burch: experiencia a 45 años de historia Ginecol Obstet Mex 2007;75: Volumen 75, Núm. 3, marzo, 155-63

CISTORRAGIA: (gr,kistis: vejiga y gr,regnýnai: romper): Hemorragia abundante proveniente de la vejiga. Es consecuencia de traumas disgnósticos o quirúrgicos de la vejiga, lesiones de la mucosa, etc. Cuando el sangrado es escaso se llama cististaxis. . .

CISTORREA: Salida de moco o material purulento en moderada o abundante cantidad, proveniente de la vejiga.

CISTOSCOPIA: Es un procedimiento que consiste en la introducción de un endoscopio flexible de fibra óptica, conectado a una lente de luz, en la vejiga, a través de la uretra. Las imágenes se observan a través de un monitor y se registran en una cinta de video para su evaluación posterior. El procedimiento se emplea para evaluar bajo visión directa, la mucosa de vejiga y uretra y detectar anomalías del tracto urinario inferior que pueden pasar desapercibidos con otras ayudas diagnósticas. Existen dos tipos de cistoscopios: cistoscopios flexibles que se emplean para procedimientos diagnósticos, principalmente en hombres; cistoscopios rígidos que se emplean cuando es necesario realizar procedimientos como toma de biopsias o inserción de stents. La cistoscopia se indica en casos de infección urinaria recurrente, hematuria, incontinencia urinaria, retención urinaria o dificultades en el proceso de micción, sospecha de compromiso uretral o vesical en casos de cáncer ginecológico, trauma del tracto urinario o como guía intraoperatoria. (Gilmour, DT, Das, S, Flowerdew, G. Rates of urinary tract injury from gynecologic surgery and the role of intraoperative cystoscopy. Obstet Gynecol 2006; 107:1366)

CISTOSTOMÍA: Abertura quirúrgica de la vejiga en forma de boca con el fín de proporcionar drenaje de la orina de manera temporal o permanente. Se realiza mediante incisión suprapúbica y colocación de catéter de Folley conectado a una bolsa cystofló. (Gilmour, DT, Das, S, Flowerdew, G. Rates of urinary tract injury from gynecologic surgery and the role of intraoperative cystoscopy. Obstet Gynecol 2006; 107:1366)

CISTOTOMÍA: Incisión de la vejiga para realizar un procedimiento quirúrgico y cierre inmediato de la herida quirúrgica en el mismo acto operatprio mediante rafia.

CISTOURETROCELE: Es la protrusión de la vejiga y la uretra a través de la cara anteroinferior de la mucosa vaginal, casi siempre como consecuencia tardía de los grandes esfuerzos y lesiones músculo-tendinosas que debilitan el diafragma pélvico en los partos repetidos. Es muy raro que ocurra en nulíparas en quienes la causa con frecuencia es la hiper-elasticidad ligamentaria. (Gilmour, DT, Das, S, Flowerdew, G. Rates

of urinary tract injury from gynecologic surgery and the role of intraoperative cystoscopy. Obstet Gynecol 2006; 107:1366)

CISTOURETRO-HISTERORECTOCELE: Es la protrusión de la vejiga,la uretra, el útero y el recto, casi siempre como consecuencia tardía de los grandes esfuerzos y lesiones músculo-tendinosas que debilitan el diafragma pélvico en los partos repetidos. Es muy raro que ocurra en nulíparas en quienes la causa con frecuencia es la hiper-elasticidad ligamentaria. (Gilmour, DT, Das, S, Flowerdew, G. Rates of urinary tract injury from gynecologic surgery and the role of intraoperative cystoscopy. Obstet Gynecol 2006; 107:1366)

CISTOURETROPEXIA: Es una cirugía que combina la elevación de la vejiga y de la uretra, en pacientes con incontinencia urinaria de esfuerzo, para corregir el ángulo uretro-vesical que se ha perdido como consecuencia de desgarros o relajación del piso pélvico.

CISTOURETRO-RECTOCELE: Es la protrusión de la vejiga,la uretra y el recto a través de las caras anterior y posterior de la mucosa vaginal, casi siempre como consecuencia tardía de los grandes esfuerzos y lesiones músculo-tendinosas que debilitan el diafragma pélvico en los partos repetidos. Es muy raro que ocurra en nulíparas en quienes la causa con frecuencia es la hiper-elasticidad ligamentaria. (Gilmour, DT, Das, S, Flowerdew, G. Rates of urinary tract injury from gynecologic surgery and the role of intraoperative cystoscopy. Obstet Gynecol 2006; 107:1366)

CISTOURETROSCOPIA: Es un procedimiento endoscópico que consiste en la introducción de un endoscopio de fibra óptica para la evaluación del tracto urinario inferior: uretra y vejiga. Las imágenes se observan a través de un monitor y se registran en una cinta de video para evaluación posterior. El procedimiento permite evaluar bajo visión directa y en imágenes magnificadas, la mucosa de uretra y vejiga para evaluación completa del tracto urinario inferior. La técnica consiste en asepsia del área genital, inserción del cistoscopio a través de la uretra, infusión de solución salina hasta llenar la vejiga y evaluación directa de la mucosa y la pared vesical a medida que se logra distensión de vejiga; si se documentan

alteraciones es posible tomar una biopsia para enviar a estudio histopatológico. (Gilmour, DT, Das, S, Flowerdew, G. Rates of urinary tract injury from gynecologic surgery and the role of intraoperative cystoscopy. Obstet Gynecol 2006; 107:1366)

CITOGENÉTICA: Estudio de la relación existente entre el aspecto microscópico de los cromosomas y el modo de conducirse durante la división celular y con la manifestación fenotípica a partir del genotipo. (Benaiges, R. Citogenética en la valoración dismórfica. BSCP Can Ped. 2004; 28 (2): 195)

CITOLOGÍA DEL CÉRVIX: Una citología es el frotis de una superficie corporal con un aplicador o un elemento similar con el propósito de capturar células desprendidas, llevarlas a una lámina de vidrio que se colorea y se observa al microscopio para buscar los cambios cromosómicos y nucleares propios de la malignidad. // Las principales citologías realizadas en ginecología son la de cérvix (antes llamada citología vaginal), la mamaria y la citología de los diafragmas y paredes de la cavidad peritoneal durante una laparotomía para cáncer. El principal objetivo de la citología de cérvix es el diagnóstico temprano de los cambios que preceden al cáncer. Las citologías de la cavidad peritoneal en una laparotomía buscan la presencia de metástasis de un tumor que se está operando. En la cirugía de seguimiento (de segunda mirada ó second look) que se hace varias semanas o meses después de operada por un cáncer, la citología de la cavidad peritoneal busca detectar células tumorales que persistieron después de la cirugía o que aparecieron de nuevo. Pese a su éxito, la citología tiene limitaciones importantes, siendo los falsos negativos la principal (cerca de la mitad de los frotis son falsos negativos); cerca de un tercio de ellos atribuibles a errores en su interpretación y dos tercios a la toma de muestra y preparación de la placa. En nuestro país aparentemente estos problemas serían de baja magnitud, existiendo una citología de buena calidad, siendo su problema principalmente la cobertura (ideal: 80% de la población susceptible, real: 64%). La terminología recomendada actualmente para reportar los resultados de la citología cervical -el sistema de Bethesda- considera la información referente a HPV como parte de los

criterios citológicos para definir los grados de lesión. Además, se ha creado una nueva categoría de lesiones borderline: células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASCUS). Estos cambios han resultado en un aumento proporcional de lesiones de bajo grado (LSIL), las que, combinadas con ASCUS dan cuenta de hasta el 30% de los frotis. En el seguimiento, la mayoría de estas anomalías regresan a normal, y en algunos casos constituyen lesiones de bajo grado persistentes o lesión intraepitelial escamosa de alto grado (HSIL) oculta (20% de las de bajo grado y 10% de las ASCUS). Existe gran debate sobre si el manejo de LSIL debiera ser conservador o intervencionista. El NIH está coordinando una serie grande para determinar si el test de HPV podría mejorar la detección de HSIL oculta entre mujeres con diagnóstico inicial de ASCUS o HSIL. // Si la infección por HPV es un precursor temprano de la neoplasia cervicouterina, ¿debiera usarse el test de HPV en el screening para cáncer cervicouterino? De acuerdo a la conclusión de paneles del consenso de la IARC y OMS existe bastante justificación para evaluar el test de HPV como adyuvante en el screening con frotis de papanicolaou en cáncer cervicouterino. Estudios recientes en población de alto riesgo han demostrado que la adición del test de HPV a la citología cervical en el screening aumenta la sensibilidad en la detección de NIE de alto grado y cáncer cervicouterino (Serman, Felipe. Cáncer cérvico-uterino: Epidemiología, historia natural y rol del virus papiloma humano: perspectivas en prevención y tratamiento. Rev. Chil. Obstet. Ginecol., 2002, vol.67, no.4, p.318-323. ISSN 0717-7526.)

CITOLOGÍA, CLASIFICACIÓN DE ACUERDO A LOS GRADOS DE NIC: Ver Neoplasia Intraepitelial Cervical

CITOLOGÍA, CLASIFICACIÓN DE BETHESDA: Ver Bethesda Clasificación.

CITOLOGÍA, CLASIFICACIÓN DE PAPANICOLAU: Esta clasificación propuesta por el ginecólogo francés George papanicolao, tuvo vigencia por muchos años, debido a su forma fácil de interpretación.

CITOMEGALOVIRUS (CMV)Grupo de virus que causan agrandamiento de las células de varios órganos. La infección del feto in útero puede producir ictericia, sordera para tonos altos, trastornos de la visión, malformaciones y muerte fetal.

CITORREDUCCIÓN: Hace referencia a la resección o extirpación de tejido. Es un procedimiento que se emplea principalmente en cirugía oncológica (especialmente cáncer de ovario), con el objetivo de realizar la máxima extirpación de células tumorales. El procedimiento se fundamenta en la disminución de la carga tumoral, que favorece el pasaje tumoral a etapas de mayor proliferación celular y por lo tanto mayor sensibilidad a la quimioterapia; eliminación de masas tumorales mal vascularizadas, con baja oxigenación y menor fase de crecimiento, donde la quimioterapia tiene acción limitada; remoción de grandes masas tumorales, llevando a un mejor estado de inmunocompetencia y mejoramiento de la función intestinal con disminución del catabolismo, mejoría del estado general y sobrevida. Existen tres categorías de citorreducción: Citoreducción completa, en la cual se realiza extirpación total de la masa tumoral luego de la primera cirugía; Citoreducción óptima, en la cual existe enfermedad residual menor de 1 a 1.5 cm de diámetro o enfermedad microscópica; Citoreducción subóptima, en la cual se encuentra enfermedad residual mayor de 1 a 1.5 cm de diámetro luego de la cirugía. (Rose P. Secondary surgical cytoreduction for advanced ovarian cancer.N Engl J Med. 2004 Dec 9;351(24):2489-97)

CITOTÓXICOS: Corresponde a sustancias que ejercen un efecto dañino a nivel celular con destrucción o alteración de las mismas. Estos agentes suprimen las funciones celulares, generando la muerte celular. También se pueden definir como aquellas sustancias capaces de inhibir o impedir la evolución de células neoplásicas, restringiendo la maduración y proliferación de células malignas, actuando sobre fases específicas del ciclo celular, lo cual estable actividad en cualquier célula que se encuentre en división. Son empleados principalmente para el tratamiento de células cancerosas o infectadas. El empleo de este tipo de fármacos se ha establecido principalmente para el tratamiento de enfermedades neoplásicas, usualmente como adyuvante al tratamiento quirúrgico o como

condición paliativa; sin embargo, el efecto del fármaco usualmente no es selectivo para las células tumorales, sino que afecta a todas las células del organismo generando efectos adversos múltiples. El empleo de estos agentes se inició en 1943 tras la observación de aplasias medulares en militares expuestos a gas mostaza durante la segunda guerra mundial, lo que generó el uso de mostazas nitrogenadas para el tratamiento de la enfermedad e Hodking. (Skov T, Maarup B, Olsen J et al. Leukaemia and reproductive outcome among nurses handling antineoplastic drugs. Br J lnd Med. 2002; 49:855-61)

CITOTROFOBLASTO: Hace referencia a la capa celular más interna del trofoblasto; junto con el sincitiotrofoblasto forman el corion embrionario. Su desarrollo comienza en la primera semana embrionario y continúa con el desarrollo de las vellosidades coriónicas. El citotrofoblasto se caracteriza por células da paredes y límites definidos, con núcleo único; se expande durante la tercera semana de gestación, durante el desarrollo de las vellosidades placentarias, hasta formar una capa por fuera del sincitiotrofoblasto, de tal manera que lo reviste y lo separa del endometrio. En el cuarto mes de gestación las células del citotrofoblasto van desapareciendo de la pared de la vellosidad, dando lugar a la formación de una capa coriónica o fetal llamada capa de Langhans. Finalmente, los depósitos de citotrofoblasto remanente forman la capa de Nitabuch. La principal función del citotrofoblasto en la síntesis de hormonas placentarias que incluyen hormonas proteicas como gonadotropina coriónica humana, somatotropina coriónica humana, tirotropina y corticotropina, así como hormonas esteroideas (estrógenos y progestágenos). (Chu, W, Fant, ME, Geraghty, DE, Hunt, JS. Soluble HLA-G in human placentas: synthesis in trophoblasts and interferon-gamma-activated macrophages but not placental fibroblasts. Hum Immunol 2006; 59:435)

CLAMIDIA: Es una bacteria gram-negativa perteneciente a la familia Chlamylaceae, orden Chlamydiales, filo Chlamydiae. La taxonomía y nomenclatura de este grupo de microorganismos es un tema controvertido sobre el cual no existe total acuerdo entre los expertos. De acuerdo a los estudios realizados, C. muridarum y C. suis. Clínicamente existen cuatro

especies patógenas para el ser humano: C. trachomatis, C. pneumoniae, C. psittaci, C. pecorum. Las dos primeras se consideran microorganismos propios de la especie humana y de transmisión infecto-contagiosa; las dos últimas son patógenos primarios de aves y mamíferos (ovejas, cabras, cerdos, koalas) y el hombre se infecta accidentalmente por contacto con animales infectados, es decir, transmisión zoonótica. Son parásitos intracelulares obligados de las células de los vertebrados, ya que no poseen la maquinaria necesaria para su replicación; por esta razón, usualmente escapan del sistema inmunológico. Su ciclo de desarrollo adquiere dos formas: el corpúsculo elemental y el corpúsculo reticulado o inicial, que representan la forma extracelular e intracelular, respectivamente. El crecimiento intracelular de la Chlamidia permite producir una infección crónica, al evitar la apoptosis o muerte celular programada de la célula infectada; este mecanismo de infección crónica explica la patogenia de algunas enfermedade como arterioesclerosis, tracoma y salpingitis. (Miller, WC. Screening for chlamydial infection: are we doing enough?. Lancet 2005; 365:456)

CLAMIDIASIS: Corresponde a la infección causada por la bacteria gram-negativa, Chlamydia. La Chlamydia trachomatis produce la mayor variedad de infecciones en hombre que incluye: infecciones oculares como el tracoma, conjuntivitis, neumonía intersticial del lactante; infecciones de transmisión sexual como uretritis no gonocóccica y linfogranuloma venéreo. La Chlamydia psittaci produce la ornitosis o psitacosis. La Chlamydia pneumonie produce faringitis, otitis media, neumonía atípica y se considera que contribuye en la formación de las placas ateroscleróticas; sin embargo, en el 90% de los casos, la infección es subclínica. Usualmente la clamidiasis representa la infección de transmisión sexual causada por Chlamydia trachomatis, que corresponde a la enfermedad de transmisión sexual más común. En la mujer, sólo el 30% de las pacientes presentan sintomatología que incluye flujo vaginal fétido, dolor pélvico, dispareunia y en ocasiones disuria; en el hombre la infección genera secreción uretral o rectal, disuria, epididimitis, orquitis, aunque hasta el 25% de los casos son asintomáticos. La enfermedad no tratada genera enfermedad pélvica

inflamatoria que compromete las trompas de Falopio, genera adherencias, relación con infertilidad y mayor riesgo de embarazo ectópico. El tratamiento se realiza con antibióticos tipo tetraciclina, azitromicina, eritromicina o doxiciclina. El tratamiento mas empleado es la doxiciclina 100 mg via oral cada 12 horas durante 10 a 14 días. (Miller, WC. Screening for chlamydial infection: are we doing enough?. Lancet 2005; 365:456)

CLAMP VAGINAL: Pinza quirúrgica diseñada en ángulo recto para facilitar la manipulación de estructuras del canal vaginal

CLEIDOTOMIA: Consiste en cortar la clavícula fetal con tijeras u otro instrumento filoso, para lograr la desimpactación del hombro en casos de distocia de hombros, en un feto muerto. Por obvias razones no es un procedimiento para un feto vivo (Cunningham, FG. Gant, NF. Leven, K. Gilstrap, L. Hauth., J. Wenstrom K. Distocia: Presentación, Posición y Desarrollo Anormales del feto. Williams Obstetricia. 21° edición. Montevideo, Uruguay: Editorial Panamericana. 2001: 390 - 402)

CLEISIS VAGINAL: Ver colpocleisis.

CLEISIS ANAL: Estrechamiento adquirido del ano como consecuencia de enfermedades tumorales o procedimientos quirúrgicos, como la rafia o la plastia tardía del esfínter por desgarro grado IV producido por un parto distócico. (Hirsh, A. Käser, O. Atlas de Cirugía Ginecológica. Editorial Marbán Libros. Madrid, España. 2000. pp 32-46)

CLIMATÉRICO: Relacionado con el climaterio

CLIMATERIO FEMENINO: Corresponde al periodo de la vida de la mujer en el cual se presenta disminución de la función reproductiva hasta su desaparición. En la mujer el climaterio incluye tres etapas: la pre-menopausia que se presenta entre los 40 y 45 años, la peri-menopausia que se presenta entre los 45 y 51 años y la post-menopausia que se presenta entre los 51 y los 65 años. En la etapa de la peri-menopausia se presenta la menopausia o última menstruación; se considera que la mujer llega a la menopausia cuando no presenta sangrado menstrual por lo menos durante un año. Las manifestaciones clínicas son individuales y la

rapidez con que se presentan se encuentra en relación directa con la supresión hormonal. Los síntomas incluyen trastornos en la menstruación (cantidad, duración, ciclicidad), bochornos, sudoración, irritabilidad, depresión, atrofia vaginal, caída del vello púbico, dispareunia, disminución de tamaño de glándulas mamarias, y en forma tardía, alteraciones osteo-musculares, hipertensión arterial, insuficiencia vascular periférica, alteraciones en piel y disminución de la agudeza visual. Con la disminución en la producción estrogénica se altera la capacidad reproductiva y el metabolismo de diferentes órganos como corazón, pulmón, piel y cerebro, entre otros; de tal manera que el climaterio representa un factor de riesgo importante para enfermedad cardiovascular. El tratamiento es multidisciplinario con participación de psicología, nutrición, cardiología, neurología y ginecología. (Position statement. Estrogen and progestogen use in peri- and postmenopausal women: March 2007 position statement of The North American Menopause Society. Menopause 2007; 14:168)

CLIMATERIO MASCULINO: Corresponde al periodo de la vida en el hombre en el que se presenta disminución de la función reproductiva. En el hombre esta etapa de transición es más tardía y menos ostensible que en la mujer. A diferencia de la mujer, el hombre no experimenta una rápida declinación de la función testicular ni una irreversible interrupción de su capacidad reproductiva; de tal manera que el climaterio está representado por una disminución en los niveles de testosterona. Los síntomas incluyen insomnio, depresión, ansiedad, irritabilidad, libido reducida, sudoración, dolor muscular, deterioro óseo y problemas cardiovasculares. El tratamiento es multidisciplinario con participación de psicología, nutrición, cardiología, neurología y urología. (Araujo, AB, O'Donnell, AB, Brambilla, DJ, et al. Prevalence and incidence of androgen deficiency in middle-aged and older men: estimates from the Massachusetts Male Aging Study. J Clin Endocrinol Metab 2004; 89:5920)

CLIMATERIO: Corresponde al periodo de la vida en el cual se presenta disminución de la función reproductiva hasta su desaparición. Esta etapa se presenta tanto en mujeres como en hombres, y se conoce como Climaterio femenino y Climaterio masculino. El proceso acompaña el proceso normal

de envejecimiento con disminución de la función ovárica y testicular y por lo tanto, disminución de la síntesis hormonal de estrógenos (en la mujer) y testosterona (en el hombre). (Position statement. Estrogen and progestogen use in peri- and postmenopausal women: March 2007 position statement of The North American Menopause Society. Menopause 2007; 14:168)

CLITORIDAUXA: Ver Clitoromegalia.

CLITORIDECTOMÍA: Extirpación quirúrgica del clítoris. Generalmente se realiza cuando tiene una lesión neoplásica maligna. (Hirsh, A. Käser, O. Atlas de Cirugía Ginecológica. Editorial Marbán Libros. Madrid, España. 2000. pp 32-46)

CLITORÍDEO: Relativo o perteneciente al clítoris.

CLITORIDITIS: Inflamación del clítoris.

CLITORIDOTOMÍA: Sección quirúrgica al cuerpo del clítoris y sutura inmediata de la misma. (Hirsh, A. Käser, O. Atlas de Cirugía Ginecológica. Editorial Marbán Libros. Madrid, España. 2000. pp 32-46)

CLÍTORIS: (Etimología: La raíz griega más probable que da origen a esta palabra es Kleitorís, utilizada también para bautizar dos plantas venenosas de Panamá y Brasil: la Clitoria arborescens y la Clitoria glycinoides. Kleitorís viene de Kleieia: cerrar, pero existe la posibilidad de que se origine de Klitós: inclinado, por la posición permanente de este órgano. **1.** Diosa de la mitología griega, tan extraordinariamente hermosa y diminuta que el dios Júpiter (Zeus) tuvo que transformarse en hormiga para conseguir su amor. // **2.** Es un órgano eréctil, muy vasculirizado e inervado. Se localiza en el extremo superior de la vulva; está compuesto por un cuerpo que termina en un glande, un capuchón y dos raíces. El cuerpo se dirige hacia abajo del vestíbulo vaginal; está rodeado por una cápsula de tejido conjuntivo llamada fascia clitorídea y rodeado por el capuchón, formado por la unión en la línea media de los labios menores. El glande es la porción terminal del cuerpo clitorídeo y usualmente se encuentra descubierto aunque en el 25 – 30% de las mujeres, el glande se encuentra

recubierto por el capuchón. Se encuentra suspendido por el ligamento suspensorio del clítoris que se extiende desde el monte de venus hasta el cuerpo del clítoris. // **3.** Es un órgano sexual, compuesto por tejido eréctil que se ensancha con el estímulo táctil pero no aumenta significativamente de tamaño. El clítoris está irrigado por las arterias dorsal del clítoris y cavernosa, rama de la arteria pudenda interna; la inervación corresponde a ramas del nervio pudendo. // **4.** El clítoris representa el pene masculino por lo cual se le ha dado el nombre latino de Membrum muliebre o Coles foeminarum. (Moore, K. Anatomía con orientación clínica. El periné. Tercera edición. Winnipeg, Canadá. Editorial Panamericana. 1993. 311-336 / Alarcón, MA. Anatomía Clínica de la Vagina. Anatomía Clínica del aparato genital femenino. Primera edición. Bogotá, Colombia. Editorial Manual Moderno. 2005. 181-208)

CLITORISMO: Tiene tres significados diferentes: a-Hipertrofia del clítoris ó clitoromegalia b- Erección prolongada y dolorosa del clítoris que la hace homóloga al priapismo masculino c-Ninfomanía o deseo sexual exagerado en la mujer. (Gómez, I. Chalela, J. Vulvodinia: Clasificación, etiología, diagnóstico y manejo. Revista Colombiana de Ginecología y Obstetricia. 2007; 58 (3): 222 – 231)

CLITORODINIA: Hace referencia al dolor localizado a nivel del clítoris, usualmente secundario a congestión clitorídea. De acuerdo a la Sociedad Internacional del estudio de la enfermedad vulvar, la clitorodinia, es una forma de vulvodinia localizada. Representa un problema difícil de resolver tanto para la paciente como para el profesional médico. La prevalencia real de la clitorodinia se desconoce, sin embargo, se ha estimado, que puede llegar hasta el 15% de la población general cuando se realiza búsqueda activa en las pacientes que consultan por otras razones. Se ha establecido que la prevalencia es igual en mujeres de raza blanca y raza negra; adicionalmente, se estable que las mujeres hispanas tienen 80% mas posibilidades de presentar clitorodinia y vulvodinia crónica. La clitorodinia puede ser de tres tipos: provocada (por estímulos dolorosos sexuales, sexuales o ambos), no provocada (ausencia de estímulos dolorosos) o mixta. La etiología es multifactorial y existen varias teorías que incluyen que

alteraciones embriológicas, factores inmunes o genéticos, infección por VPH o cándida, factores hormonales, procesos inflamatorios o neuropatía. El diagnóstico es clínico y siempre se debe descartar etiología infecciosa asociada. Las opciones terapéuticas incluyen medidas generales para el manejo de alteraciones psicológicas, antidepresivos, anticonvulsivantes, terapia física, infiltraciones locales y manejo quirúrgico. (Gómez, I. Chalela, J. Vulvodinia: Clasificación, etiología, diagnóstico y manejo. Revista Colombiana de Ginecología y Obstetricia. 2007; 58 (3): 222 – 231)

CLITORODOTOMÍA: Hace referencia al corte o incisión a nivel del clítoris. De acuerdo a la literatura antigua, este procedimiento correspondía a la llamada circuncisión femenina; la razón de la realización de este procedimiento de acuerdo a la creencia antigua, es que cuando la niña entra en a la adolescencia, la presencia del clítoris la predispone a mayor excitación sexual, de tal manera que era necesario realizar el corte del clítoris antes de la pubertad, para garantizar que la niña siguiera siendo virgen. (Doria, P. Ayaan Hirsi Ali, sua fé e sua circuncisão. Um pouco do mundo. 2008: 17: 171)

CLITOROMEGALIA ó CLITORIDAUXA: Aumento del volumen cuerpo del clítoris más de 2 cm en reposo. (Gómez, I. Chalela, J. Vulvodinia: Clasificación, etiología, diagnóstico y manejo. Revista Colombiana de Ginecología y Obstetricia. 2007; 58 (3): 222 – 231)

CLOACA: Es la porción final del intestino grueso de las aves de las aves y otros animales, donde desemboca el conducto genital y a donde llegan la orina y la materia fecal. Puesto que es ellí donde el ave macho deposita el semen ,se compara la vagina femenina con una cloaca en los casos en que hay una fístula grande que permite la presencia de materia fecal de manera frecuente. (Alarcón, M. Anatomia Clínica del aparato genital femenino. Anatomía clínica del perine. Primera edición. Editorial Manual Moderno. Bogotá, Colombia. 2005. pp 318)

CLOACAL,FISTULA RECTOVAGINAL: Comunicación anormal entre la vagina y el recto. Cuando esta comunicación fistulosa es de gran tamaño, la

vagina está permanentemente contaminada con materia fecal, que ofrece el aspecto de la cloaca de laa aves. Ver Cloaca.

CLOASMA DEL EMBARAZO: Hiperpigmentación de la piel de la cara en la cual aparecen manchas de color amarillo terroso durante el periodo gestacional y que pueden permanecer por varios años después del parto. Puede aparecer cloasma en algunas afecciones hepáticas,enfermedades caquectizantes ,etc. Para algunos autores el cloasma y el melasma son sinónimos,para otros el melasma es un cloasma que aparece en la cara pero sin relacionarse con el embarazo. (Vasquez, B. Piel y embarazo. MedUnab. 2005; 5 (14): 83)

CLOMIFENO: Corresponde a un fármaco empleado para la inducción de la ovulación. Forma parte de un grupo de medicamentos conocidos como estimulantes ovulatorios. Su mecanismo de acción incluye actividad antiestrogénica, bloqueando el eje hipotálamo-hipófisis-ovario; teniendo en cuenta que el receptor estrogénico se encuentra bloqueado por el medicamento, se genera un feedback positivo a nivel hipofisiario con mayor producción de FSH, que genera reclutamiento y desarrollo folicular. El medicamento está indicado para el tratamiento de la disfunción ovárica, que incluye pacientes con anovulación, oligo-ovulación, fase lútea defectuosa o falla en técnicas de reproducción asistida. La dosis es 50 a 100 mg vía oral por dìa, durante cinco días, empezando el día 5 del ciclo; el día 11 del ciclo se adiciona Hormona Luteinizante (LH). Se realiza seguimiento ultrasonográfico y estradiol en el día 13 del ciclo; se considera que la paciente tiene un folículo maduro o pre-ovulatorio cuando el diámetro folicular se encuentra entre 18 y 25 mm con niveles sanguíneos de estradiol > 200 mg/dl. En este momento se realiza la aspiración folicular, si se está realizando reproducción asistida, o se indica el coito programado de acuerdo al càlculo de ovulación. La tasa de embarazo empleando el clomifeno se encuentra entre 50% y 60% con tasas de embarazos múltiples entre el 7% y al 10%. (Kettel, LM, Roseff, SJ, Berga, SL, et al. Hypothalamic-pituitary-ovarian response to clomiphene citrate in women with polycystic ovary syndrome. Fertil Steril 2007; 59:532)

COAGULACIÓN CON LASER: La coagulación del tejido con laser tiene un mayor significado que el de sólo lograr hemostasia. El laser puede destruir las células por desnaturalización proteínica sin vaporizarlas, esto es similar a cómo la clara de huevo se pone blanca cuando se coagula con el calor. La coagulación profunda puede a veces ser deseable, como cuando se trata de tumores vesicales. El laser de ND:YAG tiene la mayor capacidad de coagulación profunda seguido por el argón. La hemostasia o cauterización se logra por sellamiento de los extremos de los capilares o vasos sanguíneos con el calor secundario al corte de vaporización. Cuanto mayor es el flujo sanguíneo por un vaso, tanto más actúa este como sitio de enfriamiento y mayor la dificultad para lograr hemostasia. La aplicación de presión para disminuir el flujo, ayuda a lograr una mejor hemostasia cuando es posible. (Hirsh, A. Käser, O. Atlas de cirugía ginecológica. Laparoscopia e histeroscopia. Editorial Marbán Libros. Madrid, España. 2000. pp 32-46)

COAGULACIÓN FRÍA: Consiste en una técnica empleada para el tratamiento de las lesiones premalignas del cervix, en la cual se realiza destrucción por congelación del epitelio atípico mediante el uso de dióxido de carbono o de óxido nitroso. El procedimiento consiste en una coagulación a una temperatura inferior a -100°C. Es un procedimiento rápido, indoloro, con pocos efectos colaterales e igual eficacia que la electrocauterización. (Shinglenton HM,Fowler WC,Jordan JA,Lawrence WD. Gynecologic oncology. Current diagnosis and treatment. W Saunders,London.1996 p. 46)

COAGULACIÓN INTRAVASCULAR DISEMINADA: Consiste en un trastorno caracterizado por activación del sistema procoagulante y fribrinolítico que sobrepasa los mecanismos de autocontrol y regulación, llevando a un daño orgánico múltiple o falla orgánica multisistémica. El mecanismo de coagulación activado desencadena la formación de fibrina, con oclusión trombótica de vasos de mediano y pequeño calibre, comprometiendo un adecuado aporte de sangre a los diferentes órganos vitales, que unido a alteraciones metabólicas y hemodinámicas contribuye a la falla multiorgánica. Se acompaña también de deplesión plaquetaria y de factores de coagulación. Dentro de las entidades relacionada con el

desarrollo de CID se encuentran: sepsis, trauma, accidentes obstétricos (embolia de líquido amniótico, abrupcio de placenta, obito fetal, aborto septico), hemólisis microangiopática, neoplasias hematológicas, trastornos vasculares, quemaduras, enfermedad hepática aguda, reacciones transfusionales. (Bair, J. Intravascular coagulation. NEJM. 2001; 344 (10): 699)

COALESCENCIA DE LOS LABIOS MENORES: Corresponde a una alteración morfológica de los genitales externos femeninos que se caracteriza por la desparición parcial de la hendidura vulvar, generando unión de los labios menores a nivel del clítoris en la línea media. Se conoce con diversas denominaciones como fusión labial o coalescencia vulvar. La incidencia es de 1 por cada 100; afecta principalmente a niñas menores de 2 años de edad y su incidencia va descendiendo a medida que aumenta la edad. Dentro de las causas se encuentra la carencia relativa de estrógenos en la primera infancia, razón por la cual la patología no se presenta en recien nacidas ya que en esta epoca la paciente presenta niveles elevados de estrógenos maternos circulantes; esta teoría es la mas aceptada, ya que en muchos casos se presentan “curaciones espontáneas” cuando se elevan los niveles de estrógenos en sangre antes de la menaquia. Usualmente la condición es asintomática aunque puede generar dificultades para la micción. El diagnóstico es clínico y el tratamiento consiste en la aplicación tópica de estrógenos hasta lograr la separación; no se recomienda la separación manual o quirúrgica. (Bacon JL. Prepuberal labial adhesions: evaluation of a referral population. Am J Obstet Gynecol 2002; 187 (2): 327-332)

COBALTOTERAPIA: Es una técnica que consiste en la aplicación de radiación emitida por el isótopo cobalto60 para el tratamiento o como parte de terapia paliativa en casos de neoplasias malignas avanzadas. Puede ser empleada como terapia primaria o como complemento de cirugía o quimioterapia. La fuente de Cobalto60 se obtiene mediante el bombardeo de cobalto59 con un flujo de neutrones en un reactor nuclear; en cada desintegración aparece aparece un núcleo residual Ni60 en estado excitado y una partícula beta que es absorbida por la misma fuente. El Ni60 se

desexcita y emite dos partículas gamma que son las que se emplean para la destrucción del núcleo de las células con transformación neoplásica. (M. Ribas Morales. IV curso sobre Física de las Radiaciones aplicadas a la Radioterapia clínica. “Fuentes y equipos generadores de radiaciones” pag. 25-49)

CÓCCIX: Estructura ósea formada por cuatro, ocasionalmente por 3 ó 5, vértebras coccígeas situadas a continuación del sacro. La segunda, tercera y cuarta están generalmente fusionadas en un solo hueso que se articula con el primero mediante un fibrocartílago. Todo el cóccix puede osificarse y fusionarse con el sacro. El cóccix es una terminación ósea sin importancia aparente. Sin embargo sirve de inserción a los fascículos del elevador del ano y al músculo coccígeo que contribuyen a formar el piso pélvico. Así pues, el cóccix es un hueso de gran importancia para mantener el soporte anatómico de los fascículos coccígeos del músculo pubococcígeo, ilococcígeo e isquiococcígeo. (Alarcón, M. Anatomia Clínica del aparato genital femenino. Anatomía clínica del perine. Primera edición. Editorial Manual Moderno. Bogotá, Colombia. 2005. pp 318)

COILOCITOSIS (Gr,Koilos, hueco y Kýtos,célula): Corresponde a la manifestación celular de la infección por virus del papiloma humano. Se caracteriza por la presencia de coilocitos o células epiteliales escamosas que presentan cambios típicos a nivel del núcleo y el citoplasma. Histológicamente presentan bordes celulares angulados en forma redondeada u ovoide y a nivel citoplasmático se presenta condensación periférica de color rojo/naranja en forma de halo; el núcleo se localiza en forma excéntrica de tal manera que el halo se localiza a nivel perinuclear. (Tumors of the breast and female reproductive tract. World Health Organization. WHO Histological classification of tumors of the uterine cervix. 2001. 260-289)

COITO INTERRUMPIDO, ANTICONCEPCIÓN: Es la extracción delo pene de la vagina justo antes de la eyaculación con el propósito de evitar el embarazo. El estudio de Oxford indica una tasa de fracasos del 6.7 por

100 mujeres al año con este método (Berek JS,Adashi EY,Hillard PA. Ginecología de Novak. Interamericana. México. 1997 p. 230). Sinónimo: Coitus interruptus.

COLORACIÓN DE GRAM: Es un tipo de tinción especial empleado en microbiología para la visualización de bacterias es muestras clínicas. Fue descrita por el bacteriólogo danés Christiam Gram en 1884. Se emplea para establecer la morfología celular bacteriana con el fin de establecer diferenciación entre ellas; se considera una bacteria Gram (+) cuando se visualiza de color violeta o Gram (-) si se visualiza de color rosado. El primer paso en el procedimiento es realizar la fijación con calor; posteriormente el cristal violenta (colorante) penetra tanto en las bacterias gram positivas como negativas. Luego se aplica solución de lugol que entra a las células y forma un complejo con el cristal violeta; posteriormente se adiciona una mezcla de alcohol-acetona que permite la decoloración de las células. Los organismos Gram positivos no se decoloran y permanecen violetas, mientras que los organismos Gram negativos sí lo hacen y toman la coloración rosada característica. (Preado J., Valeria, M. Bases microbiológicas. Rev. Chil. Infectol. 2006; 18 (1): 6-9)

COLPALGIA: Es el dolor pecibido en la cavidad vaginal. (Gómez, I. Chalela, J. Vulvodinia: Clasificación, etiología, diagnóstico y manejo. Revista Colombiana de Ginecología y Obstetricia. 2007; 58 (3): 222 – 231)

COLPATRESIA: ver atresia vaginal.

COLPECTASIA (gr,ektasis,ectasia,dilatación de un conducto): Dilatación de la vagina por estiramiento como consecuencia de la retensión de una colección hemática,purulenta,etc que le aumenta el diámetro a este conducto. (Alarcón, M. Anatomia Clínica del aparato genital femenino. Anatomía clínica del perine. Primera edición. Editorial Manual Moderno. Bogotá, Colombia. 2005. pp 318)

COLPECTOMÍA: Extirpación parcial o total de la vagina. Colpos viene del griego Kolpos: cavidad.

COLPITIS ó VAGINITIS: Inflamación de la vagina.

COLPOCELE: Prolapso de una parte de la vagina, ya sea por la cara anterior (empujada por un cistocele), o por la cara posterior (empujada por un rectyocele).

COLPOCLEISIS: Corresponde a una técnica quirúrgica empleada para el tratamiento del prolapso genital. La técnica consiste en una obliteración parcial o total del introito vaginal. (Martín, E. Martínez, R. Tratamiento del prolapso de cúpula vaginal. Actualidad Obstétrico Ginecológica. 2003; 13 (3): 23 – 29)

COLPOCLEISIS DE LEFORT: También conocida como Colpocleisis de Lefort, es un procedimiento quirúrgico empleado para la corrección del prolapso de cúpula vaginal. La técnica es una técnica obliterativa vaginal que puede ser total o parcial y consiste en la resección de un colgajo de trapezoides de mucosa en las caras anterior y posterior de la vagina, con posterior afrontamiento de las mismas con sutura absorbible, dejando libres los ángulos laterales para permitir el drenaje de las secreciones vaginales. Es una técnica fácil de realizar, con escasa pérdida sanguínea y bajo riesgo de complicaciones; sin embargo, al imposibilitar definitivamente la actividad coital debe reservarse para pacientes ancianas luego de conocer claramente los intereses de la paciente con respecto a este tema. (Martín, E. Martínez, R. Tratamiento del prolapso de cúpula vaginal. Actualidad Obstétrico Ginecológica. 2003; 13 (3): 23 – 29)

COLPOPERINEOPEXIA: Corresponde a una técnica quirúrgica empleada para la corrección del prolapso de cúpula vaginal asociado a descenso perineal excesivo con trastornos ano-rectales. La técnica consiste en disecar el espacio recto-vaginal hacia abajo hasta el aspecto superior de la fascia posterior de la vagina, adyacente al cuerpo perineal; si se encuentran separadas las fascias vaginales anterior y posterior, se aproximan con material de sutura no absorbible. Posteriormente se suturan piezas trapezoides de malla a los aspectos anterior y posterior de la vagina; si la fascia posterior se encuentra rota y muy adelgazada, la malla posterior se sutura directamente al cuerpo del periné. Luego se suturan las piezas de la

malla a la pared vaginal posterior. Esta técnica fue propuestamente recientemente y hasta el momento no se han publicado estudios con adecuado nivel de evidencia para evaluar su efectividad. (Richter Kurt. Massive eversion of the vagina: pathogenesis, diagnosis and therapy of the "true" prolapse of the vagynal stump. Clinical Obstetrics and Gynecology 2002; 25: 897-912)

COLPOPERINEOPLASTIA: Corresponde a un procedimiento quirúrgico empleado para la corrección de lesiones en vagina y periné. El procedimiento se indica para la corrección del descenso o prolapso vesical y el uretrocele por vía vaginal. La técnica consiste en la resección y sutura de la mucosa vaginal redundante en las paredes anterior y posterior cuando se encuentra asociado prolapso vesical o rectal, respectivamente. La cirugía se realiza por vía vaginal, bajo anestesia regional; las complicaciones intraoperatorias son escasas y en el periodo post-operatorio es necesario evaluar el gasto urinario para descartar retención urinaria secundaria al procedimiento. La importancia del procedimiento radica en que de manera simultánea a la corrección del descenso o prolpaso vesical o rectal, se realiza plastia del periné, recuperando su anatomía y reduciendo el introito vaginal de acuerdo a las necesidades de la paciente. (Alvarado, F. Vega, E. Cirugía ambulatoria en colpoperineoplastia. Revista de Especialidades Médico Quirúrgicas. 2006; 11 (2): 31 – 35)

COLPOPERINEORRAFIA: Hace referencia a la sutura realizada en la correcciones de lesiones a nivel del periné y vagina, independiente de la etiología de las mismas. (Alvarado, F. Vega, E. Cirugía ambulatoria en colpoperineoplastia. Revista de Especialidades Médico Quirúrgicas. 2006; 11 (2): 31 – 35)

COLPOPEXIA: Es la fijación quirúrgica de la cúpula vaginal a un ligamento o estructura de la pelvis para mantener o devolver la posición natural de la vagina, al final de una histerectomía o cuando se ha presentado un prolapso de la cúpula en pacientes con antecedente de extirpación uterina. Los elementos de soporte de la cúpula más utilizados por vía abdominal son los ligamentos de la cara anterior del sacro o el cartílago discal entre L5 y S1;

por vía vaginal suelen tomarse como puntos de apoyo uno o ambos ligamentos sacroespinosos o la fascia ilicoccígea bilateral. Los elementos utilizados para la afijación más utilizados en la actualidad son las suturas no absorbibles, las mallas de poliprolilene, politetrafluoroetilene y de latex. Otros elementos igualmente útiles pero menos utilizados son las bandas de aponeurosis abdominal, las de fascia lata y las suturas elaboradas con duramadre. (Hirsh, A. Käser, O. Atlas de Cirugía Ginecológica. Editorial Marbán Libros. Madrid, España, 2000. pp 32-46)

COLPOPEXIA SACROESPINOSA TRANSVAGINAL: Es la fijación de la cúpula vaginal al ligamento sacroespinoso de uno o ambos lados mediante puntos de sutura no absorbibles, al final de la histerectomía vaginal para evitar el prolapso del techo de la vagina, que puede ocurrir de manera temprana o tardía como consecuencia de la presión abdominal sobre el piso de la pelvis. (Hirsh, A. Käser, O. Atlas de Cirugía Ginecológica. Editorial Marbán Libros. Madrid, España, 2000. pp 32-46)

COLPOPLASTIA: Corresponde al procedimiento quirúrgico empleado para la creación de una vagina artificial a través de un injerto. Esta técnica se utiliza para la corrección de malformaciones congénitas del tracto genital femenino que cursan con agenesia vaginal. (Gell, J. Müllerian Anomalies. Seminars in Reproductive Medicine. 2005; 21 (4): 375 – 388)

COLPOPROMONTOPEXIA: Es la fijación de la cúpula vaginal al promontorio. Se realiza en paciente con antecedente de histerectomía que han desarrollado un prolapso de la cúpula vaginal. Se hace en el promontorio pues esta estructura se encuentra en el eje adecuado para restaurar el techo de la vagina en las mejores condiciones anátomo-fisiológicas.

COLPOPROMONTOPEXIA: Es una variante de la colposacropexia. Consiste en la fijación de la cúpula vaginal a cualquiera de las estructuras del promontorio, generalmente al disco cartilaginoso entre L5 y S1 mediante puntos de sutura no absorbibles en cuerda de violín protejidos por peritoneo y/o mediante una pequeña malla de Polipropilene (malla de Marlex ®), Politetrafluoroetilene (Gore – Tex Soft Tissue Patch ®) ó Banda de latex

(banda de Esmarch ®). Esta cirugía se realiza al final de la histerectomía por vía abdominal para evitar el prolapso del techo de la vagina y se complementa con puntos de cierre a lado y lado del promontorio para evitar la herniación del intestino delgado por el espacio que queda entre la cara anterior del sacro y la cara posterior de la vagina. (Hirsh, A. Käser, O. Atlas de Cirugía Ginecológica. Editorial Marbán Libros. Madrid, España, 2000. pp 32-46)

COLPORRAFIA: Corresponde a un procedimiento quirúrgico empleado para la corrección del prolapso genital con compromiso de la pared anterior o posterior de la vagina o ambos. El procedimiento se basa en la teoría de que los defectos de la pared vaginal son el resultado del adelgazamiento o estiramiento del tejido vaginal debilitado. La técnica consiste en realizar una incisión en la mucosa vaginal de la pared anterior o posterior, disección de la mucosa hasta visualización del defecto o cele; posteriormente se realiza la corrección del cistocele o rectocele con puntos en jareta o separados logrando su reducción para luego resecar la mucosa vaginal redundante y finalmente afrontar los bordes de la mucosa vaginal con material de sutura absorbible, usualmente catgut cromado. La tasa de éxito del procedimiento oscila entre el 80% y el 100%. (Boyles, SH, Edwards, SR. Repair of the anterior vaginal compartment. Clin Obstet Gynecol 2005; 48:682)

COLPOSACROPEXIA ABDOMINAL: Corresponde al procedimiento quirúrgico realizado para la corrección del prolapso de cúpula vaginal, realizando el abordaje por vía abdominal, es decir, a través de laparotomía. El procedimiento consiste en realizar la suspensión de la cúpula vaginal en el sacro a través de malla o puntos de sutura. (Hirsh, A. Käser, O. Atlas de Cirugía Ginecológica. Editorial Marbán Libros. Madrid, España, 2000. pp 32-46)

COLPOSCOPIA NO SATISFACTORIA: Estudio colposcópico que se caracteriza por la no visualización completa de la zona de transformación. Esto se basa en el hecho conocido de que es precisamente en la unión escamo-columnar el sitio donde se localiza con preferencia el cáncer de cérvix. Es importante tener en cuenta, que esta zona de transformación

asciende al interior del canal cervical sobre todo en la menopausia; por esto, en tales pacientes la colposcopia no es satisfactoria en 66% de los casos. (Walter, P. Dexeus, S. Internacional Terminology of colposcopy: an updated report from the internacional federation for cervical pathology and colposcopy. Obstet Gynecol. 2003; 101 (1): 175-177) Sinónimo: Colposcopia Insatisfactoria:

COLPOSCOPIA SATISFACTORIA: Se caracteriza por la visualización completa de la zona de transformación con sus límites. En el informe colposcópico la visualización de esta zona se divide en tres grupos: 1) Zona de Transformación Tipo I: localizada en el exocérvix, totalmente visible (pequeña o grande). 2) Zona de transformación tipo II: con componente endocervical, totalmente visible (pequeña o grande). 3) Zona de transformación tipo III: con componente endocervical no totalmente visible (grande o pequeña). (Walter, P. Dexeus, S. Internacional Terminology of colposcopy: an updated report from the internacional federation for cervical pathology and colposcopy. Obstet Gynecol. 2003; 101 (1): 175-177)

COLPOSCOPIA, INDICACIONES: Son las patologías que de acuerdo con la Sociedad Americana de Colposcopia y Patología Cervical, deben ser llevadas a estudio colposcópico+biopsia según hallazgos: Atipia de células escamosas de significado indeterminado (ASCUS) persistente o tipificación de serotipos de alto grado de VPH, Atipia de células escamosas de significado indeterminado sugestiva de alto grado (ASCUS-H), Atipia de células glandulares (AGC), Lesiones intraepiteliales de bajo grado (LSIL), Lesiones intraepiteliales de alto grado (HSIL). Adicionalmente se recomienda en los siguientes casos: Exposición in utero a DES, pacientes con inmunosupresión o infección por VIH, evaluación de lesiones palpables o visibles de cérvix, vagina o vulva, flujo cervico-vaginal no explicado persistente, sangrado genital anormal no explicado persistente. (American Society for Colposcopy and Cervical Pathology. Practice Recommendations. Colposcopy: Indications. 2007)

COLPOSCOPIA, PASOS: Son las recomendaciones que realiza la Sociedad Americana de Colposcopia y Patología Cervical para la realización del procedimiento colposcópico: 1) Preparación de la paciente y

firma del consentimiento informado. Es importante explicar a la paciente el procedimiento y responder las preguntas que surjan. Con el fin de reducir el dolor secundario a la eventual biopsia, algunos estudios recomiendan la administración de analgésicos-antiinflamatorios como Ibuprofeno 800 mg 30 minutos antes del procedimiento; sin embargo, su eficacia es cuestionada. 2) Examen bimanual. En casos seleccionados se recomienda la realización del examen bimanual previo, con el objetivo de descartar estado de embarazo en el cual no es aconsejable la toma de muestra endocervical. 3) Examen vulvar. Es importante para detectar lesiones tipo condilomas u otro tipo de lesiones visibles sin magnificación. En algunos casos el examen vulvar se puede realizar al finalizar el procedimiento a medida que el espéculo es retirado. 4) Inserción del espéculo. La selección del tipo de espéculo es importante; cuando la paciente es obesa, multípara o tiene paredes vaginales redundantes es necesaria la inserción de retractores de paredes vaginales para una adecuada evaluación. Al mismo, la lubricación del espéculo es importante para disminuir lesiones inducidas e incomodidad en la paciente. 5) Examen del cérvix. El cérvix y la vagina deben ser examinadas inicialmente sin magnificación y posteriormente con el colposcopio. Se recomienda la limpieza del cérvix con un hisopo con solución salina. Si el cérvix muestra cambios inflamatorios o infecciosos con cervicitis activa puede alterar la evaluación e inducir confusiones en detalles colposcópicos. De igual manera se debe evaluar la presencia de lesiones tipo erosión, leucoplakia, lesiones pigmentadas o áreas de ulceración o de crecimiento exofítico antes de la aplicación de soluciones. 6) Aplicación de solución de ácido acético al 3% o 5% con un hisopo de algodón. 7) Identificación de la unión escamo-columnar. 8) Evaluación de patrones vasculares anormales como punteado, mosaicismo o vasculatura de apariencia anormal. 9) Aplicación de solución de Lugol (test de Schiller). Es empleado para detectar áreas deficientes de glucógeno, que están relacionados con infección por VPH o displasia en mucosa no glandular. 10) Biopsia cervical. 11) Aplicación de presión o solución de Monsel en los sitios de sangrado activo. 12) Remoción del espéculo. 13) Recomendaciones y signos de alarma. (Soto-Wright, V. Samuelson, R. Current Management of

LSIL, HSIL, and atypical glandular cells. Clinical Obstetrics and Gynecology. 2005; 48(1): 147-149)

COLPOSCOPIA: La colposcopia es un procedimiento diagnóstico a través del cual se realiza un examen completo del epitelio del cuello uterino y del tracto genital inferior, por medio de una imagen magnificada proporcionada por el colposcopio, con el objetivo de identificar lesiones potencialmente displásicas o áreas cancerosas y realizar biopsias dirigidas de las áreas anormales para establecer un diagnóstico histológico e instaurar un tratamiento precoz. La evaluación colposcópica tiene como objetivo básico el hallazgo de cambios premalignos o malignos del epitelio cervical que presentan características macroscópicas relacionadas con el contorno, el color y el patrón de vasculatura, detectables a través de la magnificación de la imagen. El estudio colposcópico permite la identificación de características sutiles de los epitelios, inapreciables a simple vista, que representan cambios patológicos. De esta forma, la colposcopia se ha consolidado como parte fundamental del protocolo para el diagnóstico de las lesiones intraepiteliales cervicales y el CÁNCER invasor. La sensibilidad de la colposcopia para diferenciar un epitelio normal de uno anormal es de 95% con una especificidad de 45%; mientras que la sensibilidad del procedimiento para diferenciar entre un epitelio normal/lesión de bajo grado de una lesión de alto grado/cáncer es de79% con una especificidad del 69%. (Maclean, AB. Colposcopy. Gynecol Oncol. 2005; 95: 691-700)

COLPOSCOPIO: El colposcopio es un microscopio de campo estereoscópico, binocular, de baja resolución, con una fuente de iluminación potente de intensidad variable que ilumina el área bajo examen. La porción superior del colposcopio, que alberga los elementos ópticos, contiene la lente objetivo (situado más cerca de la paciente que está en exploración), dos lentes oculares que emplea el colposcopista para observar el cuello uterino, una fuente de iluminación, filtros verde, azul o ambos para interponer entre la fuente de iluminación y el objetivo, una perilla para introducir el filtro, una perilla para cambiar el aumento del objetivo (si el colposcopio tiene aumentos múltiples) y una perilla para enfoque fino. El filtro sirve para eliminar la luz roja y así facilitar la visualización de los vasos sanguíneos, que se ven oscuros. El colposcopio tiene un mando que

permite inclinar la porción superior hacia arriba y abajo, para facilitar la exploración del cuello uterino. La distancia entre las dos lentes oculares puede ajustarse a la distancia interpupilar del explorador, a fin de lograr una visión estereoscópica. Cada lente ocular tiene escalas de dioptrías grabadas que permiten la corrección visual de cada colposcopista. La altura de la porción superior al piso puede ajustarse con la perilla correspondiente, de modo que el procedimiento pueda efectuarse con el explorador sentado cómodamente. Las magnificaciones de bajo poder, usualmente 2x a 6x, son usadas para obtener una impresión general de la arquitectura de superficie y para el examen de la vulva. Las magnificaciones medias, usualmente 8x a 15x, son usadas para la evaluación de la vagina y el cérvix, mientras que las magnificaciones de alto poder, 15x a 25x, son útiles particularmente para la inspección cercana de los patrones vasculares que pueden significar enfermedad de alto grado o enfermedad invasiva. (Maclean, AB. Colposcopy. Gynecol Oncol. 2005; 95: 691-700)

COLPOSTENOSIS: Ver Estenosis vaginal.

COLPOTOMÍA POSTERIOR: Es un procedimiento quirúrgico ginecológico que consiste en la apertura del fondo de saco posterior. Se realiza en forma previa una culdocentesis; si se obtiene material purulento, se procede a realizar una incisión con bisturí en la parte más alta del fondo de saco posterior, ampliación mediante disección roma con pinza de Kelly o con tijera, se explora la cavidad del absceso y se desbrida, se recomienda dejar drenaje en la cavidad del absceso durante 3 a 5 días. Es importante tener en cuenta una disección cuidadosa ya que las asas intestinales pueden estar adheridas al fondo de saco y se puede presentar lesión intestinal. Se ha descrito el uso de colpotomía posterior para resección de tumores de ovario pequeños aunque está contraindicado si se sospecha patología maligna; también se han descrito casos de ligadura tubárica por colpotomía. Posterior al procedimiento se cierra el peritoneo y la mucosa vaginal con sutura de material absorbible. (Hirsh, A. Käser, O. Atlas de Cirugía Ginecológica. Intervenciones diagnósticas y terapéuticas menores. Editorial Marbán Libros. Madrid, España, 2000. pp 13-36)

COLPOTOMÍA POSTERIOR: Es un procedimiento quirúrgico ginecológico que consiste en la apertura del fondo de saco posterior. Se realiza en forma previa una culdocentesis; si se obtiene material purulento, se procede a realizar una incisión con bisturí en la parte más alta del fondo de saco posterior, ampliación mediante disección roma con pinza de Kelly o con tijera, se explora la cavidad del absceso y se desbrida, se recomienda dejar drenaje en la cavidad del absceso durante 3 a 5 días. Es importante tener en cuenta una disección cuidadosa ya que las asas intestinales pueden estar adheridas al fondo de saco y se puede presentar lesión intestinal. Se ha descrito el uso de colpotomía posterior para resección de tumores de ovario pequeños aunque está contraindicado si se sospecha patología maligna; también se han descrito casos de ligadura tubárica por colpotomía. Posterior al procedimiento se cierra el peritoneo y la mucosa vaginal con sutura de material absorbible. (Hirsh, A. Käser, O. Atlas de Cirugía Ginecológica. Intervenciones diagnósticas y terapéuticas menores. Editorial Marbán Libros. Madrid, España, 2000. pp 13-36)

COLPOTOMÍA Y EXTRACCIÓN LAPAROSCÓPICA DE MIOMAS EN CADENA. Ver Cirugía de Flint y Chou-Jon

COLPOTOMÍA: Orificio quirúrgico a la vagina en el fondo de saco posterior. No se realiza en el fórnix anterior por el estrecho contacto con la vejiga, ni en los fórnices laterales por el riesgo de lesionar los vasos o los uréteres. El término colpotomía lleva implícita la rafia de la incisión en el mismo acto quirúrgico. En épocas anteriores era frecuente realizar colpotomía en el fornix posterior para drenaje de abscesos del fondo de saco de Douglas o para hacer cirugías de planificación definitiva sobre las trompas. (Hirsh, A. Käser, O. Atlas de Cirugía Ginecológica. Intervenciones diagnósticas y terapéuticas menores. Editorial Marbán Libros. Madrid, España, 2000. pp 13-36)

COLPOXEROSIS: Resecamiento de las paredes vaginales. Este trastorno produce dispareunia. (Hirsh, A. Käser, O. Atlas de Cirugía Ginecológica. Intervenciones diagnósticas y terapéuticas menores. Editorial Marbán Libros. Madrid, España, 2000. pp 13-36)

COMEDOMASTITIS: Lesión mamaria en la cual se acumula material graso entremezclado con células descamativas. A la expresión sale un material de color amarillo grisáceo que por su consistencia semeja una pasta dental. Afecta el tejido subareolar de algunas pacientes maduras principalmente. (Spencer, J. Management of mastitis. Am Fam Physician. 2007; 15 (78): 6)

COMPACTACION: Las blastómeras cambian de forma y se alinean entre sí de manera estrecha para formar un acúmulo de células compacta que se llama Mórula. Este fenómeno, conocido con el nombre de Compactación, es mediado por glucoproteína de adherencia de la superficie celular. La compactación permite la interacción de las células entre sí y es un requisito en la segregación de células internas que forman el embrioblasto o masa celular interna del blastocisto. (Moore, K. Persaud, T. Inicio del desarrollo embrionario: Primer semana. Embriología Clínica. México. McGraw-Hill Interamericana. 6° edición. 2001. pg. 17 – 49).

COMPLEJO DE EDIPO: Según la teoría del psicoanalista austríaco Sigmund Freud sobre la sexualidad infantil, el complejo de Edipo es la etapa fálica del hijo varón que se anamora de su madre ,situación que le produce cierta rivalidad con su padre. La fase fálica empieza hacia el final del tercer año de vida, cuando los chicos toman conciencia de que los niños tienen pene y las niñas no. El nombre fue tomado por Freud de las tragedias “Edipo Rey” y “Edipo en Colona”, escritas por Sófocles 4 siglos antes de Cristo. Este rey de Tebas en la mitología griega, fue hijo de Layo y Yocasta, rey y reina de Tebas respectivamente. Un oráculo advirtió a Layo que sería asesinado por su propio hijo. Decidido a rehuir su destino, ató los pies de su hijo recién nacido y lo abandonó para que muriera en una montaña solitaria. Un pastor recogió al niño y se lo entregó a Pólibo, rey de Corinto, quien le dio el nombre de Edipo (pie hinchado) y lo adoptó como su propio hijo. El niño no sabía que era adoptado y, cuando un oráculo proclamó que mataría a su padre, abandonó Corinto. Durante su travesía, encontró y mató a Layo, creyendo que el rey y sus acompañantes eran una banda de ladrones y así, inesperadamente, se cumplió la profecía. Solo y sin hogar, Edipo llegó a Tebas, acosado por un monstruo espantoso, la Esfinge, que andaba por los caminos que iban a la ciudad, matando y

devorando a todos los viajeros que no sabían responder al enigma que les planteaba. Cuando Edipo resolvió acertadamente el enigma, la esfinge se suicidó. Agradecidos por librarlos del monstruo, los tebanos lo recompensaron haciéndolo su rey y dándole a la reina Yocasta por esposa. Durante muchos años la pareja vivió feliz, sin saber que ellos eran en realidad madre e hijo. Entonces descendió una terrible peste sobre la tierra, y el oráculo proclamó que para restablecer la salud del pueblo debía ser castigado el asesino de Layo. Pronto Edipo descubrió que involuntariamente había matado a su padre. Atribulada por su vida incestuosa, Yocasta se suicidó; cuando Edipo se dio cuenta de que ella se había matado se quitó los ojos, abandonó el trono y se fue a vagar durante años por Grecia. Según la versión de Sófocles, Edipo murió en Colona un santuario cerca de Atenas, acompañado por su hija Antígona después de recibir la promesa del dios Apolo de que el lugar de su muerte permanecería sagrado. Según la versión de Homero, este rey murió en Atenas (Roberts A,Padgett-Yawn B. Amor y sexualidad. Círculo de lectores,Barcelona. 1999 p. 86 / Enciclopedia Microsoftae Encarta 99. 1993-1998 Microsoft Corporation / Quillet A. Diccionario Enciclopédico Quillet, Edit Quillet, Buenos Aires tomo 3, 1967 p. 373).

COMPLEJO DE ELECTRA: De acuerdo a la teoría del psicoanalista austríaco Sigmund Freud sobre la sexualidad infantil, el complejo de Electra es la etapa en que la niña se anamora de su padre, situación que le produce cierta rivalidad con su madre. // El nombre de este complejo hace referencia a una tragedia escrita por el escritor trágico griego Eurípides cuatro siglos antes de Cristo, con versiones posteriores ligeramente cambiadas por parte de Esquilo y Sófocles. Electra era hija de Agamenón y Clitemnestra, reyes de Micenas, en la mitología griega. Clitemnestra asumió el poder junto con su amante Egisto luego que ambos mataran a Agamenón. En venganza por la muerte de su padre, años más tarde Electra incita a su hermano Orestes a matar a Clitemnestra y a Egisto. (Quillet A. Diccionario Enciclopédico Quillet, Edit Quillet, Buenos Aires tomo 3, 1967 p. 386 // (Roberts A,Padgett-Yawn B. Amor y sexualidad. Círculo de lectores,Barcelona. 1999 p. 86)

COMPLEJO MALFORMATIVO DE DANDY-WALKER: Es un término empleado para agrupar un espectro de anormalidades relacionadas con alteraciones de las estructuras de la fosa posterior. El complejo incluye tres entidades: Malformación de Dando – Walter clásica, Variante de Dando – Walter y Mega-cisterna magna. La prevalencia del compleja se estima en 1:30000 nacimientos y se encuentra presente en el 12% de los fetos con hidrocefalia congénita. Se asocia con varios síndromes genéticos, con anomalías cromosómicas como monosomía X, trisomía 13, trisomía 18. El riego de recurrencia se encuentra entre el 1 y el 5%. El diagnóstico se realiza por ultrasonografía y se basa en el hallazgo de una imagen quística a nivel de la fosa posterior junto con la visualización de un defecto en el vermis cerebeloso. El pronóstico es desfavorable, con tasas de mortalidad cercanas al 25%. (Mohanty, A. Biswas, A. Treatment options for Dandy-Walker malformation. J Neurosurg. 2006; 105:348-56)

COMPORTAMIENTO FETAL SUEÑO-VIGILIA: Ver Ciclos fetales sueño-vigilia.

COMPRESION UTERINA BIMANUAL: Técnica empleada para el control de la hemorragia postparto que consiste en el masaje de la cara posterior

del útero con una mano abdominal y masaje de la cara anterior del mismo con la otra mano a nivel vaginal. Se considera que esta técnica logra controlar la mayoría de las hemorragias postparto que no responden a los oxitócicos. (Cunningham, FG. Gant, NF. Leven, K. Gilstrap, L. Hauth., J. Wenstrom K. Hemorragia Obstétrica. Williams Obstetricia. 21° edición. Montevideo, Uruguay. 2001. 547-568)

COMPRESOMA: Compresa que se deja olvidada durante una laparotomía. Esta compresa puede producir absceso peritoneal, dolor y lesiones viscerales. También se conoce con el nombre de Textiloma. Las manifetaciones clínicas incluyen dolor abdominal, nauseas, emesis, deposiciones diarreicas, fiebre. El diagnostico se sospecha ante la documentación de signos de irritación peritoneal, sin foco infecciosos establecido y antecedente de intervención quirúrgica; se confirma a través de la evaluación radiológica y la documetacion de cuerpo extraño en cavidad. El tratamiento consiste en reintervencion quirúrgica para extracción del cuerpo extraño y lavado de cavidad. (Rodiles, F. Cuerpo extraño en cavidad abdominal. Archivo Médico de Camagüey. 2005; 9: 1025)

COMUNICACIÓN INTERAURICULAR ANORMAL POR PERSISTENCIA DEL OSTIUM PRIMUM: Es una comunicación interauricular que se presenta de manera persistente después que debiera desaparecer para darle paso al ostium secundum. El ostium primum debe cerrarse mediante fusión con las almohadillas endocárdicas, al tiempo que se forma el segundo orificio (también llamado foramen oval, u ostium secundum u orificio oval). La persistencia del ostium primum es el defecto interauricular más frecuentemente diagnosticado de forma prenatal (Bakiler, A. Ozer, E. Accuracy of prenatal diagnosis of congenital heart disease with fetal echocardiography. Fetal Diagn Ther. 2007;22(4):241-4). Sinónimo: Ostium primum persistente.

COMUNICACIÓN INTERAURICULAR ANORMAL POR PERSISTENCIA DEL OSTIUM SECUNDUM: Es una comunicación interauricular que se presenta de manera persistente después del nacimiento. Normalmente el foramen oval, originado en la banda superior del ostium secundum, debe

cerrarse de manera mecánica al momento del nacimiento, mediante aproximación del extremo inferior del tabique (septum primum) con el extremo inferior del septum secundum. Un defecto que impida el cierre del foramen oval en el recién nacido puede producir pocos síntomas o producir trastorno del ritmo cardiaco e insuficiencia cardiaca. El diagnóstico de los defectos del septum interauricular fetal es infrecuente y difícil de realizar. Usualmente requiere la combinación de ecografía en modo bidimensional + Doppler color. Esta anomalía congénita puede hacer parte del síndrome de Holt-Oram. (Bakiler, A. Ozer, E. Accuracy of prenatal diagnosis of congenital heart disease with fetal echocardiography. Fetal Diagn Ther. 2007;22(4):241-4)

COMUNICACIÓN INTERAURICULAR ANORMAL: Corresponde a la persistencia de un orificio en el tabique que separa las aurículas, más allá de lo fisiológicamente normal. Normalmente el tabique interauricular se forma por el crecimiento del septum primum (que crece de abajo hacia arriba) y por crecimiento del septum secundum (que tiene una parte inferior que crece al lado del segmento inferior del septum primum y una parte superior, que reemplaza al segmento superior del septum primum). El primer orificio que se forma en el tabique es el ostium primum; este orificio se cierra al tiempo que se forma el segundo orificio, también llamado ostium secundum ó foramen oval. Al momento del nacimiento se oblitera el foramen oval mediante un mecanismo similar al cierre de una puerta en la cual el septum inferior (que es parte del septum primum) se aproxima al extremo inferior del tabique superior (que hace parte del septum secundum). No es normal que persitan ni el ostium primum ni el ostium secundum en la vida postnatal. La persistencia del ostium primum en el feto, de manera anómala, corresponde al 8% de las cardiopatías congénitas diagnosticadas in útero. Su severidad es variable y de acuerdo a ella se define el compromiso hemodinámico. Este tipo de anomalía del septum interauricular se clasifica en dos tipos: a- Ostium primum persistente y b- Ostium secundum persistente (Bakiler, A. Ozer, E. Accuracy of prenatal diagnosis of congenital heart disease with fetal echocardiography. Fetal Diagn Ther. 2007;22(4):241-4)

COMUNICACIÓN INTERAURICULAR FETAL: Corresponde a un defecto del septum interauricular fetal. Corresponde al 8% de las cardiopatías congénitas diagnosticadas in útero. Su severidad es variable y de acuerdo a ella se define el compromiso hemodinámica. Se clasifica en dos tipos: septum primum, que corresponde al defecto interauricular más frecuentemente diagnosticado de forma prenatal, formando parte del defecto tipo canal AV; el segundo tipo es el septum secumdum que forma parte del síndrome de Holt-Oram. Teniendo en cuenta la presencia del foramen oval y por lo tanto un defecto fisiológico del septum interauricular, el diagnóstico de los defectos del septum interauricular fetal es infrecuente y difícil de realizar. Usualmente requiere la combinación de modo bidimensional + Doppler color. (Bakiler, A. Ozer, E. Accuracy of prenatal diagnosis of congenital heart disease with fetal echocardiography. Fetal Diagn Ther. 2007;22(4):241-4)

COMUNICACIÓN INTERVENTRICULAR FETAL: Corresponde a un defecto del septum interventricular fetal. Es la patología más frencuentemente diagnosticada in útero, representando el 20% de las cardiopatías congénitas. Su incidencia se estima en 0.38 por 1000 recién nacidos vivos. Se clasifica en tres tipos: perimembranoso, ubicado bajo la válvula aórtica, es el defecto más común, correspondiendo al 80% de las comunicaciones interventriculares; de entrada, ubicada a la entrada del ventrículo derecho; y trabecular, localizado en la porción muscular del septum. El diangóstico se realiza a través de la combinación de modo B + Doppler color, teniendo en cuenta que defectos menores de 3 mm usualmente no son detectables con ultrasonografía convencional. De acuerdo al tamaño del defecto y patologías cardíacas asociadas se establece el compromiso hemodinámicao, pero usualmente este tipo de defectos cardíacos son asintomáticos en la vida intrauterina y neonatal. (Bakiler, A. Ozer, E. Accuracy of prenatal diagnosis of congenital heart disease with fetal echocardiography. Fetal Diagn Ther. 2007;22(4):241-4)

COMUNICACIÓN INTERVENTRICULAR VARIEDAD DE ENTRADA: Corresponde a un defecto del septum interventricular fetal. En la variedad de entrada el defecto está ubicado a la entrada de la válvula aórtica.

(Bakiler, A. Ozer, E. Accuracy of prenatal diagnosis of congenital heart disease with fetal echocardiography. Fetal Diagn Ther. 2007;22(4):241-4)

COMUNICACIÓN INTERVENTRICULAR VARIEDAD PERIMEMBRANOSA: Corresponde a un defecto del septum interventricular fetal. En la variedad perimembranosa el defecto está ubicado por debajo de la válvula aórtica. (Bakiler, A. Ozer, E. Accuracy of prenatal diagnosis of congenital heart disease with fetal echocardiography. Fetal Diagn Ther. 2007;22(4):241-4)

COMUNICACIÓN INTERVENTRICULAR VARIEDAD TRABECULAR: Corresponde a un defecto del septum interventricular fetal. En la variedad trabecular, el defecto está localizado en la porción muscular del septum. (Bakiler, A. Ozer, E. Accuracy of prenatal diagnosis of congenital heart disease with fetal echocardiography. Fetal Diagn Ther. 2007;22(4):241-4)

COMUNICACIÓN INTERVENTRICULAR: Corresponde a un defecto del septum interventricular fetal. Es la patología más frencuentemente diagnosticada in útero, representando el 20% de las cardiopatías congénitas. Su incidencia se estima en 0.38 por 1000 recién nacidos vivos. Se clasifica en tres tipos: a-perimembranoso, b-de entrada y c-trabecular. El diangóstico se realiza a través de la combinación de modo B + Doppler color, teniendo en cuenta que defectos menores de 3 mm usualmente no son detectables con ultrasonografía convencional. De acuerdo al tamaño del defecto y patologías cardíacas asociadas se establece el compromiso hemodinámicao, pero usualmente este tipo de defectos cardíacos son asintomáticos en la vida intrauterina y neonatal. (Bakiler, A. Ozer, E. Accuracy of prenatal diagnosis of congenital heart disease with fetal echocardiography. Fetal Diagn Ther. 2007;22(4):241-4)

CONCEPCIÓN: Formación de uno o más seres humanos (solos o gemelos) como consecuencia de la fecundación. Aunque en la literatura médica se muestra la concepción como sinónimo de fertilización y de fecundación, hay nuevas opiniones que diferencian los tres términos. Ver Fecundación. (Moore, K. Persaud, T. Inicio del desarrollo embrionario: Primer semana.

Embriología Clínica. México. McGraw-Hill Interamericana. 6° edición. 2001. pg. 17 – 49).

CONDICIÓN FIBROQUÍSTICA DE LA MAMA: Corresponde a una serie de cambios benignos en el tejido mamario descritos por primera vez en 1980. No existen delimitaciones precisas en los aspectos etiológico, histológico, radiológico ni terapéutico de este trastorno. La condición fibroquística se presenta en el 60% de las mujeres pre-menopáusicas sanas. Desde el punto de vista histopatológico se han descrito diversos hallazgos relacionados con la condición como mastitis quística crónica, fibroadenosis, mastopatía quística, enfermedad quística hiperplásica, mastitis de las células plasmáticas, ectasia ductal, etc; sin embargo, los hallazgos histológicos más comunes corresponden a la presencia de pequeños quistes mamarios o incremento del tejido estromal. No se ha encontrado correlación entre síntomas clínicos y hallazgos histopatológicos por que se denomina “condición” y no “enfermedad”; aproximadamente en el 50% de los casos, las pacientes refieren dolor mamario premenstrual que usualmente corresponde a síntomas del síndrome disfórico premenstrual y no a patología mamaria. Con respecto a la etiología no existe evidencia clara, sin embargo, se ha descrito un incremento en el nivel de estrógenos y de prolactina asociado a disminución de los niveles de progesterona. La condición fibroquística de la mama no constituye un factor de riesgo para el desarrollo de cáncer de este órgano. El diagnóstico es eminentemente clínico, con algún apoyo en el ultrasonido. El tratamiento consiste en vigilancia clínica periódica y manejo del dolor mamario con anti-inflamatorios no esteroideos. (Smith, RL, Pruthi, S, Fitzpatrick, LA. Evaluation and management of breast pain. Mayo Clin Proc 2004; 79:353)// 2. Hace referencia a cambios fibroquísticos relacionados con la presencia de quistes o incremento de tejido estromal mamario. Los cambios fibroquísticos de la mama se presentan en el 60% de pacientes sin patología mamaria. Anteriormente la condición se conocía con el nombre de Enfermedad Fibroquística de la mama pero su denominación cambió en 1980 a Condición Fibroquística, ya que es considerada una variante normal del tejido mamario. Actualmente se denomina Enfermedad Fibroquística a

los cambios fibroquísticos que ocurren asociados con dolor severo, secreción por el pezón o condiciones que establezcan sospecha de cáncer de mama. El principal objetivo del tratamiento de la condición fibroquística de la mama es el dolor mamario que se maneja en forma profiláctica preferiblemente con antiinflamatorios no esteroideos, iniciando tres días antes del periodo menstrual y terminando tres días después del mismo. (Colak, T, Ipek, T, Kanik, A, et al. Efficacy of topical nonsteroidal antiinflammatory drugs in mastalgia treatment. J Am Coll Surg 2003; 196:525)

CONDILOMA ACUMINADO: Corresponde a una lesión localizada en la piel y membranas mucosas, usualmente en región genital externa y anal. Macroscópicamente se presenta como una lesión sobreelevada, de aspecto verrucoso, que semeja el aspecto de “coliflor”, con un núcleo central de tejido conjuntivo. Su etiología es viral por infección por el Virus del Papiloma Humano (VPH). Los serotipos del virus implicados en este tipo de lesiones son serotipos de bajo riesgo, principalmente 6 y 11. El diagnóstico es clínico, aunque en casos de sospecha diagnóstica se realiza por estudio histopatológico de las lesiones en las cuales se observan células características de infección por VPH o coilocitos. El tratamiento incluye terapia tópica con ácido tricloroacético al 85%, podofilina al 10%, imiquimod al 5% o nitrógeno líquido; el tratamiento quirúrgico incluye crioterapia, electrocauterización, terapia con láser o excisión quirúrgica. La presencia de lesiones tipo condiloma acuminado corresponde a la condilomatosis que es considerada una infección de transmisión sexual, aunque en los niños se puede dar sin contacto sexual. (Workowski, KA, Berman, SM. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2006. MMWR Recomm Rep 2006; 55:1)

CONDILOMA PLANO: Corresponde a una lesión de piel y mucosas que se presenta como manifestación de la sífilis secundaria. En esta fase de la infección causada por el Treponema Pallidum, se presentan lesiones tipo parches verrucosos y húmedos, no sobreelevados, localizados a nivel de genitales externos o en pliegues cutáneos. En las áreas intertriginosas, las pápulas presentes en estadio inicial de la infección, se agrandan y

erosionan produciendo placas con secreción amarillenta. El diagnóstico de la infección se sospecha clínicamente y se confirma a través de pruebas sanguíneos no treponémicas como el VDRL y RPR o a través de pruebas treponémicas tipo FTA-abs. El tratamiento se realiza con antibiótico tipo Penicilina Benzatínica con dosis que varían de acuerdo al estadio de la enfermedad; sífilis primaria: penicilina benzatínica 2.4 millones de unidades IM dosis única; sífilis secundaria o de evolución desconocida: penicilina benzatínica 2.4 mill unidades IM cada semana por tres dosis; sífilis terciaria o neurosífilis: penicilina cristalina 5 mill unidades IV por 10 días. (Salazar, JC, Cruz, AR, Pope, CD, et al. Treponema pallidum elicits innate and adaptive cellular immune responses in skin and blood during secondary syphilis: a flow-cytometric analysis. J Infect Dis 2007; 195:879)

CONDILOMATOSIS: Es la presencia de múltiples condilomas acuminados en una región del cuerpo. Generalemnte afecta el periné femenino o el glande masculino. (Workowski, KA, Berman, SM. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2006. MMWR Recomm Rep 2006; 55:1)

CONDON ó PRESERVATIVO : Ver Condon masculino y Condón femenino.

CONDÓN MASCULINO: Estuche peneano que actúa como método de barrera para impedir el embarazo. Está elaborado de latex de caucho cuyo grosor varía desde dos hasta ocho centésimas de milímetro (0,085 mm -0,020 mm). Algunos fabricantes ofrecen aún preservativos elaborados con intestino de animal como los que se afrecían a mediados del siglo XVIII. Los condones prelubricados con el espermicida nonoxinol-9 suelen ser más eficaces que los que carecen de esta sustancia (Berek JS,Adashi EY,Hillard PA. Ginecología de Novak. Interamericana. México. 1997 p. 234-5)

CONDÓN FEMENINO: Son estuches vaginales que recubren las paredes en forma de saco para impedir el paso de los espermatozoides. Constituyen un método de barrera de manera similar al capuchón cervical y al diafragma que son los otros dos métodos anticonceptivos femeninos que impiden el embarazo por medio de una membrana(Berek JS,Adashi

EY,Hillard PA. Ginecología de Novak. Interamericana. México. 1997,p235).

CONDUCTO CERVICAL: Canal del cuello uterino que se inicia en el orificio cervical interno y termina en el orificio cervical externo.

CONDUCTO DE GARTNER: Es el remanente del conducto mesonéfrico o conductor de Wolf, localizado a nivel vaginal. Este conducto corresponde a una involución incompleta del conducto mesonéfrico con persistencia de tejido glandular que puede presentar dilataciones quísticas en cualquier punto de su trayecto, semejando en muchas ocasiones cistoceles en mujeres sin factores de riesgo para esta patología. Estos quistes son lesiones beningas dependientes de las paredes laterales de la vagina; generalmente son asintomáticos con diámetros que no superan 2 cm. Frecuentemente se asocian con malformaciones renales o uterinas por su relación embrionaria con los conductos paramesonéfricos o de Müller. (Moore, K. Embriología Clinica: el desarrollo del ser humano. Aparato Genitourinario. Séptima edición. Editorial Elsevier. Madrid, España. 2004. pp 307 - 148)

CONDUCTO GALACTÓFORO: Del latín *Ductus lactiferi*, corresponde a las dilataciones ductales en forma de reservorio, que transporta leche desde los lóbulos mamarios hasta el pezón. A su vez lactífero viene del latín Lactifer, que significa tranporte de leche. (Moore, K. Embriología Clinica: el desarrollo del ser humano. Aparato Genitourinario. Séptima edición. Editorial Elsevier. Madrid, España. 2004. pp 307 - 148)

CONDUCTO MESONÉFRICO DE WOLFF: Corresponde a una estructura embrionaria originada de la parte lateral del mesodermo. El conducto mesonéfrico es estimulado por la testosterona para dar origen a los conducos genitales masculinos en el feto masculino, al mismo tiempo que la Sustancia Inhibidora Mülleriana genera involución de los conductos paramesonéfricos o conductos de Müller. Los túbulos mesonéfricos se transforman en conductillos eferentes; estos conductillos se abren hacia el conducto mesonéfrico que se ha transformado en el conducto del epidídimo. La parte distal del epidídimo adquiere un revestimiento grueso de músculo

liso y se convierte en el conducto deferente. Una evaginación lateral del extremo caudal de cada conducto mesonéfrico da lugar a la vesícula seminal. La parte del conducto mesonéfrico situada entre la vesícula seminal y la uretra se convierte en el conducto eyaculador. (Moore, K. Embriología Clinica: el desarrollo del ser humano. Aparato Genitourinario. Séptima edición. Editorial Elsevier. Madrid, España. 2004. pp 307 - 148)

CONDUCTO PARAMESONÉFRICO DE MÜLLER: Corresponde a un conducto embrionario originado de la parte lateral del mesodermo. Hacia la semana 8 de gestación este conducto emerge como una bolsa peritoneal a cada lado, se extiende en sentido caudal hasta desembocar en el seno urogenital. Las estructuras embrionarias originadas a partir de este conducto son las trompas de Falopio, el útero y cérvix y el tercio superior de la vagina. El conducto de Müller se conoce como conducto paramesonéfrico por su ubicación inicial paralelo al conducto mesonéfrico o conducto de Wolff; a medida que se extiende en sentido caudal, el conducto paramesonéfrico se une en la línea media para formar el conducto uterino, estructura a partir de la cual se desarrollan los órganos genitales femeninos ya mencionados. (Moore, K. Embriología Clinica: el desarrollo del ser humano. Aparato Genitourinario. Séptima edición. Editorial Elsevier. Madrid, España. 2004. pp 307 - 148)

CONGESTIÓN MAMARIA: Es un proceso fisiológico moderadamente doloroso que se aprecia al inicio de la lactancia. Se acompaña de aumento de la circulación mamaria, endurecimiento de los senos, enrojecimiento y malestar general. Con alguna frecuencia puede haber un pico febril único y corresponde a uno de las principales etiologías de síndrome febril durante la lactancia. El tratamiento consiste en evacuación de las mamas a través de la lactancia o por medio manual. (Berhman, R. Tratado de Pediatría Nelson. Lactancia materna. Editorial Elsevier. Madrid, España. 2004. Pp 161)

CONIZACIÓN CON LETZ: Ver LLETZ

CONIZACIÓN CON LLETZ: Ver LLETZ

CONIZACIÓN CON RADIOCIRUGÍA: Ver LLETZ

CONIZACIÓN CON RADIOFRECUENCIA: Ver LLETZ

CONIZACIÓN DEL CÉRVIX CON ASA: Ver LLETZ

CONIZACIÓN DEL CERVIX CON LASER: Corresponde a la técnica quirúrgica empleada para el diagnóstico y tratamiento de lesiones intraepiteliales del cerviz, empleando tecnología láser. El procedimiento consiste en la extirpación de la parte más anterior del cuello uterino en forma de cono incluyendo la zona de transformación y empleando rayos láser. Se realiza una incisión con láser conectando los puntos y extendiéndolos a una profundidad de 3 a 5 mm; la ventaja es que los puntos láser pueden ser usados para precisar los márgenes exocervicales y las desventajas incluyen necesidad de mayor experiencia del operador y la posibilidad de quemadura de los márgenes de la lesión impidiendo diagnostico de extensión. (Hoffman M, et al. Up to Date v15.2, Abril 2007)

CONIZACIÓN DEL CERVIX: Consiste en la extirpación de una porción del cervix en forma de cono que incluye la zona de transformación completa. Se emplea para la detección temprana de cancer de cervix y el manejo de lesiones intraepiteliales de alto grado. Existen dos tipos de conización: diagnóstica y terapéutica. (Martin-Hirsch, PL, Paraskevaidis, E, Kitchener, H. Surgery for cervical intraepithelial neoplasia. Cochrane Database Syst Rev 2005)

CONIZACIÓN DIAGNÓSTICA: Corresponde a la extirpación de una porción del cervix en forma de cono empleado como método diagnóstico precoz de cáncer de cervix. Las indicaciones son: imposibilidad de visualizar completamente la lesión por extensión al canale endocervical, lesión localizada en el canal endocervical, sospecha colposcópica de lesión invasiva u oculta, citología patológica confirmada por colposcopia-biopsia, sospecha colposcópica o citológica de adenocarcinoma in situ. (Martin-Hirsch, PL, Paraskevaidis, E, Kitchener, H. Surgery for cervical intraepithelial neoplasia. Cochrane Database Syst Rev 2005)

CONIZACIÓN TERAPÉUTICA: Consiste en la extirpación de una porción del cervix en forma de cono empleado como método de tratamiento de

lesiones intraepiteliales de alto grado. Las indicaciones son: LIE alto grado (NIC II, NIC III o carcinoma in situ), carcinoma de cervix IA1 es decir, invasión microscópica mínima del estroma cervical. (Martin-Hirsch, PL, Paraskevaidis, E, Kitchener, H. Surgery for cervical intraepithelial neoplasia. Cochrane Database Syst Rev 2005)

CONSEJERÍA PRECONCEPCIONAL: Es la entrevista entre el médico y la pareja que planea un embarazo, en la cual se analizan: 1-La importancia de los factores de riesgo dados por la historia familiar y personal. 2-La importancia de los riesgos que se derivan de alteraciones físicas de uno ó ambos cónyuges. 3-Los efectos potenciales de cada factor de riesgo sobre el feto y sobre la paciente una vez esté embarazada. En otras palabras: como el factor modifica el embarazo. 4-Como el embarazo modifica a los factores de riesgo. 5-La probabilidad de que los factores de riesgo produzcan incapacidad física durante el embarazo y los eventuales efectos tardíos. 6-Los exámenes especiales que necesitará la paciente para identificación y seguimiento de los trastornos de su gestación. 7-La probabilidad de que el feto llegue a término en buenas condiciones y de que la madre termine su gestación en buen estado de salud. 8-La manera como deberá enfrentar los costos,la posibilidad de hospitalización para el recién nacido,los efectos laborales ,etc. (Jurado, M. Consulta preconcepcional en atención primaria. MEDIFAM. 2001; 11 (4): 207)

CONSENTIMIENTO INFORMADO: Es el formato escrito que debe firmar el individuo que participa en una investigación científica. Cuando el investigado no está en capacidad física o mental de aceptar su participación debe hacerlo su representante legal. Este documento debe contener: a-La justificación y los objetivos de la investigación. b-Los procedimientos que vayan a usarse y su propósito ,incluyendo la identificación de aquellos que son experimentales. k-En caso de que existan gastos adicionales ,estos serán cubiertos por el presupuesto de la investigación o de la institución responsable de la misma. c-Las molestias o los riesgos esperados. d-Los beneficios que pueden esperarse. e-Los procedimientos alternativos que pudieran ser ventajosos para el sujeto. f-La garantía a recibir respuesta a cualquier pregunta y a claración a cualquier duda acerca de los

procedimientos, riesgos,beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del individuo investigado. g-La libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio sin que por ello se originen perjuicios para continuar su cuidado y tratamiento. h-La seguridad que no se identificará al sujeto y que se mantenfrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad. i-El compromiso de proporcionarle información actualizada obtenida durante el estudio ,aunque esta pudiera afectar la voluntad del individuo para continuar participando. j-La disponibilidad de tratamiento médico y la indemnización a que legalmente tendría derecho por parte de la institución responsable de la investigación en el caso de daños que lo afecten directamente como consecuencia de la intervención propia de la investigación. (Cabal, V. El consentimiento informado en la jurisprudencia de la Corte Suprema. Revista Médico Legal. 2005)

CONTRACCION UTERINA*:* Acortamiento de las fibras musculares lisas que conforman el miometrio, como consecuencia de la interacción entre la actina y la miosina y secundaria a estímulos naturales, mecánicos o farmacológicos. Se evalúa según parámetros cuantitativos (frecuencia, intensidad, tono, duración) y cualitativos: triple gradiente descendente.(Williams Obstetricia. Trabajo de Parto y Parto Normales: El Parto. 21° edición. 215 – 250)

CONTRACCIONES DE ALVAREZ: Corresponde a contracciones del útero grávido que se presentan desde el primer trimestre del embarazo. Estas contracciones se caracterizan por ser de muy baja intensidad, entre 2 y 4 mm Hg, alta frecuencia alrededor de 2 a 3 por minuto, pero localizadas en un área pequeña del miometrio sin generar propagación. Las contracciones de Alvarez se presentan desde la semana 9 de gestación hasta la terminación del primer trimestre de la misma; por su baja intensidad no son percibidas por la madre ni el médico evaluador. (Duignan, NM, Studd, JW, Hughes, AO. Characteristics of normal labour in different racial groups. Br J Obstet Gynaecol 2002; 82:593)

CONTRACCIONES DE BRAXTON-HICKS: Corresponde a contracciones del útero grávido que se presentan desde la semana 12 de gestación hasta el término. Estas contracciones se caracterizan por ser esporádicas (irregulares), no tienen un ritmo definido (arrítmicas), con frecuencia aproximada de 1 cada 60 minutos, intensidad entre 5 y 25 mm Hg y son indoloras. Estas contracciones pueden ser detectadas a partir del segundo trimestre de gestación por palpación manual. Luego de las 30 semanas de gestación, estas contracciones aumentan en frecuencia, hasta presentarse 1 cada 10 minutos aproximadamente; son percibidas más fácilmente por la madre y en muchas ocasiones son confundidas con inicio del trabajo de parto. (Duignan, NM, Studd, JW, Hughes, AO. Characteristics of normal labour in different racial groups. Br J Obstet Gynaecol 2002; 82:593)

CONTROL PRENATAL: Corresponde a las actividades, procedimientos e intervenciones para el desarrollo de acciones de protección específica y detección temprana de las alteraciones del embarazo. Es el conjunto de acciones y procedimiento sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbimortalidad materna y perinatal. El control prenatal en Colombia está regido por la Norma Técnica de Detección Temprana de Alteraciones del Embarazo, contenida en la resolución 412 de 2000 del Ministerio de Salud. (Resolución 00412 del 2000)

COOPER, Sir ASTON PASTON: Cirujano londinense del siglo XIX. En el libro Anatomy and diseases of the breast describió los ligamentos suspensorios de la mama que llevan su nombre. También describió los ligamentos de Cooper en el pubis, útiles en la cirugía de cistopexia retropubiana para soporte de los paracolpos. (Moore, K. Embriología Clinica: el desarrollo del ser humano. Aparato Genitourinario. Séptima edición. Editorial Elsevier. Madrid, España. 2004. pp 307 - 148)

CORDOCENTESIS: Es la punción del cordón umbilical, con el propósito de tomar una muestra de sangre, administrar un medicamento o transfundir sangre. (Danforth. Tratado de Obstetricia y Ginecología. 8ª ed. McGraw-Hill Interamericana. México, 2000).Es un procedimiento obstétrico invasivo que

consiste en tomar una muestra de sangre fetal, mediante punción del cordón umbilical. Previo al procedimiento se realiza una evaluación ultrasonográfica para establecer condición fetal, FCF, localización de la placenta e índice de líquido amniótico. La técnica consiste en realizar asepsia y antisepsia del área abdominal materna definida durante la evaluación ultrasonográfica, colocación de campos quirúrgicos, infiltración de la piel con xilocaína al 1%, inserción del spinocat y posterior punción del cordón umbilical para obtener la muestra. Este procedimiento se realiza después de la semana 20 de gestación con el objetivo de evaluar diferentes condiciones fetales como alteraciones de la coagulación, enfermedades genéticas, enfermedades infecciosas, pero su aplicación fundamentalmente se dirige a la medición de los niveles de hemoglobina fetal en fetos con riesgo de anemia moderada o severa (establecido por evaluación del pico sistólico de la arteria cerebral media en el doppler fetal) para definir necesidad de transfusión fetal. Los riesgos del procedimiento incluyen ruptura de membranas, desprendimiento de placenta, lesión fetal, muerte fetal, que se presentan en 1 de cada 250 procedimientos, es decir, un riesgo del 0.004%. (Quiroz, V. Cordocentesis: experiencia local. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología. 2003; 68 (4): 300 – 304)

CORDÓN UMBILICAL, INSERCIÓN FUNICULI FURCATA: Corresponde a una alteración del inserción del cordón umbilical en la cual los vasos del cordón se insertan en la placenta de forma aislada. Se asocia con una disminución o ausencia de la gelatina de Wharton. En esta situación el cordón se inserta en el corion frondoso, pero antes de la inserción, los vasos se separan y pierden la protección de la gelatina de Wharton, de tal manera que están expuestos a trauma o lesión. El cordón con esta característica es muy susceptible a lesiones por tracción, aumenta de la presión intra-abdominal, compresión mecánica y cambios de presión en el trabajo de parto. La estructura que generalmente se afecta es la vena, aunque se han descrito cambios en la pared de la arteria, perdiendo su elasticidad y resistencia. Este tipo de anomalía genera riesgo alto de muerte fetal, tanto por lesión directa de un vaso como por torsión del cordón a este

nivel. (Gonzalez, L. Viña, M. Funiculi furcata: una rara anomalía del cordón umbilical. Gad Méd Caracas. 2006; 104 (2): 150 – 154)

CORDÓN UMBILICAL, INSERCIÓN VELAMENTOSA: Es la inserción del cordón en las membranas, en vez de hacerlo en la placenta. La zona de inserción más los vasos que confluyen al cordón simulan un velo de novia que le da el nombre a esta variante anatómica. // La inserción velamentosa es muy débil a la fuerza de tracción. Cuando el cordón tiene inserción velamentosa y se acompaña de placenta previa, pueden anteponerse los vasos sanguíneos entre la presentación fetal y el orificio cervical, condición llamada vasa previa. Aproximadamente el 1% de los cordones tienen inserción velamentosa. (Danforth. Tratado de Obstetricia y Ginecología. 8ª ed. McGraw-Hill Interamericana. México, 2000). ***//* 2.** Corresponde a una alteración de la inserción del cordón umbilical en la cual los vasos umbilicales se insertan en las membranas a cierta distancia del margen placentario, que alcanzan rodeados sólo por un pequeño pliegue de amnios. En esta situación el cordón se inserta sobre las membranas y los vasos llegan unidos, con conservación de la gelatina de Wharton. La inserción velamentosa afecta al 1% de los embarazos únicos y cerca del 15% de los embarazos gemelares. Este tipo de anormalidad de inserción del cordón umbilical se ha relacionado con los embarazos gemelares monocoriales monoamnióticos con síndrome de transfusión gemelo-gemelo. Las investigaciones evidencian que la inserción velamentosa del cordón y la asimetría placentaria se correlacionan, de tal manera que la porción más pequeña de la placenta corresponde al gemelo que tiene inserción velamentosa de su cordón (Sepulveda, W, Rojas, I, Robert, JA, et al. Prenatal detection of velamentous insertion of the umbilical cord: a prospective color Doppler ultrasound study. Ultrasound Obstet Gynecol 2003; 21:564)

CORDÓN UMBILICAL, INSERCIÓN: Corresponde al sitio de la placenta en la cual se inserta el cordón umbilical. En el 80% de los casos el cordón umbilical se inserta de forma central en la placenta; en el 20% restante se presentan anomalías de la inserción, dentro de las cuales la más común es la inserción velamentosa. (Sepulveda, W, Rojas, I, Robert, JA, et al.

Prenatal detection of velamentous insertion of the umbilical cord: a prospective color Doppler ultrasound study. Ultrasound Obstet Gynecol 2003; 21:564) ***//*** **2.** Es la denominación que recibe la implantación del cordón, de acuerdo a la región de la placenta donde se inserta, o al aspecto que toma cuando se inserta en la membrana corioamniótica. De acuerdo al sitio de inserción puede llamarse central, marginal o velamentosa. (Danforth. Tratado de Obstetricia y Ginecología. 8ª ed. McGraw-Hill Interamericana. México, 2000).

CORDÓN UMBILICAL, PROLAPSO: Es la expulsión de una parte del cordón umbilical en la paciente que tiene membranas rotas y feto flotante o a quien se le hace ruptura artificial de membranas con el feto flotante. Este accidente puede producir compresión del cordón al momento de las contracciones uterinas, por lo cual se asocia a riesgo elevado de muerte fetal. Por esta razón, el prolapso del cordón umbilical es una emergencia obstétrica que requiere atención por personas entrenadas y en centros clínicos que dispongan de quirófano, equipo de reanimación neonatal, etc. // **2**.Corresponde a la palpación del cordón umbilical por delante de la presentación fetal o al lado de la misma en embarazos que cursan con membranas ovulares rotas. La incidencia de prolapso de cordón umbilical se encuentra entre 0.4% y 0.5%, con una mortalidad perinatal del 70%, de tal manera que constituye una emergencia obstétrica y se indica terminación del embarazo por vía alta de manera inmediata al diagnóstico, teniendo en cuenta el riesgo elevado de hipoxia y muerte fetal. Los factores de riesgo para prolapso de cordón umbilical son: ruptura de membranas sin encajamiento de la presentación, prematurez, polihidramnios, pelvis estrecha, placenta previa, gestación múltiple, tumores pélvicos. (Qureshi, NS, Taylor, DJ, Tomlinson, AJ. Umbilical cord prolapse. Int J Gynaecol Obstet 2004; 86:29) (Danforth. Tratado de Obstetricia y Ginecología. 8ª ed. McGraw-Hill Interamericana. México, 2000).

CORDÓN UMBILICAL, CIRCULARES: Es el enrollamiento del cordón umbilcal alrededor del cuello, del tronco, de las extremidades del feto, etc. Las circulares favorecen la formación de nudos y dificultan el descenso del feto a través del canal del parto por el acortamiento del cordón. (Danforth.

Tratado de Obstetricia y Ginecología. 8ª ed. McGraw-Hill Interamericana. México, 2000).// Sin embrago, cuando el feto ha expulsado la cabeza durante el parto y se aprecian una o dos circulares del cordón al cuello, ya no es necesaria ninguna maniobra y el parto puede atenderse haciendo caso omiso a las circulares (experiencia de los autores). // 2. También conocido como Asa Cervical de Cordón, corresponde a la presencia de una o más vueltas del cordón en el cuello del feto, antes o durante el trabajo de parto. Las circulaciones del cordón umbilical se presentan de manera esporádica durante la gestación, como consecuencia de los múltiples movimientos fetales, de tal manera que aparecen y desaparecen. Se considera que aproximadamente el 20% de todos los embarazos presentan circular de cordón umbilical, sin representar riesgos importantes para el feto; sin embargo, si se detecta ecográficamente circular de cordón umbilical apretada durante el trabajo de parto, es necesario realizar un seguimiento cuidadoso y estricto de la condición fetal teniendo en cuenta un riesgo mayor de descenso del flujo sanguíneo fetal durante las contracciones uterinas por compresión del cordón. Si esta condición afecta el trazado de la FCF en el monitoreo fetal de manera persistente y en la fase inicial del trabajo de parto, es decir, lejos del parto, es necesario terminación del embarazo por vía abdominal. El diagnóstico de circular del cordón umbilical se realiza por evaluación ultrasonográfica y durante el trabajo de parto, a través del monitoreo fetal con estrés; esta última prueba de bienestar fetal tiene una sensibilidad del 57%, especificidad del 65% para detectar circular de cordón umbilical. (Pineda, E. Rodríguez, M. Valor predictivo del test estresante en el diagnóstico de circular de cordón umbilical. Revista chilena de Ginecología y Obstetricia. 2006; 70 (2): 165 – 178)

CORDÓN UMBILICAL, COMPRESIÓN: 1. Es el atrapamiento que le ocurre al cordón umbilical, entre la presentación fetal y las paredes uterinas (cuando ocurre durante el trabajo de parto con membranas integras)// **2**. Es el atrapamiento del cordón umbilical entre la presentación fetal y las estructuras pélvicas de la madre, en los casos en los cuales ha habido prolapso del cordón por ruptura espontánea o artificial de membranas con el feto flotante. // La compresión del cordón en fetos con membranas íntegras

disminuye la oxigenación del feto por lo cual debe evaluarse la posibilidad de sufrimiento fetal. Cuando la compresión ocurre por prolapso del cordón, se pone en grave riesgo la vida del feto, pues la circulación sanguínea se suspende por completo. Es una emergencia obstétrica. (Danforth. Tratado de Obstetricia y Ginecología. 8ª ed. McGraw-Hill Interamericana. México, 2000).// **3.** Corresponde a una patología del cordón umbilical que se caracteriza por estrechamiento del diámetro del cordón umbilical al comprimirse entre la presentación fetal y la pelvis ósea. Esta condición genera disminución del flujo sanguíneo al feto que, si es persistente, genera hipoxia fetal, acidosis fetal y muerte si no se corrige a tiempo. La compresión del cordón umbilical se detecta a través del monitoreo fetal con estrés que evidencia desaceleraciones de la frecuencia cardiaca fetal de tipo variable. Si estas desaceleraciones son profundas y persistentes, se indica terminación del embarazo por vía alta. (Pineda, E. Rodríguez, M. Valor predictivo del test estresante en el diagnóstico de circular de cordón umbilical. Revista chilena de Ginecología y Obstetricia. 2006; 70 (2): 165 – 178)

CORDÓN UMBILICAL, INSERCIÓN CENTRAL: Es la denominación que recibe la implantación del cordón, cuando se inserta en el centro del disco placentario. Es la forma más anatómica y la que mantiene mayor resistencia a la fuerza de tracción. Aproximadamente el 92% de los cordones tiene este tipo de inserción (Danforth. Tratado de Obstetricia y Ginecología. 8ª ed. McGraw-Hill Interamericana. México, 2000).

CORDÓN UMBILICAL, INSERCIÓN MARGINAL: Es la denominación que recibe la implantación del cordón, cuando se inserta de manera excéntrica, hacia el borde del disco placentario. Aproximadamente el 7% de los cordones tiene este tipo de inserción (Danforth. Tratado de Obstetricia y Ginecología. 8ª ed. McGraw-Hill Interamericana. México, 2000).

CORDÓN UMBILICAL, INSERCIÓN VASCULAR EN HORQUILLA: Recibe este nombre el tipo de implantación en la cual se forman dos grupos de vasos gruesos por fuera de la placenta, antes de adherirse a la misma. La bifurcación de los vasos forma una letra Y invertida, conocida como

horquilla o furca. (Danforth. Tratado de Obstetricia y Ginecología. 8ª ed. McGraw-Hill Interamericana. México, 2000).

CORDÓN UMBILICAL, INSERCIÓN VELAMENTOSA: Es la inserción del cordón en las membranas, en vez de hacerlo en la placenta. La zona de inserción más los vasos que confluyen al cordón simulan un velo de novia que le da el nombre a esta variante anatómica. // La inserción velamentosa es muy débil a la fuerza de tracción. Cuando el cordón tiene inserción velamentosa y se acompaña de placenta previa, pueden anteponerse los vasos sanguíneos entre la presentación fetal y el orificio cervical, condición llamada vasa previa. Aproximadamente el 1% de los cordones tienen inserción velamentosa. (Danforth. Tratado de Obstetricia y Ginecología. 8ª ed. McGraw-Hill Interamericana. México, 2000). ***//*** **2.** Corresponde a una alteración de la inserción del cordón umbilical en la cual los vasos umbilicales se insertan en las membranas a cierta distancia del margen placentario, que alcanzan rodeados sólo por un pequeño pliegue de amnios. En esta situación el cordón se inserta sobre las membranas y los vasos llegan unidos, con conservación de la gelatina de Wharton. La inserción velamentosa afecta al 1% de los embarazos únicos y cerca del 15% de los embarazos gemelares. Este tipo de anormalidad de inserción del cordón umbilical se ha relacionado con los embarazos gemelares monocoriales monoamnióticos con síndrome de transfusión gemelo-gemelo. Las investigaciones evidencian que la inserción velamentosa del cordón y la asimetría placentaria se correlacionan, de tal manera que la porción más pequeña de la placenta corresponde al gemelo que tiene inserción velamentosa de su cordón (Sepulveda, W, Rojas, I, Robert, JA, et al. Prenatal detection of velamentous insertion of the umbilical cord: a prospective color Doppler ultrasound study. Ultrasound Obstet Gynecol 2003; 21:564)

CORDÓN UMBILICAL, NUDO FALSO: **1.** Son formaciones elevadas del cordón, de características quísticas, cuyo aspecto remeda un nudo que no existe. (Danforth. Tratado de Obstetricia y Ginecología. 8ª ed. McGraw-Hill Interamericana. México, 2000). // **2.** Corresponde al entrecruzamiento del cordón umbilical en forma de nudo. Esta condición se presenta como

consecuencia de los múltiples movimientos fetales. La característica principal de los nudos falsos del cordón umbilical, es que son sueltos o flojos y pueden revertirse de manera espontánea, de tal forma que no generan compresión funicular y por lo tanto no implica riesgos de hipoxia fetal. La presencia de nudos falsos del cordón umbilical no representa mayores riesgos para el estado fetal. (Castro, T.Gómez, S. Diganóstico prenatal de un nudo verdadero de cordón umbilical. Clínica e investigación en Ginecología y Obstetricia. 2007; 34 (5): 208 – 211)

CORDÓN UMBILICAL, NUDO VERDADERO: Es la formación de uno o más nudos en el cordón umbilical, como consecuencia de los múltiples movimientos fetales. Los nudos se forman más frecuentemente cuando el cordón tiene más de 70 cm de longitud. (Danforth. Tratado de Obstetricia y Ginecología. 8ª ed. McGraw-Hill Interamericana. México, 2000).// **2.** Corresponde al entrecruzamiento del cordón umbilical en forma de nudo, secundario a los múltiples movimientos fetales. La característica de los nudos verdaderos del cordón umbilical es que tienden a ser ajustados, de tal forma que no es posible su reversión espontánea y en presencia de contracciones uterinas, se genera compresión funicular, alterando el flujo sanguíneo al feto y estableciendo mayor riesgo de hipoxia fetal y apgar bajo al nacer. (Castro, T.Gómez, S. Diganóstico prenatal de un nudo verdadero de cordón umbilical. Clínica e investigación en Ginecología y Obstetricia. 2007; 34 (5): 208 – 211)

CORDÓN UMBILICAL, PROCIDENCIA: Corresponde a la presencia del cordón umbilical por delante de la presentación fetal o a lado de la misa en embarazos con membranas íntegras. En este caso, teniendo en cuenta la integridad de las membranas ovulares, el cordón umbilical no se encuentra bajo compresión. Algunos autores consideran que la procidencia del cordón umbilical es la fase previa o inicial de un prolapso verdadero de cordón en el momento en el que se rompan las membranas ovulares. Por lo anterior, esta condición representa una urgencia obstétrica y se indica la terminación del embarazo por vía alta en el menor tiempo posible después de realizado el diagnóstico, con el fin de evitar su progresión a prolapso de cordón umbilical y con esto el riesgo de muerte fetal por hipoxia secundaria a

compresión funicular. Qureshi, NS, Taylor, DJ, Tomlinson, AJ. Umbilical cord prolapse. Int J Gynaecol Obstet 2004; 86:29

CORDÓN UMBILICAL, PROLAPSO: Es la expulsión de una parte del cordón umbilical en la paciente que tiene membranas rotas y feto flotante o a quien se le hace ruptura artificial de membranas con el feto flotante. Este accidente puede producir compresión del cordón al momento de las contracciones uterinas, por lo cual se asocia a riesgo elevado de muerte fetal. Por esta razón, el prolapso del cordón umbilical es una emergencia obstétrica que requiere atención por personas entrenadas y en centros clínicos que dispongan de quirófano, equipo de reanimación neonatal, etc. (Danforth. Tratado de Obstetricia y Ginecología. 8ª ed. McGraw-Hill Interamericana. México, 2000).

CORDÓN UMBILICAL: Es una formación embrionaria que une el embrión o feto con la placenta. Contiene los remanentes del vitelio y el alantoides. Contiene dos arterias y una vena; la sangre arterial discurre a través de la vena umbilical y la sangre venosa o desoxigenada discurrre a través de las arterias umbilicales para realizar el intercambio gaseoso con la sangre materna a nivel de la placenta. Su longitud media está entre los 35 y 65 cm. Si el cordón es más largo de lo mencionado, favorece la formación de circulares y nudos, lo cual pone en riesgo la vida del feto. (Danforth. Tratado de Obstetricia y Ginecología. 8ª ed. McGraw-Hill Interamericana. México, 2000).

CORIOAMNIONITIS: Hace referencia a la infección del líquido amniótico, membranas, placenta o útero. Histopatológicamente se caracteriza por infiltración leucocitaria de la placenta y las membranas y clínicamente se caracteriza por respuesta inflamatoria materna y fetal. La corioamnitis afecta aproximadamente el 0.5 al 1% de todos los embarazos. El mecanismo mas frecuente de infección es un proceso de infección ascendente de la flora vaginal, a través del cérvix, después del inicio del trabajo de parto o ruptura de membranas; tambien se han descrito casos de infección transplacentaria como en el caso de infección por Lysteria Monocytogenes y Streptococo grupo A; otra forma de infección es la migración de bacterias de la cavidad

abdominal a la cavidad uterina a través de las trompas de Falopio, contaminación inadvertida de una aguja durante amniocentesis o cordocentesis. Los factores de riesgo incluyen la duración prolongada del trabajo de parto y la ruptura prematura de membranas prolongada con periodo de latencia mayor a 24 horas, múltiples tactos vaginales (> 6), monitorización fetal interna, cerclajes y procedimiento invasivos. Los gérmenes más comúnmente involucrados son: Streptococo grupo B, E coli, Gardnerella Vaginlis, Prevotella, entre otros. Los criterios clínicos para la corioamnionitis son: Fiebre (> 38°C) + dos o más de los siguientes: taquicardia materna (> 100), taquicardia fetal (> 160), hipersensibilidad uterina, líquido amniótico fétido, leucocitosis > 15000 o incremento de los mismos > 30%, ningún otro sitio evidente de infección. El tratamiento consiste en terapia antimicrobiana y evacuación del contenido uterino, independiente de la edad gestacional, ya que la condición tiene alta mortalidad fetal (25%) y materna por sepsis de origen obstétrico. (Newton, E. Preterm labour, preterm premature ruptura of membranes and chorioamnionitis. Clinics in perinatology. 2005; 32: 571-60

CORIOANGIOMA: Corresponde a una patología tumoral de la placenta. Es un tumor sólido de origen angiomatoso capilar que se encuentra en contacto con la placa corial, es decir, en la parte fetal de la placenta. Se han descrito algunos casos excepcionales de corioangioma implantado en el cordón umbilical. La incidencia del corioangioma se encuentra entre el 1% y el 1.5% en la población general, con una tasa de mortalidad perinatal cercana al 37% asociado frecuentemente a prematurez y oligoamnios. El tamaño de la tumoración varía entre 1 a 20 cm y se caracteriza por una coloración rojo-azulada, consistencia firme, recubierto por una cápsula lisa. El tumor es benigno y muchos autores lo consideran como un hamartoma vascular o un endotelioma. (Ghidini, A, et al. Umbilical cord hemangioma. Prenatal identification and review of the literature. J Ultrasound Med 2000; 9:297)

CORIOANGIÓPAGO:

CORIOANGIOSIS:

CORIOCÁNCER: Es un tumor epitelial originado del trofoblasto considerado dentro del espectro de malformaciones proliferativas del trofoblasto. Se puede originar de cualquier evento obstétrico siendo la mola hidatidiforme el más común (50%), seguido de aborto espontáneo (25%), embarazo normal (22.5%), embarazo ectópico (2.5%). Se manifiesta como hemorragia uterina anormal persistente usualmente después de la evacuación de una mola hidatidiforme completa, aunque puede presentar como primera manifestación el compromiso metastásico que incluye hemorragias del SNC, tracto gastrointestinal, higado y tracto urinario. Los sitios más frecuentes de metástasis son pulmón y cerebro. La sobrevida es del 100% en tumores no metastáticos y en tumores metastáticos la respuesta a quimioterapia combinada y radioterapia es alrededor del 85-90%. (Pei, H. Martel, M. Parcas, V. Gestational Trophoblastic Diseases. Recent Advances in Histopathologic Diagnosis and Related Genetic Aspects. Adv Anat Pathol 2005;12 (3):116–125)

CORION: Corresponde a una estructura en forma de envoltura externa que rodea al embrión; es una membrana concéntrica al amnios, que lo envuelve, así como al resto de membranas fetales. Contiene una capa externa formada por el ectodermo primitivo o trofoblasto y una capa interna formada por el mesodermo somático, que se encuentra en contacto con el amnios. La capa externa prolifera rápidamente formando las vellosidades corionicas, a través de las cuales se realiza el intercambio de nutrientes entre sangre materna y fetal; por su parte la capa interna conlleva las capas de la vasculatura umbilical para vascularizar las vellosidades corionicas. (Salinas, H. Screening genético antenatal para la detección de aneuploidías. Revista Chilena Obstetricia y Ginecologìa. 2003; 68 (6): 529)

CORION, BIOPSIA DE: Tambien conocido como Biopsia de vellosidades coriales o corionicas, corresponde a una técnica invasiva de diagnóstico prenatal para cromosomopatías. El procedimiento se realiza en embarazos entre 10 y 14 semanas con sospecha de aneuploidías. Mediante guía ecográfica permanente, se realiza una punción a través del abdomen materno y se toma la muestra de vellosidades corionicas; el procedimiento se realiza en forma ambulatoria, bajo anestesia local. Las complicaciones

del procedimiento incluyen, sangrado, ruptura de membranas, inicio de actividad uterina, desprendimiento de placenta, muerte fetal; estas complicaciones se presentan en 1 de cada 100 procedimientos realizados. (Salinas, H. Screening genético antenatal para la detección de aneuploidías. Revista Chilena Obstetricia y Ginecologìa. 2003; 68 (6): 529)

CORIONOSCOPIO: Es un histeroscopio con visión oblícua de 30º con un calibre de 3 mm y una vaina de 3,7 mm x 5 mm y accesorios para realizar la biopsia del corion en el primer trimestre de la gestación para diagnóstico de los trastornos de los cromosomas. (Salinas, H. Screening genético antenatal para la detección de aneuploidías. Revista Chilena Obstetricia y Ginecologìa. 2003; 68 (6): 529)

CORISTOMA DE LA MAMA: Corresponde a un tumor congénito benigno localizado a nivel de la mama, formado por tejidos que normalmente no se encuentran en el órgano afectado. Se caracteriza por la presencia de tejidos desorganizados en forma pseudotumoral que no pertenecen embriológicamente a la mama. Histológicamente se pueden documentar varios nidos de cartílago rodeados de tejido adiposo, fibroso o mixoide, sin presencia de tejido epitelial. Se considera un tumor congénito benigno secundario a errores locales congénitos que usualmente se manifiestan en las primeras décadas de la vida. El diagnóstico se realiza a través de histopatología y el tratamiento en resección quirúrgica. . (Pérez, M. Santiago, J. Hamartoma de la mama. Revista Cubana de Cirugía. 2004; 43 (2): 1216-20)

CORISTOMA: 1. Tumor o pseudotumor, formado por tejidos benignos pero ajenos al órgano donde está ubicado // **2**. Malformación congénita seudotumoral constituída por tejidos maduros que se disponen de forma desordenada en localizaciones anómalas. Por ejemplo: la presencia de un pezón en la región inguinal es un coristoma. (Alarcón, M. Anatomia Clínica del aparato genital femenino. Anatomía clínica de la mama. Primera edición. Editorial Manual Moderno. Bogotá, Colombia. 2005. pp 318)

CORONA RADIADA: Es la primera capa de células granulocíticas del cúmulos ooforo. Por acción de la LH las células se organizan, se alargan y

se separan del ovocito quedando unidas a él mediante largos procesos citoplasmáticos que atraviezan la zona pelúcida. (Moore, K. Persaud, T. Inicio del desarrollo embrionario: Primer semana. Embriología Clínica. México. McGraw-Hill Interamericana. 6° edición. 2001. pg. 17 – 49).

CORPUS ALBICANS: Corpus albicans significa cuerpo blanco y corresponde a una estructura fibrosa que se forma luego de la expulsión del ovocito, en el proceso de ovulación. El folículo que contenia el ovocito se transforma en un cuerpo lúteo que produce hormonas como progesterona, estrógenos, relaxina e inhibina, que posteriormente se degenera formando la estructura fibrosa conocida como corpus albicans. (Moore, K. Persaud, T. Inicio del desarrollo embrionario: Primer semana. Embriología Clínica. México. McGraw-Hill Interamericana. 6° edición. 2001. pg. 17 – 49).

CORRIENTE PARCIALMENTE RECTIFICADA: Es la aplicación de un flujo de electrones provenientes de un surtidor de ondas de radio cuya frecuencia se produce en el rango de 2 a 4 megaHertz y que fluctúan entre las bandas AM y FM ,transformadas de tal manera que se convierten en fuente de energía para convertir una asa metálica en instrumento frío para corte ,coagulación, vaporización o carbonización de las células. Una vez que el emisor genera la señal con la frecuencia de 2 a 4 Mhz, la onda es transmitida a través del electrodo hasta llegar al tejido. La placa de antena focaliza el flujo de electrones en la punta del electrodo y completa el ciclo de transmisión-recepción. Produce 10% de corte y 90% de coagulación. Es un tipo de corriente que alterna el impulso y la pausa pero con predominio de la pausa. Este tipo de corriente parcialmente rectificada desarrolla mayor calor lateral que los flujos de electrones en los cuales predomina el impulso. No es el más recomendable para corte, pero su efecto es aprovechado para hacer coagulación y hemostasia. Si el desplazamiento es rápido, el calor lateral es mínimo; entre más lento sea el desplazamiento mayor será el calor absorbido por los tejidos. En término medio el calor compromete los tejidos ubicados a 500 micras en la periferia. Con este tipo de corriente se suelen tratarse las endometriosis, lesiones virales del cervix, corrección de telangiectasias, corrección de queloides, etc. Ver Radiocirugía. (Kwok A, Nevell D, Ferrier A, Graf N, Lam A, Ford

R. Comparison of Tissue Injury between Laparosonic Coagulating Shears and Electrosurgical Scissors in the Sheep Model. J Am Assoc Gynecol Laparosc 2001, 8:378–384)

CORRIENTE PULSANTE: Es la aplicación de un flujo de electrones provenientes de un surtidor de ondas de radio cuya frecuencia se produce en el rango de 2 a 4 megaHertz y que fluctúan entre las bandas AM y FM ,transformadas de tal manera que se convierten en fuente de energía para convertir una asa metálica en instrumento frío para corte ,coagulación, vaporización o carbonización de las células. Con la corriente pulsante se obtiene casi exclusivamente efecto de quemadura por carbonización sin efecto de corte más allá de las 500 micras a la periferia. Tiene indicaciones muy limitadas pero es muy útil para resección de condilomas genitales grandes o para destrucción de masas de las cuales se conoce plenamente su carácter benigno. Ver Radiocirugía. (Kwok A, Nevell D, Ferrier A, Graf N, Lam A, Ford R. Comparison of Tissue Injury between Laparosonic Coagulating Shears and Electrosurgical Scissors in the Sheep Model. J Am Assoc Gynecol Laparosc 2001, 8:378–384)

CORRIENTE RECTIFICADA Y FILTRADA: Es la aplicación de un flujo de electrones provenientes de un surtidor de ondas de radio cuya frecuencia se produce en el rango de 2 a 4 megaHertz y que fluctúan entre las bandas AM y FM ,transformadas de tal manera que se convierten en fuente de energía para convertir una asa metálica en instrumento frío para corte ,coagulación, vaporización o carbonización de las células. La corriente rectificada y filtrada produce 90% de corte y 10% de coagulación. Este tipo de flujo de ondas de radio es de alta frecuencia ,de manera contínua cuyos electrones filtrados viajan sin distorsión. Esto permite incisiones muy delicadas y sin daño tisular circundante por cuanto el calor emitido no alcanza más allá de las 15 micras en la periferia. Cuando se toma una biopsia con este tipo de energía el tejido no sufre alteraciones y se facilita su estudio histopatológico. Esta ventaja física se aprovecha para hacer conizaciones del cervix, resección de verrugas, reparaciones cosméticas, cortes finos en piel, etc. Ver Radiocirugía. (Kwok A, Nevell D, Ferrier A, Graf N, Lam A, Ford R. Comparison of Tissue Injury between Laparosonic Coagulating

Shears and Electrosurgical Scissors in the Sheep Model. J Am Assoc Gynecol Laparosc 2001, 8:378–384)

CORRIENTE TOTALMENTE RECTIFICADA: Es la aplicación de un flujo de electrones provenientes de un surtidor de ondas de radio cuya frecuencia se produce en el rango de 2 a 4 megaHertz y que fluctúan entre las bandas AM y FM, transformadas de tal manera que se convierten en fuente de energía para convertir una asa metálica en instrumento frío para corte ,coagulación, vaporización o carbonización de las células. La corriente totalmente rectificada produce 50% de corte y 50% de coagulación. El mecanismo físico del flujo de electrones es de impulso y pausa. Con el impulso corta y con la pausa coagula. Como la secuencia es muy rápida el efecto es casi simultáneo de corte y hemostasia. La acción de coagulación lesiona apenas superficialmente los tejidos, con una profundidad que fluctúa entre 200 y 380 micras, en cuya área produce hemostasia de los capilares y otros vasos de pequeño calibre. El efecto de quemadura es leve y se corrige fácilmente con la reepitelización. Para que el calor absorbido por los tejidos sea apenas el necesario para una adecuada hemostasia, se debe avanzar el electrodo a una velocidad de 5 a 10 mm por segundo. Con este tipo de corriente suelen hacerse conizaciones del cuello uterino, resección de verrugas, condilomas, pólipos, hemorroides, miomectomías, cirugías para embarazo ectópico, etc. Ver Radiocirugía. (Kwok A, Nevell D, Ferrier A, Graf N, Lam A, Ford R. Comparison of Tissue Injury between Laparosonic Coagulating Shears and Electrosurgical Scissors in the Sheep Model. J Am Assoc Gynecol Laparosc 2001, 8:378–384)

CORTE AXIAL DE LA COLUMNA VERTEBRAL FETAL: Es un plano de corte transverso de la columna vertebral fetal que divide cada vértebra en los planos superior e inferior. Este plano de corte es el empleado para detectar un disrafismo vertebral. (Cafici,D. Mejides, A. Sepúlveda, W. Ultrasonografía en obstetricia y diagnóstico prenatal. Sistema Nervioso Fetal: evaluación mediante ultrasonido. Buenos Aires, Argentina. Ediciones Journal. 2003. p 207-236)

CORTE AXIAL: Es denominado corte transversal y hace referencia al plano de sección en el cual se divide el cuerpo en una porción superior y otra inferior. En este caso, la imagen observada en la parte superior del monitor corresponde a la región anterior, la imagen observada en la parte inferior del monitor corresponde a la región posterior, la imagen observada a la derecha del monitor corresponde a la porción izquierda y la imagen observada a la izquierda del monitor corresponde a la porción derecha de la estructura evaluada. (Filly, R. Crane, J. Routine obstetrics sonography. J Ultrasound Med. 2002; 21: 713 – 718

CORTE CORONAL DE LA COLUMNA VERTEBRAL FETAL: Divide cada vértebra en los planos anterior y posterior. Es un plano que permite ver los tres núcleos de osificación vertebrales alineados y formando una línea triple ecogénica.. (Cafici,D. Mejides, A. Sepúlveda, W. Ultrasonografía en obstetricia y diagnóstico prenatal. Sistema Nervioso Fetal: evaluación mediante ultrasonido. Buenos Aires, Argentina. Ediciones Journal. 2003. p 207-236)

CORTE CORONAL DE LA COLUMNA VERTEBRAL FETAL: Es un plano de corte coronal que permite ver los tres núcleos de osificación vertebrales alineados y formando una línea triple ecogénica. Se obtiene a través de un plano coronal simétrico en el cual se observa cantidad similar de tejido blando a ambos lados. (Cafici,D. Mejides, A. Sepúlveda, W. Ultrasonografía en obstetricia y diagnóstico prenatal. Sistema Nervioso Fetal: evaluación mediante ultrasonido. Buenos Aires, Argentina. Ediciones Journal. 2003. p 207-236)

CORTE CORONAL: Es el corte que se realiza en el eje mayor del cuerpo pero en un ángulo de noventa grados con respecto al corte longitudinal, por lo que el cuerpo queda dividido en una porción anterior y otra posterior. Si una persona está parada de perfil, mirando hacia la derecha, la región anterior es la región derecha de la imagen. La otra región es la posterior.(Filly, R. Crane, J. Routine obstetrics sonography. J Ultrasound Med. 2002; 21: 713 – 718) // Sinónimo: Plano coronal.

CORTE DE LAS TROMPAS: Ver Planificación familiar,cirugía

CORTE SAGITAL DE LA COLUMNA VERTEBRAL FETAL: Divide cada vértebra en un plano derecho e izquierdo**.** Permite evaluar las curvaturas laterales normales de la columna vertebral fetal, las partes blandas suprayacentes y establecer la extensión de una lesión medular en caso de presentarse. (Cafici,D. Mejides, A. Sepúlveda, W. Ultrasonografía en obstetricia y diagnóstico prenatal. Sistema Nervioso Fetal: evaluación mediante ultrasonido. Buenos Aires, Argentina. Ediciones Journal. 2003. p 207-236)

CORTE SAGITAL(en ecografía): Es el denominado corte longitudinal con el cual se obtiene una visión de un plano cortado en el eje mayor del cuerpo, dividiéndolo en dos porciones laterales derecha e izquierda. (Filly, R. Crane, J. Routine obstetrics sonography. J Ultrasound Med. 2002; 21: 713 – 718) // Sinónimo: Plano sagital.

CORTE SAGITAL: Es el denominado corte longitudinal el cual se obtiene una visión de un plano cortado en el eje mayor del cuerpo, dividiéndolo en dos porciones laterales. De acuerdo a lo anterior, la imagen observada en la porción superior del monitor representa la región anterior de la estructura evaluada, la imagen observada en la región inferior del monitor representan la región posterior, la imagen observada a la derecha del monitor corresponde a la región superior y la imagen observada a la izquierda del monitor corresponde a la región inferior de la estructura evaluada. (Filly, R. Crane, J. Routine obstetrics sonography. J Ultrasound Med. 2002; 21: 713 – 718

CORTE TRANSVERSAL: Ver Corte axial

CORTICOIDES PARA MADURACIÓN PULMONAR FETAL:

CRÁNEOCLASIA: Ruptura o aplastamiento de la cabeza fetal, realizada en la antigüedad para reducir el volumen cefálico en los casos de muerte del feto grande qua había fallecido, para facilitar su extracción. (Dalence, J. Muerte fetal intrauterina. Revista Médica. 2005; 11 (2): 71)

CRÁNEOCLASTO: Instrumento utilizado en la antigüedad para realizar la cráneoclasia. No hay una clara distinción con el basiotribo. (Dalence, J. Muerte fetal intrauterina. Revista Médica. 2005; 11 (2): 71)

CRAUROSIS VULVAR: Es una enfermedad vulvar caracterizada por atrofia esclerosante progresiva que da lugar a estenosis de la vulva con desaparición de los labios menores y el clítoris. La piel de la vulva presenta un aspecto delgado, seco, brillante y ausencia de pigmentación. Clínicamente las pacientes manifiestan prurito, excoriaciones, lesiones cutáneas y dispareunia. Actualmente se conoce con el nombre de Distrofia Vulvar. (De Palo, G. Dexeus, S. Patología y Tratamiento del Tracto Genital Inferior. Anomalías de la vulva. Segunda edición. Editorial Elsevier. Madrid, España. 2001. pp 45)

CRIOCIRUGÍA ó CRIOCAUTERIO: Ver Coagulación Fría

CRIOTERAPIA: Ver Coagulación Fría

CRIPTOMENORREA: Es la ausencia de menarquia secundaria a un obstáculo congénito localizado en cualquier lugar de la vía de drenaje, ya sea a nivel de cuello, vagina o himen. Dentro las condiciones consideradas como criptomenorrea se incluyen el himen imperforado, septum vaginal transverso y agenesia cervical. Las pacientes manifiestan dolor intermitente cíclico, gravativo, a nivel hipogástrico debido a la irritación peritoneal producida por la sangre regurgitada, sensación de masa que aumenta progresivamente de tamaño por la distensión de vagina, útero o trompas de acuerdo a la localización de la sangre acumulada. El tratamiento consiste en himenectomía o resección del septum vaginal para permitir el drenaje de la sangre acumulada. (Croak, A. Gebbart, J. Congenital anomalies of the female urogenital tract. Pelvic medicine & surgery. 2005; 11(4): 165-180)

CRITERIOS DE BRADFORD PARA ESTABLECER LA CAUSALIDAD. Normas establecidas en 1965 por el investigador inglés Sir Austin Bradford Hill para determinar cuando un factor es causal de otro. Ver Causalidad.

CRITERIOS DE NOYES PARA FECHADO ENDOMETRIAL: Corresponde a los cambios cuantitativos aproximados empleados para la datación o

fechado del endometrio humano. Este procedimiento permite valorar el estado hormonal del endometrio, documentar la ovulación y determinar las causas del sangrado endometrial e infertilidad. Los cambios endometriales se han definido en siete criterios morfológicos: Mitosis glandulares (indican proliferación de las glándulas), tortuosidad de las glándulas, vacuolización basal, secreción, edema estromal, reaccion predecidual e infiltración leucocitaria. (Kumar, V. Abbas, A. Patología Estructural y funcional. Robbins and Cotrans. Histologia endometrial Septima edición. Editorial Elsevier. Madrid, España. 2005. pp. 1084)

CRITERIOS DE SPIELGERBERG PARA ECTÓPICO OVÁRICO: Hace referencia a los criterios empleados para diferenciar un embarazo ectópico ovárico de otros embarazos ectópicos. Los criterios son: saco gestacional localizado en la fosa ovárica, embarazo ectópico unido al útero por el ligamento úteroovárico, tejido ovárico en la pared del saco gestacional (por histopatología), trompa contralateral indemne. (Molinaro, T. Barnhart, T. Ectopic pregnancies in unusual locations. Seminars in Reproductive Medicine. 2007; 25 (2): 123 – 130)

CROMOSOMA EN ANILLO: Es aquel que toma forma circular, favorecida por deleción (pérdida de una porción) de los extremos de sus brazos.

CROMOSOMA: (griego,cromos: color y soma: cuerpo,corpúsculo): Es cada corpúsculo que contiene DNA incluido dentro de una trama protéica constituida principalmente por histonas. Se calcula que el total de nucleótidos en cada individuo es de 3. 000 millones. Se hallan dentro del núcleo de la célula y toman forma de H durante la división celular. Los brazos del cromosoma se llaman cromátides ,unidos por una masa central de cromatina llamada centrómero. El centrómero es la última parte del cromosoma que se divide y por medio del cual se une al uso. // Un cromosoma se define por la presencia de un centrómero, la parte estrecha de un cromosoma. Antes de la replicación del DNA en la fase S del ciclo celular, existen como cromosomas de cromátide única, que consiste en filamentos paralelos de DNA. Después de la replicación del DNA, se encuentran como cromosoma de cromátide doble.// Toma el nombre de

cromosoma por su afinidad por los colorantes ácidos. // En la conferencia de Denver en 1960 se clasificaron en 7 grupos de acuerdo a su longitud y forma. // A la dotación cromosómica de cada individuo se le denomina cariotipo. // El número de cromosomas varía de una especie viva a la otra; así pues hay 46 en el hombre,40 en el ratón, 42 en la rata, etc. (Sonek, J. Increased nuchal translucency with normal karyotype. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 2005; 192; 206)

CROMOSOMAS SEXUALES: Ver gonosomas.

CROMOSOMAS SOMÁTICOS: Ver autosomas.

CROMOSÓMICOS, TRASTORNOS: Corresponde a las alteraciones o mutaciones que se presentan a nivel de los cromosomas que contienen el material genético que determina características del genotípicas y fenotípicas del ser humano. Estos trastornos incluyen alteraciones en el número, pérdida de una porción o deleción, inversión (una porción del cromosoma se despega y se vuelve a pegar) o translocación (un fragmento de un cromosoma se cambia a otro cromosoma). (Sonek, J. Increased nuchal translucency with normal karyotype. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 2005; 192; 206)

CUADRANTECTOMÍA: Corresponde al procedimiento quirúrgico empleado para el tratamiento del cáncer de mama; consiste en la extirpación del cuadrante de la mama afectado por el tumor. Esta indicada en estadios tempranos I y II de la clasificacion FIGO para el cáncer de mama. El tratamiento incluye la disección de ganglios axiales y radioterapia postoperatoria. En estudios clínicos al azar se ha demostrado que la supervivencia es similar tanto con la mastectomía total como con el manejo conservador con cuadrantectomía. (Rock, J. Thompson, J. Ginecología Quirúrgica Te Linde. Cancer de mama. Octava Edición. Editorial Panamericana. Buenos Aires, Argentina. 1997. pp 1285)

CUARTO CORTE AXIAL PARA EVALUACIÓN ECOGRÁFICA DEL SNC FETAL: Corresponde al estudio de la anatomía del cerebro fetal mediante ultrasonografía bidimensional de tiempo real. Este cuarto corte axial se

caracteriza por la presencia de los pedúnculos cerebrales que poseen una morfología que los asemeja a un corazón. Los pedúnculos cerebrales se sitúan a ambos lados de la cisura interhemisférica en la región posterior de la calota fetal. Este plano es importante para la evaluación de la vasculatura del cráneo fetal, ya que a ese nivel se identifican los principales elementos del polígono de Willis. (Fleischer, A. Manning, F. Jeanty, P. Romero, R. Ecografía en Obstetricia y Ginecología. Diagnóstico prenatal de malformaciones cerebro-espinales. Madrid, España. Ediciones Marban. Sexta edición. 2002. p 375-388)

CUARTO CORTE AXIAL PARA EVALUACIÓN ECOGRÁFICA DEL SNC FETAL: Corresponde al estudio de la anatomía del cerebro fetal mediante ultrasonografía bidimensional de tiempo real. Este cuarto corte axial identifica la presencia de los pedúnculos cerebrales que poseen una morfología que los asemeja a un corazón. Los pedúnculos cerebrales se sitúan a ambos lados de la cisura interhemisférica en la región posterior de la calota fetal. Este plano es importante para la evaluación de la vasculatura del cráneo fetal, ya que a ese nivel se identifican los principales elementos del polígono de Willis. (Fleischer, A. Manning, F. Jeanty, P. Romero, R. Ecografía en Obstetricia y Ginecología. Diagnóstico prenatal de malformaciones cerebro-espinales. Madrid, España. Ediciones Marban. Sexta edición. 2002. p 375-388)

CUELLO (Cervix uteri)*Latín Cervix, Griego Traquelo*. Sinónimos: Ocico de tenca, cervix. Cuello viene del latín Collum. El término cérvix es sinónimo de cuello uterino;

CUELLO ANTERIOR: Inclinación del exocervix hacia el fornix anterior de la vagina, percibido por el examinador durante un tacto abdómino-genital. El ángulo que toma el cuello indica en parte el grado de madurez durante el trabajo de parto; cuando el cuello es anterior ha logrado su mejor posición en el proceso de dilatación y borramiento por lo cual toma un valor de 2 que es el mayor puntaje para esta característica en el índice de Bishop. (Newman, R. Comparison of cervical score and bishop score. Obstet Gynecol. 2008).

CUELLO CENTRAL o INTERMEDIO: Posición del exocervix centrado en el eje medio del canal vaginal, percibido por el examinador durante un tacto abdómino-genital. El ángulo que toma el cuello indica en parte el grado de madurez durante el trabajo de parto; cuando el cuello está ubicado en el centro del eje vaginal ha logrado la mitad de su avance en el proceso de dilatación y borramiento por lo cual toma un valor de 1 que es la mitad del puntaje para esta característica en el índice de Bishop. (Newman, R. Comparison of cervical score and bishop score. Obstet Gynecol. 2008; 112: 208)

CUELLO CORTO: Es una manera subjetiva de manifestar que el cervix ha alcanzado un grado de borramiento que ha disminuido su medida original. Para efectos de puntaje en el índice de Bishop para evaluar la madurez durante el trabajo de parto, se considera que el exocervix mide 3 centímetros, por lo tanto es corto cuando mide 2 centímetros ó menos. Para ver el puntaje asignado según su longitud vea el indice de Bishop y el índice de Lange. (Newman, R. Comparison of cervical score and bishop score. Obstet Gynecol. 2008; 112: 208)

CUELLO FIRME: Manera subjetiva como el examinador percibe el grado de dureza del cuello. A medida que avanza el trabajo de parto la sensación al tacto va pasando de duro ó firme a blando ó suave. En el índice de Bishop al cuello firme se lesignan Cero puntos lo cual significa que aún no ha iniciado el proceso de maduración que luego de ablandar culminará con la dilatación hasta 10 centímetros y el borramiento del 100%. (Newman, R. Comparison of cervical score and bishop score. Obstet Gynecol. 2008; 112: 208)

CUELLO LARGO: Es una manera subjetiva de manifestar que el cervix aún no ha in iciado su proceso de borramiento. Para efectos de puntaje en los índice que evalúan la madurez durante el trabajo de parto, se considera que el exocervix normal mide 3 centímetros ,por lo tanto es largo cuando tiene esta medida. Tanto en el índice de Bishop como en el índice de Lange se le asignan Cero puntos cuando el examinador considera que el exocervix se mantiene sin cambios en su longitud original. Ver los índices

mencionados. (Newman, R. Comparison of cervical score and bishop score. Obstet Gynecol. 2008; 112: 208)

CUELLO POSTERIOR: Inclinación del exocervix hacia el fornix posterior de la vagina en la mujer gestante, percibido por el examinador durante un tacto abdómino-genital. El ángulo que toma el cuello indica en parte el grado de madurez durante el trabajo de parto; cuando el cuello es posterior indica que aún no ha iniciado el proceso de dilatación y borramiento por lo cual toma un valor de 0 que es el menor puntaje para esta característica en el índice de Bishop. En la mujer no gestante el cuello posterior es la forma como se encuentra con mayor frecuencia. (Newman, R. Comparison of cervical score and bishop score. Obstet Gynecol. 2008; 112: 208)

CUELLO SUAVE O BLANDO: Manera subjetiva como el examinador percibe el grado de dureza del cuello en la mujer gestante. A medida que avanza el proceso de maduración del exocervix en el trabajo de parto pasa de duro ó firme a blando ó suave. En el índice de Bishop al cuello blando ó suave se le asignan Dos puntos lo cual significa que ha completado esta fase de la consistencia, que a la par del ablandamiento se acompañará de dilatación hasta 10 centímetros y el borramiento del 100%. (Newman, R. Comparison of cervical score and bishop score. Obstet Gynecol. 2008; 112: 208)

CUELLO, CONSISTENCIA DEL: Es una manera subjetiva de manifestar que el cervix ha alcanzado un grado de madurez en el trabajo de parto. El nivel de dureza del cuello se relaciona con otras características que el examinador utiliza para evaluar el índice de Bishop. Ver Consistencia firme, media y suave ,del trabajo de parto. (Newman, R. Comparison of cervical score and bishop score. Obstet Gynecol. 2008; 112: 208)

CUELLO, DILATACIÓN DEL: Es una manera subjetiva de manifestar que el cervix ha alcanzado un nivel de apertura que al final permitirá el paso del feto. El menor grado de dilatación es de Cero centímetros; el mayor grado de apertura es de 10 centímetros. El examinador debe aprender a medir esta característica mediante el tacto lo más aproximado a la realidad para realizar una evaluación inicial que según la necesidad le permita: a- Inicia

una inducción del trabajo de parto b-Reforzar un trabajo de parto ya iniciado c-Suspender un trabajo de parto que ha empezado d- Tolerar un trabajo de parto imposible de detener e- Aceptar un trabajo de parto que se considera oportuno. Vea los índices de Bishop y de Lange para los puntajes asignados según la dilatación. (Newman, R. Comparison of cervical score and bishop score. Obstet Gynecol. 2008; 112: 208)

CUELLO, LONGITUD DEL: A pesar de que la longitud del cuello se mide en centímetros y se considera una manera matemática de expresar el borramiento, en la práctica es una aproximación que hace el examinador de una de las características del grado de madurez durante el trabajo de parto. De esta manera se establecen los conceptos de cuello corto y largo. Vea los índices de Bishop y de Lange. Si la paciente no está embarazada la medida del exocervix permite catalogarlo como normal o identificar un traquelocele. Ver este último término. (Newman, R. Comparison of cervical score and bishop score. Obstet Gynecol. 2008; 112: 208)

CUELLO, POSICIÓN DEL: Inclinación del exocervix hacia el fornix anterior ó posterior de la vagina, percibido por el examinador durante un tacto abdómino-genital. El ángulo que toma el cuello indica en parte el grado de madurez durante el trabajo de parto. Ver Cuello anterior,Cuello Intermedio y Cuello posterior. (Newman, R. Comparison of cervical score and bishop score. Obstet Gynecol. 2008; 112: 208)

CUERPO AMARILLO: El cuerpo lúteo fue bautizado por Malpighi en 1686 pero había sido descubierto por De Degraaf años antes. Luteum significa de color amarillo, yema de huevo.

CUERPO DE BARR: Cromatina sexual que se encuentra en las células sexuales femeninas. En medicina forense se utilizan para la identificación del género al cual pertenece un tejido. (Monjagatta, N. Estudios genéticos en portadores de anomalías en genitales externos. Manual de Genética clínica. 2002; 15)

CUERPO EXTRAÑO EN LA CAVIDAD PERITONEAL: Ver Compresoma

CUERPO EXTRAÑO: Se aplica este término a la presencia de un objeto ubicado en la piel, en una cavidad del organismo o dentro de la circulación. Algunos cuerpos extraños son colocados dentro del cuerpo con fines terapéuticos (una prótesis, un stem, una T de cobre,etc). Otros son colocados como elementos de belleza (piercing, prótesis mamarias, etc), pero otros son objetos olvidados durante una cirugía(una gasa, un instrumento quirúrgico, etc) o se insertan como consecuencia de una agresión o accidente (una bala, una esquirla,un objeto placentero retenido en la vagina o el recto, etc). Todos los cuerpos extraños, sin importar la intención o la manera como se colocaron en el organismo, pueden producir respuesta inflamatoria o mecánica de rechazo del huesped. (Rodiles, F. Cuerpo extraño en cavidad abdominal. Archivo Médico de Camagüey. 2005; 9: 1025)

CUERPO LÚTEO: Hace referencia a la estructura que se forma luego de la expulsión del ovocito. El folículo degenera y se transforma en una estructura conocida como cuerpo lúteo joven que posteriormente evoluciona a un cuerpo lúteo maduro. Esta estructura tiene la función de producción de progesterona y mantenimiento del embarazo en las primeras nueve semanas, momento en el cual esta función es asumida por la placenta. (Moore, K. Persaud, T. Inicio del desarrollo embrionario: Primer semana. Embriología Clínica. México. McGraw-Hill Interamericana. 6° edición. 2001. pg. 17 – 49).

CUERPO POLAR: Corpúsculo no funcional que se forma durante la división meiótica para producir un gameto. Sirve para eliminar la mitad de la carga cromosómica. (Klaby, D. Valor de las características morfológicas del cuerpo polar como factor de predicción del desarrollo embrionario. Ginecol Obstet Mex. 2004; 72 (12): 637)

CUERPOS DE DONOVAN: Son bacilos gram negativos encapsulados de la especie *Calymmatobacterium granulomatis*, presentes en el citoplasma de los fagocitos mononucleares obtenidos de las lesiones del granuloma inguinal. Los cuerpos de Donovan se caracterizan por su localización en los grandes histiocitos, tienen un aspecto pleomórfico, densidades bipolares,

cápsula visible y tinción gram negativa. (Carvalho, M. Aspectos clinicos, histológicos y ultraestructurales del granuloma venéreo. Dermatología Venezolana. 2001; 29 (4): 150)

CUERPOS LAMELARES: Son depósitos de surfactante pulmonar que se producen en los neumocitos tipo II. Se observan como estructuras multilaminadas y concéntricas ya sea aislados o formando rosetas tanto en el líquido traqueal como en los espacios alveolareres. Su tamaño varía entre 1 y 5 micrometros. Aparecen en el líquido amniótico después de la semana 26. Entre las semanas 28 a 32 se encuentra el 50% de la cantidad que se produce en los fetos a término.El conteo del número de cuerpos lamelares es una prueba directa para determinar la madurez pulmonar fetal. Por tratarse de una técnica que todavía se está implementando no hay completo acuerdo sobre el número de cuerpos lamelares con el cual se considereque el feto está maduro y podrá respirar una vez nazca; pero las cifras oscilan entre los 14.000 y 53.000 por cada microlitro de líquido amniótico. (Perego, M. Conteo de cuerpos lamelares en liquido amniótico. Rev Hosp Mat Inf Ramón Sardá. 2000; 19 (2): 60)

CULDOCENTESIS NEGATIVA: Punción del fórnix posterior de la vagina, con una jeringa y una aguja larga, para llegar hasta el fondo de saco de Douglas o cul-de-sac. Es negativa cuando solo se obtiene líquido peritoneal de aspecto normal. (Hirsh, A. Käser, O. Atlas de Cirugía Ginecológica. Intervenciones diagnósticas y terapéuticas menores. Editorial Marbán Libros. Madrid, España, 2000. pp 13-36)

CULDOCENTESIS NO DECISORIA: Punción del fórnix posterior de la vagina con una jeringa y una aguja larga, para llegar hasta el fondo de saco de Douglas o cul-de-sac, sin obtener sangre, pus , ni líquido peritoneal. // Aquella en la cual no se obtiene ningún líquido al hacer la punción. No es decisoria porque la aguja puede taparse o estar ubicada en una estructura cuya aspiración no permite hacer diagnóstico. Sinónimos: Punción inespecífica o no diagnóstica. (Hirsh, A. Käser, O. Atlas de Cirugía Ginecológica. Intervenciones diagnósticas y terapéuticas menores. Editorial Marbán Libros. Madrid, España, 2000. pp 13-36)

CULDOCENTESIS POSITIVA: Punción del fórnix posterior de la vagina, con una jeringa y una aguja larga, para llegar hasta el fondo de saco de Douglas o cul-de-sac.Es positiva cuando se obtiene sangre que no coagula (en el embarazo ectópico) o material purulento, cuando se sospecha absceso pélvico. (Hirsh, A. Käser, O. Atlas de Cirugía Ginecológica. Intervenciones diagnósticas y terapéuticas menores. Editorial Marbán Libros. Madrid, España, 2000. pp 13-36)

CULDOCENTESIS: (Palabra originada en el francés cul-de-sac: fondo de saco y gr,kentesis: punción o perforación). **1.** Punción del fórnix posterior de la vagina, con una jeringa y una aguja larga, para llegar hasta el fondo de saco de Douglas o cul-de-sac. James Douglas, anatomista y cirujano de Londres (1675-1742) hizo conocer la importancia de la punción de este saco para drenar abscesos de la cavidad peritoneal y como procedimiento diagnóstico.// **2.** Es un procedimiento quirúrgico ginecológico que c onsiste en la punción y aspiración del fondo de saco de Douglas. Permite confirmar la presencia de sangre u otra colección líquida en la cavidad abdominal. La indicación más frecuente es la sospecha de embarazo ectópico roto, aunque está indicado en enfermedades inflamatorias pélvicas con sospecha de colección intraabdominal o sospecha de procesos neoplásicos malignos. Los pasos del procedimiento son: especuloscopia, limpieza de la vagina con solución yodada, exposición del cérvix, pinzamiento del labio posterior del cérvix, introducción de un aguja con jeringa de 5 o 10 cc en forma paralela al cérvix, a través del fondo de saco posterior, al mismo tiempo que se aspira. Se confirma la presencia de hemoperitoneo si se obtiene una muestra de sangre oscura, coagulada o desfibrinada; si la muestra obtenida corresponde a sangre fresca puede sugerir la punción accidental de un vaso sanguíneo. La sensibilidad de la culdocentesis es del 85% al 95% para diagnóstico de embarazo ectópico. Las complicaciones son raras e incluyen perforación del recto, sangrado e infección. (Hirsh, A. Käser, O. Atlas de Cirugía Ginecológica. Intervenciones diagnósticas y terapéuticas menores. Editorial Marbán Libros. Madrid, España, 2000. pp 13-36) ***//*** **3.** Es un procedimiento quirúrgico ginecológico que consiste en la punción y aspiración del fondo de saco de Douglas. Permite confirmar la presencia de

sangre u otra colección líquida en la cavidad abdominal. La indicación más frecuente es la sospecha de embarazo ectópico roto, aunque está indicado en enfermedades inflamatorias pélvicas con sospecha de colección intraabdominal o sospecha de procesos neoplásicos malignos. Los pasos del procedimiento son: especuloscopia, limpieza de la vagina con solución yodada, exposición del cérvix, pinzamiento del labio posterior del cérvix, introducción de un aguja con jeringa de 5 o 10 cc en forma paralela al cérvix, a través del fondo de saco posterior, al mismo tiempo que se aspira. Se confirma la presencia de hemoperitoneo si se obtiene una muestra de sangre oscura, coagulada o desfibrinada; si la muestra obtenida corresponde a sangre fresca puede sugerir la punción accidental de un vaso sanguíneo. La sensibilidad de la culdocentesis es del 85% al 95% para diagnóstico de embarazo ectópico. Las complicaciones son raras e incluyen perforación del recto, sangrado e infección. (Hirsh, A. Käser, O. Atlas de Cirugía Ginecológica. Intervenciones diagnósticas y terapéuticas menores. Editorial Marbán Libros. Madrid, España, 2000. pp 13-36) Sinónimo: Punción del fondo de saco de Douglas

CULDOPLASTIA: Por su significado etimológico, se podría aplicar este término a cualquier cirugía reparadora del fondo de saco de Douglas, sin embargo se utiliza solo para mencionar el cierre profiláctico de este espacio, para evitar el prolapso de las asas intestinales en las pacientes a quienes se les ha realizado histerectomía.

CULDOPLASTIA, DE HALBAN: Es el cierre del saco de Douglas, mediante suturas sagitales antero-posteriores, al final de una histerectomía, para prevenir el enterocele y el prolapso de la cúpula vaginal. El cierre del fondo rectovesical (que antes de la histerectomía era recto-uterino) se realiza con 5 ó 6 puntos de sutura que unen la cúpula vaginal con la cara anterior del recto. (Enriquez, J. Tratamiento quirúrgico del enterocele y rectocele. Cirugia Española. 2005; 78: 66)

CULDOPLASTIA DE McCALL (francés,cul de sac:fondo de saco de recto-uterino y gr,plastiké: formar). Corrección de un enterocele o prevención del mismo mediante cierre del fondo de saco de Douglas con puntos que sutura

que unen los dos ligamentos útero-sacros. Culdoplastia posterior descrita por M.L.McCall en 1956. Suspende el fondo de saco vaginal posterior a los ligamentos útero-sacros y cierra el fondo de saco de Douglas aproximando los ligamentos útero-sacros en la línea media; se utilizan 1 a 3 suturas de polidioxanona No 2-0, según el grado de prolapso del fondo de saco posterior. // Descrita por este cirujano en 1956, consiste en realizar el cierre del fondo de saco de Douglas por vía abdominal mediante puntos de sutura no absorbible, que unen medialmente los ligamentos úterosacros para evitar el prolapso del intestino a través de la vagina luego de una histerectomía. Por esta razón se le llama también Culdoplastia de McCall. (Pardo, J. Cistoscopia para asegurar la indemnidad de los uréteres en cirugía vaginal. Rev Chil Obstet Ginecol. 2007; 72 (5): 310) (Nichols D.H. Central compartment defects: Enterocele and massive eversion of the vagina. In: Thompson J, Rock JA. Te Linde Is operative gynecology. Eight edition Philadelphia. Edit Lippincott Raven 1997; 1003-1030),(Montella JM. Effectiveness of the McCall culdeplasty in maintaining support after vaginal hysterectomy.Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct. 2005 May-Jun;16(3):226-9). // Sinónimos: Culdoplastia posterior de McCall, Cirugía de McCall

CULDOPLASTIA POSTERIOR DE McCALL: Ver Culdoplastia de McCall

CULDOPLASTIA DE MOSCHOWITZ: Técnica quirúrgica par cierre del fondo de saco de Douglas al final de una histerectomía, para evitar el enterocele o el prolapso de la cúpula vaginal. Consiste en colocar una jareta o sutura en bolsa de tabaco qque se apoya en la cara anterior del colon sigmoide, en las paredes laterales de la pelvis, en la cara posterior de la vagina y en los ligamentos úterosacros cuando sus muñones son abordables. (DeCherney, A. Diagnóstico y tratamiento ginecoobstétricos. Cirguía Ginecológica. Séptima edición. Bogotá, Colombia. Editorial Manual Moderno. 1994. 1049-1067)

CULDOSCOPIA: (del francés:cul de sac,fondo de saco de Douglas / gr. skopein,observar) Procedimiento diagnóstico poco utilizado en la actualidad que consiste en la observación de los órganos pélvicos mediante un

endoscopio introducido por el fondo de saco de Douglas. (Kulier, R. Minilaparotomía y técnicas endoscópicas para esterlización quirúrgica. Cochrane. 2008)

CUMULUS OOFORUS: Corresponde a la acumulación de células foliculares del ovario, que circundan al ovocito en el estadio de folículo terciario. (Moore, K. Persaud, T. Inicio del desarrollo embrionario: Primer semana. Embriología Clínica. México. McGraw-Hill Interamericana. 6° edición. 2001. pg. 17 – 49).

CUNNI LINGUS: Es la estimulación sexual de la vulva (lat. Cunnus) con la lengua (lat. Lingus). (Roberts A,Padgett-Yawn B. Amor y sexualidad. Círculo de lectores, Barcelona. 1999 p. 84).Sinónimo: Cunni lingüe.

CUPULA VAGINAL,PROLAPSO DE LA -:

CUPULA VAGINAL: Se da este nombre al fondo o techo de la vagina cuando se ha extirpado el útero. (Bueno, B. Corrección del descenso de la cúpula vaginal. Acta Ginecológica. 2002; 49:211)

CURETA: Es un instrumento quirúrgico en forma de cuchara empleado para el raspado o curetaje de la cavidad uterina. Usualmente son metálicas, pueden tener punta roma o cortante y presentan diferentes tamaños desde el número 1 hasta el 6, siendo el número uno la más pequeña; el tamaño de las curetas se adecúa al tamaño uterino. Las curetas con punta cortante son usualmente empleadas en legrado uterino ginecológico y en legrados obstétricos posterior a abortos en primer trimestre, mientras que las curetas con punta roma son empleadas para la remoción de fragmentos de productos de la concepción retenidos en el segundo trimestre o en el postparto, ya que en estas circunstancias el útero es débil y existe mayor riesgo de perforación uterina si emplean instrumentos cortantes. (Epstein, E, Ramirez, A, Skoog, L, Valentin, L. Dilatation and curettage fails to detect most focal lesions in the uterine cavity in women with postmenopausal bleeding. Acta Obstet Gynecol Scand 2001; 80:1131)

CURETA DE BUMM: Legra similar a la de Recamier excepto en el mango que es hueco. (Goldblum, J. Surgical curette. Am J Obstet Gynecol. 2000; 181: 1167)

CURETA DE COLLIN: Cureta de 30 cm con mango plano cuya cucharilla hueca tiene borde en forma de sierra. (Goldblum, J. Surgical curette. Am J Obstet Gynecol. 2000; 181: 1167)

CURETA DE RECAMIER: Es la legra tradicional cuya punta tiene forma de cuchara hueca, de bordes cortantes o romos, utilizada para extraer parte o la totalidad del tejido endometrial con la técnica de raspado. La empuñadura es redondeada. La longitud del mango es de 30 cm, el tamaño de la cucharilla viene clasificado desde 00 hasta 10. Hace honor al Dr. Joseph Claude Anthèlme Récamier, ginecólogo francés (1774-1853). (Goldblum, J. Surgical curette. Am J Obstet Gynecol. 2000; 181: 1167)

CURETA DE SCHRÖDER: Legra de similares características a la de Simon. Se diferencian en la longitud del mango. Esta cureta mide 31 cm. (Goldblum, J. Surgical curette. Am J Obstet Gynecol. 2000; 181: 1167)

CURETA DE SIMON: Legra de 24 cm de longitud en cuya punta posee una cucharilla no hueca,que se utiliza para realizar un legrado de la cavidad endometrial. (Goldblum, J. Surgical curette. Am J Obstet Gynecol. 2000; 181: 1167)

CURETA DE SIMS: Legra similar a la de Recamier excepto en su empuñadura que es plana. (Goldblum, J. Surgical curette. Am J Obstet Gynecol. 2000; 181: 1167)

CURETA DE WALLICH: Legra de mango aplanado, con una cucharilla no hueca y alargada cuya silueta tiene forma de raqueta. (Goldblum, J. Surgical curette. Am J Obstet Gynecol. 2000; 181: 1167)

CURETA ENDOCERVICAL DE GUSBERG: Es un conjunto de dos piezas metálicas compuesto el primero por una varilla con un cono hueco con el cual toma aspecto de sombrilla. La segunda pieza es un cilindro con un cono hueco en la punta en sentido contrario al primero. Colocada la

sombrilla en el canal cervical se desliza el cilindro sobre la varilla hasta que los dos conos se unen por sus bases y forman un rombo hueco en cuyo interior queda el tejido del canal cervical. (Goldblum, J. Surgical curette. Am J Obstet Gynecol. 2000; 181: 1167)

CURETA ENDOMETRIAL DE BERLIN: Cureta para biopsia de endometrio similar a la de Novak pero sin curvatura y sin dientes, con dos ventanas rectangulares una opuesta a la otra, cerca de la punta. (Epstein, E, Ramirez, A, Skoog, L, Valentin, L. Dilatation and curettage fails to detect most focal lesions in the uterine cavity in women with postmenopausal bleeding. Acta Obstet Gynecol Scand 2001; 80:1131)

CURETA ENDOMETRIAL DE MÜNCHEN: Modificación de la cureta de Berlín en la cual la ventana anterior es ovalada en su extremo inferior. (Epstein, E, Ramirez, A, Skoog, L, Valentin, L. Dilatation and curettage fails to detect most focal lesions in the uterine cavity in women with postmenopausal bleeding. Acta Obstet Gynecol Scand 2001; 80:1131)

CURETA ENDOMETRIAL DE NOVAK: Cilindro metálico de pequeño calibre, arqueado en el extremo anterior, con una cavidad cortante y en forma de sierra cerca de la punta. Es el instrumento más utilizado para tomar pequeñas biopsias de la cavidad endometrial. Útil también para procedimientos sencillos como la extracción de un dispositivo intrauterino (DIU) retenido. Es la cureta más utilizada para hacer una pequeña biopsia de la cavidad endometrial. (Epstein, E, Ramirez, A, Skoog, L, Valentin, L. Dilatation and curettage fails to detect most focal lesions in the uterine cavity in women with postmenopausal bleeding. Acta Obstet Gynecol Scand 2001; 80:1131)

CURETA ENDOMETRIAL DE RANDALL: Es una cureta de 24 cm de longitud, similar a la de Novak, pero sin dientes que son caracteristicos de esta última. (Epstein, E, Ramirez, A, Skoog, L, Valentin, L. Dilatation and curettage fails to detect most focal lesions in the uterine cavity in women with postmenopausal bleeding. Acta Obstet Gynecol Scand 2001; 80:1131)

CURETAJE: Procedimiento quirúrgico mediante el cual se extrae todo o parte del endometrio con fines diagnósticos o terapéuticos. La palabra curetaje es sinónima de legrado. (Epstein, E, Ramirez, A, Skoog, L, Valentin, L. Dilatation and curettage fails to detect most focal lesions in the uterine cavity in women with postmenopausal bleeding. Acta Obstet Gynecol Scand 2001; 80:1131)

CURVA DE CARUS: Es la línea semicircular, paralela al sacro y al cóccix,que describe el feto durante su descenso por el canal del parto. Fue descrita por el obstetra alemán Gustav Carus (1789- 1869). (Amenabar, S. Pelvis ósea. Guía práctica para sala de partos. 2004; 45)

CURVA DE TOLERANCIA ORAL A LA GLUCOSA: el diagnóstico de diabetes gestacional se realiza con dos o más valores alterados de la curva de tolerancia oral a la glucosa. Este test consiste en la administración de una carga de 100 gramos de glucosa y la medición de los niveles de glicemia en ayuno, 1 hora, 2 horas y 3 horas postprandiales. Los valores considerados normales son: glicemia en ayuno: < 95 mg/dl, 1 hora postprandial: < 180 mg/dl, 2 horas postprandial: < 155 mg/dl, 3 horas postprandial: < 140 mg/dl. Con un valor alterado se realiza el diagnóstico de Intolerancia Oral a la glucosa, con dos o más valores alterados se confirma el diagnóstico de Diabetes Gestacional. Adicionalmente la Asociación Americana de Diabetes permite la confimación de la diabetes gestacional con un test que implica la administración de una carga de 75 gramos de glucosa evaluando los niveles de glicemia en ayuno, 1 y 2 horas posprandiales tomando los mismos valores de la curva de tolerancia oral a la glucosa; se confirma el diagnóstico con uno o más valores alterados. En algunas series se han empleado los criterios para diabetes gestacional establecidos por la OMS, que consiste en la administración de una carga de 75 gramos de glucosa evaluando los niveles de glicemia en ayuno y 2 horas postprandial; se consideran valores normales cuando la glicemia en ayuno es < 126 mg/dl y la glicemia 2 horas postprandial es menor de 140 mg/dl. (Metzger, BE. Gestational Diabetes Mellitas. American Diabetes Association. Diabetes Care. 2003; 26: 103 – 105)



DANDY WALKER, MALFORMACION: Hace referencia a la alteración en la formación del cuarto ventrículo que ocurre alrededor de la sexta a la séptima semana de gestación. Esta alteración consiste en la dilatación del cuarto ventrículo con disgenesia o agenesia completa del vermis cerebelar y frecuentemente, hidrocefalia. Se considera que la malformación de Dando Walter se presenta en 1 de cada 30000 nacimientos. Los estudios de neuro-imágenes postnatales establecen tres tipos de malformación de Dando Walter: la malformación clásica ya descrita, la variante que consiste en un defecto pequeño del vermis cerebelal sin dilatación de la cisterna magna y el desarrollo de una mega cisterna magna (cisterna magna gigante sin anormalidades cerebelales). La malformación de Dandy Walter puede ocurrir como parte de trastornos mendelianos (Síndrome de Meckel), aneuploidías cromosómicas (45X, triploidías), procesos infecciones (rubéola) y etiologías multifactoriales (defectos cardiacos congénitos, defectos del tubo neural, etc). (Osenbach, RK, Menezes, AH. Diagnosis and management of the Dandy-Walker malformation: 30 years of experience. Pediatr Neurosurg 1992; 18:179)

DBP (mm): Ver Diámetro Biparietal

DE DE-GRAAF,FOLÍCULO: Recibe este nombre el folículo maduro, también llamado folículo secundario, que contiene el oocito secundario. Solo hay folículos de De-Graaf durante la vida fértil, lapso de vida durante el cual se reúnen todas las condiciones endocrinas para madurar el folículo. Contiene un espacio llamado antro, que contiene el licor folicular y el oocito secundario, que contiene la mitad de la carga genética humana: 23 cromosomas, de los cuales 22 son somáticos y uno es sexual; el cromosoma sexual siempre es X. A manera de cubierta del folículo hay un conjunto de capas celulares que constituyen la teca interna y la teca externa. (González Bosquet, E. Ginecología. 8va Edición. España: Elsevier, 2003, p. 40).Sinónimos: Folículo

antral, Folículo secundario. Ver más información sobre este tema en el término Folículo secundario

De DEGRAAF,REIGNER: Aunque se considera que el descubridor del folículo ovárico fue Reigner De Graaf, dada la magistral descripción del mismo en 1672,este a su vez dió como descubridor a Van Hoorne en 1662 (quien no publicó su descubrimiento pues le sobrevino la muerte antes de terminar su libro). Von Haller lo bautizó folículo de De Graaf en 1766, denominación que se ha conservado hasta el presente. El principal aporte al conocimiento del folículo de los animales mamíferos y del folículo humano humano fue hecho por de-Graaf en el capítulo XII de su obra *De mulierum organis generationi inservientibus(*1672), en el cual menciona la función de los testículos femeninos y los folículos que había descrito Van Horne. (Speert Harold. Obstetric and gynecologic milestones. The Parthenon publishing group, New York, 1996).

DECIDUA (Latin. *deciduus*, caduco, que se desprende, que envejece o se marchita): Es el endometrio del útero durante el embarazo. Recibe este nombre por su desprendimiento tras el parto. Tiene tres regiones: basal, capsular y parietal. // Tipo de mucosa en la que se transforma el endometrio a partir de la implantación del blastocisto. Histológicamente se divide en dos zonas diferentes igual que ocurre en el endometrio: la capa más profunda, denominada decidua esponjosa y la parte superficial llamada decidua compacta. (Danforth. Tratado de Obstetricia y Ginecología. 8ª ed. McGraw-Hill Interamericana. México, 2000 // 2-Moore, Keith L. Embriología clínica: El desarrollo del ser humano. 7ma Edición. España: Elsevier, 2003, p. 120).

DECIDUA BASAL: 1. Es la zona del endometrio que está en contacto con la placenta. // **2.** Es la zona del endometrio que está en el sitio donde se implanta la placenta. Sirve de base a la placenta. (Danforth. Tratado de Obstetricia y Ginecología. 8ª ed. McGraw-Hill Interamericana. México, 2000). Sinónimo: Decidua basalis.

DECIDUA CAPSULAR: Es un sinónimo de Decidua parietal.

DECIDUA PARIETAL: 1. Es el resto de la decidua que no es basal. // 2. Es toda la decidua que recubre la cavidad endometrial en la gestante, excepto la

que se relaciona directamente con la cara materna de la placenta. // Es todo el endometrio que no es decidua basal. (Danforth. Tratado de Obstetricia y Ginecología. 8ª ed. McGraw-Hill Interamericana. México, 2000). Sinónimos: Decidua vera, Decidua capsular,

DECIDUA VERA: ES la Decidua Parietal

DECIDUAL, REACCIÓN: Ver el término Reacción decidual.

DECIDUAL: Que se relaciona con la decidua. (Larsen, William D. Embriología humana. 3ra Edición. España: Elsevier, 2003, p. 484-485)

DECIDUITIS: Inflamación de la decídua. Suele ser secundaria a una infección de la cavidad amniótica, entidad que se conoce como corioamnionitis. (Larsen, William D. Embriología humana. 3ra Edición. España: Elsevier, 2003, p. 484-485)

DECIDUOSIS: Son cambios deciduales focales del estroma cervical que se presentan durante el embarazo. Estos cambios pueden presentarse como placas elevadas o pseudopólipos. La superficie polipoidea irregular usualmente presenta una vasculatura prominente que puede semejar una lesión de alto grado o incluso, una lesión neoplásica. Por esta razón, este hallazgo considerado normal, debe ser cuidadosamente evaluado durante el examen colposcópico en pacientes embarazadas. (Wright, T. Cox, J. Massad, L. Consensos Guidelines for the management of women with cervical cytological abnormalities. JAMA. 2002. 287: 2120 / Walter, P. Dexeus, S. Internacional Terminology of colposcopy: an updated report from the internacional federation for cervical pathology and colposcopy. Obstet Gynecol. 2003; 101 (1): 175-177)

DEFECTO CONGÉNITO AISLADO: Es aquella anomalía anatómica o funcional que afecta una sola región del cuerpo. Ejemplo: el paladar hendido. (Danforth. Tratado de Obstetricia y Ginecología. 8ª ed. McGraw-Hill Interamericana. México, 2000).

DEFECTO CONGÉNITO MAYOR: Es aquella anomalía anatómica o funcional que produce consecuencias estéticas o funcionales significativas. Ejemplo: la

anencefalia. (Danforth. Tratado de Obstetricia y Ginecología. 8ª ed. McGraw-Hill Interamericana. México, 2000).

DEFECTO CONGÉNITO MENOR: Es aquella anomalía anatómica o funcional que produce muy leves consecuencias estéticas o funcionales. Ejemplo: la presencia de espina bífida asintomática. (Danforth. Tratado de Obstetricia y Ginecología. 8ª ed. McGraw-Hill Interamericana. México, 2000).

DEFECTO CONGÉNITO MÚLTIPLE: Es aquella anomalía anatómica o funcional que afecta dos o más regiones del cuerpo. Los defectos congénitos múltiples suelen asociarse a trastornos cromosómicos o mendelianos. Ejemplo: la Pentalogía de Kantrel. (Danforth. Tratado de Obstetricia y Ginecología. 8ª ed. McGraw-Hill Interamericana. México, 2000).

DEFECTO CONGÉNITO: Es una anomalía anatómica o funcional. Los defectos congénitos pueden ser aislados, múltiples, menores y mayores. (Danforth. Tratado de Obstetricia y Ginecología. 8ª ed. McGraw-Hill Interamericana. México, 2000).

DEFICIENCIA de 17 ALFA HIDROXILASA: Aunque puede ocurrir también en personas con cariotipo XY, este trastorno se caracteriza por la ausencia de esta enzima o por los niveles bajos de la misma en pacientes con cariotipo 46,XX. Las características clínicas de estas pacientes son: fenotipo femenino, presencia de útero(lo cual las diferencia de quienes tienen genotipo XY), amenorrea primaria, ausencia de características sexuales secundarias, hipertensión arterial e hipopotasemia. Las concentraciones bajas de 17alfa-hidroxilasa hacen que se reduzca la producción de cortisol lo cual a su vez produce incremento en la producción de la hormona adreno-corticotrópica (ACTH). El trastorno bioquímico primario se acompaña de aumento de la producción de mineralo-corticoides que producen retención de sodio, pérdida de potasio e hipertensión arterial sistémica. // Las pacientes con cariotipo 46,XX tienen un fenotipo femenino pero carecen de características sexuales secundarias y vello sexual. Los casos con cariotipo 46,XY pueden tener un fenotipo femenino, agenesia vaginal y ausencia de las estructuras que se originan a partir de los conductos de Müller, pero, a diferencia de las pacientes con insensibilidad a los andrógenos (feminización testicular) no tienen

desarrollo mamario en la pubertad. Las concentraciones de progesterona se incrementan. (Rogerio Lobo, Michel Mishel, et al. Mishell´s textbook of infertility, contraception and reproductive endocrinology. Edit. Blackwell science, Malden, Massachusets, 1997).

DEFICIENCIA de 17α-HIDROXILASA Y AROMATASA: Es una deficiencia enzimática que provoca múltiples trastornos secundarios a la insuficiencia suprarrenal e hipertensión arterial sistémica que le son propios. Esta entidad clínica es muy rara y se caracteriza por la ausencia de esteroides sexuales gonadales, incluso andrógenos y estrógenos. Las pacientes con cariotipo 46,XX tienen un fenotipo femenino pero carecen de características sexuales secundarias y vello sexual. Los casos con cariotipo 46,XY pueden tener un fenotipo femenino, agenesia vaginal y ausencia de las estructuras que se originan a partir de los conductos de Müller, pero, a diferencia de las pacientes con insensibilidad a los andrógenos (feminización testicular) no tienen desarrollo mamario en la pubertad. Las concentraciones de progesterona se incrementan. (Rogerio Lobo, Michel Mishel, et al. Mishell´s textbook of infertility, contraception and reproductive endocrinology. Edit. Blackwell science, Malden, Massachusets, 1997).

DEFICIENCIA de 17-20 DESMOLASA: Es el infantilismo sexual en pacientes 46XY con características fenotípicas femeninas. Naturalmente la paciente no tiene útero. La baja producción de esta enzima produce bloqueo completo en la vía delta-4 en personas de sexo masculino, lo cual le confiere aspecto femenino. (Rogerio Lobo, Michel Mishel, et al. Mishell´s textbook of infertility, contraception and reproductive endocrinology. Edit. Blackwell science, Malden, Massachusets, 1997).

DEFICIENCIA de la AROMATASA: Se ha reportado un solo caso de una adolescente con diagnóstico de deficiencia de la aromatasa (P450arom), que tiene como resultado la posibilidad de convertir la testosterona en estrógenos. Esta enferma exhibía masculinización de los genitales externos al nacimiento con estructuras genitales internas femeninas normales; a los 14 años no tenía desarrollo mamario y sufría virilización leve (clitoromegalia),ovarios multi-quísticos, testosterona y gonadotropina altas, así como retraso de la edad

ósea. (Rogerio Lobo, Michel Mishel, et al. Mishell´s textbook of infertility, contraception and reproductive endocrinology. Edit. Blackwell science, Malden, Massachusets, 1997).

DEFICIENCIA INTRÍNSECA DEL ESFINTER URETRAL: Es una variedad de incontinencia urinaria del tipo funcional que puede ser causada por mielodisplasia, lesión nerviosa del plexo simpático, una fractura de la pelvis o por lesion directa sobre la uretra durante una colpoplastia o una cistopexia.

DEFORMACIÓN: Es la alteración de la forma anatómica normal de una estructura, causada por una fuerza mecánica. Por ejemplo en el oligohidramnios, la presión de las paredes uterinas produce cambios en la forma ovoidea de la cabeza. (Danforth. Tratado de Obstetricia y Ginecología. 8ª ed. McGraw-Hill Interamericana. México, 2000).

DELANTAL HOTENTOTE: Variedad anatómica de la pared abdominal que cae sobre los genitales y los oculta como un delantal. El nombre de Hotentote proviene de este grupo humano mezcla de bosquimanos y camitas que habita los países del suroeste del África. Estas mujeres tienen notorios acúmulos de grasa en los glúteos, en el abdomen y en los glúteos(esteatoptigia); además de manera frecuente sus labios menores son redundantes (que toman el nombre de labios hotentotes o velamen vulvae). (Alarcón N, MA., Amaya F María V, Alarcón A ; MA, Anatomía Clínica del aparato genital femenino. Primera edición. México, Bogotá, Colombia. Editorial Manual Moderno. 2005.)

DEPRESIÓN: Trastorno psicológico transitorio o permanente, caracterizado por el humor triste, llanto, irritabilidad, desesperanza, desamparo, disminución de la capacidad de concentrarse, disminución de la energía, interferencia con el sueño, disminución del apetito, aislamiento de las relaciones sociales, incapacidad de disfrutar las actividades satisfactorias, remordimientos, disminución de la libido, aceleración o lentificación del lenguaje o de la actividad, y pensamientos de muerte o suicidio (Berek JS,Adashi EY,Hillard PA. Ginecología de Novak. Interamericana. México. 1997 p. 305)

DEPRESIÓN PUERPERAL: Durante el puerperio, factores bioquímicos y estrés psicológico pueden desencadenar trastornos psiquiátricos en la mujer.

Los primeros se relacionan con psicosis puerperal y tristeza postparto, cuadro autolimitado, que dura 3 a 6 días y afecta al 50% de las mujeres según la literatura. La depresión postparto, una condición seria, es en general no autolimitada. Existe un consenso generalizado que la depresión postparto es un problema de salud pública mayor. La prevalencia de depresión no psicótica, usualmente asociada con síntomas de ansiedad, fluctúa entre 10 a más de 15% en mujeres durante los primeros 6 meses después del parto. La depresión postnatal es más frecuente, sin embargo, en poblaciones social y económicamente desventajadas. Las mujeres que tienen una de tales experiencias tienen un aumento en el riesgo de ocurrencia de depresión postparto en el parto siguiente. Aparte de las consecuencias adversas para las mujeres, hay un posible impacto negativo en la relación entre la madre y el niño, así como en el desarrollo emocional, cognitivo y de relación del niño. La mayoría de las mujeres que experimentan depresión después del parto no tienen ayuda profesional. Aún más, casi el 50% no tiene ayuda desde los familiares ni de los amigos. Por otro lugar las mujeres que tienen contacto con profesionales de la salud en sus controles posteriores al parto, no están dispuestas manifestar sus problemas emocionales, en especial la depresión. (Evans M., Gregorio, Vicuña M., McJohn y Marín, Rodrigo. Depresión Postparto Realidad en el Sistema Público de Atención De Salud. *Rev. Chil. Obstet. Ginecol.*, 2003, vol.68, no.6, p.491-494). Sinónimo: Depresión post-parto

DERECHO DE PERNADA: Ver Desfloración

DERMATOFIBROMA: Corresponde a un tumor benigno del tejido fibroso también conocido como fibroma duro, histiocitoma o histiocitoma fibroso benigno. Se presenta principalmente en las extremidades inferiores de mujeres en edad media, aunque puede presentarse a cualquier edad, sexo o localización. Clínicamente se caracteriza por pápulas o nódulos, únicos o múltiples, de consistencia firme, de 0.5 a 3 cm de diámetro, color marrón o negro azulado; en algunas ocasiones la paciente refiere antecedente de traumatismo o picadura previa. Histológicamente se presenta como una lesión dérmica o dermo-epidérmica, mal delimitada, compuesta por porciones variables de fibroblastos, histiocitos, colágeno joven, colágeno maduro y capilares; cuando predominan los fibroblastos y el colágeno se considera un dermatofibroma fibrosos, que es la variedad histológica más frecuente. El

diagnóstico diferencial se realiza con el angioma, xantoma, leiomioma, queloide, nevus melanocítico y en raras ocasiones, con formas pigmentadas del melanoma. El tratamiento consiste en la resección quirúrgica. (Barankin, B. Dermatology files: Dermatofibroma. Patient Care Canada. 2006; 17 (3): 29-33)

DERMATOMA: Segmento de piel que representa una metámera.// Segmento de piel inervado por las raíces nerviosas propias de la metámera que cubre. (Diccionario terminológico de ciencias médicas. Salvat Editores, Barcelona, 1978, p.277)

DES: Ver Diethylstilbestrol.

DESACELARACION PRECOZ DE LA FRECUENCIA CARDIACA FETAL: En 1958 Hon describió por primera vez la disminución de la frecuencia cardíaca fetal, la relacionó con la dilatación cervical y la describió como fisiológica. Freeman y col.(1991) encontraron las desaceleraciones precoces de manera más frecuente durante el trabajo de parto cuando la dilatación cervical se encuentra entre 4 y 7 cm de diámetro. También encontraron que el grado de desaceleración es proporcional a la intensidad de la contracción y rara vez cae por debajo de 100 a 110 latidos/min o 20 a 30 latidos/ por debajo de la línea de base. En realidad, estos autores observaron que la compresión de cabeza es la causa más probable de muchas desaceleraciones variables que clásicamente se atribuyen a compresión del cordón. (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. The use of Electronic Fetal Monitoring. Evidence-based clinical guidelines. 2001. Number 8: 1 – 144)

DESACELERACION DE LA FRECUENCIA CARDÍACA FETAL: Es la disminución de la frecuencia cardiaca fetal mayor de 15 lati/min durante 15 segundos o más. Generalmente se evalúan en relación con las contracciones uterinas y de acuerdo a esto se clasifican en: desaceleraciones tempranas, variables o tardías. (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. The use of Electronic Fetal Monitoring. Evidence-based clinical guidelines. 2001. Number 8: 1 – 144)

DESACELERACION PROLONGADA(de la frecuencia cardiaca fetal**)**: Es aquella desaceleración aislada que dura más de 60 segundos. Existe una

dificultad de interpretación de una desaceleración prolongada pues no hay un límite con un episodio de bradicardia fetal. Debido a que la frecuencia basal se refiere a una línea de base de 15 o más minutos de duración, las desaceleraciones prolongadas deberían ser aquellas que duran más de 60 a 90 segundos y menos de 15 minutos. Su incidencia durante la primera etapa del trabajo de parto no está aclarada; sin embargo, Melchior y Benard (1985) las describieron en aproximadamente un tercio de los trabajos de parto en segunda etapa. La significación de la amplitud de las desaceleraciones prolongadas tampoco está aclarada; presumiblemente, deben prevalecer las indicaciones para la interpretación de las bradicardias basales. Las desaceleraciones prolongadas son difíciles de interpretar debido a que se ven en situaciones clínicas diferentes. Algunas de las causas más comunes incluyen el examen cervical, la hiperactividad uterina, las circulares de cordón y la hipotensión materna en decúbito dorsal. En general las desaceleraciones prolongadas se consideran ominosas, máxime si el feto no está en trabajo de parto activo, y muestran la incapacidad del feto de tolerar las contracciones uterinas; por esto el médico debe considerar la posibilidad de llevar la paciente a una cesárea, especialmente si la dilatación y descenso auguran muchas horas de espera antes del expulsivo. // Es la disminución súbita de la frecuencia cardiaca fetal por debajo de 110 latidos / min durante un periodo de 60 – 90 segundos. (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. The use of Electronic Fetal Monitoring. Evidence-based clinical guidelines. 2001. Number 8: 1 – 144)

DESACELERACION TARDÍA (de la frecuencia cardiaca fetal**):** 1. Es una disminución simétrica de la frecuencia cardiaca fetal que comienza junto con el pico de la contracción o después de él y que retorna a la línea de base solamente después que ha cesado la contracción (American College of Obstetrics and Gynecologists, 1995). Las desaceleraciones tardías son uniformes en forma y típicamente comienzan 30 segundos o más después del comienzo de la contracción. El nadir de la desaceleración está después del acmé de la contracción, y el retorno a la línea de base sucede bastante después de que ha cesado la contracción. El descenso y retorno de la frecuencia cardiaca fetal es gradual y suave. La magnitud de la

desaceleraciones tardías comunicada rara vez es mayor de 30 a 40 latidos/min por debajo de la línea basal, y típicamente no más de 10 a 20 latidos/min en intensidad. Las desaceleraciones tardías no están acompañadas habitualmente por aceleraciones posteriores. // 2. Es la disminución de la frecuencia cardiaca fetal que se inicia con el pico máximo de la contracción uterina y retorna a valores normales después de finalizada la contracción. Estas desaceleraciones están relacionadas con alteraciones de la perfusión uterina o la función placentaria; representan el primer efecto sobre la frecuencia cardiaca fetal de la hipoxia secundaria al compromiso de la perfusión útero-placentaria. (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. The use of Electronic Fetal Monitoring. Evidence-based clinical guidelines. 2001. Number 8: 1 – 144 / Cunningham, FG. Gant, NF. Leven, K. Gilstrap, L. Hauth., J. Wenstrom K. Trabajo de Parto y Parto Normales: Evaluación Intraparto. 21° edición. Montevideo, Uruguay: Editorial Panamericana. 2001. 286 - 308).

DESACELERACION TEMPRANA(de la frecuencia cardiaca fetal**):** Es la disminución de la frecuencia cardiaca fetal que se inicia con la contracción y vuelve a la línea de base antes de la terminación de la contracción respectiva. Estas desaceleraciones fueron descritas por primera vez en 1958 por *Hon*, quien evidenció un descenso de la FCF asociado con las contracciones uterinas y las consideró como fisiológicas. Esta situación se presenta generalmente durante el trabajo de parto activo en presencia de cambios cervicales alrededor de 4 a 7 cm de dilatación, secundarias a la compresión de la cabeza fetal y la activación vagal secundaria a la estimulación de la duramadre. Las desaceleraciones tempranas no se asocian con hipoxia ni acidemia fetal ni con puntuajes de Apgar bajas. (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. The use of Electronic Fetal Monitoring. Evidence-based clinical guidelines. 2001. Number 8: 1 – 144)

DESACELERACION VARIABLE(de la frecuencia cardiaca fetal**):** Es la disminución periódica, intermitente de la frecuencia cardiaca fetal que se caracteriza por inicio y recuperación rápida. No se correlaciona en el tiempo con la contracción uterina y puede ocurrir de manera aislada. Estas desaceleraciones son atribuidas a la compresión del cordón umbilical por anormalidades del mismo, ubicación anómala alrededor del cuerpo fetal o

secundaria a un estado de disminución importante de líquido amniótico. (Royal Collage of Obstetricians and Gynaecologists. The use of Electronic Fetal Monitoring. Evidence-based clinical guidelines. 2001. Number 8: 1 – 144)

DESACELERACIONES DE LA FRECUENCIA CARDIACA FETAL: Son disminuciones más o menos acentuadas de la línea de base de la frecuencia cardiaca fetal, observadas en el trazado del monitoreo electrónico. El análisis de las desaceleraciones se realiza comparándolas con las contracciones uterinas; de tal manera que el momento de menor frecuencia cardiaca fetal puede coincidir con la contracción(DIP I); puede empezar con la contracción pero prolongarse una vez haya pasado la contracción(DIP II) y puede presentarse aún en ausencia de contracciones(DIP III). // La forma ondulada de estas desaceleraciones también es importante para reconocer el patrón. En las desaceleraciones precoces y tardías la pendiente del cambio de frecuencia cardiaca fetal es gradual, dando una forma ondulada curvilínea y uniforme o simétrica. En las desaceleraciones variables la pendiente de cambio de la frecuencia cardiaca fetal es abrupta y errática, lo que da a la onda una apariencia en serrucho. Otro tipo de interpretación que en la actualidad se usa para la descripción de las desaceleraciones se basa en los eventos fisio-patológicos que se consideran como causantes más probable de este patrón. Se entiende que las desaceleraciones del tipo DIP I son causadas por compresión del cordón por la cabeza que se aplica contra una estructura firme; las contracciones tipo DIP II se homologan con presencia de insuficiencia útero-placentaria y las desaceleraciones variables tipo DIP III se asocian a sufrimiento fetal agudo que implica riesgo moderado a severo para la integridad o la vida del feto./ Sinónimos: DIP I, DIP II y DIP III. // 2. Las desaceleraciones variables son descensos de la frecuencia cardiaca fetal entre 20 y 40 latidos por minuto, no relacionadas con la contracción uterina. La causa más común es el atrapamiento del cordón umbilical por pérdida del líquido amniótico y descenso de la presentación que disminuye la perfusión episódica al feto. El 25% de los fetos que presentan desaceleraciones variables tienen una o más vueltas de cordón alrededor del cuello. En forma similar, los cordones cortos (menos de 35 cm.) y largos (más de 80 cm) se encuentran en el 6 por ciento de los nacimientos y están asociados con desaceleraciones variables. Melchior y

Bernaard (1985) identificaron desaceleraciones variables en el 40 por ciento de más de 7.000 trazados de monitor cuando el trabajo de parto había progresado hasta los 5 cm. de dilatación y en el 83 por ciento hacia el final de la primera etapa. (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. The use of Electronic Fetal Monitoring. Evidence-based clinical guidelines. 2001. Number 8: 1 – 144)

DESARROLLO FOLICULAR MÚLTIPLE: Corresponde a la estimulación del desarrollo de más 2 o más folículos ováricos por ciclo, a través de estimulación farmacológica. Este es el objetivo que se tiene en las técnicas de reproducción asistida, con el fin de aumentar las tasas de fertilización y embarazo. Este proceso se evalúa a través de ultrasonografía transvaginal seriada, realizada a partir del día 6 de estimulación ovárica; se considera que la paciente obtuvo respuesta ovárica y desarrollo folicular múltiple cuando se evidencian por lo menos 2 folículos mayores de 18 mm de diámetro. Adicionalmente se evalúa la vascularización del folículo por medio de ultrasonografía doppler para clasificarlos en cuatro clases correlacionado con su calidad en el proceso de fertilización: clase I: 0% de vascularización; clase II: 25% de vascularización; clase III: 50% de vascularización; clase IV: 75% de vascularización. (O'Herlihy, C, De Crespigny, LJ, Robinson, HP. Monitoring ovarian follicular development with real-time ultrasound. Br J Obstet Gynaecol 2000; 87:613)

DESARROLLO SEXUAL RETARDADO: Es la aparición de los caracteres sexuales secundarios más tarde que en el promedio de la población. La ausencia de botones mamarios hacia los 13 años de edad se sitúa dos desviaciones estándar más allá de lo normal y debe valorarse. Si la adolescente es una atleta delgada, las pruebas hormonales se retrasan hasta que cumpla 14 años. Sin embargo, los estigmas del síndrome de Turner, sobre todo la talla baja o menoscabo del aumento de talla y de peso que sugieren desnutrición o alguna enfermedad generalizada, obliga a un diagnóstico más temprano. Son esenciales la historia clínica y exploración física detalladas junto con la valoración de las gráficas de crecimiento. Quizá la queja principal sea la falta de desarrollo, pero la presencia de botones mamarios y de un pico del crecimiento indica que el desarrollo ya comenzó y que se requiere mantener a la paciente bajo observación. Entre los primeros estudios para

evaluar el retraso en el desarrollo están la radiografía de la muñeca y la mano para determinar la edad ósea, la biometría hemática completa (complete blood count,, CBC), la velocidad de sedimentación globular y la concentración de TSH, FSH, y LH .En ausencia de estatura baja sugestiva de disgenesia gonadal, también se cuantifica la prolactina sérica y la T4. El diagnóstico diferencial se realiza mediante la distinción entre hipogonadismo hipergonadotrópico e hipogonadismo hipogonadotrópico (La paciente con gonadotropinas altas padece insuficiencia ovárica y es necesario definir su cariotipo; en caso de cariotipo normal 46,XX e insuficiencia ovárica habrá que buscar alguna enfermedad autoinmunitaria. En las adolescentes con gonadotropinas normales o bajas se debe buscar alguna enfermedad generalizada o un trastorno del SNC. Los estudios comprenden prolactina e IGF-1 (somatomedina-C), radiografía de cráneo, MRI, pruebas de estimulación con GnRH y otros estudios neuroendocrinos (p.ej., pruebas de estimulación con hormona del crecimiento, respuesta al cortisol). Para estudiar el SNC se prefiere MRI en lugar de CT; sin embargo, a veces es problemático obtener este estudio por falta de cooperación o la presencia de implantes ortodónticos de metal u otros dispositivos que impiden su realización. En presencia de una lesión hipofisiaria se llevan a cabo pruebas formales de los campos visuales. (Rogerio Lobo, Michel Mishel, et al. Mishell´s textbook of infertility, contraception and reproductive endocrinology. Edit. Blackwell science, Malden, Massachusets, 1997).

DESCENSO AUSENTE. Se hace este diagnóstico luego que se ha iniciado la segunda fase del trabajo de parto(periodo expulsivo), sin que haya progresión del desplazamiento del feto a través del canal del parto. (Beischer NA. Obstetricia y neonatología. Edit McGraw.Hill, México, 1997)

DESCENSO PROLONGADO: Percepción de disminución de la velocidad de desplazamiento de la presentación fetal de arriba abajo a través del canal pelviano, durante el segundo periodo(periodo expulsivo) del trabajo de parto . // **2**. Velocidad de descenso fetal en la fase activa del primer estadio del trabajo de parto menor de 1 cm/hora en las nulíparas y 2 cm/hora en las multíparas. (Ness, A. Goldberg, J. Berghella, V. Abnormalities of the First and Second Stages of Labor. Obstetrics and Gynecology Clinics of North America. 2005. 32:

201-220) // 2. Velocidad de descenso fetal en la fase activa del primer estadio del Trabajo de Parto menor de 1 cm/hora en nulíparas y 2 cm/hora en multíparas. (Ness, A. Goldberg, J. Berghella, V. Abnormalities of the First and Second Stages of Labor. Obstetrics and Gynecology Clinics of North America. 2005. 32: 201-220)

DESFIBRILACIÓN EXTERNA: Es la aplicación de descarga eléctrica al corazón cuando se encuentra en ritmo de fibrilación ventricular / taquicardia ventricular sin pulso. Está incluido como el cuarto paso de las maniobras de reanimación básica en pacientes adultos, ya que los ritmos de FV/TV son los más frecuentes en pacientes no embarazadas. Los ritmos de paro más comunes en pacientes embarazadas son la Actividad Eléctrica sin pulso y la asistolia, sin embargo, la FV/TV también es frecuente y el éxito de la desfibrilación depende de la rapidez con que se instaure. Si es necesaria la desfibrilación dentro de las maniobras de RCP en pacientes embarazadas, se recomienda bajo los mismos parámetros que en la paciente no embarazada, realizando una descarga inicial de 360 joules; la única precaución es considerar que cuando la paciente se encuentra en decúbito lateral, la mama superior, si es muy prominente, puede entrar en contacto con la mano del operador y potencialmente éste ser afectado por la descarga. (Morris, S. Stacey, M. Resuscitation in Pregnancy. British Medical Journal. 2005; 327: 1276 – 1279 / Stapleton, E. Aufderheide, T. AVB para el equipo de salud. American Heart Association. 2002)

DESFLORACIÓN: Pérdida de la virginidad de una mujer que tiene la primera penetración vaginal. La virginidad es considerada por las jóvenes como un don preciado que reúne la belleza y la delicadeza de una flor. Así pues la desfloración es un término que encierra un alto contenido poético pues compara la virginidad con una flor que pierde parte de sus pétalos durante la primera experiencia sexual. // Sobre la pérdida de la virginidad han habido curiosas costumbres como la del derecho de pernada (*Ius primae nocte*), que le daba al señor feudal el derecho de tener la primera relación sexual con las mujeres de su feudo que contraían matrimonio. En otras culturas, por la creencia de que la sangre de la desfloración producía impotencia, se daba la tarea de la primera relación a un esclavo o a un peón de la comarca.

(MacPhilib, S. (1988): «Ius primae noctis and the sexual image of Irish landlords in folk tradition and in contemporary accounts. Bealoideas», en *The Journal of the Folklore of Ireland Society*, vol. 56 , pag 97-140). Sinónimo: Pérdida de la virginidad.

DESHIDRATACIÓN: Estado clínico de déficit de agua corporal total. Se puede presentar por tres mecanismos: disminución de la ingesta, aumento de las pérdidas o creación de tercer espacio. Se clasifica en: Grado I con pérdida del 3-5% del ACT manifestado clínicamente por sed, grado II con pérdida del 6-8% del ACT manifestado por sed, mucosas secas, enoftalmos, taquicardia, taquipnea, grado III con pérdida del 9-10% del ACT caracterizado por ortostatismo, oliguria y ansiedad, grado IV con pérdida > 10% del ACT caracterizado por hipotensión y signos de hipoperfusión. (Residentes de Medicina Interna. Urgencias en Medicina Interna. Trastornos Hidroelectrolíticos. Primera Edición. Bucaramanga. Publicaciones del Común Ltda. 2004. 135-158)

DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE LA PLACENTA NORMOINSERTA: Ver Abruptio placentae

DESPROPORCIÓN CEFALO-PÉLVICA: Es la percepción que tiene el obstetra de que la cabeza fetal es más grande que la cavidad pélvica de la gestante // **2.**

Es un trastorno de la relación que se establece entre la pelvis de la madre y la cabeza del feto que intenta descender por el canal del parto. Puede haber verdadera desproporción céfalo-pélvica (DCP) cuando la cabeza es muy grande y la pelvis es normal, cuando la cabeza es normal pero la pelvis es estrecha o cuando la cabeza es más grande de lo normal y adicionalmente la pelvis materna tiene alguna anormalidad que impediría el descenso aunque la cabeza fuera normal. Existe una falsa desproporción céfalo-pélvica cuando la cabeza desciende sin la rotación adecuada o rota de manera anormal como ocurre en el asinclitismo. El término DCP se originó en la época en que la principal indicación para la cesárea era la contractura pelviana manifiesta debido a raquitismo (Olah y Neilson, 1994). Es evidente que se sobre-diagnostica la DCP cuando las contracciones uterinas son muy cortas o de breve duración, haciendo que se prolongue el trabajo de parto. Esta alteración puede ser interpretada erróneamente por el médico que se siente obligado a

realizar una cesárea. Las investigaciones de seguimiento han demostrado que aproximadamente el 60% de las maternas calificadas como portadoras de este trastorno, tiene posteriores partos vaginales normales, aún con fetos más grandes. Las deformaciones pélvicas pueden deberse a enfermedades generales, a lesiones vertebrales, a lesiones del aparato locomotor o bien, pueden ser congénitas. I. Deformaciones pélvicas debidas a enfermedades generales, a) Pelvis raquítica. Se sabe que el raquitismo es un trastorno de equilibrio fosfocálcico en donde interviene también la falta de sol y las carencias alimenticias en particular la vitamina D. En el medio mexicano este tipo de alteración es rara ya que en la alimentación básica, el calcio contiene la diversidad de preparados del maíz y el abundante sol que recibe la población, contrarrestan otras deficiencias que intervienen en la etiología de la enfermedad, b) Pelvis osteomalácica: Etimológicamente osteomalacia significa reblandecimiento del hueso y es al adulto lo que el raquitismo al niño, por lo tanto lo señalado para el raquitismo es válido para la osteomalacia, c) Deformaciones por endocrinopatías: El síndrome endocrino causal es casi siempre una insuficiencia hipofisiaria o tiroidea, siendo el enanismo hipofisiario y el enanismo tiroideo las más características aunque en general son raras. II. Deformaciones secundarias a lesiones vertebrales. Es de todos conocido el papel que desempeña el raquis trasmisor del peso del cuerpo en la génesis. de la pelvis normal. Particular importancia tienen sus curvaturas y en especial la lordosis lumbar. Cualquier desviación de la columna vertebral condiciona una posición de compensación de la pelvis para conservar el equilibrio; así, la cintura pelviana se deforma al recibir el peso del cuerpo con arreglo a ejes normales, cuando las lesiones vertebrales se presentan en la fase de osificación, de la pelvis antes de la pubertad. En el plano sagital las curvaturas patológicas del raquis pueden ser xifosis o lordosis y en el plano frontal escoliosis, dando como resultado la pelvis xifótica o pelvis en embudo, pelvis lordótica con aplanamiento ánteroposterior y pelvis escoliótica o asimetría pélvica. III. Deformaciones secundarias a lesiones del aparato locomotor. En condiciones normales de bipedestación, la fuerza que ejercen hacia arriba y hacia adentro los fémures es de igual intensidad, en ambos lados y es transmitida a la pelvis por medio de los acetábulos. Si los miembros son desiguales en longitud, en movilidad o en potencia, se rompe el equilibrio y a

causa de la claudicación resultante la mitad de la pelvis correspondiente al miembro más útil recibe un exceso de presión que deforma la pelvis, del lado sano. Las lesiones causales del aparato locomotor pueden ser cojera simple por acortamiento o posición viciosa de un miembro, luxación, congénita de la cadera, coxalgia por tuberculosis o poliomielitis. Es conveniente señalar que en el primero de estos casos la acción deformadora es puramente mecánica y en cambio en los tres restantes se suma un trastorno trófico a la acción mecánica. IV. Finalmente existen las malformaciones pelvianas congénitas que pueden ser parte de aquellas que afectan al conjunto del esqueleto o bien las que afectan de un modo predominante o exclusivo a la pelvis, así como los tumores pelvianos o las fracturas de la pelvis. (Teran Vallas M. Aspectos clínicos de la desproporción céfalo-pélvica. Ginec. Obst. Mex. 23: 139-255, 1968).

DESPROPORCIÓN FETO-PÉLVICA: Es la distocia que impide el parto por obstrucción mecánica, ya sea porque la pelvis es muy pequeña para el tamaño del feto normal o porque la pelvis normal no permite el paso del feto cuando éste es más grande de lo normal. En la antigüedad se resolvía con un corte de la articulación de los dos pubis(sinfisotomía), hoy se resuelve con cesárea. (Teran Vallas M. Aspectos clínicos de la desproporción céfalo-pélvica. Ginec. Obst. Mex. 23: 139-255, 1968).

DETENCION DEL DESCENSO: Durante la segunda fase del trabajo de parto(fase expulsiva), periodo de tiempo mayor de 1 hora sin progresión en el descenso fetal.**(**Obstetrics and Gynecology Clinics of North America. Abnormalities of the First and Second Stages of Labor. 32 (2005) 201-220).

DETENCION SECUNDARIA DE LA DILATACION: Durante la segunda fase del trabajo de parto(fase expulsiva), periodo de tiempo mayor de 2 horas sin progresión en la dilatación cervical**. (**Obstetrics and Gynecology Clinics of North America. Abnormalities of the First and Second Stages of Labor. 32 (2005) 201-220)

DETUMESCENCIA: Proceso a través del cual el pene o el clítoris se torna flácido después de la excitación sexual, cuando la sangre atrapada en los genitales empieza a fluir de nuevo Ocurre normalmente después de una eyaculación o de la suspensión del estimulo.. (Shafik A, El-Sibai O, Mostafa R,

Shafik AA, Ahmed I.Response of the internal reproductive organs to clitoral stimulation: the clitorouterine reflex. Int J Impot Res. 2005 Mar-Apr;17(2):121-6).

DHEAS (Sigla de la DesHidroEpi-Androsterona Sulfato. La DHEAS es una prohormona endógena que se secreta en la zona reticularis de las glándulas suprarenales . Es un precursor de los andrógenos y estrógenos. Entre otras muchas utilidades, se sabe que es eficaz en la prevención del envejecimiento y como estimulante sexual. DHEA es también un potente receptor sigma-1. (Baulieu E, et al. Dehydroepiandrosterone, DHEA sulfate, and aging: Contribution of the DHEAge Study to a sociobiomedical issue. *PNAS*, Apr 11, *97*(8), 4279-4284). Sinónimos: Deshidroepiandrosterona sulfato, Dihidroepiandrosterona sulfato

DHÜRSSEN: Ver Incisiones de Dhürssen

DIABETES GESTACIONAL: la Diabetes Mellitus Gestacional es definida como cualquier grado de intolerancia a la glucosa que empieza o se diagnostica por primera vez durante el embarazo. Es una condición que afecta aproximadamente el 7% de todos los embarazos resultando en aproximadamente 200000 casos por año. De acuerdo a los criterios diagnósticos empleados, la prevalencia de esta patología puede variar entre 1 – 14%. De todos los casos de diabetes en el embarazo, la diabetes gestacional representa el 90%. El estado de embarazo por sí solo es una condición diabetogénica caracterizado por una resistencia a la insulina con una actividad compensadora en la respuesta de las células beta del páncreas en la producción de insulina estableciendo un estado de hiperinsulinismo compensatorio; las pacientes con Diabetes Gestacional tienen un estado de resistencia a la insulina en mayor grado con alteración en la capacidad de las células beta para compensar, especialmente en la primera fase de producción de insulina, llevando a un estado de hiperglicemia difícil de controlar. La Diabetes Gestacional implica complicaciones maternas y fetales. Dentro de las complicaciones fetales se encuentra la macrosomía fetal, hipoglicemia fetal, malformaciones congénitas, policitemia, hipocalcemia, síndrome de distrés respiratorio y muerte fetal o perinatal; dentro de las complicaciones materna se

encuentran un mayor riesgo de persistencia de la intolerancia a la glucosa, persistencia de diabetes y obesidad así como mayor riesgo de desarrollar trastornos hipertensivos, preeclampsia y aumento de la tasa de operación cesárea. (Setji, T. Brown, A. Gestational Diabetes Mellitus. Clinical Diabetes. 2005; 23 (1): 17 – 22)// Sinónimo: Diabetes mellitus Gestacional.

DIAFRAGMA ANTICONCEPTIVO: banda de silastic que se coloca sobre el exocérvix para impedir el paso de los espermatozoides y por tanto para impedir el embarazo. dado su origen holandés, se conoce en Europa como el gorro holandés. Debe colocarse muy poco tiempo antes de la relación sexual y asegurarse que la medida del diafragma es el adecuado, pues el volumen del exocérvix puede variar notoriamente de una mujer a otra. El diafragma anticonceptivo hace la misma función del condón como método de barrera para impedir la fecundación *(Harvey*. *S. M., et al. "A New Look at an Old Method: The Diaphragm". Perspectives on Sexual and Reproductive Health . (November/December 2004).* ***35*** *(6): 270.*

DIAFRAGMA UROGENITAL: El diafragma pélvico está formado por el músculo elevador del ano y por el músculo coccígeo. Entre las dos ramas inferiores se extiende el diafragma urogenital a modo de lámina triangular. Sus fibras tienen una orientación transversal y fijan el pórtico del elevador del ano. Este diafragma se compone, entre otros, del músculo profundo del periné, el músculo esfínter de la uretra (ambos forman el denominado músculo compresor de la uretra), y el músculo transverso superficial del periné. El diafragma urogenital masculino es atravesado solo por la uretra y el femenino por la uretra y la vagina.

DIÁMETRO BIPARIETAL FETAL : Es una medida ecográfica empleada para valorar la edad gestacional que consiste en la medición desde la placa externa del cráneo proximal a la placa interna del cráneo distal en un línea transtalámica. Fue el primer parámetro biométrico empleado para el cálculo de la edad gestacional. Se mide entre la cortical externa de la pared proximal del cráneo y la cortical interna de la pared distal en un plano que se encuentre a la altura de los tálamos y el cavum del septum pellucidum. Es necesario tener en cuenta que las medidas por debajo de este plano ecogáfico, subestiman la

edad gestacional. El diámetro biparietal tiene mayor exactitud para la estimación de la edad gestacional entre la semana 12 y la semana 28; por encima de la semana 28 se debe tomar con precaución, teniendo en cuenta que las deformidades del cráneo por compresión alteran su medición. La tabla para la estimación de la edad gestacional usando el diámetro biparietal es la siguiente: (Fleischer, A. Manning, F. Jeanty, P. Romero, R. Ecografía en Obstetricia y Ginecología. Biometría fetal. Madrid, España. Ediciones Marban. Sexta edición. 2002. p 375-388)

DIÁMETRO CONJUGADO: El término conjugado significa que une dos puntos. Se utiliza en polimetría clínica para establecer la distancia entre dos estructuras óseas de la misma. (Alarcón N, MA; Amaya F María V; Alarcón A, MA. Anatomía Clínica del aparato genital femenino. Primera edición. México, Bogotá, Colombia. Editorial Manual Moderno. 2005.)

DIÁMETRO CONJUGADO DIAGONAL DE LA PELVIS: Es la medida de la pelvis que va del promontorio al borde inferior de la sínfisis pubiana. En la pelvis ginecoide mide al menos 11,5 cm. Su medición es dolorosa e incómoda para la paciente.(Alarcón N, MA; Amaya F María V; Alarcón A, MA. Anatomía Clínica del aparato genital femenino. Primera edición. México,Bogotá, Colombia. Editorial Manual Moderno. 2005. Mide 12. 5 cm.

DIÁMETRO CONJUGADO OBSTETRICO: Es la medida de la pelvis que va del promontorio al centro de la sínfisis pubiana. Es conjugado porque une dos puntos. En la pelvis ginecoide mide 10. 5 a 11 cm. // (Alarcón N, MA; Amaya F María V; Alarcón A, MA. Anatomía Clínica del aparato genital femenino. Primera edición. México,Bogotá, Colombia. Editorial Manual Moderno. 2005.)
Sinónimo: Diámetro promonto-subpúbico.

DIÁMETRO CONJUGADO VERDADERO DE LA PELVIS: Es la medida de la pelvis que va del promontorio al borde superior de la sínfisis. Es conjugado porque une dos puntos . En la pelvis ginecoide mide 11 a 11. 5 cm. (Alarcón N, MA; Amaya F María V; Alarcón A, MA. Anatomía Clínica del aparato genital femenino. Primera edición. México,Bogotá, Colombia. Editorial Manual Moderno. 2005.

DIÁMETRO PÉLVICO ANTERO-POSTERIOR O SUBSACRO-SUBPUBICO: Es la medida de la pelvis que va de la punta del cóccix al borde inferior de la sínfisis. En la pelvis ginecoide mide 11. 5 cm. (Alarcón N, MA; Amaya F María V; Alarcón A, MA. Anatomía Clínica del aparato genital femenino. Primera edición. México, Bogotá, Colombia. Editorial Manual Moderno. 2005.)

DIÁMETRO SACULAR MEDIO: Es la forma de medición del tamaño del saco gestacional. Se obtiene realizando el promedio de los diámetros longitudinal, transverso y ánteroposterior del saco gestacional. Esta medición debe efectuarse desde la interfase sólido-líquida, es decir, sin incluir el anillo hiperecogénico que presenta el saco gestacional. El diámetro sacular medio es la primera medida empleada para determinar la edad gestacional por ultrasonografía. Cuando el saco gestacional alcanza dos o tres milímetros de diámetro sacular medio, ya es perceptible por ultrasonografía transvaginal; cuando alcanza cinco milímetros se puede medir por ultrasonografía trans-abdominal. El diámetro sacular medio del saco gestacional aumenta 1 milímetro por día. (Efrat, Z. Akinfenwa, O. First trimestre identification of fetal gender by ultrasound. Ultrasound Obstet Gynecol. 1999; 13: 305-307)

DIAMETRO TRANSVERSO DE LA PELVIS: Es la distancia que en une las dos las tuberosidades isquiáticas. En consecuencia se llama diámetro bi-isquiático. En la pelvis ginecoide mide 11,8 cm . (Alarcón N, MA; Amaya F María V; Alarcón A, MA. Anatomía Clínica del aparato genital femenino. Primera edición. México, Bogotá, Colombia. Editorial Manual Moderno. 2005.)

DIETHYLSTILBESTROL (DES): Es un estrógeno sintético que se utilizó en el pasado para la amenaza de aborto y en hombres para la hipertrofia de la próstata. En 1940 apareció un reporte de Smith y Smith muy prometedor para el tratamiento de la amenaza de aborto. Durante los siguientes 30 años el uso del dietilestilbestrol se ofreció para tratamiento de la diabetes, la toxemia, la insoinmunización y otras. Para entonces no se sabía que podría producir cáncer de células claras de la vagina durante la adolescencia o la vida adulta en mujeres que recibieron el influjo de esta hormona cuando se encontraban en el vientre materno. El uso prolongado de este medicamento puede causar trombocitopenia e hipoplasia megacariocítica, que en individuos susceptibles

puede tardar hasta dos meses en recuperarse después de la suspensión de la hormona.En 1970 Herbst y Scully informan de la aparición de carcinomas de células claras en niñas y adolescentes sometidas al dietilestilbestrol durante su vida fetal. En 1971 la FDA de los Estados Unidos prohibió el uso de este medicamento durante el embarazo. Por esa época aparecieron los resultados de los estudios que demostraban que el DES no corregía los factores que desencadenaban la amenaza de aborto. (Farnot C.U. Podemos aprender de los errores del pasado? Cubana Salud Pública vol.33 no.4 Ciudad de La Habana Oct.-Dec. 2007).

DIFERENCIACIÓN SEXUAL, ANORMALIDADES: Son los trastornos en la conformación anatómica de los genitales externos, que impiden la plena identificación del individuo, como perteneciente al género masculino o femenino. Las anormalidades de las diferenciación sexual pueden analizarse desde la división en cuatro grandes grupos. a. Pseudohermafroditismo femenino. b. Pseudohermafroditismo masculino. c. Hermafroditismo verdadero. d. Disgenesias gonadales. Ver cada uno de estos términos. (Leonel J.González, Grady L. Fonseca, y col. Ambigüedad sexual. Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría vol. 64 nº 2, abril - junio 2001).

DIFUSIÓN: Es el movimiento de partículas a través de una membrana semipermeable. El proceso de difusión ocurre en respuesta a diferencias o "gradientes" de presión. En el caso de los gases durante el fenómeno de intercambio gaseoso, la dirección del movimiento está establecida por el gradiente de presión de los mismos a cada lado de la membrana alvéolo-capilar, es decir, la diferencia de presión del gas en el alvéolo y el capilar pulmonar. El gas pasa desde el sitio de mayor presión hacia el sitio de menor presión para establecer un equilibrio. El intercambio de gases a nivel pulmonar consiste en ingreso de oxígeno desde el alvéolo hasta el capilar pulmonar y eliminación de dióxido de carbono del capilar pulmonar hacia el alvéolo. (Patiño, JF. Rodríguez, E. Gases Sanguíneos, Fisiología de la Respiración e Insuficiencia Respiratoria Aguda. Editorial Médica Panamericana. Santafé de Bogotá. Séptima edición. 2005. 37-90 / Guyton, A. Tratado de Fisiología Médica. Transporte de oxígeno y de dióxido de carbono en la sangre y los

líquidos corporales. Editorial McGraw-Hill. México. Novena edición. 1998. 555-566)

DIHIDRO-EPIANDROSTERONA SULFATO: Ver DHEAS

DIHIDROTESTOSTERONA: 1. Hormona masculina que juega un papel fundamental en la diferenciación sexual de los genitales en la etapa embrionaria. Los conductos de Wolff expresan el receptor de los andrógenos, receptor nuclear con actividad de factor transcripcional. Al unirse la testosterona a su receptor, se induce la diferenciación del gonaducto en sentido masculino. En el seno urogenital y los esbozos de los genitales externos, la testosterona es transformada en dihidrotestosterona (DHT) por la enzima 5a-reductasa. La DHT tiene una afinidad 20 veces mayor que la testosterona por el receptor de andrógenos, por lo cual su efecto masculinizante es mucho más potente. En el sexo femenino, la falta de andrógenos resulta en una regresión de los conductos de Wolff y en una feminización de los genitales externos. Sin embargo, un exceso anormal de andrógenos durante la vida fetal puede provocar una virilización de fetos XX, tal como ocurre en la hiperplasia suprarrenal congénita, la causa más frecuente de anomalías del desarrollo sexual fetal. La acción estrogénica no juega ningún rol en la morfogénesis temprana de los genitales en el sexo femenino, tal como lo demuestran mutaciones en los receptores de estrógenos. En cambio, los estrógenos son indispensables hormonas tróficas en el desarrollo del útero durante la pubertad. **2**. Metabolito androgénico de localización preferente intracelular, que se deriva del efecto de la enzima 5 alfa-reductasa sobre la testosterona. Posee gran afinidad por el receptor androgénico, por lo que su síntesis representa una etapa fundamental en la acción androgénica tisular, necesaria para formar las características del sexo masculino.. // **3.** Potente metabolito androgénico de la testosterona. (Rey, Rodolfo. Diferenciación Sexual Embrio-Fetal: De las Moléculas a la Anatomia. *Rev. Chil. Anat.*, Abr. 2001, Vol.19, No.1, P.75-82). Sinónimos: También se llama androstanolona y DHT

DILATACIÓN: Se refiere este término a la apertura espontánea de un conducto o de un orificio, o al acto de abrirlo mediante un estímulo. (Del lat. *dilatatĭo, -ōnis*).Acción y efecto de dilatar o dilatarse.//Desahogo y serenidad en una pena

o sentimiento grave.// *Fís.* Aumento de longitud, superficie o volumen de un cuerpo por separación de sus moléculas con disminución de su densidad. //*Med.* Procedimiento empleado para aumentar o restablecer el calibre de un conducto, de una cavidad o de un orificio, o mantener libre un trayecto fistuloso.(Academia Española de la Lengua-www.rae.es).

DILATACION CÉRVICAL PROLONGADA ó RETARDADA (durante el parto**):** Es un trastorno de la fase activa del trabajo de parto caracterizado por una apertura del cuello más lenta de la esperada. En las nulíparas la dilatación es retardada o prolongada si la velocidad de dilatación en la fase activa del primer estadio del trabajo de parto es menor de 1,2 cm/hora. En las multíparas la dilatación es prolongada cuando es menor a 1,5 cm/hora. (Ness, A. Goldberg, J. Berghella, V. Abnormalities of the First and Second Stages of Labor. Obstetrics and Gynecology Clinics of North America. 2005. 32: 201-220)

DILATACIÓN ESPONTÁNEA DEL CANAL CERVICAL(durante el parto**):** Es el grado de apertura del conducto cervical y se expresa en centímetros. Durante el trabajo de parto dos dedos del examinador se deslizan a lado y lado de los bordes de la dilatación del cuello para calcular el diámetro de la misma. Previamente el examinador ha aprendido a calcular esta medida que no es estándar puesto que el grosor de los dedos es diferente para cada persona. Si el cervix está dilatado 3 centímetros, su dilatación es de 3. Se dice que el cuello uterino está completamente dilatado cuando el diámetro mide 10 cm, porque es la máxima dimensión alcanzada por la cabeza o por la pelvis que han sobrepasado el borde cervical en el periodo expulsivo. Hay una buena correlación entre la dilatación y el borramiento del cuello. Algunos médicos acostumbran mencionar la dilatación del canal cervical si es permeable a uno o a ambos dedos, especialmente cuando se trata de una amenaza de aborto o a un aborto incompleto. En estos casos debe quedar claro el grado de apertura del orificio cervical interno.

DILATACIÓN MÉDICA DEL CANAL CERVICAL (procedimiento quirúrgico**):** Es un procedimiento quirúrgico ginecológico que consiste en la apertura del canal cervical a través de instrumentos quirúrgicos conocidos como dilatadores de Hegar, dilatadores de Pratt o dilatadores de teflón. El procedimiento se debe

realizar en forma cuidadosa, lentamente y en función de la resistencia del canal. De acuerdo a la posición del útero los dilatadores se introducen con la curva hacia delante cuando el útero se encuentra en anteflexión o hacia atrás cuando el útero se encuentra en retroflexión. Las indicaciones de dilatación del canal cervical incluyen legrado ginecológico, legrado obstétrico si no se ha documentado apertura del canal, tratamiento de hematometra o piometra, previo a procedimiento quirúrgicos como histeroscopia si es necesario. (Hirsh, A. Käser, O. Atlas de Cirugía Ginecológica. Intervenciones diagnósticas y terapéuticas menores. Editorial Marbán Libros. Madrid, España, 2000. pp 13-36)

DILATACIÓN Y CURETAJE: **1.** Procedimiento quirúrgico mediante el cual se aumenta el diámetro del orificio cervical para permitir la entrada de instrumentos como la pinza de Winter o las curetas de Recamier para extraer el endometrio, el saco gestacional con la placenta y membranas, o los restos de un aborto incompleto. La dilatación solía hacerse con dilatadores de Hegar pero estos han sido paulatinamente reemplazados por prostaglandinas o por prostanoides para evitar el trauma, el riesgo de perforación uterina y la incomtencia cervical tardía. El legrado suele hacerse con curetas de Recamier, Bum, Collin, Schröder,Simon,Sims y Wallich. // **2**. Es el conjunto de maniobras quirúrgicas mediante las cuales se realiza apertura mecánica o farmacológica del cuello para facilitar el curetage de la cavidad endometrial. La forma tradicional de abrir el cuello ha sido mediante el uso de dilatadores de Hegar que se introducen de menor a mayor hasta alcanzar aproximadamente el No. 7. Puesto que existe el temor que esta manera forzada contribuya a una futura incontinencia cervical en pacientes en edad fértil, se recurre a otras formas de dilatación más lentas y menos traumáticas mediante el uso de la laminaria, de carboprost trometamina(15-metil-prostaglandina F2α), óvulos vaginales de dinoprostona(prostaglandina E2) o tabletas de misprostol (análogo de la prostaglandina F2α). La Laminaria digitata es una planta que se hidrata y aumenta de volumen al ponerse en contacto con los líquidos. Esta propiedad hace que al colocarse en el canal cervical, dilate paulatinamente las paredes a medida que absorbe los líquidos circundantes. El legrado suele realizarse mediante raspado repetido de la cavidad endometrial con curetas que van del

No 2 al No 8 aunque en casos especiales pueden utilizarse algunas de mayor tamaño. Otro mecanismo de limpiar la cavidad endometrial es mediante el uso de jeringas grandes de aspiración-raspado como la de Kallman cuyo émbolo establece una presión negativa en la cavidad uterina, capaz de extraer la capa decidual.

DILATACIÓN Y LEGRADO: Ver Dilatación y Curetaje.

DILATADORES CERVICALES: Son elementos quirúrgicos, generalmente metálicos, que se utilizan para aumentar el calibre del canal cervical para facilitar el legrado, especialmente en casos de aborto incompleto. Los dilatadores más conocidos son los de Hegar, Hank y Pratt. (Dimeda: http://www.dimeda.de/es/surgical.htm).

DILATADORES HIGROSCÓPICOS: Técnica no farmacológica de maduración cervical que consiste en introducir dilatadores higroscópicos en el cérvix cerrado que posteriormente aumentan de tamaño a través de la incorporación de fluidos del tejido cervical permitiendo apertura y acortamiento del cuello uterino. Tiene la ventaja de tener bajo costo, facilidad en la colocación y la posibilidad de retirarlos con facilidad. (Sánchez-Ramos, L. Induction of Labor. Obstetrics and Gynecology Clinics of North America. 2005. 32: 181-200).

DINOPROSTONA: Análogo de la prostaglandina E_2. Es la prostaglandina más comúnmente usada para la maduración cervical previa a la inducción del trabajo de parto con oxitocina. Actúa por tres mecanismos. 1) induce ruptura de fibras de colágeno con remodelamiento posterior de las mismas 2) estimula el músculo liso del cerviz y el segmento uterino inferior para su distensión 3) induce formación de uniones de brecha necesarias para un trabajo de parto con contracciones coordinadas. Se puede administrar en forma intracervical e intravaginal. (Sánchez-Ramos, L. Induction of Labor. Obstetrics and Gynecology Clinics of North America. 2005. 32: 181-200) // Cervidil®**:** Uno de los nombres comerciales de la dinoprostona intravaginal. Lámina de Dinoprostona para uso cavitario, aprobada por la FDA en 1995 para maduración cervical. La lámina provee una liberación más lenta de la medicación (0.3 mg/hora) con la ventaja que se puede retirar fácilmente si se desarrolla hiperestimulación uterina. Los diferentes ensayos clínicos han

demostrado que las láminas intravaginales acortan el intervalo inducción-paro de manera significativa. (Cunningham, FG. Gant, NF. Leven, K. Gilstrap, L. Hauth., J. Wenstrom K. Williams Obstetricia. Inducción y conducción del trabajo de parto . 21° edición. 2001. 405 – 413.) / La lámina intravaginal se aplica en el fórnix posterior de la vagina y actúa durante aproximadamente 12 horas, tiempo en el que es removida. (Sánchez-Ramos, L. Induction of Labor. Obstetrics and Gynecology Clinics of North America. 2005. 32: 181-200) // Prepidil®**:** Gel intracervical de Prostaglandina E_2 disponible en una jeringa de 2.5 ml que contiene 0.5 mg de dinoprostona. Se administra en el canal cervical cada 6 horas hasta máximo 3 dosis en 24 horas. Tiene la ventaja de inducir maduración cervical con menos estimulación de contracción uterina y por lo tanto menos riesgo de hiperestimulación. (Sánchez-Ramos, L. Induction of Labor. Obstetrics and Gynecology Clinics of North America. 2005. 32: 181-200)

DIP I : se caracterizan porque el momento de menor FCF coincide con la contracción, o se produce menos de 20 segundos después [(5)] y tienen un decalage corto. Su presencia se atribuye a una estimulación refleja del vago, producida en la mayoría de los casos por compresión de la cabeza del feto después de rotas las membranas y después de los 5 cm de dilatación cervical. Por lo tanto es un patrón tranquilizante relacionado con pH fetal normal, puntajes de Apgar normales y sin signos de afección fetal, sin embargo con membranas íntegras su aparición se asocia a oligoamnios, que favorece la compresión del polo cefálico // 2. El Nadir de la desaceleración coincide con el pico de la contracción// Schwarcz RL, Duverges CA, Díaz AG, Fescina RH. Obstetricia. 5ta. Edición. Buenos Aires: Editorial El Ateneo, 1995; cap. 12:477-487. // Ruoti AM, Salud Reproductiva: Obstetricia y Perinatología. 2da. Edición. Asunción: Editorial Efacim-Eduna, 2000; cap. 5:373-387 // Ver Desaceleraciones de la frecuencia cardiaca fetal.

DIP II: alcanzan su punto de menor FCF de 20 a 60 segundos después de la acmé de la contracción y tienen un decalage largo (galicismo de décalage, desajuste, desfase). Corresponden a un descenso de la PO_2, que después de la contracción uterina disminuye por debajo de 18 mm Hg (nivel crítico de PO_2), por lo que cuando el feto tiene bajas reservas de oxígeno, con PO_2 próxima al nivel crítico existe una mayor posibilidad de presentarlo. Si la PO_2 disminuye

aun más, se produce la estimulación de los quimiorreceptores que a su vez determinan una respuesta simpática que consiste en vasoconstricción inmediata; consecuentemente se produce una elevación repentina de la presión arterial fetal, estimulando los baro-receptores que a través del nervio vago desencadenan una respuesta parasimpática, disminuyendo transitoriamente la FCF. Para detectar clínicamente un dip II se debe auscultar al feto durante e inmediatamente después de la contracción uterina, observándose que en coincidencia con la acmé de la contracción o durante el período de relajación, la FCF comienza a disminuir progresivamente extendiéndose durante todo el período de relajación; luego la FCF se va acelerando y antes de la contracción siguiente retoma los valores basales, por lo que la presencia de los dips de tipo II indica SFA con certeza// El decalaje (la apertura de la desaceleración) dura más de 30 segundos // Schwarcz RL, Duverges CA, Díaz AG, Fescina RH. Obstetricia. 5ta. Edición. Buenos Aires: Editorial El Ateneo, 1995; cap. 12:477-487. // Ruoti AM, Salud Reproductiva: Obstetricia y Perinatología. 2da. Edición. Asunción: Editorial Efacim-Eduna, 2000; cap. 5:373-387 // Ver Desaceleraciones de la frecuencia cardiaca fetal.

DIP III: Los dips umbilicales o desaceleraciones variables se atribuyen a la oclusión transitoria de los vasos umbilicales por el útero contraído. Cuando la oclusión es breve menor de 40 segundos, solo se produce una estimulación refleja del vago, si duran más de 40 segundos se desarrolla también hipoxia fetal, por lo que en este caso los dips umbilicales serían signo de SFA presentando gran polimorfismo y diferente relación temporal con la contracción uterina . Estos tipos de desaceleraciones presentan algunas particularidades que delatan mayor riesgo fetal, llamados Dips umbilicales desfavorables. La presencia de una de estas alteraciones indica la posible existencia de hipoxia y acidosis fetal. En contraposición, los descensos de la FCF hasta 70 latidos por minuto y con duración inferior a 1 minuto, caracterizan los dips umbilicales favorables, poco relacionados a compromiso fetal por hipoxia// La desaceleración variable se califica de prolongada cuando dura más de dos minutos . // Schwarcz RL, Duverges CA, Díaz AG, Fescina RH. Obstetricia. 5ta. Edición. Buenos Aires: Editorial El Ateneo, 1995; cap. 12:477-487. // Ruoti AM, Salud Reproductiva: Obstetricia y Perinatología. 2da. Edición.

Asunción: Editorial Efacim-Eduna, 2000; cap. 5:373-387 // Ver Desaceleraciones de la frecuencia cardiaca fetal. // Sinónimo: Desaceleraciones variables.

DIPLOIDE ó NÚMERO DIPLOIDE DE CROMOSOMAS: Es la carga completa de cromosomas que indidualiza y diferencia las células somáticas de cada ser vivo. En el ser humano el número diploide es 46,XX para el género femenino y 46,XY para el género masculino.

DIS: prefijo del griego, dys, dolor, dificultad. (Del gr. δυσ-, 'dificultad' o 'anomalía'. Ej. *Dispepsia, disnea, dislexia.*

DISCO PROLÍGERO: Es el mismo cúmulus ooforus: masa de células de la granulosa que rodean el ovocito en un folículo ovárico en desarrollo**. // 2.** En ecografía obstétrica: montículo ecogénico de 3-4 mm con área interna hipoecoica que aparece en el lapso de 24-36 hs de producirse la ovulación. (80% en folículos mayores de 17 mm). El área posterior hipoecoica puede ser indicio de ovulación inminente en un lapso no superior a las 2 hs . (Cameron IT, O'Shea FC, Rolland JM: Occult ovarian failure: a syndrome of infertility, regular menses and elevated follicle-stimulating hormone concentrations. J Clin Endocrin Metab 1986; 67:1190-1194.)

DISCORDANTE. Que discrepa de otro. Que no guarda uniformidad con otro. Término usado en los estudios sobre gemelos cuando uno de ellos presenta una carácter que falta en el otro. En este caso son discordantes para esa particularidad.

DISFORIA: (gr.D*ys*,malestar, dolor y *pherein* soportar) . Cambios repentinos y transitorios del estado de ánimo, tales como sentimientos de tristeza, pena, angustia, malestar psíquico acompañado por sentimientos depresivos, tristeza, melancolía, pesimismo e insustancialidad. Se desconoce la relación existente entre estado de ánimo disfórico persistente e intenso y el afecto disfórico continuo que se observa en la depresión mayor y en otras enfermedades psiquiátricas. // Es un término que hace referencia al malestar o inquietud asociado con el ciclo menstrual, generalmente se presenta como síntomas premenstruales de diversa índole incluyendo ansiedad, depresión, irritabilidad,

cambios cognitivos, cambios en el sueño, en la energía, en el apetito y en la impulsividad, del mismo modo, cuando presenta severos síntomas se han incluido estados psicóticos e ideación suicida; adicionalmente se han descrito cambios repentinos y transitorios del estado de ánimo, tales como sentimientos de tristeza, pena, angustia, malestar psíquico acompañado por sentimientos depresivos, tristeza, melancolía, pesimismo e insustancialidad. Aproximadamente el 20% al 80% de las mujeres refieren algún grado de humor cíclico, disturbios cognitivos o neuro vegetativos asociados con las fases menstrual o pre menstrual de los ciclos menstruales que se conoce con el nombre de disforia menstrual (Barón, G. Neuroendocrinología. Fundamentos de Endocrinología Ginecológica. Inet Colombiana. 1998. 321-348)//

DISFORIA DE GÉNERO: Desacuerdo profundo entre el sexo biológico y el sexo psicológico o, dicho de otra forma, entre el sexo con el que se nace y aquel otro que la persona siente como propio. La transexualidad es una disforia de género. (http://www.revistapersona.com.ar/ Persona20/20Blasi.htm , López Bolado J. y Vidal Albarracin Hector, *Aspectos Jurídicos de la Homosexualidad y Cambio Quirúrgico de Sexo*, LL 1977, Tomo A, p 729).

DISFUNCIÓN: Se utiliza este término para referirse a una función que no se realiza o que se realiza de manera incompleta o muy laboriosa. // 2. Desarreglo en el funcionamiento de algo o en la función que le corresponde.// 3. Biol. Alteración cuantitativa o cualitativa de una función orgánica. (Real Academia de la lengua española: www. rae. es)

DISFUNCIÓN CARDIOVASCULAR: Se define como la disminución de la fracción de eyección con aumento de la permeabilidad capilar. Adicionalmente se puede diagnosticar ante una respuesta hipodinámica con soporte inotrópico adecuado. (Villavicencio, R. Disfunción Orgánica Múltiple (S.D.O.M). Revista Colombiana de Anestesiología. 1996; 24: 351-363)

DISFUNCIÓN GASTROINTESTINAL: Se define como la presencia de íleo con intolerancia a la nutrición ora por más de cinco días, úlceras gastrointestinales de estrés que requieren transfusión o la presencia de colecistitis acalculosa. (Villavicencio, R. Disfunción Orgánica Múltiple (S.D.O.M). Revista Colombiana de Anestesiología. 1996; 24: 351-363)

DISFUNCIÓN HEMATOLÓGICA: Se define como la documentación del Tiempo de Protrombina >= 25%, plaquetas < 80.000 o presencia de Coagulación Intravascular Diseminada. (Villavicencio, R. Disfunción Orgánica Múltiple (S.D.O.M). Revista Colombiana de Anestesiología. 1996; 24: 351-363)

DISFUNCIÓN HEPÁTICA: Se define como la documentación de bilirrubina total >=2.0 mg/dl, transaminasas superiores al doble del valor normal o la presencia de ictericia mucocutánea franca. (Villavicencio, R. Disfunción Orgánica Múltiple (S.D.O.M). Revista Colombiana de Anestesiología. 1996; 24: 351-363)

DISFUNCIÓN NEUROLÓGICA: Se define como alteración mental, coma progresivo o puntuación de Glasgow < 6 en ausencia de sedación. (Villavicencio, R. Disfunción Orgánica Múltiple (S.D.O.M). Revista Colombiana de Anestesiología. 1996; 24: 351-363)

DISFUNCIÓN NEUROLÓGICA: Se define como alteración mental, coma progresivo o puntuación de Glasgow < 6 en ausencia de sedación. (Villavicencio, R. Disfunción Orgánica Múltiple (S.D.O.M). Revista Colombiana de Anestesiología. 1996; 24: 351-363)

DISFUNCIÓN OVULATORIA: **DISFUNCIÓN OVULATORIA: 1.**Condición en la que el eje (hipotálamo-hipófisis-ovario) productor y regulador de hormonas del sistema reproductor de la mujer no produce las cantidades adecuadas de hormonas necesarias para desarrollar, madurar y liberar un óvulo sano. // **2.**Trastorno hormonal que impide la ovulación normal. El pico de LH que precede la ovulación puede estar parcial o totalmente suprimido. (Pelikanova T. The metabolic syndrome. Vnitr Lek. 2003 Dec;49(12):900-6.)

DISFUNCION RENAL: Se define como la diuresis o gasto urinario < 500 ml/día o creatinina > 2.0 mg/dl o necesidad de terapia dialítica. (Villavicencio, R. Disfunción Orgánica Múltiple (S.D.O.M). Revista Colombiana de Anestesiología. 1996; 24: 351-363). Equivale a una falla renal leve a moderada.

DISFUNCIÓN RESPIRATORIA: Se define como la condición de hipoxia que requiere ventilación mecánica durante por lo menos dos días, presencia de Síndrome de Dificultad Respiratoria Aguda (SDRA) progresivo necesitando

PEEP > 10 o FIO_2 > 50%. (Villavicencio, R. Disfunción Orgánica Múltiple (S.D.O.M). Revista Colombiana de Anestesiología. 1996; 24: 351-363)

DISGENESIA CERVICAL: Es un defecto de la fusión vertical de los conductos de Müller que se caracteriza por la ausencia parcial o completa del cérvix y del tercio superior de la vagina. La incidencia de esta condición está reportada como 1/4500 nacidos vivos. Anatómicamente esta anomalía se divide en cinco grupos: a) banda cervical fibrótica con glándulas endocervicales, b) ausencia de cérvix, c) fragmentación cervical, d) obliteración de orificios cervicales, e) estructura mediocervical. Las pacientes manifiestan dismenorrea severa y síntomas asociados a endometriosis como resultado de menstruaciones retrógradas. El tratamiento se realiza con agentes supresores como medroxiprogesterona o agonistas de GnRH para aliviar los síntomas. El tratamiento quirúrgico incluye la canalización sin vaginoplastia con menstruaciones exitosas en el 70% de los casos; la canalización con vaginoplastia tiene alto riesgo de ruptura e infección pélvica. Muchos autores consideran la histerectomía abdominal como método preferido para el tratamiento de esta condición. (Croak, A. Gebbart, F. Congenital Anomalies of the Female Urogenital Tract. Fellows Lecture Series. Pelvic Medicine & Surgery. 2005; 11 (4): 165-181)

DISGENESIA GONADAL: 1. Es el trastorno de la capacidad reproductora caracterizado por la falta de células gonadales (óvulos o espermatozoides). El momento de la degeneración de las células germinales es siempre el periodo embrionario precoz. La disgenesia se opone al concepto de eugenesia. Entre las causas de disgenesia se incluyen anormalidades de la diferenciación sexual que cumplen diversos criterios: 1) no se produce sustancia inhibidora mülleriana; 2) la exposición fetal a los andrógenos fue de grado variable; 3) el cariotipo varía en los distintos sujetos y por lo general es anormal y 4) no se observa la presencia de ovarios ni testículos normales(pero en raros casos es posible detectar tejidos ováricos y testiculares) En todos los pacientes incluidos en esta categoría se encuentran presentes el útero, las trompas de Falopio y la vagina superior. Los síndromes que cursan con disgenesia gonadal, y sus respectivos cariotipos,son: 1-Disgenesia gonadal X0: Síndrome de Ullrich-Turner(45,X0);Síndrome de Swyer(45,X0), (45XX/45,X0)

(46,XY/45,X0); Síndrome de Rossie(45,X0); Síndrome de Gordan-Overstreet (45,X0)2-Disgenesia gonadal XX: Ullrich-Turner(45,X0; Síndrome de Swer (45,X0)(45XX/45,X0)(46,XY/45,X0; Síndrome de Roessie(46,XX), 46,XX/45,X0; Síndrome de Stein-Leventhal (47,XXX); Síndrome de hipogenesia ovárica (46,XX); Síndrome de menopausia prepuberal(46,XX)3- Disgenesia gonadal XY: Síndrome de Swer(45,X0), Síndrome de disgenesia gonadal XY; Síndrome de disgenesia gonadal XY(46,XY); Síndrome de Ullrich-Turner(45,X0); Síndrome de Stein-Leventhal (47,XXX);Síndrome de Klinefelter(47,XXX / 48,XXXY). ***//*** **2.**El término disgenesia gonadal hace referencia sólo a la gónada e incluye a los individuos en cuyas gónadas no se observan células germinales ni elementos de la vía germinal, es decir, formaciones foliculares, independientemente de los caracteres somáticos y de la estructura de los cromosomas, aunque la mayoría de las veces se encuentran estructuras de la gónada tales como estroma ovárico, células hiliares y formaciones reticulares . La disgenesia gonadal se asocia con falta de migración de las células germinales primitivas hasta la cresta gonadal o con involución de las células germinales después de la migración hasta la gónada indiferenciada durante la vida embrionaria temprana. Las gónadas que no se desarrollan, persisten como tejido rudimentario que no produce hormonas. Este conjunto de entidades tienen en común la presencia de una gónada disgenética o en bandeleta, con ausencia de folículos, y las características de los genitales internos y externos varían de acuerdo al cariotipo. // **3.** La disgenesia gonadal constituye la primera causa de amenorrea primaria y se caracteriza por un estado de hipogonadismo hipergonadotrófico. (Aspillaga H, Manuel, Avendaño B, Isabel, Aguirre O, María Isabel *et al*. Disgenesia gonadal con cromatina positiva. Rev. chil. pediatr., Dic. 1986, vol.57, no.6, p.542-545), (Leonel J.González, Grady L. Fonseca, y col. Ambigüedad sexual. Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría vol. 64 nº 2, abril - junio 2001), (Merritt D F, Moley K H, Gast M. Trastornos del desarrollo del aparato reproductor. En: Jacobs A, Gast M, editores. Ginecología práctica. Buenos Aires: Edit. Médica Panamericana; 1995.p.297-310).

DISGENESIA RENAL: Consiste en un desarrollo anormal del parénquima renal con formación de quistes y daño renal irreversible. La malformación se produce como consecuencia de una diferenciación anormal del tejido metanéfrico. La

disgenesia renal comprende cuatro síndromes: 1) Riñón poliquístico autosómico recesivo (infantil) o Potter I 2) Displasia renal multiquisitica o Potter II 3) Riñón poliquísitico autosómico dominante (adulto) o Potter III 4) Displasia renal quística o Potter IV. (Nicolaides, KH, Cheng, HH, Abbas, A, et al. Fetal renal defects: associated malformations and chromosomal defects. Fetal Diagn Ther 1992; 7:1)

DISGERMINOMA: Es un tumor ovárico conocido como seminoma ovárico. Corresponde al 50% de los tumores ováricos originados de las células germinales. El 90% se presentan en mujeres menores de 30 años. En el 20% son bilaterales y su diseminación es usualmente por vía linfática. El disgerminoma es altamente radiosensible; las pacientes jóvenes con enfermedad unilateral pueden someterse a cirugía conservadora, siendo la radioterapia adyuvante frecuentemente necesaria. La tasa de supervivencia a largo plazo sobrepasa el 90%. (Munkarah, A. Tainsky, M. Update on ovarian cancer. Current Opinion in Obstetrics & Gynecology. 2007; 19(1):22-26)

DISMENORREA: (gr.D*ys*,doloroso /Menós, mes / Rhein, fluir): Es el dolor y malestar pélvico, percibidos durante los días de la menstruación. Puede acompañarse de una causa pélvica conocida o no (Berek JS,Adashi EY,Hillard PA. Ginecología de Novak. Interamericana. México. 1997 p. 408)

DISMENORREA PRIMARIA: (gr.D*ys*,doloroso /Menós, mes / Rhein, fluir)Es el dolor y el malestar pélvico, percibidos por una paciente a quien no se le encuentra una causa física en la cavidad pelviana que expliquen estas percepciones molestas desde pocas horas antes de iniciado el periodo menstrual o justamente después del mismo, y puede durar 48 a 72 horas. Se asocia al aumento de la producción endometrial de las prostaglandinas. La disminución de las concentraciones de progesterona durante la fase lútea tardía desencadena la acción de enzimas líticas lo que ocasiona descarga de fosfolípidos con generación de ácido araquidónico y activación de la vía de la ciclo-oxigenasa que media la producción de prostaglandinas G2, luego H2 y de allí se originan la F2alfa, la E2 y la D2 (Berek JS,Adashi EY,Hillard PA. Ginecología de Novak. Interamericana. México. 1997 p. 408 y 410)

DISMENORREA SECUNDARIA: Es el dolor y el malestar pélvico, percibidos por una paciente a quien se le ha encontrado una causa suyacente que los motiven, como una endometriosis, una masa tumoral, etc. Suele iniciarse una a dos semanas antes de la menstruación y pewrsiste hasta unos cuantos días después de interrumpirse la hemorragia. La dismenorrea secundaria suele ocurrir años después de iniciarse la menarquia. (Berek JS,Adashi EY,Hillard PA. Ginecología de Novak. Interamericana. México. 1997 p. 408-12)

DISPAREUNIA. (gr.*dys*,doloroso,P*áreunos*,coito, compañero de lecho)Es una disfunción sexual caracterizada por dolor genital que ocurre antes del coito, durante el mismo o a continuación, en ausencia de vaginismo. Se calcula que este trastorno afecta a cerca del 60% de las mujeres en cualquier etapa de su vida sexual activa (Marinoff SC,Turner MLC. Vulvar vestibulitis síndrome: an overview. Am J Obstet Gynecol 1991;165: 1228-1233)

DISPLASIA: Es un trastorno de la maduración de las células epiteliales que produce una alteración de la anatomía de las mismas, o de la distribución dentro del tejido,. La displasia puede ser el paso previo a una neoplasia, por lo tanto es una pre-neoplasia o lesión premaligna. De manera característica en la displasia las células pierden la uniformidad y la orientación arquitectónica. Presentan pleomorfismo (variedad de tamaños y de formas) y los núcleos se pueden agrandar y tornarse hipercromáticos(se tiñen más intensamente de lo usual). El número de mitosis aumenta más allá de lo normal pero sin alterar el patrón morfológico. Usualmente las mitosis son más frecuentes en las capas más profundas del tejido; en la displasia se pueden ver mitosis en todas las capas, incluida la superficial. La displasia leve o moderada que no afecta todo el espesor del epitelio puede ser reversible y con la supresión de las causas desencadenantes, el epitelio puede normalizarse. Cuando los cambios displásicos son muy notorios y afectan todo el epitelio, se considera que es una lesión maligna preinvasora, denominada cáncer estado 0 o in situ. (Cotran R.S.y col. Patología estructural y Funcional de Robins. Edit McGraw-Hill, New York, 1996)

DISPLASIA CERVICAL: Es un trastorno de la maduración de las células epiteliales del cuello uterino que produce una alteración de la anatomía de las

mismas, o de la distribución dentro del tejido,. La displasia del cérvix puede ser el paso previo a una neoplasia, por lo tanto es una pre-neoplasia o lesión premaligna.. Cuando los cambios displásicos del cérvix son muy notorios y afectan todo el epitelio, se considera que hay una lesión maligna preinvasora, denominada cáncer estado 0 o in situ. Hay una clara asociación entre la displasia y la presencia del virus del Papiloma humano (HPV), agente infeccioso perteneciente a la familia Papillomaviridae. Este virus muestra tropismo epitelial induciendo un amplio espectro de lesiones de distinto grado de severidad. La infección genital por HPV representa la enfermedad de transmisión sexual más común a nivel mundial, siendo los niveles de prevalencia de la infección dependientes de la edad y del método de detección aplicad. Numerosos estudios epidemiológicos mundiales confirmaron que la infección genital por HPV es un factor necesario para el desarrollo del carcinoma cervical, pero no suficiente, pudiendo producir infecciones asintomáticas sin importancia clínica. El genotipo viral es uno de los factores de riesgo asociados a la infección que determinan la progresión maligna de lesiones cervicales. Más de 40 tipos distintos de HPV han sido identificados en el tracto anogenital humano, los cuales se pueden subdividir en dos grupos: “de bajo riesgo oncogénico” (HPV-BR) que se encuentran en condilomas acuminados y neoplasias intraepiteliales de bajo grado con mínimo riesgo de progresión maligna (principalmente los tipos 6, 11 y 42) y los “de alto riesgo oncogénico” (HPV-AR) en neoplasias intraepiteliales de alto grado e invasivas (principalmente los tipos 16, 18, 31 y 45). (1-Cotran R.S.y col. Patología estructural y Funcional de Robins. Edit McGraw-Hill, New York, 1996 // 2-Sijvarger, C. C., Gonzalez, J. V., Prieto, A. et al. Epidemiología de la Infección Cervical por Virus Papiloma Humano en Ushuaia: Argentina. Rev. Argent. Microbiol., Ene./Mar. 2006, Vol.38, No.1, P.19-24)

DISPLASIA MAMARIA: La displasia mamaria es un grupo de afecciones benignas de la glándula mamaria que tiene como denominador común un "desequilibrio hormonal" dado por hiperestrogenismo, absoluto o relativo y tal vez por la participación de otras alteraciones hormonales como son la disfunción de secreción de prolactina y de hormonas hipofisiarias. Se caracteriza por eventos inflamatorios y cambios histológicos proliferativos de la

mama que pueden ser quistes, metaplasias apocrinas, hiperplasia conjuntiva, ectasia ductal, hiperplasia epitelial y pueden estar en fase 1 o fase de producción o desaparición ; fase 2 o sea aquellas displasias que no regresan postmenopáusicamente o en fase 3, cuando la enfermedad está establecida sin dolor o fluctuaciones y con cambios permanentes. El diagnóstico de certeza se hace por punción con aguja fina y estudio histológico de las zonas sospechosas o nodulares procedimiento denominado citología por aspiración con aguja fina (CAAF) y puede apoyarse o no de ultrasonido o mamografía. (Casadevall IM, y col. Aplicación de la Medicina tradicional a un grupo de mujeres con displasia mamaria. Revista Cubana Ginecol Obstet. V.28 N.3 , La Habana Sep.-Dic. 2002)

DISPLASIA TANATOFÓRICA: 1. Las enfermedades constitucionales del sistema esquelético son un grupo importante dentro de la patología pediátrica que incluyen varios trastornos de curso clínico diferente. La displasia tanatofórica (DT) pertenece al grupo de osteo-condrodisplasias con defectos de huesos tubulares, tronco no corto y platispondilia y es de curso clínico letal. Los criterios para establecer el diagnóstico son morfológicos, radiológicos e histopatológicos. En los 5 casos conocidos del Hospital General de México, el tiempo de vida mínimo fue de 20 minutos y el máximo de 8 días. Morfológicamente todos presentaron aumento del perímetro cefálico, tórax estrecho, hipoplasia pulmonar y acortamiento rizomélico de las 4 extremidades. Radiológicamente mostraron aumento de los espacios intervertebrales, aplanamiento de los cuerpos vertebrales, acortamiento de los huesos largos de las extremidades, y tres casos con fémur en “auricular de teléfono”. Microscópicamente mostraron retardo y desorganización de las zonas de crecimiento endocondral de los huesos largos. La DT es la osteocondrodisplasia más común y de curso siempre letal, por lo tanto es importante conocer sus criterios diagnósticos, ya que puede ser detectada antes del nacimiento, con lo que se puede determinar una conducta y ofrecer un adecuado asesoramiento genético a los padres // **2.** La DT es autosómica dominante, es producida por una mutación a nivel del receptor 3 del factor regulador de crecimiento de fibroblastos; se localiza en el cromosoma 4p16.3., produciendo una incompleta calcificación de los osteocitos //(Padilla RAL,

Durán PMA, Davies BR. Displasia tanatofórica: revisión de los criterios de diagnóstico en 5 casos de autopsia. Rev Mex Pediatr 2005; 72 (3): 126-132 // Cortez Karina, Rev Hosp Jua Mex 2004; 71(3) : 101-105)// Sinónimo: Enanismo tanatofórico.

DISPOSITIVO BOLSA-VÁLVULA-MASCARILLA: Es un dispositivo que consiste en una bolsa y una válvula conectadas a un sistema de flujo de oxígeno, unida a una mascarilla facial. Este dispositivo tiene la ventaja de que no permite la reinhalación. Este método es el más común para practicar ventilación con presión positiva, ya que tienen aproximadamente un volumen de 1600 ml, que suele ser adecuado para la insuflación pulmonar. Las maniobras de reanimación en la paciente embarazada recomiendan el uso de este tipo de dispositivo para manejo inicial de soporte ventilatorio, ya que las otras maniobras (boca-boca, boca-nariz-boca, boca-estoma) son infectivos para lograr adecuadas ventilaciones que suplan las necesidades de oxígeno tanto maternas como fetales. (Morris, S. Stacey, M. Resuscitation in Pregnancy. British Medical Journal. 2005; 327: 1276 – 1279 / Stapleton, E. Aufderheide, T. AVB para el equipo de salud. American Heart Association. 2002)

DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU): Es un elemento que actúa como cuerpo extraño en la cavidad endometrial, para impedir el embarazo, no solo al impedir la implantación del blastocisto sino que hace el ambiente hostil para la capacitación de los espermatozoides, de tal manera que también participa en mecanismos que impiden la fecundación. Cuando en la década de los años 50 se discutía en el Congreso de los E.U. si el DIU interrumpía o si evitaba el embarazo, una comisión de la FIGO estableció que el embarazo empieza cuando se inicia el intercambio nutricional entre el blastocisto y la madre (al final de la implantación del mismo al endometrio). Este concepto técnico facilitó la difusión del DIU en todo el mundo. Sin embargo, existe reserva de esta percepción por parte de los jerarcas de la iglesia católica y de otras iglesias, que deben ser tenidas en cuenta por parte de los médicos a la hora de la consejería en planificación familiar. El DIU es el método reversible más utilizado en el mundo. // El DIU que más acogida ha tenido es la T de cobre, que está recubierta por un hilo de cobre –T-Cu 380 A. En general los

dispositivos que se producen en la actualidad son elaborados de polietileno. Los que tienen forma de T pueden tener cilindros de cobre en sus ramas laterales y/o alambre de cobre enrollado en su rama vertical. Algunos modelos tienen hormonas impregnadas (estrógenos o progestágenos), de liberación lenta, que potencian el efecto contraceptivo y disminuyen el sangrado menstrual o impiden el sangrado intermenstrual. El polietileno está además impregnado con sulfato de bario que es radio-opaco, para ser detectado fácilmente por los rayos X. (Morgan KW. The intrauterine device: rethinking old paradigms. J Midwifery Womens Health. 2006 Nov-Dec;51(6):464-70)

DISPOSITIVO INTRAUTERINO DE GRÄFENBERG: En 1930 el ginecólogo alemán Ernst Gräfenberg diseñó un DIU con plata y cobre, sin cola la extra-cervical, lo cual disminuyó notoriamente las infecciones y disminuyó la tasa de embarazos de manera importante; sin embargo deberían pasar otros 40 años para conocer el beneficio de los iones de cobre como potenciadores del efecto contraceptivo. En 1934 el médico japonés Tenrei Ota modificó el DIU de Gräfenberg, le dio forma de anillo y le agregó un soporte intrauterino, hecho con láminas de oro y plata. (Speroff L, Darney PD. A Clinical Guide for Contraception. Second edition. Baltimore: Williams & Wilkins; 1996)

DISPOSITIVO INTRAUTERINO, ASA DE LIPPES: Tiene forma de serpentina o de doble-S. A diferencia de otros DIUs el asa de Lippes se produce en 4 tamaños: A, B, C y D, que miden de 26 a 28 mm de longitud y de 22 a 30 mm de anchura. Fue diseñado por Jack Lippes al terminar su entrenamiento en fisiología experimental en 1962.(Zieman M, Kanal E. Copper T 380A IUD and magnetic resonance imaging. Contraception. 2007 Feb;75(2):93-5 // 2-Zieman M, Kanal E. Copper T 380A IUD and magnetic resonance imaging. Contraception. 2007 Feb;75(2):93-5)

DISPOSITIVO INTRAUTERINO, ESCUDO DE DALKON: En 1971 aparece el escudo de Dalkon, diseñado por Lerner un año antes, con espículas laterales sobresalientes para impedir su expulsión; fue comercializado por Dalkon Corporation, que luego vendió sus derechos a A.H.Robbins Corporation. Este tipo de DIU solucionó una queja (la expulsión) pero originó otras: mayor frecuencia de infección pélvica, aborto séptico, infertilidad, embarazo ectópico, histerectomía por infección, etc. por lo cual la casa A. H. Robbins debió pagar

millonarias indemnizaciones. En general la infección por el escudo de Dalkon aumentó 3 a 8 veces respecto a los otros DIU y se reportaron 12 muertes entre las usuarias de los EU y Puerto Rico Se ha encontrado evidencia causal de cáncer de cérvix por este tipo de DIU. Su venta se suspendió en Junio de 1974 y la casa productora se declaró en bancarrota en 1985 ante la imposibilidad de indemnizar a otras 300.000 usuarias que la habían demandado. (Mitchell S, Fletcher H, Williams NP, Coard K. In situ squamous cell carcinoma of the endometrium associated with long-term intrauterine device (Dalkon Shield) usage.J Obstet Gynaecol. 1999 Jan;19(1):88-9)

DISPOSITIVO INTRAUTERINO, NOVA T y Cu-NOVA T: El primero tiene 200 mm de cobre. El segundo tiene 380 mm. (Morgan KW. The intrauterine device: rethinking old paradigms. J Midwifery Womens Health. 2006 Nov-Dec;51(6):464-70)

DISPOSITIVO INTRAUTERINO, T-Cu 380 S, T-Cu 200, T-Cu 220 B. En cada caso el número indica la cantidad de cobre enrollado en la rama vertical del DIU. Los dos primeros modelos no tienen cobre en las ramas laterales. Ruiz-velasco V, Meza M, Lopez JS Postplacental manual insertion of the Multiload Copper 250 IUD.. Contracept Deliv Syst. 1981 Oct;2(4):331-6

DISPOSITIVO INTRAUTERINO,L-NORGESTREL (LNG-20) INTRAUTERINE SYSTEM (MIRENA/ LEVONOVA): Este DIU en forma de T, tiene un cilindro central impregnado con levo-norgestrel, de liberación lenta pues está protegido por una membrana dosificadora. Se liberan 20 microgramos de L-norgestrel cada 24 horas. El cilindro que contiene la hormona mide 19 mm. Su vida útil está calcula en 5 años. En Colombia se comercializa con el nombre de Mirena. (Collinet P, Nayama M, Cosson M. Acceptability of intrauterine levonorgestrel delivery system (Mirena 52 mg) after estrogen-progesterone oral contraception: results of a prospective multicentric study . J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). 2006 Dec;35(8):778-784.)

DISPOSITIVO INTRAUTERINO,MULTILOAD-250 (MLCU-250) y 375 (MLCU-375[12] (12): Tiene forma de T arqueada con espículas y cobre. El número de cada modelo indica la cantidad de alambre que está enrollado en su rama central. (Collinet P, Nayama M, Cosson M. Acceptability of intrauterine

levonorgestrel delivery system (Mirena 52 mg) after estrogen-progesterone oral contraception: results of a prospective multicentric study . J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). 2006 Dec;35(8):778-784.)

DISPOSITIVO INTRAUTERINO,T- Cu 380 A: Este DIU tiene en total 380 mm^3 de cobre: 314 en forma de hilo enrollado en la rama vertical del DIU y 33 mm^3 en cada rama lateral. Apareció en el mercado en 1982 con el nombre de Para-Gard, producido por la casa Ortho Canada. Su longitud vertical es de 36 mm y su longitud horizontal es de 32 mm. Su efecto máximo es de 10 años, pero es conveniente extraerlo o cambiarlo hacia el séptimo año, por las razones comentadas en el numeral 9 de esta conferencia (Ver Fig.3). Aunque la T de cobre no se ha considerado peligrosa, su uso declinó hacia el final de los años 80s excepto para la T-Cu 380 A (Para-Gard) y para el Progestasert que también tiene forma de T pero con impregnación de progesterona en la porción vertical. Aproximadamente 100 millones de mujeres en el mundo usan un DIU para planificar en la actualidad. (Morgan KW. The intrauterine device: rethinking old paradigms. J Midwifery Womens Health. 2006 Nov-Dec;51(6):464-70 // 2-Zieman M, Kanal E. Copper T 380A IUD and magnetic resonance imaging. Contraception. 2007 Feb;75(2):93-5)

DISQUESIA(Griego,*dis*,dolor y *chedsein*,defecar): Dolor producido por los movimientos del intestino. Defecación difícil o dolorosa. Suele acompañar a los otros síntomas de la endometriosis.

DISRAFISMO VERTEBRAL: Es un término empleado para designar a todas las formas de espina bífida, sea esta abierta o cerrada; este término implica el no cierre y la desorganización de los elementos óseos vertebrales posteriores. Puede ser oculto, con o sin estigmas cutáneos y abierto con o sin exposición de tejido neuroectodérmico rudimentario. Usualmente el disrafismo vertebral se localiza en el arco posterior de las vértebras, localizado con mayor frecuencia en la región lumbosacra. La incidencia global se estima en 1:1000 nacimientos y la tasa de recurrencia se encuentra alrededor del 5% aumentando al 13% si existe un segundo niño afectado. El origen de la malformación consiste en un defecto de cierre primario del neuroporo posterior, usualmente en el día 41 de edad menstrual. (Centers for disease control and prevention, CDC. Spina bifida

and anencephaly before and after folic acid mandate--United States, 1995-1996 and 1999-2000. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2004; 53(17):362-5)

DISRUPCIÓN: Es un defecto morfológico de un órgano o de una región anatómica, ocasionado por la interrupción del crecimiento o moldeamiento de ese órgano, que originalmente tenía un desarrollo normal. Ejemplo: una banda amniótica puede producir amputación parcial o total de una extremidad que estaba genéticamente codificada para desarrollarse sin alteraciones. (Danforth. Tratado de Obstetricia y Ginecología. 8ª ed. McGraw-Hill Interamericana. México, 2000).

DISTOCIA (gr. Dys: dificultad; gr. Tokos,parto // *dystokíā* δυστοκία, de dys- δυσ, dificultad + tok(o)- τόκος, parto. El término distocia fue introducido por el médico Sorano de Éfeso en el siglo II con el significado de parto difícil. Trastorno del curso del trabajo de parto causado por alteraciones mecánicas, orgánicas y funcionales que hacen ineficaz el descenso del feto por la pelvis. // Es el antónimo griego de eutocia, o trabajo de parto normal.// Es el trabajo de parto anormal o el parto difícil, como resultado de un trastorno de la anatomía de la pelvis o del feto, o por una alteración en la posición del feto durante su descenso por el canal del parto. Las distocias más frecuentes se relacionan con trastornos del cérvix, de la presentación fetal, de los huesos de la pelvis o de las caderas maternas y de las partes blandas de la pelvis.

DISTOCIA DE HOMBROS: Es la obstrucción a la expulsión del cuerpo fetal, luego de la salida de la cabeza a través de la vulva. Los hombros se ubican uno a la derecha y el otro a la izquierda de la madre, lo cual impide su salida, con las maniobras normales para el parto. Algunos autores proponen que se considere distocia de hombros cuando transcurre un tiempo mayor de 60 segundos entre la salida de la cabeza fetal y la salida del resto del cuerpo. La causa más frecuente de esta distocia es la macrosomía fetal. Se resuelve con maniobras de rotación del tronco, hasta colocarlos en el sentido anterior-posterior, es decir, un hombro dirigido hacia el pubis y el otro hacia el coxis de la madre. Ver maniobras de: Mc-Roberts, Woods, Rubin, Gaskin, y la maniobra de Zabanelli. (Spong CY, Beall M, Rodrigues D et al. An objective definition of

shoulder dystocia: prolonged head-to-body delivery intervals and/or the use of ancillary obstetric maneuvers. Obstet Gynecol 1995; 86: 433-6)

DISTOCIA DEL TRABAJO DE PARTO: Obstrucción o retardo del trabajo de parto normal por alteraciones anatómicas, fisiológicas o patológicas, de la madre o el feto, que impiden el normal descenso del feto a través del canal pelviano de la parturienta. // Progresión anormal del trabajo de parto secundario a alteraciones en las fuerzas expulsoras, alteraciones en el feto o alteraciones en canal del parto. (Norwitz, E. Robinson, J. Induction of labor. Gabbe Obstetrics. 4th ed. New York: Churchill Livingstone. 2002. 353 – 394)// Sinónimos: Trabajo de parto disfuncional, Progresión anormal del trabajo de parto .

DISTOCIA DINÁMICA: Es cualquier condición propia de la fisiología uterina, que impida la dilatación del cuello y/o el progreso de la fase expulsiva del trabajo de parto. Son ejemplos de distocias dinámica la hipodinamia o hipotonía uterina, las contracciones uterinas incoordinadas, la tetania uterina(la contracción persistente de manera tónica, como ocurre con los músculos durante un episodio de tétanos), el trabajo de parto espurio, etc.(Beischer N.A. Obstetricia y Neonatología. Edit McGraw.Hill, México, 1997)

DISTOCIA FETAL: Es cualquier condición propia del feto, que impida el descenso por el canal del parto, y/o el progreso de la fase expulsiva del trabajo de parto. Son ejemplos de distocias fetales la situación transversa, la hidrocefalia, la macrosomía, etc .(Beischer N.A. Obstetricia y Neonatología. Edit McGraw.Hill, México, 1997)

DISTOCIA MATERNA: Es cualquier condición propia de la anatomía o de la fisiología materna, que impida la dilatación del cuello y/o el progreso de la fase expulsiva del trabajo de parto. Son ejemplos de distocias maternas la estrechez pélvica, la miomatosis severa, las malformaciones de la pelvis, un tumor del cuello, la hipodinamia uterina, etc.(Beischer N.A. Obstetricia y Neonatología. Edit McGraw.Hill, México, 1997)

DISTROFIA: Trastorno de la nutrición o del aspecto sano de un tejido o de un órgano. // 2. (de dis, dificil y –trofia, nutrición).1. f. Med. Estado patológico que

afecta a la nutrición y al crecimiento. Ejemplo. Distrofia muscular, adiposa. (Diccionario de la lengua española. Real Academia Española: www.rae.es)

DISTROFIA MIOTONICA: La distrofia miotónica (DM) o enfermedad de Steinert es un trastorno multi-sistémico con manifestaciones en músculo, cerebro, corazón, ojos, tracto gastrointestinal, glándulas endócrinas y esqueleto. La edad de comienzo más frecuente oscila entre la tercera y la cuarta décadas, afecta tanto a mujeres como a varones y la expresividad es sumamente variable. Se trata de una patología genética autonómica dominante y la mutación, de carácter dinámico, mapea en la región q13.3 del cromosoma 19. Se ha descrito una incidencia de 1 en 8000 embarazos, siendo la distrofia muscular hereditaria más frecuente. La distrofia miotónica congénita se caracteriza por diversos grados de hipotonía; las apneas y trastornos respiratorios son muy frecuentes requiriendo en la mayoría de los casos soporte ventilatorio. Los pacientes presentan una expresión facial atípica, su cara es angosta, la boca tiene comisuras hacia abajo, paladar ojival y otros signos generales secundarios a la inmovilidad y al hipotonía como pie caída y criptorquidia. Se han descrito casos con polihidramnios, hidrops fetal y derrame pleural congénito. La mortalidad precoz es frecuente, aproximadamente del 50% relacionado generalmente con hipoplasia pulmonar asociada. (Darras, B. Muscular Dystrophies. Continuum: Lifelong Learning in Neurology. Muscle Diseases. 2006; 12 (3): 33 – 75)

DITROFIA MIXTA DE LA VULVA: Es una lesión que se presenta como zonas blanquecinas y que histológicamente muestran alteraciones mixtas, de la arquitectura epitelial y de la dermis, no neoplásicas. No tienen potencial maligno mientras no se encuentren en ellas atipias celulares del epitelio escamoso. Producen prurito. Se reconocen las siguientes variedades: Liquen escleroso (distrofia vulvar atrófica): atrofia epidérmica, con borramiento de las crestas interpapilares e hiperqueratosis superficial; homogenización de la dermis superficial e infiltrado celular bajo esta banda dérmica homogénea. Hiperplasia escamosa (distrofia vulvar hipertrófica): hiperplasia epitelial, con alargamiento, ensanchamiento y fusión de crestas interpapilares; hiperqueratosis; infiltrado celular en la dermis. Las alteraciones son inespecíficas (hay que descartar, entre otras cosas, candidiasis).Berek,

J.S.,Adashi, E.Y.,Hillard, P.A. Ginecología de Novak. México: Interamericana, 1997 p. 388.

DISTROFIA VULVAR: En 1961, Jeffcoate y Woodcock propusieron el nombre impreciso de “distrofia vulvar crónica” (dstrofia = nutrición anormal o defectuosa) para incluir diversas afecciones de la vulva, conocidas en el pasado con nombres como leucoplasia (Weir, 1885), vulvitis leucoplasica, liquen escleroso y atrófico (Hallopeau, 1887), atrofia primaria, dermatosis esclerótica, vulvitis atrófica e hipertrófica, etc. Podemos definir las distrofias vulgares (Jeffcoate) como un conjunto de lesiones de la piel y mucosa vulvar, de etiología desconocida, que se caracterizan generalmente por su color blanco , sintomatología pruriginosa y evolución crónica.Clasificación: en 1970 se funda la sociedad internacional para el estudio de las enfermedades de la vulva constituida por un grupo de patólogos, ginecólogos y dermatólogos. En el II congreso de Enero de 1975, la Sociedad Internacional para el Estudio De Enfermedades De La Vulva adoptó una clasificación de las distrofias vulvares, basada en sus características histopatológicas, pretendiendo unificar criterios entre los clínicos y los patólogos. La distrofia hiperplásica se presenta en el 21% (Friedrich), 48% (Kauffman y cols.) y el 54% (Novell y Young), mientras que en la mayor parte de las series la hiperplasia mixta representa una frecuencia del 15% sobre la totalidad de las distrofias.(Berek, J.S.,Adashi, E.Y.,Hillard, P.A. Ginecología de Novak. México: Interamericana, 1997 p. 386-387).

DISURIA: 1. Es la micción que se acompaña de sensación de dolor o de ardor como consecuencia de lesiones infecciosas o inflamatorias de las vías urinarias bajas.// **2.** Corresponde al dolor vesical manifestado como micción dolorosa o sensación de ardor cuando la orina pasa por la uretra. La disuria se puede presentar momentos antes de iniciar la micción o al inicio de la misma, por lo general secundaria a infecciones urinarias de vías bajas; la disuria que se presenta al final de la micción usualmente es secundaria a patologías neoplásicos o calculosas. Las causas más comunes de disuria son uretritis y cistitis, pero también se puede producir por traumatismos, irritación química o atrofia del epitelio urológico secundario a deficiencia de estrógenos. (DeCherney, A. Diagnóstico y tratamiento ginecoobstétricos. Urología

Ginecológica. Séptima edición. Bogotá, Colombia. Editorial Manual Moderno. 1994. 1049-1067. Lozano, J. Semiología General: Interpretación de los hallazgos clínicos. Enfermedad Actual en relación con el sistema urinario. Quinta edición. Manizales, Colombia. Editorial Andina. 1990. 317-324) // **3.** Corresponde al dolor vesical manifestado como micción dolorosa o sensación de ardor cuando la orina pasa por la uretra. La disuria se puede presentar momentos antes de iniciar la micción o al inicio de la misma, por lo general secundaria a infecciones urinarias de vías bajas; la disuria que se presenta al final de la micción usualmente es secundaria a patologías neoplásicos o calculosas. Las causas más comunes de disuria son uretritis y cistitis, pero también se puede producir por traumatismos, irritación química o atrofia del epitelio urológico secundario a deficiencia de estrógenos. (DeCherney, A. Diagnóstico y tratamiento ginecoobstétricos. Urología Ginecológica. Séptima edición. Bogotá, Colombia. Editorial Manual Moderno. 1994. 1049-1067. Lozano, J. Semiología General: Interpretación de los hallazgos clínicos. Enfermedad Actual en relación con el sistema urinario. Quinta edición. Manizales, Colombia. Editorial Andina. 1990. 317-324)

DISURIA EXTERNA. Sensación de ardor, quemadura o dolor exterior cuando la orina toca la vulva.

DISURIA INTERNA: La sensación de dolor o ardor vesical durante la micción.

DIVERTÍCULO DE MECKEL: En 1809, Johann Friedrich Meckel publicó una detallada descripción de la anatomía y embriología del divertículo que lleva su nombre. El divertículo de Meckel fue descrito previamente por Hildanus en 1598 y Littre en 1742. Kuttner en 1898 describió la intususcepción del intestino delgado secundaria a un divertículo de Meckel. La presencia de mucosa gástrica ectópica fue descrita por Salzer en 1907 y Gramen en 1915. La incidencia del divertículo de Meckel es de 2% (0,3% a 4%) en la población general, se presenta con mayor frecuencia en el sexo masculino. Las complicaciones de los divertículos de Meckel se presentan en 4 a 30% de las personas afectadas y más del 50% de los casos complicados se producen en pacientes menores de 10 años de edad. Las complicaciones reportadas son: obstrucción intestinal 36,5%, intususcepción 6,8% a 13,7%, inflamación 12,7%,

hemorragia 11,8%, perforación 7,3%, formando parte de un saco herniario 4,7%, desarrollo de neoplasia 3,2% y fístula umbilical 1,7%. El vólvulo del divertículo de Meckel es una complicación poco frecuente con una incidencia de 3,2%. Se asocia a divertículos de Meckel largos con una apertura estrecha hacia el lumen del intestino delgado. El cirujano y el gineco-obstetra puede encontrar un divertículo de Meckel de manera casual, pues es asintomático mientras no se complique con una de las enfermedades descritas. (Yahchouchy EK, Marano AF, Etienne JCF, Fingerhurt AL. Meckel's diverticulum. J Am Coll Surg 2001; 192: 658-62)

DIVERTÍCULO URETRAL: Corresponde a una neoplasia tapizada de epitelio uretral, desarrollada en el tejido periuretral, situado generalmente en el septo uretrovaginal, que contiene todas las capas de la uretra y comunica con la luz uretral. La prevalencia se encuentra entre el 1% y el 6% de la población femenina. Desde el punto de vista etiopatogénico el divertículo uretral se considera consecuencia de la dilatación de las glándulas periuretrales, los cuales pueden ser congénitos o adquiridos. Los picos de incidencia máxima se sitúan en el el período neonatal y entre los 25 y 45 años. El divertículo puede ser único o múltiple, con un diámetro que puede llegar hasta los 3 cm. Por lo general se localiza entre la uretra y la pared vaginal anterior y en raras ocasiones rodea toda la uretra. Las manifestaciones clínicas incluyen todos los trastornos de la micción, dentro de los cuales se encuentran cistitis a repetición, disuria, secreción uretral purulenta, incontinencia o dispareunia; sin embargo, se ha descrito una triada compuesta por disuria, polaquiuria y dispareunia. El diagnóstico se realiza clínicamente mediante palpación uretral y compresión de la uretra. El divertículo también puede identificarse a través de uretrografía miccional o con la técnica del doble balón; en la uretrografía miccional se pide a la paciente que ocluya manualmente la uretra, para elevar la presión del medio de contraste dentro de la misma. En la técnica del doble balón se usa el catéter de Davies-TeLinde, que impide el paso del medio de contraste al interior de la vejiga así como a través del meato externo. El tratamiento es quirúrgica ya sea por vía endoscópica o por técnica abierta. En caso de divertículos pequeños asintomático se puede optar por manejo expectante con terapia antiséptica; si son divertículos grandes se opta por cirugía abierta a través de la escisión

transvaginal del mismo con posterior reconstrucción de la pared uretral en varias capas; las técnicas endoscópicas se usan en casos de divertículos sintomáticos o abscedados donde se puede facilitar el drenaje de orina o detritus acumulados. Dentro de las complicaciones descritas se encuentran la estenosis uretral, recidiva del divertículo, incontinencia urinaria o el desarrollo de una fístula uretrovesical. (Cánoras, JA. Prieto, L. Tratamiento quirúrgico del divertículo uretral femenino. Arch Esp Urol. 2005; 58 (1): 4-8)

DOBLE CIRCULAR AL CUELLO: las circulares del cordón umbilical son muy frecuente causa de trabajo de parto distócico, sobre todo cuando en vez de una circular hay dos. El acortamiento del cordón por esta causa suele dificultar el descenso del feto, sobre todo en la fase expulsiva del trabajo de parto. (Beischer NA. Obstetricia y neonatología. Edit McGraw.Hill, México, 1997)

DOBLE TRACTO DE SALIDA DEL VENTRÍCULO DERECHO FETAL: Es una malformación cardíaca congénita caracterizada por la salida de las arterias aorta y pulmonar de forma total o parcial, del ventrículo derecho fetal. La incidencia se estima en 0.032 por 1000 RN vivos. Esta malformación se asocia con otras malformaciones cardíacas como tetralogía de Fallot, transposición de grandes vasos, ventrículo único y estenosis pulmonar. El compromiso hemodinámico depende del tipo de malformación cardíaca asociada. (Sakurai, M. Takamuro, M. Double outlet right ventricle with intact ventricular septum. Pediatr Int. 2007;49(2):248-50)

DOLOR: Es una sensación y experiencia emocional desagradable asociada con un daño tisular actual o potencial. Constituye un síntoma complejo, determinado no solo por el daño tisular y la nocicepción, sino que intervienen factores psicológicos como las creencias personales, la experiencia dolorosa previa y los afectos, y factores ambientales como la motivación y el medio ambiente. (*Internacional Association for the Study of Pain)*

DOLOR DE LA MITAD DE CICLO: Es el dolor que la mujer en edad fecunda percibe durante los días de la ovulación, como consecuencia de la irritación producida por la sangre que ha escapado durante la ruptura del folículo a la superficie peritoneal de la pelvis. Es frecuente que se mencione en varios idiomas, incluido el español, con su nombre en alemán: Mittelschmerz.

DOLOR FUNCIONAL: Es aquel dolor que aqueja e incapacita al paciente sin que sea posible demostrar una lesión orgánica que lo justifique. Es el caso por ejemplo de algunos tipos de dolor pélvico, dispareunia si hallazgos al examen físico, o el dolor que muchas veces acompaña el colon irritable. La paciente no simula, siente el dolor, pero no se encuentra la causa. Puede estar asociado a una dificultad psicológica, a un malestar social, o a una enfermedad no diagnosticada por los medios disponibles. (Drossman, D.A., Corazziari, E. ROME II: The Functional Gastrointestinal Disorders, Second Edition. Degnon Associates, 2000)

DOLOR MAMARIO: Corresponde a la sensación desagradable localizada a nivel mamario secundario a estimulación de las terminaciones nerviosas sensitivas. El dolor mamario usualmente está relacionado con cambios fibroquísticos de la mama y está presente en el 60% de las pacientes sin patología mamaria. Las cuatro principales causas de dolor mamario son: 1) cambios hormonales durante la fase lútea del ciclo menstrual con proliferación de tejido glandular mamario. 2) Cambios fibroquísticos de la mama. 3) Mastitis: relacionado con dolor mamario de origen súbito, asociado a síntomas sistémicos de inflamación, eritema local, calor e induración. 4) Mamas péndulas: dolor mamario secundario a distensión de ligamentos de Cooper. (Smith, RL, Pruthi, S, Fitzpatrick, LA. Evaluation and management of breast pain. Mayo Clin Proc 2004; 79:353)

DOLOR PÉLVICO CRÓNICO: Se define como un dolor no cíclico de más de 6 meses de duración, localizado en la pelvis, pared abdominal anterior por debajo del ombligo o región lumbosacra, con severidad suficiente que causa incapacidad o requiere cuidado médico. Se considera que tiene una prevalencia del 3.8% en la población femenina entre 15 y 73 años. Dentro de la etiología se han establecido causas ginecológicas y no ginecológicas. Las causas ginecológicas de Dolor Pélvico Crónico son: endometriosis, neoplasias malignas en estadíos avanzados, síndrome de retención ovárica, síndrome de congestión pélvica, enfermedad pélvica inflamatoria, salpingitis tuberculosa, leiomiomatosis, entre otras. Las causas no ginecológicas se dividen en alteraciones del tracto urinario como cistitis intersticial, neoplasias malignas, cistitis post-radiación, síndrome uretral; causas gastrointestinales como

constipación, síndrome de intestino irritable, enfermedad inflamatoria intestinal, carcinoma de colon; causas musculo-esqueléticas como dolor miofascial a cualquier nivel del área, dolor coccígeo crónico, fibromialgia, síndrome de dolor pélvico periparto y otras causas como dolor en cicatrices quirúrgicas, depresión, trastorno de somatización. El enfoque diagnóstico se realiza con una historia clínica completa y un examen físico enfocado a establecer de la manera más exacta posible el órgano o sistema comprometido; de acuerdo a la evaluación clínica se realizan los test diagnósticos para confirmación.. El tratamiento se realiza de acuerdo a la etiología. (ACOG Practice Bulletin. Clinical Management Guidelines for Obstetrician – Gynecologists. 2004; 51: 589 – 604)

DOLOR REFERIDO: Es aquel dolor profundo percibido en una estructura distinta de aquella que sufre el daño. Puede adoptar o no una distribución segmentaria es decir que se percibe en estructuras pertenecientes al mismo segmento neurológico que la estructura lesionada. O puede percibirse en estructuras inervadas por diferente metámera, como ocurre en el dolor del hombro derecho, causado por el embarazo ectópico roto. En este caso, la estructura irritada (la trompa y el peritoneo que reciben la sangre escapada, producen un dolor que irrita la superficie del hemidiafragma derecho cuyo estimulo doloroso es percibido en otra zona del cuerpo que está por fuera de la zona de influencia de las raíces de la metámera que inerva la trompa. Mediante un mecanismo desconocido, el dolor originado en la trompa (territorio de las terminaciones T-11 a L1), se percibe en el hombro (territorio de los nervios C5 a T1). Por esto es un dolor referido..

DOLOR SUPERFICIAL: Se produce por estímulos que actúan sobre la piel y mucosas o sobre las fibras nerviosas que las inervan. Se localiza con precisión. Son claramente identificables desde el punto de vista de la ubicación espacial o topográfica, del tipo epicrítico. Se los llama por comparación dolores punzantes (como pinchazo), lancinantes (la comparación es con un lanzazo), urente (tipo quemadura), pulsátil (pulsaciones o latidos), etc.(Lane Lilley, L., Aucker, R.S., Lake, R.E., Gómez del Campo, R. Farmacología en Enfermería. España: Elsevier, 1999. p. 95-98).

DOLOR VISCERAL (profundo): Es el causado por la lesión de una víscera. Suele ser difuso y mal localizado, por lo cual confunde a la paciente y al médico. En pacientes ancianos el dolor visceral suele estar atenuado, por lo cual puede subestimarse su real dimensión. Es el caso de las peritonitis o las trombosis mesentéricas, que se manifiestan de manera menos intensa de lo que corresponde a la gravedad de la enfermedad. (Alba Velasquez, María Cristina and Castro Cuenca, Carlos Giovani. Nerve Pathways Surgical Interruption for Chronic Pelvic Pain. Rev Colomb Obstet Ginecol, Jan./Mar. 2003, Vol.54, No.1, p.33-40)

DONG QUAI: Sustancia extraída de la raíz de la Angelica sinensis, utilizada por una importante cantidad de mujeres post-menopáusicas que se niegan a tomar medicamentos sintéticos para terapia de reemplazo hormonal. Esta costumbre está muy difundida especialmente en China desde hace más de 2000 años "para fortalecer la energía que emana de la sangre"; ha tenido también acogida en varios países orientales y ahora en los Estados Unidos a manera de medicina alternativa. El estudio experimental controlado de Hirata y col en 1997(Fértil Steril,68-6,1997), no mostró diferencia con los placebos para los malestares subjetivos y para los cambios fisiológicos y patológicos propios de la post-menopausia.(Lam HU, Lin HC. The angiogenic effects of Angelica sinensis extract on HUVEC in vitro and zebrafish in vivo. J Cell Biochem. 2007 May 11)// Rottem C, Kaplan C.Phyto-Female Complex for the relief of hot flushes, night sweats and quality of sleep: randomized, controlled, double-blind pilot study. Gynecol Endocrinol. 2007 Feb;23(2):117-22). Sinónimos: Dang-gui, Tang-kuei

DOPAMINA: ($C_6H_3(OH)_2$-CH_2-CH_2-NH_2) Es un tipo de catecolaminas que efectúa funciones de neurotransmisor simpato-mimético en el sistema nervioso central. Se produce principalmente en la sustancia nigra, pero es liberada por el hipotálamo. Una función importante de la dopamina es inhibir la liberación de prolactina en la adeno-hipófisis. (Benes, F.M. Carlsson and the discovery of dopamine. Trends in Pharmacological Sciences, Volume 22, Issue 1, 1 January 2001, Pages 46-47).

DOUGLAS JAMES: anatomista inglés nacido en Londres(1675-1742). Describió el fondo de saco peritoneal que lleva su nombre. Médico personal y obstetra de la reina carolina de Inglaterra, obtuvo su título de médico en Reims en el año 1700 (a los 25 años de edad). Se hizo muy conocido en el ambiente académico como anatomista de Londres donde fue admitido como fellow de la Royal Society en 1706. Hizo demostraciones públicas de disección de cadáveres (que se acostumbraban en la época). James Douglas fue amigo personal de William Hunter (1718-1783) desde que este anatomista llegara a Londres en 1740. Douglas reconocía las dotes excepcionales de Hunter por lo cual lo vinculó como asistente de su investigación de la anatomía de los huesos. Este vínculo amistoso y laboral le permitió a Hunter continuar las investigaciones de anatomía, a la muerte de su preceptor. James Douglas era hermano de John Douglas, médico de Londres, quien descolló como litotomista hasta su muerte en 1759. *(*A description of the peritoneum, and of that part of the membrana cellularis which lies on its outside. With an account of the true situation of all the abdominal viscera, in respect of these two membranes.London, J. Roberts, 1730, 1740. Latin translation by Lorenz Heister (1683-1758), Helmstedt, 1732, and by J. Nelson, Leyden, 1737).

DOUGLAS,FONDO DE SACO DE: Repliegue del peritoneo descrito por el Dr. James Douglas, anatomista londinense del siglo XVIII. En las mujeres con útero el fondo de saco de Douglas es el repliegue del peritoneo entre la cara anterior del recto y la cara posterior del útero. En las mujeres sin útero y en los hombres, el fondo de saco de Douglas es el repliegue del peritoneo entre la cara anterior del recto y la cara posterior de la vejiga. (Baessler K. Anatomy of the sigmoid colon, rectum, and the *rectovaginal pouch* in women with enterocele and anterior rectal wall procidentia.Clin Anat. 2006 Mar;19(2):125-9.) // Sinónimo: Fondo de saco recto-uterino.

DOUGLAS,PUNCIÓN DEL FONDO DE SACO: Ver culdocentesis.

DUCHA VAGINAL: Lavado de esta cavidad genital con una pera diseñada para tal fin. La ducha vaginal debe hacerse solo bajo prescripción médica y por tiempo limitado. El uso prolongado de las duchas vaginales puede alterar la flora vaginal y favorecer la colonización de gérmenes patógenos. Las duchas

vaginales de uso comercial contienen bacterias o medicamentos (bacilos acidófilos, etc) que contribuyen a recuperar la acidez o la flora de la mucosa vaginal. (Nicoletti A. To douche or not to douche. J Pediatr Adolesc Gynecol. 2006 Oct;19(5):353-4) // (Drago L, Vecchi ED. Activity of a Lactobacillus acidophilus-Based Douche for the Treatment of Bacterial Vaginosis. J Altern Complement Med. 2007 May;13(4):435-8).

DUPLICACIÓN RENAL: Es una de las malformaciones congénitas más frecuentes del sistema urinario. Afecta aproximadamente al 1% de los recién nacidos, presentándose más comúnmente en el sexo femenino. Corresponde a la presencia de dos sistemas renales con duplicación ureteral completa o parcial. El diagnóstico ultrasonográfico prenatal se establece con la documentación de una longitud renal aumentada en su corte sagital, la presencia de una estructura quística rodeada de parénquima en el polo superior del riñón, la presencia de dos sistemas pielo-caliciales separados en un mismo riñon, dilatación ureteral y la presencia de una estructura quística intravesical o ureterocele. (Damen-Elias, HA, De Jong, TP, Stigter, RH, et al. Congenital renal tract anomalies: outcome and follow-up of 402 cases detected antenatally between 1986 and 2001. Ultrasound Obstet Gynecol 2005; 25:134)



ECLAMPSIA: Manifestación neurológica del síndrome de preeclampsia caracterizado por convulsiones tónico-clónicas generalizadas, no atribuibles a otras causas fuera de la preeclampsia. Se considera que la patogénesis de la eclampsia es atribuida al proceso de coagulopatía, depósitos de fibrina o a la encefalopatía hipertensiva. (Lipstein, H. Lee, C. Crupi, R. A Current Concept of Eclampsia. American Journal of Emergency Medicine. 2003. 21 (3): 223 – 226).

ECO, LA NINFA DE LAS MONTAÑAS: "De todas las ninfas, es sin duda Eco la que ha dejado una huella más profunda en el lenguaje médico. Eco era una ninfa de las montañas que entretenía con su charla a la celosa Hera mientras su esposo cometía adulterio con otras ninfas. Cuando Hera lo supo, condenó a la desgraciada ninfa a guardar perpetuo silencio, excepto para repetir la última palabra que hubiera oído. Mientras sufría este castigo, Eco conoció al hermoso Narciso, se enamoró de él y quiso exponerle con ardientes palabras su pasión, pero no podía responder a sus preguntas, excepto repitiendo tontamente la última palabra de cada frase, por lo que Narciso, creyendo que Eco se burlaba de él, la abandonó indignado. En un estado de melancólica desesperación, Eco regresó a las montañas y se fue consumiendo de pena hasta morir. Sus huesos se convirtieron en piedras, pero su amor por Narciso era tan grande que su voz sigue existiendo todavía con la esperanza de poder responderle. Aún podemos oír su grito de esperanza en las montañas, que llamamos eco, pero lo único que puede hacer es repetir las últimas sílabas pronunciadas en su presencia. En el lenguaje médico, la huella de Eco se percibe en el término ecografía (técnica diagnóstica que utiliza el eco producido por los ultrasonidos para generar imágenes) y sus múltiples derivados (ecocardiografía, ecocardiograma, ecoencefalografía, ecotomografía). O también, de forma

ya menos habitual, en tecnicismos como ecoacusia (audición subjetiva de ecos después de sonidos normales), ecofonía (sonido percibido en la auscultación torácica después de un sonido vocal) o ecomatismo (repetición compulsiva de las palabras -ecolalia-, los movimientos -ecocinesia- o los gestos -ecomimia-, típica de la esquizofrenia crónica y la demencia senil)". (Fernando Navarro y Ramón Zárate. El Laboratorio del lenguaje. Patrocinado por MSD: http://medicablogs. diariomedico.com / laboratorio/ ?s=ninfoman%C3%ADa&x=30&y=10).

ECOCARDIOGRAFÍA FETAL: Es la técnica que permite evaluar la morfología y funcionalidad del corazón fetal, a través del uso de la ultrasonografía en dos dimensiones asociado con la técnica de velocimetría Doppler color. El estudio se realiza de forma convencional en el segundo trimestre entre semana 20 – 22 de gestación o de manera precoz en semana 12 – 16 de gestación. Las indicaciones del estudio incluyen factores de riesgo fetales como anomalías extracardíacas, alteraciones del ritmo cardíaco, hidrops fetal no inmune, sospecha de malformación fetal en ecografía de primer nivel; factores de riesgo maternos como uso de teratógenos cardíacos, carbonato de litio, progestinas, anfetaminas, alcohol, anticonvulsivantes, alteraciones metabólicas maternas como diabetes pregestacional o fenilcetonuria; infecciones maternas como rubéola, toxoplasmosis, coxackie, citomegalovirus, sarampión; antecedentes familiares de cardiopatía congénita, antecedente de cardiopatía congénita en alguno de los dos padres. La técnica incluye el empleo de modo B, modo M, modo Doppler color, que logra una descripción adecuada no sólo de la anatomía cardíaca, sino del ritmo y la función del corazón fetal normal y patológico. El examen puede ser realizado con transductores lineales sectoriales o convexos. Generalmente los transductores utilizados son de alta frecuencia, ya que con ellos se obtiene una mejor resolución espacial, pero con menos profundidad, lo que implica requerir estar más cerca de los órganos a evaluar. La evaluación estándar del corazón en todas las ecografías obstétricas de rutina deben incluir como mínimo la visualización de cuatro cámaras cardíacas + dos tractos de salida. (Cafici,D. Mejides, A. Sepúlveda, W. Ultrasonografía en obstetricia y diagnóstico prenatal.

Ecocardiografía fetal. Buenos Aires, Argentina. Ediciones Journal. 2003. p 431-473)

ECOGENICIDAD(en ecografía): Es la traducción el monitor de la intensidad de los ecos reflejados. Está determinado por la escala de grises de tal forma que los ecos con mayor intensidad toman tonalidades blancas más intensas y los ecos de menor intensidad toman tonalidades cercanas al negro. (Cafici,D. Mejides, A. Sepúlveda, W. Ultrasonografía en obstetricia y diagnóstico prenatal. Principios físicos del ultrasonido. Buenos Aires, Argentina. Ediciones Journal. 2003. p 1-15)

ECOGENICIDAD HETEROGÉNEA(en ecografía): Se define como la presencia de ecos de diferentes características e intensidades dentro de una misma estructura. (Cafici,D. Mejides, A. Sepúlveda, W. Ultrasonografía en obstetricia y diagnóstico prenatal. Principios físicos del ultrasonido. Buenos Aires, Argentina. Ediciones Journal. 2003. p 1-15)

ECOGENICIDAD HOMOGÉNEA(en ecografía): Se define como la presencia de ecos de similares características e intensidades dentro de una misma estructura. La ecogenicidad homogénea entre dos tejidos o estructuras vecinos dificultan su delimitación(Cafici,D. Mejides, A. Sepúlveda, W. Ultrasonografía en obstetricia y diagnóstico prenatal. Principios físicos del ultrasonido. Buenos Aires, Argentina. Ediciones Journal. 2003. p 1-15)

ECOGÉNICO(en ecografía): Hace referencia a la presencia de ecos, que en la pantalla se observan en las tonalidades de blanco. (Cafici,D. Mejides, A. Sepúlveda, W. Ultrasonografía en obstetricia y diagnóstico prenatal. Principios físicos del ultrasonido. Buenos Aires, Argentina. Ediciones Journal. 2003. p 1-15)

ECOGRAFÍA: Técnica utilizada para explorar los tejidos corporales mediante la emisión de ultrasonidos (por lo cual también se llama Ultrasonografía), que son captados de regreso a manera de ecos, que se convierten en la pantalla en puntos grises y negros con el uso de un transductor. Las imágenes obtenidas tienen aspecto similar al de una

radiografía, pero a diferencia de los Rx que pueden partir las moléculas en sus iones (radiaciones ionizantes), los ecos son inocuos a la frecuencia utilizada, por lo cual se utilizan sin riesgo en la mujer embarazada. (Cafici,D. Mejides, A. Sepúlveda, W. Ultrasonografía en obstetricia y diagnóstico prenatal. Principios físicos del ultrasonido. Buenos Aires, Argentina. Ediciones Journal. 2003. p 1-15)

ECOGRAFÍA 2D: Es la utilización de la ecografía con formación de imágenes en dos dimensiones (2D): alto y ancho. Es el tipo de ecografía más extendido y de mayor uso en ginecología y obstetricia. (Cafici,D. Mejides, A. Sepúlveda, W. Ultrasonografía en obstetricia y diagnóstico prenatal. Principios físicos del ultrasonido. Buenos Aires, Argentina. Ediciones Journal. 2003. p 1-15)

ECOGRAFÍA 3D: Es la utilización de la ecografía con formación de imágenes en tres dimensiones (3D): alto, ancho y profundo, lo cual da un aspecto volumétrico a la imagen examinada. (Cafici,D. Mejides, A. Sepúlveda, W. Ultrasonografía en obstetricia y diagnóstico prenatal. Principios físicos del ultrasonido. Buenos Aires, Argentina. Ediciones Journal. 2003. p 1-15)

ECOGRAFÍA 4 D: Es la utilización de la ecografía con formación de imágenes en tres dimensiones (3D), en estructuras que tiene movimiento. No se agrega un cuarto plano, se agrega movimiento en tiempo real, como el observado al examinar un feto en 3D, que además se mueve en la pantalla del ecógrafo. (Cafici,D. Mejides, A. Sepúlveda, W. Ultrasonografía en obstetricia y diagnóstico prenatal. Principios físicos del ultrasonido. Buenos Aires, Argentina. Ediciones Journal. 2003. p 1-15)

ECOGRAFÍA ABDOMINAL: Es la utilización del ultrasonido para evaluar las estructuras que se encuentran en esta cavidad. Generalmente utiliza transductores de 3,5 MHz. Los órganos más beneficiado con la ecografía abdominal son el hígado, bazo, vesícula y páncreas. Cuando se sospecha una colección de sangre o material purulento en la cavidad abdómino-perineal, la ecografía se constituye en uno de los mejores métodos diagnósticos. (Desser, TS, Jeffrey, RB. Tissue harmonic imaging

techniques: physical principles and clinical applications. Semin Ultrasound CT MR 2004; 22:1 // Fleischer, A. Manning, F. Jeanty, P. Romero, R. Ecografía en Obstetricia y Ginecología. Instrumental ecográfico y cuestiones operativas. Madrid, España. McGraw Hill Ediciones. 2002. p 1-28)

ECOGRAFÍA MAMARIA: También conocido como sonograma o ultrasonido, es un método por imágenes que utiliza ondas sonoras de alta frecuencia para realizar el estudio del tejido mamario; una computadora toma el eco de las ondas sonoras y los convierte en imágenes. La ecografía mamaria se utiliza en forma habitual como técnica complementaria a la exploración física y la mamografía en pacientes con hallazgos anormales mamarios. La ecografía tiene la ventaja de distinguir un tumor sólido de uno quístico y detectar áreas quísticas dentro de un tumor sólido; también puede usarse para realizar la punción-aspiración de un tumor guiando la aguja por medio de ecografía o demarcarlo. La ecografía mamaria es empleada para el estudio de lesiones mamarias en mujeres jóvenes con mamas densas difíciles de valorar por mamografía sin exposición a la radiación. A diferencia de la mamografía, La ecografía no detecta calcificaciones. Los criterios para establecer condición benigna o maligna de patología mamaria por ecografía se muestran en la tabla E1. (Hirsh, H. Käser, O. Iklé, F. Atlas de cirugía ginecológica con cirugía de mama. Cirugía para enfermedades malignas y benignas de la mama. Quinta edición. Editorial Marbán. Madrid, España. 2000. 427-480)

ECOGRAFÍA PÉLVICA POR VÍA TRANSVAGINAL: Una manera de mejorar la calidad de las imágenes pélvicas sin la barrera que constituye el tejido celular subcutáneo de la pared anterior del abdomen, es la utilización de transductores por vía vaginal, que mejoran la sensibilidad visual del órgano estudiado. Los transductores van de 5 a 7.5 MHz (es decir de 5 millones a 7.5 millones de ultrasonidos por cada segundo) // Corresponde a una técnica que emplea ultrasonido para definir y evaluar órganos pélvicos, usando un transductor que se introduce por vía transvaginal. Esta es la técnica de evaluación de los órganos pélvicos más usada en la actualidad. El método permite un mayor acercamiento a los órganos pélvicos,

empleando un transductor de alta frecuencia, entre 5 y 7.5 MH, para establecer una mejor definición de los órganos, mayor detalle anatómico y por lo tanto mayor precisión diagnóstica de patología ginecológica. El detalle anatómico de ovarios, trompas y útero es superior al que se logra por vía transabdominal, con la ventaja de evaluar movilidad uterina, ovárica y de órganos adyacentes para descartar adherencias o masas; la ecografía transvaginal es esencial en el estudio de patología intrauterina, endometrial, monitorización folicular, masas anexiales, embarazo ectópico así como el control de embarazo intrauterino en el primer trimestre de gestación. Adicionalmente, no requiere vejiga llena para la evaluación. (Desser, TS, Jeffrey, RB. Tissue harmonic imaging techniques: physical principles and clinical applications. Semin Ultrasound CT MR 2004; 22:1 // Fleischer, A. Manning, F. Jeanty, P. Romero, R. Ecografía en Obstetricia y Ginecología. Instrumental ecográfico y cuestiones operativas. Madrid, España. McGraw Hill Ediciones. 2002. p 1-28)

ECO, LA NINFA DE LAS MONTAÑAS: "De todas las ninfas, es sin duda Eco la que ha dejado una huella más profunda en el lenguaje médico. Eco era una ninfa de las montañas que entretenía con su charla a la celosa Hera mientras su esposo cometía adulterio con otras ninfas. Cuando Hera lo supo, condenó a la desgraciada ninfa a guardar perpetuo silencio, excepto para repetir la última palabra que hubiera oído. Mientras sufría este castigo, Eco conoció al hermoso Narciso, se enamoró de él y quiso exponerle con ardientes palabras su pasión, pero no podía responder a sus preguntas, excepto repitiendo tontamente la última palabra de cada frase, por lo que Narciso, creyendo que Eco se burlaba de él, la abandonó indignado. En un estado de melancólica desesperación, Eco regresó a las montañas y se fue consumiendo de pena hasta morir. Sus huesos se convirtieron en piedras, pero su amor por Narciso era tan grande que su voz sigue existiendo todavía con la esperanza de poder responderle. Aún podemos oír su grito de esperanza en las montañas, que llamamos eco, pero lo único que puede hacer es repetir las últimas sílabas pronunciadas en su presencia. En el lenguaje médico, la huella de Eco se percibe en el término ecografía (técnica diagnóstica que utiliza el eco producido por los ultrasonidos para

generar imágenes) y sus múltiples derivados (ecocardiografía, ecocardiograma, ecoencefalografía, ecotomografía). O también, de forma ya menos habitual, en tecnicismos como ecoacusia (audición subjetiva de ecos después de sonidos normales), ecofonía (sonido percibido en la auscultación torácica después de un sonido vocal) o ecomatismo (repetición compulsiva de las palabras -ecolalia, los movimientos -ecocinesia- o los gestos -ecomimia-, típica de la esquizofrenia crónica y la demencia senil)". (Fernando Navarro y Ramón Zárate. El Laboratorio del lenguaje. Patrocinado por MSD: http://medicablogs. diariomedico.com / laboratorio/ ?s=ninfoman%C3%ADa&x=30&y=10).

ECOSONOGRAFÍA: Es una ecografía del útero en la cual se introduce solución salina o un líquido similar en la cavidad endometrial, para facilitar la percepción de los perfiles y características de una masa ubicada dentro de ella. La ecosonografía es útil para las pacientes en las cuales se sospecha la presencia de un pólipo o de un mioma en la luz endometrial. (Fleischer, A. Manning, F. Jeanty, P. Romero, R. Ecografía en Obstetricia y Ginecología. Ecografía transvaginal. Madrid, España. McGraw Hill Ediciones. 2002. p 113-138)

ECTASIA: (Griego Éktasis, extensión dilatación). Es el aumento exagerado de una cavidad. Por ejemplo la pielectasia es la dilatación exagerada de la pelvis renal. La ectasia uretral es el aumento del diámetro de los uréteres. (Norton, K. New Imaging applications in the evaluation of pediatric renal disease. Current Opinions in Pediatrics. 2003; 15 (2): 186-190)

ECTASIA DUCTAL MAMARIA: Corresponde a una dilatación de los conductos mamarios con espesamiento de la secreción mamaria y posterior reacción inflamatoria granulosa crónica periductal e intersticial marcada. Esta patología se presenta usualmente en la quinta o sexta décadas de la vida; la etiología es desconocida. Clínicamente se manifiesta con cambios inflamatorios crónicos asociados en ocasiones a procesos infecciosos concomitantes. El tratamiento consiste en fármacos antiinflamatorios y al descartar patología maligna con síntomas persistentes se plantea manejo quirúrgico con resección de conductos terminales de la mama // Es una enfermedad benigna de la mama cuyo término más adecuado corresponde

a Mastitis Periductal. Está caracterizado por distensión de los conductos subareolares y la presencia de material blanco-amarillento en las estructuras que lo rodean. Se presenta usualmente entre los 30 y los 60 años de edad. Su etiología |es desconocida y no tiene relación con la función de la glándula mamaria. La ectasia ductal puede ser asintomática o estar relacionada con dolor mamario agudo, nódulo mamario o secreción por el pezón. El diagnóstico es clínico y mastográfico y el tratamiento es quirúrgico.(Abramson, D. Mammary duct ectasia, mammillary fistula and subareolar sinuses. Annals of Surgery. 2000; 169 (2): 217-226) (Smith, RL, Pruthi, S, Fitzpatrick, LA. Evaluation and management of breast pain. Mayo Clin Proc 2004; 79:353

ECTOPIA CERVICAL: Es el resultado de la eversión de la unión escamocolumnar en el cérvix, o en raros casos, en la vagina. Microscópicamente el epitelio columnar evertido se torna rojizo y en la inspección más cercana las vellosidades típicas de la mucosa endocervical son evidentes. La ectopia cervical es yodo negativa debido a que el epitelio columnar no es glicogenazo. Se pueden observar diversos grados de metaplasia escamosa alrededor de la unión escamocolumnar como pequeñas islas acetoblancas dentro de la mucosa endocervical. La ectopia cervical es más pronunciada en las pacientes adolescentes y en el primer embarazo cuando la metaplasia escamosa es más activa. Es considerado un hallazgo normal y usualmente no requiere ningún tratamiento. (Wright, T. Cox, J. Massad, L. Consensos Guidelines for the management of women with cervical cytological abnormalities. JAMA. 2002. 287: 2120 / Walter, P. Dexeus, S. Internacional Terminology of colposcopy: an updated report from the internacional federation for cervical pathology and colposcopy. Obstet Gynecol. 2003; 101 (1): 175-177)

ECTODERMO: Hace referencia a la primer hoja blastodérmica del embrión, que corresponde a la capa celular primaria más externa del embrión, es decir, el revestimiento del embrión. Se forma inmediatamente después del desarrollo embrionario durante la fase de blástula. De esta hoja se deriva el endodermo y el mesodermo durante la fase de gastrulación, de tal manera que da origen al sistema nervioso, órganos de los sentidos como ojos y

oídos, epidermis y sus derivados y mucosas de boca y ano. (Moore, K. Embriología Clinica: el desarrollo del ser humano. Cavidades corporales, mesenterios y diafragma. Séptima edición. Editorial Elsevier. Madrid, España. 2004. pp 180 – 197)

ECTROPIÓN: (Del gr. ἐκτρόπιον). Inversión hacia fuera del párpado inferior, originada generalmente por un proceso inflamatorio o paralítico.(www.rae.es).// Por comparación se aplica este término a otras estructuras cuya mucosa se evierte: el orificio cervical, el meato urinario, etc. (Hurtado, T. Efecto reepitelizante del Triticum vulgare en el ectropión cauterizado del cérvix. Rev Fac Med (México). 2005; 43 (3): 84 – 86)

ECTROPION DEL CUELLO: También conocido como Eversión Cervical o Ectopia cervical, corresponde a la situación en la cual el cérvix, o cuello uterino, tiene su superficie exterior cubierta por epitelio cilíndrico mono-estratificado; en condiciones normales, este epitelio recubre sólo la porción interna del cérvix o endocérvix. En muchos casos esta condición es congénita, es decir, se debe a una alteración en el desarrollo del tejido que constituye el cérvix, resolviéndose en la vida adulta; sin embargo, en el 25% de los casos, el ectropión se desarrollo posterior al parto especialmente cuando se generan pequeñas laceraciones cervicales en la fase de expulsivo. Usualmente no presenta sintomatología específica y es un hallazgo incidental durante el examen ginecológico de rutina. La consecuencia más importante de esta condición es la mayor probabilidad de que los microorganismos de la flora normal vaginal, proliferen de manera anormal y se conviertan en agentes patógenos que generan cervicitis. El tratamiento consiste en manejo antibiótico se existe infección asociada, y en los casos recurrentes o persistentes, es necesario realizar cauterización con asa diatérmica, electrobisturí o láser // Es el resultado de la eversión de la unión escamocolumnar en el cérvix, o en raros casos, en la vagina. Microscópicamente el epitelio columnar evertido se torna rojizo y en la inspección más cercana las vellosidades típicas de la mucosa endocervical son evidentes. La ectopia cervical es yodo negativa debido a que el epitelio columnar no es glicogenazo. Se pueden observar diversos grados de metaplasia escamosa alrededor de la unión escamocolumnar como

pequeñas islas acetoblancas dentro de la mucosa endocervical. La ectopia cervical es más pronunciada en las pacientes adolescentes y en el primer embarazo cuando la metaplasia escamosa es más activa. Es considerado un hallazgo normal y usualmente no requiere ningún tratamiento. (Wright, T. Cox, J. Massad, L. Consensos Guidelines for the management of women with cervical cytological abnormalities. JAMA. 2002. 287: 2120 / Walter, P. Dexeus, S. Internacional Terminology of colposcopy: an updated report from the internacional federation for cervical pathology and colposcopy. Obstet Gynecol. 2003; 101 (1): 175-177)

ECTROPIÓN DEL MEATO URINARIO: Salida de la mucosa de la uretra a través del meato urinario. Es más frecuente en multigestantes mayores de 60 años. (Adauy, A. Salinas, H. Lesiones vaginales. Rev Chil Obstet Ginecol. 2006; 71 (4): 252-258)

EDAD: Medida cronológica que toma dos puntos de reparo. En el periodo prenatal temprano se mide la edad en días, el resto de la gestación se mide en semanas. En el periodo post natal es el tiempo de vida trascurrido desde el momento del nacimiento. Si es un recién nacido se mide en horas, más adelante se mide en meses y finalmente en años. Ver tabla E2. (Gispert, C. Diccionario de Medicina Oceano Mosby. Barcelona, España. Mosby-Year Book, Inc. 2000. p 432)

EDAD GESTACIONAL,CÁLCULO: Estrictamente hablando, la gestación normal toma 266 días desde el momento de la fecundación hasta el nacimiento. Puesto que para la mayoría de mujeres es imposible determinar la relación sexual con la cual fueron fecundadas, se ha tomado como punto de reparo un evento más fácil de determinar y recordar como es el primer día de la última regla. Al número de días o de semanas que hay entre el primer día de la última regla y un momento de la gestación se le llama periodo de amenorrea. Para dar un ejemplo: si una mujer embarazada inició su última menstruación hace 70 días, se entiende que tiene “10 semanas de gestación por amenorrea” y que su parto ocurrirá 30 semanas después, ya que desde el comienzo de la última regla (sin importar cuando terminó), hasta el nacimiento transcurren en promedio 280 días, es decir, 40 semanas. Aunque es obvio que la gestación solo

comenzará 14 días después de haber empezado la menstruación, el punto de reparo mencionado sirve tanto para calcular la edad gestacional como para predecir la fecha probable del parto si el embarazo culmina normalmente. Esta forma convencional de calcular la edad gestacional por amenorrea se utiliza también en el lenguaje de los ecógrafos para homologar los términos. Si un reporte menciona la presencia de un feto de 13 semanas, la paciente debe tener exactamente ese mismo tiempo de amenorrea. En muchos textos, principalmente de embriología, se menciona la edad gestacional del feto o del embrión en tiempo absoluto, contado en días o semanas a partir del día de la fecundación. (Cunningham, F. Gant, N. Williams Obstetricia. Embarazo: generalidades, organización y diagnóstico. Buenos Aires, Argentina. Editorial Medica Panamericana. 2002. p 4-12)

EDAD ÓSEA: Es el conjunto de métodos radiológicos y matemáticos utilizados para comparar la edad cronológica con la edad que muestra el desarrollo de las estructuras óseas en una persona joven con trastornos del desarrollo. Se determina mediante la comparación de las radiografías de las muñecas y de las manos de la paciente con los estándares de Greulich y Pyle en el año de 1959,o con los estándares establecidos en 1983 por Tanner y Whitehouse. También se puede recurrir a las radiografías de la cresta iliaca, para calcular la edad de acuerdo al nivel de osificación de la epífisis de este hueso. (Hernandez, M. Sánchez, E. Maduración ósea y predicción de talla adulta. Atlas y métodos numéricos. Madrid, España. Editorial Diaz de Santos. 1991. p 180)

EDEMA GENITAL: Es la acumulación de líquido en el espacio intersticial localizado a nivel del área genital. Generalmente es secundario a un aumento de la permeabilidad capilar secundario a estados inflamatorios o alérgicos. (Levavi, H. Pérez, Y. Labial Edema. Journal of Pediatric and adolescent gynecology. 2006; 19 (2): 105)

EFECTO PIEZO-ELÉCTRICO (del griego piezein, 'presionar'). Fenómeno físico por el cual aparece una diferencia de potencial eléctrico entre las caras de un cristal cuando éste se somete a una presión mecánica. El

efecto funciona también a la inversa: cuando se aplica un campo eléctrico a ciertas caras de una formación cristalina, ésta experimenta distorsiones mecánicas. Pierre Curie y su hermano Jacques descubrieron este fenómeno en el cuarzo y la sal de Rochelle en 1880 y lo denominaron “efecto piezoeléctrico”. El efecto piezoeléctrico se produce en varias sustancias cristalinas como el bario, el titanio o la turmalina. El efecto se explica por el desplazamiento de iones en cristales que tienen una celda unitaria asimétrica (la celda unitaria es el poliedro más simple que compone la estructura de un cristal). Cuando se comprime el cristal, los iones de las celdas se desplazan, provocando la polarización eléctrica de la misma. Debido a la regularidad de la estructura cristalina, estos efectos se acumulan, produciendo una diferencia de potencial eléctrico entre determinadas caras del cristal. Cuando se aplica al cristal un campo eléctrico externo, los iones de cada celda son desplazados por las fuerzas electrostáticas, produciendo una deformación mecánica. Dada su capacidad de convertir la deformación mecánica en voltaje eléctrico y un voltaje eléctrico en movimiento mecánico, los cristales piezoeléctricos se utilizan en dispositivos como los transductores, que se emplean en la reproducción de discos, y en los micrófonos. Los cristales piezoeléctricos también se usan como resonadores en osciladores electrónicos y amplificadores de alta frecuencia ya que, si se tallan estos cristales de una determinada manera, la frecuencia de resonancia es estable y bien definida (http://www.terra.es/ personal/lermon/esp/ enciclo.htm).

EFECTO PIEZO-ELÉCTRICO(en ecografía): Es el principio de generación de sonido en un transductor de ultrasonografía, que consiste en la propiedad de transformar energía eléctrica en mecánica y viceversa. El transductor de ultrasonografía está compuesto por cristales que tienen la capacidad de generar voltaje eléctrico a partir de la compresión mecánica de los mismos y a su vez, de generar un haz de ultrasonido al ser estimulados por corriente eléctrica; mediante el fenómeno de reflexión, parte del haz de ultrasonido generado vuelve al transductor para posteriormente pasar al receptor y de aquí a la memoria del equipo para ser procesada la información y posteriormente generar la imagen en el monitor.

(Walton, P. Jamieson, A. The expanding role of diagnostic ultrasound in obstetrics and gynecology. Surg Gynecol Obstet. 2001; 137 (5): 753-757)

EFECTO POST-ANTIBIÓTICO: Corresponde al período durante el cual una bacteria, aún en presencia de concentraciones sub-inhibitorias del antimicrobiano, es incapaz de recuperar su vitalidad. Este efecto lo poseen los antimicrobianos cuya eficacia está directamente relacionada con los picos de concentración superiores a la Concentración Inhibitoria Mínima (MIC) que se alcanzan; dentro de ellos se encuentran los aminoglucósidos y las fluoroquinolonas. Por el efecto post-antibiótico éstos fármacos son más eficaces y menos tóxicos cuando se administran en una sola dosis alta en el día. (Isaza, CA. Fundamentos de Farmacología en Terapéutica. Generalidades de Quimioterapia. Tercera edición. Bogotá, Colombia. Editorial Panamericana. 1993. 475-486 / DeCherney, A. Diagnóstico y tratamiento ginecoobstétricos. Quimioterapia antimicrobina. Séptima edición. Bogotá, Colombia. Editorial Manual Moderno. 1994. 189-1009)

EFECTO PROZONA EN TOXOPLASMOSIS: Hace referencia a los casos de toxoplasmosis materna con títulos positivos de Ig G muy altos, con títulos negativos de Ig M, en infecciones agudas. Representa el 20% de los casos positivos. Este fenómeno se explica por una infección aguda por cepas de baja virulencia que generan una respuesta escasa de Ig M, en algunas ocasiones indetectables, es decir, falsos negativos. En estos casos se recomienda repetir los títulos de Ig G e Ig M en 15 días; si la Ig M nuevamente es negativa, no se recomienda iniciar tratamiento puesto que se trata de una infección antigua; si existen patrones serológicos de infección aguda (seronegativa que se seroconvierte, elevación de Ig G o Ig M) o si existe diagnóstico dudoso, se recomienda iniciar tratamiento y evaluar la posibilidad de realizar pruebas de infección aguda adicionales. (Montoya, J. Laboratory diagnosis of toxoplasma gondii infection and toxoplasmosis. The Journal of Infect Disease. 2002; 185)

EJE HIPOTÁLAMO-HIPÓFISIS-OVARIO: Corresponde al sistema de regulación hormonal neuro-endocrina que establece la función ovárica. El ovario tiene como función principal la producción de hormonas sexuales

femeninas y en relación con el proceso de reproducción, la generación del fenómeno de ovulación. Para que estos eventos sucedan se requiere una serie de eventos perfectamente coordianados entre hipotálamo, hipófisis y el microambiente ovárico. Al final de un ciclo normal, los bajos niveles de estrógenos, progesterona e inhibina, inducen una respuesta de retroalimentación positiva a nivel central, permitiendo un aumento en la secreción de FSH. La producción de FSH es indispensable para el crecimiento inicial del folículo; existen factores autocrinos y paracrinos que aumentan la sensibilidad del folículo a la gonadotropina, que permiten que el microambiente ovárico, inicialmente androgénico, pase a ser dominado por los estrógenos. La acción conjunta de la FSH, los estrógenos y la activina inducen la aparición de receptores para LH en las células de la granulosa, preparando el folículo para el momento ovulatorio. El aumento constante de estrógenos ejerce un efecto de retroalimentación positiva a nivel hipofisiario, induciendo la aparición del pico de LH, necesario para la ruptura folicular, la expulsión del óvulo y la formación del cuerpo lúteo. Si no hay embarazo, se pierde la función del cuerpo lúteo, que conduce a la disminución de hormonas y al comienzo de un nuevo ciclo. Si se presenta alteración en cualquier punto del eje, se genera la condición de anovulación, relacionado con alteración del ciclo menstrual e infertilidad. (Hamilton, D. Taylor, A. Anovulation. BMJ. 2003; 327: 546 – 549)

ELASTICIDAD DE LA SUTURA QUIRÚRGICA: Es la tendencia del material de sutura quirúrgica a regresar a su forma original después de estirarse. Si un material de sutura posee gran elasticidad, la inflamación del tejido lo puede estirar con facilidad y no tenderá a cortarse o desgarrar el tejido. (Bennet, RG. Selection of wound clousure materials. J Am Acad Dermatol. 2004; 68: 742)

ELECTROCAUTERIZACIÓN: Procedimiento terapéutico mediante el cual se produce la fulguración de una zona de la piel, afectada por una lesión que puede ser destruida sin necesidad de realizar otros estudios diagnósticos. Para esta pequeña cirugía se requiera la ayuda de un electrobisturí o de un electrocauterio. (Meza, I. Tratamiento con

electrocauterización de lesiones premalignas del cervix. Colombia Medica. 1995; 26: 119-124)

EMBARAZO: Es el fenómeno fisiológico que se inicia con la fecundación del óvulo en la trompa o con el final de la implantación (de acuerdo a la corriente filosófica que lo defina) hasta el momento del parto o hasta el momento en que se interrumpa el desarrollo por un aborto. El embarazo puede empezar cuando se implanta artificialmente un preembrión en la cavidad uterina luego de ser fecundado in vitro. No hay consenso entre las diferentes corrientes del pensamiento sobre el momento en que se inicia el embarazo. Aún con serias discrepancias en el interior de los 112 miembros de la FIGO (unos afirman que el embarazo empieza al momento de la fecundación, otros que el embarazo empieza al final de la implantación), la decisión oficial del Comité de Aspectos Éticos de la Reproducción Humana (CAERH) y de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO en español, ACOG en inglés) en el año 2007, es la tesis de que el embarazo empieza al final de la implantación. Este concepto filosófico neutraliza las críticas sobre el mecanismo de acción del dispositivo intrauterino (uno de cuyos mecanismos de acción es impedir la implantación del blastocisto); por esta razón la certeza del embarazo se obtiene cuando se demuestra ecográficamente el embrión o el feto dentro de la cavidad uterina . Para las corrientes médicas, filosóficas y religiosas que definen el inicio del embarazo en el momento de la fecundación, la mujer inicia la gestación cuando es detectable la gonadotropina coriónica en sangre materna por primera vez. El embarazo termina al momento de un aborto o al momento del parto. Spinnato JA. Informed consent and the redefining of conception: a decision ill-conceived? J Matern Fetal Med. 1998 Nov-Dec;7(6):264-8. // ACOG Committee Opinions. List of titles December 2007.Obstet Gynecol. 2007 Dec;110(6):1505-9. Obstet Gynecol. 2008 Feb;111(2 Pt 1):454.

EMBARAZO ABDOMINAL: Ver Embarazo ectópico abdominal

EMBARAZO ANEMBRIONADO: Desarrollo de un embarazo de apariencia normal en el cual no hay embrión. Se debe a muerte temprana del embrión

con desarrollo normal del trofoblasto. Se diagnostica al reunir varios de los siguientes criterios a-diámetro medio del saco mayor a 13 mm si la ecografía es por vía transvaginal, o de 20 mm si la ecografía es por vía abdominal. b-Ausencia del saco vitelino c-Escasa reacción decidual (menor de 2 mm) d-Eco decidual de amplitud débil e-Contorno irregular del saco(Cunningham, F. Gant, N. Williams Obstetricia. Embarazo: generalidades, organización y diagnóstico. Buenos Aires, Argentina. Editorial Medica Panamericana. 2002. p 4-12)

EMBARAZO AMPULAR: Ver Embarazo ectópico ampular.

EMBARAZO CERVICAL: Ver Embarazo ectópico cervical.

EMBARAZO ECTÓPICO: Aquel que ocurre en un lugar diferente al fondo de la cavidad endometrial. Aún dentro del útero puede haber embarazos ectópicos, como ocurre con el cornual y el cervical. Los sitios más freceuentes son la ampolla de la trompa, el infundíbulo de la trompa, el istmo de la trompa y la región cornual. Menos frecuentes son la región cervical del útero, el fondo de saco de Douglas y la cavidad abdominal. En la literatura se han registrado ectópicos intrahepáticos, que son de notoria rareza. ***//*** Es la implantación del blastocisto en un sitio diferente al sitio normal de implantación en la cavidad uterina que es el endometrio del cuerpo y fondo uterino. La localización más frecuente ocurre a nivel tubárico representando aproximadamente el 95 – 98% de los casos, pero también se puede presentar a nivel cervical, intersticial, ovárico, en el epiplón, en vísceras abdominales y en astas uterinas rudimentarias. El embarazo ectópico tubárico corresponde a la mayoría de los casos y de acuerdo a su sitio de implantación puede ser: 1) Ampular: ocurre en el 85% de los casos. En esta localización puede evolucionar hacia la resolución espontánea por aborto tubárico o permitir el crecimiento del embrión y ocasionar una ruptura tubárica posterior. 2) Istmico: consitutuye el 13% de todos los casos de embarazo ectópico tubárico. Por estar localizado en la porción más estrecha de la trompa ocasiona rupturas más tempranas. 3) Intersticial o Intramural: constituye el 2% de todos los casos y representa una situación de mayor complejidad para el manejo ya que generalmente se debe realizar resección

completa de la trompa porque la resección del embarazo ectópico incluiría resección de una porción de miometrio. La prevalencia del embarazo ectópico está alrededor de 3 – 12 por cada 1000 nacidos vivos; en Estado Unidos la incidencia de embarazo ectópico es de 19.7 por 1000 y en Colombia se ha informado una incidencia de 15 casos por cada 1000 embarazos. Dentro de los factores de riesgo para el embarazo ectópico se encuetran condiciones que lesionen o afecten la trompa como cirugías tubáricas previas (incluyendo la esterilización quirúrgica), la salpingitis, el embarazo ectópico previo, la endometriosis, las anormalidades congénitas de las trompas, las adherencias secundarias a intevenciones quirúrgicas sobre el útero, el ovario y otros órganos pélvicos o abdominales y el uso del DIU; las técnicas de fertilización in vitro y la inducción de la ovulación constituyen factores de riesgo importantes y aumentan la probabilidad de embarazos heterotópicos. Los hallazgos clínicos y paraclínicos más comunes son la presencia de dolor abdominal o pélvico, amenorrea, hemorragia del primer trimestre, la documentación de masa pélvica o anexial en la ecografía transvaginal, no visualización de saco gestacional verdadero con niveles de B-HCG entre 1800 y 2000 mu/ml. El manejo puede ser médico o qurúrgico; e manejo médico se plantea en las pacientes hemodinámicamente estables, con niveles de B-HCG menores de 5000 mU/ml, ectópico menor de 3 cm y no evidencia de actividad cardiaca feta en el examen ultrasonográfico. El manejo quirúrgico se plantea en los casos de ruptura tubárica, ectópicos mayores de 3.5 cm o la condición de inestabilidad hemodinámica. (Patel, M. Rule Out Ectopic: Asking the right questions, getting the right answers. Ultrasound Quartely. 2006; 22 (2): 87-99)

EMBARAZO ECTÓPICO ABDOMINAL: Corresponde a la implantación del óvulo fecundado a nivel de la cavidad abdominal, fuera del útero, localizado usualmente a nivel del omento, órganos abdominales o vasos pélvicos. El embarazo ectópico abdominal representa 1.4% de todos los embarazos ectópicos, y se considera que se desarrollan como resultado de un aborto tubárico vs fertilización intraabdominal del óvulo. Usualmente son detectados en edades gestacionales evanzadas y se manifiestan con

hemorragia profusa, coagulación intravascular diseminada, obstrucción intestinal o fístula. Los factores de riesgo incluyen cirugía tubárica previa, enfermedad pélvica inflamatoria, endometriosis, técnicas de reproducción asistida. Las manifestaciones clínicas incluyen dolor abdominal, náuseas, vómito, dolor con los movimientos fetales y menos frecuentemente sangrado vaginal. El diagnóstico se realiza por ultrasonografía con el hallazgo clásico de ausencia de tejido miometrial entre la vejiga y el embarazo. El tratamiento consiste en la extacción del feto y la placenta completa cuando es posible y no compromete órganos vitales; sin embargo, en ocasiones es necesario pinzar y cortar el cordón umbilical y dejar la placenta in situ, realizar manejo expectante o embolización arterial o metotrexate para favorecer la involución. (Molinaro, T. Barnhart, K. Ectopic pregnancies in inusual locations. Seminars in reproductive medicine. 2007; 25(2): 123-130)

EMBARAZO ECTÓPICO ABORTADO: Ver Aborto tubárico

EMBARAZO ECTOPICO AMPULAR: Es la implantación de un óvulo fecundado en la tercera porción de la trompa de Falopio (la ampolla). Ocurre en el 85% de los casos y puede evolucionar hacia una resolución espontánea por aborto tubárico o permitir el crecimiento del embrión y ocasionar una ruptura tubárica. (Barnhart, KT, Gosman, G, Ashby, R. The Medical Management of ectopic pregnancy: a metaanalysis comparing “single dose” and “multidose” regimens. Obstetrics and Gynecology Clinics of North America. 2003; 101 : 778-784)

EMBARAZO ECTÓPICO CERVICAL: Corresponde a un embarazo extrauterino que se implanta a nivel del cérvix. Representa menos del 1% de todos los embarazos extrauterinos, que a su vez corresponden al 1% a 2% de todos los embarazos. Tiene una incidencia estimada de 1 en 2500 a 1 en 18000. Los factores de riesgos para esta patología incluyen instrumentación del canal cervical, anomalías cervicales (miomas, sinequias), uso de dispositivo intrauterino, fertilización in vitro; sin embargo, la asociación entre estas condiciones y el embarazo ectópico no esta claramente definido. El diagnóstico se realiza por vía ultrasonográfica en la

cual se evidencia se evidencia una masa hemorrágica, un saco gestacional o la presencia de un feto (con o sin actividad cardiaca) localizado a nivel del cérvix y asociado a dilatación cervical; el uso del doppler color se realiza para distinguir un aborto en progreso de una implantación vascular a nivel del cérvix. El tratamiento incluye terapia conservadora en embarazos menores de 12 semanas, sin actividad cardiaca fetal y niveles bajos de BHCG; en estos casos se plantea resección histeroscópica, drenaje guiado por ecografía asociado con terapia con metrotrexate combinado, es decir, sistémica e inyección local. Teniendo en cuenta la alta posibilidad de sangrado en el procedimiento de resección o cito-reducción, que correspondía a una de las principales causas de histerectomía en el pasado, se plantean medidas hemostáticas como ligadura de arterias uterinas, embolización de arterias uterinas, tapanamiento con balón o sutura cervical. La principal complicación del embarazo ectópico cervical es la hemorragia masiva y las implicaciones en fertilidad son desconocidas a largo plazo teniendo en cuenta la baja incidencia de la condición y el bajo seguimiento de las pacientes tratada; existen reportes de series de casos con embarazos a término posteriores así como casos de incompetencia cervical. (Molinaro, T. Barnhart, T. Ectopic pregnancies in unusual locations. Seminars in Reproductive Medicine. 2007; 25 (2): 123 – 130)

EMBARAZO ECTÓPICO CORNUAL: Corresponde al embarazo extrauterino localizado a nivel del cuerno uterino. Este segmento es el punto en cual desemboca la porción intersticial de la trompa uterina en la pared del útero. El término embarazo cornual se ha empleado de manera intercambiable con embarazo intersticial, teniendo en cuenta que su localización, factores de riesgo y tratamiento son similares. Adicionalmente, los análisis epidemiológicos toman como sinónimos estos dos tipos de gestaciones extrauterinas y por lo tanto se toman con la misma incidencia, es decir, 1% al 3% de todos los embarazos ectópicos. Sin embargo, el término embarazo cornual, fue empleado inicialmente para describir el embarazo extrauterino localizado en el segmento intersticial de un útero bicorne o unicorne. (Molinaro, T. Barnhart, T. Ectopic pregnancies in

unusual locations. Seminars in Reproductive Medicine. 2007; 25 (2): 123 – 130)

EMBARAZO ECTÓPICO EN CICATRIZ DE CESÁREA: Corresponde al embarazo extrauterino que se implanta en la pared uterina a nivel de la cicatriz de una operación cesárea previa. Es una forma extremadamente rara de embarazo ectópico, con aproximadamente 50 casos publicados en la literatura mundial. Estos casos usualmente se complican con ruptura uterina y hemorragia. Los factores de riesgo incluyen antecedente de cesárea, antecedente de miomectomía, adenomiosis, antecedente de dilatación y curetaje, FIV, y antecedente de remoción manual de la placenta. El diagnóstico es difícil de realizar y requiere laparoscopia o Resonancia Nuclear Magnética; la imagen debe evidenciar tejido miometrial alrededor del saco gestacional, sin comunicación con la cavidad endometrial. La etiología incluye uso de técnicas de reproducción asistida, trauma uterino, migración defectuosa de un embarazo implantado. Antiguamente el tratamiento incluía histerectomía en forma inmediata al diagnóstico, sin embargo, en la actualidad se plantea manejo conservador con inyección local de metrotrexate por vía laparoscópica asociado a quimioterapia sistémica en esquema de dosis múltiple. Es necesario tener en cuenta que el tratamiento se establece de acuerdo al estado hemodinámico de la paciente. (Molinaro, T. Barnhart, T. Ectopic pregnancies in unusual locations. Seminars in Reproductive Medicine. 2007; 25 (2): 123 – 130)

EMBARAZO ECTÓPICO FIMBRIO-TUBÁRICO: embarazo tubárico en el que la implantación se produce en el extremo distal, en las fimbrias del infundíbulo, de una de las trompas de Falopio. Equivale al embarazo ectópico infundibular. (Molinaro, T. Barnhart, T. Ectopic pregnancies in unusual locations. Seminars in Reproductive Medicine. 2007; 25 (2): 123 – 130)

EMBARAZO ECTÓPICO INFUNDIBULAR: Corresponde a un embarazo extrauterino que se implanta a nivel del segmento infundibular de la trompa de Falopio. Este segmento se encuentra al final de la trompa, después de la ampolla, que es el lugar fisiológico de la fecundación. (Molinaro, T.

Barnhart, T. Ectopic pregnancies in unusual locations. Seminars in Reproductive Medicine. 2007; 25 (2): 123 – 130)

EMBARAZO ECTÓPICO INTERSTICIAL. Corresponde a un embarazo extrauterino que se implanta a nivel del segmento intersticial de la trompa de Falopio. Este segmento tubárico se encuentra dentro de la pared muscular del útero. El embarazo intersticial representa cerca del 1% al 3% de todos los embarazos ectópicos. Como este segmento de la trompa desemboca en la pared uterina, permite un mayor crecimiento del blastocisto implantado comparado con otras localizaciones. La ruptura se presenta en gestaciones avanzadas y representa una condición catastrófica con una tasa de mortalidad cercana al 2%. El diagnóstico se realiza por evaluación ultrasonográfica en la cual se evidencia un anillo de tejido miometrial alrededor del saco gestacional en la porción intersticial de la trompa; se sugiere estudios complementarios con laparoscopia que puede permitir diagnóstico y al mismo tiempo inyección de quimioterapia. Los factores de riesgo incluyen antecedente de embarazo ectópico, antecedente de salpinguectomía, anomalías uterinas (útero bicorne, útero unicorne) asociado a salpinguectomía ipsilateral al cuerno uterino y enfermedades de transmisión sexual. El tratamiento incluye la resección del cuerno o también llamada resección en cuña, con alto riesgo de hemorragia masiva caso en los cuales se indica histerectomía; adicionalmente se han planteado otras opciones terapéuticas como resección del saco gestacional bajo visualización laparoscópica, previa inyección de soluciones vasoconstrictoras como vasopresina. También se plantea el manejo conservador con quimioterapia con metrotrexate en forma sistémica (recomendado el esquema de dosis múltiple) e inyección local. (Molinaro, T. Barnhart, T. Ectopic pregnancies in unusual locations. Seminars in Reproductive Medicine. 2007; 25 (2): 123 – 130)

EMBARAZO ECTÓPICO ÍSTMICO: Es la implantación de un óvulo fecundado en la segunda porción de la trompa de Falopio (el istmo). Ocurre en el 13% de los casos. Por estar localizado en la porción más estrecha de la trompa ocasiona ruptura en estadíos más tempranos. (Barnhart, KT, Gosman, G, Ashby, R. The Medical Management of ectopic pregnancy: a

metaanalysis comparing “single dose” and “multidose” regimens. Obstetrics and Gynecology Clinics of North America. 2003; 101 : 778-784)

EMBARAZO ECTÓPICO MANEJO EXPECTANTE: Corresponde al manejo conservador del embarazo ectópico con observación y seguimiento, sin intervención médica o quirúrgica. Este manejo se plantea teniendo en cuenta la posibilidad de resolución espontánea del embarazo ectópico dentro de la historia natural de la patología. El manejo expectante del embarazo ectópico se indica ante la ausencia de dolor o sangrado vaginal, no evidencia de ruptura tubárica, bHCG < 1000 mU/ml y en descenso, masa < 3 cm sin actividad cardiaca. (Lipscomb, G. Medical therapy for ectopic pregnancy . Seminars in reproductive medicine. 2007; 25(2): 93-98)

EMBARAZO ECTÓPICO MANEJO MÉDICO: Corresponde al manejo conservador del embarazo ectópico con metotrexate. El manejo médico está indicado cuando se documenta estabilidad hemodinámica, ausencia de hemoperitoneo, niveles iniciales de B-HCG < 5000 mU/ml, tamaño de la masa < 3 cm y ausencia de actividad cardíaca. En consenso realizado en el año 2007 se plantean como criterios adicionales para manejo médico masa menor de 4 cm sin actividad cardíaca o masa menor de 3.5 cm con actividad cardiaca y hemoperitoneo confinado a la pelvis con estabilidad hemodinámica. (Lipscomb, G. Medical therapy for ectopic pregnancy . Seminars in reproductive medicine. 2007; 25(2): 93-98)

EMBARAZO ECTÓPICO MANEJO QUIRÚRGICO: Corresponde al manejo del embarazo ectópico con intervención quirúrgica por laparotomía o laparoscopia. El manejo quirúrgico incluye manejo radical con salpinguectomía o manejo conservador con salpingostomía o salpingotomía. Las indicaciones de manejo quirúrgico del embarazo ectópico incluyen inestabilidad hemodinámica, niveles iniciales de b-HCG por encima de 5000 mU/ml, falla en el manejo médico, masa mayor a 4 cm sin actividad cardiaca o masa mayor a 3.5 cm con actividad cardiaca, embarazo heterotópico con intrauterino viable. (Al-Sunaidi, M. Tulandi, T. Surgical therapy for ectopic pregnancy . Seminars in reproductive medicine. 2007; 25(2): 117-124)

EMBARAZO ECTÓPICO OVÁRICO: Corresponde al embarazo extrauterino que se implanta en el ovario. Representa el 1% al 3% de todos los embarazos ectópicos, con una incidencia que varía entre 1 en 2100 a 1 en 60000. Los factores de riesgo incluyen enfermedad inflamatoria pélvica, uso de dispositivo intrauterino y empleo de técnicas de reproducción asistida. Los embarazos ectópicos ováricos pueden ser clasificados adicionalmente como extrafoliculares o intrafoliculares, de acuerdo a su localización fuera o dentro del folículo; la forma más común corresponde a los extrafoliculares. Estos últimos pueden clasificarse a su vez en intersticiales, corticales, superficiales o yuxtafoliculares. En cuanto a la etiología existe aún controversia en si el embarazo ectópico ovárico es resultado de una implantación secundaria del embrión en el ovario o representa una falla de la extrusión folicular. El diagnóstico se realiza por ultrasonografía con la evidencia de un anillo ecogénico en el interior del ovario; la ultrasonografía doppler es de ayuda diagnóstica adicional para establecer la alta vascularización del ovario. El diagnóstico también puede ser realiza por visualización laparoscópica con confirmación histopatológica. El tratamiento usualmente consiste en ooforectomía o sección en cuña del ovario; el manejo con metrotrexate se adiciona si existe tejidos trofoblástico persistente después de la laparoscopia. (Molinaro, T. Barnhart, T. Ectopic pregnancies in unusual locations. Seminars in Reproductive Medicine. 2007; 25 (2): 123 – 130)

EMBARAZO ECTÓPICO OVÁRICO EXTRAFOLICULAR: Corresponde a un subtipo de embarazo ectópico ovárico que se localiza en la corteza ovárica, fuera del folículo. Se considera que este tipo de embarazo ectópico es secundario a una implantación secundaria del embrión en el tejido ovárico. El embarazo ectópico ovárico extrafolicular se clasifica en intersticial, cortical, superficial y yuxtafolicular. (Molinaro, T. Barnhart, K. Ectopic pregnancies in inusual locations. Seminars in reproductive medicine. 2007; 25(2): 123-130)

EMBARAZO ECTÓPICO OVÁRICO INTRAFOLICULAR: Corresponde a una subtipo de embarazo ectópico ovárico que se localiza dentro del folículo ovárico que madura durante el ciclo menstrual correspondiente. Se

considera que este tipo de embarazo ectópico es secundario a una falla en la extrusión folicular. (Molinaro, T. Barnhart, K. Ectopic pregnancies in inusual locations. Seminars in reproductive medicine. 2007; 25(2): 123-130)

EMBARAZO ECTÓPICO PROTOCOLO DE DOSIS MÚLTIPLE: Corresponde al protocolo de manejo médico del embarazo ectópico que consiste en la inyección intramuscular de Metotrexate a dosis de 1 mg/kg de peso actual de la paciente intercalado con inyección intramuscular de 0.1 mg/kg de leucovorín. El metotrexate se inyecta los días 1, 3, 5 y 7 y el leucovorín se inyecta los días 2, 4, 6 y 8. Se realizan niveles de B-HCG diariamente hasta que se observe una disminución de los niveles mayor de 15% en dos tomas consecutivas. Este protocolo de manejo tiene una tasa de éxito de 96%. (Lipscomb, G. Medical therapy for ectopic pregnancy . Seminars in reproductive medicine. 2007; 25(2): 93-98)

EMBARAZO ECTÓPICO PROTOCOLO DE DOSIS ÚNICA: Corresponde al protocolo de manejo médico del embarazo ectópico que consiste en la inyección intramuscular de metotrexate en dosis única de 50 mg/m^2, basado en el peso actual de la paciente. Se realizan niveles de bHCG iniciales y control el día 4 y 7; si la disminución de los niveles es mayor a 15% en las dos tomas, se considera una respuesta satisfactoria y se continúa seguimiento con bHCG semanal hasta obtener niveles por debajo de 15 mU/ml. Si la disminución de los niveles es menor de 15%, se repite la dosis. Este protocolo tiene una tasa de éxito del 95%, con un tiempo promedio de resolución de 35 días. (Lipscomb, G. Medical therapy for ectopic pregnancy . Seminars in reproductive medicine. 2007; 25(2): 93-98)

EMBARAZO ECTÓPICO ROTO: Aquel que ha producido lesión de las paredes de la trompa, con sangrado profuso subsecuente, que puede producir hemoperitoneo moderado a severo y a veces la muerte. (Barnhart, KT, Gosman, G, Ashby, R. The Medical Management of ectopic pregnancy: a metaanalysis comparing “single dose” and “multidose” regimens. Obstetrics and Gynecology Clinics of North America. 2003; 101 : 778-784)

EMBARAZO ECTÓPICO SANGRANTE: El que se produce como consecuencia de una lesión de las paredes de la trompa, con sangrado

profuso subsecuente, o aborto tubárico a través del ostium externo, que puede producir hemoperitoneo moderado a severo y a veces la muerte. (Barnhart, KT, Gosman, G, Ashby, R. The Medical Management of ectopic pregnancy: a metaanalysis comparing “single dose” and “multidose” regimens. Obstetrics and Gynecology Clinics of North America. 2003; 101 : 778-784)

EMBARAZO ECTÓPICO TERAPIA LOCAL: Corresponde al manejo conservador del embarazo ectópico usando inyección local de agentes quimioterapéuticos guiado por ultrasonografía transvaginal o por laparoscopia. Los criterios de selección incluyen pacientes con estabilidad hemodinámica, embarazo ectópico no roto, certeza de seguimiento, embarazo ectópico de localización inusual, no contraindicaciones para su uso. Las ventajas de la terapia local es el menor riesgo de toxicidad sistémica con mayores niveles del agente a nivel local, por tiempo más prolongado y el cese inmediato de la actividad cardiaca si está presente. (Raughley, M. Frishman, G. Local treatment of ectopic pregnancy . Seminars in reproductive medicine. 2007; 25(2): 99-114)

EMBARAZO ECTÓPICO TERAPIA LOCAL CON CLORURO DE POTASIO: Consiste en la inyección local de cloruro de potasio dentro del saco gestacional del embarazo ectópico. El cloruro de potasio es el agente feticida por excelencia y se emplea especialmente para casos con actividad cardiaca positiva logrando cese inmediato de la misma. Es el agente de elección en los casos de embarazo multifetal, ya que produce control selectivo sin toxicidad sistémica ni alteración de los fetos restantes. La dosis empleada de cloruro de potasio es de 2 – 6 mEq con volumen aprox de 1 – 3 cm. La tasa de éxito de esta terapia se encuentra en alrededor del 93%. (Lipscomb, G. Medical therapy for ectopic pregnancy . Seminars in reproductive medicine. 2007; 25(2): 93-98)

EMBARAZO ECTÓPICO TERAPIA LOCAL CON GLUCOSA HIPEROSMOLAR: Consiste en la inyección local de glucosa hiperosmolar dentro del saco gestacional del embarazo ectópico, guiado por ultrasonografía transvaginal o laparoscopia. La glucosa hiperosmolar crea

un efecto osmótico a nivel celular, llevando a deshidratación del tejido trofoblástico y muerte celular. Se usa en dosis de 10 – 40 cc de solución de glucosa al 50%, con una tasa de éxito de 98% si los niveles iniciales de b-HCG son menores de 2500 mU/ml y la masa es menor de 4 cm. (Lipscomb, G. Medical therapy for ectopic pregnancy . Seminars in reproductive medicine. 2007; 25(2): 93-98)

EMBARAZO ECTÓPICO TERAPIA LOCAL CON METOTREXATE: Consiste en la inyección de metotrexate a nivel del saco gestacional del embarazo ectópico. El metotrexate inhibe de forma competitiva la enzima dihidrofolato reductasa, interfiriendo con la síntesis de DNA y la replicación celular. El esquema incluye la inyección de 10 mg hasta 25 mg guiado por ultrasonografía transvaginal o laparoscopia, aunque se han descrito dosis de 1 mg/kg. Esta terapia se ha planteado para el manejo de embarazos ectópicos de localización inusual que usualmente son refractarios al manejo sistémico. La tasa de éxito se encuentra en 93% si los niveles iniciales de b-HCG es menor de 5000 mU/ml y disminuye a 64% si los niveles iniciales de b-HCG son mayores de 5000 mU/Ml. (Lipscomb, G. Medical therapy for ectopic pregnancy. Seminars in reproductive medicine. 2007; 25(2): 93-98)

EMBARAZO ECTÓPICO TERAPIA LOCAL CON PROSTAGLANDINAS: Consiste en la inyección local de prostaglandinas en el interior del saco gestacional del embarazo ectópico, guiado por ultrasonografía trasnvaginal o laparoscopia. Las prostaglandinas causan un estado de vasoconstricción llevando a isquemia del tejido trofoblástico y muerte celular. Usualmente se emplea prostaglandina F2α en dosis de 0.75 – 1.5 mg en 3 – 6 cc de volumen hasta la documentación clara de edema tubárico. Es necesaria la inyección adicional de prostaglandina a nivel del cuerpo lúteo en dosis similar. Esta terapia tiene una tasa de éxito aproximada de 90% si se los niveles de b-HCG iniciales son menores de 2000 mU/ml y el tamaño de la masa es menor de 2 cm. (Lipscomb, G. Medical therapy for ectopic pregnancy . Seminars in reproductive medicine. 2007; 25(2): 93-98)

EMBARAZO ECTÓPICO TUBÁRICO: Es el embarazo extrauterino que se implanta en cualquier porción de la trompa de Falopio. (Barnhart, KT,

Gosman, G, Ashby, R. The Medical Management of ectopic pregnancy: a metaanalysis comparing “single dose” and “multidose” regimens. Obstetrics and Gynecology Clinics of North America. 2003; 101 : 778-784)

EMBARAZO EXTRAAMNIÓTICO: aquel en el que el feto se desarrolla en el útero, pero el amníos se rompe precozmente durante el embarazo, permaneciendo intacto el corion. (Cunningham, F. Gant, N. Williams Obstetricia. Embarazo: generalidades, organización y diagnóstico. Buenos Aires, Argentina. Editorial Medica Panamericana. 2002. p 4-12)

EMBARAZO EXTRACORIAL: aquel cuyo feto se desarrolla en el útero pero fuera del saco corial. (Cunningham, F. Gant, N. Williams Obstetricia. Embarazo: generalidades, organización y diagnóstico. Buenos Aires, Argentina. Editorial Medica Panamericana. 2002. p 4-12)

EMBARAZO FALSO: Cualquier estado patológíco que simula el embarazo y puede motivar errores de diagnóstico. Sinónimos: Embarazo fantasma, Embarazo espurio. Cualquier estado patológico que simula el embarazo y puede motivar errores de diagnóstico. Se presenta en 1 a 6 de cada 22000 embarazos. La paciente manifiesta estar embarazada y presenta síntomas que respaldan su afirmación como amenorrea, aumento del perímetro abdominal, náuseas, vómito, entre otros; en ocasiones, el test de embarazo es positivo. Existen numerosas teorías psicológicas para explicar el trastorno; Freud lo atribuye a la transferencia, es decir, el fuerte apego que desarrollan los pacientes por un deseo. Sinónimos: Embarazo fantasma, Embarazo espurio, Pseudociesis. (Meza, E. Choy, J. Pseudocyesis: clinical and hormonal evaluation. Mexican association of obstetrics and gynecologists. 1990; 570: 308-310)

EMBARAZO GEMELAR: gestación con dos o más fetos.

EMBARAZO GEMELAR BICORIAL-BIAMNIÓTICO: Corresponde a un tipo de embarazo gemelar que se caracteriza por la presencia de dos placentas (bicorial) y dos sacos sacos amnióticos (biamniótico). Puede originarse de la fecundación de dos ovocitos diferentes (dicigótico) o de un solo ovocito (monocigótico). En el último caso, el embarazo gemelar bicorial biamniótico

se genera porque la división del ovocito fertilizado tiene lugar antes de la formación de la masa celular interna (mórula) y la capa externa del blastocisto todavía no está destinada a formar el corion; es decir, la división se produce en las primeras 72 horas de la fertilización. Si el origen es dicigótico, este tipo de embarazo gemelar representa el 100% de los embarazos dicigóticos y el 6% al 7% de los embarazos monocigóticos. (Shetty, A, Smith, AP. The sonographic diagnosis of chorionicity. Prenat Diagn 2005; 25:735)

EMBARAZO GEMELAR DICIGÓTICO: Corresponde al embarazo múltiple que se genera como resultado de la fertilización de dos ovocitos diferentes por dos espermatozoides. Representa el 80% de los embarazos gemelares. Como consecuencia de la fertilización de dos ovocitos, se generan dos estructuras, cada una con capacidad para desarrollarse en un individuo separado; es decir, el embarazo es bicorial (dos placentas separadas) y biamniótico (dos sacos amnióticos) por lo cual los gemelos no son idénticos, presentan material cromosómico diferente y pueden ser de sexo diferente. El embarazo gemelar dicigótico presenta la menor tasa de morbimortalidad perinatal en embarazos gemelares, por la ausencia de anastomosis vasculares placentarias. (Souter, VL, Kapur, RP, Nyholt, DR, et al. A report of dizygous monochorionic twins. N Engl J Med 2003; 349:154)

EMBARAZO GEMELAR MONOCIGÓTICO: Corresponde al embarazo múltiple que se genera como resultado de la fertilización de de un ovocito. Como consecuencia se genera el proceso de gemelación que depende del momento en el que se produzca la división: gemelos monocigóticos bicoriales biamnióticos, gemelos monocigóticos monocoriales biamnióticos, gemelos monocigóticos monocoriales monoamnióticos o gemelos siameses. La base fisiológica de la formación de los gemelos monocigóticos se encuentra en el retraso en la cronología de los acontecimientos normales del desarrollo; la evidencia sugiere que la lentificación del transporte del ovocito fertilizado a través de la trompa de Falopio aumenta el riesgo de gemelaridad; al mismo tiempo se plantea que el traumatismo menor del blastocisto durante las técnicas de reproducción asistida, aumenta la incidencia de embarazos gemelares monocigóticos. Este tipo de embarazo

representa el 20% de los embarazos gemelares con mayores tasas de complicaciones como restricción del crecimiento intrauterino, parto pretérmino y mortalidad perinatal. (Yoon, G, Beischel, LS, Johnson, JP, Jones, MC. Dizygotic twin pregnancy conceived with assisted reproductive technology associated with chromosomal anomaly, imprinting disorder, and monochorionic placentation. J Pediatr 2005; 146:565)

EMBARAZO GEMELAR MONOCORIAL BIAMNIÓTICO: Corresponde a un tipo de embarazo gemelar que se caracteriza por la presencia de una placenta única (monocorial) y dos sacos amnióticos (biamniótico). Se origina de la fecundación de un ovocito (monocigótico). Este tipo de embarazo gemelar ocurre cuando la división del ovocito fertilizado ocurre entre el cuarto y el octavo día de la fetilización, luego de que la masa celular interna está formada y las células destinadas a convertirse en el corion ya se han diferenciado pero no las que van a formar el amnios; por lo anterior, se generan dos embriones, cada uno en un saco amniótico diferente. Este tipo de embarazo gemelar representa el 13% al 14%, es decir, la mayoría de los embarazos gemelares monocigóticos. (Shetty, A, Smith, AP. The sonographic diagnosis of chorionicity. Prenat Diagn 2005; 25:735)

EMBARAZO GEMELAR MONOCORIAL MONOAMNIÓTICO: Corresponde a un tipo de embarazo gemelar que se caracteriza por la presencia de una placenta única (monocorial) y un saco amniótico (monoamniótico). Se origina de la fecundación de un ovocito (monocigótico). Este tipo de embarazo gemelar ocurre cuando la división del ovocito fertilizado se presenta una vez el amnios está desarrollado, es decir, luego del día 8 de la fertilización; la división da como resultado dos embriones dentro un saco amniótico común. Representa menos del 1% de los embarazos monocigóticos y presenta las mayores tasas de complicaciones y morbimortalidad perinatal. (Shetty, A, Smith, AP. The sonographic diagnosis of chorionicity. Prenat Diagn 2005; 25:735)

EMBARAZO HETEROTÓPICO: embarazo doble, intrauterino y extrauterino al mismo tiempo. (Molinaro, T. Barnhart, K. Ectopic pregnancies in inusual locations. Seminars in reproductive medicine. 2007; 25(2): 123-130)

EMBARAZO HIDATÍDICO: embarazo asociado con la formación de una mola hidatídica. Ver Enfermedad Trofoblástica Gestacional.

EMBARAZO HISTÉRICO: síntomas de gestación en una mujer con alteraciones psicológicas histéricas, que realmente no está realmente embarazada. (Meza, E. Choy, J. Pseudocyesis: clinical and hormonal evaluation. Mexican association of obstetrics and gynecologists. 1990; 570: 308-310)

EMBARAZO INTERSTICIAL: Ver Embarazo ectópico intersticial

EMBARAZO INTRALIGAMENTARIO: Es un embarazo ectópico en cualquiera de los ligamentos anchos que están a lado y lado del útero. (Molinaro, T. Barnhart, K. Ectopic pregnancies in inusual locations. Seminars in reproductive medicine. 2007; 25(2): 123-130)

EMBARAZO INTRAPERITONEAL: desarrollo del huevo dentro de la cavidad peritoneal. Equivale a un embarazo ectópico abdominal. (Molinaro, T. Barnhart, K. Ectopic pregnancies in inusual locations. Seminars in reproductive medicine. 2007; 25(2): 123-130)

EMBARAZO MESENTÉRICO: Es un embarazo ectópico abdominal que se ha implantado en el meso del intestino delgado. (Molinaro, T. Barnhart, K. Ectopic pregnancies in inusual locations. Seminars in reproductive medicine. 2007; 25(2): 123-130)

EMBARAZO MOLAR: conversión del huevo en una mola. Ver Enfermedad trofobl´stica gestacional.

EMBARAZO MÚLTIPLE: Es la presencia de más de dos fetos en la cavidad uterina.

EMBARAZO OVÁRICO: Ver embarazo ectópico ovárico

EMBARAZO PROLONGADO: el que dura más de 42 semanas (294 días) //. Corresponde a los embarazos que exceden el límite superior de duración de la gestación normal. La Asociación Americana de Ginecología y Obstetricia ha definido el embarazo prolongado como aquel embarazo

mayor de 42 semanas de edad gestacional o mayor de 294 días desde el primer día del último período menstrual confiable. La incidencia del embarazo prolongado varía mucho de acuerdo a los criterios empleados para su diagnóstico; la incidencia se ha establecido entre el 4% y el 14% con promedio de 10%. Las complicaciones del embarazo prolongado incluyen el síndrome de postmadurez fetal o síndrome de Clifford, disfunción placentaria, sufrimiento fetal asociado a condición de oligoamnios y restricción del crecimiento fetal. La mortalidad perinatal en este tipo de pacientes se encuentra incrementada y las principales causas incluyen trastorno hipertensivo durante el trabajo de parto, trabajo de parto prolongado con desproporción feto-pelviana, sufrimiento fetal con anoxia severa y daño neurológico severo. (Alexander, J. Leveno, K. Forty weeks and beyond: pregnancy outcomes by week gestation. Obstet Gynecol. 2000; 96: 291)

EMBARAZO SARCOFETAL: Es el embarazo fetal y molar al mismo tiempo.

EMBARAZO TUBÁRICO: Es el desarrollo del huevo en el oviducto. Ver Embarazo ectópico

EMBARAZO TUBOABDOMINAL: Es el embarazo que se desarrolla en parte en la trompa y en parte en los órganos del abdomen.

EMBARAZO UTERINO: Es el desarrollo del huevo dentro de la cavidad uterina, que es el sitio normal de la gestación. Ver embarazo

EMBOLÍA: Corresponde a la impactación de material no soluble que es transportado por el sistema vascular de un sitio a otro. Este material puede ser de diferentes características: sólido, líquido o gaseoso, con diferentes orígenes descritos. El fenómeno de embolia se presenta como consecuencia de un efecto de émbolo sobre el material impactado en el vaso sanguíneo. Secundario al fenómeno de embolia se genera obstrucción vascular con isquemia tisular de diversos grados de acuerdo al tamaño del émbolo y la gravedad depende de su localización. De acuerdo a su origen la embolia se clasifica en tres grupos: 1) Embolia Pulmonar: el émbolo se

impacta en las arterias pulmonares, en el lugar donde se encuentran los vasos de menor calibre de esta parte del circuito; el émbolo se origina en el sistema venoso periférico de las extemidades o en el corazón derecho secundario a arritmias tipo fibrilación. Clínicamente se caracteriza por disnea, dolor torácico y cianosis; este tipo de embolia puede generar infartos pulmonares periféricos que a su vez pueden generar hipertensión pulmonar. 2) Embolia Sistémica: el émbolo se impacta en los capilares o arteriolas de pequeño calibre de órganos como corazón, cerebro, órganos intra-abdominales como hígado, bazo, riñón, intestino. Usualmente el émbolo se origina en las venas pulmonares, corazón izquierdo o sistema arterial. 3) Embolia Paradoxal: es un tipo infrecuente en el cual el émbolo se origina en el corazón derecho o sistema venoso pero su afectación es a nivel del sistema periférico y no a nivel pulmonar. Este fenómeno se presenta como consecuencia de una comunicación entre los dos sistemas como en el caso de defectos del tabique interauricular o interventricular asociado a mayores presiones en corazón derecho que permite el flujo derecha-izquierda. En cuanto a la composición del émbolo, la embolia se clasifica en tromboembolia (coágulo sanguíneo), gaseosa, grasa, líquido amniótico, tumoral, séptico y cuerpos extraños. (Horlander, KT, Leeper, KV. Troponin levels as a guide to treatment of pulmonary embolism. Curr Opin Pulm Med 2003; 9:374)

EMBOLÍA DE LÍQUIDO AMNIÓTICO: Corresponde a la entrada de líquido amniótico en el torrente sanguíneo materno, que posteriormente es transportado por el sistema vascular de un sitio a otro. Tiene una tasa de mortalidad del 80% y representa alrededor del 10% al 15% de todas las muertes maternas. Su incidencia estimada es de 1 en 8000 a 1 en 80000 nacimientos. Los factores de riesgo incluyen edad materna avanzada, multiparidad, parto precipitado con dinámica uterina intensa, antecedente de amniocentesis con uso de solución salina hipertónica o dextrosa, uso de instrumentos de monitorización fetal intrauterina. La etiología no ha sido totalmente establecida; se considera que las contracciones uterinas con alta intensidad impulsan el líquido amniótico a la circulación materna, a través de las laceraciones en las membranas fetales, placenta o útero. En el 50%

de los casos se presenta asociación con desprendimiento prematuro de placenta. El paso de líquido amniótico al sistema vascular origina activación de la cascada de coagulación por activación del factor X que junto con las sustancias de origen fetal, son las responsables de la Coagulación Intravascular Diseminada y la vasoconstricción que generan hipertensión pulmonar severa e hipoxemia marcada. Posteriormente se presenta falla ventricular izquierda ya sea secundaria a hipoxia o por efecto depresor directo del líquido amniótico sobre el miocardio; esta es la principal causa de muerte materna asociada a embolismo de líquido amniótico. La sintomatología es inespecífica incluyendo síntomas respiratorios, circulatorios, neurológicos y diátesis hemorrágica. El diagnóstico se realiza con sospecha clínica, determinación de hipertensión pulmonar, signos electrocardiográficos S1Q3T3, signos radiológicos de edema pulmonar, TAC con protocolo para TEP positivo; sin embargo, la confirmación diagnóstica se realiza por la determinación de mucina, células escamosas fetales, meconio o lanugo en la vasculatura pulmonar, ya sea por toma de muestra a través del catéter de Swan Ganz o por necropsia. El tratamiento se debe realizar en una Unidad de Cuidados Intensivos con medidas de soporte dirigidas a restablecer la ventilación, oxigenación y circulación. (Stafford, I. Sheffield, J. Amniotic Fluid Embolism. Obstet Gynecol Clin N Am. 2007; 34: 545 – 553)

EMBRIOGÉNESIS DEL CORAZÓN FETAL:. El corazón fetal primitivo se forma alrededor del día 22 después de la concepción por la fusión de dos tubos de mesodermo primitivo; en ese momento se inicia un proceso de contracción miocárdica espontánea no regulada que puede ser identificado después del día 23 por ecografía trans-vaginal o después del día 26 por ecografía abdominal. Alrededor del día 34 se presenta la separación del corazón primitivo en dos cavidades, una aurícula y un ventrículo común y se inicia el proceso de formación de los nodos aurículo-ventricular en primera instancia y posteriormente el nodo sinusal, terminado su formación alrededor del día 55. A partir de este momento se inicia el proceso de inervación autonómica de los nodos sinusal y aurículo-ventricular y alrededor de la semana 16-18 de gestación se completa el mecanismo de

regulación de la frecuencia cardíaca fetal y adquiere importancia clínica para evaluar la condición fetal. En las primeras semanas de gestación la frecuencia cardiaca fetal se encuentra alrededor de 160-170 lat/min y a medida que avanza la gestación se disminuye alrededor de 130-140 lat/min; esto representa el estado de maduración de la inervación autonómica del corazón fetal. (Manning, F. The Fetal Heart Rate. Antepartum and Intrapartum Regulation and Clinical Significance. Fetal Medicine: Principles and Practice. Connecticut. Appleton and Lange Editorial. 1998. 13 – 105) ***//*** Sin. Frecuencia cardiaca fetal.

EMBRIÓN: Es una de las primeras formas de desarrollo humano, que se presenta desde el momento de la implantación del blastocisto hasta la formación del disco germinativo trilaminar. El embrión es la tercera estructura que se puede observar por vía ultrasonográfica en la evaluación del embarazo precoz, después del saco gestacional y el saco vitelino. Aproximadamente entre la quinta y la sexta semana de gestación, el embrión se observa como un sutil engrosamiento del saco vitelino, cuando el diámetro sacular medio mide entre 5 y 12 mm. El embrión siempre debe ser visto por vía transvaginal cuando el diámetro sacular medio alcance 16 – 18 mm (6.5 semanas de gestación), y por vía transabdominal, cuando el diámetro sacular medio alcance 25 mm. La medición de al longitud embrionaria es utilizada para determinar la edad gestacional, una vez esta estructura es detectada. El embrión se mide entre sus extremos obteniéndose la longitud cefalo-caudal (LLC) o longitud embrionaria máxima (LEM). El embrión crece de manera lineal aproximadaemente 1 mm/día. (Coulam, C. Britten, S. Early ultrasonographics measurements in normal pregnancies. Human Reproduction. 2006; 11: 1771-1774)

EMBRIONES, TRANSFERENCIA DE: Corresponde a un procedimiento de reproducción asistida que consiste en la inserción de embriones dentro de la cavidad uterina. El proceso consiste en obtener inicialmente los gametos (ovocitos y espermatozoides) y por técnicas de fertilización in vitro, realizar la fecundación del ovocito por el espermatozoide, permitir el desarrollo del huevo fertilizado, en medios de cultivo aptos, hasta la fase de blastocisto, para posteriormente realizar su inseminación dentro de la cavidad uterina.

Los embriones transferidos corresponden a los embriones de mejor calidad; los embriones no transferidos, si presentan adecuada calidad, siempre se congelan para posteriores ciclos. En el 70% los embriones transferidos son frescos. La cantidad de embriones a transferir es limitado a tres de acuerdo a la ley; sin embargo, la cantidad depende de varios factores: edad de la paciente, calidad de los embriones, ciclos previos y deseo de la pareja. El momento de transferencia se realiza de acuerdo al protocolo del centro de reproducción asistida; la mayoría de los programas transfieren los embriones luego de 72 horas de la aspiración folicular, es decir, en la etapa de cuatro a ocho células, mientras que otros programas transfieren los embriones en el dia 5 de fertilización, es decir, en etapa de blastocisto, con mayores tasas de embarazos y nacidos vivos, pero a su vez, mayor riesgo de embarazo múltiple. (Purcell, KJ, Schembri, M, Telles, TL, et al. Bed rest after embryo transfer: a randomized controlled trial. Fertil Steril 2007; 87:1322)

EMBRIOSONOGRAFÍA: Término introducido por primera vez en 1983 que designa la descripción de la anatomía del embrión, las relaciones anatómicas y la detección de anomalías precoces del embarazo por ultrasonografía. El momento de observación ultrasonográfica de las diferentes estructuras embrionarias se muestra en la tabla E3. (Cafici,D. Mejides, A. Sepúlveda, W. Ultrasonografía en obstetricia y diagnóstico prenatal. Evaluación ultrasonográfica del primer trimestre de la gestación. Buenos Aires, Argentina. Ediciones Journal. 2003. p 16-41)

ENCAJAMIENTO FETAL: Es el mecanismo mediante el cual el diámetro biparietal, que representa el máximo diámetro transverso de la cabeza fetal en las presentaciones de vértice, pasa a través del estrecho superior de la pelvis. (Cunningham, FG. Gant, NF. Leven, K. Gilstrap, L. Hauth., J. Wenstrom K. Trabajo de Parto y Parto Normales. Williams Obstetricia. 21° edición. Montevideo, Uruguay: Editorial Panamericana. 2001. 215 – 251)

ENCEFALOCELE: Corresponde a una patología congénita del sistema nervioso central, secundario a defectos del cierre del tubo neural, que se presenta durante la cuarta semana de gestación. El encefalocele se

caracteriza por herniación o protrusión de parte del encéfalo y las meninges a través de un defecto craneal. Si protruyen solamente las meninges, la condición se conoce como Meningocele Craneal; si protruyen meninges y encéfalo, se conoce como Encefalocele y si adicionalmente protruye ventrículo lateral, se denomina Meningohidroencefalocele. El encefalocele representa el defecto abierto del tubo neural menos frecuente, con una incidencia que varía entre 1 de cada 2000 a 1 de cada 6000 nacidos vivos. Se considera que cerca del 10% de las alteraciones el tubo neural son secundarias a alteraciones genéticas o cromosómicas. El contenido del defecto incluye líquido cefaloraquídeo, tejido neural que se comunica con el resto de tejido cerebral a través de un estrecho pedículo; la cubierta del saco herniario puede variar desde una capa bien formada con piel y cabello hasta una delgada capa de meninges, de tal manera que la lesión puede estar totalmente cubierta por piel o alternar con zonas desprovistas de ésta, que deja el tejido cerebral al descubierto. En el 75% de los casos se localizan en la región occipital y cerca del 15% se localizan en la región frontal, parietal o sincipital; estos últimos se subclasifican en nasofrontal, nasoetmoidal y nasoorbital. Las manifestaciones clínicas dependen de la zona del cerebro herniada, siendo mas frecuente las alteraciones visuales, microcefalia, retardo mental y crisis convulsivas. El encefalocele puede presentarse en forma aislada o asociado a otras anomalías del sistema nervioso central. El pronóstico se establece de acuerdo al tamaño, localización del defecto y cantidad de tejido herniado. (Honein, MA, Paulozzi, LJ, Mathews, TJ, et al. Impact of folic acid fortification of the US food supply on the occurrence of neural tube defects. JAMA 2005; 285:2981)

ENCEFALOMALACIA MULTIQUÍSTICA (en el gemelo sobreviviente): Corresponde a una secuela neurológica que se presenta en el gemelo sobreviviente de un embarazo gemelar monocorial que se complica con muerte de uno de los gemelos. Corresponde a una degeneración quística en la sustancia blanca de los territorios irrigados por las arterias cerebral media y anterior. La encefalomalacia multiquística puede afectar hasta el 20% de los embarazos monocoriales complicados con muerte de un gemelo

en el segundo o tercer trimestre de gestación. La fisiopatología del evento se explica por la teoría de los cambios de presión que establece un estado de hipotensión e hipoxemia severa en el feto sobreviviente. El diagnóstico se sospecha a través de ultrasonografía y se confirma por medio de Resonancia Nuclear Magnética(RNM). No existe un protocolo de diagnóstico y manejo de esta patología; sin embargo, en diferentes centros se recomienda la realización de RNM cada 3 semanas desde el diagnóstico de la muerte de un gemelo. (Weiss, J. Cleary-Goldman, J. Multicystic encephalomalacia after first-trimester intrauterine fetal death in monochorionic twins. 2004; 190: 563-565).Ver Teoría de los cambios de presión.

ENDOCERVIX: Es la porción supravaginal del cervix, tapizada por un epitelio columnar simple mucoproductor con células con abundante citoplasma, núcleo basal que sufre cambios de posición durante la ovulación y embarazo. El epitelio sufre cambios de acuerdo al estímulo hormonal, de tal manera que durante la fase folicular del ciclo menstrual, bajo la estimulación estrogénica, el moco cervical se vuelve filante, poco viscoso y con un alto porcentaje de componente hídrico que permite una fácil penetración por los espermatozoides luego de la inseminación; en la fase lútea, bajo la estimulación de progesterona, el moco cervical se vuelve más viscoso, poco filante y mínimo contenido hídrico lo que impide el paso de espermatozoides o microorganismos infecciosos a la cavidad uterina. (Burkitt, H. Young, B. Heath, J. Aparato Reproductor Femenino. Histología funcional. Primera edición española. Madrid, España. Churchill Livingstone. 1996. 335-365)

ENDODERMO: Corresponde a la capa celular primaria mas interna del embrión en el estado trilaminar. Durante el desarrollo las células embrionarias se van diferenciando en tres capas germinativas: una situada en la región dorsal denominada ectodermo y otra situada en la región ventral denominada endodermo; una tercera capa denominada mesodermo se situa entre las dos capas anteriores. El endodermo consiste en células aplanadas que posteriormente se vuelven columnares; a partir del endodermo se origina el aparato digestivo, excepto boca, faringe y la

porción terminal del recto, y el aparato respiratorio. Adicionalmente origina las células que revisten las glándulas que drenan en el tubo digestivo, incluyendo hígado y páncreas, el epitelio del conducto auditivo y la cavidad timpánica; así mismo, da origen a la vejiga, parte de la uretra y el epitelio que reviste los folículos de glándula tiroides y timo. (Moore, K. Embriología Clinica: el desarrollo del ser humano. Cavidades corporales, mesenterios y diafragma. Séptima edición. Editorial Elsevier. Madrid, España. 2004. pp 180 – 197)

ENDOMETRIOMA: Corresponde a una forma de endometriosis caracterizado por una formación quística con acúmulo de tejido endometrial, sangrado antiguo y detritus en su interior. Afecta aproximadamente al 15% de la población femenina en etapa reproductiva. Clínicamente se presenta con dolor pélvico que puede ser agudo si se presenta distensión de la càpsula ovárica o ruptura del quiste, o dolor pélvico crónico asociado a otros focos de endometriosis; las pacientes refieren adicionalmente, dismenorrea, sangrado intermenstrual, dispareunia e infertilidad. El diagnóstico se sospecha por ultrasonografía que evidencia una masa quística de ecogenicidad uniforme que usualmente compromete el ovario en forma unilateral o bilateral; por visión laparoscópica se evidencia un quiste de color achocolatado de diverso tamaño. El diagnóstico se confirma mediante el estudio histopatológico. Con menor frecuencia, el endometrioma se localiza a nivel tubarico, peritoneo, serosa de colon, vejiga y uréter. El tratamiento consiste en drenaje del quiste y resección de su cápsula idealmente por vía laparoscópica, aunque también se puede realizar abordaje por laparotomía. (Hediger, ML, Hartnett, HJ, Louis, GM. Association of endometriosis with body size and figure. Fertil Steril 2005; 84:1366)

ENDOMETRIOSIS CERVICAL: Es el crecimiento ectópico de tejido endometrial funcional a nivel cervical. Macroscópicamente se presentan como pequeños nódulos azules o rojos en la superficie cervical, de pocos milímetros de diámetro, usualmente localizados en el orificio cervical externo o el canal endocervical. (Wright, T. Cox, J. Massad, L. Consensos

Guidelines for the management of women with cervical cytological abnormalities. JAMA. 2002. 287: 2120)

ENDOMETRIOSIS: Es la implantación heterotópica de tejido endometrial activo y funcionante, en diversas localizaciones, principalmente la pelvis. Histológicamente es idéntico al tejido glandular que tapiza la cavidad uterina y responde al influjo hormonal ovárico, en la misma forma en que lo hace el endometrio ortotópico. La incidencia de la endometriosis se encuentra entre el 18 y el 21% de las mujeres en edad reproductiva. Hasta el momento no está precisado un mecanismo único responsable del desarrollo de la endometriosis. Se han planteado tres factores etiológicos potenciales: 1) Transporte o implantación directa del tejido endometrial mediante regurgitación menstrual transtubárica. 2) Metaplasia celómica: esta teoría se basa en la observación de que tanto el mesotelio peritoneal como los epitelos müllerianos y germinal del ovario derivan del epitelio celómico; se plantea entonces, que estos tejidos conservan potencialidad para posterior diferenciación histológica y bajo ciertas condiciones pueden sufrir metaplasia para forma endometrio funcionante. 3) Inducción o combinación de las dos primeras teorías. La endometriosis puede manifestarse clínicamente mediante una gran variedad de síntomas, ninguno de los cuales es característico; los síntomas más comunes son: dolor pélvico, hipermenorrea, dismenorrea, oligomenorrea, infertilidad, dispareunia. Al examen físico se puede detectar engrosamiento nodular y sensibilidad a lo largo de los ligamentos útero-sacros, en la superficie posterior del útero y en el fondo de saco de Douglas. El diagnóstico confirmatorio se realiza mediante biopsia de las lesiones obtenida por culdoscopia, laparoscopia o laparotomía. Antes de iniciar un tratamiento se debe establecer con certeza el diagnóstico, definir la localización y extensión de las lesiones así como la intensidad y naturaleza de los síntomas. El tratamiento se debe adaptar a las necesidades de cada paciente y consiste en términos generales en observación y analgesia, supresión hormonal o cirugía es casos específicos. (Botero, J. Júbiz, A. Henao, G. Obstetricia y Ginecología. Endometriosis y Adenomiosis. ISBN. Sexta edición. Bogotá, Colombia. 2002. 417-426)

ENEMA EN EL TRABAJO DE PARTO: Corresponde al procedimiento de introducir líquidos en el recto y el colon, a través del ano, con el fin de realizar limpieza y evacuación del contenido intestinal, al ingreso de la paciente en trabajo de parto. Esta técnica se empleaba con mucha frecuencia para evitar evacuación intestinal y contaminación del área perineal en el momento del expulsivo; sin embargo, ha caído en desuso y actualmente no se emplea de rutina. Los enemas están contraindicados en pacientes con patología anorectal como hemorroides, fístulas o abscesos o antecedente de intervenciones quirúrgicas en la zona. El procedimiento consiste en explicar a la paciente el procedimiento, se ubica en decúbito lateral izquierdo, aplicación de lubricante en la región anal, inserción de la sonda rectal, apertura de la llave de paso o pinza reguladora y posteriormente infusión del contenido. El efecto se obtiene luego de 15 a 20 minutos de su administración. (Kelly, A. Castor oil, bath and/or enema for cervical priming and induction of labour. [Systematic Review] Cochrane Pregnancy and Childbirth Group Cochrane Database of Systematic Reviews. 3, 2008)

ENEMA PREQUIRÚRGICO: Corresponde al procedimiento de introducir líquidos en el recto y el colon, a través del ano, con el fin de realizar limpieza y evacuación del contenido intestinal, como procedimiento de preparación intestinal previo a un procedimiento quirúrgico. Los enemas se presentan en preparados rectales u orales que se administran al paciente en dos o tres dosis el día previo a la cirugía, o si es necesario durante 2 o 3 dìas en los casos de cirugía del tracto gastrointestinal que implique manipulación del mismo, por ejemplo, resección y anastomosis. Esta medida se emplea usualmente en pacientes que van a ser intervenidos por patología gastrointestinal o pacientes con enfermedades neoplásicas y cirugías de alta complejidad que tengan riesgo de lesión intestinal como en el caso de cáncer ginecológico. (Cunningham, M. Bunn, F. Handscomb, K. Prophylactic antibiotics and enemas during cancer surgery [Systematic Review] Cochrane Wounds Group Cochrane Database of Systematic Reviews. 3, 2008)

ENFERMEDAD: Es una condición secundaria a afección o alteración de un órgano, sistema o conjunto de órganos del ser humano. El estado de enfermedad puede ser desencadenado por diversos factores tanto intrínsecos como extrínsecos del organismo afectado. Estos factores se denominan noxas. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud se entiende la enfermedad como un estado en el que el funcionamiento físico, emocional, intelectual, social, de desarrollo o espiritual de una persona se encuentra disminuido o alterado en comparación con la experiencia previa. (Peña A & Paco O: El concepto general de enfermedad. Revisión, crítica y propuesta. Un modelo teórico de enfermedad. An Fac Med. 2003:64(1): 20)

ENFERMEDAD DE CHARCOT-MARIE-TOOTH: Corresponde a una neuropatia sensoriomotora hereditaria cuya manifestación mas común es la disfunción del nervio peroneo caracterizada por atrofia muscular neuropática progresiva del peroneo. La alteración genética ocasiona destrucción de la vaina de mielina o desgaste de la porción central del axon. En términos generales cualquier nervio periférico puede afectarse, sin embargo, los nervios motores son los que resultan afectados con mayor severidad. Clínicamente se manifiesta con pie caido, deformidad del pie, pérdida de la masa muscular de la extremidad inferior con pantorrillas muy delgadas, marcha espasmódica. El diagnóstico se confirma con biopsia del músculo o del nervio. No existe tratamiento curativo, sin embargo, la fisioterapia ayuda a manterner la fuerza muscular. (Teunissen LL, Notermans NC, Franssen H, et al (1997). Differences between hereditary motor and sensory neuropathy type 2 and chronic idiopathic axonal neuropathy. A clinical and electrophysiological study. Brain 120: 955-962)

ENFERMEDAD DE CROHN DE LA VULVA: Es una enfermedad inflamatoria intestinal crónica de etiología desconocida, caracterizada por inflamación granulomatosa del tracto gastrointestinal. Puede presentar lesiones cutáneas o mucosas localizadas a nivel vulvar y perianal. Estas lesiones se clasifican en específicas y no específicas, de acuerdo a la presencia o ausencia histológica de granulomas. Las lesiones cutáneas son

las manifestaciones extraintestinales mas comunes de la enfermedad de Crohn, afectando del 9 a 23% de los pacientes. Esta forma de enfermedad de Crohn es una condición refractaria el tratamiento; se han empleado múltiples terapias como corticoides, inmunosupresores, sulfas, metronidazol, oxígeno hiperbárico, debridamiento quirúrgico, entre otros, con tasas de recidiva hasta del 60%. (Díez, E. Pachecho, L. Enfermedad de Crohn cutánea, perianal y vulvar. Med Cutan Iber Lat Am. 2007; 35: 145)

ENFERMEDAD DE FOX-FORDYCE: Es una enfermedad dermatológica poco común caracterizada por una erupción pruriginosa crónica, con pápulas localizadas en las áreas de distribución de las glándulas sudoríparas apocrinas. Afecta con mayor frecuencia a mujeres, en relación 10:1. La etiología es desconocida, se relaciona con una alteración de los conductos excretores de las glándulas, secundario a factores hormonales, emocionales y cambios químicos del sudor. Afecta principalmente el área axilar, púbica y mamaria. El diagnóstico es clínico y se confirma a través de biopsia. (Avellaneda, A. Izquierdo, M. Enfermedad de Fox-Fordyce. Insituto de Salud Carlos III. 2004; 70 (5): 82)

ENFERMEDAD DE EBSTEIN: Es una patología caracterizadA por un defecto valvular cardiaco fetal en el cual se presenta un desplazamiento de un velo de la válvula tricúspide hacia el ventrículo derecho. El grado de desplazamiento puede ser mínimo sin presentar compromiso hemodinámico fetal, o puede producir grados variables de insuficiencia cardíaca. El diagnóstico se realiza por la documentación de asimetría de las cavidades derechas, con dilatación de la aurícula derecha y el desplazamiento del velo valvular tricuspídeo hacia el ventrículo derecho, documentado por ultrasonografía en modo B + Doppler color. El pronóstico de la enfermedad depende del grado de severidad de la lesión, respondiendo a terapia médica en casos leves a moderados, hasta la muerte fetal en casos severos. (Gembruch, U. Prenatal diagnosis of congenital heart disease. Prenat Diagn. 1997; 17: 1283-98)

ENFERMEDAD DE GRAVES: Es un trastorno autoinmune de la tiroides de etiología desconocida caracterizado por una excesiva producción de

hormonas tiroideas. Es la principal causa de hipertiroidismo clínico. Se considera que la etiología se encuentra en el acoplamiento de un anticuerpo en el receptor TSH de la tiroides, generando como consecuencia directa la estimulación de la glándula y la producción de hormonas tiroideas. Clínicamente se caracteriza por la presencia de bocio, exoftalmos, dermatopatía, temblor, taquicardia, nerviosismo, insomnio, pérdida de peso sin explicación, mixedema. El diangóstico se realiza con niveles bajos de TSH y niveles altos de fracción libre de tiroxina asociado a la documentación de autoanticuerpos estimulantes de tiroides. El tratamiento médico se realiza con tioamidas, principalmente, propiltiuracilo y metimazol. (Rashid, M. Rashid, M. Obstetric Management of thyroid disease. Obstetrical and Gynecological survey. 2007; 62 (10): 680-688)

ENFERMEDAD DE HALBAN (hemorragia uterina irregular por**)-:** Es el conjunto de trastornos el ciclo menstrual, causados por abreviación de la segunda fase del ciclo menstrual (la fase folicular o lútea), causada por persistencia del cuerpo amarillo. Se manifiesta por sangrado menstrual intermitente. (Scott J.R. y col. Tratado de ginecología y obstetricia de Danforth. Sexta ed. Interamericana-Mc Graw Hill. New York ,1994)

ENFERMEDAD DE MEMBRANA HIALINA: Toma este nombre el depósito de una cubierta membranosa que encontró Hocheim en 1903 en los alvéolos pulmonares de los recién nacidos que fallecían con el síndrome de distrés respiratorio por inmadurez pulmonar secundaria a déficit o ausencia de surfactante pulmonar . // Ver Surfactante pulmonar // Ver Síndrome de distrés respiratorio. (Cheah, F. Hyaline Membrane Disease. Pediatric Research. 2005; 57 (5): 616-623)

ENFERMEDAD DE MONDOR ó FLEVITIS MAMARIA SUBCUTÁNEA: Es una tromboflevitis de las venas superficiales de la mama y de la pared del torax. // Es una tromboflebitis de las venas superficiales de la mama y de la pared del torax. Afecta principalmente a mujeres entre 20 y 40 años de edad. La incidencia es baja, sin embargo, el dato exacto es desconocido por la condición de subdiagnóstico. La sintomatología incluye dolor mamario espontáneo de intensidad moderada, localizado en la pared anterolateral

del tórax; el dolor se asocia a eritema, endurecimiento en forma de cordón a nivel subcutáneo y malestar general. Las venas comprometidas en el proceso flebítico se pueden identificar según la dirección del cordón fibrótico subcutáneo. El diagnóstico es clínico. El proceso es de curso benigno y autolimitado y el tratamiento es básicamente sintomático. (Farrow, J. Trhombophlebitis of the superficial veins of the breast and anterior chest. (Mondor´s disease). Surg Gyn Obstet. 2001; 101: 63)

ENFERMEDAD DE PAGET DE LA MAMA: Constituye una forma especial de cáncer de mama que se manifiesta como una dermatitis eczematosa o ulcerativa que compromete el complejo areola-pezón. Su incidencia se encuentra en el rango de 1-4 por cada 100.000 mujeres. La histogénesis de la enfermedad es debatida; la teoría epidermotrópica es la más defendida en la actualidad, sugiere que las células de Paget pertenece a un carcinoma ductal que ha emigrado de un parénquima mamario subyacente a la epidermis del pezón. Adicionalmente se encuentra la teoría de la transformación in situ, que ha sido propuesta para explicar el desarrollo de la enfermedad en pacientes en quienes no se ha encontrado un carcinoma mamario subyacente o cuando existe un carcinoma anatómicamente distante del complejo pezón-areola; de acuerdo a esta teoría las células de Paget se originan como células malignas de la epidermis del pezón independiente de cualquier otro proceso patológico dentro del parénquima mamario. La edad media de presentación es 50 años. Clínicamente se manifiesta como una forma eczematosa similar a una dermatitis benigna del pezón, no siempre asociado con una masa, usualmente tratada por largos períodos de tiempo en forma tópica; o una forma ulcerativa que puede variar desde una lesión focal hasta una ulceración completa del pezón. El diagnóstico se realiza por histopatología. El tratamiento consiste en la exéresis local amplia del pezón; el tratamiento conservador da altos índices de sobrevida. En aquellos casos en los que existe tumor subyacente en la mama se plantea el manejo de acuerdo a la clasificación TNM que con mayor frecuencia es mastectomía total con vaciamiento ganglionar seguida de radioterapia post-operatoria y hormonoterapia. (Marshall, JK, Griffith, KA,

Haffty, BG, et al. Conservative management of Paget disease of the breast with radiotherapy: 10- and 15-year results. Cancer 2003; 97:2142)

ENFERMEDAD DE PAGET EN LA VULVA: Equivale a la enfermedad de Paget extra-mamaria localizada a nivel vulvar y representa menos del 1% de todos los casos de carcinoma vulvar. Usualmente se presenta entre la sexta y séptima décadas de la vida. El prurito es el síntoma más común; está presente en el 70% de las pacientes. La lesión se caracteriza por una apariencia eczematoide, con bordes bien definidos, regulares, de base eritematosa y presencia de lesiones aisladas en forma de islas; es usualmente multifocal y puede comprometer cualquier región de la vulva y del perinél. El diagnóstico diferencial incluye melanoma, leucoplasia, carcinoma escamoso de la vulva, condilomas, hidradenitis supurativa, psoriasis, infección micótica, dermatitis seborreica o de contacto y liquen escleroso. El diagnóstico se realiza de acuerdo a las características histopatológicas; la biopsia se indica en pacientes con lesiones sospechosas o pacientes con lesiones eczematosas pruriginosas persistentes luego de 6 semanas de terapia sin remisión. (Shepherd, V, Davidson, EJ, Davies-Humphreys, J. Extramammary Paget's disease. BJOG 2005; 112:273 // Berek JS,Adashi EY,Hillard PA. Ginecología de Novak. Interamericana. México. 1997 P. 479-80)

ENFERMEDAD DE SIMMONDS: Corresponde a una condición caracterizada por una atrofia del lóbulo anterior de la hipófisis, usualmente secundario a un traumatismo o alteración vascular en el periodo de puerperio. Los síntomas son secundarios a la atrofia celular e incluyen pérdida rápida de peso con conservación de las fuerzas musculares, sin alteración esquelética ni osteoporosis; se describen hipotensión severa, anemia severa, hipoglicemia, bradicardia, hipersensibilidad a la insulina. Con frecuencia se reportan casos de amenorrea y disminución de las funciones sexuales, gingivitis expulsiva, alopecia que incluye área púbica y axilar. La senilidad precoz y la caquexia progresiva son las fases terminales de la enfermedad. El curso clínico de la enfermedad es crónico y los síntomas usualmente se asocian a disfunción de la glándula tiroides y páncreas. La lesión primaria compromete a la hipófisis anterior, esta lesión

puede ser debida a una atrofia no específica o. fibrosis, o bien ser debido a una fase de generativa de un adenoma u otro neoplasma, quiste, tuberculosis, sífilis o traumatismo. (Ochoa, O. Caquexia hipofisiaria, enfermedad de Simmons. Revista Médica Hondureña. 2000; 10: 338)

ENFERMEDAD FIBROQUÍSTICA MAMARIA: Ver Condición Fibroquística de la mama

ENFERMEDAD HEMOLÍTICA DEL RECIÉN NACIDO: Ver Eritroblastosis fetal

ENFERMEDAD PÉLVICA INFLAMATORIA: Infección e inflamación de los órganos pélvicos, que puede comprometer individualmente o en conjunto las trompas ,los ovarios y el peritoneo. // Es la infección aguda de estructuras del tracto genital superior que involucra uno o todos los órganos pélvicos. Los factores de riesgo para EPI son: adolescencia, múltiples compañeros sexuales, antecedente de enfermedades de transmisión sexual o comorbilidad con ellas, cervicitis crónica, antecedente de enfermedad pélvica inflamatoria, tabaquismo, consumo de sustancias psicoactivas, dispositivo intrauterino, instrumentación del cérvix, vida sexual activa durante el período menstrual. Los gérmenes más comúnmente aislados son Neiseria gonorrhoae, Chlamydia trachomatis, Bacteroides, Ureaplasma, Gardnerella, Peptoestreptococus, Escherichia Coli, Fusobacteriu, Actinomyces. La enfermedad pélvica inflamatoria se clasifica en tres estadíos: No complicada: limitada a trompas u ovarios; se puede presentar sin peritonitis pélvica o con peritonitis pélvica. Complicada: presencia de absceso que compromete trompas u ovarios; se puede presentar con peritonitis o sin peritonitis pélvica. Diseminada: el proceso infeccioso sale de la pelvis y se presenta ruptura de un absceso tubo-ovárico. El diagnóstico es clínico de acuerdo a la presencia de criterios mayores: dolor a la palpación de hemiabdomen inferior, dolor a la movilización del cuello, dolor a la palpación de anexos; y la presencia de criterios menores: temperatura mayor de 38.3 ºC, cervicitis mucopurulenta o presencia de pus en cavidad peritoneal, masa anexial, PCR elevada. Para realizar el diagnóstico es necesario la presencia de 3 criterios mayores y uno o más de los criterios

menores. El tratamiento incluye el inicio de antibióticos de amplio espectro que cubra gérmenes anaerobios y gram negativos causantes de la enfermedad. (Vasquez, J. VillarJ. Treatment for symptomatic genital tract infections. The Cochrane Library. 2005; 4: 34-41) Sinónimo: EPI

ENFERMEDAD TROFOBLASTICA GESTACIONAL: Es la alteración proliferativa del trofoblasto caracterizada por alteración de las vellosidades coriónicas con diversos grados de proliferación trofoblástica y edema del estroma vellositario. Se clasifica en: Mola hidatiforme (completa, parcial), tumores trofoblásticos gestacionales (no metastáticos, metastáticos). (Jain, K. Gestational Trophoblastic Disease. Ultrasound Quarterly. 2005; 21: 245 – 252)// Sinónimos: Embarazo molar, Mola hidatiforme).

ENFERMEDAD VENÉREA: Corresponde a las enfermedades transmitidas por vía sexual, ya sea por coito vaginal, anal u oral. Dentro de estas enfermedades se encuentran sífilis, gonorrea, clamidia, VIH, VPH, tricomoniasis entre otras. Se han descrito aproximadamente 30 tipos de enfermedades de transmisión sexual, de las cuales 26 presentan sintomatología en la mujer y 4 afectan tanto al hombre como a la mujer. Los factores de riesgo incluyen inicio temprano de vida sexual, múltiples compañeros sexuales, compañeros sexuales de alto riesgo (que a su vez tienen múltiples compañeros sexuales), no uso de métodos de barrera durante el coito, drogadicción. Estas infecciones pueden ser transmitidas de madre a hijo, por vía transplacentaria, durante el momento del parto o a través de lactancia materna. La sintomatología y el tratamiento depende del agente etiológico involucrado; dentro de las manifestaciones clínicas se incluyen secreción vaginal fétida, úlceras genitales, cervicitis, uretritis. (Leigh, BC. Alcohol and condom use: A meta-analysis of event-level studies. Sex Transm Dis 2002; 29:476)

ENFERMEDADES VULVARES EPITELIALES: Berek JS,Adashi EY,Hillard PA. Ginecología de Novak. Interamericana. México. 1997 P. 477 (CUADRO)

ENTEROCELE. Corresponde a una herniación del peritoneo del fondo de saco de Douglas y contenido intestinal, usualmente colon sigmoide, a través

del espacio rectovaginal, al existir patológicamente este espacio en diferente extensión. Los factores de riesgo incluyen multiparidad, partos distócicos, intervenciones quirúrgicas sobre el piso pélvico y presencia de prolapso genital. Clínicamente se caracteriza por sensación de urgencia para defecación, obstrucción para la defecación, disquesia, disconfort abdominal, sensación de ocupación recto-vaginal, confundiéndose en muchas ocasiones con otros patologías del piso pélvico con prolapso oculto de recto, con el cual en ocasiones se asocia. La corrección se realiza por intervención quirúrgica por vía abdominal (técnica de Moshkowitz) o perineal (resección del Douglas); se plantea el uso de mallas de polipropileno, que se integran con el tejido fibroso y producen obliteración del enterocele y rectificación permanente del espacio de Douglas. La tasa de recidiva es alta, cercana al 40% teniendo en cuenta que la mayoría de las pacientes tienen defectos del piso pélvico con tejidos musculoaponeuróticos atróficos. (Paraiso, MF, Falcone, T, Walters, MD. Laparoscopic surgery for enterocele, vaginal apex prolapse and rectocele. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct 2006; 10:223)

ENTUERTOS. Son contracciones uterinas potentes que se presentan el periodo de puerperio. La presencia de entuertos tiene como objetivo colapsar los vasos sanguíneos sangrantes que han quedado en lugar de implantación placentaria así como disminución del tamaño uterino. Los entuertos son secundarios a la liberación incrementada de oxitocina por estímulo de lactancia. La intensidad varía entre las diferentes pacientes; usualmente en las pacientes primigestantes los entuertos son suaves y de baja intensidad, mientras que en las pacientes multíparas generalmente los entuertos son más intensos y dolorosos; así mismo, se ha documentado que las pacientes llevadas a cesárea experimentan entuertos mas dolorosos. La duración es variable, en promedio 1 semana. (Huch, R. Physical activity at altitude in pregnancy. Semin Perinatol 2006; 20:303)

EPI: Ver Enfermedad Pélvica Inflamatoria

EPIBLASTO. Corresponde a una capa de células embrionarias presentes durante la fase de gastrulación. En este periodo embrionario se generan

dos capas celulares; la superior, denominada epiblasto y la inferior, denominada hipoblasto. Ambas capas conforman el disco embrionario bilaminar. Las células del epiblasto dan origen al ectodermo y al mesodermo. Las células que conforman el epiblasto son células columnares que conforman el piso de la cavidad amniótica; hacia la periferia, las células se continúan con una membrana denominada amnios, que reviste el resto de la cavidad amniótica. (Moore, K. Embriología Clinica: el desarrollo del ser humano. Cavidades corporales, mesenterios y diafragma. Séptima edición. Editorial Elsevier. Madrid, España. 2004. pp 180 – 197)

EPIDERMIZACIÓN DEL CERVIX. Corresponde al fenómeno de cambio epitelial que se presenta de manera fisiológica a nivel del cérvix. Este proceso consiste en una transformación del epitelio cilíndrico en epitelio escamoso en forma de células diferenciadas. El proceso se puede presentar por hiperplasia inicial de células indiferenciadas (células subcilíndricas) con posterior cambio a epitelio escamoso inmaduro y luego epitelio escamoso maduro; también se puede generar un mecanismo de epidermización ascendete, en la cual una lesión o úlcera de erosión en la unión del endocérvix y exocérvix, se reepiteliza directamente con epitelio escamoso estratificado desde el exocérvix en forma ascendente (Botella, J. Clavero, A. El útero: fisiología y patología. Lesiones benignas. Primera edición. Ediciones Díaz de Santos. Madrid, España. 2005. pp 220 – 248)

EPISIORRAFIA: (Griego ,Episio, vulva y gr,Rafia, sutura). Sutura de la vulva luego de un desgarro (generalmente intraparto) o de una episiotomía. (Belizán, C. Episiotomia en el parto vaginal. Cochrane. 2008; 3)

EPISIOTOMÍA: (gr Episio, vulva y tomé: cortar). La episiotomía en sentido estricto, es la incisión de los genitales externos, con posterior sutura. La perineotomía es la incisión del periné, con posterior sutura. Puesto que el corte realmente compromete la vulva y parte del periné, debiera llamarse episioperineotomía, pero en el lenguaje común solo toma la primera denominación. La incisión puede hacerse en la línea media (episiotomía mediana o de la línea media), o puede comenzar en la línea media pero dirigirse hacia afuera y abajo para evitar la lesión del músculo esfínter anal

externo (episiotomía en J o mediolateral); una variante de esta última es el doble corte en J hacia la derecha y hacia la izquierda(mediolateral doble). También puede ser oblicua empezando por el ángulo de la horquilla(episiotomía lateral derecha o izquierda). La episiotomía es la cirugía más frecuente de la gineco-obstetricia en el mundo. Cuando existe grave riesgo de desgarro de la vulva y del periné, la episiotomía y posterior episiorrafia evitan las molestias inherentes a la sutura de múltiples bordes irregulares, en diferentes direcciones y con lesión de las fibras musculares subyacentes por arrancamiento. Una de las principales ventajas de la episiotomía es la disminución del riesgo de lesión del esfínter anal externo. Hay suficientes evidencias en la literatura médica, que muestran la inutilidad de hacer episiotomía de manera rutinaria, por tanto este procedimiento debe realizarse solo cuando a juicio de quien atiende el parto, facilita la salida del feto obstruido en el canal o evita el riesgo de desgarros en la vagina, vulva y periné. (Belizán, C. Episiotomia en el parto vaginal. Cochrane. 2008; 3)

EPISIOTOMÍA EN JOTA: Corte del periné ginecológico que se inicia en la horquilla vulvar, primero vertical y luego lateral derecho en forma arqueada hasta formar una letra J, realizado durante el periodo expulsivo, para facilitar el nacimiento sin lesionar el orificio anal, cuando el parto está obstruido porque la apertura vulvar es más pequeña que la cabeza fetal. (Belizán, C. Episiotomia en el parto vaginal. Cochrane. 2008; 3)

EPISIOTOMÍA MEDIANA: Corte del periné ginecológico de manera vertical, que se inicia en la horquilla vulvar y se dirige hacia el ano por el rafé perineal, realizado durante el periodo expulsivo, para facilitar el nacimiento, cuando el parto está obstruido porque la apertura vulvar es más pequeña que la cabeza fetal. (Belizán, C. Episiotomia en el parto vaginal. Cochrane. 2008; 3)

EPISIOTOMÍA MEDIOLATERAL: Corte del periné ginecológico realizado en sentido oblícuo, ya sea derecho o izquierdo, que se inicia en la horquilla vulvar, realizado durante el periodo expulsivo para facilitar el nacimiento sin lesionar el orificio anal, cuando el parto está obstruido porque la apertura

vulvar es más pequeña que la cabeza fetal. (Belizán, C. Episiotomia en el parto vaginal. Cochrane. 2008; 3)

EPITELIO ACETOBLANCO: Es un cambio colposcópico secundario a la aplicación de ácido acético al 3% o 5%. Se cree que el ácido acético causa hinchazón del tejido epitelial, en particular del epitelio cilíndrico y de cualquier zona de epitelio escamoso anormal. Causa una precipitación o coagulación reversible de las proteínas nucleares y las citoqueratinas. Por tal razón, el efecto del ácido acético depende de la cantidad de proteínas nucleares y citoqueratinas presentes en el epitelio. Cuando se aplica ácido acético al epitelio escamoso normal, ocurre poca coagulación en la capa de células superficiales, donde los núcleos son escasos. Aunque las células más profundas contienen más proteínas nucleares, el ácido acético no penetra lo suficiente y, en consecuencia, la precipitación resultante no logra opacar el color del estroma subyacente. Las zonas de neoplasia intraepitelial cervical (NIC) experimentan una coagulación máxima debido a su mayor contenido de proteínas nucleares e impiden el paso de la luz a través del epitelio. Como resultado, el patrón vascular subepitelial queda oculto y se vuelve difícil de ver, al tiempo que el epitelio toma un color blanco. Esta reacción se denomina acetoblanqueo y produce un efecto perceptible que contrasta con el color rosado del epitelio escamoso normal circundante, un efecto que comúnmente se distingue a simple vista. (Walter, P. Dexeus, S. Internacional Terminology of colposcopy: an updated report from the internacional federation for cervical pathology and colposcopy. Obstet Gynecol. 2003; 101 (1): 175-177 // 2-Berek JS,Adashi EY,Hillard PA. Ginecología de Novak. Interamericana. México. 1997 P. 457)

EPITELIO GERMINATIVO OVÁRICO: Corresponde a una capa única de células aplanadas que recubre el ovario. Se conoce como epitelio germinativo por la formulación errónea de que era el sitio de formación de las células geminales de desarrollo. Entre este epitelio y la corteza ovárica se encuentra una capa de tejido conectivo conocida como túnica albugínea. (Moore, K. Embriología Clinica: el desarrollo del ser humano. Tracto genitourinario. Séptima edición. Editorial Elsevier. Madrid, España. 2004. pp 128)

EPOÓFORO: Corresponde a un remanente mesonéfrico en el feto femenino. Teniendo en cuenta que los conductos se extienden hasta el seno urogenital en el periodo embrionario, se pueden observar diferentes tipos de restos embrionarios, como el epóoforo, en forma de diltaciones quísticas desde el introito vaginal hasta alcanzar el ovario. Junto con el epóoforo, el conducto de Gartner y las hidátides de Morgagni, forman parte de los remanentes mesonéfricos. (Moore, K. Embriología Clinica: el desarrollo del ser humano. Tracto genitourinario. Séptima edición. Editorial Elsevier. Madrid, España. 2004. pp 245 – 297)

EPSTEIN-BARR, INFECCIÓN POR VIRUS DE : Hace referencia a la infección por el virus Epsterin Barr que forma parte de la familia del virus herpes. La infección puede pasar desapercibida con mínima manifestación clínica; sin embargo, existe un 35 a 50% de probabilidades de desarrollar mononucleosis infecciosa secundaria a la infección. Dentro de los síntomas se describen fiebre, odinofagia, adenopatías, inflamación de hígado y bazo. Aunque es poco frecuente, se han descrito casos de cardiopatía y neuropatía secundarios a la infección. El diagnóstico se sospecha por clínica y se confirma con análisis sanguíneos que documentan niveles anormalmente elevados de leucocitos y reacción positiva de mononucleosis. No existe tratamiento específico; el tratamiento es básicamente sintomático. (Alonso, A. Egues, N. Infección por virus de Epstein-Barr. Neurología. 2006; 21 (0): 0)

EPULIS GRAVÍDICO: Corresponde a una tumefacción de las encías que se presenta de manera fisiológica durante el embarazo. Es conocida como gingivitis del embarazo, y corresponde a un trastorno vascular secundario a un mayor desarrollo de los capilares de la encía. Se presenta en el 100% de las mujeres embarazadas. La lesión se caracteriza por edema e hiperemia de las encías. Esta condición representa importancia ya que, asociado a los cambios de pH en la saliva, aumenta la probabilidad de enfermedad periodontal si no se cuenta con adecuada higiene oral. El tratamiento consiste en mejorar hábitos de limpieza oral para eliminar factores traumáticos. (Jimenez, P. Diagnóstico diferencial de lesiones de la mucosa oral. Acta Odontol Venez. 2004; 37 (3): 155 – 159)

EPIPLÓN MAYOR: Es el mayor repliegue peritoneal. Tiene forma similar a un delantal de cocina por lo cual se le llama también delantal epiploico. Se origina en la curvatura inferior del estómago y en el borde inferior del colon transverso. Contienen una cantidad de tejido graso que aumenta en los individuos obesos. Contiene numerosos macrófagos que pueden condensarse dando el aspecto de manchas lácteas. Además de ser un reservorio de grasa contribuye en forma importante en el control de la difusión de las infecciones dentro de la cavidad peritoneal(cubriendo por ejemplo el anexo inflamado, la perforación uterina, atrapando el DIU escapado a la cavidad peritoneal, etc). Tiene una capacidad de absorción menor que la del peritoneo. No es un órgano necesario para la vida así pues que se puede extirpar cuando se sospecha que contenga metástasis de un carcinoma ovárico o cuando ha producido múltiples adherencias. (Moore, K. Anatomía con orientación clínica. El peritoneo y la cavidad peritoneal. Buenos Aires, Argentina. Editorial Panamericana. 1993. p 162)

ERITEMA DE LA GESTACIÓN: Corresponde a un cambio vascular que se presenta durante el embarazo, asociado a un aumento del volumen vascular cutáneo, disminución de la resistencia vascular periférica. El eritema del embarazo se presenta en el 66 al 75% de las pacientes embarazadas de raza blanca y en el 33% de las mujeres de raza negra. Afecta principalmente la palma de la mano de manera difusa o se localiza en la eminencia tenar o hipotenar, respetando habitualmente los dedos. Por lo generalmente desaparece espontáneamente durante el periodo post-parto. (Pigrau, C. Martínez, J. Eritema de la gestación. Med Clin. 1996; 86: 590)

ERITRASMA: Infección genital causada por el Corynebacterium minutissimum, que se caracteriza por la presencia de máculas pequeñas de color rojo oscuro que al reunirse forman placas que se extienden a la cara interna del muslo. Estas lesiones son fluorescentes a la luz de Wood. Afecta principalmente a personas deportistas, de raza negra. Es más frecuente en zonas geográficas calurosas y húmedas del cuerpo. Ocasionalmente coexiste con tricomicosis axilar o pubica. Entre los factores desencadenantes se encuentran la hiperhidrosis, obesidad, diabetes

mellitas y otros estados de inmunosupresión. Clínicamente se caracteriza por una placa rojiza o marrón bien delimitada, seca y ligeramente escamosa que afecta principalmente los pliegues de la región inguinocrural y axilar y ocasionalmente afecta los espacios interdigitales y los pliegues submamario, umbilical e interglúteo. El diagnóstico se realiza clínicamente, con estudio con luz de Wood, gram y cultivo. El tratamiento es tópico con imidazoles, eritromicina y clindamicina o manejo sistémico con claritromicina o eritromicina. El eritrasma es una infección crónica con recaidas frecuentes a pesar del tratamiento. (Holdiness, M. Management of cutaneous erythrasma. N England J Med. 2004; 351: 1666)

ERITROBLASTOSIS FETAL: Corresponde a la enfermedad hemolítica que se presenta como consecuencia de incompatibilidad sanguínea, entre madre y feto. Representa una anemia hemolítica del feto o del recién nacido, causada por transmisión transplacentaria de anticuerpos específicos de la madre dirigidos contra la membrana eritrocitaria fetal, generalmente secundaria a incompatibilidad de grupo sanguíneo entre madre y feto. La creación de anticuerpos maternos es secundaria a paso de sangre fetal a la circulación materna, cuyos eritrocitos son detectados como antígenos contra los cuales se instaura la respuesta inmunológica. Las manifestaciones clínicas incluyen anemia de diferente grado de severidad, ictericia y hepatoesplenomegalia; como consecuencia de anemia severa el feto puede desarrollar falla cardiaca y entrar en estado de hidrops fetalis. El diagnóstico se sospecha mediante la determinación de grupo sanguíneo y Rh e investigación de anticuerpos (coombs indirecto). En las pacientes Rh (-) no sensibilizadas, se indica administración de la inmunoglubulina anti-D en semana 24 a 28 de gestación y en el post-parto si el recién nacido es Rh (+). El diagnóstico de compromiso fetal se establece por la evaluación del Pico Sistólico de Arteria Cerebral Media en el Doppler Fetal, cuyos valores por encima de 2.5 múltiplo de la media, indican anemia moderada a severa y establecen la necesidad de realizar cordocentesis para evaluar nivel de hemoglobina fetal y definir requerimiento de transfusión intrauterina. Adicionalmente los signos de hidrops fetalis se establecen por evaluación ultrasonográfica de detalle anatómico. (Salmoral, G. Antunovic, A.

Eritroblastosis Fetal. Revista de postgrado de la VI catedra de medicina. 2007; 172: 16 – 21)

ERITROPLASIA DE QUEYRAT: Condición muy poco frecuente de tipo precanceroso que se caracteriza por lesiones rojizas ubicadas en la unión mucocutánea de la boca, vulva, pene o prepucio. Es mucho más frecuente en hombres que en mujeres. (Allegra G, Taruffi F. Bowen's disease of the anus. Ann Gastroenterol Hepatol (Paris). 1987 Nov;23(6):333-6.) // Corresponde a la condición patológica conocida en la actualidad como Neoplasia Intraepitelial Vulvar; término recomendado por la Sociedad Internacional para el estudio de las enfermedades de la vulva. El término Neoplasia intraepitelial vulvar (VIN) sustituye términos empleados en el pasado como Eritroplastia de Queyrat, Carcinoma in situ simplex y enfermedad de Bowen. Fue descrita inicialmente en 1986 estableciendo subdivisión en tres estadios, de manera similar a la Neoplasia Intracervical (NIC), de acuerdo a si las anormalidades citológicas y estructurales se limitan al tercio inferior, mitad inferior o mas de dos tercios del espesor del epitelio. Representa aproximadamente el 57% de las neoplasias vulvares y afecta principalmente a mujeres entre 40 y 49 años de edad. Existe una asociación clara entre eritoplastia de Queyral o VIN y VPH; aproximadamente el 30% al 40% de las cánceres vulvares están relacionados con infección por VPH, siendo el serotipo 16 el más común. La sintomatología se presenta en el 50% de los casos e incluye prurito vulvar, irritación y sensación de edema vulvar. El diagnóstico se establece por vulvoscopia a través de la cual se realiza biopsia dirigida de las lesiones y estudio histopatológico. El tratamiento depende de la severidad de la lesión y las opciones terapéuticas van desde observación con vulvoscopia hasta vulvectomía. (Centeno. C. Curso intensivo de educación continuada: patología ginecológica y mamaria. Neoplasia vulvar intraepitelial. Primera edición. Ediciones Ergon. 2008. pp 75 – 80 // 2-Allegra G, Taruffi F. Bowen's disease of the anus. Ann Gastroenterol Hepatol (Paris). 1987 Nov;23(6):333-6.)

EROTISMO: (Gr. eróticos, y esta de eros: amor) Es el término que denota todo lo relacionado con la sexualidad y no simplemente con el acto

sexual físico. El erotismo involucra todas las condiciones que nacen de la zona libídica que está relacionado con el sexo y con el amor erótico. El adjetivo erótica implica que el tema a tratar está relacionado con sexo dependiendo del sustantivo al que califica. Del erotismo se derivan condiciones como el fetichismo, que corresponde a la desviación de la libido hacia objetos o partes del cuerpo, de tal manera que la imagen real o mental genera deseo sexual. El erotismo abarca muchos componentes de lo subjetivo y lo social hasta la bioquímica y el arte; genera atracción sexual y puede ser canalizado adecuadamente para lograr completa satisfacción en el aspecto sexual sin afectar de manera negativa a otras personas. (Carretera, P. Neuronas, emociones y motivaciones. Erotismo y sexualidad. Primera edición. Fondo de cultura económica. México DF, México.1997. Pp.38 – 48)

ERUPCIÓN POLIMORFA DEL EMBARAZO: Corresponde a un tipo de dermatosis específica del embarazo anteriormente conocida como Urticaria Prurítica del Embarazo. Se caracteriza por lesiones diversas como placas eritematosas, pápulas, vesículas, púrpura, lesiones eritematosas pruriginosas. Se presenta en 1 de cada 130 a 160 embarazadas, usualmente durante el tercer trimestre de gestación. Se localiza en abdomen, muslos y brazos, respetando la región facial. El tratamiento es sintomático, usualmente con esteroides. Si las lesiones son severas, se recomienda terminación del embarazo luego de las 37 sem de gestación. (Yancey K, Hall RP, Lawley TJ. Pruritic urticarial papules and plaques of pregnancy. J Am SAcad Dermatol 2004; 10: 473-80)

ESCALA ANALÓGICA VISUAL DE LIKERT(para evaluar la intensidad del dolor): 1. Diseñada en 1932 por el Dr. Rensis Likert, PhD en psicología. Originalmente la tabla se elaboró para medir las actitudes psicológicas. Más adelante se utilizó para medir otras sensaciones subjetivas como el dolor. Esta escala se utiliza para ubicar la intensidad del dolor en una línea de 10 cm. donde un extremo es la ausencia de dolor (0) y el otro el dolor más intenso (10). El paciente señala el sitio que representa su nivel en esa línea.// **2.** Es similar a la escala numérica. Marca en una línea de 10 cm. su dolor, donde un extremo es la ausencia de dolor =0 y el

otro el dolor más intenso=10 (Likert, R. (1932). "A Technique for the Measurement of Attitudes" Archives of Psychology 140, 55) // Sinónimos: Escala visual análoga del dolor, Escala de Likert.

ESCALA DE LIKERT: Ver Escala analógica visual de Likert

ESCALA DE PUNTAJE PARA LA MENOPAUSIA: El puntaje de la escala de la menopausia fue diseñado por GA Hauser en 1994, para medir la severidad de los cambios propios de la menopausia en tres dimensiones: la psicológica, la somato-vegetativa y la urogenital. Esta escala se considera como una adecuada manera de medir la calidad de vida de las mujeres durante el climaterio. Ha sido validada en numerosos idiomas.Ver tabla E-3 de puntaje para menopausia)Hauser GA, Huber IC, Keller PJ, Lauritzen C, Schneider HPG. Evaluation der klinischen Beschwerden (Menopause Rating Scale). *Zentralbl Gynakol.* 1994;**116**:16–23.// Heinemann LA, DoMinh T, Strelow F, Gerbsch S, Schnitker J, Schneider HP. The Menopause Rating Scale (MRS) as outcome measure for hormone treatment? A validation study.Health Qual Life Outcomes. 2004 Nov 22;2:67) // Sinónimo: MRS.

ESCALA MRS: Ver Escala de Puntaje para la Menopausia

ESCALA NUMÉRICA (**para medición del dolor):** Es la más usada por la facilidad de comprensión. En una escala del 0 al 10 en el que 0 es la ausencia de dolor y 10 el peor dolor imaginable, el paciente elige un número para describir el dolor. Holtzman DA, Petrocco-Napuli KL, Burke JR. Prospective case series on the effects of lumbosacral manipulation on dysmenorrheal. J Manipulative Physiol Ther. 2008 Mar;31(3):237-46

ESCALA ORDINAL DE KEELE (para apreciar la intensidad del Dolor)- Evalú la intensidad del dolor en reposo: Se le pregunta al paciente que exprese con palabras el dolor que siente y luego estas palabras se correlacionan con números: 0 ningún dolor , 1 dolor ligero , 2 dolor moderado , 3 dolor severo, 4 dolor insoportable .// (Vidal, M. La consulta psico-oncológica. Revista argentina de evaluación neuropsiquiátrica. 1999; 8 (2): 141). Sinónimo Escala verbal del dolor, de Keele.

ESCALA DE LEUSCHER(para evaluar la intensidad del dolor): Es una variante de la Escala Análoga Visual de Likert pero en vez de números utiliza diferentes tonalidades del color gris. (Vidal, M. La consulta psico-oncológica. Revista argentina de evaluación neuropsiquiátrica. 1999; 8 (2): 141)

ESCALA DE HUNKINSON: Evalúa la intensidad del dolor luego del tratamiento para el mismo. El puntaje va de 0 a 3: 0= No hubo alivio, 1= Hubo un alivio ligero, 2= Hubo un alivio satisfactorio aunque no fue total, 3= Hubo un alivio total y satisfactorio. McGill Pain Questionnaire // (Vidal, M. La consulta psico-oncológica. Revista argentina de evaluación neuropsiquiátrica. 1999; 8 (2): 141)

ESCALA DE WONG-BAKER para evaluar el dolor: Es una escala diseñada para niños o para adultos con dificultad de comunicación, en la cual debe señalar el grado de dolor en un grupo de caras que representan tanto la ausencia de dolor como la intensidad del mismo. Wong DL, Baker C. Pain in children: comparison of assessment scales. Pediatr Nurs 1988;14:9-17.

ESCAPE DE ORINA: Ver Incontinencia urinaria

ESCHERICHIA COLI: Es un organismo procarionte tipo bacteria que se encuentra en el intestino humano, formando parte de la flora normal. Fue descrito por primera vez en 1885 por el bacteriólogo alemán Theodore von Escherich, quien la denominó Bacterium Coli; posteriormente la taxonomía le adjudicó el nombre de Escherichia coli. Forma parte de la flora del tracto digestivo, y es necesaria para su correcto funcionamiento. Es un bacilo gram negativo, anaerobio facultativo, móvil por flagelos, capaz de fermentar glucosa y lactosa. La capacidad de la bacteria para establecer un proceso infeccioso está determinado por los componentes de patogenicidad que incluyen la presencia de adhesinas y hemolisinas. De acuerdo a estas condiciones, la E. coli puede causar infecciones intestinales y extra-intestinales generalmente severas como pielonefritis, meningitis, peritonitis, neumonía, sepsis. Se han establecido seis cepas de acuerdo a su poder patógeno: enteropatogénica, enterotoxigénica, enteroinvasiva,

enterohemorrágica, enteroagregativa y de adherencia difusa. (Huang, DB, Nataro, JP, DuPont, HL, et al. Enteroaggregative Escherichia coli is a cause of acute diarrheal illness: a meta-analysis. Clin Infect Dis 2006; 43:556)

ESFÍNTER ANAL, INCOMPETENCIA : Corresponde a una alteración de la conducción nerviosa de las señales que permiten el normal funcionamiento del esfínter anal, logrando competencia en el control voluntario fecal. Esta condición genera como consecuencia incontinencia fecal cuya sintomatología puede variar desde pequeños escapes de gases hasta una completa falta de control esfinteriano, con pérdida involuntaria de heces. Dentro de la etiología se incluyen alteraciones del recto como enfermedades inflamatorias, tumorales o efectos de radioterapia, traumatismo directo del esfínter anal (complejo muscular) usualmente secundario a desgarros durante el parto o cirugías anales como correcciones de hemorroides, fisuras o fístulas. El diagnóstico se realiza por historia clínica, examen físico y estudios complementarios para valorar la función contráctil del esfínter mediante manometría anal; adicionalmente se debe valorar la integridad de la transmisión del impulso nervioso, a través de la evaluación del tiempo de latencia del nervio pudendo durante el tacto rectal. El tratamiento incluye corrección quirúrgica del defecto o esfinteroplastia, así como reeducación esfinteriana y cambios en el estilo de vida. (Varma, MG, Brown, JS, Creasman, JM, et al. Fecal incontinence in females older than aged 40 years: who is at risk?. Dis Colon Rectum 2006; 49:841)

ESPACIO ALVEOLAR: Es el volumen de aire que ventilan los alvéolos pulmonares y es el responsable de la difusión o intercambio gaseoso. Representa aproximadamente 350 ml, es decir, dos terceras partes del volumen corriente. Con cada inspiración 350 ml de aire hacen contacto con la membrana alvéolo-capilar, como el adulto normal respira aproximadamente 12 veces por minuto, la ventilación alveolar es de 4200 ml (350 ml x 12). (Patiño, JF. Rodríguez, E. Gases Sanguíneos, Fisiología de la Respiración e Insuficiencia Respiratoria Aguda. Editorial Médica Panamericana. Santafé de Bogotá. Séptima edición. 2005. 37-90 / Guyton, A. Tratado de Fisiología Médica. Transporte de oxígeno y de dióxido de

carbono en la sangre y los líquidos corporales. Editorial McGraw-Hill. México. Novena edición. 1998. 555-566)

ESPACIO DE DOUGLAS. Ver Fondo de saco de Douglas.

ESPACIO DE RETZIUS (Lat. Spatium retropubicum). El lugar que queda por detrás del pubis y por delante de la vejiga, luego que ésta se despega manualmente para acceder a la cara superior de la unión uretro-vesical. // Espacio virtual, entre la vejiga y los huesos pubis, descrito por el Dr. Anders Adolf Retzius, anatomista sueco nacido en 1796. Estrictamente hablando este espacio no tiene nada que ver con el aparato genital; pero tiene gran importancia quirúrgica en la cistopexia retroúbica, que requiere la visualización del ángulo uretro-vesical y de los dos paracolpos, durante la cistopexia de Burch ó cualquiera otra de las variantes de la técnica original de Marshall Marchetti Krantz. // Sinónimos: Espacio prevesical, Espacio retropubiano// Ver nota biográfica de Rettzius, Anders Adolph(Moore, K. Anatomía con orientación clínica. El peritoneo y la cavidad peritoneal. Buenos Aires, Argentina. Editorial Panamericana. 1993. p 162)

ESPACIO MUERTO: Es la porción de la vía aérea que no participa en el intercambio gaseoso, es decir, tráquea, bronquios y bronquiolos. Está constituido por el aire que ocupa la vía aérea y que no llega a los alvéolos pulmonares. Este aire mantiene la temperatura, humedad y filtración del gas respirado. Representa aproximadamente 150 ml, es decir, aproximadamente una tercera parte del volumen corriente. (Patiño, JF. Rodríguez, E. Gases Sanguíneos, Fisiología de la Respiración e Insuficiencia Respiratoria Aguda. Editorial Médica Panamericana. Santafé de Bogotá. Séptima edición. 2005. 37-90 / Guyton, A. Tratado de Fisiología Médica. Transporte de oxígeno y de dióxido de carbono en la sangre y los líquidos corporales. Editorial McGraw-Hill. México. Novena edición. 1998. 555-566)

ESPACIO PREVESICAL: Ver Espacio de Retzius.

ESPACIO RETROPERITONEAL: Es el espacio ubicado en la cara posterior de la cavidad peritoneal, por detrás de la lámina peritoneal que se adosa a las

estructuras dorsales. // El límite anterior es el peritoneo parietal posterior. En la pelvis sus límites posteriores son el sacro, el, psoas, los músculos piramidales, los músculos ilíacos y el obturador interno. Es un espacio virtual desde el punto de vista quirúrgico. Las principales estructuras retro-peritoneales con las cuales se encuentra el ginecólogo son la arteria aorta abdominal, los riñones y las vías urinarias, las arterias y venas iliacas, los ganglios linfáticos, etc. Muchas cirugías de la pelvis femenina necesitan exploración del espacio retroperitoneal para extracción de ganglios linfáticos, sección de las arterias uterinas, disección de los ureteres, etc. (Moore, K. Anatomía con orientación clínica. El peritoneo y la cavidad peritoneal. Buenos Aires, Argentina. Editorial Panamericana. 1993. p 162)

ESPACIO RETROPUBIANO: Ver Espacio de Retzius

ESPACIO RETROPÚBICO: Ver Espacio de Retzius.

ESPACIOS SUBFRÉNICOS: Son los espacios que están por debajo del diafragma (gr. Frenós=diafragma). Estos espacios pueden albergar material purulento en las peritonitis severas por lo cual se deben lavar cuidadosamente.El espacio subfrénico derecho es un poco más estrecho que el izquierdo por el espacio que ocupa el lóbulo hepático. En las pacientes con algunas variedades de carcinoma ginecológico se les debe hacer citología y/o biopsia del peritoneo que recubre los espacios subfrénicos. (Moore, K. Anatomía con orientación clínica. El peritoneo y la cavidad peritoneal. Buenos Aires, Argentina. Editorial Panamericana. 1993. p 162)

ESPACIO VESICO-UTERINO: Ver Fondo de saco vésico-uterino.

ESPÁTULAS DE VELASCO: Espátulas rectas diseñadas por el Dr. Álvaro Velasco Chiriboga, profesor de obstetricia de la Universidad Nacional de Colombia. Instrumentos metálicos en forma de cuchara utilizados para terminar la rotación de la cabeza durante el último periodo de la fase expulsiva, para ejercer tracción de la cabeza retenida al llegar a la estación de +2 ó +3 y para facilitar la salida de la cabeza durante la cesárea al emplearse como una rampa de deslizamiento mientras se realiza una

maniobra de Kristeler. Cada espátula de 25 cm de longitud total y un espesor de 3 mm, de forma ovalada, no fenestrada, tiene una cuchara de suave concavidad que terminan en un borde romo. Durante su aplicación se aplica sobre la mandíbula del feto y se apoya en la pared vaginal. El pedículo es recto, mide de 10 cm x3.8 cm y termina en un mango que remata en dos aletas pequeñas para evitar que el obstetra ejerza más fuerza de la tolerada por la cabeza fetal sin lesionarse.// Sinónimo: Espátulas rectas. // Instrumentos empleados para la atención del parto creadas desde 1950 con el objetivo de disminuir la morbilidad materna y fetal asociada al uso de fórceps y facilitar el uso de elementos durante la instrumentación del parto. Las espátulas de Velasco están conformadas por dos ramas, una derecha y una izquierda, cada una formada por 3 porciones: la hoja, el tallo y el mango. Las espátulas de Velasco se caracterizan por tener 2 ramas independientes que permiten ejecutar la tracción desde la porción facial y elimina la compresión craneal, son ramas idénticas que facilita la técnica de aplicación y disminuye el período de entrenamiento, poseen menos longitud que los fórceps de tal forma que impide su uso alto y permite que la tracción sea lo más cercana posible al sitio de aplicación de la fuerza, las cucharas no son fenestradas disminuyendo la potencia aplicada en una mayor superficie y la curva facial tiene mayor radio. (Lattus, J. Paredes A. Guía de atención de parto instrumentado. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología. 2003; 68(6): 477-486)

ESPÁTULAS RECTAS: Ver Espátulas de Velasco.

ESPECÍFICO: Que es propio de algo y lo caracteriza y distingue de otras cosas. (Real Academia de la Lengua. Diccionario de la lengua española.España, 2002, p660)

ESPECIFICIDAD: Es la capacidad de una prueba de detectar los verdaderos sanos mediante una prueba negativa. Matemáticamente se calcula dividiendo los verdaderos sanos detectados por la prueba(casilla D), divididos por el total de sanos(casilla n2): D /(D+B) ó D / n2. En este ejemplo la especificidad se calcula al dividir 325/440= 0,73 multiplicada x100, por lo tanto la especificidad de esta prueba es del 73%. En este

esquema M1 es la sumatoria de A+B, M2 es la sumatoria de C+D, n1 es la sumatoria de A+C, n2 es la sumatoria de B+D. La letra N es la sumatoria de M1+M2 (que también es la sumatoria de n1+n2). // Es el porcentaje de personas sin la enfermedad de interés que tienen resultados negativos en la prueba (Greensberg R. Epidemiología clínica. Manual Moderno, México, 2da edición 1998, p.95,96)

ESPÉCULO: Es un instrumento empleado para dilatar la entrada de una cavidad y mantener separadas las paredes de la misma, con el fin de evaluar su interior. Recibe el nombre de acuerdo a la cavidad en la que se usa: espéculo bucal, vaginal, anal, etc. (Griffith, WF, Stuart, GS, Gluck, KL, Heartwell, SF. Vaginal speculum lubrication and its effects on cervical cytology and microbiology. Contraception 2005; 72:60)

ESPÉCULO DE GRAVES: Corresponde a un instrumento empleado para la realización del examen ginecológico, que permite la separación de las paredes vaginales hasta la visualización del cérvix. El espéculo de Graves es un espéculo bivalvo, es decir, tiene una valva anterior y una valva posterior, que se pueden separar para mayor comodidad de acuerdo al procedimiento a realizar; termina en forma de pico de ánade, tiene una valva fija y la otra se puede ajustar. Tiene presentación en tres tamaños: pequeño, mediano y grande, que se elige de acuerdo a la longitud y diámetro del canal vaginal. (Griffith, WF, Stuart, GS, Gluck, KL, Heartwell, SF. Vaginal speculum lubrication and its effects on cervical cytology and microbiology. Contraception 2005; 72:60)

ESPERMÁTIDE: Corresponde a la célula derivada del espermatocito secundario durante el proceso de espermatogénesis. Durante este proceso las células germinales se multiplican y forman las espermatogonias; cuando el individuo alcanza la madurez sexual, las espermatogonias aumentan de tamaño y se convierten en espermatocitos primarios, a partir de los cuales se generan dos espermatocitos secundarios por el proceso de meiosis I; los espermatocitos secundarios sufren la meiosis II y cada uno va a originar cuatro espermátides que posteriormente se transforman en espermatozoides o gametos masculinos. En la especie humana el proceso

de espermatogénesis tiene una duración de 65 a 75 días. (O'Connor, AE, De Kretser, DM. Inhibins in normal male physiology. Semin Reprod Med 2004; 22:177)

ESPERMATIDE HAPLOIDE: Es el resultado de la segunda división meiótica de los espermatocitos secundarios. Las espermátides haploides que tienen casi la mitad del tamaño de los espermatocitos secundarios. (O'Connor, AE, De Kretser, DM. Inhibins in normal male physiology. Semin Reprod Med 2004; 22:177)

ESPERMATOCITO PRIMARIO: Son las células germinales más grandes en los túbulos seminíferos de los testículos. Después de varias divisiones mitóticas, las espermatogonias crecen y sufren cambios graduales que las transforman en espermatocitos primarios. Tiene 46 cromosomas (célula diploide). (O'Connor, AE, De Kretser, DM. Inhibins in normal male physiology. Semin Reprod Med 2004; 22:177)

ESPERMATOCITO SECUNDARIO: Aparece después de que el espermatocito primario sufre una división de reducción (que se denomina primera división meiótica), de la que se forman dos espermatocitos secundarios haploides, de casi la mitad del tamaño de los espermatocitos primarios. Tiene 23 cromosomas (célula haploide). (O'Connor, AE, De Kretser, DM. Inhibins in normal male physiology. Semin Reprod Med 2004; 22:177)

ESPERMATOGÉNESIS: Este término hace referencia a la secuencia total de fenómenos por los cuales las células germinativas primitivas llamadas espermatogonias se transforman en espermatozoos. Este proceso de maduración inicia en la pubertad, alrededor de los 13 años, y continúa hasta la edad avanzada. La espermatogonia comienza a dividirse y aumentar en número durante la pubertad. Después de varias divisiones mitóticas, las espermatogonias crecen y sufren cambios graduales que las transforman en espermatocitos primarios. Posteriormente, cada espermatocito primario sufre una división de reducción (primera división meiótica) para formar dos espermatocitos secundarios haploides, de casi la mitad del tamaño de los espermatocitos primarios. Después, estos espermatocitos sufren una

segunda división meiótica para formar cuatro espermátides haploides que tienen casi la mitad del tamaño de los espermatocitos secundarios. En forma gradual, las espermátides se transforman en cuatro espermatozoos maduros por un proceso de diferenciación conocido como espermiogénesis. Cuando el proceso ha culminado, los espermatozoos penetran a la luz de los túmulos seminíferos y se transportan de manera pasiva hasta el epidídimo, en donde se almacenan y se tornan funcionalmente maduros. (Moore, K. Persaud, T. Inicio del desarrollo embrionario: Primer semana. Embriología Clínica. México. McGraw-Hill Interamericana. 6° edición. 2001. pg. 17 – 49).

ESPERMATOGONIA Célula germinativa primitiva que está latente en los túbulos seminíferos de los testículos desde el período fetal, que comienza a dividirse y aumentar en número durante la pubertad. (O'Connor, AE, De Kretser, DM. Inhibins in normal male physiology. Semin Reprod Med 2004; 22:177)

ESPERMATOZOIDE: Gameto masculino unicelular, que contiene la mitad de la carga genética (la cantidad haploide: 23,X ó 23,Y) que al fecundar al gameto femenino completará la carga diploide que en los humanos es 46,XX ó 45, XY.El espermatozoide tiene cuatro partes: Cabeza, cuello, pieza intermedia y cola. La cabeza, que contiene al pronúcleo portador de la información genética, el acrosoma contenedor de enzimas hidrolíticas que degradan la zona pelucida, una estructura glicoproteica que rodea al ovocito, y una delgada capa de citoplasma, todo ello envuelto en una membrana plasmática que lo une al cuello. Tiene una media de 4 o 5 µm de largo. El cuello es corto y estrecho. Contiene una placa basal que lo separa de la cabeza y los centríolos modificados. De uno de ellos (el distal) se origina el flagelo. La pieza media (de unos 4 o 5 µm de longitud), posee una gran cantidad de mitocondrias concentradas en una vaina helicoidal, que proveen de energía a través del ATP que ellas producen. La cola, que le proporciona el desplazamiento a través de la vagina, el útero y la trompa (zona flagélica funcional recubierta sólo de membrana). Sumio Ishijima, Shigeru Oshio, Hideo Mohri, "*Flagellar movement of human spermatozoa*", Gamete research, 1986, vol. 13, no3, pp. 185–19

ESPERMATOZOIDES, CAPACITACION: Período de acondicionamiento de los espermatozoides en el aparato genital femenino que en el ser humano dura aproximadamente 7 horas. Durante este período la membrana plasmática que recubre la región acrosómica de los espermatozoides elimina una capa de glucoproteína y proteínas plasmáticas seminales. Sólo los espermatozoides capacitados pueden pasar a través de las células de la corona radiante y experimentar la reacción acrosómica. (Sadler, TW. De la ovulación a la implantación. Embriología Médica de Langman. Baltimore. Editorial Médica Panamericana. 7° edición. 1995. pg. 21-38)

ESPERMATOZOIDES, REACCIÓN ACROSÓMICA: Proceso de maduración del espermatozoide que se produce después del de la unión de la zona pelúcida y es inducida por proteínas liberadas en el sitio de fecundación. Esta reacción culmina con liberación de enzimas necesarias para permitir al espermatozoide penetrar la zona pelúcida del ovocito, dentro de las cuales se encuentran la tripsina y la acrosina. (Sadler, TW. De la ovulación a la implantación. Embriología Médica de Langman. Baltimore. Editorial Médica Panamericana. 7° edición. 1995. pg. 21-38).

ESPERMICIDAS: Sustancias que colocadas en la vagina, lesionan o paralizan los espermatozoides, efecto que impide la fecundación. Los espermicidas vaginales son una combinación de nonoxinol-9 u octoxinol con otra sustancia que le sirve de vehículo, ya sea una crema, jalea, espuma de aerosol, comprimido espumante, película o supositorio. Los espermicidas son detergentes no iónicos con actividad superficial que inmovilizan a los espermatozoides. El nonoxinol-9 es tóxico para los lactobacilos que colonizan normalmente la vagina, lo cual favorece la colonización por Escherichia coli (Berek J,Adashi EY,Hillard PA. Ginecología de Novak. Interamericana. México. 1997, p. 235)

ESPERMIOGENESIS: Es el proceso de diferenciación mediante el cual, en forma gradual, las espermátides se transforman en cuatro espermatozoos maduros. Cuando ha terminado la espermiogénesis, los espermatozoos penetran la luz de los túbulos seminíferos. Moore, K. Persaud, T. Inicio del

desarrollo embrionario: Primer semana. Embriología Clínica. México. McGraw-Hill Interamericana. 6° edición. 2001. pg. 17 – 49).

ESPERMOGRAMA: Es el examen que permite la evaluación del factor masculino en el estudio de una pareja con infertilidad. De acuerdo al consenso realizado en 1999, la OMS estableció los siguientes criterios para evaluar el espermograma: abstinencia de 2 a 7 días con un promedio de 4 días, toma de la muestra en un sitio adecuado con intervalo entre la toma y la entrega al laboratorio menor a 1 hora, volumen mínimo de 2 ml, pH de 7.2 o más, concentración de espermatozoides por ml de 20.000.000 o más, concentración total de espermatozoides en la muestra de 40.000.0000 o más, motilidad de espermatozoides de 50% sumando progresiones tipo A+B o mínimo 25% de progresión tipo A, una hora después de la eyaculación, (la progresión tipo A hace referencia al desplazamiento lineal rápido de los espermatozoides dentro del campo microscópico, progresión tipo B es el desplazamiento lineal lento, progresión tipo C es el movimiento en círculos sin desplazamiento y la progresión tipo D es la inmovilidad de los espermatozoides) y morfología de espermatozoides mayor al 30% de formas normales. (Schlegel, P. Male Infertility: evaluation and sperm retrieval. Clinical Obstetrics and Gynecology. 2006; 49: 55-72)

ESPERMOGRAMA BÁSICO: Corresponde al estudio del semen que incluye: recuento y movilidad espermática, recuento y diferenciación de células redondas, bioquímica del plasma seminal y mofología discrimada según criterios de la OMS. Ver Espermograma. (Schlegel, P. Male Infertility: evaluation and sperm retrieval. Clinical Obstetrics and Gynecology. 2006; 49: 55-72)

ESPINA BÍFIDA: Corresponde a un defecto de la línea media vertebral que permite que el contenido neural protruya y quede expuesto al líquido amniótico. Usualmente el disrafismo vertebral se localiza en el arco posterior de las vértebras, localizado con mayor frecuencia en la región lumbosacra. La incidencia global se estima en 1:1000 nacimientos y la tasa de recurrencia se encuentra alrededor del 5% aumentando al 13% si existe un segundo niño afectado. El origen de la malformación consiste en un

defecto de cierre primario del neuroporo posterior, usualmente en el día 41 de edad menstrual. La espina bífida puede ser oculta o abierta dependiendo si el defecto está cubierto por tejido blando o existe exposición completa del canal medular, respectivamente, siendo más frecuente la variedad abierta en el 85% de los casos. El defecto puede estar cubierto por una membrana que puede contener solamente líquido cefalorraquídeo (mielocele) o contener tejido neural (mielomeningocele). El diagnóstico de espina bífida fetal se realiza por ultrasonografía y los criterios incluyen signos directos e indirectos. Los signos directos consisten en la observación del defecto vertebral o disrafismo, interrupción de tejidos blandos y la presencia del saco herniario; estos signos directos se pueden apreciar a través de la evaluación de la columna vertebral fetal en los tres planos ortogonales. Los signos indirectos son aquellos que se manifiestan a nivel de la calota fetal y corresponden al desplazamiento del vermis cerebeloso, cuarto ventrículo y médula oblongata; debido a este desplazamiento se presentan cuatro signos: signo del limón, signo de la banana, obliteración de la cisterna magna y ventriculomegalia. El pronóstico de la malformación es pobre con una tasa de mortalidad del 25%, compromiso del desarrollo neurológico en el 75% de los sobrevivientes, parálisis severa en el 50%. El pronóstico depende de la extensión y la altura del compromiso: los defectos más altos y más extensos presentan peor pronóstico. (Centers for disease control and prevention, CDC. Spina bifida and anencephaly before and after folic acid mandate--United States, 1995-1996 and 1999-2000. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2004; 53(17):362-5)

ESPINAS CIÁTICAS (ó espinas isquiáticas): Llamadas así por el paso del nervio ciático mayor por detrás y por fuera de la base de la espina. Ubicadas en el estrecho medio de la pelvis, emerge cada una del borde posterior del cuerpo del isquion. Sirve de inserción al ligamento sacrociático menor que separa los agujeros sacrociáticos mayor y menor. Por la cara póstero-interna de la espina pasa el paquete neurovascular pudendo interno, razón por la cual se toma esta espina como punto de reparo al anestesiar el nervio pudendo interno con lidocaína. En la pelvis normal la distancia entre ambas espinas es de 10. 5 cm. Cuando la presentación ha

llegado a nivel de las espinas se dice que el feto está encajado, o lo que es igual, que la presentación está en estación cero. (Moore, K. Anatomía con orientación clínica. El peritoneo y la cavidad peritoneal. Buenos Aires, Argentina. Editorial Panamericana. 1993. p 162)

ESTADIOS DEL TRABAJO DE PARTO: Ver Trabajo de Parto

ESTACIÓN FETAL: Es la relación de la presentación fetal con el nivel de las espinas ciáticas. Si la presentación se encuentra al nivel de las espina ciáticas, se establece una estación de 0; si la presentación se encuentra por encima de este nivel se establece una estación de -1, -2 ó -3; si la presentación se encuentra por debajo del nivel de las espinas ciáticas, se establece una estación de +1, +2 ó +3. El nivel del punto de reparo en el canal de parto se describe en relación con las espinas ciáticas, que se encuentran a mitad de camino entre la entrada y la salida de la pelvis. Cuando la posición más baja del punto de reparo fetal se encuentra a nivel de las espinas ciáticas, se dice que se encuentra en estación cero (0). En el pasado el eje mayor del canal de parto por encima de las espinas ciáticas estaba dividido arbitrariamente en tercios. En 1988, College of Obstetricians and Gynecologists comenzó a utilizar una clasificación de estación que divide la pelvis por encima y por debajo de las espinas en quintos. Estas divisiones representan centímetros por encima y por debajo de las espinas. Ver tabla E5. (Liao, JB. Buhimschi, C. Normal Labor: Mechanism and Duration. Obstetrics and Gynecology Clinics of North America. 2005. 32: 145 – 164)

ESTASIS: Condición en la cual se produce estancamiento de la sangre o de cualquier otro líquido en una parte del cuerpo. Ejemplo: Estasis venosa. Nota de los autores: es frecuente que algunas personas cambien el término “estasis” por el de “éxtasis”, que es un estado del alma enteramente embargada por un sentimiento de admiración, alegría, etc.(debe notarse que la ortografía, la pronunciación y el significado son muy diferentes). (Fernandez, G. Estasis venosa. Angiología. 1999; 9 (4): 127)

ESTEATONECROSIS MAMARIA: Corresponde a necrosis grasa o necrosis mamaria focal conocida como granuloma lipofágico y consiste en una

necrosis de la grasa mamaria usualmente secundaria a traumatismo accidental o quirúrgico. Usualmente se presenta en pacientes entre 40 y 50 años con mamas que presentan gran contenido graso. El tejido graso se necrosa por traumatismos únicos o repetidos que pueden pasar desapercibidos, que condicionan lesiones vasculares e isquemia, generando áreas circunscritas de necrosis de la grasa de 20 a 40 milímetros de diámetro con posterior reacción conectiva alrededor con fibrosis. Clínicamente se presenta como nódulos mamarios densos, duros, circunscritos y altamente dolorosos; como suelen ser lesiones superficiales se pueden generar retracción o fóveas de la piel o el pezón, incluso en lesiones profundas se pueden retraer tejidos profundos lo que genera confusión con procesos neoplásicos malignos. El diagnóstico se realiza a través de citología por punción que documenta detritus y componente inflamatorio con linfocitos, histiocitos y macrófagos; siempre se recomienda estudio mamográfico con el fin de descartar proceso maligno asociado. El tratamiento consiste en la resección quirúrgica de los nódulos sospechosos o muy dolorosos. (Santen, RJ, Mancel, R. Benign breast disorders. N Engl J Med 2005; 353:275)

ESTENOSIS AÓRTICA FETAL: Es una malformación cardíaca susceptible de ser diagnosticada in útero con una incidencia que oscila alrededor de 0.04 por 1000 RN vivos. Se clasifica en tres tipos: valvular, supravalvular y subvalvular. Las estenosis de tipo valvular y supravalvular usualmente no presentan ningún compromiso hemodinámico asociado; por el contrario, la estenosis aórtica subvalvular puede llevar a hipertrofia del ventrículo izquierdo y en casos muy severos de sobrecarga ventricular, se puede presentar isquemia subendocárdica produciendo como consecuencia falla cardíaca fetal. El diagnóstico se realiza con la combinación de ultrasonografía en modo B + Doppler color en el cual se visualiza el ventrículo izquierdo dilatado, hipertrófico, endocardio hiperecogénico, aorta con disminución en diámetro y asociación con insuficiencia mitral. (Alva, C. Gómez, D. Congenital aortic valve stenosis. Current treatment. Arch Cardiol Mex. 2006;76:152-7)

ESTENOSIS DEL CUELLO VESICAL: Es el estrechamiento del orificio de salida del exocérvix, ya sea de origen congénito o como consecuencia de cirugías sobre esta estructura como ocurre en la cistopexia con hipercorrección de la incontinencia urinaria. (Hirsh, A. Käser, O. Atlas de Cirugía Ginecológica. Cirugía del tracto urinario. Editorial Marbán Libros. Madrid, España, 2000. pp 539-583)

ESTENOSIS PULMONAR FETAL: Es una cardiopatía congénita detectable de forma prenatal a través de la combinación de ultrasonografía en modo B + Doppler color. Se caracteriza por un defecto en la apertura de la válvula pulmonar usualmente secundario a una fusión anómala de los velos valvulares. Se clasifica en tres tipos: valvular, supravalvular y subvalvular, siendo la forma valvular la más común. El compromiso hemodinámico del feto depende del grado de estenosis presente pasando por un espectro desde asintomático hasta letal. El diagnóstico se realiza por la visualización del ventrículo derecho hipertrófico y dilatado, con asociación de insuficiencia tricuspídea en casos severos. (Uras, S. Karadag, A. Aortic and pulmonary valve stenosis in a neonato. Genet Couns. 2007;18(1):125-7)

ESTENOSIS URETRAL: Consiste en un estrechamiento del meato uretral que se desarrolla secundario a traumatismos o infecciones. Afecta principalmente al género masculino, siendo muy poco común en la población femenina debido a que la parte distal de la uretra femenina no posee fibras musculares lisas y tiene una distensibilidad restringida por la presencia de fibras de colágeno. La estenosis uretral tiene un pico de frecuencia en la infancia y otro después de la menopausia, lo que establece una dependencia hormonal de la patología. La mayoría de los casos de estenosis uretral femenina son secundarios a reacción inflamatoria crónica del introito vaginal o la uretra; por esta razón estas pacientes deben ser manejadas para infecciones por trichomonas, micosis o micoplasma. De igual manera, la estenosis uretral femenina puede ser secundaria a radioterapia en ciertos cánceres ginecológicos. Las manifestaciones clínicas incluyen dificultad para la micción, deseo de micción frecuente e infecciones urinarias a repetición. El manejo inicial se realiza mediante el uso de dilatadores, aunque este tratamiento sólo tiene beneficios a corto plazo. El

tratamiento para los casos difíciles es quirúrgico; se ha planteado que la resolución completa solo se logra con uretrotomía abierta. (Hirsh, A. Käser, O. Atlas de Cirugía Ginecológica. Cirugía del tracto urinario. Editorial Marbán Libros. Madrid, España, 2000. pp 539-583)

ESTERILIDAD: Es la condición de un hombre o mujer que no ha adquirido o que perdió la capacidad de reproducirse. Se clasifica en primaria y secundaria. Cuando la condición que produce la esterilidad es corregible, se prefiere el término de trastorno de la fertilidad.// Corresponde a la incapacidad de una pareja para lograr embarazo luego de 12 meses de relaciones sexuales sin protección, con frecuencia coital de 4 a 5 veces al mes, sin uso de anticonceptivos. La esterilidad se considera sinónimo de infertilidad y puede ser de dos tipos: primaria, cuando la pareja no ha logrado embarazo luego de las condiciones ya mencionadas, o secundaria, cuando la pareja no puede lograr embarazo posterior a un evento gestacional confirmado por ecografía, independiente del resultado del mismo (aborto, parto pretérmino, nacido vivo, nacido muerto). La esterilidad afecta aproximadamente al 15% de las parejas en edad reproductiva. Las causas incluyen factores masculinos, femeninos, de pareja o de causa desconocida. El tratamiento de establece de acuerdo al factor alterado. (Gray, RH. Epidemiology of infertility. Curr Opin Obstet Gynecol 1990; 2:154)

ESTERILIDAD PRIMARIA: Es la condición de un hombre o mujer en edad fértil que no ha adquirido la capacidad de reproducirse, ya sea por una dificultad anatómica (ausencia de los ovarios, obstrucción de las vías que conducen los gametos, etc), por una dificultad fisiológica (trastornos hormonales) o por un trastorno patológico (enfermedad viral que afectó los testículos, infección del endometrio, endometriosis severa, etc).Cuando la condición que produce la esterilidad es corregible, se prefiere el término de trastorno primario de la fertilidad. (Gray, RH. Epidemiology of infertility. Curr Opin Obstet Gynecol 1990; 2:154)

ESTERILIDAD SECUNDARIA: Es la condición de un hombre o mujer en edad fértil que ya ha engendrado al menos un hijo, pero ha perdido la

capacidad de reproducirse, ya sea por una dificultad anatómica (, obstrucción de las vías que conducen los gametos, etc), por una dificultad fisiológica (trastornos hormonales) o por un trastorno patológico (infección del endometrio, endometriosis severa, etc). Cuando la condición que produce la esterilidad es corregible, se prefiere el término de trastorno secundario de la fertilidad. (Gray, RH. Epidemiology of infertility. Curr Opin Obstet Gynecol 1990; 2:154)

ESTERILIZACIÓN: Este término tiene doble significado. Por una parte se emplea para la suspensión definitiva de la función reproductiva en el hombre o en la mujer mediante una cirugía que suspenda el paso de los gametos (vasectomía en el varón, corte de las trompas en la mujer). Por otra parte se utiliza para la desinfección de los elementos quirúrgicos mediante calor, rayos ultravioleta, etc, que elimine las bacterias y virus que puedan contagiar al paciente que se interviene. (Westhoff, C, Davis, A. Tubal sterilization: focus on the U.S. experience. Fertil Steril 2000; 73:913)

ESTERILIZACIÓN TUBÁRICA: Corresponde a un método anticonceptivo definitivo conocido como ligadura de trompas, en las mujeres, y vasectomía, en los hombres. El término incluye la obstrucción tubárica intraluminal que se haga con el propósito de evitar el embarazo. El método implica intervención quirúrgica; en la mujer, el procedimiento consiste en realizar ligadura y sección de un segmento de la trompa de Falopio bajo diferentes técnicas quirúgicas; en el hombre, el procedimiento es ambulatorio, se realiza con anestesia local y consiste en sección y ligadura del conducto deferente. En el año 2002 la FDA de los E.U. aprobó para su país el uso del Essure microinserts (Conceptus, Inc, Mountain View, Calif) para esterilización histeroscópica. Este dispositivo consiste en un muelle expansible de terephtalate (dacrón)de 4 cm de largo, rodeado por una fibra de niquel-titanio (Ninitinol), que se introduce en el segmento cornual e ístmico de la trompa, la obstruye e impide el paso de los espermatozoides (Westhoff, C, Davis, A. Tubal sterilization: focus on the U.S. experience. Fertil Steril 2000; 73:913).

ESTERILIZACIÓN TUBÁRICA CON LA TÉCNICA DE PARKLAND: Es una variante de la técnica de Uchida. Consiste en cortar las trompas y realizarle a cada extremo una ligadura, sin introducir ninguno de ellos entre el mesosalpinx, como sí ocurre en la cirugía de Uchida. (Bishop E, Nelms WF. A simple method of tubal sterilization. NY State J Med 1930; 30:214-6.)

ESTERILIZACIÓN TUBÁRICA CON LA TÉCNICA DE POMEROY: Técnica diseñada por el Dr Ralph Hayward Pomeroy en los años 20, cuando trabajaba en el Long Island College Hospital de Brooklin. Consiste en hacerle una asa a cada trompa y anudar la base de la misma, con corte de la trompa que queda por encima del asa. Esta forma de planificación definitiva tiene un índice de recanalización espontánea mayor que otras técnicas diseñadas en los últimos años, por lo que muchos cirujanos han abandonado el Pomeroy clásico. (Bishop E, Nelms WF. A simple method of tubal sterilization. NY State J Med 1930; 30:214-6.),(Speert H. Obstetric and Gynecologic Milestones. Macmillan Co, New York, 1958).Ver la nota biográfica en Pomeroy HR. Sinónimos: Cirugía de Pomeroy, Esterilización tubárica con la cirugía de Pomeroy, Planificación definitiva con Pomeroy, Planificación familiar con la técnica de Pomeroy, Pomeroy clásico

ESTERILIZACIÓN TUBÁRICA CON LA TÉCNICA DE UCHIDA: Consiste en cortar las trompas y realizarle a cada extremo una ligadura. Luego se introduce uno de los extremos de cada trompa en un saco de mesosalpinx preparado para tal fin, que oculta uno de los muñones e impide la recanalización espontánea. Es una técnica muy elegante y segura. (Bishop E, Nelms WF. A simple method of tubal sterilization. NY State J Med 1930; 30:214-6.)

ESTERILIZACIÓN TUBÁRICA POR LAPAROSCOPIA: Cualquiera de las técnicas quirúrgicas para planificación definitiva en las cuales se utilice el laparoscopio para realizar la obstrucción de las trompas al paso de los espermatozoides. Las cirugías de este tipo más utilizadas son la de colocación del anillo de Yoon, colocación de la grapa de Filshie, colocación de la grapa de Hulka y la electrocoagulación (Berek JS,Adashi EY,Hillard PA. Ginecología de Novak. Interamericana. México. 1997 p. 263)

ESTERILIZACIÓN TUBÁRICA POR LAPAROTOMÍA: Es el corte de las trompas realizado mediante una pequeña incisión de la pared anterior del abdomen, como suele hacerse en el puerperio inmediato o durante la laparotomía amplia realizada para otro procedimiento como una cesárea o cualquiera otra cirugía de la pelvis. En la actualidad la técnicas más utilizadas por laparotomía es la cirugía de Parkland (en honor al hospital que lleva este nombre). Otras técnicas por laparotomía son la de Uchida, y Pomeroy clásico. (Berek JS, Adashi EY,Hillard PA. Ginecología de Novak. Interamericana. México. 1997 p. 259)

ESTEROIDES SEXUALES: Corresponde a sustancias hormonales responsables del desarrollo sexual tanto femenino como masculino. Estas hormonas están representadas principalmente por estrógenos (conocidos como hormonas sexuales femeninas) y andrógenos (conocidos como hormonas sexuales masculinas). La síntesis de estas hormonas se produce a través de un proceso conocido como esteroidogénesis, que se inicia a partir del colesterol. Este proceso es llevado a cabo a nivel ovárico, testicular y en glándula suprarrenal. El efecto de los estrógenos y andrógenos sobre las células diana depende de su interacción con receptores de membrana específicos y la función final se establece en diferentes sistemas de la economía. Su principal función es el control y desarrollo de la función fisiológica de los órganos reproductores así como el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios. Ver Andrógenos, Estrógenos. (Leder BZ, Leblanc KM, Schoenfeld DA, *et al.* Differential effects of androgens and estrogens on bone turnover in normal men. *J Clin Endocrinol Metab* 2003;88:204-10.)

ESTEROIDOGÉNESIS: Es el proceso de biosíntesis esteroidea a partir del sustrato principal, el colesterol. La esteroidogénesis ocurre en órganos especializados como la glándula suprarrenal, el ovario, los testículos y la placenta; sin embargo, en el sistema nervioso central también se ha documentado expresión de enzimas involucradas en el proceso que permiten la formación de neuroesteroides. La transformación de los esteroides y su metabolismo puede ocurrir en casi todos los tejidos. El proceso se inicia con la formación de la molécula de colesterol (molécula de

27 carbonos), ya sea por síntesis directa en la célula esteroidogénica, a partir de los ésteres de colesterol o por obtención a partir del colesterol contenido en las LDL producto de síntesis hepática. Una vez se obtiene el colesterol, este pasa hasta la matriz interna mitocondrial y se inicia el proceso de clivaje o retiro de carbonos hasta formar un molécula de 21 carbonos conocida como Pregnenolona. A partir de esta molécula se sintetizan los andrógenos (testosterona – androstenodiol) que son moléculas de 19 carbonos, proceso mediado por enzimas que pertenecen a la familia de citocromo P450 con funciones de hidroxilasa y desmolasa. Los andrógenos son los precursores de los estrógenos (moléculas de 18 carbonos), proceso catalizado por enzima aromatasa también perteneciente a la familia citocromo P450. A partir de la progesterona se sintetizan los mineralocorticoides (Aldosterona, Corticosterona) y partir del 17-hidroxiprogesterona se sintetizan los glucocorticoides (Cortisol). (Speroff, L. Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility. Sixth Edition. 1999. p 187)

ESTIMULACIÓN OVÁRICA: Corresponde al proceso de estimulación del desarrollo folicular múltiple, como parte del proceso en técnicas de reproducción asistida. La estimulación usualmente se realiza mediante la administración de Citrato de Clomifeno o Gonadotropinas. El fármaco se inicia el día 3 a 5 cinco del ciclo con dosis diarias de 100 mg de Citrato de Clomifeno o 150 UI de Gonadotropinas (FSH o HMG), hasta obtener la evidencia ecográfica de respuesta ovárica con la presencia de por lo menos 2 folículos mayores de 18 mm o niveles de estradiol mayor de 300 pg/ml. En este momento se suspenden los fármacos estimuladores y se administra el fármaco inductor de la ovulación que usualmente corresponde a hCG (Gonadotropina Coriónica Humana). La inseminación del semen, aspiración folicular o coito programado se indica 36 horas después de la administración del fármaco inductor, de acuerdo a la técnica de reproducción asistida que se esté empleando. Este protocolo de estimulación puede ser modificado teniendo en cuenta las condiciones particulares de la paciente, especialmente pacientes que se sospechan pueden ser altas respondedoras y tiene riesgo de Síndrome de Hiperestimulación Ovárica, requieren dosis más bajas. (Homburg, R.

Clomiphene citrate end of an era? A mini-review. Hum Reprod 2005; 20:2043)

ESTIMULACIÓN VIBROACÚSTICA: Es la aplicación de movimientos vibratorios del abdomen materno acompañados de sonidos que buscan una respuesta del feto cuya línea de base en la frecuencia cardiaca fetal durante un monitoreo electrónico muestra poca variabilidad. El objetivo es diferenciar entre una actividad cardiaca fetal muy homogénea, que es normal en el feto dormido y una actividad cardiaca disminuida por alteraciones en el metabolismo o en la perfusión del feto. La estimulación del feto puede hacerse mediante movimientos del abdomen y señales sonoras producidas por el examinador o mediante el uso de una laringe artificial electrónica ubicada aproximadamente un centímetro por encima o bien directamente sobre el abdomen materno. La respuesta a la estimulación vibro acústica se considera normal si se observa una aceleración de la frecuencia cardíaca fetal de por lo menos 15 latidos/min durante por lo menos 15 segundos, dentro de los 15 segundos posteriores a la estimulación, con movimientos fetales prolongados (Sherer, 1994). En contraste, otros autores han comunicado que, si bien la estimulación vibro acústica en la segunda etapa del trabajo de parto se asocia con reactividad de la frecuencia cardíaca fetal, la calidad de la respuesta no predice el resultado neonatal ni mejora el manejo del trabajo de parto. (Manning, F. The Fetal Heart Rate. Fetal Movements and Tone. Fetal Medicine: Principles and Practice. Connecticut. Appleton and Lange Editorial. 1998. 145 – 173)

ESTRADIOL: Corresponde la principal estrógeno sintetizado durante la vida reproductiva de la mujer. La principal fuente de estradiol es el ovario; durante la fase folicular del ciclo menstrual y el proceso de reclutamiento y maduración folicular, los niveles de estradiol aumentan a partir de su síntesis en las células de la granulosa. Este aumento se realiza de manera pulsátil y permite mayor estimulación hipofisiaria para la síntesis de FSH y mantenimiento de la producción estrogénica con el fin de completar el proceso de maduración folicular. Los valores normales de estradiol dependen de la fase del ciclo menstrual así: prepubertad < 40 pg/ml, fase

folicular 40 – 500 pg/ml, fase lútea 120 – 350 pg/ml, postmenopausia < 30 pg/ml. (Deroo, BJ, Korach, KS. Estrogen receptors and human disease. J Clin Invest 2006; 116:561)

ESTRECHO INFERIOR DE LA PELVIS: Es la porción inferior de la pelvis verdadera. Consiste en 2 áreas aproximadamente triangulares que no están en el mismo plano pero tienen una base común, que es la línea trazada entre las tuberosidades isquiáticas. El vértice del triángulo posterior se ubica en el vértice del sacro y los límites laterales son los ligamentos sacrociáticos menores y las tuberosidades isquiáticas. El triángulo anterior está formado por el área debajo del arco del pubis. Se describen 2 diámetros en el estrecho inferior de la pelvis: el diámetro AP que corresponde a la línea de unión desde el borde inferior de la sínfisis púbica con la quinta vértebra lumbar y mide aproximadamente 11.5 cm; el diámetro transverso está formado por el espacio intertuberoso y mide aproximadamente 10.5 cm. (Yeomans, E. Clinical Pelvimetry. Clinical Obstetrics and Gynecology. 2006. Volume 49, Number 1, 140-146)

ESTRECHO MEDIO DE LA PELVIS: Es la porción media de la pelvis verdadera. Se caracteriza por ser el plano de las menores dimensiones pelvianas. Se describen 2 diámetros en este estrecho: el diámetro AP que se desplaza desde el borde inferior de la sínfisis púbica hasta la tercera o cuarta vértebra sacra y tiene una longitud de 11.5 cm; el diámetro transverso corresponde a diámetro interespinoso y mide normalmente 10.5 cm. (Yeomans, E. Clinical Pelvimetry. Clinical Obstetrics and Gynecology. 2006. Volume 49, Number 1, 140-146)

ESTRECHO SUPERIOR DE LA PELVIS: Es la primera porción de la pelvis verdadera. Su límite posteior son el promontorio y las alas del sacro; el límite lateral son las líneas ileopectíneas y el anterior, las ramas horizontales de los huesos pubianos y la sínfisis púbica. Se describen 4 diámetros del estrecho superior de la pelvis: anteroposterior, transverso y 2 diámetros oblicuos. El diámetro AP se subdivide en 3 diámetros; sin embargo, el diámetro importante desde el punto de vista obstétrico es la distancia más corta entre la sínfisis púbica (porción media) y el promontorio

sacro (conjugado obstétrico) que normalmente tiene 10.5 cm de longitud. El diámetro transverso está conformado por una línea que cruza en ángulo recto el diámetro AP, aproximadamente 4 cm por delante del sacro y tiene 13 cm de longitud. Los diámetros oblicuos se extienden desde las sincondrosis sacroilíacas hasta la eminencia ileopectínea contralateral; tienen una longitud de 12.5 cm. (Yeomans, E. Clinical Pelvimetry. Clinical Obstetrics and Gynecology. 2006. Volume 49, Number 1, 140-146)

ESTRÍAS DEL EMBARAZO. Corresponde a bandas paralelas de la piel que aparecen en el vientre como consecuencia del estiramiento de la piel durante el embarazo. Se observan como líneas blancas o rosadas en la piel del abdomen, con diferentes grados de profundidad de acuerdo a la severidad. Se presentan en el 90% de las mujeres embarazadas. La presencia de estas lesiones es el resultado de varios factores: aumento de peso, aumento de tensión sobre el tejido conectivo, aumento de la actividad corticoadrenal. Se plante adicionalmente, que existe una relación crítica entre colágeno maduro con enlaces cruzados y formación de colágeno inmaduro elástico, generando estiramiento y ruptura de las fibras elásticas de la piel. Usualmente se presentan en el sexto o séptimo mes de gestación, afectando abdomen, mamas, muslos, región sacra y axilar. No existe tratamiento específico para esta condición, sin embargo, se recomiendo aumento gradual de peso durante el embarazo e hidratación de la piel con cremas que contengan vitaminas A y D. (Vásquez, B. Vásquez, A. Piel y embarazo. MedUnab. 2002; 5 (14): 83 – 94)

ESTRIOL: Es una derivado del estradiol que presenta dos grupos hidroxilos en anillo D, en posición 16 y 17, presentando la configuración alfa y beta respectivamente. El estriol es el estrógeno mas activo por vía oral. estas sustancias se emplean como terapia sustitutiva en estados de deficiencia, como métodos anticonceptivos, manejo de hemorragia uterina anormal, neoplasias malignas de próstata y mama así como prevención de osteoporosis y tratamiento de afecciones climatéricas. (Deroo, BJ, Korach, KS. Estrogen receptors and human disease. J Clin Invest 2006; 116:561)

ESTRÓGENOS: Corresponde a la principal hormona sexual femenina, responsables de la aparición y desarrollo de los caracteres sexuales secundarios. Los estrógenos son sintetizados principalmente a nivel ovárico en menor medida en glándula suprarrenal; durante el embarazo, la placenta es responsable de la síntesis de estrógenos. Las funciones de estas hormonas sexuales incluyen: maduración de genitales internos y desarrollo de caracteres sexuales secundarios durante la pubertad, crecimiento y desarrollo folicular a nivel ovárico, desarrollo de conductos mamarios, cierre de las epífisis de los huesos largos, distribución de la grasa corporal, pigmentación de piel a nivel de pezón, areola y genitales, mantenimiento de la estructura normal de la piel y vasos sanguíneos, disminución del índice de resorción ósea, entre otros. (Deroo, BJ, Korach, KS. Estrogen receptors and human disease. J Clin Invest 2006; 116:561)

ESTRÓGENOTERAPIA: Hace referencia al uso de estrógenos con fines terapéuticos. Estos compuestos se emplean para el tratamiento de trastornos climatéricos, vaginitis atrófica, inhibición de la lactancia, trastornos menstruales, anticoncepción, prevención de osteoporosis y en algunos tipos de carcinoma de próstata y mama. La principal indicación de estrogenoterapia corresponde a la terapia de reemplazo hormonal para la remisión de sintomatología climatérica; los preparados mas comúnmente empleados son: estrógenos equinos esterificados o conjugados, etinilestradiol, dienestrol, metalenestril y dietilestilbestrol. (Deroo, BJ, Korach, KS. Estrogen receptors and human disease. J Clin Invest 2006; 116:561)

ESTRONA: Es un tipo de estrógeno u hormona sexual femenina derivada del estradiol. La mayor parte de la estrona circulante proviene del estradiol y de la conversión periférica de androstenodiona. Los patrones plasmáticos de estrona durante el ciclo menstrual son similares a los del estradiol pero los cambios en las concentraciones son menores; de esta forma, la proporción de estrona y estradil varía durante el ciclo menstrual. Esta proporción es mayor en el momento de la menstrución, cuando la secreción de estradiol es mínima, mientras que es menor en el periodo periovulatorio cuando la secreción de estradiol es máxima. La estrona es el principal

estrógeno en la menopausia con una tasa de producción de 40 ug/día; en este periodo de la vida, la principal fuente de estrona es la aromatización de la androstenodiona. (Deroo, BJ, Korach, KS. Estrogen receptors and human disease. J Clin Invest 2006; 116:561)

ESTUDIO: Es cualquier tipo de investigación clínica que tiene una estructura metodológica de acuerdo a los medios y a los fines aceptados internacional mente para resolver el problema que pretende solucionar. Los diferentes diseños son: 1-Experimentos controlados y aleatorizados.2-Cuasi-experimentos: Estudios con la estructura de los experimentos pero en los cuales no se han escogido los pacientes mediante aleatorización.3-Observacionales descriptivos a-Reporte de casos, b-Serie de casos 4-Correlación: a-De consistencia, b-De conformidad 5-Analíticos a-Casos y controles b-Cohortes b1-Retrospectiva b2-Prospectiva b3-Ambispectiva c-Casos y controles anidados en la cohorte d-Doble cohorte e-Casos y cohortes f-Meta-análisis g-Estudios ecológicos h-Encuestas. (Hernandez, M. Garrido, F. Diseño de estudios epidemiológicos. Salud Pública de México. 2000; 42 (2): 144-154)

ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES: Es una investigación clínica que tienen las siguienters características: a-Es un tipo de estudios observacional porque el investigador no interviene en el factor de exposición (como sucede en los estudios experimentales) b-Es analítico porque intenta buscar causalidad entre el factor de exposición y la enfermedad. c-Se desarrolla en el escenario natural de la enfermedad. Utilidad y ventajas: a-Muestra la asociación entre uno o más factores de riesgo y una enfermedad. b-Permite estudiar eventos que ya han ocurrido. c-Es eficiente en tiempo y dinero d-Util para enfermedades raras(las que tienen una prevalencia < 10%). e-Util para enfermedades con tiempo de latencia prolongado. f-Permite la exploración simultánea de muchas variables. g-El tamaño de la muestra es menor que en otros estudios. h-Permite el cambio de las hipótesis a medida que avanza el estudio. i-No requiere definición de la cohorte al comienzo del estudio. Propósitos: a-Comparar

la frecuencia de exposición entre los enfermos y los controles. b-Más que frecuencia busca asociación. Desventajas: a-Es muy susceptible a los sesgos b-Es difícil el control de los factores de confusión. c-Se pueden distribuir en forma desigual las variables de confusión. d-No mide la causalidad. (excepto los estudios de casos controles anidados en un estudio de cohorte). e-No mide el riesgo relativo directo (porque no puede medir la incidencia). f-Es difícil encontrar los controles ideales. (Hernandez, M. Garrido, F. Diseño de estudios epidemiológicos. Salud Pública de México. 2000; 42 (2): 144-154)

ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES ANIDADO EN UNA COHORTE: ES el estudio de cohortes del cual se extrae parte de la muestra para realizar un estudio de casos y controles. (Hernandez, M. Garrido, F. Diseño de estudios epidemiológicos. Salud Pública de México. 2000; 42 (2): 144-154)

ESTUDIO DE COHORTES. Es una investigación observacional analítica en la cual se comparan durante un periodo del tiempo el grupo de personas con el factor de exposición y el grupo de personas sin dicho factor. Al final del periodo de estudio se analizan los eventos ocurridos en los dos grupos para establecer el grado de participación del factor de exposición en los resultados. Por ejemplo, se sigue durante el embarazo a un grupo de maternas añosas (factor de exposición = F.E.) y a un grupo de maternas jóvenes. Al final del embarazo se compara la morbimortalidad de los fetos y recién nacidos (aborto, malformaciones,retardo del crecimiento,etc) para analizar estadísticamente la influencia que tuvo la edad en los resultados de ambos grupos de maternas. Las principales ventajas de los estudios de cohortes son: a-Suministran descripción completa de las experiencias posteriores a la exposición incluyendo tasas de progreso de los estadíos de la enfermedad e historia natural. b-Permiten el estudio de múltiples efectos potenciales derivados de una exposición, tanto de riesgos como de beneficios. c-Demuestra la tasa de enfermedad entre expuestos y no expuestos. d-Permite mayor flexibilidad del registro sistemático de las variables. e- Permite un control de calidad de las variables de estudio. Las principales debilidades son: a-Requiere gran tamaño de muestra para estudiar enfermedades raras. b-Exige largos periodos de seguimiento en

las cohortes prospectivas. c-Por su larga duración es susceptible al cambio en los niveles de exposición entre los investigados haciendo que los hallazgos sean irrelevantes. d-Son más costosos que otros estudios e-Susceptibles a la pérdida de pacientes. f-Incompleto control de las variables extrañas g-Pocas veces es posible el estudio de los mecanismos de la enfermedad. La cohorte es prospectiva cuando el grupo de personas es seguido y analizado hacia el futuro (por ejemplo los niveles de colesterol desde hoy hasta dentro de dos años en mujeres usuarias de los anticonceptivos tricíclicos). Es retrospectiva cuando se analizan los eventos ocurridos en grupos de personas expuestas en el pasado al factor estudiado (por ejemplo las lesiones retinianas en mujeres que han utilizado el norplant en los últimos 10 años hasta el mes pasado). Es ambispectiva cuando se combinan el tiempo pasado y el futuro (ejemplo: una investigación sobre incontinencia urinaria que empieza hoy para estudiar grupos de multíparas a quienes se les hizo episiotomía en todos los partos en los últimos 5 años pero el estudio terminará dentro de diez años con las mismas pacientes). (Hernandez, M. Garrido, F. Diseño de estudios epidemiológicos. Salud Pública de México. 2000; 42 (2): 144-154)

ESTUDIO DE CORTE TRANSVERSAL. Es una investigación observacional descriptiva que hacen énfasis en la prevalencia de un factor de riesgo o de una enfermedad entre grupos pequeños de la población durante un corto periodo de tiempo (es como el registro de una foto instantánea de la población estudiada). Por ejemplo el análisis de los recién nacidos seropositivos entre las madres que no tuvieron control prenatal, la morbimortalidad fetal entre las madres que trabajan expuestas a fuentes de energía,etc. La desventaja de este tipo de investigaciones es la deficiente relación de temporalidad entre causa y efecto. En una circunstancia especial los estudios de corte transversal son considerados analíticos: cuando hay un factor de riesgo inherente al individuo o que permanece desde antes hasta después que ha aparecido la enfermedad: por ejemplo el grupo sanguíneo, una malformación cardiaca de la madre ,etc. (Hernandez, M. Garrido, F. Diseño de estudios epidemiológicos. Salud Pública de México. 2000; 42 (2): 144-154)

ESTUDIO DE METANÁLISIS: Se define como el análisis de los análsis, según Glass. Corresponde al análisis estadístico de una gran colección de resultados de trabajos individuales con el propósito de integrar los hallazgos obtenidos. El objetivo de un metanálisis es realizar un análisis sistémico e integral de la información, sobre el conjunto de resultados de investigaciones empíricas que analizan un mismo problema, con el fin de hallar un resultado sinérgico o conclusiones factibles de generalizar. (Hernandez, M. Garrido, F. Diseño de estudios epidemiológicos. Salud Pública de México. 2000; 42 (2): 144-154)

ESTUDIO DE REPORTE DE CASO Y SERIE DE CASOS. Los primeros son informes observacionales descriptivos de un caso curioso tomado de la experiencia del investigador. La serie de casos son varios son varios eventos similares generalmente publicados por un solo autor. Estos reportes son la interfase entre la medicina clinica y la epidemiología. Las ventajas de los mismos son: a-Pueden ser el comienzo de una epidemia b-Pueden ser el comienzo de una enfermedad rara. c-Permite plantear nuevas hipótesis sobre el diagnóstico. Desventajas: a-No toleran análisis estadístico b-No tienen grupo control. (Hernandez, M. Garrido, F. Diseño de estudios epidemiológicos. Salud Pública de México. 2000; 42 (2): 144-154)

ESTUDIOS DE CORRELACIÓN. Son investigaciones observacionales descriptivas en grupos de poblaciones (no persona por persona). Miden el comportamiento de dos o más variables. Por ejemplo relaciona una enfermedad con un factor de interés (edad, utilización de servicios de salud, etc). Su medida de asociación es el coeficiente de correlación R que describe la relación lineal entre dos variables. Por cada unidad de cambio en una variable aumenta o disminuye una unidad en la otra variable. Toma valores entre -1 y +1. Cuando su valor es negativo las variables van en sentido contrario. Cuando su valor es positivo las variables van en el mismo sentido. La principal ventaja de estos estudios es la rapidez y economía pues usan información disponible en los censos, estudios de mercadeo,etc. Las desventajas más notorias son: a-No dan información detallada sobre los individuos investigados b-No detecta la influencia de los factores de confusión en la enfermedad c-Los datos ofrecidos son de

niveles de exposición más que valores absolutos. (Hernandez, M. Garrido, F. Diseño de estudios epidemiológicos. Salud Pública de México. 2000; 42 (2): 144-154)

ESTUDIOS DE SERIES TEMPORALES. Son investigaciones realizadas en diferentes épocas ,en la misma población, relacionando los mismos fenómenos, con el propósitop de confirmar que un factor es responsable de un efecto previamente observado. (Hernandez, M. Garrido, F. Diseño de estudios epidemiológicos. Salud Pública de México. 2000; 42 (2): 144-154)

ESTUDIOS DOBLE CIEGO Y TRIPLE CIEGO. En este tipo de investigaciones se busca evitar los sesgos o preferencias que el investigador pudiera tener para asignar el tratamiento o al analizar los datos para favorecer los resultados de un experimento. Por ejemplo si un médico participante suministra y evalúa los resultados de unas cápsulas al individuo investigado sin saber si contiene principio activo o un placebo, se trata de un doble ciego porque el paciente tampoco lo sabe. Si tanto el médico que suministra el medicamento y la persona que evalúa los resultados ignoran a qué pacientes se les administró el verdadero fármaco (datos solo conocidos por una cuarta persona), el estudio es triple ciego. (Hernandez, M. Garrido, F. Diseño de estudios epidemiológicos. Salud Pública de México. 2000; 42 (2): 144-154)

ESTUDIO DESCRIPTIVO. Es una investigación clínica que relaciona patrones de la enfermedad en relación a la persona, el lugar y el tiempo. Sus datos son tomados de historias clínicas, censos, archivos de estudios vitales, etc. Los estudios descriptivos se hacen con base en la observación; el investigador no modifica ni interviene en los factores de riesgo. Los más frecuentes son: Reporte de caso, Serie de casos, Corte transversal y de Correlación. (Hernandez, M. Garrido, F. Diseño de estudios epidemiológicos. Salud Pública de México. 2000; 42 (2): 144-154)

ESTUDIO ECOLÓGICO. Investigación científica realizada en un grupo de personas que comparten una área geográfica donde están expuestas al factor de interés. Por ejemplo el CARCINOMA de cervix en una población donde sea frecuente la promiscuidad de hombres y mujeres. Un riesgo de

estos estudios es la llamada falacia ecológica que es una conclusión errónea al comparar individuos no expuestos con los expuestos en una población donde la mayoría de los habitantes sí está expuesto. Por ejemplo si se estudiaran las enfermedades de transmisión sexual (ETS) entre los habitantes de raza negra en una ciudad del Chocó donde vive una pequeña colonia de personas de raza blanca con poca promiscuidad y se concluyera que la raza blanca es resistente a las ETS. (Hernandez, M. Garrido, F. Diseño de estudios epidemiológicos. Salud Pública de México. 2000; 42 (2): 144-154)

ESTUDIO EXPERIMENTAL: En este tipo de investigación se realiza una intervención terapéutica (un medicamento, una cirugía ,etc.) sobre un grupo de personas bajo estrictas medidas de vigilancia y quienes han sido escogidas al azar. La manera más neutral de aleatorización es mediante la generación de una tabla por computador y asignación de la intervención de manera ciega. Simultáneamente se ha tomado otro grupo de control al cual se le administra un placebo. Luego se analiza la modificación ocurrida en los individuos investigados que recibieron la intervención, respecto a aquellos que no la recibieron. Se prefiere que el análisis sea doble o triple ciego. Son requisitos de un experimento: a- La asignación del tratamiento mediante técnicas válidas de aleatorización. b-La escogencia de un grupo control de comparación al cual se le administra placebo. c-La comparación de los resultados entre el grupo placebo y el grupo intervenido. // Sinónimos: Experimento controlado, Experimento aleatorizado, Ensayo clínico. (Hernandez, M. Garrido, F. Diseño de estudios epidemiológicos. Salud Pública de México. 2000; 42 (2): 144-154)

ESTUPRO: Delito contra la libertad y el pudor sexual en el cual el acceso carnal se obtiene mediante el engaño, caso en el cual la voluntad no hay voluntad anulada sino voluntad viciada. 2- Acto sexual mediante maniobra engañosa como una promesa falsa, gratificación,mentira, ardid, explotación de creencias o supersticiones, etc. El sujeto se presenta con cualificación natural en cuanto ha de ser mayor de catorce años y menor de dieciocho en el código penal colombiano. (Lafferriere, A. Pelichero, C. Violación y estupro. Derecho penal. Tomo I. quinta edición. P 187)

ETINILESTRADIOL: Es un estrógeno sintético derivado del estradiol. Presenta todas las funciones del estradiol. Es el estrógeno sintético componente de la mayoría de las píldoras anticonceptivas en diferentes concentraciones. De acuerdo a esto, los anticonceptivos orales se clasifican en anticonceptivos de macrodosis o microdosis. (Baker, V. Jaffe, R. Clinical uses of antiestrogens. Obstetrical and Gynecological Survey. 2006; 51 (1): 45-59)

ETINODIOL: Es un progestágeno estructuralmente relacionado con la testosterona; forma parte de los progestágenos etinilados del grupo de los estranos. El mecanismo de acción es similar al de todos los esteroides a nivel celular. Para transporte por vía sanguínea se une a una globulina transportadora (SHBG) en receptores específicos de la célula blanco (se han descrito 2 tipos de receptores: alfa y beta) y se acopla al receptor desencadenando un estímulo en el mecanismo de cascada de la fosforilación formando un complejo Hormona-Receptor (HR). Este HR activa los receptores nucleares de la adenilciclasa nuclear, produciendo una defosforilación y traslocación a nivel nuclear, modificando las proteínas del ADN con activación de la ARN polimerasa lo cual inicia el fenómeno de transcripción. El ADN activado por metilación desencadena la orden para que el ARN mensajero viaje hacia los ribosomas y produzca la respuesta deseada. (Onatra, W. Consenso Colombiano de Terapia de Suplencia Hormonal en Osteoporosis. Revista de Menopausia. 2004; 10: 5)

ETIOPATOGENIA: Es el conjunto de elementos diagnósticos que permiten al clínico buscar la causa de una enfermedad o de una alteración fisiológica, y de las maneras como esa alteración conduce a otras o lleva la paciente a presentar una enfermedad. Por ejemplo en una paciente con hemoperitoneo la etiopatogenia es el conjunto del interrogatorio, exámen físico y estudios paraclínicos que llevan al médico a diagnosticar un embarazo ectópico roto con escape de gran cantidad de sangre a la cavidad peritoneal. (Vallejo, J. Etiopatogenia en neuropatías craneales. (Pla, M. Etiopatogenia de la hemorragia uterina disfuncional. Ginecología Clínica y Quirúrgica. 2001; 2 (1): 19-24)

EUGONADISMO: Este término se emplea para referirse a las pacientes con estrogenización normal pero sin un patrón menstrual regular. Los casos con anomalías genitales como obstrucción del flujo y agenesia uterina se clasifican dentro de esta categoría. Además, las enfermas con síndrome de ovarios poliquísticos tienen una concentración normal o alta de estrógenos pero presentan oligomenorrea y a menudo concentraciones elevadas de andrógenos. Muchas enfermas con problemas hipotalámicos variados (p.ej., tensión y pérdida de peso) también pueden clasificarse entre eugonadismo e hipogonadismo hipogonadotrópico porque su concentración de estrógenos cae dentro de los límites que se observan en la fase folicular del ciclo, pero sin la secreción cíclica normal. (Speroff, L. Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility. Sixth Edition. 1999. p 187)

EUTACOIDE: Ver Autacoides.

EUTÓCICO (Griego:Eu, bueno, normal; tokos,parto): Parto vaginal que discurre normalmente de comienzo a fin. Para que esto ocurra se requiere que la pelvis de la madre sea ginecoide, que el feto sea de características anatómicas y peso normal, que las contracciones uterinas sean eficaces, que el cuello se borre y se dilate adecuadamente y que el feto descienda sin tropiezos y nazca con facilidad.// El término opuesto a eutócico es distócico. (Cunningham, F. Gant, N. Williams Obstetricia. Embarazo: generalidades, organización y diagnóstico. Buenos Aires, Argentina. Editorial Medica Panamericana. 2002. p 4-12)

EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS: Forma integral de investigar las consecuencias técnicas, económicas, éticas y sociales del empleo de las diferentes formas de tecnología en el campo de la salud, a corto y largo plazo, así como sus efectos directos e indirectos y sus efectos deseados y no deseados. Esta disciplina estudia los aspectos mencionados en personas sanas y enfermas en relación con los medicamentos, los equipos de diagnóstico, los equipos para intervención quirúrgica o terapéutica, el tipo de procedimientos médicos y quirúrgicos, los dispositivos médicos, los modelos organizativos, los sistemas de apoyo y el uso de

habilidades y conocimientos. (Bravo, J. Tecnología Sanitaria en España. Federación Española de Tecnología Sanitaria. 2001; 2: 120)

EVENTO ADVERSO: 1. Es la lesión que se produce en un paciente producto de su contacto con los servicios de salud, la cual no puede ser atribuida a la enfermedad del paciente o a la patología a consultar. Es una incapacidad, infección, daño psicológico o un aumento en el costo de la atención por la no calidad (Gómez Córdoba)// **2.** Es el daño, de cualquier magnitud, producido por la naturaleza física o química de una prótesis, de una sutura, de un implante, o cualquier otro elemento que se instala en el cuerpo humano con fines terapéuticos // **3.** Es el daño, de cualquier magnitud, producido por la naturaleza química de una sustancia farmacológica administrada con fines terapéuticos // **4.** Entre las causas de eventos adversos, el 27,6% tuvo que ver con complicaciones técnicas intra-operatorias, el 16,4% con procedimientos obstétricos (parto–posparto) de enfermería, el 15,7% con complicaciones no técnicas, el 12,5% por infección de la herida, el 9,2% por medicamentos y el 6,5% por complicaciones tardías. Factores como fallas diagnósticas, fallas terapéuticas y caídas de los pacientes representaron el 3% cada una. De acuerdo con los expertos estadounidenses, las probabilidades de que alguien muera cuando ingresa a una institución prestadora de servicios de salud a recibir tratamiento son de 1 en 500, relación superior a la que presentan actividades o eventos aparentemente más peligrosos como manejar (1 en 10.000), viajar en avión (1 en 8.000.000), desplazarse en tren europeo (1 en 10.000.000) o por un escape de energía nuclear (1 en 12.000.000). En Estados Unidos, el evento adverso es la tercera causa de muerte después de la enfermedad cardiaca y el cáncer. El número de decesos por este hecho fluctúa entre 44.000 y 98.000 al año, cifra superior a las defunciones por sida y cáncer de mama. (Wilson RM, Runciman WB, Gibberd RW, Harrison BT, Newby L, Hamilton JD Quality in Australian Health care Study. The Med J Aust. 2001 Apr 2;174(7):369.): Sinónimo: Iatrogenia. Aunque etimológicamente la palabra iatrogenia hace referencia solo al médico, se entiende hoy que es un evento adverso originado en el acto terapéutico de cualquier profesional de la salud, o el efecto lesivo de

cualquier elemento o sustancia que se administra al paciente con propósitos terapéuticos.

EVENTRACIÓN: Corresponde a la procidencia o salida de las vísceras abdominales por una zona u orificio de la pared abdominal debilitada quirúrgica, traumática o patológicamente sin que se produzca una ventana en la piel. Se conoce también como hernia ventral, hernia incisional, ventrocele o laparocele. Las vísceras que protruyen pueden estar recubiertas o no de un saco de eventración constituido de peritoneo parietal más o menos modificado por restos fibrosos cicatriciales y/o fibras musculares. Existen tres elementos importantes en toda eventración: el anillo u orificio, el saco y el contenido; el anillo u orificio de eventración está formado por bordes musculares retraídos e invadidos por tejido fibroso, el saco de eventración se genera cuando se inicia la separación músculo-aponeurótica, el contenido es variable, usualmente corresponde a epiplón, intestino delgado o ambos, que puede ser reductible o no reductible o encarcelado como complicación. Todas las eventraciones deben ser corregidas quirúrgicamente; la reparación con malla es la técnica de elección con tasas de recurrencia que varían entre 2% a 32% comparadas con tasas de recurrencia que varían entre 12% a 63% para las técnicas que no utilizan prótesis. Existen tres técnicas para la colocación de la malla: inter-aponeurótica, infra-aponeurótica o pre-peritoneal y supra-aponeurótica. (Beltrán, M. Danilova, T. Evisceración y eventración por ruptura espontánea de hernia incisional. Rev Chilena de Cirugía. 2006; 58 (2): 147-150)

EVERSIÓN CERVICAL: Ver Ectropion cervical.

EVIDENCIA: Es el grado actual de verdad que tiene una afirmación científica, de acuerdo al soporte que haya logrado en diferentes niveles de investigación o de consenso. La evidencia se clasifica de I a III; la más confiable es la tipo I y se hace menos consistente a medida que se acerca a III. // Evidencia tipo I: Nivel de verdad científica, alcanzada mediante la demostración con uno o más estudios experimentales, aleatorizados, controlados, correctamente diseñados y ejecutados, con validez externa reconocida por la comunidad científica mundial.// Evidencia Tipo II-1: Nivel

de verdad científica, alcanzada mediante un estudio experimental pero en el cual no se hizo aleatorización o la misma no fue adecuada. // Evidencia tipo II-2: Nivel de verdad científica obtenida mediante estudios de cohortes o de casos y controles, bien diseñado y preferiblemente multicéntrico.// Evidencia tipo II-3: Nivel de verdad científica obtenida mediante múltiples estudios de series de tiempo y lugar, de acuerdo al tipo de intervención. // Evidencia III: Es el tipo de verdad científica aceptada por la comunidad por haber sido postulada o propuesta por uno o más expertos independientes pero reconocidos, o por autoridades en el campo técnico o científico, o alcanzadas mediante estudios descriptivos, o por conclusiones de tipo consenso emanadas de un panel de expertos. // La evidencia es cambiante en el tiempo a medida que va cambiando la tecnología o a medida que los resultados acumulados muestran una tendencia diferente a la inicial. (Hernandez, M. Garrido, F. Diseño de estudios epidemiológicos. Salud Pública de México. 2000; 42 (2): 144-154)

EVISCERACIÓN: Es la dehiscencia de la aponeurosis después de una cirugía de la pared abdominal anterior que produce protrusión del intestino, acompañada de apertura parcial o total de la herida quirúrgica en la piel; las visceras quedan expuestas al medio ambiente, lo cual contamina la cavidad peritoneal. La evisceración ocurre como una complicación en el periodo postoperatorio inmediato y la característica fundamental es que las vísceras no están recubiertas por peritoneo. Existen factores que contribuyen al desarrollo de esta complicación como: mala técnica quirúrgica del cierre de los planos de la laparorotomía, infección de la herida operatoria que debilita los planos anatómicos, aumento de la presión intraabdominal postoperatoria como sucede en los pacientes tosedores, presencia de ascitis o pacientes intervenidos por obstrucción intestinal. La evisceración constituye una urgencia quirúrgica; es necesario realizar lavado de la cavidad peritoneal y evaluación de infección asociada. Si no existe infección, se resecan los bordes de la aponeurosis y se cierra por planos. Si se documenta infección, se deja el abdomen abierto, se coloca bolsa de viaflex, se realizan lavados diarios y cuando se controle el proceso infeccioso se programa el cierre de

la pared. (Walsh, T. O´Brien, D. Bowel evisceration. Ir Med J. 2004; 97(1): 20-1)

EVISCERACIÓN CONTENIDA: Corresponde a la deshicencia de la aponeurosis después de una cirugía de laparotomía, con protrusión de intestino, pero sin apertura de la piel, es decir, sin exposición del contenido intestinal al medio ambiente. (Walsh, T. O´Brien, D. Bowel evisceration. Ir Med J. 2004; 97(1): 20-1)

EXENCEFALIA: 1. Falta parcial del cráneo fetal ***//*** **2.**También conocido como acrania, corresponde a la condición en la cual no se observa cráneo pero se observa tejido cerebral. La consecuencia de esta situación es el trauma del tejido cerebral con destrucción paulatina del encéfalo, que conlleva a una anencefalia. La incidencia se encuentra estimada de 1:1000 a 1:2000 fetos estudiados. Esta condición es enteramente letal. (Poulose, T. Tsepov, D. Familial exencephaly - anencephaly sequence and translocation. J Obstet Gynaecol. 2007; 27(3):317-8) Sinónimo: Acrania.

EXENTERACIÓN PÉLVICA: Corresponde al procedimiento quirúrgico en el cual se realiza extracción de vísceras pélvicas en el tratamiento de neoplasias malignas. El procedimiento fue descrito inicialmente por Brunchwig en 1948 y era conocido como Evisceración Pélvica. La técnica incluye tres posibilidades: Exenteración total que corresponde a la extirpación de las vísceras pélvicas, incluyendo vejiga y recto-sigmoide; Exenteración anterior que corresponde a la extirpación de la vejiga y todas las vísceras pélvicas conservando el recto-sigmoide, derivando el tracto urinario hacia un conducto ileal o sigmoide; Exenteración posterior que corresponde a la extirpación del recto-sigmoide junto con todas las vísceras pélvicas conservando de la vejiga, derivando el tracto intestinal por colostomía. (Phillip, J. Disaia, W. Clinical Gynecologic Oncology. Cervical Cancer. Sexta edición. Editorial Elsevier. Madrid, España. 2002. pp 90 – 145)

EXHIBICIONISMO: Es la compulsión a exponer los genitales, generalmente de un hombre ante un auditorio femenino involuntario. Explican los analistas de esta conducta anómala como una forma de enfrentarse a la ansiedad de

castración, compensada al recibir demostración de asombro de la mujer sorprendida, de que su pene está intacto. (Gala, F. Guillén, C. Consideraciones y actitudes acerca de los trastornos de la conducta sexual. Medicine Somática y Psiquiatría de enlace. 2003; 67: 61-70)

EXCISION DE LA ZONA DE TRANSFORMACIÓN: Corresponde a la extirpación quirúrgica de la porción mas externa del cuello uterino incluyendo la zona de transformación. Usualmente esta excisión se realiza en forma de cono razón por la cual se conoce con el término Conización. Ver Conización. (Shinglenton HM,Fowler WC,Jordan JA,Lawrence WD. Gynecologic oncology. Current diagnosis and treatment. W Saunders,London. 1996 p. 47)

EXOCERVIX: Es la porción infravaginal del cervix, tapizada por un epitelio escamaso estratificado que descansa sobre un estroma de tejido fibromuscular compuesto en su mayoría por tejido conectivo y aproximadamente un 15% de tejido muscular liso. Histológicamente presenta tres zonas de diferenciación celular durante el proceso de maduración: zona geminal (estrato basal y parabasal), zona intermedia y zona superficial. Presenta cambios de acuerdo a los estímulos hormonales principalmente estrogénicos, con receptores que se encuentran en la zona geminal e intermedia, induciendo recambio celular en aproximadamente 4 – 5 días. (Burkitt, H. Young, B. Heath, J. Aparato Reproductor Femenino. Histología funcional. Primera edición española. Madrid, España. Churchill Livingstone. 1996. 335-365)

ÉXTASIS: del griego *ekstasi§,* es un “estado del alma enteramente embargada por un sentimiento de admiración, alegría, etc.”. En términos religiosos se define así el “estado del alma caracterizado por cierta unión mística con Dios mediante la contemplación y el amor, y por la suspensión del ejercicio de los sentidos”. // Nota de los autores: es frecuente que algunas personas cambien el término “estasis” por el de “éxtasis”, para referirse al estancamiento de la sangre o de cualquier otro líquido en una parte del cuerpo. (debe notarse que la ortografía, la pronunciación y el significado son muy diferentes). (Carretera, P. Neuronas, emociones y

motivaciones. Erotismo y sexualidad. Primera edición. Fondo de cultura económica. México DF, México.1997. Pp.38 – 48)

EXTRACCIÓN FETAL CON ESPÁTULAS DE VELASCO. Ver Espátulas de Velasco.

EXTRACCIÓN FETAL CON FORCEPS. Ver Forceps.

EXTRACCIÓN FETAL CON VACUUM: Corresponde a una forma de parto instrumentado en la cual se emplean un instrumento conocido como Vacuum para permitir la extracción de la cabeza fetal. El vacuum se aplica en el espacio comprendido entre la fontanela anterior y posterior en un diámetro aproximado de 9 cm. De acuerdo a las revisiones de Cochrane se considera que el uso de vacuum en un parto asistido reduce la morbilidad materna y fetal con menores casos de laceraciones del canal de parto así como cefalohematoma y hemorragia retiniana, cuando se compara con el uso de fórceps o espátulas de Velasco. (Johanson, R. Menon, V. Extracción con ventosa versus forceps. Cochrane. 2004; 4)

EXTRASÍSTOLES FETALES: Corresponden a contracciones prematuras del corazón fetal originados en cualquier sitio anatómico cardiaco. Se clasifican en supraventriculares y ventriculares. Supraventriculares si se originan por encima de la bifurcación del Haz de His, o ventriculares, si se originan por debajo de la misma. (Fleischer, A. Manning, F. Jeanty, P. Romero, R. Ecografía en Obstetricia y Ginecología. Diagnóstico prenatal de enfermedades cardíacas congénitas. Madrid, España. Ediciones Marban. Sexta edición. 2002. p 375-388)

EXTRASÍSTOLES FETALES SUPRAVENTRICULARES: Corresponden a contracciones prematuras del corazón fetal originados por encima de la bifurcación del Haz de His. Las extrasístoles supraventriculares corresponden al 85% de los trastornos del ritmo cardíaco fetal; usualmente no presentan compromiso de la función cardíaca fetal, con evolución satisfactoria y desaparición espontánea en las primeras semanas de vida. El diagnóstico se realiza a través de ultrasonografía en modo M, al documentar contracciones auriculares o ventriculares extras.(Fleischer, A.

Manning, F. Jeanty, P. Romero, R. Ecografía en Obstetricia y Ginecología. Diagnóstico prenatal de enfermedades cardíacas congénitas. Madrid, España. Ediciones Marban. Sexta edición. 2002. p 375-388)

EXTRASÍSTOLES FETALES VENTRICULARES: Corresponden a contracciones prematuras del corazón fetal originados por debajo de la bifurcación del haz de His. El diagnóstico se realiza a través de ultrasonografía en modo M, al documentar contracciones auriculares o ventriculares extras. (Fleischer, A. Manning, F. Jeanty, P. Romero, R. Ecografía en Obstetricia y Ginecología. Diagnóstico prenatal de enfermedades cardíacas congénitas. Madrid, España. Ediciones Marban. Sexta edición. 2002. p 375-388)

EXTROFIA VESICAL: Anomalía congénita en la cual se eviscera la vejiga por un defecto de cierre de la pared anterior, que permite la salida y exposición de este órgano. Si el defecto se acompaña de otras anomalías severas del árbol urinario, se produce la muerte temprana del lactante. (Fleischer, A. Manning, F. Jeanty, P. Romero, R. Ecografía en Obstetricia y Ginecología. Diagnóstico prenatal de enfermedades congénitas del tracto genitourinario. Madrid, España. Ediciones Marban. Sexta edición. 2002. p 455)

EYACULACIÓN: Expulsión del semen a través del pene como consecuencia de un orgasmo, que ocurre con la estimulación sexual durante un acto sexual o durante la masturbación. También puede ocurrir de manera espontánea durante el sueño ("emisión nocturna") (Gala, F. Guillén, C. Consideraciones y actitudes acerca de los trastornos de la conducta sexual. Medicine Somática y Psiquiatría de enlace. 2003; 67: 61-70)

EYACULACIÓN PRECOZ. Trastorno sexual temporal o permanente que consiste en la expulsión del semen a través del pene antes de la penetración en la vagina, o muy poco después de haberla iniciado, lo cual produce insatisfacción en la mujer que apenas inicia su exitación o que está en una etapa que no le permite aún llegar al orgasmo. (Gala, F. Guillén, C. Consideraciones y actitudes acerca de los trastornos de la conducta sexual. Medicine Somática y Psiquiatría de enlace. 2003; 67: 61-70)

EYACULACIÓN RETRÓGRADA: Orgasmo anormal en el cual el semen se dirige a la vejiga en vez de continuar hacia la uretra peneana. Se debe a una falla del cierre de la válvula situada en la base de la vejiga que permite la devolución de los espermatozoides,líquido prostático y líquido seminal hacia la cavidad vesical. Puede ser secundaria a una intervención quirúrgica sobre la zona o a una enfermedad que afecte la pelvis masculina. (Gala, F. Guillén, C. Consideraciones y actitudes acerca de los trastornos de la conducta sexual. Medicine Somática y Psiquiatría de enlace. 2003; 67: 61-70)



FACTOR MASCULINO: Es una manera resumida para referirse a los espermatozoides o a un trastorno en la permeabilidad de los conductos por los cuales transcurren estos gametos o se forma el semen, cuando se habla de los trastornos de la fertilidad. En el lenguaje de la endocrinología de la reproducción hay por tanto un factor femenino (los óvulos, la permeabilidad de las trompas, etc) y un factor masculino. El 35% de las causas que trastorna la fertilidad se deben a un factor masculino y un 55% se deben a un factor femenino.(Linda Mlayes, Felipe Vergara, Luis de la Hoz, y col. Manejo del Factor Masculino Leve a Moderado con L-Carnitina. Serie de Casos. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología Vol. 57 No. 4 • 2006 • (301-304).*

FACTOR RH: 1. Se llama RH en honor al Macacus rhesus, mono de la India en el cual fue descubierta esta proteína en 1940, por los investigadores Karl Lanstainer(1868-1943) y Alexander Wiener(1907-1976). El factor Rh está constituido por un complejo de seis antígenos fundamentales, formado por tres pares de genes alelos: Cc, Dd, Ee. El antígeno de mayor poder sensibilizante es el D, le siguen en importancia el e y el E. // **2.** Proteína que se deposita en la superficie de los glóbulos rojos del embrión, mediada por información genética. Al menos uno de los padres debe tener esta proteína en sus eritrocitos para poder transmitir este factor al hijo; cuando ninguno de los padres tiene la mencionada proteína, el hijo será necesariamente RH negativo. Cuando está presente esta proteína se denomina RH positivo; si está ausente se denomina RH negativo. El embarazo de una mujer RH negativa, con un padre RH positivo, puede generar un hijo RH positivo o RH negativo. Si el embrión hereda la proteína de su padre, y por tanto su sangre es RH positivo, puede desencadenar una reacción inmune por parte de la madre quien genera un ataque inmunológico contra esa proteína, reconocida como un cuerpo extraño y nocivo. El ataque materno a las proteínas RH de la superficie de los glóbulos rojos embrionarios o fetales destruye los eritrocitos y le produce anemia por disminución de las células sanguíneas. Esa anemia puede producir muerte

embrionaria temprana o puede producir hidrops fetalis (hidropesía fetal: extravasación masiva de liquido que lleva la feto a un edema generalizado e insuficiencia cardiaca), que de no ser reconocido y corregido tempranamente, puede llevar al feto a la muerte. El diagnóstico de esta condición se hace en parte con el test de Coombs indirecto y con los signos ecográficos del hidrops. // 3.El Factor Rh existe normalmente en el 85% de los humanos, que por esta causa se denomina Rh positivos. La sangre de estos transfundida a los Rh negativos (15%), provoca en el suero de éstos últimos la formación de anticuerpos, que en sucesivas transfusiones pueden destruir los glóbulos rojos del donante Rh +, invalidando así la transfusión y creando efectos adversos. También en el embarazo un feto Rh + puede provocar en la madre Rh - la producción de aglutininas que podrán ser la causa de la enfermedad hemolítica de los recién nacidos.(Landsteiner K, Wiener AS. An agglutinable factor in human blood recognized by immune sera for rhesus blood. Proc Soc Exp Biol Med 1940;43:223-224).

FACTOR VIII-a RECOMBINANTE: Es una nueva estrategia para el manejo de la hemorragia, inicialmente empleado en pacientes con hemofilia A o B y posteriormente empleado en diferentes poblaciones de pacientes complicados con sangrado persistente. El factor VIIIa recombinante es un factor que se une con el factor tisular expuesto por las células endoteliales en el lugar de la lesión; este complejo formado activa el factor X que a su vez activa el factor II, produciendo trombina a partir de protrombina. Las pequeñas cantidades de trombina generadas inducen la formación de coágulo de fibrina, al mismo tiempo que permite la activación plaquetaria; de forma independiente el factor VIIIa recombinante, puede inducir por sí solo la activación plaquetaria y la generación de trombina sobre su superficie por activación del factor X, independiente de la presencia del factor IX o del factor VIII. Este factor fue desarrollado para el manejo de hemorragias espontáneas o quirúrgicas en pacientes con hemofilia congénita o adquirida; sin embargo, su potencial terapéutica se ha extendido al uso en otro tipo de pacientes con procesos de hemorragia masiva no controlada. La dosis establecida es de 200 ug/kg como dosis inicial y posteriormente 100 ug/kg tres horas después de la dosis inicial. (Scott, C. Trujillo, T. Hemorrhage and Recombinant Factor VIIa: a brief review.

Advanced Emergency Nursing Journal. 2006; 28 (4): 284-291 / C. N. Rudisill, R. H. Hockman, K. A. Degregory, A. H. Mutnick and B. G. Macik. Implementing guidelines for the institutional use of factor VIIa (recombinant): A multidisciplinary solution. American Journal Health Syst Pharm. 2006; 63(17): 1641 – 1646)

FALLA HIPOFISIARIA: Es una deficiencia de la función hormonal, originada en la hipófisis,

FALLA OVÁRICA: Es el déficit parcial o total de la función hormonal de los ovarios, que lleva a notoria alteración de las características sexuales secundarias, o a trastornos de la fertilidad dependientes de los estrógenos ováricos o a suspensión de las menstruaciones de manera prematura. La falla ovárica puede ser primaria o secundaria de acuerdo al momento de ocurrencia. Cuando se produce un trastorno de la fertilidad por déficit de la función ovárica con presencia de ciclos menstruales, se llama falla oculta. La falla ovárica

prematura se asocia a síntomas climatéricos severos, deterioro de la sexualidad y calidad de vida, alto riesgo de osteoporosis y posiblemente elevado riesgo cardiovascular. Las mujeres afectadas por esta patología tienen indicación de TH al menos hasta la edad promedio de presentación de la menopausia.Ver los términos relacionados con la falla ovárica. (Groff, AA, Covington, SN, Halverson, LR, et al. Assessing the emotional needs of women with spontaneous premature ovarian failure. Fertil Steril 2005; 83:1734)

FALLA OVÁRICA OCULTA: Corresponde a un tipo de disfunción ovulatoria en presencia de ciclos menstruales regulares. Esta condición se caracteriza por la existencia de niveles séricos anormalmente elevados de gonadotropinas FSH, en condiciones basales, es decir, en el día 3 del ciclo menstrual. Muchas mujeres se encuentran en edad reproductiva y se ha demostrado que los niveles séricos de FSH son un mejor factor predictor de falla ovárica que la edad. Estas mujeres presentan una reserva ovárica disminuida y por lo tanto, constituye una de las principales causas de infertilidad. Si la paciente busca fertilidad, se indica la realización del test de clomifeno para evaluar reserva ovárica; si el resultado es alterado, está indicada la donación de ovocitos como técnica de reproducción asistida. (Groff, AA, Covington, SN, Halverson, LR, et

al. Assessing the emotional needs of women with spontaneous premature ovarian failure. Fertil Steril 2005; 83:1734)

FALLA OVARICA PREMATURA: Se define como un defecto ovárico primario caracterizado por ausencia de menarquia (amenorrea primaria) o depleción prematura de los folículos ováricos antes de los 40 años (amenorrea secundaria). Tiene una incidencia de 1:100 a los 40 años, 1:1000 a los 30 años y 1:10000 a los 20 años; la forma familiar es una condición rara presentándose en el 4 al 31% de todos los casos. La Falla Ovárica Prematura se clasifica de acuerdo a su etiología en: 1) Congénita, generalmente asociada con alteraciones del cromosoma X como el síndrome de Turner, mosaicismos del cromosoma X, defectos sindromáticos congénitos como galactosemia, síndrome de blefarofimosis-ptosis-epicanto inverso, pseudohipoparatoroidismo tipo I, defectos del receptor para FSH o defectos del receptor para LH. 2) Adquirida, generalmente asociada con enfermedades autoinmunes o de características iatrogénicas secundaria a cirugía, quimioterapia, radioterapia, entre otros. Los síntomas varían de manera considerable entre cada paciente y pueden ocurrir de forma abrupta o se pueden desarrollar de forma gradual; las formas severas se relacionan con ausencia de desarrollo puberal y amenorrea primaria. La forma de presentación postpuberal representa la mayoría de los casos y se caracteriza por amenorrea secundaria asociada con depleción folicular prematura; en estos casos de menopausia precoz se presentan los síntomas clásicos del climaterio como palpitaciones, intolerancia al calor, oleadas de calor, sudoración nocturna, irritabilidad, ansiedad, depresión, trastornos del sueño, disminución de la libido, sequedad vaginal, fatiga. Como consecuencia del hipoestrogenismo secundario se presenta infertilidad irreversible y se aumenta el riesgo de desarrollo de osteoporosis, trastornos neurológicos, metabólicos o cardiovasculares como la enfermedad de Alzheimer, hipercolesterolemia o enfermedades isquémicas. El diagnóstico de la Falla Ovárica Prematura se realiza con la medición de los niveles de FSH cuyos valores por encima de 40 UI/L confirman el diagnóstico; la diferenciación etiológica se establece por evaluación de cariotipo. El tratamiento se realiza de acuerdo al deseo de la paciente con relación a la fertilidad; si la paciente no desea embarazo se debe corregir el defecto hormonal con ciclos de estrógenos

+ progestágenos, si la paciente desea embarazo se debe evaluar la reserva ovárica. Si la reserva ovárica está disminuida se deben hacer recomendaciones de concepción temprana o preservación ovocitaria, sin embargo, si la reserva ovárica está ausente la única solución es la donación ovocitaria. (Beck, P. Persani, L. Premature Ovarian Failure. Orphanet Journal of Rare Diseases. 2006; 1: 9 – 15)

FALLA OVÁRICA PRIMARIA: Hace referencia a una alteración primaria de la función ovárica, sin el desarrollo folicular adecuado en cada ciclo y por lo tanto anovulación. En este grupo se encuentran principalmente las mujeres con disgenesia gonadal por alteración cromosómica, como Síndrome de Turner (45X), Disgenesia Gonadal Pura (46 XX) o Síndrome de Swyer (46 XY). En estas pacientes además de presentar anovulación se presentan manifestaciones clínicas de hipoestrogenismo ya que la producción de estradiol a nivel ovárico es nula. Si la paciente presenta fenotipo femenino y desarrollo uterino normal o levemente hipoplásico, son susceptibles de beneficio con la donación ovocitaria, si desea descendencia. En las disgenesias gonadales con componente cromosómico Y, es necesario realizar la gonadectomía antes de los 20 años de edad, ya que presentan un riesgo aproximado de 30% de malignización gonadal. (Groff, AA, Covington, SN, Halverson, LR, et al. Assessing the emotional needs of women with spontaneous premature ovarian failure. Fertil Steril 2005; 83:1734)

FALLA OVÁRICA SECUNDARIA: Es la incapacidad funcional de producir las hormonas de origen ovárico o de madurar los folículos, luego de haber cumplido esta función en una primera etapa de la vida fértil. Se opone al concepto de falla ovárica primaria, en la cual nunca han ocurrido estas funciones. Se puede producir falla ovárica secundaria por efecto de la irradiación pélvica para tratamiento del cáncer, por la administración de citotóxicos, por un trastorno del eje hipotálamo-hipófisis-ovario, etc. (Tom Kelsey. Efectos de la Radioterapia sobre el Ovario y el Útero. Primer Workshop Latinoamericano Sobre Falla Ovárica Secundaria a los Tratamientos del Cáncer University of St Andrews, Montevideo, Uruguay Nov. 2006)

FALLOPIO, GABRIELLO: Sacerdote, filólogo, naturalista y médico nacido en Módena, Italia en 1523 y muerto en Padua a los 39 años de edad. Alumno de Vesalio,fue el anatomista más famoso del siglo XVI. Primero fue sacerdote de la catedral de Módena; luego estudió medicina en la Universidad de Ferrara donde obtuvo el cargo de profesor de anatomía. Posteriormente profesor de anatomía, cirugía y materia médica en las universidades de Pisa y Padua. Describió los canales semicirculares del oído interno y le dió el nombre a la vagina, a la placenta, al clítoris, al paladar y a la cóclea. "Redescubrió" las trompas uterinas en 1561,que habían sido descritas por Herófilo de Calcedonia en el siglo IV antes de Cristo, como "canales de la matriz" pero sin adjudicarles alguna función. En el siglo II Galeno había demostrado que las trompas entraban al útero y no a la vejiga como se creyó hasta entonces. Fallopio escribió sus estudios en el libro "*Observationes Anatomicae*" (1561) que valió la admiración de su profesor y colega Andreas Vesalio. Juntos contribuyeron en forma importante al desarrollo de la anatomía durante el renacimiento. // La anatomía descriptiva fue la primera disciplina médica básica que se independizó de los planteamientos clásicos y tradicionales. Uno de los elementos que hay que tener en cuenta en este proceso fue la disección de cadáveres humanos. Aunque su práctica regular comenzó en la Baja Edad Media, no se convirtió en método fundamental hasta el Renacimiento. Comenzó ésta a ser habitual en la Universidad de Bolonia a finales del siglo XIII; lo fue poco después en Padua, Montpellier y Lérida. Durante el siglo XV se extendió a otras universidades italianas y también a las que imitaron su modelo. Solemos considerar a Andrés Vesalio como una de las figuras que más contribuyó al cambio. A pesar de que recientes investigaciones matizan esta afirmación, lo que sí podemos señalar es que las aportaciones del movimiento que surgió en torno a Vesalio fueron decisivas. // 2. Gabrielle Falloppio fue precisamente uno de los médicos influidos por la obra de Vesalio.Hijo de Gerónimo y Caterina, nació en Módena alrededor de 1523, donde estudió medicina y también cirugía. Allí empezó a ejercer esta profesión, que tuvo que abandonar por los malos resultados que obtuvo en su práctica. También sabemos que estuvo en la Universidad de Ferrara donde, según algunos, obtuvo el doctorado en 1547 bajo la dirección de Antonio Musa Brasavola. Enseñó anatomía en Pisa entre 1548 y 1551; en esta ciudad fue

acusado de practicas la "vivisección" humana. También estuvo en Florencia haciendo disecciones de leones en el zoológico de los Médicis. Hacia 1551 fue llamado por la Universidad de Padua para ocupar la cátedra de cirugía y de anatomía. Allí sucedió a Vesalio y a Colombo. Murió en esta ciudad en 1562, víctima al parecer, de una tuberculosis. Falopio sólo publicó un libro: las *Observationes anatomicae* (1561), comentario a la Fabrica de Vesalio, sin ilustraciones, que perseguía la corrección de los errores cometidos por su predecesor así como la adición de datos nuevos. Cuando se publicó le envió un ejemplar a Andrés Vesalio, quien entonces se encontraba en Madrid. Las referencias al "divino Vesalio" y la cortesía de sus críticas movieron a éste a escribir una réplica amistosa con el título *Anatomicarum Gabrielis Falloppii observationum examen* (1564). Aunque tiene poco valor científico porque su autor estaba ya alejado de la investigación y de los recursos necesarios, es interesante ya que en ella explica cómo llegó a ciertas conclusiones, admite algunos errores y se queja de la esterilidad científica de la corte real española de aquella época. La obra de Falopio está repleta de hallazgos originales y de excelentes descripciones. Por ejemplo, las estructuras del órgano auditivo (canales semicirculares, acueducto), y las del ojo (coroides, músculos óculo-motores, ligamento ciliar). Se le conoce más, sin embargo, por la estructura que lleva su nombre: trompas de Falopio, o trompas uterinas. Además, Falopio también se percató de la existencia de tres túnicas en la pared de la vejiga y de su esfínter interno. Más importancia tiene el hecho de que Falopio fuera de los primeros en estudiar el desarrollo embriológico de algunos huesos y de los dientes. Con la realización de autopsias a fetos, recién nacidos y niños, aportó importantes observaciones sobre los centros primarios y secundarios de osificación. También hizo una brillante descripción de la dentición primaria y de su sustitución por la secundaria, llamando la atención sobre el hecho de que el tipo de tejido difería del óseo. Como señala Laín, esto significa que la forma anatómica comienza a estudiarse desde el punto de vista de la génesis. En unas breves lecciones que Koyter publicó en 1575, Falopio discute y niega la condición de "simples" a muchas de las "partes similares" del cuerpo animal, que Aristóteles les había atribuido. Para Falopio, estas partes se hallarían compuestas de "fibrae" ejecutoras de funciones distintas como el movimiento ("voluntario" en la fibra "carnea", "involuntario" en la fibra "cartilaginea" y en la

arteria, "mixto" en las fibras del tubo digestivo); la comunicación, porque de la dirección espacial de los filamentos constitutivos de sus paredes depende el curso de poros y canales del cuerpo; y la edificación de las partes sólidas, ya que las fibras elementales se urden entre sí y constituyen "texturae" o tejidos. Falopio, pues, piensa que los tejidos del cuerpo animal se hallan constituidos de una trama lineal, superficial o tridimensional de fibras elementales. Aquí nos encontramos, pues, con otra novedad en lo que se refiere a la estequiología. Puede decirse que Falopio, y también Fernel, vieron en la fibra el componente elemental y fundamental de todas las partes sólidas del organismo. Más tarde, los autores del siglo XVII ampliarían esta doctrina en dos sentidos: la especulación y el examen microscópico.// (1-Laín Entralgo, P. (1963), Historia de la Medicina Moderna y Contemporánea, 2ª ed., Barcelona, Científico-médica. O'Malley, C.D. (1973) // 2-Los saberes morfológicos del Renacimiento, en: Historia Universal de la Medicina, 7 vols., Madrid, Salvat, vol. 4, pp. 43-77.// 3-O'Malley, C.D. (1978), Gabrielle Falloppio, En: Dictionary of Scientific Biography, New York, Charles Scrbner's sons, vol. IV, pp. 519-521. Les Siècles d'or de la médecine. Padova XVe-XVIIIe siècles,1989).

FÁLICO: Este término hace referencia a lo que tiene relación con el falo. Ejemplo: símbolo fálico. A través de los tiempos y de la geografía mundial (India, Grecia, Escandinavia, etc) han habido símbolos fálicos utilizados en los rituales mágico-religiosos como representativos del falo. (*Keuls, Eva C.* The Reign of the Phallus*. Edit. Harper & Row, New York, (1985).*

FALISMO:En general se puede considerar que este término es sinónimo de fálico. (*Keuls, Eva C.* The Reign of the Phallus*. Edit. Harper & Row, New York, (1985).*

FALO: (del griego φαλλός, transliterado *phallós*, fallós). Sinónimo de pene erecto. En muchas culturas antíguas y modernas se ha observado algún grado de falocentrismo, entendido como cultura androcéntrica que traslada la noción o representatividad del poder, de la sexualidad y en general de lo masculino en esta parte de la anatomía corporal de los hombres. Quizás por esta razón existan tantos nombres populares para este órgano. (*Keuls, Eva C.* The Reign of the Phallus*. Edit. Harper & Row, New York, (1985).*

FALLOPIO,TROMPAS: Ver trompas uterinas.

FALOPIO: Término con el cual se menciona en español a cualquiera de las estructuras cuyo epónimo recuerda a Gabriello Fallopio.

FALOPOSCOPIA: (Falopio, epónimo por Gabriello Fallopio, gr,Scopei,mirar). Observación directa de la trompa mediante un endoscopio tubárico,utilizado por vía .// Corresponde a un procedimiento de cateterización tubárica transcervical. El procedimiento consiste en la introducción de un endoscopio flexible de 5 mm de diámetro por vía uterina, a través del ostium. Por medio de la faloposcopia se pueden visualizar lesiones epiteliales y vasculares subclínicas de la trompa de Falopio, así como adherencias o pólipos intraluminales; forma parte del estudio del factor tubárico en pacientes con infertilidad. El objetivo de la prueba es valorar la mucosa tubárica y establecer con esto, su capacidad funcional. (Optimal evaluation of the infertile female. Fertil Steril 2004; 82 Suppl 1:S169)

FALSO NEGATIVO: En general se aplica este término al resultado de una prueba diagnóstica cuyo informe es negativo, en un(a) paciente que debiera ser informado positivo si el examen fuera más sensible.

FALSO POSITIVO: En general se aplica este término al resultado de una prueba diagnóstica cuyo informe es positivo, en un(a) paciente que debiera ser informado negativo si el examen fuera más sensible.

FASCIA: Es una banda de tejido conjuntivo, de diferente grosor, que envuelve y aísla uno o más músculos. La fascia tiene diferentes variedades de acuerdo a su localización: el epimisio cubre todo el músculo, el perimisio cubre las bandas musculares internas y el endomisio cubre las fibras musculares internas. La principal función de la fascia es aumentar la resistencia de los músculos que rodea. Simultáneamente los protege del trauma y las infecciones y les aporta irrigación e inervación. Son de interés quirúrgico en ginecología las fascia de Camper, la fascia de Halban, la fascia de Scarpa, la fascia endopélvica, la fascia pelviana, la fascia pelviana parietal, la fascia pelviana visceral, la fascia del diafragma urogenital y la fascia superficial del perineo. (M Latarjet y A Ruiz Liard. Anatomía humana. Edit Panamericana, México, 1989)

FASCIA DE CAMPER: Recibe este nombre en honor al Dr. Petrus Camper(1722-1789), anatomista, cirujano y filósofo de Amsterdam(Holanda). Se desempañó también como obstetra y propuso la sinfisotomía para ampliar la pelvis en los casos de distocia por estrechez de la cavidad pélvica. La fascia de Camper se encuentra en el espesor del tejido celular subcutáneo que hace parte de la pared anterior del abdomen. Es una capa superficial, delgada y difícil de ver. (M Latarjet y A Ruiz Liard. Anatomía humana. Edit Panamericana, México, 1989// 2- Alarcón N, MA; Amaya F María V; Alarcón A, MA. Anatomía Clínica del aparato genital femenino. Primera edición. México, Bogotá, Colombia. Editorial Manual Moderno. 2005.)

FASCIA DE HALBAN: Es una banda de fascia que se interpone como refuerzo entre la vejiga de la vagina. Fue descrita por Joseph Halban, ginecólogo de Austria (1870-1937), contemporáneo de Pawlick. (María Isabel Mercado, Paul Medina, José Pacheco. La Técnica de Kelly Modificada en la Corrección Quirúrgica de la Incontinencia Urinaria de Esfuerzo. Ginecol. Obstet. 2004; 50 (2) : 86-96 // 2-M Latarjet y A Ruiz Liard. Anatomía humana. Edit Panamericana, México, 1989/

FASCIA DE SCARPA: Recibe este nombre en honor del Dr. Antonio Scarpa(1752-1832), anatomista y cirujano de la ciudad de Módena, Italia. Además de la fascia que lleva su nombre también el triángulo de Scarpa (en la cara interna del muslo) recuerda sus aportes a la anatomía y a la cirugía. La fascia de Scarpa se encuentra en el espesor del tejido celular subcutáneo que hace parte de la pared anterior del abdomen. Es más condensada que la fascia de Camper y más cercana a la fascia de los músculos de la pared anterior. (M Latarjet y A Ruiz Liard. Anatomía humana. Edit Panamericana, México, 1989)

FASCIA DEL DIAFRAGMA UROGENITAL: Esta fascia hace parte del llamado plano de las fascias del diafragma urogenital que incluye la aponeurosis perineal media, el músculo transverso profundo y el músculo esfínter estriado de la uretra. (M Latarjet y A Ruiz Liard. Anatomía humana. Edit Panamericana, México, 1989)

FASCIA ENDOPÉLVICA: Es una red de tejido conectivo que se ubica bajo el peritoneo que recubre el piso pelviano incluyendo la fascia o aponeurosis del

elevador del ano. En el fondo, es un solo compartimento con diferentes espacios comunicados entre sí, surcado por vasos, nervios, escasas fibras musculares lisas y por estructuras muy importantes como el útero, vejiga, parte de vagina, recto y grandes vasos. El tejido areolar, por muy laxo que sea en algunas partes, tiene fibroblastos, los cuales en circunstancias de stress forman colágeno más resistente destinado a corregir o compensar zonas sometidas a mucha tensión como puede ocurrir en un prolapso, sobre todo cuando es severo y mantenido. En forma normal o fisiológica se engruesa formando ligamentos más fuertes: La fascia pubo-cervical o ligamentos pubo-cervicales, o fascia vésico-vaginal que se ubica entre vagina y uretra-vejiga, los ligamentos cardinales, los ligamentos anchos y los útero sacros. Estos tejidos más engrosados que no son más que condensaciones de la fascia endopélvica unen a estos órganos con las paredes de la pelvis. Los tejidos que unen la vagina con las paredes de la pelvis se llaman ligamentos de Mckenrodt y paracolpos . (M Latarjet y A Ruiz Liard. Anatomía humana. Edit Panamericana, México, 1989)

FASCIA PELVIANA: Es la misma aponeurosis pelviana. Es el conjunto de láminas fibrosas que cubren las paredes de la pelvis menor. Se compone de la fascia pelviana parietal y la fascia pelviana visceral. Contribuye de manera importante al soporte de las vísceras pelvianas. (M Latarjet y A Ruiz Liard. Anatomía humana. Edit Panamericana, México, 1989)

FASCIA PELVIANA PARIETAL: Es una de las fascias pelvianas que cubren la pelvis menor. Tal como indica su nombre, sus hojas cubren las paredes de la pelvis menor. Su borde periférico se continúa con la fascia transversalis y su borde medial con la fascia pelviana visceral.(M Latarjet y A Ruiz Liard. Anatomía humana. Edit Panamericana, México, 1989)

FASCIA PELVIANA VISCERAL: Es una de las fascias pelvianas que cubren la pelvis menor. Tal como indica su nombre, cubre las vísceras de la pelvis menor, por esta razón se distribuye como fascia vesical, rectal, vaginal y uterina. Algunas de sua bandas llegan al núcleo fibroso o tendinoso del periné. Hace parte también de la lámina sacro-recto-génito-pubiana. (M Latarjet y A Ruiz Liard. Anatomía humana. Edit Panamericana, México, 1989)

FASCIA PUBO-CÉRVICO-VESICAL: Es una tenue banda aponeurótica que se extiende desde el pubis hasta el cuello del útero, bordeando la vejiga urinaria a lado y lado.

FASCIA SUPERFICIAL DEL PERINEO. Es una banda aponeurótica situada debajo del tejido celular subcutáneo el periné. Se prolonga con la fascia superficial de la vulva y atrás con la fascia superficial del periné posterior (M Latarjet y A Ruiz Liard. Anatomía humana. Edit Panamericana, México, 1989)

FASCITIS: Esta enfermedad hace parte del capítulo de las infecciones causadas por Clostridios. Es una celulitis y fascitis expansiva difusa, que se complica con infección de los músculos adyacentes pero sin mionecrosis. La enfermedad avanza rápidamente y en pocas horas el estado general se ha comprometido notoriamente. Al palpar el tejido celular subcutáneo se percibe una crepitación y se percibe escaso dolor local. La respuesta inflamatoria sistémica se debe a la hemólisis y a la lesión de las membranas de los capilares. A pesar de los procedimientos quirúrgicos, hemo-transfusiones y antibioticoterapia, la muerte puede sobrevenir en las primeras 48 horas. Hadzhiev BD.Perineal necrotizing fasciitis,surgical approaches.Folia Med (Plovdiv). 2008 Jul-Sep;50(3):40-6.// Dennis Casper y col. Medicina Interna de Harrison.Edit McGraw-Hill, Mexico. 16 edición, 2005)

FASCITIS NECROTIZANTE: Infección severa que ataca la piel, el tejido celular subcutáneo y la fascia. Cuando adicionalmente compromete los músculos y les produce mionecrosis, el cuadro se conoce como gangrena gaseosa. Esta enfermedad hace parte del capítulo de las infecciones causadas por Clostridios. Afecta principalmente la piel del tronco; de manera menos frecuente el periné y las extremidades. La fascitis necrotizante afecta de manera global el estado general de la paciente quien rápidamente hace un síndrome de respuesta inflamatoria sistémica y luego shock séptico que la puede llevar a la muerte en las siguientes 48 horas de haberse establecido el cuadro infeccioso. De acuerdo a la severidad de la enfermedad y a la capacidad de recursos técnicos, disponibilidad de antibióticos y recursos humanos de la institución donde se atienda a la paciente, el riesgo de muerte es del 40% al 70% (Dennis Casper, Eugene Braunwald y col. Medicina Interna

de Harrison.Edit McGraw-Hill, Mexico. 16 edición, 2005 // 2- Hadzhiev BD.Perineal necrotizing fasciitis, surgical approaches.Folia Med (Plovdiv). 2008 Jul-Sep;50(3):40-6.

FASE ACTIVA (del trabajo de parto): Es la segunda fase del primer estadio del Trabajo de Parto comprendida entre dilatación cervical de 4 cm en las nulíparas y 5 cm en las multíparas hasta dilatación cervical completa (10 cm). Se divide en tres fases: fase de aceleración, fase de máxima pendiente y fase de desaceleración. (Norwitz, E. Robinson, J. Induction of labor. Gabbe Obstetrics. 4th ed. New York: Churchill Livingstone.. 2002. 353 – 394)

FASE DE LATENCIA Y FASE ACTIVA ESPONTÁNEO EN LAS PRIMIGESTANTES

Nombre de la fase	**Duración de la fase**	**Velocidad promedio de dilatación**	**Dilatación del cuello al final de esta fase**
1-LATENCIA	**8,6 (8-20 horas)**	**2 a 5 horas por cada cm**	**4 cm**
2-ACTIVA	**8 horas**	**1 hora y 20 min por cada cm**	**10 cm**
2 a- Aceleración	**5 horas**	**1 hora y 15 min por cada cm.**	**6 cm**
2 b-Máxima pendiente	**1 hora**	**1 hora por cada cm**	**8 cm**
2 c- Desaceleración	**2 horas**	**2 horas por cada cm.**	**10 cm**

Fuente: cuadro elaborados por los autores

FASE DE LATENCIA Y FASE ACTIVA ESPONTÁNEO EN LAS MULTIGESTANTES

Nombre de la fase	**Duración de la fase**	**Velocidad promedio de dilatación**	**Dilatación del cuello al final de esta fase**
1-LATENCIA	**5,3 (4-13 horas)**	**1 a 3,25 horas por cada cm**	**5 cm**
2-ACTIVA	**7 horas**	**1 hora y 20 min por cada cm**	**10 cm**
2 a- Aceleración	**5 horas**	**1 hora y 15 min por cada cm.**	**8 cm**
2 b-Máxima pendiente	**1 hora**	**1 hora por cada cm**	**9 cm**
2 c-Desaceleración	**1 hora**	**2 horas por cada cm.**	**10 cm**

Fuente: cuadro elaborados por los autores

FASE DE LATENCIA Y FASE ACTIVA CON MANEJO ACTIVO (anestesia regional+oxitócicos+RPM) EN LAS MULTIGESTANTES:

Nombre de la fase	**Duración de la fase**	**Velocidad promedio de dilatación**	**Dilatación del cuello al final de esta fase**
1-LATENCIA	**5 horas**	**3 horas+25 min por cada cm**	**5 cm**
2-ACTIVA	**3 horas+ 45**	**45 min por cada cm**	**10 cm**

	min		
2 a- Aceleración		**1 hora/cm**	**8 cm**
2 b-Máxima pendiente	**1.9 horas**	**1.9 cm/hora**	**9 cm**
2 c-Desaceleración	**1.7 horas**	**1.7 cm/hora**	**10 cm**

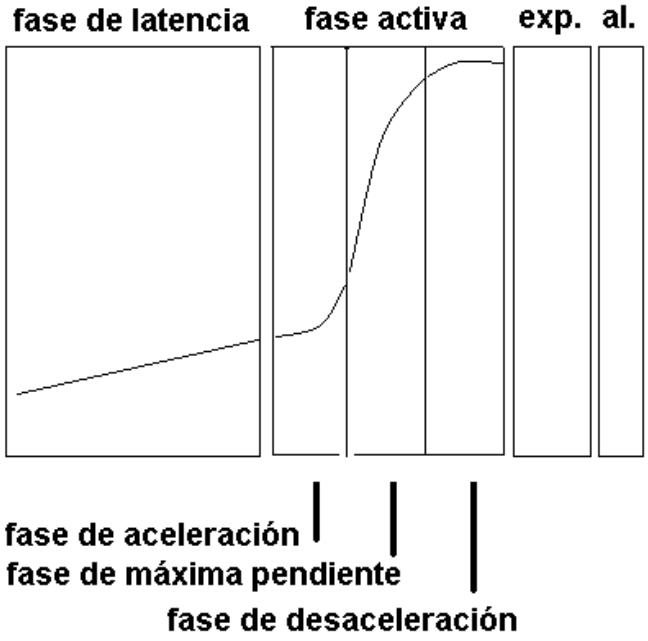
Tabla elaborada por M Alarcón con base en los datos de Parra C, y col. Evaluación Gráfica del Partograma en Primigestas con Manejo Médico del Trabajo de Parto. Rev. Chil. Obstet. Ginecol., 2007, Vol.72, No.3, p. 160-164.

DURACIÓN DE LA FASE ACTIVA CON MANEJO ACTIVO (anestesia regional+oxitócicos+RPM) EN LAS PRIMIGESTANTES

Nombre de la fase	**Duración de la fase**	**Velocidad promedio de dilatación**	**Dilatación del cuello al final de esta fase**
1-LATENCIA	**8 horas**	**5 horas por cada cm**	**4 cm**
2-ACTIVA	**6 horas**		**10 cm**
2 a- Aceleración	**3.6**	**55 min/cm**	**8 cm**
2 b-Máxima pendiente	**1.3 horas**	**1,3**	**9 cm**
2 c-Desaceleración	**1.1 horas**	**1,1**	**10 cm**

Tabla elaborada por M Alarcón con base en los datos de: Parra C y col. Evaluación Gráfica del Partograma en Primigestas con Manejo Médico del Trabajo de Parto. Rev. Chil. Obstet. Ginecol., 2005, Vol.70, No.1, p..8-11.

FASE DE ACELERACIÓN (**trabajo de parto**): Es la primera fase de la fase activa del trabajo de parto, que a su vez forma parte del primer estadío del trabajo de parto. Tiene una duración promedio 1.5 horas y corresponde a la fase de dilatación de 4 a 6 cm en las multíparas y de 5 a 7 cm en las primigestantes. (Norwitz, E. Robinson, J. Induction of labor. Gabbe Obstetrics. 4th ed. New York: Churchill Livingstone.. 2002. 353 – 394)



FASES DEL TRABAJO DE PARTO

exp. =

fase expulsiva

al.= alumbramiento

FASE DE DESACELERACIÓN(**trabajo de parto**): Es la tercera parte de la fase activa del trabajo de parto, que a su vez forma parte del primer estadio del trabajo de parto, es decir, dilatación y borramiento cervical. Después de la fase de latencia (el cuello llegó a 4 cm de dilatación), vino la fase de aceleración (el cuello llegó a 8 cm de dilatación), luego la fase de máxima pendiente (el cuello llegó a 9 cm de dilatación). Solo falta dilatar 1 cm, que debe ocurrir en la fase de desaceleración, la cual tarda 1 hora. Es decir la velocidad de dilatación es de 1cm en 1 hora. Al final de la fase de desaceleración el cuello ha llegado a 10

cm; de ahí en adelante viene la expulsión del feto. (Norwitz, E. Robinson, J. Induction of labor. Gabbe Obstetrics. 4th ed. New York: Churchill Livingstone.. 2002. 353 – 394)

FASE DE DESACELERACIÓN PROLONGADA(trabajo de parto): Es la fase de desaceleración de la fase activa del primer estadio del Trabajo de Parto (dilatación y borramiento) que dura más de 3 horas en nulíparas y 1 hora en multíparas. (Ness, A. Goldberg, J. Berghella, V. Abnormalities of the First and Second Stages of Labor. Obstetrics and Gynecology Clinics of North America. 2005. 32: 201-220)

FASE DE LATENCIA(trabajo de parto): 1. Primera fase del primer estadio del trabajo de parto comprendida entre el inicio de la actividad uterina espontánea y regular, hasta dilatación cervical de 4 cm en las nulíparas y 5 cm en las multíparas. Dura en promedio 8,6 horas en la primigestante y 5,3 horas en la multigestante. Esta fase puede durar hasta 20 horas en las nulíparas y hasta 14 horas en las multíparas. // **2.**Etapa inicial del trabajo de parto en la cual el cérvix mantiene una apertura estacionaria, sin dilatarse más allá de 4 cm en la nulípara o 5 cm en la multípara. La dilatación se produce lentamente: entre 2.6 y 5 horas por cada centímetro, con un promedio de 3.8 horas por cada centímetro**.**. (Norwitz, E. Robinson, J. Induction of labor. Gabbe Obstetrics. 4th ed. New York: Churchill Livingstone.. 2002. 353 – 394)

FASE DE LATENCIA PROLONGADA(trabajo de parto): 1. Demora en el tiempo de duración de la fase de latencia. // **2.**Fase latente del primer estadío del trabajo de parto mayor de 20 horas en las nulíparas y de 14 o más horas en las multíparas. (Ness, A. Goldberg, J. Berghella, V. Abnormalities of the First and Second Stages of Labor. Obstetrics and Gynecology Clinics of North America. 2005. 32: 201-220).No hay consenso unánime alrededor de este concepto. En el protocolo publicado por Danilo Nápoles y col, del Hospital Clínico-Quirúrgico Juan Bruno, de Cuba, consideran como Fase de latencia prolongada la que dura más de 8 horas. (Nápoles D y col . El partograma y las desviaciones del trabajo de parto. Medisan 2004; 8(4):64-72

FASE DE MÁXIMA PENDIENTE (trabajo de parto**)**: Corresponde a la segunda fase de la fase activa del trabajo de parto, que a su vez forma parte del primer

estadio del trabajo de parto. En esta fase se presenta la mayor velocidad de dilatación del cuello uterino, pasando de 6 cm a 9 cm en aproximadamente 2 horas. Cuando se hace una gráfica de la dilatación del cuello a través de las horas que toma el trabajo de parto (desde el inicio de la fase de latencia hasta la máxima dilatación y borramiento), se forma una pendiente ascendente, la de más de corta duración respecto a las demás etapas que conducen al borramiento del 100% y dilatación de 10 cm. Esta zona de la gráfica, la más inclinada hacia arriba (que semeja un ángulo de 45° o 50°), ilustra el periodo de tiempo en que el cuello se dilata más rápido. // Después de la fase de latencia (al final de la cual el cérvix se dilató hasta llegar a 4 cm) le siguió la fase de aceleración(que conduce a una dilatación final de 6 cm del cuello) seguida por la fase de máxima pendiente (al final de la cual dilató hasta llegar a 9 cm). (Norwitz, E. Robinson, J. Induction of labor. Gabbe Obstetrics. 4th ed. New York: Churchill Livingstone.. 2002. 353 – 394)

FASE LÚTEA INSUFICIENTE: Corresponde a un tipo de disfunción ovulatoria en presencia de ciclos menstruales regulares. Se caracteriza por una síntesis en cantidad insuficiente de progesterona por parte del cuerpo lúteo, como consecuencia de una folículo-génesis anormal. Los bajos niveles de progesterona no permiten la transformación del endometrio para convertirlo en secretor y abrir la ventana de implantación en caso de ocurrir fecundación, de tal manera que impide la implantación del blastocisto y es causa de infertilidad. El diagnóstico se sospecha con la medición de niveles séricos de progesterona; se acepta que niveles de progesterona mayores d 15 ng/ml en el día 21 del ciclo, son predictivos de una fase lútea adecuada; niveles de progesterona menores de 10 ng/ml, indica una fase lútea insuficiente y niveles menores de 3 ng/ml indica un ciclo anovulatorio. (Groff, AA, Covington, SN, Halverson, LR, et al. Assessing the emotional needs of women with spontaneous premature ovarian failure. Fertil Steril 2005; 83:1734)

FASE UTERINA (durante la gestación**)**: Cada periodo en que se clasifican los cambios histológicos y fisiológicos del útero, durante el embarazo y el puerperio. // **2.**Son los principales estadios fisiológicos de transición del miometrio desde la implantación del blastocisto hasta el final del puerperio. Las fases uterinas son la 0, 1, 2 y 3 (Cunningham, FG. Gant, NF. Leven, K.

Gilstrap, L. Hauth., J. Wenstrom K. Trabajo de parto y Parto Normales. Williams Obstetricia. 21° edición. Montevideo, Uruguay: Editorial Panamericana. 2001: 228 – 251)

FASE UTERINA 0: Es el periodo de reposo o quiescencia miometrial durante la gestación, en la cual existe una inhibición de la tendencia inherente del miometrio de contraerse. Comienza desde la implantación y termina alrededor de las 36 a 38 semanas de gestación. Comprende aproximadamente al 95% de la gestación y el cuello uterino debe permanecer firme y rígido para que esta fase culmine con éxito. (Cunningham, FG. Gant, NF. Leven, K. Gilstrap, L. Hauth., J. Wenstrom K. Trabajo de parto y Parto Normales. Williams Obstetricia. 21° edición. Montevideo, Uruguay: Editorial Panamericana. 2001: 228 – 251)

FASE UTERINA 1: Es el periodo de preparación o "despertar" uterino para el inicio del trabajo de parto . Durante esta fase se presentan modificaciones morfológicas y funcionales del miometrio y el cuello uterino. A nivel miometrial se presenta: aumento significativo de la cantidad de receptores de la oxitocina, aumento en las uniones de hendidura, aumento de la irritabilidad uterina, desarrollo de la sensibilidad a las uterotoninas, formación del segmento uterino inferior. A nivel cervical se presentan: ruptura y reordenamiento de las fibras de colágeno y cambios en la cantidad relativa de diversos glucosaminoglicanos en la sustancia fundamental. (Cunningham, FG. Gant, NF. Leven, K. Gilstrap, L. Hauth., J. Wenstrom K. Trabajo de parto y Parto Normales. Williams Obstetricia. 21° edición. Montevideo, Uruguay: Editorial Panamericana. 2001: 228 – 251)

FASE UTERINA 2: Corresponde al periodo de contracciones uterinas del trabajo de parto que conducen a dilatación progresiva del cuello y expulsión de los productos de la concepción. La fase uterina 2 se divide en los tres estadios del trabajo de parto: latencia, dilatación-borramiento y expulsivo. (Cunningham, FG. Gant, NF. Leven, K. Gilstrap, L. Hauth., J. Wenstrom K. Trabajo de parto y Parto Normales. Williams Obstetricia. 21° edición. Montevideo, Uruguay: Editorial Panamericana. 2001: 228 – 251)

FASE UTERINA 3: Comprende el periodo de recuperación del miometrio posterior al alumbramiento. Corresponde al periodo de puerperio. (Cunningham, FG. Gant, NF. Leven, K. Gilstrap, L. Hauth., J. Wenstrom K. Trabajo de parto y Parto Normales. Williams Obstetricia. 21° edición. Montevideo, Uruguay: Editorial Panamericana. 2001: 228 – 251).

FEBRÍCULA. Toma este nombre cuando la hipertermia se mantiene dentro del rango de los 37.1º C. y los 37.9º C. Cuando la temperatura es de 38º C ó más, se denomina fiebre.

FECHA DE LA ÚLTIMA REGLA. Sigla:FUR. Es el día en que comenzó la menstruación por última vez. No se tiene en cuenta el número de días que menstruó la paciente en esa ocasión, ni el día en que terminó. Esta fecha es útil para calcular el tiempo de embarazo. Por convención se calcula la "edad gestacional por amenorrea " contando desde el primer día de la última regla. Por obvias razones la paciente no quedó embarazada el primer día de la última regla, pero esa fecha sirve de punto de reparo para calcular la fecha probable del parto, y por consiguiente la edad gestacional actual. En términos estrictos, si una ecografía menciona 18 semanas de gestación, realmente tiene 16 semanas de desarrollo fetal, pero en el lenguaje médico convencional y en los informes de las ecografías se ha homologado la terminología para que en ambos lenguajes se entienda que tiene 18 semanas de embarazo y que le faltan 22 semanas para el parto. Con los datos anteriormente expuestos, un médico puede calcular la fecha aproximada de la fecundación(cuando la paciente solicita este dato), o puede calcular la fecha en que quedó embarazada si tenía ciclos menstruales muy irregulares: por ejemplo, si la ecografía menciona 19 semanas de gestación, le resta 17 semanas en el calendario y obtendrá el día aproximado en que ocurrió la concepción. // Se debe tener en cuenta que el lenguaje de la edad gestacional de los obstetras no concuerda con la terminología de los embriólogos, quienes hablan de la edad gestacional calculada desde el día de la fecundación. Si en un artículo científico escrito en términos de la embriología se mencionan 10 semanas de edad, se entiende que son 10 semanas de desarrollo, calculadas desde el día de la fecundación; en el lenguaje de la obstetricia y de la ecografía se hablaría de 12 semanas de embarazo por amenorrea.

FECHA PROBABLE DEL PARTO, (sigla FPP): Es el día calculado para el parto cuando se tiene un punto de reparo. Los eventos de reparo para calcular la FPP son a- el día en que se inició la última menstruación normal, b-la edad gestacional calculada por ecografía, c- la fecha de la relación sexual cuando ésta ha sido única. La FPP calculada por la última regla se obtiene con la regla de Naegel: al día en que se in inició la última regla se le suman 7 días y al mes de la última regla se le restan tres meses. Ejemplo: Si una paciente refiere que su última regla empezó el 10 de Julio(mes 7° del año), al día 10 se le suman 7 = 17, y a Julio se le restan tres meses con lo cual se obtiene el mes de Abril(mes 4° del año). Por lo tanto la fecha probable del parto para esta paciente es el 17 Abril del año siguiente. // b- Para calcular la FPP con el dato de la edad gestacional aportada por la ecografía simplemente se suman las semanas mencionadas en el informe, hasta llegar a la semana 40. Ejemplo: si el 1 de Mayo le tomaron una ecografía a una señora, cuyo informe menciona 15 semanas de gestación, su FPP será 25 semanas después. // c- para calcular la FPP con el dato de la única relación sexual, se suman 38 semanas al día de la relación sexual. Ejemplo: una joven menciona que su única relación fue el 17 de septiembre; se suman 38 semanas y se obtendrá la FPP.

FECUNDABILIDAD: 1. Es la probabilidad de lograr un embarazo por cada ciclo menstrual, en una pareja en su máximo potencial reproductivo, es decir, entre los 20 y los 30 años, teniendo mínimo 2 coitos semanales. Se considera que la fecundabilidad mensual se encuentra alrededor del 25% y la fecundabilidad anual está alrededor del 85%. // **2.**Es la probabilidad que tiene una pareja fértil, con vida sexual frecuente, de lograr un embarazo, con el cálculo expresado en porcentajes en un mes, en un año o en dos años. El concepto de fecundabilidad es útil para el médico o la paciente cuando se analiza el impacto que tiene una cirugía, una enfermedad o un tratamiento sobre la probabilidad de lograr un embarazo. Por ejemplo: se sabe que después de extirpada una trompa por un embarazo ectópico, la fecundabilidad mensual baja del 25% al 2,5% y la fecundabilidad anual baja del 85% al 40%. (Silverberg, K. Evaluation of the couple with infertility in a managed care environment. Clinical Obstetrics and Gynecology. 2000; 43: 844-853// 2-Troncoso J., José Luis, Devoto C., Luigi, Santamaría M., Rodrigo *et al*. Tratamiento Médico del Embarazo

Ectópico: Evaluación Prospectiva de la Fertilidad. Rev. Chil. Obstet. Ginecol., 2002, Vol.67, No.5, P.354-359.)

FECUNDACIÓN: 1. Evento reproductivo mediante el cual se unen los pronúcleos masculino y femenino, lo cual conduce a la formación de un nuevo individuo. // **2**. f.Acción y efecto de fecundar. (Crozet, N. Fertilization in vivo and in vitro. In Thibault,C., Levasseur,M.C. and Hunter, R.H.F. (eds), Reproduction in Mammals and Man.Ellipses,Paris, France,1993, pp. 327-347// Real Academia Española de la lengua).// **3.** Entrada del espermatozoide al oocito secundario que se encuentra en la segunda división meiótica. Ocurre en la ampolla de la trompa en la mitad del ciclo menstrual. // **4.** Aunque en el lenguaje común la fecundación y la concepción se toman como sinónimos, algunos autores definen la concepción como la formación de un nuevo ser humano como consecuencia de la fecundación. Desde este punto de vista una sola fecundación puede producir dos o más concepciones(gemelos). La razón última de esta diferencia es la probabilidad de que en vez de un ser humano se forme una mola o un huevo anembrionado. // **5.** Fenómeno durante el cual se fusionan los gametos masculino y femenino con la combinación de los cromosomas maternos y paternos. La fecundación se presenta en la Trompa de Falopio (tuba uterina u oviducto), por lo general dentro de las primeras horas de la ovulación. Los espermatozoides y el ovocito permanecen vivos en el tracto genital femenino durante 24 horas aproximadamente. Una vez se depositan los espermatozoides después del coito, la mayor de éstos pasan rápidamente de la vagina al útero y después a las trompas de Falopio; este ascenso es causado por contracciones de las capas musculares del útero y las trompas. Una vez los espermatozoides experimentan su proceso de maduración (capacitación y reacción acrosómica) se inicia el proceso de fecundación que involucra tres fases: a) penetración de la zona radiante, b) penetración de la zona pelúcida y c) fusión de las membranas celulares del ovocito y del espermatozoide. (Moore, K. Persaud, T. Inicio del desarrollo embrionario: Primer semana. Embriología Clínica. México. McGraw-Hill Interamericana. 6° edición. 2001. pg. 17 – 49). // Sinónimos: Fertlitización, Concepción.

FECUNDACIÓN ANISOGÁMICA: Es la que se realiza con gametos distintos, uno masculino y otro femenino, provenientes de dos seres vivos diferentes, como ocurre en la especie humana. Es propia de todas las especies evolutivamente desarrolladas. Este concepto se opone a la fecundación isogámica. Sinónimo: Fecundación cruzada.

FECUNDACIÓN ARTIFICIAL: Evento reproductivo manipulado en el laboratorio, mediante el cual se unen los pronúcleos masculino y femenino por fuera del aparato genital femenino (Real Academia de la Lengua Española). . Sinónimos: Fecundación in vitro, Fertilización in vitro.

FECUNDACIÓN CRUZADA: Es aquella en la cual cada gameto procede de un individuo distinto. Sinónimo: Fecundación anisogámica.

FECUNDACIÓN EXTERNA: La que se realiza por fuera del organismo de ambos individuos progenitores, como ocurre al tomar los gametos masculino y femenino y fecundar el óvulo en el laboratorio para obtener preembriones que luego se implantan en el útero. // la fecundación externa es propia de los animales acuáticos, implica que óvulos y espermatozoides son vertidos al agua, donde realizan su encuentro. En muchas variedades de peces rivereños las hembras nadan río arriba a contracorriente para desovar, lo cual es aprovechado por los machos que las siguen, para fertilizar los huevos. Este episodio es conocido por los pescadores como “la subienda”.

FECUNDACIÓN IN VITRO: la que se produce por unión de los gametos en un tubo de vidrio (o en un elemento de laboratorio similar), por fuera del aparato genital femenino. Una vez obtenidos los óvulos de la mujer, se fecundan en el laboratorio con los espermatozoides del esposo o de un donante anónimo. El preembrión obtenido se implanta en la cavidad uterina a través del cuello, para que se implante en el fondo y continúe su desarrollo. // La Fecundación in Vitro fue desarrollada por los doctores Patrick Steptoe y Robert Edwards en Gran Bretaña, donde el 25 de Julio de 1978 lograron el nacimiento de Lowise Brown, quien se constituyó en el primer ser humano fecundado por fuera de las trompas. El segundo nacimiento por este método fue realizado por el Dr. Subhash Mukhopadhyay el 3 de Octubre de 1978, en la ciudad de Calcuta, India // La fecundación in vitro puede ser Homóloga o Heteróloga. (Khairi M.Aspirin in women undergoing in vitro fertilization treatment: a systematic

review and meta-analysis. Fertil Steril. 2007 May 15) // Sinónimos: FIV, FIV (in vitro fertilization), Fertilización in vitro.

FECUNDACIÓN IN VITRO CON EMBRIONES DONADOS: La que se realiza al implantar uno o más preembriones en el útero de la futura madre, obtenidos por fecundación realizada con gametos obtenidos de donantes diferentes a la gestante y su cónyuge.

FECUNDACIÓN IN VITRO CON GAMETOS DONADOS: Ver Fecundación in vitro heteróloga.

FECUNDACIÓN IN VITRO CON TRANSFERENCIA DE EMBRIONES: Ver Fertilización in vitro con transferencia de embriones.

FECUNDACIÓN IN VITRO HETERÓLOGA: Es la fecundación de un óvulo por fuera del cuerpo materno, en un laboratorio, mediante la utilización de espermatozoides o de óvulos de donante anónimo(a). El cigoto convertido en preembrión se transfiere al útero materno para que continúe su desarrollo. // Sinónimo: FIV-He

FECUNDACIÓN IN VITRO HOMÓLOGA: Es la fecundación de un óvulo por fuera del cuerpo materno, en un laboratorio, mediante la utilización de espermatozoides o de óvulos obtenidos de su pareja. El cigoto convertido en preembrión se transfiere al útero materno para que continúe su desarrollo. // Sinónimo: FIV-Ho

FECUNDACIÓN INTERNA: La que se realiza dentro del organismo de uno de los dos individuos, generalmente el femenino. Es propia de animales de comunidades terrestres. Los espermatozoides pasan al cuerpo de la hembra inyectados por órganos copuladores en el curso de un acoplamiento, o bien son tomados por la hembra en forma de un espermatóforo que el macho ha liberado previamente. Algunos peces condrictios tienen gónadas pares; los conductos de las gónadas se abren en la cloaca, lo cual favorece la fecundación dentro del cuerpo del pez. (Michel, Adriana A. Y Teran, Héctor R. Análisis Morfológico del Sistema Reproductor Femenino de Baeacris Punctulatus (Orthoptera: Acrididae: Melanoplinae). *Rev. Soc. Entomol. Argent.*, Ago./Dic. 2005, Vol.64, No.3, P.107-117)

FECUNDACIÓN ISOGÁMICA: La que se realiza entre gametos del mismo individuo. Es de especies animales o vegetales evolutivamente muy elementales.// Sinónimo: Autofecundación

FECUNDACIÓN OOGÁMICA: Es la que se realiza entre gametos muy distintos, el femenino grande e inmóvil que aporta todas las reservas nutritivas al cigoto, el masculino pequeño y móvil.

FECUNDACIÓN, MODALIDADES: Son las diferentes formas de fecundar un óvulo de acuerdo al origen de los gametos, a la manipulación o no de los mismos, a la forma intracorporal en que ocurre la fecundación, al sitio intratubárico o extracorporal de la fecundación, etc.

FECUNDACIÓN NATURAL: Es la que se realiza sin que se requiera manipulación de los gametos, o sin que medie un tratamiento médico o quirúrgico. Se acepta como natural cuando solo se ha influido en aspectos relacionados con el calendario coital o con corrección de actitudes que disminuyen la probabilidad de un embarazo no intervenido.

FECUNDAR: (Del lat. *fecundāre*). tr. *Biol.* Unir la célula reproductora masculina a la femenina para dar origen a un nuevo ser.(www.rae.es)

FECUNDIDAD: Es la capacidad de engendrar hijos y que estos lleguen a término o al menos sean viables (son viables los que pueden sobrevivir aunque no nazcan a término) // **2.** Es el potencial reproductivo de un individuo o población. En una mujer la fecundidad está relacionada con la integridad de sus ovarios y la viabilidad de sus óvulos; en un hombre está relacionado con el número de espermatozoides morfológicamente normales, vivos, sanos y móviles, por cada mm^3 de semen. En una población la Fecundidad se mide con la Tasa de Fecundidad (TF) y con la Tasa Bruta de Fecundidad (TBF), según relacione respectivamente el número total de recién nacidos con el total de mujeres fértiles o el número de recién total nacidos con respecto a la población general. Ver en detalle la TF y la TBF

FECUNDIDAD, TRASTORNO SECUNDARIO: Es cualquier impedimento bioquímico, anatómico, fisiológico, inmunológico o patológico que impida a un hombre o a una mujer, engendrar un hijo durante su periodo de vida fértil. Se

llama secundario cuando el impedimento del caso se presenta después de haber tenido al menos un hijo vivo o muerto de más de 24 semanas de gestación, durante todo el periodo en que ha buscado un embarazo. Si solamente ha tenido abortos, califica como trastorno primario.

FECUNDIDAD,TRASTORNO PRIMARIO: Es cualquier impedimento bioquímico, anatómico, fisiológico, inmunológico o patológico que impida a un hombre o mujer engendrar un hijo durante su periodo de vida fértil. Se aplica también a las parejas en las cuales solo han habido abortos y ningún embarazo ha llegado al punto en que el feto hubiera sido viable. Se llama primario cuando el impedimento del caso se ha presentado durante todo el periodo en que ha buscado un embarazo, por lo cual nunca ha tenido partos.

FELACIÓN (Del lat. mod. *fellatĭo*, der. de *fellāre*, mamar).**1.** f. Estimulación bucal del pene.(Real Academia Española de la Lengua. www.rae.es) // Es el sexo oral con el pene de un hombre. Variante que adoptan muchas parejas. como parte de su vida sexual. Algunos chimpancés como los Bonobos realizan sexo oral como ritual de agradecimiento o para resolver conflictos. Aunque existe el término irrumación para referirse a la penetración del pene en la boca pasiva, esta diferenciación no es útil pues ambos protagonistas toman parte activa de este juego erótico. En el antiguo griego la palabra para felación era lezbiázein, que luego cambió de significado y originó la palabra lesbianismo. (Roberts A,Padgett-Yawn B. Amor y sexualidad. Círculo de lectores, Barcelona. 1999 p. 84) // Sinónimos: Felatio, sexo oral con el pene.

FEMINIZACIÓN: Es la adquisición de características gonadales o genitales o fenotípicas externas del tipo femenino.

FEMINIZACIÓN TESTICULAR: Ver Síndrome de Feminización testicular.

SÍNDROME DE FEMINIZACIÓN TESTICULAR: Es un síndrome en el cual un hombre con carga genética normal, 46, XY es resistente al efecto de los andrógenos, lo cual le da la apariencia física externa de una mujer. Cuando el síndrome de insensibilización a los andrógenos es completo, la apariencia externa es la de una mujer con mamas bien desarrolladas y con leve ambigüedad sexual a nivel de los genitales o con genitales completamente

femeninos. Cuando el síndrome es incompleto la apariencia externa es una mezcla de rasgos masculinos y femeninos, más ambigüedad sexual. Sinónimo: Síndrome de insensibilidad masculina a los andrógenos. (Hashmi A, Hanif F, Hanif SM, Abdullah FE, Shamim MS. Complete Androgen Insensitivity Syndrome. J Coll Physicians Surg Pak. 2008 Jul;18(7):442-4)

SÍNDROME COMPLETO DE SENSIBILIZACIÓN A LOS ANDRÓGENOS: Es un síndrome en el cual un hombre con carga genética normal, 46, XY es resistente al efecto de los andrógenos, lo cual le da la apariencia física externa de una mujer. Cuando el síndrome de insensibilización a los andrógenos es completo, la persona no tiene útero pero la apariencia externa es la de una mujer con mamas bien desarrolladas y con leve ambigüedad sexual a nivel de los genitales(pueden haber testículos en el canal inguinal) o con vagina corta, sin cuello uterino y vulva de aspecto normal. Una característica adicional en estos casos es la amenorrea y la infertilidad. Sinónimo: Síndrome de feminización testicular. (Hashmi A, Hanif F, Hanif SM, Abdullah FE, Shamim MS. Complete Androgen Insensitivity Syndrome. J Coll Physicians Surg Pak. 2008 Jul;18(7):442-4)

SÍNDROME INCOMPLETO DE SENSIBILIZACIÓN A LOS ANDRÓGENOS: Es la resistencia parcial al efecto masculinizante de los andrógenos, en personas que genéticamente son hombres, pero cuya apariencia externa contiene rasgos masculinos y femeninos. Son variantes de este síndrome: el síndrome de Reifenstein, el síndrome de Lubs, el síndrome de Gilber-Dreyfus. (Luczav A, Sólvom J , et al. Incomplete androgen insensivity. Orv Hetil. 2006 Sep 17;147(37): 1805-7)

FENOTIPO: La totalidad de la naturaleza física, bioquímica y fisiológica de un individuo, tal como viene determinada por su genotipo y el ambiente dentro del cual se desarrolla. Aunque en sentido más limitado el fenotipo es la expresión física de algún gen, muchas características fenotípicas no son visibles, como el comportamiento de una hormona, la respuesta metabólica a un fármaco, etc. (Nespolo, Roberto F. Desempeño Fisiológico, Estacionalidad Y Plasticidad Fenotípica en Pequeños Mamíferos: Microevolución de la Capacidad de Cambio en Rasgos Termorregulatorios. Rev. Chil. Hist. Nat., Set. 2000, Vol.73, No.3, P.553-563).

FEROMONAS: (gr. pher-/phor- φέρω Llevar + hormôn ὁρμῶν, que impulsa). **1**.Término acuñado en 1959 por Karlson y Lüscher, para referirse a las sustancias química de origen animal que sirven de estímulo para determinados comportamientos o respuestas fisiológicas de sus homólogos o de otro organismo de especie parecida. Aunque las feromonas se transmiten preferencialmente por vía aérea, puede haber transmisión de mensajes entre animales, mediante feromonas depositadas de boca en boca entre animales poco desarrollados filogenéticamente. // **2-** "*Las feromonas son sustancias liberadas en el ambiente por cada individuo y percibidas mediante el olfato por otros individuos de la misma especie, en quienes los componentes químicos provocan un cambio físico o de comportamiento. Podrían existir feromonas humanas, es decir, compuestos que regulan ciertos mecanismos neuroendocrinos sin ser conscientemente detectados como olores. La sospecha se fundamenta en la observación del ciclo menstrual en grupos de mujeres que viven juntas. Si existen feromonas humanas, se producirían en las glándulas apocrinas (activas solamente en el período de madurez sexual), en las ecrinas (que producen sudor, el cual contiene compuestos que se encuentran también en la saliva y la orina), en las células epiteliales o por acción bacteriana. No se sabe si las feromonas de los seres humanos tendrían tantas consecuencias como en los animales y puedan afectar, como en las ratas, la edad de la pubertad, los intervalos intergenésicos, la edad de la menopausia y la concentración crónica de estrógeno durante la vida de una mujer..". //* En las especies animales en las cuales hay plena evidencia de los efectos de los feromonas, se conoce su efecto sobre la actitud hacia el apareamiento(perras), sobre la transmisión de mensajes de alarma (abejas), el rol social(hormigas), etc. (Rev Panam Salud Publica vol. 4 n.1 Washington July 1998. Regulación de la ovulación con feromonas humanas. // Stern K, McClintock MK. Regulation of ovulation by human pheromones. *Nature* 1998;392:177179. // 2-McClintock,M.K. in *Pheromones and Reproduction in Mammals*(ed. Vandenbergh,J.G.)113-149(Academic,New York,1983).)

FERTILIDAD: Es la capacidad que tiene una pareja de lograr un embarazo, que este embarazo llegue al término y que al finalizar el proceso reproductivo tanto la madre como el hijo estén en condiciones favorables de salud. La

fertilidad presupone una producción adecuada de gametos tanto masculinos como femeninos, un transporte adecuado de los mismos al sitio normal de fertilización, la migración del huevo formado al sitio normal de implantación en el endometrio y el posterior desarrollo y crecimiento embrionario. (Silverberg, K. Evaluation of the couple with infertiliy. Clinical Obstetrics and Gynecoloy. 2000; 43 (4): 844 – 853).

FERTILIZACIÓN: f. Acción y efecto de fertilizar. U. t. en sent. fig. (Real Academia Española de la Lengua. www.rae.es).// Aunque el término fertilización no está aún admitido por la Academia de la Lengua, como sinónimo de Fecundar, en el lenguaje médico mundial se utiliza muy frecuentemente con esta acepción

FERTILIZACIÓN IN VITRO: Procedimiento de laboratorio mediante el cual se fertiliza un óvulo con espermatozoides, colocados en una cápsula de Petri. El pre-embrión o pre-embriones obtenidos se transfieren a la cavidad uterina para intentar su implantación. Los pre-embriones excedentes se guardan en un congelador adaptado para tal fin, con el propósito de utilizarlos en el futuro si el actual intento de implantación es fallido. **2.** Esta técnica consiste en aplicar un protocolo de inducción-estimulación de la ovulación de tipo hormonal para lograr maduración folicular múltiple. Se realiza monitorización ecográfica del tamaño folicular, se administra una dosis de gonadotropina coriónica humana para simular el pico hormonal de LH y aproximadamente 34 a 36 horas después se realiza aspiración folicular guiado por ultrasonografía para obtener los ovocitos de cada uno de los folículos maduros. Posteriormente se realiza clasificación de los ovocitos y se colocan en cajas de Petri para luego adicionar la preparación de espermatozoides e inducir la fertilización. Estas cajas de Petri se llevan a incubación con un ambiente y temperaturas adecuados y se realiza cada 12 horas la observación microscópica para evaluar la fertilización. Se escogen los tres mejores embriones que se llevan nuevamente a incubación durante 72 horas, y luego son transferidos a la cavidad uterina por vía trans-cervical para inducir la implantación de uno de ellos. // **3.** la que se produce por unión de los gametos en un tubo de ensayo (o en un elemento de laboratorio similar), por fuera del aparato genital femenino. Una vez obtenidos los óvulos de la mujer, se fecundan en el laboratorio con los espermatozoides del esposo

o de un donante anónimo. El preembrión obtenido se implanta en la cavidad uterina a través del cuello, para que se implante en el fondo y continúe su desarrollo. // La Fecundación in Vitro fue desarrollada por los doctores Patrick Steptoe y Robert Edwards en Gran Bretaña, donde el 25 de Julio de 1978 lograron el nacimiento de Lowise Brown, quien se constituyó en el primer ser humano fecundado por fuera de las trompas. El segundo nacimiento por este método fue realizado por el Dr. Subhash Mukhopadhyay el 3 de Octubre de 1978, en la ciudad de Calcuta, India // La fecundación in vitro puede ser Homóloga o Heteróloga. ((Shevell, T. Malone, F. Vidaver, J. Porter, T. Assited Reproductive Technology and Pregnancy Outcome. Obstetrics and Gynecology. 2005; 101 (5): 1039-1045 / De Ziegler, D. Romoscano, I. Ventura, P. Ibecheloe, V. In Vitro Fertilization. Clinical Obstetrics and Gynecology. 2006; 49 (1): 93—16)(Khairi M. Aspirin in women undergoing in vitro fertilization treatment: a systematic review and meta-analysis. Fertil Steril. 2007 May 15) // Sinónimos: FIV(in vitro fertilization), Fecundación in vitro.

FERTILIZACIÓN IN VITRO CON TRANSFERENCIA DE EMBRIONES: Es la fecundación de varios óvulos de la misma donante en un laboratorio, por fuera del aparato genital femenino, con posterior implante de los embriones obtenidos, dentro del útero materno. (Audebert A.J. Fertilization in vitro and embryo transfer (FIVET) and endometriosis. Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). 1989;18(2):241-8) // Sinónimos: FIVET(Fertilization in vitro and embryo transfer), Fecundación in vitro con transferencia de embriones.

FERTILIZACIÓN IN VITRO HETERÓLOGA: Es la fecundación de un óvulo por fuera del cuerpo materno, en un laboratorio, mediante la utilización de espermatozoides o de óvulos de donante anónimo(a). El cigoto convertido en preembrión se transfiere al útero materno para que continúe su desarrollo. // Sinónimos: FIV-He, Fecundación in vitro heteróloga

FERTILIZACIÓN IN VITRO HOMÓLOGA: Es la fecundación de un óvulo por fuera del cuerpo materno, en un laboratorio, mediante la utilización de espermatozoides o de óvulos obtenidos de su pareja. El cigoto convertido en preembrión se transfiere al útero materno para que continúe su desarrollo. //

Sinónimos: FIV-Ho, Fecundación in vitro homóloga.

FERTILOSCOPIA: Descrita por Gordts y Watrelot, del Lyon Centre for Sterility Research and Study (CRES) en 1998, la fertiloscopía constituye una nueva aproximación al estudio de los factores mecánicos en infertilidad. Esta técnica se enmarca dentro del concepto de cirugía mínimamente invasiva y consiste en la combinación de las técnicas de laparoscopía en medio líquido (hidrolaparoscopía) por vía transvaginal, la cromopertubación retrógrada, la salpingoscopía anterógrada, la microsalpingoscopía y la histeroscopía. Posee la ventaja de ser realizada bajo anestesia local, con mínima incomodidad para la paciente, quien se encuentra consciente durante el procedimiento, permitiendo la interacción entre la pareja en estudio y el médico tratante. Se piensa que la fertiloscopía puede evitar la necesidad de realizar una laparoscopía exclusivamente diagnóstica en el estudio de la infertilidad. Además, es un examen fisiológico, ya que no se requiere la movilización de los ovarios para su evaluación. Es en éste tiempo de la exploración en que se abre la puerta a nuevas técnicas de captura de oocitos, terreno aún inexplorado. Comparativamente presenta menor riesgo que una laparoscopía, esencialmente respecto a las lesiones de grandes vasos. No requiere de Trendelemburg, ni se utiliza insuflación de CO2.

FETAL, ACARDIA: La acardia fetal (AcF), también conocida como secuencia de perfusión arterial en reversa (TRAP sequense siglas en inglés), es una anomalía congénita asociada a embarazos múltiples. Se presenta en el 1% de los gemelos monocigóticos, con una frecuencia de 1: 35 000 a 1:48 000 embarazos. Se caracteriza por ausencia de corazón en uno de los gemelos, por lo que el feto normal se encarga de proveer el flujo sanguíneo al acardio, para su supervivencia. El primer caso fue reportado por Benedetti en 1533, citado por Molina Vílchez y col. La AcF es la máxima expresión del síndrome de transfusión fetal (TFF siglas en inglés), producto de anastomosis artrio-arteriales y veno-venosas, en la cual un feto actúa como donador y el otro como receptor. Se presenta en embarazos gemelares monocigóticos, aunque se ha reportado en triples, cuádruples y quíntuples. Es más frecuente en primigestas, o en madres con baja paridad, sin historia de gestaciones

múltiples o acardios previos, tal como se observa en los reportes de Severn y Holyoke, Peña y col, Herrera y col. y Molina-Vílchez y col., y tal como ocurre en nuestro caso. De acuerdo a sus características el feto acárdico se clasifica en:a- Acéfalo u holoacardio (65 %): es la forma más común. Se caracteriza por la ausencia de cabeza y extremidades inferiores con diversos grados de desarrollo. No contiene órganos torácicos ni abdominales , b-Anceps o hemiacardio (22 %): presenta una cabeza rudimentaria con esbozo de cráneo y huesos faciales, y extremidades poco desarrolladas, c-Amorfo (8 %): masa sin forma, sin órganos reconocibles, formado por tejido conectivo indiferenciado, cartílago, hueso, músculo, pero que puede contener en su interior alguna forma de estructura axial, d-Acormus (4 %): constituido por una cabeza unida a una placenta, Mielocéfalo (1 %): la forma más rara. Semejante al amorfo pero con extremidades rudimentarias. (Romero, Milagros, Villalobos, Noren, Avila, Alejandro *et al*. Acardia Fetal en Embarazo Triple. Reporte de un Caso. *Rev Obstet Ginecol Venez*, Set. 2002, Vol.62, No.3, P.203-206 // Díaz-Guerrero L, Quintero R, Falcón E, Aponte D, Sosa-Olavarria A. Diagnóstico ecográfico de feto acardio. Ultrasonido en Medicina 1998;14:49-53).

FETAL, ACIDOSIS: Es la caída del pH sérico de 7.3 a 7.0 o menos, causado por la combinación de acidosis metabólica y respiratoria. La causa más común de acidosis fetal es la asfixia fetal (Zupan Simunek V. Definition of intrapartum asphyxia and effects on outcome. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). 2008 Feb;37 Suppl 1:S7-15. Epub 2008 Jan 8)

FETAL, ASFIXIA.la palabra asfixia en su origen griego antiguo significaba ausencia de pulso: gr, a, sin + sphyg(mo)- σφυγμός gr. Pulso. // En la actualidad significa exceso de gas carbónico por falta de aporte de oxígeno a la sangre (que en los niños o adultos puede ser ocasionado por obstrucción de la vía aérea, por inhalación de tóxicos, etc). La asfixia fetal es la hipoxia más hipercapnia en el plasma fetal simultáneas, que conducen a acidosis respiratoria y metabólica, con caída subsecuente del pH sérico y sufrimiento fetal. La hipercapnia es el incremento de la concentración de la presión de CO2 en la sangre. La hipoxia es la caída de la presión de oxigeno o de la saturación de oxígeno, como consecuencia de la disminución o suspensión

del aporte a través de la vena umbilical que hace parte del cordón umbilical, por un trastorno metabólico que disminuya la oxigenación de la madre (el asma, el shock hipovolémico, etc) o por un trastorno que afecte la oxigenación de la placenta, por ejemplo el abruptio placentae, (Wood CE. Fetal Stress: An Editorial Focus on Effects of Acute Acidemia on the Fetal Cardiovascular Defense to Acute Hypoxemia. Am J. Physiol Regul Integr Comp Physiol, 2008 Nov 19). // Durante la asfixia fetal la presión arterial de oxígeno cae de sus valores normales de 25-40 mmHg a menos de 5 mmHg en menos de 2 minutos. Como consecuencia sobreviene el metabolismo anaerobio y la presión del gas carbónico se eleva(de 40mmHg pasa a 100mmHg o más),la presión de oxígeno arterial cae a valores indetectables, todo lo cual conduce a una combinación de acidosis respiratoria y metabólica que disminuye el pH de 7.3 hasta 7.0 o menos(Ronald D Miller, Miller´s anesthesia, Churchill Livingstone; 6 edition (September 22, 2004).

FETAL BRADICARDIA: Ver Bradicardia fetal

FETAL, DISTOCIA: gr. *dystokíā* δυστοκία, de dys- δυσ, dificultad + tok(o)- τόκος, parto. El término distocia fue introducido por el médico Sorano de Éfeso en el siglo II con el significado de parto difícil. La distocia fetal es la dificultad del descenso fetal por el canal del parto o la dificultad de la expulsión del feto, ocasionado por algún factor propio de su cuerpo (feto con hidrocefalia, feto macrosómico, fetos siameses, etc) o relacionado con la situación o la presentación (situación transversa, presentación de pelvis, etc). (Kamanu CI, Onwere S, Chigbu B, Aluka C, Okoro O, Obasi M. Fetal macrosomia in African women: a study of 249 cases. Arch Gynecol Obstet. 2008 Nov 19).

FETAL, FRECUENCIA CARDIACA: Es la cuantificación en promedio del número de latidos del corazón fetal, por cada minuto. Se puede graficar con un monitor fetal o simplemente auscultar con un estetoscopio o un doppler fetal.

FETAL, MADUREZ: Es la apreciación que hace el médico del grado de desarrollo del feto de manera global, o el grado de madurez de las estructuras que permiten identificar la viabilidad (la capacidad de vivir por fuera de la madre). Uno de los principales focos de interés de los médicos que evalúan la

madurez fetal es el grado de desarrollo pulmonar que le permita al feto ventilar los pulmones una vez está por fuera de la madre; por esa razón ha tomado auge la cuantificación de los cuerpos lamelares en el líquido amniótico, pues de esta manera se puede apreciar la cantidad real de surfactante disponible para despegar las paredes alveolares y permitir la ventilación espontánea. (Balchin I, Steer PJ. Race, prematurity and immaturity. Early Hum Dev. 2007 Dec;83(12):749-54. Epub 2007 Oct 24).

FETAL, MUERTE IN ÚTERO: Suspensión de los signos vitales en un feto. La muerte in útero puede conducir a un aborto (si cumple los criterios de aborto según la edad gestacional o según el peso del feto), un aborto retenido, un mortinato (si el feto nace muerto cuando la edad gestacional es superior a las 24 semanas de gestación)

FETAL, PRESENTACIÓN: Ver Presentación fetal

FETAL, REANIMACIÓN IN ÚTERO: Conjunto de medidas terapéuticas aplicadas a la gestante, que tienen por objetivo mejorar las condiciones de salud del feto al cual se la diagnosticado un sufrimiento agudo o crónico. Las medidas más comunes son el suministro de oxígeno nasal a la madre, la útero-inhibición, los analgésicos, la posición en decúbito lateral izquierdo y la amnioinfusión.**(**Caldeiro-Barcia. Intrauterine fetal reanimation in acute intrapartum fetal distress Early Hum Dev. 1992 Jun-Jul;29(1-3):27-33 // 2- Engel K, Samborska M, Bilar M, Sipak-Szmigiel O, Ronin-Walknowska E Intrapartum amnioinfusion in patients with meconium-stained amniotic fluid. Ginecol POl. 2008 Sept; 79(9):621-624)

FETAL, SUFRIMIENTO: Es una perturbación metabólica compleja debida a una disminución de los intercambios feto-maternos, de evolución relativamente rápida o crónica, que lleva a una alteración de la homeostasis fetal y que puede conducir a alteraciones tisulares irreparables o a la muerte fetal . (Schwarcz RL, Duverges CA, Díaz AG, Fescina RH. Obstetricia. 5ta. Edición. Buenos Aires: Editorial El Ateneo, 1995; cap. 12:477-487). Ver Sufrimiento fetal Agudo y Sufrimiento fetal Crónico.

FETAL TAQUICARDIA: Elevación de la frecuencia cardiaca fetal por encima de los 160 latidos por minutos. (Boehm F.H., MD. Vigilancia intraparto de la frecuencia cardíaca fetal. Clínicas de Obstetricia y Ginecología. 1999 Dec; 26(4): 613-627).

FETAL, VIGILANCIA: Es el conjunto de acciones del equipo de salud, que conducen al cuidado de las condiciones del feto, no solo en las condiciones normales en las cuales la madre y el feto están aparentemente sanos, sino en aquellos eventos en los cuales se detecta una alteración de la fisiología normal o se diagnostica una enfermedad de la madre o el feto, que ponen en riesgo el bienestar o la vida del producto de la gestación. // La vigilancia fetal incluye la realización de pruebas como el tamizaje para aneuploidías, para RCIU, para insuficiencia placentaria, para detección de RCIU, de anemia feta, de pruebas maternas para sífilis, HIV, tolerancia a la glucosa, etc. (Victoria-Gomez, Pablo Andrés. Doppler Ultrasonography Assessment in Maternal-Foetal Medicine. *Rev Colomb Obstet Ginecol*, Sept. 2006, Vol.57, No.3, P.190-200)

FETALES, MOVIMIENTOS RESPIRATORIOS: Son movimientos de adaptación que hace el feto para preparar los pulmones para su función de intercambio gaseoso en la vida post-natal. Los movimientos del diafragma producen los cambios de volumen del pulmón fetal que son propios de la inspiración y la expiración. El examen de los movimientos respiratorios en el feto es de utilidad para evaluar el bienestar fetal, determinar la madurez pulmonar y detectar precozmente el sufrimiento fetal y la corio-amnionitis. (Florido J, Padilla MC, Soto V, Camacho A, Moscoso G, Navarrete L. Photogrammetry of fetal breathing movements during the third trimester of pregnancy: observations in normal and abnormal pregnancies. Ultrasound Obstet Gynecol. 2008 Sep;32(4):515-9).

FETICHISMO: del portugués *"feitiço"* que significa "magia" o "hechizo" que originó la palabra francesa *fétiche* de la cual proviene el término en español. **1.** m. Culto de los fetiches.**2.** m. Idolatría, veneración excesiva.**3.** m. *Psicol.* Parafilia o desviación sexual que consiste en fijar alguna parte del cuerpo humano o alguna prenda relacionada con él como objeto de la excitación y el deseo. (Real Academia Española de la Lengua. www.rae.es). // 2. Es la

conducta por la cual la persona logra la estimulación y satisfacción sexual mediante un objeto inanimado ("fetiche"), que pertenece a una persona amada o deseada. De manera general que es de uso en personas del sexo opuesto. Los fetiches más frecuentes suelen ser las prendas íntimas. (Binet, A. (1887). Le fetishisme dans l'amour. *Revue Philosophie, 24,* 143–167)

FETICIDIO: m. Acción y efecto de dar muerte a un feto. (Real Academia Española de la Lengua. www.rae.es) // Variedad de eutanasia en la cual se realiza suspensión de las funciones vitales a uno o más fetos, mediante la aplicación de un agente externo, con el propósito de reducir el número en caso de embarazo gemelar o de embarazo múltiple. Los métodos más frecuentes reportados en la literatura médica son a aspiración temprana de los tejidos embrionarios, la inyección de cloruro de potasio en el corazón fetal, la electrocoagulación con mono y bipolar del cordón umbilical, la embolización del cordón con sustancias esclerosantes, la coagulación del cordón o de la aorta con Nd:YAG laser, la endoligadura del cordón por fetoscopia,etc. Esta práctica se inició en la década de los años 80 para eliminar fetos enfermos en pacientes con embarazos múltiples, por ejemplo seis a ocho, para garantizar la viabilidad y calidad de vida a por lo menos dos de ellos. En la actualidad la reducción fetal tiene serias connotaciones éticas puesto que se le aplica también a fetos sanos en embarazos dobles o triples para reducirlos a uno solo; de esta manera le quita la oportunidad de supervivencia a los embriones o fetos sacrificados al azar.

FETO: (Del lat. *fetus*, cría). m. Embrión de los mamíferos placentarios y marsupiales, desde que se implanta en el útero hasta el momento del parto. (Real Academia Española de la Lengua. www.rae.es) // Comprende el periodo de vida desde el comienzo de la novena semana de desarrollo (comienzo de la semana once de amenorrea) hasta el momento del nacimiento. Durante la vida fetal todos los órganos ya presentes completan su desarrollo morfológico y la mayoría inicia los procesos fisiológicos que les son inherentes.

FETO ASIMÉTRICO EPÍCOME: Ver Siamés parasitario epicefálico

FETO ASIMÉTRICO EPÍGNATO: Ver Siamés parasitarioepignato.

FETO ASIMÉTRICO HIPOGNATO: Ver Siamés parasitario hipognato

FETO ASIMÉTRICO MANDIBULAR: Ver Siamés parasitario hipognato

FETO ASIMÉTRICO ONFALÓPAGO: Ver Siamés parasitario heterótopo

FETO ASIMÉTRICO TORACÓPAGO: Ver Siamés parasitario heterópago

FETO EVANESCENTE: (Del lat. *evanescĕre*, desvanecerse). Que se desvanece o esfuma. El síndrome del feto evanescente ocurre casi siempre en embarazos gemelares. Uno de los fetos interrumpe sus funciones vitales y se empieza a reabsorber hasta que desaparece del saco gestacional. Después de este proceso sobrevive un solo feto que se desarrolla normalmente como si desde el principio hubiera sido único.

FETO MALFORMADO: aquel feto que presenta una o más alteraciones de la anatomía, reconocibles con la ecografía obstétrica o al examen clínico cuando ha sido expulsado o extraído del vientre materno.

FETO PAPIRÁCEO (Fetus compressus). Es un feto casi desintegrado que muere durante el segundo trimestre de la gestación, en el cual se ha desintegrado y reabsorbido la mayor parte de los tejidos menos la piel, lo cual le da el aspecto de feto comprimido, como deshidratado y disecado, que los médicos antiguos compararon con una lámina de papiro; de ahí el nombre de papiráceo. El feto papiráceo ocurre con más frecuencia en el embarazo gemelar cuando uno de los fetos muere y hace autolisis por enzimas autógenas y el otro sobrevive sin afectación. (Castejón S, Olivar C, Molinaro V, Aría P, Scucces M, María G *Et Al*. La Placenta y el Cordón Umbilical del Feto Papiráceo en la Anemia Drepanocítica. *Gac Méd Caracas*, Dic. 2003, Vol.111, No.4, P.280-286)

FETO PEQUEÑO PARA LA EDAD GESTACIONAL: Hace referencia a los fetos cuyo peso fetal estimado se encuentra por debajo del percentil 10 para la edad gestacional. Los fetos pequeños para la edad gestacional pueden ser sanos, es decir, constitucionalmente pequeños, con una curva de crecimiento fetal adecuada pero por debajo del percentil 10, o pueden ser fetos con alteración de crecimiento y patologías asociadas que implican mayor morbi-mortalidad perinatal: A estos últimos e los denomina fetos con Restricción del

Crecimiento Intrauterino. (Maulik, D. Fetal Growth Compromise: definitions, Standards, and classification. Clinical Obstetrics and Gynecology. 2006; 49 (2): 214-218)

FETO POSTMADURO: Aquel que ha superado la semana 42 de la gestación. Aunque el límite fijado por la OMS para esta calificación es el final de la semana 42, se tiene la tendencia en múltiples hospitales y clínicas a considerar post-maduro al feto que ha terminado la semana 41 de gestación. Esta tendencia parece haber disminuido la morbi-mortalidad fetal.

FETOCARDIA: Equivale a decir Frecuencia Cardiaca Fetal. En el lenguaje corriente al hablar de fetocardia se está refiriendo a la medición de la frecuencia cardiaca fetal

FETOCARDIA, AUSCULTACIÓN DE LA: Es la percepción de las contracciones del corazón fetal durante un periodo de tiempo; generalmente se toma como patrón un minuto. La percepción de la frecuencia cardiaca fetal se utiliza como parámetro del bienestar fetal. La graficación de la fetocardia durante 20 minutos o más, es el principio general del monitoreo fetal electrónico./ // Es la percepción de las contracciones del miocardio fetal por cualquier medio visual o auditivo. Aunque el corazón fetal primitivo se forma alrededor del día 22 después de la concepción, sus contracciones solo pueden ser percibidas con el ecógrafo hasta el día 23 con transductor vaginal o hasta el día 26 con transductor abdominal. Alrededor de la semana 16-18 de gestación se completa el mecanismo de regulación de la frecuencia cardíaca fetal y adquiere importancia clínica para evaluar la condición fetal. En las primeras semanas de gestación la frecuencia cardiaca fetal se encuentra alrededor de 160-170 lat/min y a medida que avanza la gestación se disminuye alrededor de 130-140 lat/min; esto representa el estado de maduración de la inervación autonómica del corazón fetal. (Manning, F. The Fetal Heart Rate. Antepartum and Intrapartum Regulation and Clinical Significance. Fetal Medicine: Principles and Practice. Connecticut. Appleton and Lange Editorial. 1998. 13 – 105) ***//*** Sinónimo:. Frecuencia cardiaca fetal.

FETOCARDIA, REGULACIÓN AUTONÓMICA DE LA: Es el comando que hacen los sistemas simpático y parasimpático de los sistemas de conducción

del corazón fetal. La estimulación simpática permite un incremento de la frecuencia cardiaca fetal (FCF) a través de la liberación de catecolaminas por vía periférica (glándula suprarrenal fetal) y por liberación directa de catecolaminas en las terminaciones nerviosas nodales. La estimulación parasimpática induce disminución de la FCF a través de la liberación de acetilcolina en las terminaciones nerviosas nodales, lo cual produce aumento en la estabilidad de la membrana y retraso en la transmisión del impulso de despolarización. Los diferentes estímulos fetales fisiológicos o patológicos median los cambios en la FCF a través de este sistema de regulación. (Manning, F. The Fetal Heart Rate. Antepartum and Intrapartum Regulation and Clinical Significance. Fetal Medicine: Principles and Practice. Connecticut. Appleton and Lange Editorial. 1998. 13 – 105)

FETOSCOPIA: Observación directa del feto, mediante la introducción de un endoscopio a través de la pared uterina hasta la cavidad amniótica.

FETUS IN FETU: Este término "Fetus in fetu" fue usado por Meckel en 1800 para describir la presencia de un feto dentro de otro feto. Forman parte de los gemelos unidos asimétricos en el cual uno de ellos es siempre un parásito. Otros lo denominan feto incluído que surge cuando uno de ellos en su desarrollo temprano y se encaja dentro del cuerpo del gemelo normal. El fetus in fetu es un gemelo monocigótico, monocoriónico al cual su compañero lo ha absorbido, encontrándose encapsulado y con anastomosis vascular principalmente a los vasos mesentéricos por su mayor frecuencia intra-abdominal. La presencia del esqueleto axial y columna vertebral indica su desarrollo más allá de la etapa embrionaria y junto con la organogénesis presente, lo diferencia de un teratoma. El estudio cromosómico y de grupo sanguíneo idéntico es otra evidencia de su origen común.// Es posible que la variedad de teratoma orofaríngea conocida como epignatus sea en realidad un feto que se ha introducido en la boca de su gemelo y allí se desarrolla como un fetus in fetu. (Escobar G., Ivonne, Poblete L., Andrés, Becker V., Jorge *et al*. Epignathus: Reporte de un Caso y Revisión de la Literatura. *Rev. Chil. Obstet. Ginecol.*, 2005, Vol.70, No.3, P.173-179 // 2- Chang TS, Shehata BM, Stallings C, Gow KW, Onyeije CI. Fetus in fetu presenting as an abdominal mass in a newborn female infant. Am Surg. 2008 Sep.;74(9):883-885)

FIBRAS DE LUSCHKA: Es el conjunto de estructuras fibromusculares que unen la cara interna del músculo pubo-coccígeo con las caras laterales de la vagina.

FIBROADENOMA MAMARIO: Corresponde a un tumor benigno de la mama que se presenta en mujeres entre los 15 y los 45 años de edad. Clínicamente se presenta como una masa de consistencia semidura, móvil, de bordes bien delimitados, usualmente única, aunque puede ser múltiple hasta en el 15% de los casos; tiene un tamaño promedio de 3 cm con tendencia a permanecer de igual tamaño. Desde el punto de vista histopatológico se documentan dos componentes: epitelial y mesenquimal; el tumor se origina a partir de los lóbulos mamarios al producirse proliferación de los mismos. No se conoce con exactitud la etiología, sin embargo, debido a que la proliferación lobular es una respuesta a la estimulación estrogénica, se considera que el tumor es hormono-dependiente, lo cual explica las recurrencias posteriores a la resección quirúrgica. El diagnóstico se realiza con historia clínica y examen físico en el 80% de los casos; adicionalmente se realiza una citología por punción con sensibilidad del 93%, especificidad del 92.8%, y valor predictivo positivo del 93.7%. La ecografía mamaria es una herramienta diagnóstica complementaria para hacer la diferenciación con un tumor de características sólidas o quísticas, al mismo tiempo que permite dirigir la punción; la mamografía no tiene un papel importante en el estudio de masas palpables clínicamente. El tratamiento se realiza de acuerdo al tamaño y a la asociación con los síntomas: si la paciente es asintomática, se recomienda observación, autoexamen y si se documenta incremento de tamaño, se propone resección; si el fibroadenoma es sintomático o tiene un tamaño mayor de 5 cm se propone resección quirúrgica. Con respecto a la relación con cáncer de mama, se ha establecido que sólo el fibroadenoma complejo, es decir, el que presenta quistes > 3 mm, adenosis esclerosante, calcificaciones o cambios apocrinos, tiene un riesgo relativo de 3.1 para el desarrollo de cáncer de mama; los fibroadenomas sin estas condiciones histológicas no están relacionados con cáncer de mama. (Smith, RL, Pruthi, S, Fitzpatrick, LA. Evaluation and management of breast pain. Mayo Clin Proc 2004; 79:353)

FIBROADENOMA MAMARIO INTRACANALICULAR: Corresponde a un adenoma con tejido conectivo desarrollado en abundancia en forma de nódulos bien delimitados que crecen en forma concéntrica dentro de la luz de las glándulas mamarias, generando fenómeno de estenosis. (Santen, RJ, Mansel, R. Benign breast disorders. N Engl J Med 2005; 353:275)

FIBROADENOMA MAMARIO PERICANALICULAR: Corresponde a un adenoma con tejido conectivo desarrollado en abundancia en forma de nódulos bien delimitados dispuestos alrededor de las glándulas mamarias. (Santen, RJ, Mansel, R. Benign breast disorders. N Engl J Med 2005; 353:275)

FIBROIDES: Ver miomas.

FIBROLIPOMA: Corresponde a un tumor benigno del tejido adiposo caracterizado por una proliferación concomitante de tejido conjuntivo . (Sign, R. Bawa, A. Lipoma. Indian J Derm. 2004; 66: 177-179)

FIBROMAS: Ver miomas.

FIBROMATOSIS: Sinónimo de miomatosis. Por esta razón se amplía la información bajo el término Mioma.

FIBRO-QUÍSTICA DE LA MAMA, CONDICIÓN: Trastorno mamario caracterizado histológicamente por pequeñas condensaciones del tipo fibrosos y por lesiones quísticas no palpables. Dados los malestares que percibe la paciente(dolores episódicos pero persistentes, sensación de plenitud mamaria, incomodidad, etc), se denominaba enfermedad fibroquística pero se cambio a “condición fibroquística” pues no es clara su fisiopatología. Se cree que los cambios están asociados con hormonas producidas por los ovarios, debido a que la afección desaparece generalmente con la menopausia, cuando la función ovárica cambia. Los cambios también pueden variar durante el ciclo menstrual. Se estima que la enfermedad fibroquística de las mamas afecta a más del 60% de todas las mujeres, siendo frecuente en mujeres entre los 30 y los 50 años de edad y poco común en mujeres que hayan llegado a la menopausia

FIBROSARCOMA OVÁRICO: Es un tumor de muy rara frecuencia, cuyas características histológicas son similares a la de un fibrosacoma de cualquier

otra localización. Se pueden homologar a los tecomas malignos, que son más probables durante la perimenopausia. Pueden originarse de novo o pueden ser la transformación maligna de un fibroma ovárico pre-existente. Kurtman RJ. Blaustein´s Pathology of Female Genital Tract. Fifth edition, Edit Springer, New York, 2002.

FIBROSIS QUÍSTICA: (del lat. *muccus*, "moco", y *viscōsus*, "pegajoso"), es una enfermedad hereditaria frecuente que afecta al organismo en forma generalizada, causando discapacidad progresiva y muerte prematura. La infertilidad se manifiesta tanto entre los hombres como entre las mujeres con FQ. En el caso de los hombres se debe, mayoritariamente, a una estenosis de los deferentes; y en el caso de la cuarta parte de las mujeres se debe al espeso moco cervical y a la interrupción del ciclo menstrual secundario. Al menos un 97 por ciento de los varones afectados son estériles. (R. Busch, "On the History of Cystic Fibrosis," *Acta Univ Carol [Med] (Praha)*, 1990, 36(1-4):13-5.

FIEBRE: la mayoría de los autores que definen la fiebre consideran que es la hipertermia que se presenta en el rango de los 38º C a los 39,9°C. Cuando la hipertermia está entre 37,5 ºC y 37.9ºC se denomina febrícula. La temperatura de 40°C o más se denomina Hiperpirexia // Resulta curioso que esta medida tan importante de morbilidad no se reconocida de la misma manera por todos los miembros de la salud. No hay un estricto consenso sobre la temperatura que establece el diagnóstico de fiebre ya que en muchos textos de medicina se menciona la fiebre como la temperatura que supera los 37,8°C, o los 38,2 °C, etc.

Nombre que toma la hipertermia	Febrícula	Fiebre	Hiperpirexia
Rango	37,5°C-37,9°C	38°C -39,9°C	40°C ó más

FIEBRE DE LA BAJADA DE LA LECHE: Es el pico febril que puede presentarse una sola vez y que coincide con la aparición de la lactancia. Sinónimo: Fiebre del inicio de la lactancia.

FIEBRE PUERPERAL: **1**. Para ser calificada como fiebre la temperatura debe ser de 38°C o más y para ser puerperal debe encontrarse la paciente dentro de las seis semanas posteriores al parto.// **2**. Nombre con el cual se identificaba la enfermedad debida a una infección puerperal, debida casi siempre a una endometritis. Es de suponer que en el pasado entró en esta denominación la fiebre causada por la mastitis puerperal.

FIMBRIA.(Del lat. *fimbrĭa*). f. Orla o franja de adorno. (Real Academia Española de la Lengua. www.rae.es).

FIMBRIAS TUBÁRICAS: Orlas que se forman en el extremo de la porción infundibular de la tuba uterina, alrededor del ostium externo. Debe resaltarse que no existe una porción fimbrial de la trompa, puesto que las fimbrias hacen parte del infundíbulo.

FIMBRIECTOMÍA: Cirugía de Kroener

FISH (Sigla del inglés Fluorescent In Situ Hibridation: Hibridación in situ con fluorescencia): Es un proceso que consiste en marcar los cromosomas con sondas de DNA específicas para secuencias repetitivas de los cromosomas que se quieren identificar. Este el método que da mejores resultados en la actualidad para la determinación del sexo en células aisladas de embriones humanos. La célula obtenida se coloca aproximadamente cinco minutos en una solución hipotónica y posteriormente la blastómera se fija en un portaobjetos, utilizando el protocolo con metanol-ácido acético en proporción 3:1. Las sondas y el DNA de la blastómera se desnaturalizan con calor y formamida para separar las cadenas de la doble hélice. Posteriormente se coloca la sonda sobre la muestra para permitir la re-hibridación con la secuencia específica del cromosoma que se desea identificar. (Khan, J, Bittner, ML, Chen, Y, et al. DNA microarray technology: The anticipated impact on the study of human disease. Biochim Biophys Acta 2000: 1423)

FÍSTULA: (Del lat. *fistŭla*).f. *Med.* Conducto anormal, ulcerado y estrecho, que se abre en la piel o en las membranas mucosas. (Real Academia Española de la Lengua. www.rae.es)

FÍSTULA RECTO-VAGINAL: Comunicación anómala entre la vagina y el recto. Puede ser congénita, o causada por un trauma obstétrico o por una lesión del recto secundaria a radioterapia local. Se reconoce porque la desembocadura de la fístula está por detrás del anillo himeneal. Si estuviera por delante del anillo himeneal sería recto-vestibular.

FÍSTULA RECTO-VAGINAL, CIRUGÍA DE NOBLE-MENGER-FISH: Técnica quirúrgica creada por G. H. Noble en 1909 y modificada por W. F. Mengert y S. A. Fish en 1555 para corregir fístulas rectovaginales primarias o recurrentes mediante disección y desplazamiento de la pared rectal anterior hasta cubrir el defecto sin que los bordes del mismo queden a tensión. (DeCherney, A. Diagnóstico y tratamiento gineco-obstétricos. Cirugía Ginecológica. Séptima edición. Bogotá, Colombia. Editorial Manual Moderno. 1994. 1049-1067)

FÍSTULA RECTO-VESTIBULAR: Comunicación anómala entre el recto y el piso del vestíbulo vaginal. Puede ser congénita o producida por un trauma obstétrico en la zona. Se reconoce como vestibular cuando la desembocadura está por delante del anillo himeneal (en la zona de la vulva conocida como vestíbulo vaginal)

FÍSTULA UROGENITAL: Corresponde a comunicaciones anómalas entre el tracto urinario y el tracto genital femenino. La gran mayoría de las fístulas urogenitales son resultado de complicaciones de la cirugía ginecológica. En los países en vía de desarrollo la mayor proporción de fístulas son resultado de la obstrucción del parto o inadecuada atención del mismo con desgarros o laceraciones no corregidos adecuadamente. De acuerdo a la causa se considera que el 82% de las fístulas urogenitales son secundarias a cirugías ginecológicas, el 8% por intervenciones obstétricas, el 6% secundarias a radioterapia y el 4% secundarias a traumatismos. Los factores que contribuyen al desarrollo de las fístulas urogenitales son: lesiones de la vejiga o del uréter que pasan desapercibidas o se reparan inadecuadamente, necrosis tisular debida a hematomas, suturas o atrapamiento con pinzas, separación incompleta de la vejiga de leiomiomas uterinos o cicatrices de cesáreas. Dentro de las causas no obstétricas se encuentran las neoplasias malignas de origen

ginecológico, infecciones, traumatismos y cuerpos extraños. Anatómicamente las fístulas urogenitales se clasifican en uretro-vaginales, vésico-vaginales, vésico-uterinas, uretero-vaginales, uretero-uterinas, complejas o compuestas. Las fístulas más comunes son las vésico-vaginales que representan el 42% de los casos. (Navarro, F. García, J. Planteamiento terapéutico de las fístulas vesicogenitales. Actas Urológicas Españolas. 2003. 27 (7): 530-537)

FÍSTULA ÚTERO-VAGINAL: Conexión anómala entre el útero y la vagina, cuyas cavidades se unen a través de una comunicación secundaria a trauma quirúrgico, obstétrico, etc. Normalmente la vagina y el útero están comunicados entre sí a través del cérvix, para ser una fístula entre estos dos órganos, debe existir una comunicación útero-vagina por otra vía diferente al canal cervical.

FÍSTULA VAGINO-URETERAL: Comunicación anómala entre la vagina y uno o ambos uréteres. La orina drena a la cavidad vaginal de manera constante. Se produce por un trauma(quirúrgico, traumático) o por lesión local causada por radioterapia, una infección etc.

FÍSTULA VÉSICO-GENITAL: Son las comunicaciones anómalas entre la vejiga y cualquier parte del aparato genital. En las mujeres la más frecuente es la vésico-vaginal, relacionada con los procedimientos quirúrgicos cercanos a la vejiga(histerectomía, cistopexia, etc). De acuerdo a la localización de la fístula en la vejiga se clasifica como pre-trigonal, trigonal o post-trigonal. De acuerdo al tamaño se clasifican en menores de 1 cm, de 2-3 cm y mayores de 3 cm. Navarro Sebastián, F.J. et al . Planteamiento terapéutico de las fístulas vésico-genitales: Análisis retrospectivo de nuestra serie. Actas Urol Esp., Madrid, v. 27, n. 7, 2003

FÍSTULA VÉSICO-VAGINAL: Corresponde a una comunicación anómala de la vejiga urinaria con la cavidad vaginal. Representa el tipo más frecuente de fístula urogenital en la población femenina con un porcentaje del 90%. La causa más frecuente de fístula vésico-vaginal en países desarrollados es la lesión iatrogénica posterior a cirugía ginecológica u obstétrica y ocasionalmente posterior a cirugía urológica o intestinal. Este tipo de fístulas representan alrededor del 80% de los casos, mientras que la causa más frecuente en países subdesarrollados sigue siendo la causa obstétrica con una incidencia

que varía desde el 65% hasta el 96%. El tratamiento depende del origen iatrogénico o no iatrogénico; dentro de las medidas generales se describe el uso de antibióticos, antifúngicos orales, estrógenos en pacientes post-menopáusicas. Dentro del manejo conservador se encuentra el uso de una sonda vesical permanente que resuelve aproximadamente el 20% de las fístulas que usualmente son de pequeño tamaño y cuya resolución se produce en las primeras cuatro semanas; otras medidas conservadoras son las oclusiones con fibrinógeno, oclusiones con tornillos metálicos, fulguración endoscópica con un éxito del 56% al 80%. El tratamiento quirúrgico se plantea en los casos de no resolución con medidas conservadoras y representa la solución definitiva en la mayoría de los casos. Se describen técnicas por vía trans-abdominal extra-peritoneal con fistulectomía con interposición de tejidos como peritoneo o duramadre, o no fistulectomía con injertos libres de mucosa vesical. Por vía trans-vaginal se describe la fistulorrafia e interposición de colgajo fibro-adiposo labial pediculado, colgajo de piel labial pediculado, colgajo peritoneal, colgajo de músculo Gracilis. La tasa de éxito descrito para estos procedimientos se encuentra entre el 80% y el 100%. Existe controversia con respecto a la vía más adecuada; hasta el momento la decisión del abordaje depende de las preferencias del cirujano. (Navarro, F. García, J. Planteamiento terapéutico de las fístulas vesicogenitales. Actas Urológicas Españolas. 2003. 27 (7): 530-537)

FÍSTULA VÉSICO-VAGINAL: CIRUGÍA DE LATZKO: Corresponde a un procedimiento quirúrgico empleado para la corrección de las fístulas vesico-vaginales. También conocida como colpocleisis parcial de Latzko, fue descrita en 1942. El procedimiento consiste en identificar de manera exacta la zona fistulosa, realizar una incisión circunferencial en la vagina, aproximadamente a 2 cm de la fístula, posteriormente movilizar la vagina y cerrar la zona fistulosa con material de sutura de absorción retardada en doble capa, sin lesionar la mucosa vaginal. La tasa de éxito descrita es del 90% al 100% con ventajas como tiempo operatorio corto, baja tasa de complicaciones intraoperatoria, bajo riesgo de lesión uretral. (Zimmern PE, Hadley HR, Staskin D: Genitourinary fistulas: vaginal approach for repair of vesicovaginal fistulas. Clin Obstet Gynaecol 2005; 12(2): 403-13)

FÍSTULA VÉSICO-UTERINA: Corresponde a una comunicación anómala de la vejiga urinaria con la cavidad uterina. Este tipo de fístulas representan el 10% de las fístulas urogenitales femeninas. Estas fístulas resultan por lo general de un trauma obstétrico, especialmente secundario a lesiones de vejiga durante la operación cesárea. Las lesiones vesicales se pueden producir por traumatismo directo cuando se separa la vejiga del cérvix o por laceración en la extracción del recién nacido. La principal manifestación clínica es la presencia de flujo menstrual a través de la uretra (menouria). El trayecto fistuloso entre la vejiga y el útero se establece por histerosalpingografía. Las fístulas de pequeño tamaño pueden cerrar espontáneamente con el uso de sonda vesical durante largo tiempo o con la supresión hormonal de la menstruación durante pocos ciclos. El tratamiento quirúrgico plantea la curación en el 80% al 100% de los casos. Los principios quirúrgicos son los mismos que en la reparación de las fístulas vesico-vaginales; se separan cuidadosamente ambos órganos y se cierren ambas aberturas, el cérvix se emplea para sujetar la reparación vesical. Si las condiciones locales son desfavorables se puede considerar la interposición de un segmento peritoneal o un pedículo de epiplón; el abordaje vaginal o abdominal depende de la localización de la fístula. (Navarro, F. García, J. Planteamiento terapéutico de las fístulas vesicogenitales. Actas Urológicas Españolas. 2003. 27 (7): 530-537)

FÍSTULA VESTIBULAR: Aquella fístula que desemboca por delante del anillo himeneal, en la zona de la vulva conocida como vestíbulo vaginal.

FISTULECTOMÍA: Corrección de un fístula mediante la resección de una parte del tejido, y sutura por afrontamiento del pasaje fistuloso.

FISTULOSO: El pasaje o comunicación anómala entre dos órganos o espacios que normalmente no están intercomunicados entre sí, o que están comunicados por una estructura diferente a una apertura patológica.

FISURA: Grieta que se forma en la superficie de un órgano. Afecta más frecuentemente a la piel y las mucosas.

FISURA VULVAR: Ruptura en forma de grieta lineal de la capa superficial de la piel y/o de la mucosa vulvar como consecuencia de un estiramiento brusco durante el rascado fuerte, el coito, el parto ,etc.

FIV: Sigla utilizada para mencionar la Fertilización in Vitro, que significa Fecundación in vitro

FIV-et : Sigla del inglés: Fertilization In Vitro and Embryo Transfer, que significa Fertilización in Vitro con Transferencia de Embriones. Ver este término.

FIV-he: Sigla utilizada para mencionar la Fertilización in Vitro heteróloga. Ver este término.

FIV-ho: Sigla utilizada para mencionar la Fertilización in Vitro homóloga. Ver este término.

FLEVITIS SUBCUTÁNEA DE LA MAMA: Ver enfermedad de Mondor.

FLUJO VAGINAL: Secreción blanca, o amarillenta o amarillo-verdosa, que se produce en la superficie vaginal, o que proviene de la cavidad uterina y de la mucosa vaginal, como consecuencia de un proceso irritativo de sus mucosas. Cuando es de origen microbiano se relaciona casi siempre con un trastorno del crecimiento de una de las colonias bacterianas que normalmente crecen en la mucosa vaginal (es una disbacteriosis que en este caso se llama vaginosis) o se relaciona con el crecimiento de colonias de bacterias, virus o parásitos que no hacen parte de la flora normal. En este último caso se trata de una infección vaginal. Los gérmenes que causan el flujo vaginal de manera más frecuente son las Gardnerellas, las Candidas, las Trichomonas, los Treponemas y los Gonococos.

FOLATO: Un folato es la forma aniónica del ácido fólico. Ver Fólico,Ácido. *Raiten DJ, Fisher KD (1995). "Assessment of folate methodology used in the Third National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES III, 1988-1994)". The Journal of Nutrition 125 (5): 1371S–1398S.*

FOLICULAR, FASE: Es una de las dos fases en que se divide el ciclo menstrual . La fase folicular es llamada con más frecuencia Fase proliferativa.

Se llama folicular porque en este periodo del ciclo aumentan de volumen un pequeño grupo de folículos de los cuales uno va a completar la maduración. Toma el nombre de fase proliferativa pore el endometrio prolifera y aumenta de grosor hasta 2 o 3 veces. (Keith Moore , T. Persaud. Embriología clínica. Edit McGraw-Hill, México. 6ª edición, 1999)

FÓLICO, ÁCIDO: El ácido fólico es una vitamina que actúa como coenzima transportadora de unidades bioquímicas de un solo metilo, especialmente del grupo formilo, metenilo y metileno, en el proceso metabólico que conduce a la formación de precursores del ARN y ADN, que a la postre conducen a la replicación celular. Por esta razón, el bloqueo del metabolismo del ácido fólico (como ocurre cuando se administra Metrotexate (que bloquea la enzima tetrahidro-folato-reductasa que transforma el ácido dihidrofólico en ácido tetrahidrofólico) se paraliza la replicación celular pues si no se forma el ácido tetrahidrofólico, no ocurrirán los siguientes pasos metabólicos que conducen a la formación de purinas y pirimidinas, necesarias para la síntesis de ácido ribonucléico y desoxirribonucléico. Similar bloqueo de la división celular ocurre por déficit de ingesta de ácido fólico, que conduce a la interrupción de la mitosis de los glóbulos rojos que se detienen como megaloblastos y producen anemia de glóbulos rojos gigantes, conocida como anemia megaloblástica. El ácido fólico no se sintetiza en el organismo humano, razón por la cual debe ser ingerido en los alimentos o en forma de medicamentos. *Raiten DJ, Fisher KD (1995). "Assessment of folate methodology used in the Third National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES III, 1988-1994)". The Journal of Nutrition 125 (5): 1371S–1398S.*

FOLICULITIS PUBIANA: Inflamación de los folículos que originan los vellos del pubis**.** La causa más frecuente es la infección por el Staphilococcus aureus.

FOLÍCULO: Es el conjunto del oocito primario más el conjunto de células que lo rodean, llamado teca folicular o tecas foliculares. De acuerdo al grado de maduración del folículo, relacionado con la forma y cantidad de células que conforman las tecas o con la presencia de antro folicular, se clasifica como folículo primario, folículo secundario o folículo de DeGraaf.

FOLÍCULO ANTRAL: Es el mismo folículo de Degraaf

FOLÍCULO DE DE GRAAF: Es el conjunto de folículo secundario más oocito secundario. Hacen parte de este folículo el oocito secundario, las dos tecas, el antro, la membrana o zona pelúcida(material glicoprotéico que forma una membrana ubicada entre el oocito y las células de la teca), el primer cuerpo polar. // **2.** Recibe este nombre el folículo maduro, aquel en el cual está a punto de eclosionar el óvulo(que técnicamente es un oocito secundario). En la periferia del folículo se encuentra el oocito que en esas horas del ciclo menstrual ha pasado de oocito primario a secundario. En el centro del folículo se ha formado una cavidad llamada antro folicular, ocupada por líquido folicular y el folículo en su totalidad ha alcanzado un diámetro que varía de 20 a 30 mm. Para convertirse en folículo de de Graaf el oocito primario ha recibido el influjo hormonal para completar su maduración con lo cual completa la primera división meiótica(en ese momento se convierte en oocito secundario) e inicia la segunda división meiótica que solo podrá completar si ocurre la eventualidad de que sea fecundado. Recibe su nombre en honor al médico holandés Reigner de-Graaf, quien hizo aportes a su fisiología. (Orts Llorca F. Como somos antes de nacer. Edit. Doyma, Barcelona, 1990 // Keith Moore , T. Persaud. Embriología clínica. Edit McGraw-Hill, México. 6ª edición, 1999).

FOLÍCULO ESTIMULANTE, HORMONA: Ver Hormona Folículo estimulante

FOLÍCULO PRIMARIO: Es el conjunto del oocito primario más el conjunto de células que forman la única capa que lo rodea, llamado teca folicular. El folículo primario aumenta de tamaño y el tejido conjuntivo adyacente le forma una capa de células de la granulosa, llamada teca folicular. El folículo primario conserva este nombre mientras tenga una sola capa de células, es decir una sola teca. Después del nacimiento no se forman nuevos folículos primarios, esto significa que la maduración de los óvulos ocurrirá a partir del número finito que la mujer tenga de folículos primarios desde el nacimiento(la recién nacida tiene entre 800.000 y 2 millones de folículos primarios, que se van reabsorbiendo durante la infancia hasta que en la vida fértil solo quedan disponibles aproximadamente 200.000 para ser madurados). Los oocitos primarios permanecen latentes en profase suspendida(dictioteno) hasta la pubertad y se mantienen en este periodo de primera división meiótica, hasta que maduren durante el ciclo menstrual, en cualquier momento de su vida fértil. (Orts Llorca F. Como somos

antes de nacer. Edit. Doyma, Barcelona, 1990 // Keith Moore , T. Persaud. Embriología clínica. Edit McGraw-Hill, México. 6ª edición, 1999)

FOLÍCULO PRIMORDIAL: Equivale a Folículo primario.

FOLÍCULO SECUNDARIO: A partir del momento en que el folículo primario empieza a tener más de una capa de células de la granulosa se convierte en folículo secundario. Las nuevas capas de células, que se componen de 7 a 12 hileras superpuestas, conforman dos tecas, la teca interna que es más vascular y glandular y la teca externa. A medida que progresa el folículo primario, las células se redistribuyen para dejar un polo con pocas células de la teca y el otro polo con abundantes células tecales. Entre las tecas interna y externa se forman luego un conjunto de cavidades similares a un queso gruyer, cuyas cavidades se unen y forman un antro único. Por esta razón el folículo secundario se conoce también como folículo antral. Sin embargo el oocito primario que contiene cada folículo sigue siendo oocito primario, que solo pasará a oocito secundario si recibe el influjo hormonal de maduración en algún momento de la vida fértil de la mujer. El folículo secundario se convertirá en folículo de Degraaf cuando el oocito primario se convierta en oocito secundario. (Orts Llorca F. Como somos antes de nacer. Edit. Doyma, Barcelona, 1990 // 2-Keith Moore , T. Persaud. Embriología clínica. Edit McGraw-Hill, México. 6ª edición, 1999)

FONDO DE SACO: Cavidad en forma de bolsa que forma el peritoneo entre dos estructuras en el interior de la cavidad pélvica, al replegarse sobre una de ellas. Por ejemplo: el repliegue del peritoneo entre el riñón y el hígado se llama hepato-renal, el repliegue entre la cara anterior del recto y la cara posterior de la matriz se llama recto-uterino. // Cavidad que forma una mucosa al replegarse sobre una estructura, como ocurre con los fondos de saco vaginales.

FONDO DE SACO DE DOUGLAS: (Epónimo en honor al cirujano y anatomista escocés James Douglas-1675-1742-). Es el repliegue que forma el peritoneo al reflejarse desde la cara anterior del recto hacia la cara posterior del útero. Tanto en el hombre como en la mujer a quien se le ha realizado histerectomía, el fondo de saco de Douglas es recto-vesical y se opone al fórnix posterior de la vagina, lo cual facilita la culdocentesis (Alarcón NMA, Amaya MV, Alarcón

AMA. Anatomía clínica del aparato genital femenino. Edit Manual Moderno, México 2005 // www.whonamedit.com)// Sinónimos: Excavatio rectouterina, Fondo de saco recto-uterino, cul-de-sac.

FONDO DE SACO DE MORISON: Ver Fondo de saco hepato-renal.

FONDO DE SACO DE RATHKE: Bolsa embrionaria de la región bucal de la cual se origina la adenohipófisis.

FONDO DE SACO HEPATORRENAL: Es el espacio que deja el ángulo de unión entre el hígado y el riñón derecho. Hace continuación con la gotera parietocólica derecha y después se continúa con el hiato de Winslow que es la entrada a la transcavidad de los epiplónes. Igual que los otros fondos de saco, el de Morison puede albergar material purulento en una peritonitis por lo cual es frecuente que los ecografistas hagan referencia a esta cavidad. // Sinónimo: Fondo de saco de Morison. Este fondo de saco lleva el epónimo del cirujano británico James Rutherford Morison (1853-1939).(www.whonamedit.com)

FONDO DE SACO ÚTERO-RECTAL: Es el espacio que queda entre la cara posterior del útero y la cara anterior del recto. Sinónimos: Fondo de saco de Douglas, cul de sac

FONDO DE SACO VÉSICO-UTERINO: Es el repliegue del peritoneo ubicado entre la vejiga y el útero.// Durante la cesárea se hace la histerotomía por encima del repliegue que marca el final de la vejiga y el comienzo de la serosa uterina. Durante la histerectomía se rechaza la vejiga a partir de un corte que se hace en este fondo de saco.

FONDOS DE SACO VAGINALES: Son los repliegues que la mucosa vaginal hace al llegar al cuello uterino. Hay cuatro fondos de saco vaginales: uno anterior, uno posterior, uno derecho y otro izquierdo.

FORAMEN: Es el sinónimo de orificio relativamente grande, respecto al tamaño del órgano o estructura que lo contiene.

FORAMEN DIAFRAGMÁTICO DE LARREY: Orificio del diafragma entre la pars sternalis y la pars costalis, por donde la arteria epigástrica(que irriga los músculos rectos anteriores del abdomen) atraviesa esta membrana fibro-

muscular para anastomosarse con la arteria mamaria interna. Sinónimos: Trígono esterno-costal de Larrey, Hendidura de Larrey . Lleva este epónimo en honor al cirujano militar francés que lo describió, llamado Dominique-Jean Larrey (1766-1842). (www.whonamedit.com // (M Latarjet y A Ruiz Liard. Anatomía humana. Edit Panamericana, México, 1989)

FORAMEN OVAL: Normalmente el tabique interauricular se forma por el crecimiento del septum primum (que crece de abajo hacia arriba) y por crecimiento del septum secundum (que tiene una parte inferior que crece al lado del segmento inferior del septum primum y una parte superior, que reemplaza al segmento superior del septum primum). El primer orificio que se forma en el tabique es el ostium primum; este orificio se cierra al tiempo que se forma el segundo orificio, también llamado ostium secundum ó foramen oval. Al momento del nacimiento se oblitera el foramen oval mediante un mecanismo similar al cierre de una puerta en la cual el septum inferior (que es parte del septum primum) se aproxima al extremo inferior del tabique superior (que hace parte del septum secundum). (Bakiler, A. Ozer, E. Accuracy of prenatal diagnosis of congenital heart disease with fetal echocardiography. Fetal Diagn Ther. 2007;22(4):241-4 // Keith Moore, TVN. Persaud. Embriología clínica. Edit McGraw-Hill-Interamericana. México. 1999,capitulo 14) Sinónimo: Ostium oval

FORÁMINA. Latín, plural de foramen.

FÓRCEPS: Elementos metálicos que en general simulan la forma de dos cucharas que se articulan, y que se utilizan para extraer el feto en los partos difíciles. // Los fórceps son instrumentos de uso obstétrico en forma de pinzas, diseñados para tomar, sin traumatizar, la cabeza del feto dentro de la pelvis materna durante el periodo expulsivo del trabajo de parto, con lo que se abrevia el nacimiento, en beneficio tanto de la madre como del producto (Berthet y Recinet, 1993; Sereno, Fernández, Salas y cols. 1997).// El tamaño y la forma de los fórceps varían de manera considerable pero básicamente consisten en dos ramas que se entrecruzan. Cada una es maniobrada hacia una relación apropiada con la cabeza fetal y luego es articulada. Cada rama tiene cuatro componentes: las hojas, los vástagos, la articulación y los mangos. Cada hoja tiene dos curvaturas, la cefálica y la pelviana. La curvatura cefálica se adapta a

la forma de la cabeza fetal y la pelviana a la del canal de parto. Algunas variedades están fenestradas en lugar de ser sólidas para poder sujetar con más firmeza la cabeza fetal. La curvatura cefálica debe ser lo suficientemente grande como para asir la cabeza fetal en una forma firme sin ejercer compresión. La curvatura pelviana 1) corresponde más o menos al eje del canal de parto, pero varía considerablemente entre los diferentes instrumentos. Las hojas están conectadas a los mangos por los vástagos que dan la longitud necesaria al instrumento. Éstos pueden ser paralelos como en el fórceps de Simpson o cruzados como en el fórceps de Tucker-McLane. El tipo de articulación o traba del fórceps varía entre los diferentes instrumentos. El método más común de articulación consiste en una cavidad localizada en el vástago en el sitio de unión con el mango, en la cual encaja una cavidad localizada de igual forma en el vástago opuesto. Esta forma de articulación comúnmente se denomina traba inglesa. En algunos fórceps como el de Kielland, se emplea una traba por deslizamiento. La traba que se desliza permite que los vástagos se muevan hacia adelante y atrás en forma independiente. ***//*** Elemento empleado para la instrumentación del parto compuesto por dos ramas, una derecha y una izquierda, cada una de ellas con 4 porciones: la hoja, el vástago, la articulación y el mango. De acuerdo a la configuración de los vástagos (paralelos o entrecruzados) y el tipo de articulación (traba inglesa, traba por deslizamiento) se encuentran diferentes tipos de fórceps. Los partos con fórceps se clasifican en 3 grande grupos según al American College: fórceps de desprendimiento, fórceps bajos y fórceps medios. Los requisitos para la aplicación de los fórceps son: descartar DCP, cabeza fetal encajada, membranas rotas, cambios cervicales completos, precisión de la variedad de posición, presentación de vértice o de cara en variedad mentón-anterior, vejiga vacía, ampolla rectal vacía, analgesia adecuada. (Gilstrap III, LC. Cunningham, F. VanDorsten, J. Parto con fórceps. Urgencias en Sala de Partos y Obstetricia Quirúrgica. Montevideo, Uruguay. Editorial Panamericana. 2° edición. 2002. 89 – 123)

FÓRCEPS ALTO: Colocación de un fórceps en un feto cuya presentación esté por encima de las espinas ciáticas. Los fórceps altos están proscritos en la obstetricia moderna por el riesgo de trauma tanto para la madre como para el

feto, (Gilstrap III, LC. Cunningham, F. VanDorsten, J. Parto con fórceps. Urgencias en Sala de Partos y Obstetricia Quirúrgica. Montevideo, Uruguay. Editorial Panamericana. 2° edición. 2002. 89 –123)

FÓRCEPS BAJO: Es la utilización de fórceps durante el parto cuando la presentación ha llegado a nivel de +2. A través de los años han habido estudios cuyos resultados apoyan o rechazan el empleo de fórceps bajos en lactantes de bajo peso al nacer. Uno de los reparos es la mayor incidencia de hemorragias cerebrales en recién nacidos con pesos que fluctuaron entre 800 y 1.500 gramos, que habían sido atendidos con estos instrumentos. // ***II*** Parto vaginal con fórceps que se indica bajo las siguientes condiciones: estación de la presentación fetal mayor de +2 / 5 pero no en el piso de la pelvis, variedades de posición occípito-anteriores que requieran rotaciones menores de 45° o variedades de posición occípito-posteriores que requieran rotaciones mayores de 45°, evidencia de cuero cabelludo en el introito vaginal sin separar los labios, cráneo fetal en el piso de la pelvis, cabeza fetal en periné, sutura sagital ocupando el diámetro antero-posterior de la pelvis materna y en variedades de posición occípito-anteriores de tal forma que la rotación necesaria sea menor de 45°. En términos generales se considera que las rotaciones menores de 45° tienen una tasa de éxito alrededor del 80% mientras que las rotaciones mayores de 45° tiene una tasa de fracaso alrededor del 70%.(Gilstrap III, LC. Cunningham, F. VanDorsten, J. Parto con fórceps. Urgencias en Sala de Partos y Obstetricia Quirúrgica. Montevideo, Uruguay. Editorial Panamericana. 2° edición. 2002. 89 – 123) Sinónimo: Fórceps de desprendimiento.

FÓRCEPS DE BOERMA: Fórceps diseñados para extraer el feto en la cesárea en el cual las valvas son similares a los de Kieland pero cuyos mangos no articulados están unidos distalmente en forma de bisagra.

FÓRCEPS DE DESPRENDIMIENTO: Parto vaginal con fórceps que se indica bajo las siguientes condiciones: evidencia de cuero cabelludo en el introito vaginal sin separar los labios, cráneo fetal en el piso de la pelvis, cabeza fetal en periné, sutura sagital ocupando el diámetro ántero-posterior de la pelvis materna y en variedades de posición occisito-anteriores de tal forma que la rotación necesaria sea menor de 45°. (Gilstrap III, LC. Cunningham, F.

VanDorsten, J. Parto con fórceps. Urgencias en Sala de Partos y Obstetricia Quirúrgica. Montevideo, Uruguay. Editorial Panamericana. 2° edición. 2002. 89 – 123)

FÓRCEPS DE KIELAND: Fórceps de ramas largas con aletas de soporte para la tracción. Tiene una longitud total de 43 cm. La base de las valvas al articularse forman una V. Los mangos al articularse dejan un espacio en forma de U larga e invertida con puntas curvas hacia afuera.

FÓRCEPS DE NAGELE: Son fórceps muy parecidos a los de Kieland. Son un poco más cortos (35 a 40 cm). Las valvas al articularse forman una V. El mango se ajusta completamente sin dejar espacio. El extremo más distal tiene forma de pera.

FÓRCEPS DE PIPER: Es un fórceps de ramas largas (44,5 cm) que posee una curvatura acentuada en el centro de las mismas. Diseñados para la extracción de cabeza última, es decir para los partos en presentación de pelvis en los cuales se retiene la cabeza. Los mangos al articularse no dejan espacio entre sí, ni tienen aletas de tracción. Las puntas de los mangos son gruesas y miran hacia los lados.

FÓRCEPS DE SIMPSON BRAUN: Son fórceps relativamente largos (35 cm). Sus valvas al articularse forman una letra U. El mango es largo ,con 4 depresiones más o menos profundas, no dejan espacio entre sí al articularse, con aletas de tracción cerca del ángulo donde terminan las valvas. El extremo distal es de silueta piriforme.

FÓRCEPS DE SIMPSON: Son fórceps relativamente cortos (23,5 cm). La base de las valvas al articularse forman una letra U. El mango es corto y de silueta piriforme, con ambas caras planas y sin aletas de tracción.

FÓRCEPS DE TARNIER: Son fórceps de forma similar a los de Kieland pero las aletas de apoyo han sido reemplazadas por una estructura en forma de “Y” que sale de las valvas. Esta “Y” se une en ángulo recto a otra estructura en forma de T invertida cuyos extremos laterales sirven finalmente de soporte al obstetra. Esta estructura algo compleja llamada eje de tracción aumenta la fuerza para descender la cabeza del feto. Son de poco uso en la actualidad.

FORCEPS DE TUCKER-McLEAN-LUIKART:

FORCEPS MEDIOS: Parto vaginal con fórceps que se indica bajo la siguiente condición: estación por encima de +2 / 5, es decir estaciones entre 0 y +2 / 5. La condición para la aplicación de los fórceps es que la presentación se encuentre encajada, es decir, que se encuentre en estación de 0 o mayor. Si la presentación no está encajada la aplicación de los fórceps recibe el nombre de Fórceps Altos y ésta situación no está aprobada por el American Collage como práctica obstétrica ya que conlleva un aumento significativo de la morbilidad fetal y materna. (Gilstrap III, LC. Cunningham, F. VanDorsten, J. Parto con fórceps. Urgencias en Sala de Partos y Obstetricia Quirúrgica. Montevideo, Uruguay. Editorial Panamericana. 2° edición. 2002. 89 – 123)

FÓRCEPS PROFILÁTICO: Es la utilización de los fórceps para acortar el tiempo del periodo expulsivo o para evitar un trauma sobre el feto. // En algunas mujeres nulíparas, la marcada resistencia del periné y el introito vaginal puede presentar un obstáculo sustancial para el parto del feto, incluso cuando las fuerzas expulsivas son normales. En estos casos, una episiotomía y un parto con fórceps de desprendimiento pueden ser beneficiosos para la madre y el feto. DeLee (1920) recomendó el parto por medio de fórceps profilático porque en esa época se creía ampliamente que la presión de la cabeza fetal contra un periné rígido durante un tiempo prolongado podría dar como resultado una lesión cerebral fetal. No hay evidencias de que el uso del fórceps profiláctico sea beneficioso en el trabajo de parto y el parto de término por otra parte normales. En un estudio prospectivo aleatorio en el cual se comparó el uso profiláctico de fórceps de desprendimiento con el parto vaginal espontáneo en embarazos de término, Yancey y col. (1991) informaron que el fórceps de desprendimiento no tuvo efectos adversos inmediatos sobre el neonato.

FÓRCEPS, ROTACIÓN DE LA CABEZA FETAL: Se llama rotación al giro que se imprime el obstetra a la cabeza fetal cuando la variedad de presentación le impide descender normalmente por el canal del parto // Para rotaciones instrumentadas desde variedades posteriores de presentación se pueden usar fórceps de Tucker-McLane, Simpson o Kielland. El occipucio oblicuo puede

rotarse 45 grados hacia la posición posterior o 135 grados hacia la posición anterior. Si la rotación se lleva a cabo con fórceps de Tucker-McLane o Simpson, la cabeza debe ser flexionada, lo cual no es necesario si se utiliza el fórceps de Kielland ya que éste tiene una curvatura pelviana más adecuada. Existe el riesgo de lesiones sobre el cráneo o sobre estructuras cerebrales si no se utilizan adecuadamente los fórceps. La vagina es especialmente susceptible de desgarros, sobre todo cuando la consistencia de la misma es más blanda de lo normal o cuando la paciente tiene un edema vulvo-vaginal por excesiva manipulación durante el parto.

FORNICAR: Tener trato sexual con prostitutas o con persona con la que no se ha casado.// (Del lat. *fornicāri*).**1.** intr. Tener ayuntamiento o cópula carnal fuera del matrimonio (Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española: www.rae.es) // *Acto de tener relaciones en los fórnices con las mujeres que allí acudían,a quienes se les llamaba fornicarias. Así lo expresa Covarruvias en castellano antiguo: "Fornicar: En rigor tener acceso con muger pública que tiene su casilla señalada y porque antiguamente eran unas hornachuelas pegadas al muro de la ciudad por fuera della. De la palabra fornix se dixeron fornicarias tales mugeres y el tener cuenta con ellas fornicar. No obstante cualquier ayunta miento que el hombre tenga con otra muger que no la propia y legítima se llama fornicio". (*Sebastián de Covarrubias. El tesoro de la lengua castellana, 1611, Reimpresión: Covarrubias Horozco, Sebastián de. (2001). "Suplemento al Tesoro de la lengua castellana o española." Primera edición de Georgina Dopico y Jacques Lezra. Madrid: Polifemo).

FÓRNICES: Plural de fórnix.

FÓRNIX: Fondo de saco. // Bóveda, recinto abovedado. // Lupanar, lugar de prostitución. (Fornix vaginae): **1.** La palabra Fornix es de origen incierto pero hace referencia a la forma de bóveda que tiene cada uno de los fondos de saco de la vagina alrededor del cuello. Las entradas en forma de arco y bóveda de las murallas de las ciudades y de los edificios públicos(como el Circo Romano), dieron origen a la palabra // Sin. Fondos de saco vaginales.// **2.** Es el saco vaginal que rodea e exocérvix. El fórnix se divide en una cara anterior, una posterior y dos caras laterales. La parte posterior del fórnix es la más profunda y se relaciona con la bolsa recto-uterina o fondo de saco recto-uterino. (Moore,

K. Anatomía con orientación clínica. El periné. Tercera edición. Winnipeg, Canadá. Editorial Panamericana. 1993. 311-336 / Alarcón, MA. Anatomía Clínica de la Vagina. Anatomía Clínica del aparato genital femenino. Primera edición. Bogotá, Colombia. Editorial Manual Moderno. 2005. 181-208)

FOSFATIDIL-GLICEROL: Este es el fosfolípido que aparece más tardíamente en el líquido amniótico. Su presencia indica madurez pulmonar con una probabilidad del 97%. Hallman y col. en 1976 demostraron que un aumento de las concentraciones de fosfatidilglicerol, juntamente con una reducción de las concentraciones de fosfatidil-inositol en el surfactante también predicen la maduración pulmonar. Sin embargo la ausencia de fosfatidil-glicerol no siempre indica inmadurez puesto que puede estar ausente en el 50 a 60% de los niños pulmonarmente maduros. Algunos neonatos de madres diabéticas desarrollan el síndrome de distrés respiratorio a pesar de tener concentraciones elevadas de lecitina en el líquido amniótico. El surfactante presente en los pulmones y en el líquido amniótico de estos fetos y neonatos se caracteriza por bajos niveles de fosfatidilglicerol y altos niveles de fosfatidilinositol

FOSFATIDIL-INOSITOL:

FOSA: Cavidad corporal o repliegue de la mucosa. Son conocidas en el cuerpo humano la fosa nasal, la fosa navicular de la vulva, la fosa navicular de la uretra,etc. (M Latarjet y A Ruiz Liard. Anatomía humana. Edit Panamericana, México, 1989)

FOSA ó FOSITA NAVICULAR (Fossa vestibuli vaginae): (Latín Navicula: Semejante a una nave o barco, canoa ó barquichuela). // Repliegue de la mucosa que sirve de piso a la región vestibular. Piso del vestíbulo de la vulva, que precede la entrada de la vagina. Esta zona tiene forma de una canoa o barquichuela, de donde toma su nombre. // Lugar más profundo en forma de surco del conducto vulvar que forma el piso del vestíbulo vaginal. // Sinónimo: Fosa del vestíbulo vaginal.

FOSA ILIACA: Espacio anatómico de la pelvis. Sus límites están proyectados en la superficie corporal en forma de triángulo, formado por arriba por la línea

bisiliaca (la que une las dos crestas iliacas), internamente por la línea medio-clavicular (que se prolonga hasta llegar a la región inguinal), y por abajo con el ligamento inguinal. El contenido de este espacio pélvico es diferente para cada una de las fosas derecha o izquierda.

FOSA ILIACA DERECHA: Espacio anatómico de la pelvis. Sus límites están proyectados en la superficie corporal en forma de triángulo, formado por arriba por la línea bisiliaca (la que une las dos crestas iliacas), internamente por la línea medio-clavicular derecha(que se prolonga hasta llegar a la región inguinal), y por abajo con el ligamento inguinal derecho. Contiene el anexo derecho (trompa y ovario), apéndice vermiforme, parte del uréter, ciego y desembocadura del íleon en el ciego. Las enfermedades de la fosa iliaca derecha pueden comprometer cualquiera de los órganos mencionados, pero en las mujeres las estructuras más frecuentemente afectadas son el anexo derecho y el apéndice.

FOSA ILIACA IZQUIERDA: Espacio anatómico de la pelvis. Sus límites están proyectados en la superficie corporal en forma de triángulo, formado por arriba por la línea bisiliaca (la que une las dos crestas iliaca), internamente por la línea medio-clavicular izquierda(que se prolonga hasta llegar a la región inguinal), y por abajo con el ligamento inguinal izquierdo. Contiene el anexo izquierdo (trompa y ovario), parte del uréter y colon sigmoide. Las enfermedades de la fosa iliaca izquierda pueden comprometer cualquiera de los órganos mencionados, pero en las mujeres las estructuras más frecuentemente afectadas son la trompa izquierda y el ovario izquierdo.

FLORA BACTERIANA

FRACCION INSPIRADA DE OXIGENO: Es el porcentaje de oxígeno que ingresa a la vía aérea, es decir, la concentración fraccional de oxígeno en el gas inspirado. Un individuo que respira aire independiente del nivel del mar al que se encuentre, respira con una FIO_2 de 0.21. Esta fracción inspirada de oxígeno cambia con los diferentes sistemas de ventilación y es importante para evaluar el estado de oxígeno del paciente cuando se relaciona con la presión de oxígeno a nivel arterial. (Patiño, JF. Rodríguez, E. Gases Sanguíneos, Fisiología de la Respiración e Insuficiencia Respiratoria Aguda. Editorial Médica

Panamericana. Santafé de Bogotá. Séptima edición. 2005. 37-90 / Guyton, A. Tratado de Fisiología Médica. Transporte de oxígeno y de dióxido de carbono en la sangre y los líquidos corporales. Editorial McGraw-Hill. México. Novena edición. 1998. 555-566)

FRACTURA DELIBERADA DE LA CLAVÍCULA: Es una maniobra obstétrica peligrosa empleada para la liberación del hombro anterior haciendo presión de la clavícula anterior contra la rama pubiana de la madre. Además del riesgo de lesión del plexo braquial, se puede producir la ruptura de la arteria subclavia, que pone en riesgo la vida del feto. Fue una maniobra heroica en la antigüedad para la extracción de fetos macrosómicos obstruidos, pero está proscrita por la obstetricia moderna. (Cunningham, FG. Gant, NF. Leven, K. Gilstrap, L. Hauth., J. Wenstrom K. Distocia: Presentación, Posición y Desarrollo Anormales del feto. Williams Obstetricia. 21° edición. Montevideo, Uruguay: Editorial Panamericana. 2001: 390 - 402)

FRACTURAS CRANEALES DEL FETO: Consisten en soluciones de continuidad en el cráneo fetal. Generalmente corresponden a fracturas lineales que no implican alteración del estado neurológico del RN y no requieren tratamiento ya que sellan de manera espontánea en pocas semanas. Sin embargo, cuando son deprimidas o se asocian a alteraciones neurológicas requieren estudio con tomografía computarizada y en ocasiones intervención quirúrgica. En raros casos pueden estar asociadas con colecciones hemáticas que sufren infección y predisponen a procesos de meningitis u osteomielitis. (Doumouchtsis, S. Arulkumaran, S. Head injuries alter instrumental vaginal deliveries. Current opinion in Obstetrics and Gynecology. 2006; 18: 129 – 134)

FRANÇOIS MAURICEAU: (1637-1709). Obstetra francés nacido en París donde recibió su entrenamiento en esta disciplina sin haberse titulado como médico. Se preparó como cirujano en Saint-Côme y luego como obstetra en el Hôtel-Dieu. Sus observaciones y aportes al conocimiento de la pelvis femenina, a la anatomía fetal y a las técnicas para atender los partos complicados, lo hicieron un líder mundial en obstetricia en la segunda mitad del siglo XVII. Por sus méritos fue ascendido a la categoría de Prévot, que equivalía a la categoría actual de decano de la facultad, en el Collegium de Saint-Côme de París. Su

convencimiento de que los instrumentos secretos inventados por la familia Chamberlain para atender los partos difíciles le pertenecían a la humanidad, lo hizo mantener serio rechazo hacia estos médicos que utilizaron los fórceps con más criterio comercial que humanitario. Su libro *Traité des maladies des femmes grosses et accouchées,* publicado en Paris en el año 1668, mostraba su experiencia en el diagnóstico y tratamiento de las mujeres embarazadas. Este libro elevó la obstetricia a la calidad de disciplina basada en la ciencia. Los aportes en este campo lograron la aceptación de los obstetras europeos, por lo cual fue traducido a numerosos idiomas. Su siguiente libro *Observations sur la grossesse et l'accouchement des femmes et sur leur maladies, et celles des enfans nouveau-nés (*Paris, 1695), era una colección de historias clínicas que mostraban sus conocimientos y habilidades para resolver problemas del embarazo y parto. Allí se mencionaba su experiencia en el manejo del embarazo ectópico, presentación de frente, manejo de la placenta previa y utilidad de la amniocentesis para acelerar el trabajo de parto. Se crearon en este libro las palabras fourchette (horquilla vulvar), fossa navicularis(fosa navicular) y pudendo(como sinónimo de vulva). El éxito profesional de Mauriceau llevó a Hug Chamberlain a ofrecerle en venta los fórceps secretos que había inventado. Con base en su primer libro se editó en el siglo XVIII el libro *Aphorismes touchant la grossesse, l'accouchement, les maladies et les autres indispositions des femmes,* publicado en París (año 1.694) y Ámsterdam(año 1.700). La obstetra alemana más famosa del siglo XVII, Justine [Dittrichin] Siegmundin (1650-1705), publicó en 1690 el libro *Die Chur-Brandenburgische Hoff-Wehe-Mutter.,* basado en los libros de Mauriceau. (www.whonamedit.com // (Speert, Harold,Obstetric and Gynecologic Milestones, The Parthenon Publishing group, New York, 1966).

FRANÇOIS MAURIOT: nombre con el cual se conoció en algunos textos a François Mauriceau. (Speert, Harold,Obstetric and Gynecologic Milestones, The Parthenon Publishing group, New York, 1966)

FRANK, CESÁREA EXTRAPERITONEAL: En 1906 el Dr.Frank introdujo la cesárea extraperitoneal para los casos de infección de la cavidad amniótica, para evitar que el líquido amniótico contaminara la cavidad peritoneal de la madre. Esta cirugía tuvo vigencia más o menos hasta los años 80 pues la

cesárea extraperitoneal es muy laboriosa y no muestra diferencia con la actual cesárea intraperitoneal realizada cuidadosamente.

FRECUENCIA CARDIACA: Es la cuantificación de los latidos (unidades de sístole-diástole)que realiza el corazón en cada minuto. La auscultación de la frecuencia cardiaca permite reconocer la frecuencia normal, la frecuencia baja(bradicardia), la frecuencia acelerada(taquicardia) y permite identificar los cambios anormales del rimo cardiaco (extrasístoles solas o acompañadas por otros trastornos).

FRECUENCIA CARDIACA EMBRIONARIA: Es la medición de la actividad cardíaca en el período embrionario que se establece en latidos/minuto. La frecuencia cardiaca aumenta en el embrión desde una media de 118/min a las seis semanas hasta un máximo de 172/min a las nueve semanas, para luego descender paulatinamente hasta una frecuencia media de 148/min a las catorce semanas. Una frecuencia cardíaca embrionaria por debajo de 90 latidos/min es un signo de mal pronóstico del embarazo. La media de la frecuencia cardíaca embrionaria y fetal en el primer trimestre se aprecia en la tabla inferior. (Doubilet, P. Benson, C. Embryonic heart rate in the early first trimester. J Ultrasound Med. 1995; 14: 431-434)

FRECUENCIA CARDIACA FETAL: Ver Fetocardia, auscultación.

FRECUENCIA DE ONDA DE SONIDO: (Este concepto es útil para entender la nomenclatura de los transductores de ecografía): Es la cantidad de ondas sonoras que se producen en una unidad de tiempo que generalmente es el segundo. La unidad que se emplea para evaluar la frecuencia de onda es el Hertz (cuya sigla es Hz), que corresponde a una onda por cada segundo (1 Hz= 1 onda/seg). A mayor cantidad de ondas por cada segundo, menor es la longitud de las mismas, por lo tanto, la relación entre la longitud de onda y la frecuencia de onda es inversamente proporcional, dicho de otra manera, entre menor sea la longitud de las ondas mayor será la frecuencia de las mismas. La frecuencia de onda audible por el oído humano se encuentra entre 20 y 20.000 Hertz. // Ejemplo: Una ecografía realizada con un transductor de 3,5 megaHertz, se ha hecho mediante la emisión de tres millones y medio de

microondas por cada segundo.(Avni, F. Donner E. The role of obstetrical ultrasound in screening. JBR – BTR. 2007; 90 (1): 3)

FRENILLO DEL CLITORIS

FRÍGIDA: persona que presenta frigidez

FRIGIDEZ

FROTIS: Raspado suave con un aplicador de algodón o un elemento similar, para tomar muestra de la superficie de la piel, mucosa o superficie de un órgano

FROTIS CERVICAL: Raspado suave con un aplicador de algodón, para tomar muestra de células del exocérvix para diagnóstico citopatológico del carcinoma cervical, mediante tinción de las células.

FROTIS DE PAPANICOLAU: Frotis cérvico vaginal, de la manera como fue propuesta por el médico griego George Papanicolao en los inicios del siglo XX: con una muestra del exocérvix y otra muestra del fórnix posterior.

FROTIS VAGINAL: raspado suave de las paredes vaginales con una paleta de madera o plástico, para tomar una muestra que sirva de diagnóstico del tipo de flujo vaginal.

FSH – LH: Son las gonadotropinas. Son glicoproteínas compuestas por dos cadenas de polipéptidos a los que se les unen varios aminosacáridos entre los cuales se encuentra el ácido siálico, necesario para su metabolismo hepático. La síntesis y liberación de las gonadotropinas se realiza en células del lóbulo anterior de la hipófisis en respuesta al estímulo de GnRH. La GnRH actúa sobre el receptor situado en la membrana celular y forma el compleja GnRH-receptor; este complejo es introducido a la célula y la secuencia aminoácido se efectúa en el retículo endoplásmico rugoso. En el aparato de Golgi se juntan las microvesículas de FSH y LH y ahí permanecen hasta que son llevadas por un sistema de microtubos/filamentos hasta la membrana celular a través de la cual salen por exocitosis. Cuando previamente existen microvesículas de gonadotropinas, salen al exterior una vez se forma el complejo hormona-receptor a través del aumento de calcio intracelular que facilita el transporte. La

FSH actúa en las células de la granulosa induciendo aumento del número de estas células, aumentando el número de receptores para FSH en ellas, y estimulando la secreción de estradiol. La LH actúa en las células de la teca estimulando la esteroidogénesis dirigida a la síntesis de andrógenos y en las células de la granulosa estimula la activación ovocitaria y la ruptura y extrusión ovocitaria en la fase ovulatoria. (Buffet, C. Bouchad, P. The Normal Human Menstrual Cycle. Reviews in Endrocrine and Metabolic Disorders. 2002; 3: 173-183)

FUNISITIS: Inflamación del cordón umbilical en el periodo prenatal.

FUSIÓN LABIAL: Ver Coalescencia de los labios menores.



GALACTAGOGO: Hace referencia a la sustancia que estimula la producción de leche. De manera natural o endógena, esta condición es mediada por la síntesis y liberación de oxitocina a nivel del lóbulo posterior de la hipófisis y la liberación de prolactina. La oxitocina y la prolactina son consideras las hormonas galactogogas por excelencia. Diferentes estímulos como la succión del pezón por el recién nacido, los masajes mamarios y el uso de agentes oxitócicos exógenos, inducen la liberación de oxitocina a nivel hipofisiario que actúa nivel de sus receptores en la glándula mamaria y permite la secreción de leche materna a través de la expresión de los conductos galactóforos. De manera exógena, existen medicamentos empleados para mantener o aumentar la secreción de leche materna. Dentro de ellos se encuentran la domperidona, metoclopramida y el fenogreco. (Gartner, LM, Morton, J, Lawrence, RA, et al. Breastfeeding and the use of human milk. Pediatrics 2005; 115:496)

GALACTOCELE: Corresponde a un pseudoquiste de retención secundario a la oclusión de un conducto galactóforo. Se presenta usualmente como una masa firme, no dolorosa, localizada principalmente en los cuadrantes superiores de la mama; sin embargo, en algunas situaciones las pacientes manifiestan sensación dolorosa al suspender la lactancia. Al examen físico se encuentra una masa de consistencia firme o semiblanda, de localización retroareolar y en ocasiones de forma múltiple. La mamografía evidencia una imagen de masa bien definida, de bordes regulares, circunscrita, con nivel de agua-grasa en su interior; la punción evidencia líquido de aspecto lechoso y material acelular a la extensión. El tratamiento consiste en la punción del contenido si es líquido; si el contenido es espeso, se indica extirpación quirúrgica de la lesión. (Sawhney, S, Petkovska,L, Ramadan, S, Al-Muhtaseb, S. Sonographic appearances of galactoceles. J Clin Ultrasound 2006; 30:18)

GALACTORREA: Salida de leche por los pezones en mujeres que no están embarazadas, ni son lactantes, o han suspendido la lactancia por más de un año. La galactorrea debe hacer sospechar varios trastornos entre los cuales el más probable es el prolactinoma (o adenoma de la hipófisis). (Schlechte, J. Prolactinoma. The New England Journal of Medicine. 2003; 349: 2035 – 2041)

GALACTORREA-AMENORREA: Ver Argonz del Castillo, Síndrome

GALACTOSTASIS: Corresponde al fenómeno de acumulación y retención de leche en la glándula mamaria. Como consecuencia, las mamas se tornan calientes, congestivas, firmes, tumefactas y dolorosas. Clínicamente puede semejar una mastitis con la diferencia de que no existe contaminación bacteriana de la secreción mamaria ni se desarrollan síntomas sistémicos. El proceso usualmente es autolimitado, estimulando la secreción láctea con el aumento de la succión del recién nacido o bien por expresión manual de la mama; para mejorar esta condición se recomienda amamantar al recién nacido mínimo cada 2 horas. (Berens, PD. Prenatal, intrapartum, and postpartum support of the lactating mother. Pediatr Clin North Am 2006; 48:365)

GALENO: El médico griego de mayor importancia después de Hipócrates. Estudió en Alejandría y ejerció la medicina durante el resto de su vida en Roma. Galeno nació en Pérgamo (actual Bergama, en Turquía), de una familia de arquitectos. Se interesó por una gran variedad de temas como la agricultura, arquitectura, astronomía, astrología, filosofía, hasta el momento en el que se concentró en la medicina. Su padre, que además de arquitecto era terrateniente, lo educó cuidadosamente en el pensamiento estoico. A los veinte años se convierte en ”therapeutes” (”discípulo” o ”socio”) del dios Asclepio en el templo local durante cuatro años. Tras la muerte de su padre (148 ó 149) deja el templo para ir a estudiar a Esmirna, Corinto y Alejandría(cuando la ciudad de Alejandría sobre el Nilo, fundada por Alejandro el Grande en el año 332 aJC se convirtió en el centro geográfico universal de la ciencia durante los siglos III y II aJC. En un momento dado la ciudad albergaba 14.000 estudiantes de las diversas ramas de la cultura

helenística almacenada en 70.000 pergaminos, que la convertía en la mayor biblioteca de la antigüedad). Durante doce años se dedica a estudiar medicina. Cuando regresa a Pérgamo, en el año 157, trabaja como médico en la escuela de gladiadores durante tres o cuatro años. En este periodo adquiere experiencia en el tratamiento de los golpes y heridas. Años más tarde hablaría de las heridas como las "ventanas en el cuerpo". A partir del año 162 vivió en Roma, en donde escribió numerosas obras, demostrando de ese modo públicamente su conocimiento de la anatomía. Consigue una gran reputación como médico experto y cuenta con una nutrida clientela. Uno de sus pacientes fue el cónsul Flavio Boecio, quien lo introdujo en el tribunal y acabó siendo médico en la corte del emperador Marco Aurelio. Luego trataría sucesivamente a Lucio Vero, Cómodo y Septimio Severo. Escribió fundamentalmente en idioma griego, ya que en la medicina de la época tenía mucha más reputación que el latín. Durante un breve período regresó a Pérgamo (166-169), hasta ser llamado por Cómodo. Galeno pasó el resto de su vida en la corte imperial, escribiendo y llevando a cabo experimentos. Hizo vivisecciones de muchos animales con el fin de estudiar la función de los riñones y de la médula espinal. Según sus propios testimonios, utilizó a veinte escribientes para anotar sus palabras. En el año 191, un incendio destruyó algunas de sus obras. La fecha de su muerte se ha estimado tradicionalmente en torno al año 200, basando esta conjetura en referencias del siglo X, del léxico de Suda. Sin embargo, otros expertos retrasan la fecha de su muerte hasta el año 216. El gran prestigio del que gozó, no limitado a Roma, se debió en parte a su gran actividad literaria, con más de cuatrocientos textos, de los que nos han llegado unos ciento cincuenta. La obra de Galeno se basa en la tradición hipocrática, a la que une elementos del pensamiento de Platón y Aristóteles, que recibe a través del estoicismo de Posidonio. Además, tuvo una excelente formación que le permitió conocer en profundidad las distintas escuelas médicas del momento y añadir a todo ello sus contribuciones originales. Su fisiología, por ejemplo, se basa en las ideas aristotélicas de naturaleza, movimiento, causa y finalidad, con el alma como principio vital según las ideas de Platón, que distinguía entre ”alma concupiscible” (con sede en el hígado), ”alma irascible” (en el corazón) y ”alma racional” (en el cerebro). La mayoría de

preceptos de Galeno se mantuvieron vigentes por 10 siglos. // Sinónimo: Galeno de Pérgamo.// (Wikipedia, la enciclopedia libre: http://es.wikipedia.org/wiki/Galeno).

GAMETO: Célula proveniente de la gónada, con capacidad de fecundar o ser fecundada. Nombre dado al óvulo (gamento femenino) y al espermatozoide(gameto masculino). (Moore, K. Persaud, T. Inicio del desarrollo embrionario: Primer semana. Embriología Clínica. México. McGraw-Hill Interamericana. 6° edición. 2001. pg. 17 – 49).

GAMETOGÉNESIS: (Griego: gamete, esposa; gemetes, esposo): Formacion de un gameto o celula germinal. // Proceso de formacion y desarrolllo de celulas generativas especializadas que se llaman gametos este proceso, que incluye cromosomas y citoplasma de los gametos, prepara las células sexuales para la fecundación (unión de gametos femenino y masculino). Durante la gametogénesis, se reduce a la mitad el número de cromosomas y se altera la forma de las células. (Moore, K. Persaud, T. Inicio del desarrollo embrionario: Primer semana. Embriología Clínica. México. McGraw-Hill Interamericana. 6° edición. 2001. pg. 17 – 49).

GANGLIOS LINFÁTICOS: Son estructuras nodulares que forman parte del sistema linfático, formando agrupaciones en forma de racimos localizados a nivel de axilas, ingle, cuello, mediastino, abdomen y pelvis. La estructura interna esta conformada por tejido conectivo fino, distribuido en forma de red, con células linfocíticas que identifican y destruyen microorganismos patógenos como bacterias y virus; por esta razón, los ganglios linfáticos son reconocidos como parte del sistema inmunológico. Normalmente los ganglios linfáticos miden menos de 1 cm de diámetro, de forma ovalada, formado por una corteza externa de tejido conjuntivo cuyo parénquima es rico en linfocitos B; la médula corresponde a la parte central del ganglio rica en macrófagos, linfocitos B, linfocitos T y células plasmáticas. En toda la superficie del ganglio se encuentran vasos linfáticos aferentes, que transportan la linfa, llegando al seno marginal inicialmente, luego continua por los senos corticales, atraviesa la corteza, llega a los senos medulares,

llega al hilio y emerge por el vaso linfático eferente. (Habermann, TM, Steensma, DP. Lymphadenopathy. Mayo Clin Proc 2005; 75:723)

GARDNER, SÍNDROME: También conocido como Osteomatosis intestinal, es un trastorno autosómico dominante caracterizado por poliposis intestinal múltiple. Es un trastorno hereditario autosómico dominante con 80% a 100% depenetrancia. Fue descrito por primera vez en 1936 por Thoma y en 1956 por por Fitzgeral, posteriormente referido por Gardner en 1954. El síndrome se caracteriza por osteomas múltiples, principalmente en huesos faciales (área mandibular y zona frontal), quistes epidermoides en piel, poliposis múltiple de intestino grueso y desmoides o fibromas cutáneos. El diagnóstico se sospecha por el examen físico y mediante ayudas imagenológicas como TAC o RNM; es necesario la toma de biopsia de las lesiones para confirmación histopatológica. El manejo es multidisciplinario con indicación de extirpación quirúrgica de las lesiones. (Barreto, M Síndrome de Gardner. Salud Militar. 2001; 29 (1): 17 – 32)

GARDNERELLA VAGINALIS: Es un bacilo bacteriano inmóvil no encapsulado, considerado el principal agente etiológico de la vaginosis bacteriana. Es un anaerobio facultativo, catalasa y oxidasa negativo que contiene una toxina citotóxica que rompe las células epiteliales, lo que explica las alteraciones ultracelulares encontradas en las células de la mucosa infectada. A nivel estructural la pared celular de la Gardnerella vaginalis muestra organización de gran positivo; sin embargo, su pared es inusualmente delgada contribuyendo a la condición de bacteria gram variable. En la vaginosis bacteriana la Gardnerella vaginalis produce el succinato necesario para la proliferación de anaerobios, los cuales producen aminopeptidasa que liberan aminoácidos que son descarboxilados para producir diaminas; las diaminas mas comunes son la putresina, la cadaverina, la trimetilamina y la poliamidas. El cuadro clínico presentado típicamente en la infección por Gardnerella vaginalis consiste en flujo vaginal blanco o blanco-grisáceo que se percibe generalmente después de la relación sexual con olor fétido aminado (pescado). (Sánchez, J. Coyotecaltd, L. Diagnóstico clínico, laboratorio y tratamiento de la

vaginosis bacteriana por Gardnerella vaginalis. Universitas Médica. 2007; 48 (4): 382 – 395)

GARTNER, CONDUCTO DE: Ver Conducto de Gartner

GARRULITA VULVAE: Es un flato de la vagina por aire atrapado en ella ,que se hace ruidoso al salir por la vulva. Puede ser producido también por gas que entra por una fístula recto-vaginal. (Attapattu, J.Garrulitas vulvae: a report of six cases. J Reproduct Med. 2005; 40 (3): 235-236)

GARTNER, QUISTE DE : Ver quiste de Gartner

GASTROSQUISIS: Corresponde a una alteración de la pared abdominal anterior en una región paramediana, que permite la salida de las vísceras intraabdominales sin el recubrimiento de una membrana. El nombre adecuado de la malformación sería laparosquisis, ya que hace referencia a un defecto de la pared abdominal y no al estómago. La incidencia de la patología se ha establecido entre 0.32 – 0.6/ 10.000 RN. No se conoce con precisión la etiología de la gastrosquisis, sin embargo se considera que se genera como consecuencia del cierre incompleto de los pliegues laterales de la pared abdominal durante la cuarta semana de gestación, al parecer secundario a una disrupción de la arteria onfalomesentérica. A diferencia del onfalocele, la gastrosquisis no tiene un asociación importante con otras malformaciones y hasta en el 20% se puede presentar en asociación con atresia intestinal, divetículo de Meckel y restricción del crecimiento intrauterino. El diagnóstico se realiza a través de la evaluación ultrasonográfica de detalle anatómico en el cual se documenta restricción de crecimiento, diámetro intestinal aumentado, grosor de la pared intestinal aumentado, alteraciones del líquido amniótico, con más frecuencia polihidramnios; adicionalmente se encuentran marcadores fetales como alfa-fetoproteína en suero materno, acetilcolinesterasa en líquido amniótico y HCG en suero materno. Al igual que el onfalocele, la gastrosquisis puede presentarse como un defecto aislado o formando parte de síndromes como la pentalogía de Cantrell, síndrome de Beckwith-Wiedemann, síndrome de regresión caudal o trisomías como 13, 18 y 21. El parto se debe programar por vía abdominal. El manejo inicial consiste en el cubrimiento del defecto

con una bolsa de transfusión, sonda nasogástrica, antibiótico endovenoso, reposición de líquidos de 125-175 cc/kg/día y enemas. El manejo quirúrgico depende del tamaño del defecto, contenido herniado, peso y prematurez y anomalías asociadas. (Hwang, PJ. Kousseff, BG. Omphalocele and gastroschisis: an 18-year review study. Genet Med. 2004; (4): 232-6)

GASTRULACIÓN: Fenómeno caracterizado por la formación de las tres capas germinativas en el embrión. La gastrulación comienza con la formación de la línea primitiva en la superficie del epiblasto. De manera gradual las células del epiblasto se diferencian para formar el ectodermo, mesodermo y endodermo conformando de esta manera el disco embrionario trilaminar a partir del cual se continua el proceso de desarrollo embrionario. El fenómeno de la gastrulación se presenta durante la tercera semana de gestación. (Moore, K. Persaud, T. Inicio del desarrollo embrionario: Primer semana. Embriología Clínica. México. McGraw-Hill Interamericana. 6° edición. 2001. pg. 17 – 49).

GAUSS, EFECTO DE: También conocido como Ley de Gauss o Teorema de Gauss, es la explicación que relaciona el flujo eléctrico de una superficie cerrada la carga eléctrica encerrada en ese superficie. Así mismo relaciona la divergencia del campo eléctrico con la densidad de carga. El efecto de Gauss puede ser empleado para demostrar que no existe campo eléctrico dentro de una jaula de Faraday sin cargas eléctricas en su interior. Este efecto puede interpretarse en electrostática, entendiendo el flujo como una medida del número de líneas de campo que atraviesan la superficie evaluada; para una carga puntual este número es constante si la carga está contenida por la superficie y es nulo si está fuera de ella. (Ferreirós, J. efecto de Gauss. La Gaceta de la RSME. 2005; 8 (3): 683 – 712)

GAUSS, SIGNO DE: Corresponde a un signo presuntivo de embarazo, secundario a la relajación del segmento uterino inferior, que puede desplazarse fácilmente al realizar el tacto vaginal. También es conocido como “signo del cuello oscilante” y se caracteriza por una movilidad anormal del cuerpo uterino sobre el cérvix en el primer mes de embarazo. Algunos autores consideran el signo de Gauss como la independencia entre el cuello

y cuerpo uterino durante el examen ginecológico bimanual. (Elling, SV, Powell, FC. Physiological changes during pregnancy. Clin Dermatol 2007; 15:35)

GELATINA DE WARTHON: Corresponde al tejido conectivo laxo mucoso que envuelve el cordón umbilical. Está conformado por células mesenquimatosas que se diferencian en fibroblastos inmaduros. Esta sustancia tiene la función de proteger los vasos que recorren el cordón umbilical; cualquier alteración en su composición o anatomía incide a nivel de la hemodinamia fetal, generando hipoxia fetal que de ser irreversible lleva a la muerte fetal. (Toeckmann, A. Placental examination as a risk management tool. J Healthc Risk Manag 2004; 14:9)

GEMELO ACÁRDICO: Corresponde a una complicación de los embarazos gemelares monocigóticos monocoriónicos que complica 1 de cada 35000 nacimientos. En el gemelo acárdico se presenta una secuencia de perfusión arterial inversa de los gemelos en donde existe un gemelo donante de formación normal con signos de falla cardiaca, y un gemelo receptor sin corazón normal (acárdico) y con ausencia de varias estructuras orgánicas. La presión de perfusión de uno de los gemelos sobrepasa la del otro, de tal forma que se establece un flujo reverso; la sangre arterial que llega al gemelo receptor se dirige preferencialmente a los vasos iliacos y por lo tanto sólo perfunde la parte inferior del cuerpo con alteración del crecimiento y desarrollo de la parte superior del cuerpo. Se puede presentar falla o alteración del crecimiento de la cabeza, recibiendo el nombre de gemelos acárdicos acefálicos, desarrollo parcial de la cabeza con miembros identificables llamados gemelos acárdicos mielocéfalos, o falla en la formación de cualquier otra estructura llamados gemelos acárdicos amorfos. La etiología del síndrome se establece en la presencia de comunicaciones vasculares placentarias arterio-arteriales; el tratamiento consiste en la interrupción de la comunicación vascular entre el gemelo donante y el receptor a través de láser. (Galea, P, Jain, V, Fisk, NM. Insights into the pathophysiology of twin-twin transfusion syndrome. Prenat Diagn 2005; 25:777)

GEMELOS: Hermanos que se originaron de uno o más cigotos, en la misma gestación. De acuerdo al número de cigotos pueden ser monocogóticos o dicigóticos. De acuerdo al número de cavidades amnióticas pueden ser monoamnióticos o biamnióticos. (Spencer R. Clinical Anatomy. 2000; 13:36–53)

GEMELOS BIOVULARES : Son los gemelos producto de la fecundación de dos óvulos por dos espermatozoides, en forma independiente. En este caso, los gemelos pueden ser de sexos iguales o diferentes. Ambos fetos tienen amnios, cordón umbilical y placenta separados. (Spencer R. Clinical Anatomy. 2000; 13:36–53)// Sinónimos: Mellizos, Gemelos mellizos.

GEMELOS BIAMNIÓTICOS ó DIAMNIÓTICOS: Cada gemelo tiene su propia bolsa amniótica, independiente de la de su hermano. (Spencer R. Clinical Anatomy. 2000; 13:36–53)

GEMELOS DICIGÓTICOS: Corresponde a los gemelos que se originan de dos cigotos femeninos y masculinos. (Spencer R. Clinical Anatomy. 2000; 13:36–53)

GEMELOS MONO AMNIÓTICOS: Los que conviven en una sola bolsa amniótica común. (Spencer R. Clinical Anatomy. 2000; 13:36–53)

GEMELOS MONOCIGOTICOS: Los que se originan de un solo cigoto. (Spencer R. Clinical Anatomy. 2000; 13:36–53)

GEMELOS MONOCORIALES BIAMNIÓTICOS: Los que tienen una sola bolsa coriónica que envuelve dos cavidades amnióticas. (Spencer R. Clinical Anatomy. 2000; 13:36–53)

GEMELOS MONOCORIALES MONOAMNIÓTICOS: Los que tienen una sola bolsa amniótica y una sola bolsa coriónica. (Spencer R. Clinical Anatomy. 2000; 13:36–53)

GEMELOS MONOOVULARES: Son los gemelos producto de la fecundación de un óvulo por un espermatozoide, formándose un único cigoto. Este se divide posteriormente y se separa en dos porciones y cada una desarrolla un feto. En este caso, los gemelos son idénticos y del mismo

sexo, comparten placenta y amnios y cada uno tiene su propio cordón umbilical. (Spencer R. Clinical Anatomy. 2000; 13:36–53)// Sinónimo: Mellizos idénticos.

GEMELOS SIAMESES: Se definen como gemelos monocoriónicos y monoamióticos unidos por alguna parte de su cuerpo como resultado de una división incompleta del disco embrionario. El proceso de desarrollo de los siameses ocurre por un error en la división de las células de los embriones monocigóticos, es decir, gemelos producto de un mismo óvulo y un mismo espermatozoide. La división de los embriones de unos gemelos normales ocurre normalmente en los primeros diez días después de la fecundación, con los gemelos siameses esta división de embriones ocurre más tarde, hacia el día 13 despúes de la fecundación; este retraso en el proceso de división embrionario hace que no se dividan correctamente y compartan órganos. Mientras más tarde se efectúe el proceso se división embrionaria, más órganos compartirán. No existen factores conocidos que predispongan a su presentación, aunque se han señalado condiciones como defectos propios de la línea primitiva o envejecimiento del óvulo que puede resultar por disminución de la capacidad de diferenciación normal, formando dos centros de diferenciación, ninguno capaz de suprimir al otro. Además de los factores genéticos señalados, se mencionan dificultades en la nutrición y desarrollo del embrión debido a infecciones o deficiente irrigación sanguínea. Los gemelos siameses tienen una alta probabilidad de presentar malformaciones y muchas de ellas están relacionadas con el sitio de unión aunque otras no están anatómicamente relacionadas con ella. Los gemelos siameses se clasifican de acuerdo con la parte del cuerpo a través de la cual están unidos. (Spitz L. Pren Diagn. 2005; 25: 814-819)

GEMELOS CRANEÓPAGOS: Son gemelos siameses simétricos que se encuentran unidos a través de la cabeza. Representan el 2% de los gemelos siameses. Comparten cráneo, senos venosos y meninges en el 100% de los casos y corteza cerebral en el 37% de los casos. Este tipo de gemelos siameses se clasifican en parciales o totales. Otra clasificación propuesta para este tipo de gemelos siameses consiste en hacer la diferenciación de acuerdo al sitio específico de unión así: frontal cuando la

unión tiene el mismo eje del cuerpo, parietal cuando se fusionan por el vértex, temporo-parietal cuando están unidos sobre el meato auditivo externo, occipital cuando están unidos sobre la protuberancia occipitial. (Spitz L. Prenat Diagn. 2005; 25: 814-819 / Kingston CA, et al. RadioGraphics. 2001; 1:1187–1208)

GEMELOS SIAMESES CRANEÓPAGOS PARCIALES: De acuerdo a la clasificación de O´Connel en 1976, los gemelos siameses craneópagos parciales son aquellos cuya área de superficie de unión en la cabeza es limitiada; el cráneo está intacto o presentan defectos que no sobrepasan la duramadre. (Walker M, Browd SR. Childs Nerv Syst. 2004; 20:554–566)

GEMELOS SIAMESES CRANEÓPAGOS TOTALES: Son gemelos siameses unidos a través de la cabeza, que comparten un área extensa de la superficie craneal y presentan defectos que sobrepasan la duramadre e incluso llegan hasta las leptomeninges. Se clasifican a su vez en tipo I cuando las caras tienen la misma dirección, tipo II cuando las caras se encuentran en lados opuestos del cráneo; el eje de una de las cabezas está rotada 140° o más, y tipo III cuando las caras tienen un ángulo intermedio de rotación. (Walker M, Browd SR. Childs Nerv Syst. 2004; 20:554–566)

GEMELOS SIAMESES ONFALÓPAGOS: Son gemelos siameses simétricos que se encuentran unidos por debajo del cordón umbilical. Representan el 33% de los gemelos siameses. Comparten el hígado en el 80% de los casos y el íleon terminal y colon en el 33% de los casos. (Spitz L. Prenat Diagn. 2005; 25: 814-819 / Kingston CA, et al. RadioGraphics. 2001; 1:1187–1208)

GEMELOS SIAMESES PIGÓPAGOS: Son gemelos siameses simétricos que se encuentran unidos a través del sacro y el cóccix. Representan el 19% de los gemelos siameses en general. Comparten el tracto gastrointestinal inferior en el 25% de los casos y el tracto genitourinario en el 15% de los casos. (Spitz L. Prenat Diagn. 2005; 25: 814-819 / Kingston CA, et al. RadioGraphics. 2001; 1:1187–1208)

GEMELOS SIAMESES ASIMÉTRICOS: Son gemelos siameses en los cuales uno es más pequeño y dependiente del otro. El gemelo de menor tamaño constituye una especie de "parásito" del primero. Se han descrito en la literatura aproximadamente 60 casos con una alta tasa de sobrevida. (Spitz L. Prenat Diagn. 2005; 25: 814-819 / Kingston CA, et al. RadioGraphics. 2001; 1:1187–1208)

GEMELOS SIAMESES ISQUIÓPAGOS: Son gemelos siameses simétricos que se encuentran unidos a través de los huesos pélvicos. Comparten el tracto gastrointestinal inferior en el 70% de los casos y el tracto genitourinario en el 50% de los casos. Representan el 6% de los gemelos siameses en total. (Spitz L. Prenat Diagn. 2005; 25: 814-819 / Kingston CA, et al. RadioGraphics. 2001; 1:1187–1208)

GEMELOS SIAMESES PARÁPAGOS: Son gemelos siameses simétricos que se encuentran unidos por un lado del cuerpo. Se subclasifican en dos grupos: bicéfalos cuando tienen dos cabezas y diprosopos cuando tiene dos caras. (Spitz L. Prenat Diagn. 2005; 25: 814-819 / Kingston CA, et al. RadioGraphics. 2001; 1:1187–1208)

GEMELOS SIAMESES SIMÉTRICOS: Son gemelos siameses generalmente del mismo tamaño que mantienen simetría en espejo sin tener en cuenta el sitio a través del cual están unidos. A este grupo de gemelos siameses pertenecen los gemelos toracópagos, craneópagos, isquiópagos y pigópagos. Su incidencia oscila entre 1:50000 y 1:200.000 nacidos vivos. (Jones KL. 4 ed. Philadelphia: W.B. Saunders, 1988: 91-601)

GEMELOS SIAMESES TORACO-ONFALÓPAGOS: Son gemelos siameses simétricos que se encuentran unidos a través del tórax y cordón umbilical. Su incidencia representa la sumatoria de las incidencias por separados y representan el 70%. Usualmente se presentan mayores casos de fusión de la masa cardíaca con un aumento de la mortalidad por difícil separación. (Spitz L. Prenat Diagn. 2005; 25: 814-819 / Kingston CA, et al. RadioGraphics. 2001; 1:1187–1208)

GEMELOS SIAMESES TORACÓPAGOS: Son gemelos siameses simétricos que se encuentran unidos a través del tórax. Usualmente comparten tórax, corazón, esternón, diafragma y pared abdominal superior. Representan la mayor parte de los gemelos siameses simétricos, con una incidencia del 40%. Comparten el hígado en el 100% de los casos, pericardio en el 90%, presentan corazón fusionado en el 75%, comparten intestino superior en el 50% de los casos y el árbol biliar en el 25%. (Spitz L. Prenat Diagn. 2005; 25: 814-819 / Kingston CA, et al. RadioGraphics. 2001; 1:1187–1208)

GEN: Porción de una molécula de DNA codificada para la síntesis de una determinada cadena de polipéptido. (Manual Merck de información médica. Sección 1. Capitulo 2: Genética. Madrid, España. 2005)

GENES LIGADOS o en ACOPLAMIENTO: Cuando los loci para los genes de una característica física se encuentran en el mismo cromosoma se dice que se hallan ligados o en acoplamiento. Cuando están en el cromosoma homólogo se llaman en repulsión. (Manual Merck de información médica. Sección 1. Capitulo 2: Genética. Madrid, España. 2005)

GENÉTICA, CONSEJERÍA: Entrevistas del experto en genética con la pareja que planea un embarazo, basada en la detección de factores de riesgo derivados del estudio del cariotipo de los futuros padres o de los trastornos cromosómicos encontrados luego de abortos repetidos o de la presencia de malformaciones en un feto o en un recién nacido. (Guevara, F. Programa nacional de prevención y consejería genética. Bogotá, Colombia. 2005)

GENÉTICA: Disciplina que estudia la morfología de los cromosomas,su composición y alteraciones, explica y predice los trastornos físicos y fisiológicos derivados de los cromosomas anormales. (Manual Merck de información médica. Sección 1. Capitulo 2: Genética. Madrid, España. 2005)

GENITALES: Conjunto de órganos que determinan el género de una persona. En el hombre son los testículos, conducto deferente, vesícula seminal, próstata y pene. En la mujer son los ovarios, trompas, útero,

vagina y vulva. (Moore, K. Anatomía con orientación clínica. El perine. Buenos Aires, Argentina. Editorial Panamericana. 1993. p 162)

GENITALES AMBÍGUOS: Ver Ambigüedad sexual.

GENITO-OLFATORIO, SÍNDROME DE: También conocido como Síndrome de Morsier, corresponde a la displasia septo-óptica. Esta condición consiste en ausencia de septum pellucidum, agenesia de cuerpo calloso, atrofia cerebelosa, porencefalia, dilatación ventricular y lipomas o quistes cerebrales, junto con neurohipófisis o hipófisis posterior ectópica, aplásica o hipoplásica. La entidad fue descrita inicialmente por Morsier en 1956. El síndrome se caracteriza por alteración de las estructuras de la línea media con la siguiente la triada clásica: 1) Ausencia o hipoplasia del septum pellucidum 2) Hipoplasia de uno o ambos nervios ópticos y 3) Alteración variable de la función hipotálamo hipofisiaria. Es una entidad infrecuente de etiología no establecida, en la que predomina la hipótesis genética. Las características clínicas e imagenológicas son variables dependiendo del grado de compromiso del nervio óptico, la función hipotalámica y las alteraciones asociadas. Neurológicamente los niños afectados pueden ser normales, aunque se presenta mayor incidencia de retardo mental, síndrome convulsivo y enfermedad motriz cerebral; el déficit hormonal, aunque no es el signo guía para el diagnóstico, consiste principalmente en alteración de la hormona del crecimiento. El pronóstico depende de la estructuras afectadas, pero en general, la condición se considera de buen pronóstico. (Lubinus, F. Castillo, C. Displasia septo-óptica (síndrome de Morsier). MedUNAB. 2003; 6 (17): 98 – 101)

GENOMA: Toda la serie de cromosomas en un conjunto haploide de cromosomas // El genoma es todo el material genético contenido en las células de un organismo en particular. Por lo general, al hablar de genoma en los seres eucarióticos nos referimos sólo al ADN contenido en el núcleo, organizado en cromosomas. Pero no debemos olvidar que también la mitocondria contiene genes. En el caso de los seres humanos, el genoma nuclear tiene 6.000 millones de pares de bases, lo que incluye dos copias muy similares del genoma haploide de 3.000 millones de pares de bases. El

término diploide indica que un organismo tiene dos copias del genoma en sus células, debido a la presencia de pares de cromosomas homólogos.El genoma no analiza la diversidad genética o el polimorfismo de los genes de una especie. Por ejemplo, en el genoma humano la secuencia en principio podría ser determinada con sólo la mitad del ADN de una célula de un individuo. Para conocer una variación particular o en enfermedades se requiere la comparación entre individuos. El genoma humano contiene alrededor de 3.000 millones de pares de bases (A, C, T y G). Por término medio los genes contienen 3.000 pares de bases, pero el tamaño varía mucho, el más grande conocido en el humano es el de la distrofina, con 2,4 millones de pares de bases. Se desconoce la función de más del 50% de los genes descubiertos. La secuencia del genoma humano es casi (99,9%) exactamente la misma en todas las personas. Alrededor del 2% del genoma codifica instrucciones para la síntesis de proteínas. Las secuencias repetidas que no codifican proteínas forman alrededor del 50% del genoma humano. Se cree que las secuencias repetidas no tienen una función directa, pero mantienen la estructura y el dinamismo de los cromosomas. El cromosoma 1 (el cromosoma humano más grande) tiene la mayor cantidad de genes (2.968), y el cromosoma Y la menor (231). Se han identificado alrededor de 3 millones de localizaciones en el genoma donde existen diferencias de una base entre distintos humanos. Esta información promete revolucionar el proceso de hallazgo de secuencias de ADN relacionadas con enfermedades del tipo : cardiopatías, diabetes, artritis y cánceres. Las investigaciones llevadas a cabo hasta ahora sugieren que la complejidad del genoma humano no radica ya en el número de genes, sino en cómo parte de estos genes son usados para construir diferentes productos en un proceso que es llamado ajuste alternativo(*alternative splicing*). Otra importante razón de esta complejidad radica en el hecho de que existan miles de modificaciones químicas para *fabricar* proteínas así como del repertorio de mecanismos que regulan este proceso. (Wikipedia, la enciclopedia libre. http://es.wikipedia.org/wiki/Genoma)

GENOTIPO: Es la serie completa de genes que lleva un individuo. El término se usa a veces en sentido más limitado para indicar los alelos

existentes en uno o más loci. (Manual Merck de información médica. Sección 1. Capitulo 2: Genética. Madrid, España. 2005)

GINANDRÍA: Corresponde a una forma de pseudo-hermafroditismo femenino. Se caracteriza por carga genética femenina, gónadas femeninas, con algunos caraceteres sexuales masculinos. La causa mas frecuente es la hiperplasia suprarrenal virilizante congénita. En estos casos no existe alteración ovárica con niveles adecuados de estrógenos, sin embargo, la excesiva producción de andrógenos en las glándulas suprarrenales provoca la masculinización de los genitales externos durante el periodo fetal, variando desde una hipertrofia del clítoris hasta genitales casi totalmente masculinos. Esta condición es heredada como rasgo autosómico recesivo. (Ozisik, G, Achermann, JC, Meeks, JJ, Jameson, JL. SF1 in the development of the adrenal gland and gonads. Horm Res 2003; 59 (1): 94)

GIGANTOMASTIA: Incremento exagerado del volumen mamario ,casi siempre bilateral, por aumento del tejido graso principalmente. Es una forma de hipertrofia de estos órganos. (Urban, A. Gigantomastia como presentación de una hiperplasia hipersecretora quística bilateral. Congreso virtual hispanoamericano de anatomía patológica. 2005)

GINANDROBLASTOMA: Corresponde a un tumor del estroma gonadal que representa el 5% de los tumores originados en el ovario. El ginandroblastoma representa un tipo de tumor del estroma gonadal en donde coexisten células de Sertoli-leydig y células de la granulosa, y por lo tanto, la producción hormonal es mixta; por el contrario, los tumores de las células de la granulosa tienen como principal componente celular ovárico y producen principalmente estrógenos, y los tumores de las células de Sertoli-leydig evocan origen testicular y producen principalmente andrógenos. Este tipo de tumor es una entidad poco frecuente, usualmente benigno. El diagnóstico se reserva para aquellas neoplasias que contengan por lo menos 10% del componente menor (células de sertoli-leydig o células de la granulosa). La edad promedio de presentación es 30 años, con rango entre 16 y 65 años. Funcionalmente sintetizan tanto estrógenos como andrógenos, las manifestaciones clínicas pueden consistir en signos de

virilización o signos de producción incrementada de estrógenos como sensibilidad mamaria, sangrado post-menopáusico, anormalidades menstruales, precocidad sexual. El tratamiento consiste en ooforectomia unilateral; la transformación maligna es poco frecuente. (Vinardell, A. Tumor ovárico virilizante mixto de las células de Sertoli-leydig/granulosa (ginandroblastoma) en adolescente de 15 años. Revista oficial de la sociedad española de ginecología y obstetricia. 2006; 49 (10): 611 – 617)

GINATRESIA: Corresponde a la ausencia de una abertura normal en la luz del tracto genital femenino, desde las trompas de Falopio hasta la vagina. Afecta principalmente vagina y cérvix y de manera menos frecuente a genitales externos. Esta anomalía puede ser congénita o adquirida, generalmente secundaria a lesiones y adherencias densas múltiples. La condición representa imposibilidad para la salida del fluido menstrual al exterior, por lo cual requiere corrección quirúrgica. Cuando es completa y secundaria a sinequias, algunos autores consideran el término sinómino de síndrome de Asherman. (Troccoli, M. Ramon, V. Ginatresia congénita por tabique del tercio medio vaginal. Sem Med. 2001; 111 (6): 244 – 247)

GINGIVITIS GRAVÍDICA: Ver Epulis Gravidíco

GLÁNDULAS AREOLARES: Corresponden a las glándulas sebáceas de coloración oscura, localizadas a nivel de la areola mamaria. Usualmente están conformadas por 10 a 15 glándulas apocrinas, que producen pequeñas elevaciones o protuberancias dispersas a nivel de la areola, conocidos como tubérculos de las glándulas areolares. La función de estas glándulas consiste en lubricar el pezón mamario y prepararlo para la lactancia materna. (Rouviere, H. Delmas, A. Anatomía humana. Glandula mamaria. Primera edición. Editorial Elsevier. Madrid, España. 2005. pp 350 – 369)

GLANDULAS PARAURETRALES: Llamadas glándulas de la uretra femenina, reciben el nombre de glándulas de Skenne. Son múltiples glándulas pequeñas, productoras de moco, ubicadas en el extremo distal de la uretra. El moco producido durante le excitación sexual corresponde a la llamada “eyaculación femenina” cuyo principal aporte viene de las paredes

vaginales y del cervix. (Alarcón, MA. Anatomía Clínica de la Vagina. Anatomía Clínica del aparato genital femenino. Primera edición. Bogotá, Colombia. Editorial Manual Moderno. 2005. 181-208)

GLANDULAS VESTIBULARES MAYORES: Son glándulas ubicadas a cada lado del vestíbulo de la vagina, en un plano posterolateral al orificio vaginal. Son estructuras de configuración redonda u ovalada que miden aproximadamente 0.5 cm de diámetro. De la porción anterior emergen finos conductos que pasan en la profundidad de los bulbos del vestíbulo y se abren en el vestíbulo vaginal a cada lado del orificio de la vagina. Estas glándulas producen pequeña cantidad de moco lubricante producido durante la excitación sexual. Las glándulas vestibulares mayores reciben el nombre de Glándulas de Bartholin. (Moore, K. Anatomía con orientación clínica. El periné. Tercera edición. Winnipeg, Canadá. Editorial Panamericana. 1993. 311-336)

GLICOCOLA: Es una solución de ácido aminoacético en una concentración de 1,5 g por 100 ml de agua con una osmolaridad de 200 mOsmol ,iso-osmótica no electrolítica,con pH de 5,5. Esta sustancia es utilizada en histeroscopia como expansor de la cavidad endometrial para facilitar la visión de sus paredes. (Goycoolea, J. Histeroscopia diagnóstica. Rev Chil Obstet Ginecol. 2007; 72 (3): 190-196)

Gn-RH: Es un decapéptido que se libera en pulsos que se repiten cada 90 a 120 minutos , ritmo influenciado por la norepinefrina como facilitador y de la dopamina como inhibidor. La cantidad de producción en sí , está regulada mediante feed back con el estradiol del ovario. No basta con que se produzca Gn-Rh, debe liberase en pulsos para que sea biológicamente activa. De los 10 aminoácidos que la componen solo los 3 primeros son activos (Ac. piroglutámico, histidina y triptofano), pero sin los otros 7 se hace inactivo. La sustitución de la histidina por fenilalanina da lugar a un potente antagonista de la Gn-Rh. Aunque la Gn-Rh modula tanto a la LH como a la FSH, la secreción de ambas se hace en diferentes cantidades y en diferente ritmo. // Es un decapéptido derivado de la transcripción de una molécula precursora, la pre-pro-GnRH, que consta de 92 aminoácidos, 23 iniciales que actúan

como secuencia de señal y una secuencia de Gly-Lis-Arg indispensable para el procesamiento de la molécula de GnRH. El residuo de 56 aminoácidos es conocido como péptido asociado con la GnRH, molécula que interviene en la inhibición de la prolactina. Este péptido es codificado por un gen localizado en el brazo corto del cromosoma 8. Las células productores de GnRH se originan en el área olfatoria; estas neuronas aparecen en la placa olfatoria y migran hacia el hipotálamo y se localizan en el núcleo arcuado, núcleo paraventricular posterior, hipotálamo medio-basal y área preóptica para sintetizar y liberar la hormona de acuerdo a los diversos estímulos. Una vez sintetizada la GnRH es transportada hacia la hipófisis anterior a través del sistema portal hipotálamo-hipofisiario, para estimular la síntesis y liberación de gonadotropinas (FSH y LH). Los receptores de GnRH son regulados por muchas sustancias, entre ellas, la misma GnRH, la inhibina, la activita y los esteroides sexuales; al mismo tiempo, neurotransmisores como la dopamina y la serotonina inhiben su secreción mientras que la noradrenalina la estimula. (Buffet, C. Bouchad, P. The Normal Human Menstrual Cycle. Reviews in Endrocrine and Metabolic Disorders. 2002; 3: 173-183) // Sinónimo: Hormona liberadora de las gonadotropinas.//

GONADARQUIA: Hace referencia a la activación del eje hipotálamo-hipófisis-gónada, para estimular el desarrollo puberal completo. El fenómeno bioquímico consiste en secreción pulsátil de GnRH para estimular la liberación de gonadotropinas; desde el punto de vista clínico, el aumento en los niveles hormonales representa el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios y el inicio de la capacidad reproductora del adolescente. Los cambios puberales obedecen a la maduración o reactivación de 2 ejes endocrinos: hipotálamo-hipófisis-adrenal, que constituye la llamada adrenarquia, y el eje hipotálamo-hipófisis-gónada, que constituye la llamada gonadarquia. Bioquímicamente el proceso inicia con la liberación de impulsos nocturnos de LH-RH, durante la etapa no-REM del sueño, que estimula a su vez la FSH y LH, los cuales determinan un incremento en la producción de esteroides sexuales a nivel gonadal. Posteriormente los impulsos se hacen diurnos y finalmente adquieren el

patrón propio del adulto, caracterizados por pulsos de LH cada 90 minutos durante las 24 horas del día. (Abbassi, V. Growth and normal puberty. Pediatrics 2006; 102:507)

GÓNADAS: Son los órganos reproductores encargados de la producción de gametos o células sexuales, así como síntesis de las hormonas sexuales. Las gónadas femeninas corresponden a los ovarios y las gónadas masculinas corresponden a los testículos. Embriológicamente las gónadas adquieren caracteres morfológicos masculinos o femeninos en la séptima semana de gestación, momento en el cual a partir de la proliferación del epitelio celómico y condensación del mesénquima subyacente, se forman los pliegues o crestas genitales. Posteriormente las células germinativas provenientes de las células endodérmicas del saco vitelino, invaden las crestas genitales y de acuerdo a la carga cromosómica, 46 XX o 46 XY, inducen la diferenciación gonadal hacia ovario o testículo. (Rouviere, H. Delmas, A. Anatomía humana. Tracto genitourinario. Primera edición. Editorial Elsevier. Madrid, España. 2005. pp 248 - 350)

GONADECTOMÍA: Corresponde al extirpación de la gónada o glándula sexual. El procedimiento se conoce como Ooforectomía, haciendo referencia a la extirpación quirúrgica de los ovarios y Orquidectomia para hacer referencia a la extirpación quirúrgica de los testículos. Este procedimiento se indica por diferentes circunstancias como la presencia de tumores malignos o lesiones que alteren la estructura o función de la gónada, o en el caso del síndrome de insensibilidad androgénica se indica la gonadectomía (orquidectomía) antes de los 20 años de edad, debido al riesgo de transformación neoplásica maligna a este nivel. El abordaje quirúrgico se puede realizar por técnica abierta, es decir, laparotomía, o técnica mínimamente invasiva, es decir, laparoscópica. (Keenan, BS, Meyer, WJ III, Hadjian, AJ, et al. Syndrome of androgen insensitivity in man: absence of 5-alpha-dihydrotestosterone binding protein in skin fibroblasts. J Clin Endocrinol Metab. 2004; 38:1143)

GONADOBLASTOMA: Corresponde a un tumor mixto de células germinales y cordones sexuales, que afecta exclusivamente a pacientes

con disgenesia gonadal. Fue descrito inicialmente por Scully en 1953. Es una entidad poco frecuente, que se presenta generalmente en niños o adultos jóvenes, con cariotipo masculino, 46 XY, fenotípicamente femeninos, que presentan signos de virilización. El riesgo de transformación neoplásica en pacientes con disgenesia gonadal es del 25%. Existe una asociación frecuente con el síndrome de Turner, especialmente cuando existe presencia de material cromosómico Y, y también se han reportado casos en pacientes embarazadas. La presencia de cromosoma Y en el cariotipo de estos pacientes es de gran importancia, ya que el gen responsable del gonadoblastoma se encuentra cerca del centrómero de este cromosoma. El tumor puede ser bilateral en el 36% de los casos. En ocasiones no es posible determinar la naturaleza de la gónada de la cual se origina; se plantea que en el 20% se origina de un testículo criptorquídico y de manera muy infrecuente se desarrolla a partir de ovarios normales. El tratamiento consiste en extirpación quirúrgica y el pronóstico depende del componente germinal. (Dilworth, JP, Farrow, GM, Oesterling, JE. Non-germ cell tumors of testis. Urology 2005; 37:399)

GONADOTROPINA CORIÓNICA HUMANA: Es una glucoproteína compuesta por dos subunidades: alpha y beta, que pueden ser empleadas como marcadores tumorales. La subunidad beta es inmunológicamente diferente a otras hormonas, estableciendo su utilidad como marcador tumoral. Sus niveles séricos se elevan en pacientes con tumores de células germinales de origen gonadal y extragonadal pero también en otras neoplasias epiteliales malignas como carcinoma de mama, pulmón, vejiga y tumores gastrointestinales. La B-HCG se eleva invariablemente en el coriocarcinoma embrionario y en tumores mixtos con sincitiotrofoblasto que usualmente afectan a mujeres jóvenes y en forma unilateral // Es una glucoproteína con una actividad biológica muy similar a la de la hormona luteinizante (LH), y ambas hormonas actúan a través de los receptores para LH/hCG en la membrana plasmática. La hCG se produce casi exclusivamente en la placenta. Además, se demostró que la subunidad β de la hCG se sintetiza en el riñón fetal y que una diversidad de tejidos producen la molécula hCG intacta (McGregor y col.,1981, 1983). Una

variedad de tumores malignos también producen hCG, a veces en cantidades relativamente importantes (sobre todo las neoplasias del trofoblasto); la hCG es sintetizada en muy baja cantidad en tejidos no malignos de hombres y de mujeres no embarazadas, tal vez sobre todo a nivel de la glándula hipófisis anterior. No obstante ello, la detección de hCG en la sangre o la orina de una mujer en edad reproductora con los ensayos comerciales generalmente disponibles casi siempre indica la presencia de un embarazo. Características químicas. La hCG es una glucoproteína (PM alrededor de 36.700) cuyo contenido en carbohidratos (30%) es el máximo observado en todas las hormonas humanas. Las fracciones de carbohidratos en las moléculas no son cruciales para la fijación de receptores o el reconocimiento de anticuerpos, pero pueden ser importantes en el acoplamiento de la hormona a la adenilciclasa en las células efectoras. El componente carbohidrato y sobre todo el ácido siálico terminal, protegen a la molécula contra el catabolismo; la eliminación enzimática del ácido siálico terminal acelera significativamente la velocidad de la depuración irreversible de hCG de la circulación. Sin embargo, la vida media plasmática de la hCG intacta (24 horas) es mucho mayor que la de la LH (2 horas). La molécula de hCG está compuesta por dos unidades disímiles designadas alfa (92 aminoácidos y beta (145 aminoácidos) ligadas por uniones no covalentes. Ogren y Talamantes (1994) presentaron una excelente revisión de la composición química de la hCG. Las subunidades α y β están unidas por fuerzas electrostáticas e hidrófobas que pueden separarse in vitro mediante el tratamiento con urea acidificada. No existe una actividad biológica símil- LH intrínseca de ninguna de las subunidades separadas (ninguna de ellas se fija al receptor LH) pero la recombinación de las subunidades restaura casi el 100% de la bioactividad de la hormona. Las características de las subunidades purificadas revisten considerables interés.Desde una perspectiva estructural la hCG está relacionada con otras tres hormonas glucoproteicas: la LH, la FSH (hormona foliculoestimulante) y la TSH (hormona tiroestimulante). La secuencia de aminoácidos de las subunidades α de estas cuatro glucoproteínas es idéntica, pero las sub-unidades β de la FSH y TSH,así

como las de la hCG y la LH, si bien comparten ciertas características poseen secuencias de aminoácidos diferentes. Las subunidades β de la hCG y la LH presentan más semejanzas entre sí; existen un 80% de homología de secuencias entre los primeros 121 aminoácidos de las subunidades β-LH y β-hCG. Sin embargo existe una extensión de 24 aminoácidos a nivel del terminal carboxilo de la subunidad β-hCG que no se encuentra presente en la β-LH. La recombinación de una subunidad α y una subunidad β de las cuatro hormonas glucoprotéicas da lugar a una molécula con actividad biológica característica de la hormona de la cual deriva la subunidad β.// Sinónimos: Gonadotrofina coriónica humana, Hormona del embarazo. (Nucci, M. Castrillon, D. Biomarkers in diagnosis obstetrics and gynecology pathology. Advances in Anatomic Pathology. 2003; 10 (2): 55-68)

GONADOTROPINA MENOPAUSICA HUMANA: Corresponde a un tipo de gonadotropina empleada para la estimulación ovárica en los protocolos de Desarrollo Folicular Múltiple en Técnicas de Reproduccion Asistida. Fue introducida en el protocolo de estimulación ovárica por el grupo de Norfolk, en 1982. Esta gonadotropina se obtiene a partir de la orina de mujeres post-menopáusicas, en las cuales existe una mayor concentración de gonadotropinas comparado con la orina de mujeres embarazadas. El proceso de extracción consiste en centrifugación, filtración y procesamiento final de la orina. La gonadotropina menopáusica humana tiene igual bioactividad de FSH y LH, con relación de 1 y concentración de 75 UI de cada una de ellas. Teniendo en cuenta lo anterior, esta gonadotropina no es de elección para estimulación ovárica en pacientes con niveles basales elevados de LH como en caso del Síndrome de Ovario Poliquístico. El protocolo consiste en la administración de 2 amp (150 UI) desde el día 2 o 5 cinco del ciclo, durante aproximadamente cinco días hasta obtener respuesta ovárica con la presencia de por lo menos dos folículos ováricos mayores a 18 mm o niveles de estradio > 300 pg/ml. En este momento se suspende y se administra la sustancia para inducir la ovulación, que en la mayoría de los protocolos corresponde a 5000 o 10000 UI de gonadotropina coriónica humana. (White, DM, Polson, DW, Kiddy, D, et al. Induction of

ovulation with low-dose gonadotropins in polycystic ovary syndrome: an analysis of 109 pregnancies in 225 women. J Clin Endocrinol Metab 2006; 81:3821)

GONOSOMAS ó CROMOSOMAS SEXUALES ó HETEROCROMOSOMAS: Son los dos cromosomas que determinan el sexo del individuo y por ende el tipo de gónadas. Son XX para el género femenino y XY para el género masculino. Los demás cromosomas no sexuales que completan la carga cromosómica normal son los autosomas. (Manual Merck de información médica. Sección 1. Capitulo 2: Genética. Madrid, España. 2005)

GRADIENTES DE DENSIDAD: Corresponde a una técnica de capacitación espermática realizada en el laboratorio, como parte del proceso de preparación del semen en las técnicas de reproducción asistida. El fundamento de esta técnica radica en que sólo los mejores espermatozoides pueden vencer la dificultad que representan los gradientes de densidad y llegar hasta el fondo del tubo. Los pasos de la técnica son: se deposita en el fondo del tubo 1 ml de gradiente de 90% y posteriormente gradiente de 45% sin romper la interfase entre los dos; posteriormente se adiciona 1 ml de semen fresco; se centrifuga durante 15 a 20 minutos y se rescata el poso con una pipeta de Pasteur, llevándolo a otro tubo en donde se lava dos veces con medio con centrifugación de 5 minutos; durante los lavados se elimina el sobrenadante y se resuspende el contenido del pozo; posteriormente se lava nuevamente con 0.5 ml de medio y se repite el espermograma. Por último se prepara la cánula para la inseminación. (Gorus, F. A rapid method for the fraction of human spermatozoa acording to their progresive motility. Feril Steril. 2000; 85: 663)

GRÄFENBERG, ERNST: Ginecólogo y Obstetra alemán (1881-1957) quien resaltó por primera vez la importancia erógena de una pequeña zona de la cara anterior de la vagina que fuera bautizado punto G ó zona G en el Foro Internacional de Relaciones Humanas,en 1981. // Ver Zona de Gräfenberg. (Araujo, AB, Mohr, BA, McKinlay, JB. Changes in sexual function in middle-aged and older men. J Am Geriatr Soc 2004; 52:1502)

GRÄFENBERG, ZONA DE: Corresponde a un sector de la vagina, que rodea el meato urinario, que cuenta con una exquisita inervación sensitiva y corresponde a la zona mas sensible de la vagina. Es conocido popularmente como punto o zona G, descrito por el ginecólogo alemán, Ernst Gräfenberg. Esta zona cuenta con una gran cantidad de terminaciones nerviosas y se localiza en la pared anterior de la vagina, aproximadamente a cinco cm del introito. En esta zona desemboca la uretra y se encuentran las glándulas de Skene, que cumplen la función de lubricar la vagina durante el acto sexual. En el hombre también existe la zona o punto G, que se encuentra rodeando la próstata y puede ser estimulado a través de un masaje prostático por via anal, o a través de la presión sobre el periné en la zona que se encuentra entre el ano y los testículos. (Araujo, AB, Mohr, BA, McKinlay, JB. Changes in sexual function in middle-aged and older men. J Am Geriatr Soc 2004; 52:1502)

GRÁFICA DE LILEY: Corresponde a una gráfica elaborada por Liley, en 1961, que permite identificar el grado de hemólisis fetal a partir del nivel de bilirrubina en líquido amniótico, obtenido por amniocentesis repetidas, entre semana 28 y 32. El procedimiento consiste en realizar estudio espectrofotométrico de líquido amniótico obtenido, establecer la cantidad de bilirrubina amniótica, que revela el grado de hemólisis fetal y los niveles aproximados de hemoglobina en sangre del cordón umbilical. La gráfica cruza la edad gestacional con el valor de densidad óptica por espectrofotometría y define tres zonas. 1) zona A, indica buen pronóstico y la conducta debe ser expectante y de seguimiento; puede corresponder a un feto Rh negativo, o a un feto Rh positivo con un proceso hemolítico leve. 2) Zona B, indica riesgos intermedios cuyos valores deben controlarse estrechamente para determinar la conducta a seguir. 3) Zona C, representa una enfermedad hemolítica severa cuya evolución hacia anemia severa e hidrops fetalis es inminente; en esta zona se debe considerar transfusión intrauterina o parto pretérmino de acuerdo a la edad gestacional. (Salmoral, G. Antunovic, A. Eritroblastosis Fetal. Revista de postgrado de la VI catedra de medicina. 2007; 172: 16 – 21)

GRANULOMA INGUINAL: Corresponde a una infección bacteriana crónica de la región genital, transmitida por contacto sexual. La infección es causada por la bacteria *Calymmatobacterium granulomatis*. La enfermedad se produce usualmente en áreas tropicales y subtropicales y afecta con mayor frecuencia a hombres. La edad promedio de presentación es 30 años, con rango entre 20 y 40 años. Clínicamente se presentan nódulos o ampollas eritematosas, pequeñas, en la región inguinal y perianal, que evoluciona lentamente hacia el desarrollo de nódulos levantados, de consistencia cauchosa, formados por tejido de granulación, indoloros pero altamente friables. La enfermedad se disemina lentamente hasta ocasionar destrucción tisular. El diagnóstico se sospecha por impresión clínica y se confirma por estudio histopatológico, que evidencia presencia de cuerpos de Donovan en grandes células mononucleares distribuidas en toda la lesión. El tratamiento consiste en antibióticos tópicos y sistémicos minimo durante tres semanas o hasta evidenciar remisión de las lesiones; los antibióticos sugeridos incluyen trimetroprim-sulfa, azitromicina, cefalosporinas, doxiciclina, aminoglucósidos. (Workowski, KA, Berman, SM. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2006. MMWR Recomm Rep 2006; 55:1)

GRAVIDEZ NERVIOSA: Ver Pseudociesis o Embarazo falso

GREGG, SÍNDROME DE: Corresponde al síndrome de Rubeola Congénita caracterizado por cataratas o glaucoma (10-20%), microcefalia (10-25%), sordera (60-75%) y cardiopatía congénita tipo Estenosis Pulmonar, Ductus Arterioso Persistente y defectos septales (10-20%). El virus se transmite por vía transplacentaria que genera una viremia fetal generalizada. El desarrollo del síndrome se estable de acuerdo al momento de la gestación en el que la madre adquiere la infección; si se infecta en las primeras ocho semanas, la probabilidad de infección congénita es del 80%, si la infección se presenta entre las 13 y las 20 semanas la probabilidad de infección congénita es del 16%, pero si la infección se adquiere por encima de las 20 semanas la probabilidad de infección congénita es menor del 1%. El diagnóstico de infección materna se realiza por la detección de anticuerpos IgM (+) en sangre materna y la infección fetal se confirma por la detección de

anticuerpos IgM en líquido amniótico o aislamiento del virus. Las malformaciones congénitas se detectan a través de ultrasonografía de detalle anatómico. No existe tratamiento específico, la indicación es prevención con inmunoglobulinas. (Reef, SE, Redd, SB, Abernathy, E, et al. The epidemiological profile of rubella and congenital rubella syndrome in the United States, 1998-2004: the evidence for absence of endemic transmission. Clin Infect Dis 2006; 43 Suppl 3:S126)



HÁBITO FETAL: En los últimos meses del embarazo el feto adopta una postura característica descrita como hábito o actitud. Como regla general, el feto forma una masa ovoide que se corresponde aproximadamente con la forma de la cavidad uterina. El feto se pliega o se dobla sobre sí mismo de forma tal que la espalda se hace marcadamente convexa; la cabeza se encuentra fuertemente flexionada de manera que el mentón se halla casi en contacto con el tórax; los muslos están flexionados sobre el abdomen, las piernas están encorvadas en las rodillas y los arcos plantares descansan sobre la superficie anterior de las piernas. En todas las presentaciones cefálicas los brazos suelen estar cruzados sobre el tórax o se hacen paralelos a los costados y el cordón umbilical yace en el espacio entre ellos y las extremidades inferiores. (Beischer NA. Obstetricia y neonatología. Edit McGraw.Hill, México, 1997)

HAEMOPHILUS VAGINALIS: Este es el nombre que se le daba anteriormente a la Gardnerella vaginalis. Las primeras descripciones de esta bacteria datan de 1953, cuando se aisló de 58 (27%) mujeres con cervicitis y de 2 hombres con uretritis inespecífica. Luego en 1955 Gardner y Dukes lo aislaron de 127 (92%) mujeres con vaginitis inespecíficas y la denominan *Haemophilus vaginalis*, por aislarse inicialmente sólo en agar sangre y lo publicaron en el American Journal of Obstetrics and Gynecology como agente causal de la etiología de lo que se llamaba Vaginitis Inespecífica. La asociaron con los requerimientos nutricionales del *Haemophilus ,* pero más tarde se descartó y la relacionaron con otros géneros de bacilos Gram positivos como: *Corynebacterium*, *Butyribacterium* e incluso *Lactobacillus*, para finalmente clasificarla en el nuevo género *Gardnerella*, con una sola especia *G. vaginalis*. Este género solo tiene relación filogénetica con *Bifidobacterium*, y constituye un grupo taxonómicamente bien definido. Ver más información en el término Gardnerella vaginalis.

HALBAN,FASCIA: Es una banda aponeurótica delgada, que se interpone entre la vagina y la vejiga. Se compone de un conjunto de cintas fibroconectivas entre las cuyales discurren numerosos vasos, terminaciones nerviosas y fibras musculares. Desde el punto de vista de su origen embriológico, parece que proviene de la misma estructura que en el hombre produce los tejidos para el cuerpo esponjoso del pene. Si esto es así, explicaría la respuesta erógena que tiene un grupo de mujeres que responden al estímulo de la cara anterior de la vagina, a nivel del trígono vesical. Es probable que la fascia de Halban intervenga en la producción de líquido vaginal durante el orgasmo, que participaría en la supervivencia de los espermatozoides. El epónimo de esta fascia recuerda al Dr. Joseph Halban, ginecólogo austríaco muy connotado por sus aporters a la cirugía de la pelvis en el siglo XIX.(Hoang NM, Smadja A, Hervé de Sigalony JP. The reality and usefulness of Halban´s fascia. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). 1991;20(1):51-9).

HALBAN, JOSEPH: ginecólogo austríaco muy connotado por sus aportes a la cirugía de la pelvis en el siglo XIX. (Egon Diczfalusy. My life with the fetal-placental unit. Classic pages in Obstetrics and Gynecology. American Journal of Obstetrics & Gynecology. 193(6):2025-2029, December 2005)

HALSTED, CIRUGÍA: Mastectomía radical diseñada por el Dr. William Steward Halsted, cirujano del John Hopkins Hospital, en los incios del siglo XX.Esta mastectomía incluía la resección de los pectorales mayor y menor y la linfadenectomía axilar total, pues no se habían desarrollado la radioterapia ni la quimioterapia. **(**Phillip Rubin, Jacqueline P Williams Oncologia Clinica: Enfoque multidisciplinario para médicos y estudiantes – Elsevier, España, 2003)

HALSTED, WILLIAM STEWARD (1852-1922): cirujano norteamericano, nacido en New York. Ocupó el cargo de jefe de cirugía del John Hopkins Hospital. Hizo importantes aportes a la cirugía por lo cual varios procedimientos llevan su epónimo (puntos de Halsted, signo de Halsted, cirugía de Halsted, mesa quirúrgica de Halsted, etc). (Speert Harold. Obstetric and gynecologic milestones. The Parthenon publishing group, New York, 1996).

HALSTED, PUNTO DE: Es un punto de colchoneo en sentido horizontal, utilizado para hacer hemostasia, o para acercar dos estructuras friables. El

punto entra por el lado A, llega hasta B y antes de devolverse entra otra vez por el lado B y finalmente regresa al lado A donde se anuda. Tambien se llama punto en U, aunque realmente forma un cuadrilátero. Este punto es ideal para heridas sangrantes persistentes pues equivale a una pequeña jareta, pero es mal tolerado por la piel dada la isquemia local que produce, por esta razón se recomienda solo en órganos o tejidos profundos muy bien irrigados.(Madden John. Atlas de técnicas quirúrgicas. Edit Interamericana, México, 1967).

HAMARTOMA: Es una malformación benigna focal que simula un neoplasma, formado por tejidos propios del órgano donde está localizado (en esto se diferencia del coristoma). Aunque los tejidos son propios del órgano afectado, el crecimiento es desorganizado y deformante, especialmente cuando se ubican en la cara). Por su carácter benigno el hamartoma es asintomático por lo cual su diagnóstico se hace con frecuencia mediante imágenes tomadas por otra razón. No se conoce la causa por la cual los tejidos normales de un órgano se transforman en hamartomas. Aunque son benignos y se pueden localizar en cualquier parte del cuerpo, estos tumores pueden producir problemas cuando se localizan en sitios muy sensibles de la fisiología: ojos, hipotálamo, hígado, riñones, bazo. (Cotran R.S.y col. Patología estructural y Funcional de Robins. Edit McGraw-Hill, New York, 1996).

HAMARTOMA DE LA MAMA: Corresponde a un tumor congénito benigno localizado a nivel de la mama que se caracteriza por la presencia de tejidos desorganizados en forma tumoral o pseudotumoral, pero que pertenecen desde el punto de vista embriológico al órgano afectado (en este caso las células del tumor son mamarias en su totalidad). Histológicamente se puede documentar tejido fibroso, lipomatoso, mixoide, otros tejidos mesenquimatosos y componente epitelial; en ocasiones sólo de documenta tejido epitelial y tejido adiposo denominándose adenolipoma o tener tejido fibroso más tejido adiposo y denominarse fibrolipoma. Clínicamente no presenta muchos síntomas y se pude encontrar nódulo mamario bien definido e indoloro. La edad media de presentación en 45 años. El diagnóstico se realiza por histopatología y el tratamiento es la resección quirúrgica. La transformación maligna del

hamartoma de la mama es rara, aunque se han descrito casos de asociados con carcinoma intraductal. (Pérez, M. Santiago, J. Hamartoma de la mama. Revista Cubana de Cirugía. 2004; 43 (2): 1216-20)

HAMILTON,MANIOBRA DE: Consiste en el despegamiento digital del polo inferior de la bolsa amniotica para favorecer la liberación de prostaglandinas, lo cual facilita el desencadenamiento del parto mediante dos mecanismos: favorecer la liberación de prostaglandinas (PGs) de la zona y provocar una deciduitis local que puede provocar RPM. Boulvain M de Ginebra, en un pequeño estudio referido en el Cochrane Database Sist rev. 2000, realizó un estudio comparativo entre pacientes a las que les realiza un despegamiento de membranas y gestantes grupo control (a las que no les realiza exámenes vaginales), inducción con PGs e inducción con oxitocina; llegó a la conclusión de que el índice de cesáreas era similar en todos ellos, pero disminuía la duración del embarazo en aquellas a las que se les realizaba el despegamiento. No obstante observó más disconfort y efectos secundarios (sangrado, vaginal, dinámica irregular) en el grupo intervenido.

HAPLOIDE ó NÚMERO HAPLOIDE DE CROMOSOMAS: Es la mitad de la carga o número de cromosomas. Como en el ser humano la carga diploide o completa en sus células somáticas es de 46 cromosomas, el número haploide es de 23. Son normales las células haploides en los gametos: los óvulos tienen la fórmula 23,XX. Los espermatozoides tienen dos posibilidades: 23,XX y 23,XY. Las células haploides se forman por la división meiótica de una célula que tenga el número diploide. La fecundación hace que dos células haploides conformen una nueva con carga diploide. Ver Diploide,Triploide y Tetraploide. (Keith Moore , T. Persaud. Embriología clínica. Edit McGraw-Hill, México. 6ª edición, 1999)

HAZARD RATIO (HR): Razón de Riesgo. Se conserva el nombre en inglés dada la frecuencia con la cual se menciona esta medida en la literatura sobre el tema escrita en español. **1.** El HR estima el efecto de una variable sobre un evento estudiado respecto al riesgo previamente calculado.// **2.** Es una medida estadística que estima la posibilidad de presentar un evento al comparar el riego calculado vs el riesgo observado en un individuo o en un grupo de

individuos que presenta el factor de riesgo estudiado. El evento puede ser deseable o no. Un HR= 4 puede significar cuatro veces más riesgo de morir por un factor de riesgo, pero en otro estudio HR=4 puede significar 4 veces más probabilidad de mejorar la salud con respecto al paciente que no ha recibido el medicamento o no se le ha hecho la cirugía.// **3.** En un análisis de supervivencia es la posibilidad de presentar el evento una vez el individuo o grupo está expuesta al factor de riesgo estudiado. // **4.** El HR instantáneo es el No. de eventos que ocurren por unidad de tiempo dividido por el No total de individuos en riesgo, a medida que el intervalo de tiempo disminuye. // **5.** El HR puede significar velocidad de mejoría en algunos estudios, por ej si HR=2 , significa que la posibilidad de mejorar la salud es dos veces más rápido con la intervención que sin ella, pero si no mejora en un periodo de tiempo estimado, HR =2 significa que la posibilidad de mejorar en el siguiente periodo de tiempo es 2 veces más rápido que los pacientes que no han recibido la intervención (o el medicamento en estudio). // **6.** Es una medida de riesgo que resume la relación entre la proporción de eventos de 2 grupos de tratamientos en estudios de seguimiento que se denominan genéricamente estudios de sobrevida y que característicamente involucran un tipo particular de análisis que mide "tiempo al evento" (por ejemplo, Kaplan-Meier análisis). La diferencia principal es que esta medida de riesgo expresa la relación de eventos entre los dos grupos comparados, no en un punto particular del estudio, sino como una medida final que sintetiza esta relación a través de los diferentes intervalos de seguimiento el estudio. // **7**.El RR y el OR estiman el riesgo de presentar el evento al comparar solamente los valores observados (no se tiene en cuenta la posibilidad de presentar el evento de acuerdo a las estadísticas previamente calculadas). En el HR es indispensable disponer del riesgo conocido en la literatura científica. Por ejemplo se sabe que el riesgo de infarto en los fumadores es 17 veces mayor que entre los no fumadores; si se toman dos grupos de personas, un grupo de fumadores y un grupo de no fumadores, y comparo el número de infartos observados vs los esperados, obtengo un HR. Veamos un ejemplo, del estudio del Dr. Spotswood L. (Hazard Ratio in clinical trials. Antimicrobial Agents and Chemotherapy):

Table 9–8. Logrank Statistic for Survival.									
	Number of Patients at Risk			Number of Observed Occurrences			Number of Expected Occurrences		
Time Period	Group 1	Group 2	Total	Group 1	Group 2	Total	Group 1	Group 2	Total
0–10	60	60	120	2	2	4	2	2	4
11–20	55	54	109	5	5	10	5.045872	4.954128	10
21–30	49	47	96	3	2	5	2.552083	2.447917	5
31–40	44	46	90	3	1	4	1.955556	2.044444	4
41–50	39	43	82	6	1	7	3.329268	3.670732	7
51–60	32	41	73	4	1	5	2.191781	2.808219	5
Totals				23	12	35	17.07456	17.92544	35

O/E del grupo 1

HR= ----------

O/E del grupo 2

No. de eventos Observados en el grupo 1/ No de eventos Esperados

HR: ----------

No. de eventos Observados en el grupo 2/ No. de eventos Esperados grupo 2

23/17.07

HR= ---------- = 1.35/0.67 = 2.1

12/17.92

El Hazard ratio en este ejemplo es de 2.1 lo cual significa que el riesgo de tener el evento de estudio (por ejemplo infarto), es 2.1 veces más para los individuos que presentan el factor de riesgo (la interpretación es similar a la que

se da para un OR). (Spotswood L. Spruance. Hazard Ratio in clinical trials. Antimicrobial Agents and Chemotherapy, August 2004, p. 2787-2792, Vol. 48, No. 8). // **7.** El HR se puede expresar con valores absolutos acompañados por sus respectivos intervalos de confianza. En el estudio de Stephen Tyring sobre el efecto del Famciclovir para el Herpes Zoster(Annanals of Internal Medicine, 15 July 1995 | Volume 123 Issue 2 | Pages 89-96), aparece esta tabla:

valaciclovir con el Aciclovir para el tratamiento del HERPES (*Arch Dermatol.* 1998;134:185-191.) aparece esta tabla:

Table 2. Primary Efficacy End Points: Length of Episode and Lesion Healing Time*

Treatment	Median Event Duration, d	HR (95% CI) (Active Drug vs Placebo)
Length of Episode		
Valacyclovir hydrochloride	4.8	1.66 (1.38-2.01)
Acyclovir	4.8	1.71 (1.41-2.06)
Placebo	5.9	. . .
Lesion Healing Time		
Valacyclovir	4.8	1.88 (1.53-2.32)
Acyclovir	4.8	1.90 (1.55-2.34)
Placebo	6.0	. . .

*P<.001 for all comparisons with the corresponding placebo group. There were no statistically significant differences between the outcomes for the 2 active treatment arms. HR indicates hazards ratio; CI, confidence interval.

HCG: Ver Gonadotropina Coriónica Humana

HEBEOSTEOTOMÍA (griego *hebe*,pubertad, *osteos*,hueso y *tomé*,corte): Término sinónimo de sinfisotomía. Cirugía que se realizaba en la antigüedad para ampliar la pelvis (casi siempre a mujeres púberes o con defectos de la anatomía de la pelvis) mediante corte y separación de la sínfisis de los dos pubis en la parturienta con estrechez. Lo cruento de este procedimiento estimuló el uso de forceps y el desarrollo de la operación cesárea. Sinónimos: Sinfisotomía, Pubotomía.

HEGAR,DILATADORES: Cilindros metálicos de diferente calibre, con la punta diseñada para penetrar en el canal cervical con el mínimo trauma. Estos cilindros se utilizan para dilatar el canal cervical, circunstancia necesaria cuando se va a realizar un legrado o se va a realizar un procedimiento quiúrgico dentro de la cavidad endometrial.

HEGAR,SIGNO : Ver signo de Hegar

HeLa, CÉLULAS: La palabra HeLa recuerda las iniciales de la señora Henrietta Lacks, una mujer afroamericana de quien fueron extraidas. Cuando se extraen células del cuerpo humano éstas comienzan a morir lenta e inexorablemente, normalmente antes de que lleguen a completar cincuenta divisiones. Las células no pueden sobrevivir sin el soporte vital que proporciona el cuerpo y tampoco pueden prolongarse artificialmente porque envejecen —y por tanto de un modo u otro mueren.Esto es así siempre, excepto para las células HeLa, que se multiplican sin envejecer bajo condiciones adecuadas de laboratorio. Se consieran imortales no sólo porque siguen viviendo fuera del cuerpo humano, sino también porque no envejecen. En enero de 1951, Henrietta Lacks consultó por metrorragia y su médico la remitió al Hospital de Johns Hopkins. Allí el Dr. Howard Jones hizo el diagnóstico de cáncer cervical que confirmó a principios de febrero mediante una biopsia de cuello cervical. Mandó un trozo de esa biopsia al Dr. George Gley, director del Laboratorio de Cultivo de Tejidos del Departamento de Cirugía, quien estaba tratando de cultivar células tumorales. No tenía éxito con sus ensayos pero esa vez las células sobrevivieron. No solamente no se murieron sino que a las seis semanas, las células se dividían cada veinte horas, un hecho insólito. El Dr. Gley era un investigador que no se dedicaba a temas de cáncer sino que tenía especial interés en cultivar el virus de la poliomielitis. Esta nueva línea celular denominada HeLa -por Henrietta Lacks- le proporcionó el medio óptimo para ese fin, abriendo el camino para la elaboración de la vacuna Salk. En cuanto a Henrietta, recibió radioterapía a pesar de lo cual el tumor siguió progresando rápidamente, con invasión de múltiples órganos llevándola a la muerte en octubre 1951, a los 10 meses de los primeros síntomas. Las células HeLa siguieron reproduciéndose rápidamente en prácticamente cualquier medio de cultivo. Gley las distribuyó a diversos laboratorios y empresas farmacéuticas.

La línea HeLa se convirtió rápidamente en uno de los medios más preciados para estudios en cáncer. Veinte años más tarde, en 1971, Richard Nixon firmó el *National Cancer Act for the "Conquest of cancer"*. A partir de ese momento las células HeLa contribuyeron la base *sine quo non* de muchos de los descubrimientos en cáncer y en genética, muchos de ellos asociados a Premios Nobel. Todas las células HeLa que se cultivan y utilizan actualmente en laboratorios de todo el mundo descienden directamente de una muestra de tejido extraída del tumor de Henrietta Lacks**.** Con estas células se sintetizó la vacuna para la poliomielits, se han hecho experimentos sobre la supervivencia de las células sometidas al radiación**,** a diferentes fármacos y a las condiciones del espacio. Hoy los investigadores que usan células HeLa sospechan que su crecimiento agresivo y su resistencia a la apoptosis se deben principalmente a una combinación de papilomavirus 18 que produce una proteína que degrada la p53 sin mutarla, y de varias alteraciones en los cromosomas 1, 3, 5 y 6. (John R. Masters (2002): HeLa cells 50 years on: the good, the bad and the ugly. Nature Reviews Cancer 2:315-319 // 2- Dosne Pasqualini, Christiane. Las células HeLa como prototipo del cultivo celular inmortalizado. Medicina *(B.* Aires*)*, sep./oct. 2006, vol.66, no.5, p.487-488).

HELLIN,REGLA: Es el cálculo de la frecuencia de embarazos gemelares múltiples (trillizos, cuatrillizos, etc) en condiciones normales de una población, sin la utilización de medicamentos que favorezcan la ovulación o cualquier intervención que madure más folículos de los normales. // Según la regla de Hellin, la frecuencia de trillizos, cuadrillizos, etcétera. corresponde a la segunda potencia, tercera potencia, etc. de la de mellizos. Así, para la frecuencia indicada de mellizos se tiene cada vez un factor de 0,01 (1/100). // Hellin estableció una fórmula o regla aproximativa de la incidencia de los distintos tipos de embarazos múltiples: gemelos: un embarazo gemelar por cada 90 embarazos únicos, embarazo de trillizos : 90x90= 8.100, es decir la frecuencia de trillizos es de 1 por cada 8.100 embarazos únicos, cuatrillizos: 90x90x90= 729.000, es decir se espera un embarazo de cuatrilizos por cada 729.000 embarazos únicos. Sinónimos: ley de Hellin, Principio de Hellin.

HELLP, SÍNDROME: Fue descrito por Louis Wenstein en 1982. El nombre de este síndrome es la sigla del inglés Hemolisis (H), Elvated Liver Enzimes

(EL), y Low Platelets (LP). Es un trastorno múltiple caracterizado por tres elementos diagnósticos: hemólisis, elevación de las enzimas hepáticas y disminución de las plaquetas. Además de los tres signos claves mencionados, este síndrome se acompaña de diversos malestares, signos y síntomas que establecen su gravedad. Casi siempre es la complicación de una preeclampsia o de una eclampsia por lo cual se presenta preferiblemente durante el embarazo, pero puede aparecer durante el puerperio. El 80% de las veces se presenta en maternas hipertensas (preeclámpticas o eclámpticas) y del 15 al 20% de las veces se presenta durante el puerperio. La Hemólisis (**H**) se diagnostica al mirar los glóbulos en un frotis de sangre periférica o al medir la bilirrubina total , que suele estar por encima de 1.2 mg/dl. La elevación de las enzimas hepáticas (**EL**) se diagnostican al medir la GOT (que está por encima de 70 UI/L) y la LDH (que está por encima de 600 UI/L). La trombocitopenia (**LP**), se diagnostica al cuantificar las plaquetas que están por debajo de 100.000/mm^3. La tensión arterial sistólica se eleva por encima de 140/mmHg sola o acompañada de hipertensión diatólica (más de 90 mmHg). Hay notorio deterioro del estado general y otros malestares como vómito o náuseas(90%), epigastralgia(80%), dolor en el hipocondro derecho(70-80%) y cefalea(30-50%). Se puede confundir el cuadro cuando se presenta una hepatitis, una púrpura trombocitopénica, el hígado graso del embarazo o la coagulación intravascular diseminada. Elizabeth S. Gilbert y Judith S. Harmon. Manual de embarazo y parto de alto riesgo. Edit. Elsevier España; 3 edition (Octubre, 2003)

HEMANGIOMA: Aunque estrictamente estas masas vasculares no cumplen los criterios para ser verdaderos tumores, se conserva el nombre por consenso hasta que se establezca una clasificación más acorde a su naturaleza. Son acumulaciones vasculares que le dan al tejido afectado un color rojo oscuro o azuloso. (Cotran R.S.y col. Patología estructural y Funcional de Robins. Edit McGraw-Hill, New York, 1996)

HEMANGIOMA CERVICAL: Hemangioma que compromete el cuello uterino.Es de muy rara ocurrencia.

HEMANGIOMA TUBARIO: Hemangioma que compromete la trompa. Es de muy rara ocurrencia.

HEMANGIOMA UTERINO: Hemangioma que compromete el cuerpo del útero. La importancia clínica de esta neoplasia vascular benigna es que durante el embarazo el tejido trofoblástico puede erosionar los vasos del hemangioma, provocando sangrado y separación placentaria. Esto obliga a interrumpir el embarazo por medio de cesárea sola o con histerectomía para controlar la hemorragia. Los hemangiomas difusos del cuerpo uterino son raros; tanto que en la literatura anglosajona sólo han sido publicado alrededor de 12 casos.López MA, Alcántara VA, Durán PMA, Ramos CR et al Hemangioma difuso del cuerpo uterino asociado a lupus eritematoso sistémico. Presentación de un caso y revisión de la literatura. Rev. Med. Hosp Gen Mex 2002; 65 (4): 220-222

HEMANGIOMA VULVAR: Corresponde a un tumor benigno de la vulva de origen vascular. Es una lesión común que usualmente es asintomática y no requiere tratamiento. El hemangioma vulvar se caracteriza por un acúmulo de lesiones pequeñas, múltiples, hiperpigmentadas que pueden sangrar en casos de traumatismo. En ocasiones la queratinización hace que la superficie de la lesión aparezca de color blando o grisáceo denominándose angioqueratoma. El diagnóstico es clínico y es necesario diferenciar la lesión de varicosidades pequeñas o incluso melanoma maligno, por lo cual ante la aparición de cualquier lesión pigmentada a nivel vulvar se recomienda biopsia. El tratamiento es expectante, con control clínico cada 6-12 meses; la mayoría de las lesiones presentan regresión espontánea y los intentos de extirpación quirúrgica pueden llegar a ser mutilantes. Si la hemorragia se presenta en forma constante y abundante se indica ligadura quirúrgica de los canales vasculares. (Foster, DC. Vulvar disease. Obstet Gynecol 2002; 100:145).

HEMATOMA: Extravasación de sangre que forma una colección, con un volumen medible en las tres dimensiones. Puede presentarse como consecuencia de un trauma, de una cirugía o de un trastorno vascular.

HEMATOCOLPO: 1. Colección de sangre en la cavidad vaginal como consecuencia de una hemorragia profusa con retención de coágulos como

ocurre en el aborto, puerperio, himen imperforado, etc. // 2. Es la acumulación de sangre en la vagina, como resultado de himen imperforado. La sangre acumulada se regurgita y como consecuencia la paciente presenta dolor abdominal por irritación peritoneal. De acuerdo al volumen de sangre la paciente puede presentar masa abdomino-pélvica con aumento progresivo de tamaño. (Bustos, P. Smirnow, M. Tabique vaginal transverso, himen imperforado, atresia vaginal. Revista chilena de obstetricia y ginecología. 2003; 68 (3): 229-234)

HEMATO-COLPOMETRA: Colección de sangre tanto en la cavidad vaginal como en la cavidad uterina como consecuencia de una hemorragia profusa con retención de coágulos como ocurre en el aborto, puerperio, himen imperforado, etc.

HEMATOMA DE LA PARED ANTERIOR: Extravasación de sangre que forma una colección en el tejido celular subcutáneo, como complicación inmediata de una laparotomía. Es la complicacoión más frecuente de las laparotomías. Una complicación adicional del hematoma es la sobreinfección de la herida, pues la sangre acumulada sirve como caldo de cultivo para los gérmenes oportunistas.

HEMATOMA DEL MESOSALPINX: Extravasación de sangre que forma una colección al lado de la trompa, durante una cirugía tubaria, cuando se lesiona uno de los vasos del meso-salpinx. Este tipo de hematoma es más frecuente durante el corte que se realiza para cualquiera de las técnicas de planificación al momento de cortar la trompa y un pequeño sector del meso, especialmente cuando hay notorias várices en la zona.

HEMATOMA MAMARIO: Extravasación de sangre que forma una colección en el tejido mamario, como consecuencia casi siempre, de una cirugía en este órgano.Aunque es menos frecuente, puede ocurrir como consecuencia de un trauma por accidente de tránsito o por una agresión física.

HEMATOMA POST-OPERATORIO: Extravasación de sangre que forma una colección en cualquiera de los tejidos o espacios cercanos a un vaso lesionado durante una intervención quirúrgica. Lamentablemente muchos

hematomas no se diagnostica durante el evento quirúrgico, pues algunas técnicas anestésicas bajan levemente la tensión arterial y atenúan el sangrado; una vez la paciente ha recuperado la tensión normal, se produce un hematoma en territorios vasculares que no sangraron durante la cirugía.

HEMATOMA PUERPERAL: Es cualquier colección importante de sangre que se desarrollan como consecuencia de lesión vascular directa después de un parto vaginal espontáneo o instrumentado o lesión vascular secundaria a necrosis por presión. Puede ocasionar hemorragia posparto inmediatamente después del nacimiento o 24 horas después del mismo. Los hematomas puerperales pueden ser Profundos (por compromiso de las ramas de la A. Pudenda Interna), Vaginales (compromiso de las ramas descendentes del A. Uterina), Vulvovaginales o Subperitoneales. La mayoría de los hematomas son vulvovaginales y comprometen el triángulo perineal posterior. (You, W. Zahn, C. Postpartum Hemorrhage: Abnormally Adherent Placenta, Uterine Inversion and Puerperal Hematomas. Clinical Obstetrics and Gynecology. 2006. Volume 49, Number 1. 184-197)

HEMATOMA RETROPLACENTARIO: Colección de sangre que se forma entre la cara endometrial a nivel de la decidua basal y la cara placentaria, como consecuencia de una hemorragia por desprendimiento parcial de la placenta. Si ocurre durante el embarazo, como sucede en el abruptio placentae, pone en peligro la vida del feto y la madre. Si ocurre luego de la expulsión del feto facilita el alumbramiento. (José Botella Llusiá, José A. Clavero Núñez, Jos A. Clavero N. Tratado de Ginecologia. Elsevier España, 2002. pagina 225)

HEMATOMA SUB-APONEURÓTICO: Colección de sangre , que ocurre después de una laparotomía (aveces después de una laparoscopia), por lesión de uno de los vasos de la región, frecuentemente ramas de la arteria epigástrica inferior. Este hematoma se ubica, como su nombre lo indica, por debajo de la aponeurosis, es decir, entre la cara anterior de los músculos y la cara posterior de la aponeurosis. // **2.** Extravasación de sangre que forma una colección por debajo de la aponeurosis de la pared anterior, casi siempre emanada de una rama de la arteria epigástrica inferior. Aunque no es de

notoria frecuencia, puede producir hipotensión y otros síntomas y signos que son proporcionales a la cantidad de sangre extravasada.

HEMATOMA VULVAR: Extravasación de sangre que forma una colección como consecuencia de una cirugía en la vulva, o de una episiotomía intraparto o de un trauma regional. Los hematomas leves se resuelven solos, los hematomas grandes y muy dolorosos requieren drenaje quirúrgico.

HEMATOMETRA: Colección de sangre en la cavidad endometrial como consecuencia de una hemorragia profusa con retención de coágulos como ocurre en el aborto, puerperio, himen imperforado,etc. Es la acumulación de sangre en la cavidad uterina. Ocurre como consecuencia de la retención hemática al producirse estenosis del conducto cervical o a nivel del istmo uterino. En algunas ocasiones, la hematometra es la consecuencia de cicatrices contráctiles y sinequias del conducto cervical como resultado de ablaciones endometriales excesivas. (Scheerer, J. Bartolucci, L. Transvaginal sonography in the evaluation of hematometra: a report of two cases. Journal of reproductive medicine. 1996; 41 (3): 205-210)

HEMATOSALPINX: Es la acumulación de sangre en las trompas de Falopio como consecuencia de regurgitación de sangre acumulada en la cavidad uterina. Se presenta como engrosamiento de las paredes tubáricas y en ocasiones como masa anexial definida. La paciente manifesta dolor abdomino-pélvico secundario a la irritación del peritoneo. (Jaramillo, L. Strate, E. Soriano, M. Müllerian anomaly with hematosalpinx presenting as amenorrhea and adnexal mass. Journal of Gynecologic Surgery. 1003; 19 (1): 43-48)

HEMI-MEGALENCEFALIA: 1. Literalmente significa medio cerebro crecido exesivamente.// **2.** Es una condición caracterizada por el crecimiento excesivo de un lóbulo o de un hemisferio cerebral. El diagnóstico se realiza por ultrasonografía a través de la documentación de aumento de tamaño de un hemisferio cerebral con desplazamiento de las estructuras de la línea media y sin identificación de una masa definida. (Cafici,D. Mejides, A. Sepúlveda, W. Ultrasonografía en obstetricia y diagnóstico prenatal. Sistema Nervioso Fetal: evaluación mediante ultrasonido. Buenos Aires, Argentina. Ediciones Journal. 2003. p 207-236) // 3. Es una condición caracterizada por el crecimiento

excesivo de un lóbulo o hemisferio cerebral. El diagnóstico se realiza por ultrasonografía a través de la documentación de aumento de tamaño de un hemisferio cerebral con desplazamiento de las estructuras de la línea media y sin identificación de una masa definida. (Cafici,D. Mejides, A. Sepúlveda, W. Ultrasonografía en obstetricia y diagnóstico prenatal. Sistema Nervioso Fetal: evaluación mediante ultrasonido. Buenos Aires, Argentina. Ediciones Journal. 2003. p 207-236)

HEMIÚTERO: Etimológicamente significa medio útero. Hace relación a la mención que se hace para desinar la mitad derecha o izquierda de la matriz. Pero puede utilizarse también para designar la mitad superior (cuerpo) y la mitad inferior de la matriz (cuello y parte del cuerpo uterino.

HEMÓLISIS: Corresponde al fenómeno de destrucción de glóbulos rojos con disolución de los corpúsculos sanguíneos y liberación subsecuente de hemoglobina. La hemólisis puede ser causada por mecanismos bioquímicos, inmunológicos, físicos y químicos; los mecanismos inmunológicos corresponden a la hemólisis presentada durante la transfusión de glóbulos rojos por anticuerpos que reaccionan con los antígenos del mayor grupo sanguíneo, la hemólisis física es debida a la destrucción de eritrocitos por hipotonicidad (dilución de sangre con solución hipotónica), así como a la presión disminuida (vacío) o aumentada, la hemólisis mecánica puede ocurrir durante el flujo de sangre a través de dispositivos como catéteres, válvulas cardíacas protésicas in vivo o por una inadecuada centrifugación así como por la elevada temperatura in vitro. En obstetricia la condición que se relaciona en mayor medida con el fenómeno de hemólisis es el desarrollo de Síndrome Hellp y se caracteriza por la presencia de anemia microangiopática, elevación de LDH y elevación de bilirrubinas. Los criterios diagnósticos de hemólisis en síndrome Hellp corresponden a la documentación de: extendido de sangre periférica alterado, LDH > 600 U/L y Bilirrubina total > 1.2 mg/dl. (Controversias with the diagnosis and management of HELLP syndrome. Clinical Obstetrics and Gynecology. 2005; 48 (2): 460-477)

HEMOPERITONEO: Es la presencia de abundante cantidad de sangre en la cavidad peritoneal. Las causas gineco-obstétricas más frecuentes de

hemoperitoneo son los embarazos ectópicos, la hemostasia incompleta durante una laparotomía, rotos, la perforación uterina y la ruptura uterina durante el trabajo de parto. En muy raras ocasiones se forma hemoperitoneo a partir de un folículo roto por defecto de la coagulación. Otras causas raras de hemoperitoneo son el tumor fibroide del ovario y las discrasias sanguíneas. La irritación de los hemidiafragmas por la sangre de un hemoperitoneo, por ejemplo por un embarazo ectópico roto, produce estimulación del nervio frénico, que se transmite por vía metamérica al plexo braquial y se manifiesta por dolor del hombro derecho principalmente. Puede producir dolor en ambos hombros, principalmente si el hemoperitoneo es masivo. (Colston Wetz Anne: Tratado de Ginecologia. 11 edicion. Interamericana McGraw Hill. Buenos Aires. 1991)

HEMORRAGIA: Del lat. haemorragĭa, y este del gr. αἱμορραγία). Flujo de sangre por rotura de vasos sanguíneos. (Diccionario de la lengua española. Real Academia Española: www.rae.es)

HEMORRAGIA ACÍCLICA: Es la mentruación que se presenta de manera irregular en el tiempo, de tal manera que no sigue la perioricidad constante de los ciclos normales. Equivale a una metrorragia si se sale del patrón cíclico de la menstruación.

HEMORRAGIA ANOVULATORIA: Es la mentruación que se presenta de manera irregular en el tiempo, en la paciente que no ha ovulado, de tal manera que que no sigue la perioricidad constante de los ciclos normales.Equivale a una metrorragia si se sale del patrón cíclico de la menstruación.

HEMORRAGIA CEREBRAL OBSTÉTRICA: Es cualquier evento hemorrágico encefálico relacionado con la gestación, el parto o el puerperio. Las causas más frecuentes de hemorragia cerebral son el Sindrome Hellp y los accidentes vasculares relacionados con la eclampsia; en estos dos casos se forman múltiples focos hemorrágicos en la superficie cerebral.

HEMORRAGIA GENITAL POR DESGARRO: Es el sangrado que se produce por lesión del cérvix, vagina o vulva, después de un evento obstétrico (legrado o parto) o conexo con una relación sexual. Puede ser debida a

instrumentación(utilización de pinzas de Pozzi, trauma peneano o con objetos sexuales), o causada por trauma por manipulación para extraer el feto. (Blake-James BT, Hussain M, Peters J. Genital foreign bodies: more than the eye can see.Eur J Emerg Med. 2007 Feb;14(1):53-5).

HEMORRAGIA INTERMENSTRUAL: Es el sangrado anormal que se produce entre una menstruación y la otra. Puede ser causada por trastornos hormonales o por enfermedades de la cavidad endometrial o del cérvix.

HEMORRAGIA POST-PARTO TEMPRANA: Es el sangrado genital aumentado que se presenta en las primeras 24 horas después del parto o la cesárea. Las causas más frecuentes son la atonía uterina y los desgarros del canal del parto (cérvix, vagina, vulva). Dildy, GA. Postpartum Hemorrhage: New Management Options. Clinical Obstetrics and Gynecology.. 2002. Volume 45, Number 2, 330-344 // 1. Jesus Jacome B. Jose Antonio Lara. Guia de Manejo de la Hemorragia Postparto. UIS, 2006. Pag 86-87

HEMORRAGIA POST-MENOPÁUSICA: Es el sangrado que se presenta una vez se ha establecido la amenorrea post-menopáusica. La hemorragia que aparece en la mujer menopáusica se constituye en un signo de alarma pues puede ser un signo de carcinoma endometrial. La causa más frecuente sin embargo es la hemorragia por atrofia endometrial.

HEMORRAGIA POST-MENTRUAL: Es el sangrado que ocurre pocos días de haber terminado la menstruación normal. Generalmente obedece a un trastorno hormonal que induce la maduración de la capa endometrial de manera parcial, de tal manera que una vez se ha eliminado una parte del endometrio con la menstruación, otro sector de esta mucosa termina su ciclo y se desprende como un nuevo sangrado, cuya duración depende de la cantidad de endometrio comprometido.

HEMORRAGIA POST-PARTO POR ATONÍA UTERINA: Es la extravasación de sangre, que ocurre en los minutos u horas siguientes al parto, por deficiente o nula contracción de las fibras del miometrio que en condiciones normales deben formar el llamado bolo de seguridad de Pinard, que no es otra cosa que la contracción de las fibras del útero que actúan como “ligaduras

vivientes" de las ramas vasculares de las arterias y venas uterinas. El sangrado por atonía es una de las principales causa de muerte materna en los países en vía de desarrollo; por esta razón la persona que atiende el parto debe conocer los medicamentos de utilidad para esta emergencia y las maniobras para disminuir el sangrado mientras recibe ayuda de una persona o de una institución con el entrenamiento y los recursos adecuados para la solución de este tipo de eventos. (Wendy L. Nelson, MD ,John M. O'Brien, MD. The uterine sandwich for persistent uterine atony: combining the B-Lynch compression suture and an intrauterine Bakri balloon. American Journal of Obstetrics and Gynecology - Volume 196, Issue 5 (May 2007))

HEMORRAGIA POSTPARTO TARDIA: Hemorragia aumentada que se presenta desde 24 horas después del parto y hasta 6 semanas después del nacimiento. Usualmente es causada por retención de restos placentarios o subinvolución del sitio de inserción placentaria. (Dildy, GA. Postpartum Hemorrhage: New Management Options. Clinical Obstetrics and Gynecology.. 2002. Volume 45, Number 2, 330-344)

HEMORRAGIA POSTPARTO: Pérdida sanguínea de 500 ml o más después del tercer estadío del trabajo de parto , con disminución del nivel de hematocrito postparto mayor de 10% o la necesidad de transfusión de glóbulos rojos por inestabilidad hemodinámica. (Dildy, GA. Postpartum Hemorrhage: New Management Options. Clinical Obstetrics and Gynecology.. 2002. Volume 45, Number 2, 330-344)

HEMORRAGIA PUERPERAL MASIVA: Se entiende como tal a la pérdida de al menos 500 cc de sangre en las primeras 24 horas del post-parto. Una dificultad que existe para identificar esta entidad es la apreciación subjetiva del sangrado, que puede lleva a subestimación o sobreestimación, si no se utilizan medios adecuados para medir el sangrado real (Park E.H. High Risk Pregnancy. Edit W.B.Saunders, London, 1999, p. 1231-1246).

HEMORRAGIA SUBGALEAL: Es una colección hemática que se desarrolla entre el periostio y la galea aponeurótica. Este espacio puede potencialmente extenderse desde la porción superior de los márgenes orbitarios hasta la porción posterior del cuello fetal de tal forma que puede contener hasta 300 ml

que en los fetos a términos corresponde aproximadamente al 80% de la volemia y como consecuencia llevar a un estado de hipovolemia fetal severa que incluso puede requerir transfusión. La patogénesis incluye fractura craneal, ruptura de la sincondrosis interósea o ruptura de las venas que comunican los espacios subdural y subgaleal. La hemorragia subgaleal se presenta en alrededor del 21% de todos los partos instrumentados con extractor con vacuum pero también puede complicar los partos instrumentados con fórceps. La nuliparidad, la aplicación incorrecta del vacuum y la falla en el proceso de extracción predisponen al desarrollo de la hemorragia subgaleal. (Doumouchtsis, S. Arulkumaran, S. Head injuries alter instrumental vaginal deliveries. Current opinion in Obstetrics and Gynecology. 2006; 18: 129 – 134)

HEMORRAGIA TIPO MANCHADO: Es la mentruación que se presenta en muy escasa cantidad, a tal punto que apenas produce un ligero manchado de la toalla higiénica. Es una variedad de hipomenorrea. (Hatasaka, H. The evaluation of Abnormal Uterine Bleeding. Clin Obstet Gynecol. 2005; 48: 258-273)

HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL: La hemorragia uterina anormal (HUA) es la presencia de un sangrado menstrual excesivo y prolongado que ocurre durante varios ciclos consecutivos y que en la mayoría de los casos tiene su origen a nivel endometrial. La HUA es la segunda causa más frecuente de consulta ginecológica, tan solo precedida por las leucorreas. Previo a la menopausia, el 20% de las consultas ginecológicas y una cuarta parte de los procedimientos de esta especialidad, serán realizados por HUA. Del total de pacientes con HUA, un 50% corresponde a pacientes entre los 40-50 años, un 30% a pacientes entre los 20-40 años y un 20% a adolescentes. Durante la adolescencia, cerca del 85% de las HUA se presentan durante el primer año de la menarquia y solo un 15% se presentarán entre el segundo y cuarto año de la primera menstruación. Las causas de HUA podrían agruparse en tres grandes grupos: orgánica, iatrogénica y disfuncional. Las causas orgánicas incluyen enfermedades sistémicas como la enfermedad de Von Willebrand, falla renal y lesiones del tracto reproductivo, incluyendo los tumores. Las causas iatrogénicas incluyen la administración exógena de hormonas, la medicación no hormonal que puede alterar las vías de la coagulación y la presencia de

cuerpos extraños. Al excluir las causas orgánicas e iatrogénicas, el resto puede ser atribuido a lo que en general se conoce como hemorragia uterina disfuncional. (Hatasaka H. The evaluation of abnormal uterine bleeding. Clin Obstet Gynecol 2005; 48: 258-73)

HEMORRAGIA UTERINA DISFUNCIONAL: Es un conjunto de manifestaciones hemorrágicas de origen uterino, debido a una disfunción hormonal del eje hipotálamo-hipófisis-ovario, que altera el mecanismo fisiológico que controla el ciclo menstrual normal. Este tipo de sangrado no es causado por enfermedades uterinas, embarazo, ni trastornos sistémicos.// Corresponde al primer grupo de causas de Hemorragia Uterina Anormal, con aproximadamente el 80% del total de evaluaciones y es ocasionada por desequilibrios hormonales caracterizados por anovulación y ausencia de progesterona. Durante la adolescencia y los primeros años de vida reproductiva, la HUD determinada por ciclos irregulares es relativamente común y se presenta en más del 50% de los ciclos durante el primer año de la menarca; esta variabilidad es el reflejo de la inmadurez funcional del eje hipotálamo-hipófisis-ovario. Además de la anovulación y la consecuente insuficiencia o ausencia de progesterona, se presenta un estímulo estrogénico sin oposición, que lleva a la formación de un endometrio continuamente hiperplásico, lo cual genera una inadecuada irrigación de las arterias espirales con la respectiva descamación en parches expresada externamente como sangrado. De la cantidad de descamación del endometrio y su rapidez en proliferar dependen la severidad y la duración del sangrado. El establecimiento de ciclos menstruales regulares representa el estado .nal del desarrollo ovárico y refleja la madurez completa del eje hipotálamo-hipófisis-ovario, la cual se alcanza usualmente alrededor de los cinco años post–menarquia.(Berenson A. Dysfunctional uterine bleeding in adolescence. Postgr Obstet Gynecol 2001; 21:1-4)

HEMORROIDE: Dilatación venosa del ano o del conducto anal, que suele ser molesta o dolorosa.

HEMOSTASIA: Cuanquier técnica o maniobra que suspenda el sangrado que se ha producido por trauma o cirugía en un tejido u órgano.

HEMOSTASIA CON LASER: Suspensión del sangrado de un tejido u órgano, que se realiza con dispositivo laser. La hemostasia que se logra con el laser puede ser similar a la coagulación por nebulización que logra la electrocirugía. El laser es más controlable y predecible y puede funcionar sin hacer contacto directo. Sin embargo, el laser no elimina la necesidad de electrocirugía, y en muchos casos se han exagerado sus ventajas sobre la coagulación quirúrgica. La electrocirugía puede tener varias formas, desde la coagulación con pinzas bipolares y el corte fino con una micro aguja, hasta la carbonización y quemadura en el modo de coagulación por nebulización. El laser no permite hacer excavación tisular o exéresis como la electrocirugía. Tales modalidades terapéuticas son complementarias. Puesto que hueso y cartílago contienen relativamente poca agua, se vaporizan de manera diferente a los tejidos blandos. El hueso tiende a calentarse como el carbón y conduce calor hacia los tejidos blandos adyacentes. Para protegerlos y limitar el daño térmico se prefiere usar el modo de superpulso del laser CO_2 como ya se señaló, aunque éste parece un haz continuo, en realidad se enciende y apaga de 250 a 1000 veces por segundo, con elevadas potencias máximas (250-500 W) en cada espiga. Esto permite un corte más “frío” del hueso o cartílago. La mayor parte de los rayos laser de CO_2 ofrece alguna variedad de superpulso. Aunque esta variedad es útil, la afirmación comercial respecto a la utilidad de tener diferentes parámetros de superpulso resulta exagerada. Puede requerirse irrigación continua del hueso para evitar que se produzca llama. El corte del hueso con un laser de CO_2 no es por completo satisfactorio, pero se usa a menudo en zonas muy ulceradas para revascularizar tejidos a partir del hueso mismo. Los rayos laser del infrarrojo medio (cerca de 2 900 nm) producen un corte óseo más preciso que la sierra ósea y sin daño lateral por calor

HEMOSTASIA POR LAPAROSCOPIA CON LASER: Es el control del sangrado de los tejidos durante una laparoscopia. Los rayos laser varían en su capacidad para la coagulación en vasos sanguíneos. Se logra cierto grado de hemostasia incluso cuando se corta rápidamente el tejido con el laser de CO_2, ya que los pequeños vasos sanguíneos se cierran de inmediato por la energía calóríca de ésta técnica. En general, al igual que con la coagulación

electroquirúrgica, los vasos sanguíneos se coagulan mejor cuando se han pinzado previamente y ocluyen por taponamiento. Incluso con los rayos laser de Nd:YAG resulta difícil coagular vasos sangrantes mucho mayores que 1 mm de diámetro sin producir daño excesivo a los tejidos circundantes. Entre los diversos métodos de prevención de hemorragias están: coagulación con laser, electrocoagulación, endo-coagulación (pelviscopia), ligaduras en asa, saturas, grapas hemostáticas y dispositivos de engrapado. Si la capacidad de cirujano para lograr la hemostasia está limitada a una o dos de éstas técnicas, también lo estará la de realizar cirugía laparoscópica. El laparoscopista quirúrgico competente tiene una selección de métodos y técnicas y combina lo mejor del laser, la electrocirugía y la pelviscopia en un sistema integrado, lo que produce una cirugía laparoscópica más rápida y segura.

HEPATOGENITAL, SÍNDROME: Ver Síndrome hepato-genital.

HEPATO-OVÁRICO,SÍNDROME: Ver Síndrome Hepato-Ovárico.

HERMAFRODITA: (Del fr. *hermaphrodite*).**1.** adj. Que tiene los dos sexos// **2.** adj. Dicho de una persona: Con tejido testicular y ovárico en sus gónadas, lo cual origina anomalías somáticas que le dan la apariencia de reunir ambos sexos. U. t. c. s. (Diccionario de la lengua española. Real Academia Española: www.rae.es)

HERMAFRODITISMO: Discrepancia entre la morfología de las gónadas (testículos/ovarios) y el aspecto de los genitales externos. Estos trastornos se clasifican según el aspecto histológico de las gónadas en a-Hermafroditismo verdadero, b-Seudohermafroditismo femenino y c-Seuhermafroditismo masculino.(Keith L. Moore, T.V.N. Persaud. Embriología clínica: El desarrollo del ser humano. Elsevier España. Pag 318).

HERMAFRODITISMO ESPURIO ó PSEUDO-HERMAFRODITISMO: Los individuos que presentan este trastorno intersexual extremadamente raro, suelen tener núcleos positivos para cromatina y una dotación genética 46,XX. Esta anomalía se debe a la exposición del feto femenino a cantidades excesivas de andrógenos, cuyo efecto principal es la virilización de los genitales externos (aumento del tamaño del clítoris y fusión labial). La causa

más frecuente de pseudohemafroditismo masculino es la hiperplasia suprarrenal congénita. No existe ninguna anomalía ovárica. En casos muy poco habituales, la masculinización puede ser de tal intesidad que se forma una uretra clitoridiana. (Keith L. Moore, T.V.N. Persaud. Embriología clínica: El desarrollo del ser humano. Elsevier España. Pag 318).

HERMAFRODITISMO VERDADERO: Es la presencia de tejidos masculino y femenino simultáneamente en los genitales productores de gametos, por lo cual se constituye un verdadero intersexo desde el punto de vista gonadal. Puede haber un ovario y un testículo, o dos ovotestis, o un ovotestis y un ovario, o un ovotestis y un testículo. Cromosómicamente el 50% de los casos corresponde a cariotipo 46,XX , el 33% corresponde a 46,XX/46,XY(dos poblaciones distintas de células de diferente origen). Solo unos pocos casos corresponden al cariotipo 46,XY// 2. El cariotipo es variable, con mayor frecuencia se presenta 46,XX (60%), 46,XX/45,XY y 46,XY. Se ha postulado que los genes determinantes de los testículos en el cromosoma Y han sido traslocados al cromosoma X. Los genitales externos son ambiguos y las características más importantes son: a. Tubérculo genital hipertrófico.b. Formaciones labioescrotales con distintos grados de fusión, pigmentación y rugosidad. c. Presencia de seno urogenital. d. Gónadas palpables en labioescrotos o canal inguinal. Los genitales internos pueden variar: testículo en un lado y ovario en otro, gónada bilobulada (ovotestis) bilateral, ovostestis en un lado y testículo u ovario en el otro; hemiútero ipsilateral al ovario u ovotestis y vagina. (Leonel J.González, Grady L. Fonseca, y col. Ambigüedad sexual. Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría vol. 64 nº 2, abril - junio 2001), (Kim K, Kwon Y, Joung J, Kim K. True Hermaphroditism and Mixed Gonadal Dysdenesis in Young Children: A clinicopatologic Study of 10 Cases. Mod Pathol 2002;15:1013-1019.)

HERNIA: (Del lat. *hernĭa*).**1**. f. *Med.* Protrusión o salida de parte de un órgano, como el intestino, de la estructura anatómica que normalmente la fija.// **2**. ~ del disco. Protrusión de un fragmento de un disco intervertebral, que, al comprimir el nervio adyacente, es dolorosa.// **3.** del hiato:Protrusión de parte del estómago desde la cavidad abdominal al tórax a través del diafragma.// **4.** protrusión de una porción de un órgano interno a través de un segmento

debilitado de la pared muscular anterior. Usualmente el órgano comprometido es el intestino y forma una protuberancia en la pared abdominal. La porción del órgano comprometido puede sufrir complicaciones como atropamiento y posterior isquemia del tejido. (Duran Sacristán, H. Cirugía. Tratado de patología y clínica quirúrgicas. McGraw-Hill. Madrid 1993).

HERNIA ABDOMINAL: Corresponde al protrusión de una porción de un órgano interno a través de un segmento debilitado de la pared muscular anterior. Usualmente el órgano comprometido es el intestino y forma una protuberancia en la pared abdominal. La porción del órgano comprometido puede sufrir complicaciones como atropamiento y posterior isquemia del tejido. (Sonta, S. Lovisseto, F. Fibrin Glue Mesh Fixation in Hernia Repair. Annals of Sugery. 2007; 246 (5): 908-910)

HERNIA DE LITTRÉ: Es una hernia estrangulada del divertículo de Meckel. La luz intestinal está permeable. La necrosis de la porción estrangulada conduce a una perforación intestinal con las consecuencias lógicas deesta complicación. (Benavides et al. Manual Práctico de Urgencias Quirúrgicas. Litofinter, S.A. Madrid 1998).

HERNIA DE RICHTER: Herniación del borde antimesentérico del intestino delgado. El borde antimesentérico es el borde libre del intestino, el que está al otro lado del borde por donde recibe los vasos y nervios a través del mesenterio. (Benavides et al. Manual Práctico de Urgencias Quirúrgicas. Litofinter, S.A. Madrid 1998).

HERNIA ENCARCELADA: Epiplón o intestino que queda atrapado en un anillo herniario, no reductible, que sin embargo no tiene compromiso vascular, por lo cual no se afecta la perfusión del tejido u órgano encarcelado. Si se ha encarcelado una porción de intestino delgado se disminuye el tránsito intestinal. La encarcelación es ujna urgencia que requiere cirugía en la siguiente hora, pues a la encarcelación le puede seguir la estrangulación.Sinónimo: Hernia incarcerada. (Alarcón N. Miguel A; Amaya F María V; Alarcón A. Miguel A. Anatomía Clínica del aparato genital femenino. Primera edición. México, Bogotá, Colombia. Editorial Manual Moderno. 2005.)

HERNIA EPIGÁSTRICA: Consiste en un defecto de la pared abdominal en la parte superior y central del abdomen (entre el borde más inferior del esternón y el ombligo) a través del cual protruye o sobresale tejido graso o en algunos casos estructuras intraabdominales. Las personas que desarrollan hernia epigástrica presentan un entrecruzamiento de las fibras no uniforme y más separado por lo cual es mucho más fácil que se desarrolle una brecha y por ende la herniación. La hernia epigástrica se presenta en aproximadamente el 5% de la población general con una incidencia mayor en adultos jóvenes y de mediana edad. Es tres veces más frecuente en hombres que en mujeres y el 20% de pacientes con hernia epigástrica pueden tener hernias epigástricas múltiples. La hernia epigástrica se presenta como una masa de tamaño variable pero generalmente de pocos centímetros en la línea media del abdomen superior acompañada de dolor leve a moderado pero intensificado con el ejercicio, la tos o por la palpación de la misma. El tratamiento consiste en el cierre del defecto quirúgicamente. (Sonta, S. Lovisseto, F. Fibrin Glue Mesh Fixation in Hernia Repair. Annals of Sugery. 2007; 246 (5): 908-910)

HERNIA ESTRANGULADA: Es aquella hernia en las que la porción de intestino atrapado sufre necrosis por falta de irrigación. Es una complicación en la cual se presenta compromiso de la vasculatura de la víscera que protruye; usualmente ocurre en las vísceras que tienen orificios pequeños y sacos grandes. El manejo implica resección de la parte del intestino necrosado. El diagnóstico diferencial entre la hernia incarcerada y estrangulada se hace en el quirófano pero se pueden presentar signos clínicos relacionados con el fenómeno de necrosis que establecen el diagnóstico. (Alarcón, MA. Anatomía Clínica de la pared abdominal. Anatomía Clínica del aparato genital femenino. Primera edición. Bogotá, Colombia. Editorial Manual Moderno. 2005. 25-41)

HERNIA INCARCERADA: Ver Hernia encarcelada

HERNIA INCISIONAL: Protrusión de una parte importante de los órganos abdominales a través de un segmento debilitado de la pared muscular anterior, en el sitio donde se realizó un corte durante una cirugía antigua. Usualmente el órgano comprometido es el intestino y forma una protuberancia en la pared

abdominal. (Benavides et al. Manual Práctico de Urgencias Quirúrgicas. Litofinter, S.A. Madrid 1998).

HERNIA INCISIONAL GIGANTE: Es aquella que por su enorma tamaño, se menciona como Eventración. Sinónimo: Eventración (ver este término)

HERNIA INCOERCIBLE: Es aquella en la que a pesar de poder reducirse con facilidad, se vuelve a salir por el mismo orificio rápidamente. (Benavides et al. Manual Práctico de Urgencias Quirúrgicas. Litofinter, S.A. Madrid 1998).

HERNIA INGUINAL: Corresponde a una protrusión de órganos internos a nivel de la región inguinal que se manifiesta como una masa que aumenta de tamaño con los esfuerzos y desaparece cuando la persona se ubica en decúbito dorsal o se presiona en forma manual. La hernia inguinal es la hernia más frecuente, constituye el 75% de todas las hernias del abdomen y se puede ver en ambos sexos aunque en el hombre es 25 veces más común que en las mujeres. La hernia inguinal puede ser de tipo directo o indirecto lo que denota el origen congénito o adquirido y la ubicación del defecto en el área inguinal. (Sonta, S. Lovisseto, F. Fibrin Glue Mesh Fixation in Hernia Repair. Annals of Sugery. 2007; 246 (5): 908-910)

HERNIA IRREDUCTIBLE: Es aquella en la que el contenido herniario no puede ser reintroducido en la cavidad abdominal. Esto se debe a una “pérdida del derecho a domicilio” por su gran volumen, el establecimiento de adherencias por procesos inflamatorios mecánicos (uso de braguero, traumatismos, etc...). Una hernia encarcelada o una estrangulada entra en la categoría de las irreductibles, pero muchas hernias irreductibles son toleradas y asintomáticas por lo cual no son ni encarceladas ni estranguladas. (Duran Sacristán, H. Cirugía. Tratado de patología y clínica quirúrgicas. McGraw-Hill.Madrid 1993).

HERNIA PARAUMBILICAL: Corresponde a una protrusión de órganos internos intraabdominales localizado en la región lateral al ombligo. Se manifiesta como un abultamiento a nivel abdominal usualmente cuando la paciente realiza esfuerzos, maniobras de valsalva. Es más común en mujeres que en hombres y puede estar asociado a condiciones como estreñimiento y

dolor abdominal. (Sonta, S. Lovisseto, F. Fibrin Glue Mesh Fixation in Hernia Repair. Annals of Sugery. 2007; 246 (5): 908-910)

HERNIA REDUCTIBLE: Es aquella hernia que se reintroducen con facilidad en la cavidad abdominal. Suelen protruir con esfuerzos como la tos o cualquiera otro que se haga con la maniobra de Valsalva. (Benavides et al. Manual Práctico de Urgencias Quirúrgicas. Litofinter, S.A. Madrid 1998).

HERNIA UMBILICAL: Corresponde a una protrusión de una porción de intestino a través del ombligo. Se presenta como consecuencia de la separación de los músculos rectos abdominales y la presencia de un espacio en la fascia que permite la salida de epiplón u otra porción del intestinal a la altura del ombligo. En los niños la hernia umbilical es muy frecuente y tiene tendencia al cierre espontáneo; en los adultos por el contrario, existe tendencia al aumento de tamaño y complicación. Se observa como un abultamiento al realizar esfuerzos, usualmente es asintomática y no requiere tratamiento a menos que sea de un tamaño importante o presente alguna complicación asociada como incarceración o estrangulación. (Alarcón, MA. Anatomía Clínica de la pared abdominal. Anatomía Clínica del aparato genital femenino. Primera edición. Bogotá, Colombia. Editorial Manual Moderno. 2005. 25-41)

HERNIA UMBILICAL FISIOLÓGICA: Corresponde a la protrusión del intestino fetal en la base del cordón umbilical. Esta condición fisiológica fetal es visualizada por ultrasonografía transvaginal aproximadamente a semana 8 de amenorrea. De manera normal, la hernia umbilical fisiológica desaparece a la semana 11 de gestación en la mayoría de los embarazos y no debe estar presente después de la semana 12 de gestación. La persistencia de la hernia umbilical fisiológica constituye una alteración de la anatomía fetal. (Coulam, C. Britten, S. Early ultrasonographics measurements in normal pregnancies. Human Reproduction. 2006; 11: 1771-1774)

HERPES: El herpes es una enfermedad que afecta principalmente la piel caracterizada por la aparición reiterada en ciertos sitios del cuerpo (mejillas, nalgas, labios, vulva, pene, muslos, etc) de unas ampollas pequeñas que, al romperse, producen costras. Los virus Herpes se pueden mantener latentes en las células nerviosas lo cual puede producir episodios recurrentes. (Gloria

Seguranyes Guillot, Dolors Costa Sampere. Enfermeria maternal. Publicado por Elsevier España, 2003. Pag 308).

HERPES GENITAL: HERPES GENITAL: el HVH tipo 2 es el responsable de la mayoría de las erupciones vesiculares del tracto genital y su contagio se produce por contacto sexual directo. Manifestaciones clínicas:-Vulvovaginitis primaria: se caracteriza por la aparición en los labios de vesiculas erosionadas que pueden extenderse a la piel perianal y a los muslos. Estas vesiculas se ulceran y curan sin dejar cicatriz. En la mucosa edematizada y enrojecida de la vulva, la vagina y el cervix hay placas blanquecinas , b-leucorrea esporádica, c--cervicitis primaria: puede haber edema y enrojecimiento de la mucosa, pero a menudo hay una ulceración necrotica del cervix que sangra fácilmente.d-a veces hay fiebre y malestar. El dolor y la disuria pueden ser importantes.// En el hombre: a-las lesiones vesiculares afectan a veces al glande y el surco balanico, y, sin son intensas, puede haber fimosis, con acumulación secundario de exudado infectado que desemboca en ocasiones en una balanitis necrotizante, b- pueden aparecer linfadenopatias inguinales. El Herpes genital puede ser recurrente, en cuyo caso puede aparecer de manera episódica pero ocasional, o puede permancer de manera constante. (Gloria Seguranyes Guillot, Dolors Costa Sampere. Enfermeria maternal. Publicado por Elsevier España, 2003. Pag 308)

HERXHEIMER: Reacción de Jarich-Herxheimer: **1.** Es un empeoramiento agudo de los síntomas en pacientes con sífilis que reciben penicilina. // **2.** Efecto indeseable de la penicilina y otros medicamentos que producen fiebre, cefalea, artromalgias, anorexia (“síntomas gripales”) y empeoramiento de lesiones curtaneas. Se inicia a las 2-12 horas de administración de la primera dosis de la admistración de la primera dosis del antibiotico y dura unas 24 horas. No guarada relación alguna con la alergia a las penicilinas y entre sus posibles mecanismos se invoca los siguientes:-muerte súbita de microorganismos, fagocitosis por polimorfonucleares, liberación de pirógenos(antigenos o endotoxinas del agente bacteriano), activación de la vía clásica del complemento, liberación de antigenos del agente infeccioso.(Roberto Pelta Fernández, Vivas, Enrique Vivas Rojo. Reacciones

adversas medicamentosas: Valoración clínica .Ediciones Díaz de Santos, 1992. Pag 81-2).

HETEROCROMOSOMAS: Ver gonosomas.

HETEROSEXUALIDAD: Condición afectiva en la cual una persona siente atracción sexual por personas del sexo opuesto (un hombre por una mujer o viceversa). Esta condición es antónima de la homosexualidad.

HEUSER,MEMBRANA: **1.** Capa de celulas finas derivadas del citotrofoblasto que recubre la cavidad del blastocisto, también denominada membrana exocelomica. (Keith Moore , T. Persaud. Embriología clínica. Edit McGraw-Hill, México. 6ª edición, 1999)

HIBRIDIZACIÓN: **1**.La palabra híbrido (Del lat. *hybrĭda*).menciona un individuo creado por dos individuos de distinta especie. Se dice de todo lo que es producto de elementos de distinta naturaleza. *Biol.* Dicho de un individuo cuyos padres son genéticamente distintos con respecto a un mismo carácter.En este caso se aparea una cadena de ADN de un material genético, con otra cadena completa o incompleta de otro origen, marcada con una sustancia identificable al microscopio, para ver su comportamiento biológico una vez se ha incubado en la célula donde expresará su ruta biológica // **2.** Híbrido: ser vivo que se produce por cruzamiento de dos variedades de una misma especie, o de dos especies distintas. // **3.** Es una técnica avanzada de laboratorio con la cual se marca una secuencia de ADN o de ARN con una sustancia radiactiva o fluorescente. Luego se incuba en una célula y se observa al microscopio la zona donde se ubicó o la manera como se expresó. Se utiliza para mapear los genes de los cromosomas.

HIBRIDACIÓN IN SITU: Técnica mediante la cual se emplea una sustancia líquida llamada sonda, que contiene un ácido nucleico, para buscar la presencia de otro ácido nucleico homólogo en la muestra examinada. // **2.** La hibridación in vitro fue otra fundamental etapa que condujo al desarrollo de los diferentes métodos de bandeo cromosómico. A fines de 1969, la doctora Mary Lou Pardue presentó, durante la reunión anual de la American Society for Cell Biology (ASCB), un nuevo método citológico mediante el cual el ADN nativo cromosómico, formado por una doble cadena molecular, era desnaturalizado

quedando inmóviles en el preparado las moléculas unifilares resultantes. En este estado, el preparado es expuesto a moléculas radioactivas de ARN, las cuales hibridan a lo largo del tiempo con el ADN desnaturalizado pudiendo detectarse los segmentos hibridados mediante autorradiografía. Era obvio que las moléculas que poseían un mayor número de copias hibridarían más precozmente que las de menor número. Este elegante experimento, desarrollado bajo la dirección del profesor Joseph Gall, jefe del Departamento de Biología de la Universidad de Yale, Estados Unidos, permitió detectar, con inigualable precisión, las secuencias de ADN altamente repetidas contenidas en las regiones heterocromáticas de los cromosomas del ratón localizadas principalmente en la región centromérica. Durante estos experimentos adicionalmente notaron que después de tratar a los cromosomas con hidróxido de sodio, esas regiones poseían una tendencia preferencial de teñirse con el colorante de Giemsa. // **3.** Combinación técnica de la citogenética con la bioquímica y la histoquímica mediante la cual se localizan secuencias de RNA o DNA específicos dentro del tejido analizado. Tiene el nombre de hibridación pues cuando esta técnica fue diseñada, se producía un híbrido entre el DNA de una sonda y el RNA de un tejido investigado. Aunque no ha cambiado el nombre, ha dejado de ser una hibridación para convertirse realmente en un acoplamiento entre el ácido nucleico de la sonda y uno similar en el tejido investigado(DNA con DNA ó RNA con RNA). Se llama “sonda” a la muestra de laboratorio que contiene el ácido nucleico marcado, que aplicada sobre el tejido investigado, debe hacer “un sondeo” o búsqueda del mismo tipo de ácido nucleico con el cual debe acoplarse. Con las diferentes técnicas de visualización de los ácidos nucléicos por hibridación se han hecho grandes logros como la localización de genes en cromosomas específicos, la identificación de DNA en un tejido momificado, la tipificación del DNA con alteraciones del patrón normal, la detección de DNA viral en tejidos humanos, la correlación del mRNA y DNA viral con el tipo de efecto en el tejido donde se encuentra, etc. La técnica consiste en la colocasión de una sonda que contiene secuencias de DNA ó RNA igual al que se quiere identificar: por ejemplo, si el investigador busca DNA humano normal, la sonda contiene secuencias de DNA humano sin alteraciones; si busca un determinado serotipo viral, la sonda contiene secuencias del DNA con los cambios propios del genoma cuya

presencia se quiere investigar en una muestra o en uno de los órganos vivos. Mediante tratamiento con proteasas se logra ubicar la sonda en el núcleo investigado, cuyo DNA es desnaturalizado por calentamiento. Al agregar un buffer se logra la hibridación (acople) si está presente el DNA complementario al de la sonda y se forma una dupla entre el DNA de la sonda y el DNA del genoma investigado. El lavado posterior elimina los demás ácidos nucléicos que no se hibridizaron. El examinador puede visualizar y cuantificar el RNA ó DNA hibridizados mediante reacciones enzimáticas, por medio de autorradiografía o por fluorescencia. Para la hibridación in situ pueden utilizarse preparados de cromosomas, cortes por congelación, muestras citológicas, cortes embebidos en parafina o cortes fijados con formalina.Estos avances en la clínica han permitido establecer la relación de algunos genomas virales como cofactores del cáncer (linfoma de Burkit, leucemia aguda mieloblástica, neuroblastoma, etc). Múltiples estudios han mostrado la asociación entre el cáncer de cérvix y los serotipos 6, 11, 16, 18, 31, 33 y 35 del papiloma virus humano (HPV). Otros estudios epidemiológicos mediante hibridación han mostrado al Herpes simples como cofactor de la neoplasia cervical.// (*Máximo E. Drets.* Una saga citogenética: El descubrimiento de los métodos de bandeo cromosómico. Significado y proyección bio-médica. Rev. Medica Uruguay. 2002; 18: 107-121).

HIBRIDIZACIÓN IN SITU CON FLUORESCENCIA: Es una técnica rápida utilizada para ubicar segmentos específicos de DNA en una zona de condensación de ácidos nucleicos, mediante la hibridación y ubicación visual con fluoresceína, en un tejido o en un líquido que contenga células en metafase o que contenga cromatina elongada durante el periodo de interfase. Esta prueba es relativamente ágil puesto que no requiere que la célula se esté dividiendo; otras técnicas lentas necesitan analizar los cromosomas durante la mitosis de células en cultivo. La hibridación in situ con fluorescencia se aprovecha para identificar anormalidades cromosómicas de una muestra como líquido amniótico, biopsia corial, células fetales obtenidas en la circulación materna, etc (Corvalán R., Alejandro. Biología molecular en Infectología: Parte I: Desarrollo y metodologías. Rev. chil. infectol., 2002, vol.19, no.1, p.14-24).

HICKS: Ver Braxton-Hicks, contracciones.

HIDÁTIDE DE MORGAGNI: Hidátide de Morgagni: Hidátide viene del latín Hydatidis que significa botón de rosa, papila y pezón (33). La primera descripción de la hidátides fue hecha por el notable profesor italiano Giovanni Batista Morgagni en el siglo XVII. Sinónimo: Quiste de Morgagni.

HIDATIFORME, MOLA (Hydatidiform mole). Ver Mola hidatiforme

HIDRAMNIOS ó POLIHIDRAMNIOS: es la acumulación excesiva de líquido amniótico. Se ha visto que el exceso de líquido amniótico se asocia con aumento de las tasas de morbilidad ya de mortalidad fetal o post-natal. La determinación de hidramnios se puede hacer por exploración clínica o mediante ecografía. Situaciones en las que es más frecuente: embarazo gemelar, Diabetes mellitus, Enfermedad hemolítica por incompatibilidad Rh, Malformaciones fetales como la atresia esofágica, anencefalia o espina bífida , diopático (sin causa aparente) . Se diagnostica Polihidramnios cuando el índice del líquido amniótico es de 24 o más // Cuantitativamente se ha considerado como un volumen mayor de 2000 ml sin tener en cuenta la edad gestacional o de 1500 a 2000 durante el tercer trimestre. // Se considera que hay polihidramnios cuando el eje vertical del lago más grande mide 8 cm o más (Chamberlain, 1984) //Otra manera de diagnosticar el polihidramnios es con la medición del índice de Phelan, propuesto por el Dr Joseph Phelan, obstetra de la University of Southern California, en Los Angeles en 1987. Este índice se calcula al ubicar los lagos o pozos mayores de liquido amniótico en el útero gestante, dividido previa e imaginariamente en cuatro cuadrantes por dos líneas que se cortan perpendicularmente a nivel del ombligo materno. Se suma el diámetro mayor del lago más grande en cada cuadrante, que no contenga partes fetales ni cordón umbilical; la sumatoria de los diámteros mayores de los cuatro cuadrantes da el índice de Phelan, cuyo valor máximo propuesto inicialmente era de 18 cm, posteriormente subió a 20 cm y en la actualidad se dice que hay un polihidramnuos significativo clínicamente cuando el índice es de 24 cm. o más. (Phelan JP, Smith CV, Braussond P, Smal M. Amniotic fluid volume assessment with the four-quadrant technique at 36-42 weeks gestation. J Reprod Med 1987;32:540).

HIDRAMNIOS LEVE: Es el aumento anormal de la cantidad de líquido amniótico. Cuando se utiliza el método de los cuatro cuadrantes, o índice de Phelan, es leve si este índice está entre 24 y 30 cms. (Phelan JP, Smith CV, Braussond P, Smal M. Amniotic fluid volume assessment with the four-quadrant technique at 36-42 weeks gestation. J Reprod Med 1987;32:540).

HIDRAMNIOS MODERADO: Es el aumento anormal de la cantidad de líquido amniótico. Cuando se utiliza el métdo de los cuatro cuadrantes, o índice de Phelan, es moderado si este índice está entre 31 y 35 cms. (Phelan JP, Smith CV, Braussond P, Smal M. Amniotic fluid volume assessment with the four-quadrant technique at 36-42 weeks gestation. J Reprod Med 1987;32:540).

HIDRAMNIOS SEVERO: Es el aumento anormal de la cantidad de líquido amniótico. Cuando se utiliza el métdo de los cuatro cuadrantes, o índice de Phelan, es severo si este índice es mayor de 35 cms. (Phelan JP, Smith CV, Braussond P, Smal M. Amniotic fluid volume assessment with the four-quadrant technique at 36-42 weeks gestation. J Reprod Med 1987;32:540).

HIDRADENITIS VULVAR: Corresponde a un proceso infeccioso de las glándulas sudoríparas apocrinas de la región vulvar. Esta enfermedad pustulosa inicia como una infección local de las glándulas sudoríparas apocrinas. Las manifestaciones clínicas tempranas suelen ser cíclicas debido a la actividad secretora de las glándulas apocrinas en la fase progestacional del ciclo menstrual. En esta fase inicial el principal síntoma es el prurito vulvar que en ocasiones puede mejorar con el uso de hormonoterapia con anticonceptivos orales. Una vez que la enfermedad compromete gran extensión y compromiso de tejidos profundos, los agentes locales y sistémicos son ineficaces. En esta fase el tratamiento es quirúrgico y consiste en debridación extensa que se exitiende hacia el interior de la grasa subcutánea con el fin de eliminar la piel comprometida en segmentos dejando puentes de piel normal entre las pústulas extirpadas. En la mayoría de los casos los resultados son favorables y no son necesarios injertos cutáneos. Se recomienda manejo antibiótico sistémico antes y después del procedimiento quirúrgico como complemento. Adicionalmente se recomienda estudio histopatológico del tejido extirpado ya que en ocasiones a partir de una hidradenitis supurada perineal difusa se

puede originar un carcinoma de células escamosas. (Foster, DC. Vulvar disease. Obstet Gynecol 2002; 100:145)

HIDRADENOMA: Tumor derivado de las glándulas apócrinas (sudoríparas). Mide 1 a 3 cm. Histológicamente tienen espacios quísticos limitados por células columnares, estructuras papilares y proliferación glandular.(Frank H. Netter, Ernst Oppenheimer, Jose Egozcue Cuixart. Colaborador John Rock. Sistema reproductor. Elsevier España, 2002. Pagina 134)

HIDRADENOMA DE CÉLULAS CLARAS: Corresponde a un tumor benigno de las glándulas sudoríparas ecrinas. Se presenta como lesiones nodulares, bien delimitadas, con tamaño menor a 0.5 cm, de localización no específica. Usualmente se asocia con ulceración en diferentes grados. El estudio histopatológico documenta una tumoración intradérmica bien delimitada compuesta por varios lóbulos celulares con presencia de estructuras tubulares ramificadas; las células son grandes, poliédricas, con núcleo oscuro y citoplasma claro PAS positivo por la presencia de glucógeno. El estudio histogenético indica que este tumor puede mostrar una diferenciación hacia cualquiera de las estructuras de la glándula sudorípara ecrina. El tratamiento consiste en la resección quirúrgica. (Hashimoto, K. Di Bella, R. Clear cell hidradenoma. Arch Dem. 2000; 96: 18-38)

HIDRADENOMA PAPILÍFERO: Corresponde a un tumor benigno de las glándulas sudoríparas apocrinas. Se caracteriza por la presencia de un nódulo único localizada a nivel vulvar en mujeres mayores de 30 años. Es el tumor benigno más frecuente de la vulva. También se han descrito localizaciones en la región perianal, pezón, cuero cabelludo, párpados y conducto auditivo externo. Clínicamente se presenta como un nódulo entre 1 y 5 mm de diámetro, bien delimitado, firme a la palpación, cubierto por piel normal. Histológicamente se documentan espacios quísticos ocupados por proyecciones papilares recubiertas por células apocrinas que muestran secreción por decapitación. La resección quirúrgica es curativa. (Winkelman, R. Muller, S. Sweat Gland Tumors. Arc Derm. 2002; 89: 827-831)

HIDRADENOMA PAPILÍFERO: Corresponde a un tumor benigno de las glándulas sudoríparas apocrinas. Se caracteriza por la presencia de un nódulo

único localizada a nivel vulvar en mujeres mayores de 30 años. Es el tumor benigno más frecuente de la vulva. También se han descrito localizaciones en la región perianal, pezón, cuero cabelludo, párpados y conducto auditivo externo. Clínicamente se presenta como un nódulo entre 1 y 5 mm de diámetro, bien delimitado, firme a la palpación, cubierto por piel normal. Histológicamente se documentan espacios quísticos ocupados por proyecciones papilares recubiertas por células apocrinas que muestran secreción por decapitación. La resección quirúrgica es curativa. // **2.** Es un tumor benigno de las glándulas sudoríparas de la vulva, que se presenta como un nódulo de 1cm de diámetro, en los labios mayores o menores y que se puede ulcerar y sangrar. La biopsia revela una estructura papilar con ejes fibrovasculares prominentes tapizados por una doble corrida de células epiteliales.(Winkelman, R. Muller, S. Sweat Gland Tumors. Arc Derm. 2002; 89: 827-831)

HIDRADENOMA VULVAR: Tumor benigno muy poco frecuente que procede de las glándulas sudoríparas. Generalmente aparece a nivel de los labios mayores o del surco interlabial en forma de un pequeño nódulo. Desde elpunto de vista histológico presenta una estructura tubular edematosa recubierta por células columnares no ciliadas con un citoplasma transparente y núcleos que se tiñen intensamente.(Frank H. Netter, Ernst Oppenheimer, Jose Egozcue Cuixart. Colaborador John Rock. Sistema reproductor. Elsevier España, 2002. Pagina 135).

HIDRANENCEFALIA FETAL: 1. Cerebro fetal reemplazado por líquido cefalorraquídeo ***//*** **2.** Es una malformación congénita del SNC fetal que se caracteriza por ausencia de hemisferios cerebrales, siendo reemplazados por bolsas que contienen líquido céfalo-raquídeo que rodea al tronco cerebral y ganglios de la base. La hidranencefalia es una forma extrema de porencefalia, que es la formación de quistes en la masa encefálica por una falla grave de la perfusión sanguínea en esa zona del cerebro.La hidranencefalia puede ser muy sintomática en el recién nacido, o mostrar de manera precoz los trastornos neurológicos propios como la ceguera, hipotonía, presencia de paresias, convulsiones y macro o microcefalia.La incidencia de la hidranencefalia se estima en 2 de cada 1000 autopsias. El defecto es considerado secundario a la falta de perfusión cerebral secundaria a una oclusión temprana de las arterias o

un defecto en el desarrollo de ambas arterias carótidas internas o cerebrales medias. Las estructuras cerebrales que reciben aporte sanguíneo de la circulación cerebral posterior (cerebelo y el tallo cerebral), se desarrollan normalmente. El pronóstico es nulo con muerte al nacer o en el primer año de vida. (Altschuler, E. Matsumura, B. Left-hemispheric hydranencephaly with less favorable findings. Pediatrics. 2005; 116(6):1603-4)

HIDROADENOMA: Es un tumor benigno que se origina en las células epiteliales de las glándulas sudoríparas. Puede ser nodular o papilar

HIDROCELE DEL CONDUCTO DE NÜCK: 1.Es un divertículo del peritoneo parietal que se extiende desde la entrada del ligamento redondo en la cavidad peritoneal, hasta uno de los labios mayores. Está ocupado por líquido peritoneal y acompaña al ligamento redondo del útero. Normalmente este conducto se encuentra obliterado. En otras palabras, el quiste de Nück es la contraparte femenina del hidrocele en el hombre.// **2.** Es la persistencia del Canal de Nuck (proceso o túnica vaginal), ocupado por líquido peritoneal. // **3.** Es un hidrocele femenino. El canal de Nück fue descrito por el anatomista alemán Anton Nück(1650-1692). Llevan el epónimo de este investigador el hidrocele de Nück, el quiste de Nück, el divertículo de Nück y el canal de Nück. (Nuñez Troconis, José T., Nuñez Virla, Lay y Delgado de Fox, Mariela. Quiste del Conducto de Nück: Una Patología Vulvar Poco Frecuente. *Rev Obstet Ginecol Venez*, Mar. 2006, Vol.66, No.1, P.43-46).

HIDROCELE VULVAR: Equivale al Hidrocele del conducto de Nück, descrito arriba.

HIDROCISTOMA ECRINO: Corresponde a un tumor benigno de las glándulas sudoríparas ecrinas. Se presenta como lesiones papulosas únicas o múltiples, traslúcidas, azuladas o recubiertas por piel de aspecto normal. Usualmente se presenta en personas mayores de 30 años, generalmente mujeres. El hidrocistoma ecrino es una lesión provocada por un fenómeno de retención de los productos de las glándulas sudoríparas, que presentan aumento de tamaño asociado a temperaturas elevadas. El estudio histopatológico documenta una cavidad quística en la dermis media delimitada por un epitelio formado por dos capas de células cúbicas idénticas a la porción

intradérmica del conducto ecrino normal. El diagnóstico es histopatológico y el tratamiento consiste en resección quirúrgica. (Petter, Y. Humphreys, T. Hidrocistoma ecrino. Dermatología Venezolana. 2005; 33 (3): 131-134)

HIDROCOLPOS: Toma este nombre cuando se acumulan secresiones serosas en la vagina de la niña que nace sin orificio himeneal para drenaje. Cuando las secreciones son mucosas el trastorno toma el nombre de mucocolpos. En la adulta con estructuras genitales normales puede presentarse este trastorno al acumularse líquido amniótico en la cavidad vaginal.

HIDROCROMOTUBACIÓN: Es la inyección de un líquido introducido por vía vaginal mediante una cánula intracervical, teñido de un color (por ejemplo azul), que facilite su paso a la cavidad endometrial y luego a las trompas, para evaluar la pwermeabilidad de las mismas. Suele acompañarse de una lente introducida por vía laparoscópica, auque también puede hacese durante una laparotomía, en cuyo caso se realiza mediante cánula introducida en el cuello o mediante punción del útero e inyecciónde l líquido coloreado, con el mismo propósito mencionado para evaluar la trompa.

HIDRODISECCION: El ejemplo más simple de la técnica de hidrodisección es el procedimiento de separación del peritoneo de sus estructuras subyacentes. Suele requerirse la exéresis de endometriomas, que por lo común afectan al peritoneo de la pared pélvica lateral, fondo de saco y vejiga, para el tratamiento quirúrgico adecuado de la enfermedad. El uso de un chorro a presión de solución irrigante es suave, técnicamente fácil y a menudo hemostático. La técnica más usual consiste en hacer una pequeña incisión en el peritoneo, introducir la sonda e inyectar líquido en el retroperitoneo, de manera que toda la zona se eleve y se aísle para exéresis. Si se usa un laser de CO2 para la exéresis, el líquido constituye una adecuada barrera protectora. Tipos más difíciles de hidrodisección requieren el aislamiento real de estructuras retroperineales, como grandes vasos, ganglios linfáticos y el uréter. Operaciones como la anexectomía, la exéresis de un ovario retenido o la histerectomía asistida por laparoscopia, requieren una atención más cuidadosa a la anatomía. Por lo común, el uréter debe no sólo identificarse, sino incluso

separarse por disección para evitar lesiones. La hidrodisección cumple una función primordial en estos procedimientos extensos y complicados. Los usos más comunes de l técnica de hidrodisección son: elevación peritoneal, barrera contra el laser, creación de espacios retroperitoneales, disección de estructuras retroperitoneales, lisis de adherencias y extirpación de tejido de una víscera (procedimientos como la separación delicada de los productos de la concepción de una trompa o la separación de un quiste dermoide del tejido ovárico normal). La adición de corte fino con laser o electricidad a través de la sonda, aumenta mucho la eficacia del procedimiento términos de tiempo y hemostasia. // Las trompas de pared del sistema de aspiración central son la fuente más frecuente, simple y menos cara de presión negativa, que se usa en los aparatos de aspiración-irrigación, puesto que suele ya estar incluida en los quirófanos modernos. La aspiración inadvertida en ocasiones produce lesión tisular indeseable siendo la más frecuente la de las fimbrias tubáricas dentro de la sonda durante el retiro de líquido de irrigación del fondo de saco. Si el cirujano no es cuidadoso, puede producir daño y hemorragia importantes, con efectos adversos para la fecundidad de la paciente. Por supuesto la hemorragia es el problema quirúrgico más frecuente. La rotura de pequeños vasos sanguíneos tal vez sea parte de cualquier operación de disección, y con mayor frecuencia es motivada por la sonda rígida más que por el líquido. También es posible la lesión de grandes vasos durante linfadenectomía o disecciones ureterales, aunque menos probables. Debido a que el laser se usa a menudo a través de la sonda de aspiración-irrigación de Nezhat-Dorsey, es obvio que deben observarse todas las reglas y cuidados que requiere el uso de estas fuentes de energía cuando se aplìquen. Obviamente, estas complicaciones no son en realidad parte de la hidrodisección, sino secundarias al uso coadyuvante de otros sistemas energéticos.

HIDRODISECCION LAPAROSCÓPICA: En la laparoscopia quirúrgica se utilizan varios instrumentos diseñados para aplicar de manera eficaz energía, a fin de lograr el propósito quirúrgico con mayor facilidad y eficacia. En la hidrodisección se usa energía hidráulica para lograr una separación menos traumática de los planos tisulares que cuando las maniobras se realizan en forma mecánica. En la laparoscopia quirúrgica se pueden usar dispositivos de

hidrodisección como "barreras" para contener la energía calorífica del laser de CO2, dado que las sondas pueden ser grabadas y absorber o disipar de manera eficaz la energía. Cuando el líquido de disección se inyecta en el retroperitoneo o se cubre con él una zona para protegerla detiene la energía del CO2 y evita lesiones; incluso con rayos laser de fibra óptica, la hidrodisección a menudo permite separar blancos respecto de estructuras que pudieran dañarse, y facilita la extirpación o ablación. En general, los dispositivos de laparoscopia e hidrodisección se combinan, porque en muchos casos el cirujano necesita una barrera, un sistema de evacuación de humo e hidrodisección de manera simultánea. La hidrodisección se logra mediante la aplicación adecuada de un chorro a presión de un líquido de irrigación isotónico, no irritante y atóxico, en caso de administrarse por vía intraperitoneal o intravascular. La solución de lactato de Ringer es muy adecuada para irrigar las vísceras en laparoscopia. La adición de 5.000 unidades de heparina por litro de dicha solución, ayuda a prevenir y disolver coágulos que se forman en él. Esto facilita la aspiración de líquido y disminuye la posibilidad de obstrucción grave de las entradas y válvulas del instrumento.// Los dispositivos de hidrodisección son en realidad sistemas complejos de aspiración-irrigación que se han fabricado en una gran variedad para su uso en laparoscopia. Varían desde simples sondas alimentadas por gravedad, conectadas a una jeringa de bulbo con un sistema de aspiración de sifón, hasta bombas mucho más complicadas que administran la solución de irrigación a presiones de hasta 750 psi y velocidades de fujo de dos a tres litros por minuto. Obviamente, la hidrosección se realiza mucho más eficazmente si el líquido está a presión y se puede disminuir al mínimo l disección mecánica con la punta de la sonda. Esta disección más suave nos brinda la oportunidad de una mejor y más rápida hemostasia, con menos daño tisular. La posibilidad de una aspiración adecuada constituye una característica importante de la hidrodisección. Se utiliza aspiración no sólo para retirar humo, líquidos y detritos, sino también para sujetar el tejido. Por ejemplo, las adherencias y el intestino pueden manipularse suavemente por aspiración, en tanto se utiliza energía laser para seccionar las primeras. Los componentes de los sistemas modernos de aspiración-irrigación son la bomba de presión, la de aspiración (presión negativa), los tubos y una pieza de mano con válvulas, Así como una sonda

para administración y aspiración de líquido. Es útil un sistema que permita variar la presión en el chorro de líquido usado para irrigación y disección. Por ejemplo, la elevación suave del peritoneo para separarlo de la pared pélvica lateral requiere menos presión que el barrido de caágulos adherentes viejos del fondo de saco. Muchas compañía s de instrumentos venden sistemas con presión y velocidad de flujo ajustables; no obstante hay mucha variación entre los productos con respecto al tamaño y la fuerza de los tubos, las válvulas y las sondas. Cuando la sonda del dispositivo es de un diámetro interno muy pequeño, resulta frustrante que constantemente se obstruyó con coágulos sanguíneos y detritos celulares. Son características deseables del sistema de hidrodisección la presión hidráulica ajustable, la presión negativa ajustable, válvulas y luces que no se obstruyan, tubos que no se aplasten ni tengan fugas y una sonda fuerte para disección. Las sondas de hidrodisección pueden incorporar características que las hacen más versátiles. Los más frecuente es que estas sondas se alojen en vainas de trocar 5 mm. La adición de conductos quirúrgicos en la sonda pudiera, por tanto, disminuir el diámetro del conducto disponible para eliminar material sólido, lo que a su vez aumenta los problemas de obstrucción de la sonda. Los instrumentos de pequeño diámetro -como agujas, escalpelos de aguja eléctrica, pinzas de sujeción pequeñas de diseño especial y fibras de laser (0.6 mm)- no suelen ser tan voluminosos para que entorpezcan mayormente la aspiración. Estos instrumentos pueden introducirse por la sonda en la cavidad peritoneal y Así impartir aquella una capacidad múltiple de emisión de energía. Los diversos tipos de sistema de energía que pueden usarse con una pieza de mano de hidrodisección moderna, como la sonda de Nezhat-Dorsey, son presión hidráulica, presión negativa, energía eléctrica, energía de laser y dispositivos mecánicos.

HIDRÓMETRA: griego Hidro, agua y Metra,útero): Término utilizado en histeroscopia para mencionar la distensión de la cavidad uterina mediante un líquido. Los más utilizados son: Dextrosa en solución salina con dextrano-70 al 5%, solución salina, dextrosa en agua al 5%, solución de glicocola, solución urológica de Mein.

HIDROMETROCOLPOS: Colección serosa que ocupa la cavidad endometrial y la cavidad vaginal simultáneamente.

HIDRONEFROSIS FETAL: Hace referencia a una malformación del sistema urinario fetal caracterizado por dilatación de la pelvis renal en forma severa. Puede producirse por diferentes condiciones como obstrucción, reflujo vesico-ureteral o alteración muscular de las paredes del tracto urinario. El diagnóstico ultrasonográfico se realiza con una dilatación de la pelvis renal fetal > 10 mm o una relación > 0.5 entre los diámetros anteroposterior de la pelvis renal y el riñón. El grado de severidad de la hidronefrosis se determina por la aplicación del sistema de puntaje establecido por la Sociedad de Urología Fetal. El pronóstico depende de la etiología, el grado de hidronefrosis y el compromiso renal asociado. (Pates, JA, Dashe, JS. Prenatal diagnosis and management of hydronephrosis. Early Hum Dev 2006; 82:3)

HIDROPESÍA FETAL ó HIDROPS FETALIS NO INMUNE: Es un trastorno caracterizado por el acúmulo de líquido en dos ó más cavidades grandes del feto y/o edema de sus tejidos blandos, no asociado a incompatibilidad fetomaterna de grupo sanguíneo.Las causas más comunes son la anemia grave, las lesiones cardiacas congénitas, las lesiones pulmonares congénitas, y algunos síndromes de origen cromosómicos (Cardenas, Joel, Huertas, Erasmo, Ore, Ismenia *et al*. Hidrops fetalis no immune: a propósito de un caso. *An. Fac. med.*, jun. 2004, vol.65, no.2, p.133-137).

HIDROPESÍA FETAL ó HIDROPS FETALIS INMUNE: Es un trastorno caracterizado por el acúmulo de líquido en dos ó más cavidades grandes del feto o edema de sus tejidos blandos, asociado a anemia por lisis masiva delos glóbulos rojos por ataque del sistema inmune de la madre, en los casos de isoinmunización Rh, cuando la madre Rh Negativa sensibilizada reconoce como células extrañas a los glóbulos rojos Rh Positivos del embrión o feto . Este reconocimiento como cuerpos extraños o células extrañas inducen a la producción de anticuerpos que atraviesan la barrera placentaria y atacan de manera masiva los hematíes fetales, los destruye y conduce a anemia, hidrops, insuficiencia cardiaca y muerte, si no es atendido el caso de manera oportuna. Hipócrates de Cos describió el primer caso 5 siglos aJC, pero fue Ballantyne en 1892, quien estableció los criterios clinicopatológicos para el diagnóstico de hidropesía fetal.

HIDRORREA: Es el aumento de la secresión de los líquidos por via vaginal, como ocurre en la irritación de la mucosa vaginal y en las endometritis y cervicitis irritativas. Es normal en las últimas semanas de la gestación, pero puede producir eventos que confunden a la paciente y al médico, con una ruptura prematura de membranas). En las pacientes con cáncer de trompa (entidad muy poco frecuente), se produce hidrorrea como elemento diagnóstico sobresaliente.

HIDRORREA GRAVÍDICA: Es el aumento de las secresiones vaginales que ocurren durante el embarazo. En ocasiones es de tal magnitud que pueden confundir a la gestante y al médico con una ruptura prematura de membranas, por lo cual es frecuente que en estos casos se hagan pruebas de integridad de las membranas placentarias.

HIDROSALPINX: Es el acúmulo excesivo de líquido dentro de la luz de la trompa de Falopio.Suele ser un trastorno secundario por obstrucción de la permeabilidad tubaria(como en los casos de ostium infundibular ocluido) o como consecuencia residual de una infección bacteriana resuelta.

HIDROTUBACIÓN: Es la introducción de un líquido en la trompa, para evaluar su permeabilidad. Suele hacerse con un líquido teñido para facilitar su visualización. Ver Hidrocromotubación.

HIDROURÉTER: ES el acúmulo de orina en uno o ambos uréteres. La causa más frecuente es la obstrucción parcial o total de la permeabilidad de este conducto, como ocurre en los casos de iatrogenia en los cuales se ha pasado un punto de manera accidental, que obstruye el paso de la orina hacia la vejiga.Puede haber hidrouréter fisiológico cuando la permeabilidad de este conducto se obstruye parcialmente por aumento del volumen uterino en el embarazo avanzado.

HIDROXILASA: La enzima hidroxilasa de mayor interés en ginecología es la 21-hidroxilasa. Es la encargada de transformar la 17-hidroxiprogesterona en Cortisol. Cuando hay déficit congénito de la enzima 21-Hidroxilasa, se desvía la ruta metabólica de la progesterona hacia la formación de andrógenos del grupo 17-ceto . Este desvío metabólico masculiniza al feto femenino que aumenta sus

niveles de testosterona, dehidroepiandrosterona y otros andrógenos del grupo 17-ceto. Es el Síndrome adreno-genital o Hiperplasia supra-renal congénita.La deficiencia de la enzima 21 hidroxilasa es la causa más común de genitales ambiguos en los neonatos, la causa endocrina más frecuente de muerte neonatal y la causa más común de hiperplasia suprarrenal congénita. Ocurre en un 90 -95% de los casos, con una incidencia aproximada de 1 caso en 14.000 - 15.000 nacidos vivos en su forma clásica y 1:1000 en su forma no clásica; este trastorno se hereda como un rasgo autosómico recesivo ligado al complejo mayor de histocompatibilidad (HLA) situado sobre el brazo corto del cromosoma 6; por lo tanto los hermanos con deficiencia de 21 hidroxilasa suelen tener tipos de HLA idénticos[8]. Es decir los padres de un niño afectado tienen al menos un haplotipo para el defecto dando la posibilidad de que su descendiente tenga una probabilidad de un 25% de presentar la enfermedad y un 50% de ser portador. Una persona afectada produce un 100% de portadores si su pareja no está afectada. Si su pareja es portadora los hijos tienen una posibilidad de un 50% de presentar la enfermedad y un 50% ser portadores. El exceso de la estimulación de la ACTH en la deficiencia de 21 hidroxilasa, resulta en exceso de progesterona (P) y 17 hidroxiprogesterona (17 OHP) los cuales son precursores de Aldosterona y Cortisol porque está bloqueada la conversión de P en desoxicorticosterona (DOCA) y 17 OHP en desoxicortisol. Es clasificada en dos grandes grupos, la forma clásica y no clásica. La primera comprende dos categorías: la perdedora de sal y la virilizante simple. La forma no clásica se asocia con HLA B 14, DR1. La perdedora de sal se asocia con los haplotipos HLA A3, BW 47, DR7 y HLA BW60 y la virilizante simple con HLA B5. (Janer Sepúlveda, Hermes Jaimes. Hiperplasia adrenal congénita. Revista Cilombiana de Obstetricia y Ginecología, ….xxxx)

HIDROXIPROGESTERONA: es la Hormona 17-OH-Progesterona. Es un metabolito del metabolismo supra-renal; la 17-OH-Progesterona proviene de dos vías: a-de la transformación bioquímica de la Progesterona o b-de la 17-OH-pregnenolona. La 17-OH-Progesterona puede tomar dos vías metabólicas: a- la vía del Cortisol o b-la vía de la Testosterona. a- Para convertirse en Cortisol recibe el efecto de la enzima 21-hidroxilasa y luego de la 11-hidroxilasa. B- Para convertirse en testosterona (y en otros andrógenos del grupo 17-ceto), recibe el efecto de la enzima 17,20 desmolasa. // Metabolito de

la síntesis esteroidea supra-renal, cuando hay deficiencia de 21-hidroxilasa se eleva la 17-HO-Progesterona y no se sintetiza el Cortisol. La deficiencia de la 21-hidroxilasa desvía el camino metabólico de la hidroxiprogesterona hacia la ruta de los 17 ceto(que son andrógenos) , los cuales se aumentan de manera patológica y el feto femenino se masculiniza, Esto último es lo que ocurre en la Hiperplasia Supra-renal congénita (ó síndrome adrenogenital). Otro metabolito que se eleva en la deficiencia de la 21-hidroxilasa es el pregnanetriol, por esta razón la elevación de los andrógenos del grupo 17-ceto más el pregnanteriol, confirma la deficiencia de la 21-hidroxilasa. (Cassorla, Fernando. 17 Hidroxiprogesterona en el Diagnostico y Tratamiento del Síndrome Adrenogenital. Rev. chil. pediatr., dic. 1982, vol.53, no.1-6, p.295-304)

HÍGADO GRASO AGUDO DEL EMBARAZO: Corresponde a una insuficiencia hepática aguda manifestada durante el embarazo caracterizada por infiltración grasa del citoplasma de los hepatocitos y necrosis hepatocelular. Es una complicación del embarazo a menudo fatal para la madre y el feto. La incidencia se encuentra en 1/10.000 hasta 1/15.000 embarazos. Se presenta usualmente en el tercer trimestre de la gestación y se caracteriza por un cuadro clínico paulatino a lo largo de días o semanas con mal estado general, anorexia, náuseas, vómito, dolor epigástrico e ictericia progresiva. Los laboratorios documentan hipofibrinogenemia leve, tiempos de coagulación prolongados, hiperbilirrubienmia usualmente menor de 10 mg/dl y transaminasas elevadas entre 300 – 500 U/L; adicionalmente se documenta hemoconcentración, leucocitosis y hasta en el 70% de los casos se asocia hipoglicemia. Cuando se presenta disfunción hepática severa existe hipovolemia marcada y acidosis metabólica que incrementa la tasa de mortalidad materna. El tratamiento consiste en la terminación del embarazo y los autores consideran parto por vía abdominal teniendo en cuenta que la mayoría de los fetos no toleran el trabajo de parto y aumenta el riesgo de hipoglicemia, insuficiencia renal y hemorragia fetal severa. (Cunningham, FG. Gant, NF. Leven, K. Gilstrap, L. Hauth., J. Wenstrom K. Complicaciones médicas y quirúrgicas durante el embarazo. Williams Obstetricia. 21° edición. Montevideo, Uruguay: Editorial Panamericana. 2001. 1078-1105).

HILIO: **1**. Es el área de un órgano por dondes salen y entran vasos, nervios, y conductos, /**2**. Es el sitio de un órgano por donde estra o sale el pedículo. // **3.** (del lat. *hilum*, hebra de las habas): *Anat.* Depresión en la superficie de un órgano, que señala el punto de entrada y salida de los vasos o de los conductos secretores. (Diccionario de la lengua española. Real Academia Española: www.rae.es)

HILIO OVÁRICO: Es el sitio por donde entran las arterias ováricas, los nervios, y salen los linfáticosy las venas. En el hilio ovárico se fija la mayor parte del ligamento infundíbulo-pélvico (ligamento lumbo-ovárico), que junto con las estructuras vasculares y nerviosas mencionadas, constituyen el paquete infundíbulo-pélvico.

HIMEN: (Del gr. *hymén, hymenis*, membrana):**1.** Origen de esta palabra: La primera descripción del himen fue hecha por Gabriello Fallopio en el siglo XVI, aunque no se sabe quien acuñó el nombre. La mayoría de autores que indagan el origen de este término lo atribuyen al latín Hymen, Hymenis, Hymenaeus: matrimonio, poema nupcial que se hacía a los recién desposados o canto que se ofrecía en su honor durante la boda./Himenaeus o himeneo: Canto nupcial, apareamiento de los animales. Refieren Blanquez y Segatore que la palabra himen viene del griego Imen, Imenos: membrana y que de allí se derivaron las palabras en latín.. Membrana mucosa de la vagina, de 1 a 2 mm de grosor, ubicada en el introito de la misma, al cual ocluye parcialmente en las mujeres vírgenes. Posee un orificio central que permite el paso de las secreciones y del fluido menstrual. // 2. Es una membrana delgada, muy vascularizada, ubicada en la porción inferior de la vagina a nivel del introito, en las mujeres vírgenes, cerrando la cavidad inferior de la misma. Se extiende desde el suelo de la uretra hasta la fosa navicular; posee un orificio central que permite el paso del fluido menstrual.// **3.** La forma del orificio himeneal le da el nombre de anular, bifenestrado, cribado, denticular, falciforme, infundibuliforme, bifenestrado y labiado. La ausencia de orificio himeneal le da el nombre de imperforado. El himen está bien irrigado por lo cual se produce sangrado durante la desfloración. Un pequeño porcentaje de las mujeres tienen himen elástico que no se desgarra durante las primeras relaciones sexuales; este himen toma el nombre de complaciente. Embriológicamente el himen proviene de una

invaginación del seno urogenital. (Alarcón, MA. Anatomía Clínica de la Vagina. Anatomía Clínica del aparato genital femenino. Primera edición. Bogotá, Colombia. Editorial Manual Moderno. 2005. 181-208)

HIMEN ANULAR: Recibe este nombre cuando el orificio central de esta membrana es casi circular, como en forma de anillo. (Alarcón, MA. Anatomía Clínica de la Vagina. Anatomía Clínica del aparato genital femenino. Primera edición. Bogotá, Colombia. Editorial Manual Moderno. 2005. 181-208)// Sinónimo: Hymen annularis

HIMEN BIFENESTRADO: Ver himen septado.

HIMEN CRIBADO: Toma este nombre cuando en vez de un orificio único hay varios orificios pequeños y aglutinados. (Alarcón, MA. Anatomía Clínica de la Vagina. Anatomía Clínica del aparato genital femenino. Primera edición. Bogotá, Colombia. Editorial Manual Moderno. 2005. 181-208)// Sinónimo: Himen cribiforme

HIMEN CRIBIFORME: Ver himen cribado

HIMEN DENTICULAR: Es aquel cuyo orificio tiene los bordes ondulados de tal forma que parecen dientes. (Alarcón, MA. Anatomía Clínica de la Vagina. Anatomía Clínica del aparato genital femenino. Primera edición. Bogotá, Colombia. Editorial Manual Moderno. 2005. 181-208)

HIMEN FALCIFORME: Toma este nombre cuando el agujero himeneal tiene forma de hoja. (Alarcón, MA. Anatomía Clínica de la Vagina. Anatomía Clínica del aparato genital femenino. Primera edición. Bogotá, Colombia. Editorial Manual Moderno. 2005. 181-208) // Sinónimo: himen semilunar.

HIMEN IMPERFORADO: **1.** Toma este nombre cuando la niña nace sin orificio himeneal para la salida de las secreciones vaginales. La consecuencia de este defecto es la retención de agua y moco en la vagina de la niña (hidro y mucocolpos respectivamente) y retención de sangre menstrual en la adolescente en cuyo caso produce hematocolpos, hematocolpometra y hematosalpinx. Esta sangre suele ser viscosa y de apariencia achocolatada.// **2.** Es la ausencia del orificio del himen, necesario para permitir el drenaje de las

secreciones mucosas en la niña y en la adolescente y para permitir el paso del fluido menstrual desde la adolescencia. El diagnóstico de himen imperforado se debe hacer en etapas muy tempranas de la vida, pero algunas niñas llegan a la pubertad sin este diagnóstico. En ocasiones la enferma refiere antecedentes de dolor abdominal cíclico, a menudo durante varios años, o bien cursa asintomática. En la inspección genital se observa un himen abultado de color azulado con distensión de la vagina y sangre. El himen imperforado se corrige en la lactancia, la niñez o la adolescencia en cuanto se hace el diagnóstico. (Alarcón, MA. Anatomía Clínica de la Vagina. Anatomía Clínica del aparato genital femenino. Primera edición. Bogotá, Colombia. Editorial Manual Moderno. 2005. 181-208)//Sinónimo:Hymen imperforatus

HIMEN INFUNDIBULIFORME: Es aquel que tiene forma de embudo. (Alarcón, MA. Anatomía Clínica del aparato genital Femenino. Capítulo Anatomía de la vagina Anatomía Clínica del aparato genital femenino. Primera edición. Bogotá, Colombia. Editorial Manual Moderno. 2005. 181-208)// Sinónimo: Hymen infundibuliformys.

HIMEN LABIADO: Cuando el orificio de esta membrana tiene forma de hendidura longitudinal, los dos bordes del mismo están próximos uno del otro semejando labios derecho e izquierdo. (Alarcón, MA. Anatomía Clínica de la Vagina. Anatomía Clínica del aparato genital femenino. Primera edición. Bogotá, Colombia. Editorial Manual Moderno. 2005. 181-208)

HIMEN MICROPERFORADO: Recibe este nombre cuando la perforación del himen, que debe permitir el paso de las secreciones vaginales y uterinas, es notoriamente pequeño. (Alarcón, MA. Anatomía Clínica de la Vagina. Anatomía Clínica del aparato genital femenino. Primera edición. Bogotá, Colombia. Editorial Manual Moderno. 2005. 181-208)

HIMEN SEMILUNAR: Recibe este nombre cuando el orificio himeneal tiene la forma de una media luna. (Alarcón, MA. Anatomía Clínica de la Vagina. Anatomía Clínica del aparato genital femenino. Primera edición. Bogotá, Colombia. Editorial Manual Moderno. 2005. 181-208)Sinónimo: himen falciforme.

HIMEN SEMILUNAR: Ver himen falciforme.

HIMEN SEPTADO: Es aquel en el cual la abertura central tiene una banda de tejido que toma el aspecto de septum y que divide el orificio en dos ventanas. (Alarcón, MA. Anatomía Clínica de la Vagina. Anatomía Clínica del aparato genital femenino. Primera edición. Bogotá, Colombia. Editorial Manual Moderno. 2005. 181-208)Sinónimos: himen bifenestrado, himen tabicado.

HIMEN SEPTADO: Es aquel que tiene una banda a manera de columna en el centro del orificio himeneal, en las mujeres vírgenes, que le da una configuración de doble orificio. (Alarcón, MA. Anatomía Clínica de la Vagina. Anatomía Clínica del aparato genital femenino. Primera edición. Bogotá, Colombia. Editorial Manual Moderno. 2005. 181-208) Sinónimo: Himen bifenestrado (con dos ventanas).

HIMEN TABICADO MICROPERFORADO: Es aquel que además de tener una apertura notoriamente pequeña, presenta un septum que la divide en dos ventanas. (Alarcón, MA. Anatomía Clínica de la Vagina. Anatomía Clínica del aparato genital femenino. Primera edición. Bogotá, Colombia. Editorial Manual Moderno. 2005. 181-208)

HIMEN TABICADO:Es aquel que tiene una banda central a manera de tabique, el cual divide el orificio en dos ventanas; por esta razón se llama también bifenestrado o septado. (Alarcón, MA. Anatomía Clínica de la Vagina. Anatomía Clínica del aparato genital femenino. Primera edición. Bogotá, Colombia. Editorial Manual Moderno. 2005. 181-208)

HIMENECTOMÍA:(Griego *hymén*,membrana y *ektomé,*extirpación):Extirpación del himen. No hay ninguna indicación médica para esta cirugía. (Alarcón, MA. Anatomía Clínica de la Vagina. Anatomía Clínica del aparato genital femenino. Primera edición. Bogotá, Colombia. Editorial Manual Moderno. 2005. 181-208)

HIMENITIS:(Griego *hymén*,membrana e *itis*,inflamación):Inflamación del himen. (Alarcón, MA. Anatomía Clínica de la Vagina. Anatomía Clínica del aparato genital femenino. Primera edición. Bogotá, Colombia. Editorial Manual Moderno. 2005. 181-208).

HIMENOPLASTIA: (Del gr. hymén,membrana y plassein,modelar): Cirugía reparadora de la membrana himeneal que tiene por objetivo devolver el aspecto virginal que tenía esta estructura antes de la desfloración, es decir, antes de la primera relación sexual.(Alarcón, MA. Anatomía Clínica de la Vagina. Anatomía Clínica del aparato genital femenino. Primera edición. Bogotá, Colombia. Editorial Manual Moderno. 2005. 181-208)

HIMENORRAFIA:(Del gr. hymén, membrana y rhaphé,sutura): Sutura reparadora de un desgarro himeneal. Suele realizarse himenorrafia en las horas siguientes de una agresión sexual o de un trauma genital por un accidente, en cuyo caso casi siempre hay lesiones concomitantes en otras estructuras del periné. (Alarcón, MA. Anatomía Clínica de la Vagina. Anatomía Clínica del aparato genital femenino. Primera edición. Bogotá, Colombia. Editorial Manual Moderno. 2005. 181-208)

HIMENORREXIS(Del gr. hymén,membrana y rêhxis,ruptura): Hace mención a la ruptura del himen de tipo quirúrgico en las pacientes que tienen esta membrana imperforada de manera congénita. En los casos extremadamente raros en que una mujer virgen llega en trabajo de parto, el médico realiza una himenorrexis como parte de la episiotomía para facilitar el nacimiento. (Alarcón, MA. Anatomía Clínica de la Vagina. Anatomía Clínica del aparato genital femenino. Primera edición. Bogotá, Colombia. Editorial Manual Moderno. 2005. 181-208)

HIMENOSTOMÍA:(Del gr. hymén,membrana y stoma,boca)Cirugía realizada en el himen de las adolescentes en los casos de imperforación congénita de esta membrana. Consiste en una abertura central y cauterización de los bordes para dejar una pequeña boca constante que permita la salida del fluido menstrual y corrija o prevenga un hematocolpos. (Alarcón, MA. Anatomía Clínica de la Vagina. Anatomía Clínica del aparato genital femenino. Primera edición. Bogotá, Colombia. Editorial Manual Moderno. 2005. 181-208)

HIPERANDROGENEMIA: Hace referencia a la elevación de los andrógenos en el suero, en presencia o ausencia de hirtsutismo y de otras manifestaciones de hiperandrogenismo. Puede o no acompañarse de hiperandrogenemia y se manifiesta por uno o varios de los síntomas y signos:Síntomas:Disminución o

aumento de la libido, galactorrea, hirsutismo, infertilidad causada por anovulación; por alteraciones de la fase lútea o por alteraciones del moco cervical, trastornos del ciclo mestrual, voz masculina (grave). Signos:Acné/seborrea, acantosis nigricans, clitoromegalia definida como un indice clitoral (longitud por espesor en milímetros) mayor de 35mm2, virilización, alopecia, hipoatrofia mamaria, patrón muscular masculino, sobrepeso/obesidad, galactorrea. Estos síntomas son manifestaciones variablemente expresadas, de un exceso de androgenos que pueden existir, de manera aislada o en combinación, en diferentes mujeres. También se puede presentar hiperandrogenemia sin manifestaciones cutaneas. (Hernan Velez, William Rojas, Jaime Borrero, Jorge Restrepo. Endocrinologia. Corporación para Investigaciones Biológicas, 2006. pagina 328-9).

HIPERDINAMIA: Alteración de las fuerzas expulsora del Trabajo de Parto caracterizada por Actividad Uterina mayor de 250 unidades Montevideo.(Obstetrics and Gynecology Clinics of North America. Normal Labor: Mechanism and Duration. 32 (2005) 145 – 164)

HIPERECOGÉNICO(en ecografía): Hace referencia a la presencia de ecos de gran intensidad que se muestran con un tono blanco brillante. (Cafici,D. Mejides, A. Sepúlveda, W. Ultrasonografía en obstetricia y diagnóstico prenatal. Principios físicos del ultrasonido. Buenos Aires, Argentina. Ediciones Journal. 2003. p 1-15) // Sinónimo Hiperecóico.

HIPERECOICO: Ver Hiperecogénico.

HIPEREMESIS GRAVÍDICA: Náuseas y vómitos diarios cuya frecuencia puede llegar a trastornar las actividades normales de la gestante, las cuales se presentan principalmente en las primeras doce semanas

HIPERGENITALISMO: Existen dos definiciones diferentes: 1-Presencia de genitales externos anormalmente grandes, 2- Aumento de las hormonas sexuales en la infancia, que produce pubertad precoz // Otros autores utilizan este término como sinónimo de erotomanía y ninfomanía (deseo sexual exagerado).

HIPERKALEMIA: Se define como la concentración sérica de potasio > 5 mEq/L. El diagnóstico siempre debe ser confirmado ya que durante la toma, transporte y procesamiento de la muestra se pueden presentar errores que generen pseudohiperkalemia por destrucción celular. Las manifestaciones clínicas se presentan con niveles > 6.5 mEq/L e incluyen parestesias, debilidad muscular, hiporreflexia, parálisis respiratoria, bradicardias, bloqueos A-V, elevación de la onda T, prolongación del intervalo QT y ensanchamiento del compejo QRS. El tratamiento se realiza con restricción dietética, diuréticos de asa, gluconato de calcio, solución polarizante, agonistas B2 adrenérgicos, bicarbonato de sodio, resinas de intercambio iónico o terapia dialítica. (Gennari, J. Hypokalemia - Hyperkalemia. New England Journal of Medicine. 2002; 339: 7-21)

HIPERMASTIA: Ver Polimastia.

HIPERMENORREA: Hay dos definiciones diferentes para este término: a-En relación al volumen de sangre: Es la menstruación que se presenta de manera periódica y regular, dentro del rango normal de uno a cinco días, pero cuya cantidad excede el volumen normal de --- cc. b-En cuanto al tiempo de duración: menstruación que dura 8 ó más días. (Hatasaka, H. The evaluation of Abnormal Uterine Bleeding. Clin Obstet Gynecol. 2005; 48: 258-273)

HIPERMENORREA: Hay dos definiciones diferentes para este término: a-En relación al volumen de sangre: Es la menstruación que se presenta de manera periódica y regular, dentro del rango normal de uno a cinco días, pero cuya cantidad excede el volumen normal de --- cc. b-En cuanto al tiempo de duración: menstruación que dura 8 ó más días. (Hatasaka, H. The evaluation of Abnormal Uterine Bleeding. Clin Obstet Gynecol. 2005; 48: 258-273) // 2.Menstruación con duración mayor a 8 días. (Hatasaka, H. The evaluation of Abnormal Uterina Bleeding. Clin Obstet Gynecol. 2005; 48: 258-273)

HIPERNATREMIA: Es la concentración sérica de sodio > 145 mEq/L. Las manifestaciones clínicas son producto de la deshidratación celular e incluyen letargia, irritabilidad, inquietud, debilidad muscular, calambres, hiperreflexia, espasticidad, convulsiones y coma. Las manifestaciones clínicas usualmente se presentan cuando los nivesles son > 150 mEq/L y amenazan la vida cuando

se encuentran por encima de 160 mEq/L. Se indica tratamiento en pacientes sintomáticos o en asintomáticos con niveles > 160 mEq/L. El manejo se realiza con solución salina al medio (0.45%) o con solución salina al 0.2%. (Adrogue, H. Hyponatremia. New England Journal of Medicine. 2001; 344: 25-42)

HIPERPIGMENTACIÓN GESTACIONAL: Es el aumento de la pigmentación en algunas zonas del cuepo, como consecuencia del aumento de la melanina durante la gestación. Las zonas más pigmentadas son la cara(cloasma del embarazo), las axilas, el abdomen (se hiperpigmenta la línea parda y se convierte en línea nigra o línea negra) y el periné.

HIPERPLASIA: Es el aumento del número de células de un órgano o tejido, que secundariamente aumenta de volumen. La hipertrofia (aumento del tamaño de las células) y la hiperplasia suelen acompañarse en el mismo tejido. La hiperplasia tiene lugar si la población celular es capaz de sintetizar ADN, lo cual permite la división mitótica. (Cotran R.S.y col. Patología estructural y Funcional de Robins. Edit McGraw-Hill, New York, 1996)

HIPERPLASIA ADRENAL CONGÉNITA: La hiperplasia adrenal congénita es el desorden adrenal más común en niños y niñas; la causa más frecuente de ambigüedad sexual. La deficiencia de la enzima 21 hidroxilasa es la causa más común de hiperplasia suprarrenal congénita, ocurre entre un 90 y 95% de los casos; su diagnóstico inicial se realiza midiendo los niveles de 17 hidroxiprogesterona; se puede realizar diagnóstico prenatal de esta patología. El tratamiento se realiza básicamente con glucocorticoides; éstos también pueden ser aplicados prenatalmente a la madre para tratamiento. La deficiencia de 11 beta hidroxilasa produce el 5-8% de casos de hiperplasia adrenal congénita. Los otros casos son producidos por la deficiencia de 3 beta hidroxiesteroide deshidrogenasa/delta 5-delta 4 isomerasa, 17 alfa hidroxilasa, 20 hidroxilasa, 18 hidroxiesteroide deshidrogenasa, 18 hidroxilasa y la 17,20 desmolasa.// La hiperplasia adrenal congénita es una familia de desórdenes hereditarios de la esteroidogénesis adrenal, transmitido por un gen autosómico recesivo que codifica una de las enzimas esenciales para la síntesis de cortisol. Es el desorden adrenal más común en niños y niñas[4]. El resultado de la deficiencia de estas enzimas, es la disminución en la producción de cortisol, el

cual incrementa la secreción de hormona corticotrópica (ACTH) por un mecanismo de retroalimentación negativo. El exceso de ACTH estimula la corteza adrenal causando hiperplasia y superproducción de precursores esteroides para cortisol por defectos enzimáticos y superproducción de otros esteroides adrenales que son sintetizados independientemente de la actividad enzimática deficiente. La fisiopatología de la hiperplasia adrenal congénita (HSC) se inicia desde la vida fetal temprana y da como resultado hiperplasia adrenocortical. Es una enfermedad que debe sospecharse e investigarse en todo niño que nazca con ambigüedad sexual. Además de la deficiencia de cortisol, la deficiencia de enzimas esteroidogénicas activas en la corteza adrenal causa disminución o superproducción de andrógenos adrenales y mineralocorticoides dependiendo de la enzima que afecten. La alteración en la síntesis de hormonas sexuales, causa virilización, pérdida de sal o no, o desórdenes hipertensivos[5]. Estudios han identificado las formas clínicas leves a severas de HSC reflejadas por el grado de deficiencia enzimática en Cortisol, Aldosterona o ambas, y la secuela de exceso o deficiencia de la producción de andrógenos. La forma severa se presenta en la vida prenatal y la leve o no clásica se manifiesta después del nacimiento. Recientes avances han permitido codificar los genes de las enzimas esteroidogénicas[1]. Los genes para la 21 hidroxilasa son el CYP 21B (gen activo) y otro el CYP 21 A (gen inactivo). Los de la 3 beta hidroxiesteroide deshidrogenasa / delta 5 delta 4 isomerasa son el 3 beta HSD tipo I y tipo II ambos localizados en el cromosoma Ip. Para la 11 beta hidroxilasa se han encontrado dos genes el CYP 11B1 y CYEP 11B2 localizados en el cromosoma 8q22, los de la 17 alfa hidroxilasa están codificados en el cromosoma 10. (Janer Sepúlveda, Hermes Jaimes. Hiperplasia adrenal congénita. Revista Cilombiana de Obstetricia y Ginecología, ….xxxx)

HIPERPLASIA ENDOMETRIAL: Es el aumento del número total de células; es una patología que se caracteriza por la proliferación de las glándulas endometriales llevando a un incremento de la relación glándulas/estroma comparado con el endometrio normal. Es considerada una condición precursora de Cáncer Endometrial tipo endometriode con un riesgo de progresión que varía entre 1-28% en general. El diagnóstico se realiza usualmente entre la cuarta y quinta décadas de la vida y los factores de riesgo

incluyen condiciones que involucran sobreexposicón estrogénica ya sea endógena o exógena tales como: menarquia temprana (antes de los 11 años), menopausia tardía (después de los 55 años), nuliparidad, raza negra, historia de anovulación crónica con sobreproducción estrogénica a nivel ovárico y en pacientes menores de 40 años usualmente está asociado con Síndrome de Ovario Poliquístico con niveles elevados de estrógenos y andrógenos y tasas mayores de conversión periférica de andrógenos a estrógenos; la obesidad es considerado otro factor de riesgo importante debido a la mayor tasa de conversión periférica de andrógenos a estrógenos en tejido adiposo y menores niveles de globulina de unión a esteroides sexuales llevando a mayores concentraciones de hormona libre, otros factores de riesgo incluyen tumores ováricos productores de estrógenos como tumores de células de la granulosa, diabetes, hipertensión, enfermedades de la vesícula biliar, enfermedades tiroideas y exposición estrogénica de tipo exógeno como la Terapia de Reemplazo Hormonal sólo con estrógenos y uso crónico de Tamoxifeno como terapia adyuvante al Cáncer de mama, con un riesgo relativo de 2.53. De acuerdo a patrón arquitectural glandular/estromal y la presencia o ausencia de atipia se realiza la clasificación histopatológica. (Montgomery, B. Daum, G. Dunton, C. Endometrial Hyperplasia: a review. Obstetrical and Gynecological Survey. 2004; 59 (5): 368-377)

HIPERPLASIA ENDOMETRIAL COMPLEJA: Se caracteriza por una lesión proliferativa con complejidad y apiñamiento glandular severo con mínimo estroma interglandular y células estromales fusocelulars apiñadas. Se evidencian menos de 5 mitosis por 10 campos de alto poder. El riesgo de progresión a carcinoma endometrial está alrededor de 3%. (Garg, R. Del Carmen, M. Endometrial Hyperplasia: diagnosis and management. Postgraduate Obstetrics & Gynecology. 2005; 25 (1): 1-5)

HIPERPLASIA ENDOMETRIAL CON ATIPIA: Se caracteriza por la presencia de atipia celular principalmente nuclear, con estratificación celular, pérdida de la polaridad, incremento en el índice núcleo/citoplasma, núcleo irregular, alargado con cromatina grumosa y nucleolo prominente. El riesgo de progresión de la hiperplasia simple con atipia ha sido estimado en 8% y de la hiperplasia compleja con atipia de 29%. En los casos en los que se detecta

evidencia de invasión, con respuesta estromal desmoplásica y necrosis estromal, es necesario descartar la presencia de Carcinoma Endometrial. (Garg, R. Del Carmen, M. Endometrial Hyperplasia: diagnosis and management. Postgraduate Obstetrics & Gynecology. 2005; 25 (1): 1-5)

HIPERPLASIA ENDOMETRIAL COMPLEJA CON ATIPIAS: Es el aumento del número total de células del endometrio, las cuales se acompañan de atipias; es una patología que se caracteriza por la proliferación de las glándulas endometriales llevando a un incremento de la relación glándulas/estroma comparado con el endometrio normal.De manera característica las glándulas están muy cercanas entre sí y el estroma irregular rodea fuertemente cada glándula.// **2.** Histopatológicamente se observa complejidad arquitectural combinada concaracterísticas nucleares atípicas. El epitelio revela estratificación, descamaciónmorular intraluminal, aumento del tamaño nuclear y celular, pérdida de la polaridad, hipercromatismo, nucléolos prominentes y aumento de la relación núcleo/citoplasmática. Aproximadamente un 25 % progresa a carcinoma. Un porcentaje de pacientes con diagnóstico de Hiperplasia atípica demuestran Adenocarcinoma endometrial invasor en estudio de histerectomías subsecuentes.

HIPERPLASIA ENDOMETRIAL COMPLEJA SIN ATIPIAS: Es el aumento del número total de células del endometrio,sin que en ellas se aprecien atipias; es una patología que se caracteriza por la proliferación de las glándulas endometriales llevando a un incremento de la relación glándulas/estroma comparado con el endometrio normal.De manera característica las glándulas están muy cercanas entre sí y el estroma irregular rodea fuertemente cada glándula. (A. Celorio, J. Celorio Méndez-Trelles, F. Calero, A. Armas. Fundamentos de Oncología Ginecológica. Ediciones Díaz de Santos, 1986)

HIPERPLASIA ENDOMETRIAL GLÁNDULO-QUÍSTICA: **1.**Es un término poco utilizado en la actualidad. Antiguamente se utilizaba para mencionar una variedad de hi´perplasia endometrial simple en la cual se apreciabas zonas quísticas entremezcladas con zonas de proliferación glandular.Se diferenciaba de otra variedad de hiperplasia simple, llamada hiperplasia glandular difusa.//2. desde el punto de vista macroscopico aparec ecomo un endometrio grueso, de

aspecto esponjoso, y por lo general, intacto. Microscópicamente existe aumento del componente galndular y del estroma, con glandulas pequeñas y densamente agrupadas. El epitelio es pseudoestratificado, con núcleos prominentes y escasas mitosis.El cuadro histologico se caracteriza por aparición de numerosas glándulas en distintos grados de quistificación (quistes grandes y pequeños), y a veces las glándulas dilatadas pueden contener yemas. La dilatación quistica glandular sería debido a periodos de proliferación del estroma que ocasiona obstrucción glandular impidiendo su drenaje hacia la cavidad endometrial.De aquí que algunos patólogos la definan “endometrio inactivo con cambios quistitos” (A. Celorio, J. Celorio Méndez-Trelles, F. Calero, A. Armas. Fundamentos de Oncología Ginecológica. Ediciones Díaz de Santos, 1986. pagina 370).

HIPERPLASIA ENDOMETRIAL SIMPLE CON ATIPIAS: Es el aumento del número total de células del endometrio, las cuales se acompañan de atipias ; es una patología que se caracteriza por la proliferación de las glándulas endometriales llevando a un incremento de la relación glándulas/estroma comparado con el endometrio normal. Las glándulas edometriales están empaquetadas con distribucion irregular, separadas por abundante estroma endometrial.Las glándulas están alineadas por epitelio endometrial proliferativo sin atipias. (A. Celorio, J. Celorio Méndez-Trelles, F. Calero, A. Armas. Fundamentos de Oncología Ginecológica. Ediciones Díaz de Santos, 1986. pagina 370).

HIPERPLASIA ENDOMETRIAL SIMPLE SIN ATIPIAS: Es el aumento del número total de células del endometrio, sin que se acompañen de atipias ; es una patología que se caracteriza por la proliferación de las glándulas endometriales llevando a un incremento de la relación glándulas/estroma comparado con el endometrio normal. Las glandulas edometriales están empaquetadas con distribucion irregular, separadas por abundante estroma endometrial.Las glándulas están alineadas por epitelio endometrial proliferativo sin atipias. // **2.** Aumento en el número de glándulas con disminución del estroma entre ellas, algunas de ellas dilatadas quísticamente, rara vez progresa a carcinoma. (A. Celorio, J. Celorio Méndez-Trelles, F. Calero, A.

Armas. Fundamentos de Oncología Ginecológica. Ediciones Díaz de Santos, 1986. pagina 370).

HIPERPLASIA ENDOMETRIAL SIMPLE: Se caracteriza por la presencia de glándulas quísticamente dilatadas con proliferación glandular de complejidad mínima con abundante estroma interglandular y apiñamiento glandular leve. El riesgo de progresión a Carcinoma Endometrial se ha establecido en 1%. (Garg, R. Del Carmen, M. Endometrial Hyperplasia: diagnosis and management. Postgraduate Obstetrics & Gynecology. 2005; 25 (1): 1-5)

HIPERPLASIA ESCAMOSA DE LA VULVA: (distrofia vulvar hipertrófica): Es una variedad de hiperplasia epitelial, con alargamiento, ensanchamiento y fusión de crestas interpapilares; hiperqueratosis; infiltrado redondocelular en la dermis. Las alteraciones son inespecíficas (hay que descartar, entre otras cosas, candidiasis).

HIPERPLASIA FISIOLÓGICA: Aumento del volumen de un tejido o de un órgano, secundario al aumento del número de células, como consecuencia de un estímulo hormonal o de la pérdida parcial del tejido u órgano afectado. Por esta razón la hiperplasia fisiológica se puede considerar de dos tipos: Hiperplasia hormonal e Hiperplasia compensadora. Ejemplos de la primera son el crecimiento mamario durante la pubertad como consecuencia del influjo estrogénico de los ovarios y el aumento del volumen del útero durante la gestación. Ejemplos de hiperplasia compensadora son el crecimiento del hígado luego de una hepatectomía parcial y la recuperación del tejido perdido luego de la pérdida de una parte de la piel.

HIPERPLASIA PATOLÓGICA: Aumento del volumen de un tejido o de un órgano, secundario al aumento del número de células, como consecuencia generalmente, de un estímulo hormonal excesivo. Un ejemplo de esta entidad es la hiperplasia del endometrio, producida por hiperestimulación estrogénica, como consecuencia de rompimiento del equilibrio entre los estrógenos que inducen la hiperplasia y los progestágenos que delimitan el crecimiento de este tejido. La hiperplasia es terreno fértil para el inicio de neoplasias malignas. Por esta razón una paciente con hiperplasia endometrial compleja con atipias, tiene

más riesgo de desarrollar cáncer del endometrio. (Cotran R.S.y col. Patología estructural y Funcional de Robins. Edit McGraw-Hill, New York, 1996)

HIPERPLASIA SEBÁCEA: Corresponde a un tumor benigno de las glándulas sebáceas que se presenta con una incidencia de 1 en 50. Clínicamente se presenta como pequeñas lesiones populares, amarillentas, umbilicadas, localizadas en la frente y mejillas; las localizaciones inusuales son la areola, pezón y cuello. Afecta principalmente a personas mayores de 20 años. Histológicamente se documenta un ancho conducto sebáceo central en el que desembocan numerosos lóbulos sebáceos agrupados en torno a él. El manejo consiste en electrocoagulación de las lesiones. (Winkelman, R. Muller, S. Sweat Gland Tumors. Arc Derm. 2002; 89: 827-831)

HIPERPLASIA SEBÁCEA: Corresponde a un tumor benigno de las glándulas sebáceas que se presenta con una incidencia de 1 en 50. Clínicamente se presenta como pequeñas lesiones populares, amarillentas, umbilicadas, localizadas en la frente y mejillas; las localizaciones inusuales son la areola, pezón y cuello. Afecta principalmente a personas mayores de 20 años. Histológicamente se documenta un ancho conducto sebáceo central en el que desembocan numerosos lóbulos sebáceos agrupados en torno a él. El manejo consiste en electrocoagulación de las lesiones. (Winkelman, R. Muller, S. Sweat Gland Tumors. Arc Derm. 2002; 89: 827-831)

HIPERPLASIA SUPRARRENAL CONGÉNITA (por Deficiencia de 11ß hidroxilasa). Este tipo de hiperplasia supra-renal es una de las causas de pseudohermafroditismo femenino. En esta forma de 11-dexosicortisol (DOC) no es convertido en corticosterona. El bloqueo se asocia con hipertensión e hipopotasemia inducido por el 11-dexosicortisol (DOC) aumentado y la renina y la aldosterona reducida. El déficit de cortisol origina un aumento compensador de la producción de ATCH. La producción de andrógenos está aumentada por lo que se aprecia una virilización de los fetos femeninos. (Leonel J.González, Grady L. Fonseca, y col. Ambigüedad sexual. Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría vol. 64 nº 2, abril - junio 2001). (New MI. Inborn errors of adrenal steroidogenesis. Mol Cell Endocrinol 2003; 211: 75-83).

HIPERPLASIA SUPRARRENAL CONGÉNITA (por Deficiencia de 17 α-hidroxilasa). Este tipo de hiperplasia supra-renal es una de las causas de pseudohermafroditismo femenino. Si la 17 α-hidroxilasa es deficiente, la pregnenolona no puede ser convertida a 17 α-hidroxipregnenolona. Si el defecto es completo, entonces la síntesis de cortisol, andrógenos y estrógenos no puede ser realizada. Sólo se forman corticoides no 17 hidroxilados, DOC y corticosterona. Se observa hipertensión, hipopotasemia, genitales femeninos infantiles que no maduran en la pubertad, amenorrea primaria y niveles elevados de hormonas foliculoestimulante y luteinizante. (Leonel J.González, Grady L. Fonseca, y col. Ambigüedad sexual. Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría vol. 64 nº 2, abril - junio 2001), (Gruñeiro-Papendieck L, Prieto L, Chiesa A, Bengolea S, Bossi G, Bergadá C. Neonatal screening program for congenital adrenal hyperplasia: adjustments to the recall protocol. Horm Res 2001; 55: 271-7.

HIPERPLASIA SUPRARRENAL CONGÉNITA (por Deficiencia de 21-hidroxilasa): Este tipo de hiperplasia supra-renal es una de las causas de pseudohermafroditismo femenino. Constituye la causa más frecuente de hiperplasia suprarrenal congénita (90%). Produce una falla en la síntesis del cortisol. Falta la retroalimentación normal hacia el hipotálamo y aparecen cantidades elevadas de ACTH, lo que estimula a la zona reticular para que secrete cantidades anormalmente grandes de andrógenos que producen virilización. Las pacientes no tratadas nunca alcanzan la pubertad y no menstrúan. Clínicamente existen dos formas: **a. Clásica:** ausencia completa de la enzima en el momento del nacimiento. En estas circunstancias es común la clitoromegalia, con grados variables de fusión de los labios. **b. No clásica o leve:** puede producir amenorrea e hirsutismo poco después de la menarquía. El diagnóstico viene dado por los niveles elevados de 17 α-hidroxiprogesterona en el suero de una paciente con el síndrome clínico. El tratamiento comprende la administración de corticosteroides exógenos, los cuales suprimen la producción de ACTH hasta niveles normales; esto reduce la estimulación suprarrenal y disminuye la producción de esteroides sexuales. (Leonel J.González, Grady L. Fonseca, y col. Ambigüedad sexual. Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría vol. 64 nº 2, abril - junio 2001),

((Gruñeiro-Papendieck L, Prieto L, Chiesa A, Bengolea S, Bossi G, Bergadá C. Neonatal screening program for congenital adrenal hyperplasia: adjustments to the recall protocol. Horm Res 2001; 55: 271-7).

HIPERPLASIA SUPRARRENAL CONGÉNITA (por Deficiencia de 3ß-hidroxiesteroides-hidrogenasa-). Este tipo de hiperplasia supra-renal es una de las causas de pseudohermafroditismo femenino. Es la forma menos común de hiperplasia suprarrenal congénita. Afecta la corteza suprarrenal y el ovario. La síntesis de corticoides, andrógenos y estrógenos está disminuida con este bloqueo enzimático. Se asocia con la virilización más leve, pero si es completa, produce una insuficiencia suprarrenal grave. (Leonel J.González, Grady L. Fonseca, y col. Ambigüedad sexual. Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría vol. 64 nº 2, abril - junio 2001). (Soriano Guillén L, Muñoz Calvo MT. Hipotensión, hiponatremia e hiperkaliemia. Insuficiencia suprarrenal aguda. En: Casado Flores J, Serrano A, editores. Urgencias y tratamiento del niño grave. 2ª edición. Madrid: Ergon; 2007. p. 1232-6).

HIPERPLASIA SUPRARRENAL CONGÉNITA (por exceso de andrógenos fetales): Este tipo de hiperplasia supra-renal es una de las causas de pseudohermafroditismo femenino. Constituye la forma más común de ambigüedad sexual (40-45%) y la causa endocrina más frecuente de muerte neonatal. Este trastorno puede ser resultado de la deficiencia de alguna de las enzimas corticales suprarrenales que intervienen en la síntesis del cortisol. Se hereda en forma autosómica recesiva. Las manifestaciones clínicas son consecuencia de la ausencia de los productos enzimáticos y del aumento de los precursores esteroides que no pueden sobrepasar el bloqueo enzimático. Dependiendo del momento de la instalación, la cantidad disponible y la duración de la exposición, la presencia excesiva de andrógenos se manifestará por crecimiento del clítoris, grados variables de fusión de los pliegues labio-escrotales y cambios anatómicos de la uretra y la vagina, que en ciertas ocasiones conllevan a la formación de un seno urogenital. El grado de deformidad del seno urogenital se encuentra relacionado con el momento de la instalación del efecto androgénico masculinizante durante el desarrollo prenatal, siendo más marcado antes de las 12 semanas de gestación . (Leonel J.González, Grady L. Fonseca, y col. Ambigüedad sexual. Archivos

Venezolanos de Puericultura y Pediatría vol. 64 nº 2, abril - junio 2001),(Olgemöller B, Roscher AA, Liebl B, Fingerhut R. Screening for Congenital Adrenal Hyperplasia: Adjustment of 17-hydroxyprogesterone Cut-off values to both age and birth weight markedly improves the predictive value. J Clin Endocrinol Metab 2004; 88: 5790-4).

HIPERPLASIA SUPRARRENAL CONGÉNITA: 1. Es el aumento del volumen de la glándula suprarrenal, secundario al aumento del número de células de la misma, como consecuencia del aumento de los niveles de hormona adreno-corticotropa (ACTH), producido por el bloqueo en la síntesis de cortisol en fetos femeninos con deficiencia de una o más de las siguientes enzimas en la corteza suprarrenal: 21-hidroxilasa, 11 beta hidroxilasa, deshidrogenasa de 3 beta hidroxiesteroide. El 95% de los casos ocurre por deficiencia de la 21 hidroxilasa, en un 4% por deficiencia de 11 beta hidroxilasa; es muy raro que ocurra por deficiencia de la deshidrogenasa de 3 beta hidroxiesteroide. Estas enzimas son mediadoras en las diferentes etapas que llevan a la producción de cortisol. Si no se produce este corticoide, se aumentan los niveles de ACTH, aumenta el volumen de la glándula, la ruta metabólica se desvía hacia la producción de andrógenos, que conllevan a virilización y producción de genitales ambiguos en la recién nacida. La ambigüedad va desde la fusión de los labios menores, con clitoromegalia o sin ella, hasta la presencia de un órgano semejante a un pene con fusión de los labios mayores más la presencia de rugosidades en los pliegues labiales que simulan un escroto. La hiperplasia suprarrenal congénita constituye la causa más común de genitales ambiguos en recién nacidos con cariotipo 46,XX. // **2.**Se define como aquella enfermedad de origen genético y herencia autosómica recesiva en las que la síntesis de cortisol está bloqueada a distintos niveles, lo cual provoca un aumento de ACTH y un aumento de la síntesis de los productos anteriores al bloqueo. Estos bloqueos se producen por la mutación de alguno de los enzimas que regulan la síntesis de las hormonas de la corteza suprarrenal (cortisol, aldosterona y hormonas sexuales). (Forest MG. Recent advances in the diagnosis and management of congenital adrenal hyperplasia due to 21-hydroxilase deficiency. Human Reproduction. Update 2004; 10: 469-85.), (Merke DP, Bornstein SR. Congenital

adrenal hyperplasia. Lancet 2005; **365**: 2125- 36). Sinónimo: Síndrome genitosuprarrenal

HIPERPROLACTINEMIA: Se define como niveles altos de prolactina mayores de 20 ug/l en mujeres y hombres. // Es el exceso de la hormona prolactina circulante. Puede haber hiperprolactinemia fisiológica en los casos en los cuales la secreción de prolactina se altera por el estímulo mamario en algunas mujeres no embarazadas, después de una comida con proteínas abundantes o durante alguna tensión importante (como una anestesia general para cirugía), el orgasmo, la hipoglicemia y la carrera de maratón. Por lo tanto, la muestra de suero para calcular la prolactina no se debe extraer después de una comida abundante, un ejercicio extenuante o una exploración mamaria. Muchas otras situaciones se acompañan de hiperprolactinemia, como los estímulos fisiológicos (embarazo, ejercicio, tensión), el consumo de algunos medicamentos, el hipotiroidismo, la insuficiencia renal (disminuye la depuración de prolactina), la hiperplasia de los lactotropos (hiperprolactinemia funcional) o un tumor hipofisiario. En la adolescente muchas veces el síntoma principal es galactorrea, interrupción del desarrollo de la pubertad o amenorrea primaria o secundaria. En la adolescente con hiperprolactinemia no siempre existe galactorrea, en especial en la niña con amenorrea primaria. Entre el 50 y el 75% de las adolescentes con amenorrea secundaria e hiperprolactinemia tiene galactorrea. En las pacientes amenorreicas con FSH y LH normal o baja, incluso las que exhiben un flujo por supresión con progestágenos, se debe medir la prolactina en suero como parte de la valoración inicial. Empero, la galactorrea con menstruación normal y prolactina sérica normal prácticamente excluye la posibilidad de un tumor, aunque la galactorrea es rara en este caso si la enferma nunca ha estado embarazada. La concentración de prolactina mayor de 100 ng/ml sugiere la presencia de un tumor secretor de prolactina; esta concentración casi siempre está supeditada al tamaño del tumor. Sin embargo, a veces hay tumores y el incremento de la prolactina es mínimo, sobre todo en el caso de tumores no funcionales que comprimen el tallo. Por ejemplo, las pacientes con craneofaringiomas, tumores somatotrópicos que ocasionan acromegalia, quistes (quistes aracnoides suprasillares y quistes de la hendidura de Rathke) y tumores no funcionales exhiben aumento de la

prolactina (por lo general menor de 200 ng/ml). Los prolactinomas se clasifican como microadenomas (<10 mm) y macroadenomas (>10 mm). En los casos con hiperprolactinemia funcional, el espectro de hallazgos es muy grande y va desde una hiperplasia leve de los lactotropos hasta microadenomas hipofisiarios pequeños que no se observan en los estudios de imágenes. Las pruebas de estimulación, de supresión y otros estudios neuroendocrinos se reservan para pacientes con macroadenomas, valoración preoperatoria o las enfermas con signos o síntomas clínicos de hipopituitarismo. Los medicamentos del tipo de la fenotiacina y otros tranquilizantes que bloquean los receptores dopaminérgicos, así como la reserpina y la alfametildopa que agotan la dopamina en las neuronas tuberoinfundibulares, aumentan la concentración de prolactina. Algunas pacientes que consumen o suspenden los anovulatorios orales desarrollan galactorrea, pero en ningún estudio se ha logrado demostrar que exista una relación entre los anticonceptivos y el desarrollo de prolactinomas. El hipotiroidismo (con aumento de TRH y TSH) a menudo se acompaña de prolactina alta. El estado de hiperprolactinemia se manifiesta principalmente como amenorrea e infertilidad por desarrollo de hipogonadismo hipogonadotrópico secundaria a la inhibición de la liberación de GnRH, aunque se puede presentar como oligomenorrea y otras alteraciones del ciclo menstrual o galactorrea en el 80% de los casos. Los niveles elevados de prolactina se presentan de manera fisiológica durante el embarazo, ejercicio y estimulación de pared torácica. La hiperprolactinemia se presenta de manera patológica secundaria a uso de fármacos como metoclopramida, fenotiazinas, butirofenonas, risperidona, inhibidores de la Monoaminooxidasa, calcio antagonistas como nifedipina y antihipertensivos como metildopa; otras condiciones patológicas que causan elevación de niveles de prolactina son el craneofaringioma, acromegalia, infiltración granulomatosa de la hipófisis, trauma craneoencefálico severo, infiltración tumoral, irradiación, hipotiroidismo primario, falla renal crónica, aunque la causa más común de hiperprolactinemia son los prolactinomas clasificados como microadenomas o macroadenomas hipofisiarios de acuerdo al tamaño. La hiperprolactinemia se confirma con niveles de prolactina mayores de 20 ug/l en cualquier momento del ciclo menstrual. La etiología se define de acuerdo a las características clínicas de la paciente, pero cuando se detectan niveles mayores de 250 ug/l se recomienda

evaluación imagenológica para descartar prolactinomas. La terapia se instaura de acuerdo a la severidad de los síntomas generalmente con niveles de prolactina mayores de 40 ug/l. El tratamiento depende de la etiología establecida; si se documenta microadenoma hipofisiario y la paciente presenta ciclos menstruales regulares no se indica de terapia farmacológica, si la paciente presenta amenorrea se maneja con agonistas de dopamina como bromocriptina o cabergolide, si la paciente consulta por infertilidad se maneja con bromocriptina ya que el cabergolide no ha sido estudiado durante el embarazo. Si se realiza diagnóstico de macroadenoma intraselar se puede realizar manejo con agonistas de dopamina, pero si el macroadenoma es supraselar se indica cirugía. (Schlechte, J. Prolactinoma. The New England Journal of Medicine. 2003; 349: 2035 – 2041)

HIPERQUERATOSIS: Es el aumento del grosor de la capa de queratina de la piel, secundario al exceso de frote, a inflamación crónica o una enfermedad que produzca esta capa en exceso(por ejemplo la ictiosis).

HIPERQUERATOSIS VULVAR: Es el aumento del grosor de la capa de queratina de laos labios mayores de la vulva, secundario al exceso de frote, a inflamación crónica o una enfermedad que produzca esta capa en exceso.

HIPERSEXUALIDAD: Es el deseo de mantener un nivel de comportamiento sexual humano lo suficientemente alto como para ser considerado clínicamente aumentado. Se tiene una necesidad incontrolable por sexo de todo tipo, desde relaciones sexuales con otras personas hasta masturbación o consumo de pornografía.La hipersexualidad se caracteriza por una frecuente estimulación genital que, una vez alcanzada, puede no resultar en la satisfacción emocional (o sexual) a largo plazo del individuo. En cambio, va acompañada en ocasiones de sentimientos de malestar y culpa. Se piensa que esta insatisfacción es la que alienta la elevada frecuencia de estimulación sexual, así como síntomas psicológicos y neurológicos adicionales. El concepto de hipersexualidad sustituye los antiguos conceptos de "ninfomanía" (o "furor uterino") y "satiriasis". La ninfomanía se consideraba como un desorden psicológico exclusivamente femenino caracterizado por una libido muy activa y una obsesión con el sexo. En los hombres el desorden era llamado satiriasis. Actualmente, los términos "ninfomanía" y "satiriasis" no aparecen listados como

desórdenes específicos en el DSM-IV, aunque permanecen como parte del ICD-10. El umbral para lo que constituye la hipersexualidad está sujeto al debate, y los críticos preguntan si puede existir un umbral diagnóstico. El deseo sexual varía considerablemente en los humanos; lo que una persona consideraría como deseo sexual normal podría ser entendido por otro como excesivo y por otros como bajo.El consenso entre aquellos que consideran la hipersexualidad como un desorden es que el umbral se alcanza cuando el comportamiento causa incomodidad o impide el funcionamiento social. Los hipersexuales pueden tener problemas laborales, familiares, económicos y sociales. Su deseo sexual les obliga a acudir frecuentemente a prostíbulos, comprar artículos pornográficos, realizar con frecuencia llamadas a líneas eróticas y mantener relaciones sexuales con desconocidos (incluso sin protección), haciendo que su vida gire en torno al sexo.La hipersexualidad puede expresarse también en aquellos con desórdenes bipolares durante periodos de manía. Personas que sufren de desorden bipolar pueden presentar continuamente enormes oscilaciones en el libido, dependiendo de su estado de ánimo. Algunas veces esta necesidad psicológica de actividad sexual es mucho más alta de lo que ellos reconocen como normal, y a veces está muy por debajo de ello.(Carol Groneman, Ninfomanía: Una Historia, (London: Fusion Press, 2001// 2- Adicción sexual y compulsividad: el Manual de tratamiento y prevención, Edit. Brunner/Mazel , New York:, 1994)

HIPERSISTOLIA: Alteración de las fuerzas expulsoras del Trabajo de Parto caracterizada por intensidad de las contracciones uterinas mayor de 60 mm Hg.

HIPERTECOSIS OVÁRICA: Es un trastorno no tumoral caracterizado por la presencia de islotes de células tecales luteinizadas en el estroma ovárico. Se asocia frecuentemente a obesidad, insulinoresistencia y acantosis nigricans. En la actualidad se piensa que más que una entidad clínica propia la hipertecosis constituiría una forma más florida de hiperandrogenismo ovárico funcional siendo sus síntomas en muchos casos indistinguibles de los que se presentan en tumoraciones ováricas de andrógenos. De hecho constituye la única forma funcional clínicamente reconocible durante la menopausia. Se produce como consecuencia de un proceso de diferenciación de las células intersticiales del ovario en células estromales luteinizadas que son esteroidogénicamente

activas. Su etiología no es del todo conocida aunque la LH por su capacidad de inducir hiperplasia de las células intersticiales y de que éstas adquieran el potencial necesario para producir esteroides androgénicos podría ser la principal responsable. Sin embargo, si excluimos los casos que se presentan durante la menopausia, el resto se caracteriza por presentar concentraciones de LH normales. Por ello se ha hipotetizado que podrían existir sustancias que amplificaran su efecto. De ellas tanto la insulina como la IGF I son capaces de inducir luteinización de las células estromales. De hecho la hipertecosis se asocia frecuentemente a IR e hiperinsulinismo secundario lo cual se traduce clínicamente en una frecuencia superior de obesidad, diabetes, hipertensión arterial o acromegalia. La hipertecosis se caracteriza por la presencia de unos ovarios de aspecto sólido aumentados de tamaño con una cápsula engrosada de color amarillento. Microscópicamente se aprecian células luteinizadas (grandes y poliédricas) en el estroma ovárico que en los casos moderados se acompañan de múltiples folículos que están ausentes en casos más severos.(Juan J. Espinos. Estados Hiperandrogénicos. Elsevier España, 2002. Pagina 293-94).

HIPERTELIA: Ver Politelia.

HIPERTELORISMO: *hypér* ὑπέρ gr. 'en exceso', 'más que' + *têl(e)* τῆλε gr. 'lejos' + *hor(o)*- ὅρος gr. 'mojón', 'límite' + *-ismos* gr. 'proceso patológico' (etimológicamente significa "que sobrepasa el límite").m. (Patol. general) Separación excesiva entre dos órganos pares. Se aplica con mayor frecuencia a los ojos.

HIPERTELORISMO MAMARIO: Es la separación exagerada en tre una mama y la otra

HIPERTENSION ARTERIAL CRONICA DE LA GESTANTE: Trastorno hipertensivo presente antes del momento de la concepción o diagnosticado antes de la semana 20 de gestación. La hipertensión es definida como TAS > 140 mm Hg y TAD > 90 mm Hg. El trastorno hipertensivo diagnosticado por primera vez durante el embarazo que persiste después de la semana 12

postparto también es clasificado como Hipertensión Arterial Crónica. Para que se califique como hipertensión arterial solo debe haber el trastorno tensional, sin otras alteraciones hemáticas, renales, metabólicas o neorológicas. (Report of the National High Blood Pressure Education program Working Group on High Blood Pressure in Pregnancy. Bethesda, Maryland. American Journal of Obstetrics and Gynecoloy. 2000; 183 (1): 1–16).

HIPERTENSIÓN ARTERIAL LEVE EN EL EMBARAZO: Es la elevación de la tensión arterial en cualquier momento del embarazo, con cifras diastólicas en el rango de 90 a 109 mmHg y /o cifras de tensión sistólica en el rango de 140 a 179 mmHg. Para que se califique como hipertensión arterial solo debe haber el trastorno tensional, sin otras alteraciones hemáticas, renales, metabólicas o neorológicas. (Alan H DeCherney y col. Diagnóstico y tratamiento ginecoobstétricos. Manual Moderno, México, 9ª edición, 2007).

HIPERTENSIÓN ARTERIAL CRÓNICA EN EL EMBARAZO: Es la elevación de la presión arterial diastólica, o sistólica, o sistólica +diastólica, con valores iguales o superiores a 140/90, que se diagnostica antes de iniciar la semana 20 de gestación. Para que se califique como hipertensión arterial solo debe haber el trastorno tensional, sin otras alteraciones hemáticas, renales, metabólicas o neorológicas. (Alan H DeCherney y col. Diagnóstico y tratamiento ginecoobstétricos. Manual Moderno, México, 9ª edición, 2007).

HIPERTENSIÓN ARTERIAL TRANSITORIA EN EL EMBARAZO: Es la elevación de las cifras tensionales en cualquier momento de la gestación, que retornan a la normalidad de manera espontánea durante las primeras 12 semanas del postparto. Para que se califique como hipertensión arterial solo debe haber el trastorno tensional, sin otras alteraciones hemáticas, renales, metabólicas o neorológicas.

HIPERTENSIÓN ARTERIAL SEVERA EN EL EMBARAZO: Es la elevación de la tensión arterial en cualquier momento del embarazo, con cifras diastólicas iguales o superiores a 110 mmHg y /o cifras de tensión sistólica iguales o superiores a 180 mmHg. Para que se califique como hipertensión arterial solo debe haber el trastorno tensional, sin otras alteraciones hemáticas, renales,

metabólicas o neorológicas. (Alan H DeCherney y col. Diagnóstico y tratamiento ginecoobstétricos. Manual Moderno, México, 9ª edición, 2007).

HIPERTENSION GESTACIONAL: Trastorno hipertensivo detectado por primera vez durante el embarazo después de la semana 20 de gestación sin asociación con proteinuria. Si las cifras tensionales retornan a valores normales en las siguientes 12 semanas postparto, se clasifica como Hipertensión Transitoria del Embarazo. Por el contrario, si la cifras tensionales persisten elevadas más allá de la semana 12 posparto, se clasifica como Hipertensión Crónica. Para que se califique como hipertensión arterial solo debe haber el trastorno tensional, sin otras alteraciones hemáticas, renales, metabólicas o neorológicas. (Report of the National High Blood Pressure Education program Working Group on High Blood Pressure in Pregnancy. Bethesda, Maryland. American Journal of Obstetrics and Gynecoloy. 2000; 183 (1): 1 – 16)

HIPERTENSIÓN INDUCIDA POR EL EMBARAZO (HIE): Se considera que hay HIE cuando se encuentran cifras tensionales sistólicas de 140mmHg o más, ó diastólicas de 90 mmHg o más, o 140/90 mmHg en tomas consecutivas con un intervalo de 6 h, o en tres tomas aisladas después de permanecer en un ambiente tranquilo; sentada durante 5 min, sin fumar o ingerir café por lo menos 30 min antes. Se eliminó el criterio de las alzas parciales en la tensión arterial durante el embarazo, que no sobrepasaban las cifras de corte. La OMS recomienda la toma de la TA en la posición sentada y utilizando el IV ruido de Korokoff. Aunque hay variaciones de la TA de acuerdo a la posición del cuerpo, se debe romar en posición sentada para efectos de comparación con los estudios que tratan sobre el tema, en los cuales han estandarizado esta posición. Para que se califique como hipertensión arterial solo debe haber el trastorno tensional, sin otras alteraciones hemáticas, renales, metabólicas o neorológicas. (Report of the National High Blood Pressure Education program Working Group on High Blood Pressure in Pregnancy. Bethesda, Maryland. American Journal of Obstetrics and Gynecoloy. 2000; 183 (1): 1–16)

HIPERTIROIDISMO CLÍNICO DEL EMBARAZO: Corresponde a una patología en el espectro de la enfermedad tiroidea que complica 2 de cada 1000 embarazos y se caracteriza por niveles bajos de TSH y niveles elevados

de fracción libre de tiroxina. Tiene una prevalencia de 0.2% y está relacionado con pérdida espontánea del embarazo, falla cardiaca congestiva, tormenta tiroidea, parto pretérmino, preeclampsia, restricción de crecimiento intrauterino y muerte in útero. Se manifiesta clínicamente por taquicardia, temblor, intolerancia al calor, exoftalmos, pérdida no explicada de peso, bocio, diaforesis, palpitaciones, hipertensión. La principal causa de hiperitiroidismo clínico del embarazo es la Enfermedad de Graves; otras causas incluyen bocio nodular tóxico, tiroiditis viral y excesiva ingesta de hormona tiroidea. El diagnóstico se realiza con niveles bajos de TSH (< 0.45 mU/L) y elevación de la fracción de tiroxina de acuerdo al trimestre de gestación. El tratamiento médico se realiza con tioamidas, usualmente propiltiuracilo o metimazol, realizando ajustes cada 4 semanas con el objetivo de mantener niveles normales de tiroxina libre. (Janssen, J. Barbour, L. Thyroid Disease in Pregnancy. Postgraduate Obstetrics and Gynecology. 2006; 26 (13): 1-10)

HIPERTIROIDISMO GESTACIONAL TRANSITORIO: Corresponde a una patología en el espectro de la enfermedad tiroidea del embarazo caracterizada por niveles bajos de TSH y niveles elevados de fracción libre de tiroxina, relacionado con niveles elevados de fracción beta de Gonadotropina Coriónica Humana. Se presenta de forma fisiológica y transitoria durante el primer trimestre del embarazo y se relaciona en su forma patológica con Enfermedad Trofoblástica Gestacional e Hipermesis Gravídica. El hipertiroidismo gestacional transitorio no ha sido relacionado con eventos perinatales adversos, por lo tanto su estudio y tratamiento no están recomendados durante el embarazo, ya que la resolución de los síntomas es paralelo al descenso en los niveles de gonadotropina coriónica humana. (Janssen, J. Barbour, L. Thyroid Disease in Pregnancy. Postgraduate Obstetrics and Gynecology. 2006; 26 (13): 1-10)

HIPERTIROIDISMO SUBCLÍNICO DEL EMBARAZO: Corresponde a una patología en el espectro de la enfermedad tiroidea caracterizado por niveles bajos de TSH con niveles normales de fracción libre de tiroxina. Afecta el 1.7% de todos los embarazos y su prevalencia es mayor es mujeres mayores de 35 años y áreas deficientes de yodo. El hipertiroidismo subclínico se ha relacionado con efectos adversos maternos a largo plazo como osteoporosis,

enfermedad cardiovascular, tirotoxicosis y falla tiroidea; sin embargo no se ha relacionado con eventos adversos fetales. Por lo anterior, no existe evidencia para el estudio y el tratamiento del hipertiroidismo subclínico del embarazo. (Janssen, J. Barbour, L. Thyroid Disease in Pregnancy. Postgraduate Obstetrics and Gynecology. 2006; 26 (13): 1-10)

HIPERTONIA: Alteración de las fuerzas expulsoras del Trabajo de Parto caracterizada por tono uterino mayor de 12 mm Hg. **(**Obstetrics and Gynecology Clinics of North America. Normal Labor: Mechanism and Duration. 32 (2005) 145 – 164)

HIPERTRICOSIS: Es el aumento del vello corporal en las zonas del cuerpo en las cuales se manifiesta una tendencia familiar o al menos no son zonas de pilosidad de tipo masculino. Se llama hipertricosis el aumento del vello corporal en los antebrazos y en las piernas. Se debe pensar en hirsuitismo cuando hay aumento del vello femenino en las llamadas zonas masculinas de pilosidad (cara, pecho, antebrazos, abdomen, espalda,muslos) .// 2. Se define como un crecimiento excesivo del vello en un área definida y una edad determinada del paciente. La hipertricosis “idiopática” puede ocurrir en cualquier grupo racial, pero es más común en los asiáticos. Los cabello terminales se pueden ver en la frente, y las cejas pueden estar más pobladas de lo normal. Esto puede ser un síntoma aislado en un niño normal, o puede ser parte de una serie de síndromes. La hipertricosis puede ser vista en asociación con lunares melanocíticos congénitos, el cual muestra un área bien definida, una lesión pigmentada en la mejilla que estaba presente al nacer. Los cabellos se vuelven más gruesos y largos con la edade, y puede que se desarrollen nódulos con la lesión. Estos lunares pueden ser largos y extremadamente desfigurantes, y cargan un pequeño pero significativo riesgo de convertirse en un melanoma malgno. El quitarlo con un procedimiento quirúrgico es recomendable por razones cosméticas y de prevención, aunque se requiera hacerlo por etapas. La hipertricosis también ocurre en el lunar de Beckers. Este es un lunar adquirido unilateral y segmentado normalmente encotrado en la parte alta de la espalda en hombres jóvenes. El incremento gradual de la pigmentación empieza en la infancia y se desarrollan cabellos gruesos en la pubertad. Se puede encontrar también acné vulgaris en la lesión y es posible que el área de

la piel afectada tenga una actividad de recepción de andrógenos más activa. Puede ser una lesión única o pueden haber varias. El crecimiento localizado de cabello no es inusual en la superficie de los brazos (hipertricosis del codo) en niños y adultos . Es importante en esos casos hacer un análisis neurológico y radiológico exhaustivo.Otra forma de hipericosis, llamada “laniguinosa adquirida” es un problema muy raro que ocurre en los adultos, cuando se desarrolla lanugo en la cara y el oído. Este problema es normalmente asociado con alguna enfermedad interna.La hipertricosis se puede deber al consumo de medicamentos. El minoxidil tomado de manera oral, recetado contra la hipertensión, incrementa el crecimiento del cabello incluyendo el vello facial, después de unas semanas de tratamiento. El cabello se pierde después de 2 o 3 meses de haber detenido el tratamiento. El uso de minoxidil tópico tiene un efecto similar, pero más limitado. Sólo se usa para aumentar la cantidad de cabello, pero éste sólo se mantiene mientras se continúe el tratamiento. El Ciclosporin, usado como agente inmunodepresor, puede causar aumento en el crecimiento del cabello como se puede ver aquí en los brazos. Puede también aumentar los cánceres de piel que no son melanoma. (Behrman, Richard E. Behrman, Robert M. Kliegman, Hal B. Jenson. Nelson Tratado de Pediatria. Elsevier España, 2004. Página 500-01).

HIPERTROFIA: Es el aumento del volumen de un tejido o de un órgano, como consecuencia del aumento del tamaño de las células. Así pues, el órgano hipertrofiado no aumenta el número total de células, pero cada una de estas es más grande.

HIPERTROFIA DE LOS LABIOS MENORES: Sinónimo: delantal hotentote, velamen vulvae y velo del pudor. // Variedad anatómica de los labios menores que son redundantes en comparación con la mayoría de mujeres en los cuales estos tienen una superficie que los mantiene ocultos por los labios mayores. Solo algunas mujeres con este tipo de hipertrofia los perciben como un cuerpo extraño en la vulva especialmente durante la relación sexual. No producen incomodidad en la mayoría de quienes tienen esta variante. El nombre de Hotentote proviene de este grupo humano mezcla de bosquimanos y camitas que habita los paises del suroeste del Africa. Estas mujeres tienen notorios acúmulos de grasa en los glúteos y en el abdomen; además de manera

frecuente sus labios menores son redundantes(por eso se les llama el delantal de las hotentotes).

HIPERTROFIA MAMARIA: Aumento del volumen mamario por incremento de la cantidad de tejido graso. Aunque puede ser uni ó bilateral casi siempre compromete ambos senos especialmente durante o después de un embarazo. Los casos exagerados de hipertrofia constituyen una verdadera gigantomastia.

HIPERTROFIA MIOMETRIAL ó MIOHIPERTROFIA: Aumento del volumen global del útero como consecuencia del aumento del tamaño de todas las células del miometrio. Crecimiento simétrico anormal del útero sin cambios estructurales histológicos.

HIPERVOLEMIA: Hace referencia a un aumento del volumen del líquido extracelular (intersticial e intravascular). (Residentes de Medicina Interna. Urgencias en Medicina Interna. Trastornos Hidroelectrolíticos. Primera Edición. Bucaramanga. Publicaciones del Común Ltda. 2004. 135-158)

HIPÓCRATES (460 -377 aJC, fechas aproximadas): Considerado el médico más famosos de la antigüedad, Hipócrates nació en la isla griega de Cos en el seno de una familia de médicos-sacerdotes del dios Asclepio. Se considera el iniciador de la medicina racional empírica, pues a pesar de las limitaciones del conocimiento del origen y curso de las enfermedades, dio inicio a la llamada medicina basada en la filosofía natural en contraposición al origen divino de los males. Escribió una parte de la obra llamada “Corpus Hippocraticum” que abarca unas 60 disertaciones, una de las cuales es el juramento hipocrático, escrito con posterioridad a su muerte por sus discípulos de la secta pitagórica, con los propósitos de prohibir el aborto y la eutanasia, prácticas ambas legítimas para los médicos hipocráticos. El filósofo griego Platón, contemporáneo de Hipócrates, describe la medicina de este pensador, basada en el conocimiento total de la naturaleza y de sus relaciones con el cosmos para poder entender los padecimientos del enfermo. Hipócrates consideraba que las enfermedades dependían principalmente de las influencias exteriores, por esto el médico debía conocer las modificaciones climáticas, la posición de la luna y de las estrellas y el tipo de actitudes de los pacientes. Consideraba que el universo está formado por cuatro elementos básicos: agua, aire, fuego y

tierra y que la salud era el resultado del perfecto equilibrio los cuatro fluidos corporales: sangre, flema, bilis negra y bilis amarilla. Consideraba que el exceso o déficit de alguno de ellos producía enfermos de tipo flemático, colérico, sanguíneo o melancólico. Por la misma época Platón clasificó las enfermedades mentales en cuatro tipos: profética(transmitida por Apolo), ritual (semejante a las ceremonias de Dionisio), poética (inspirada por las musas) y erótica(por influencias de Afrodita y Eros). Hipócrates rompió los estrechos vínculos de la religión y la enfermedad que se entendía modificada por la intervención de los dioses, lo cual abrió paso a nuevas formas de tratamiento diferentes a las oraciones y sacrificios. Sus dos hijos Dracon y Tesalos continuaron la tradición médica familiar. Con posterioridad a su muerte fue adorado como un semidios y elevado a la categoría de padre de la medicina.

HIPODINAMIA UTERINA: Alteración de las fuerzas expulsoras del trabajo de parto caracterizada por actividad uterina menor de 50 unidades Montevideo. La hipodinamia hace muy lento el progreso del trabajo de parto. La mayoría de mujeres tienen una intensidad de las contracciones uterinas que alcanzan 200 a 225 unidades Montevideo durante el trabajo de parto. El 40% de las pacientes pueden alcanzar 300 Unidades Montevideo. (Obstetrics and Gynecology Clinics of North America. Normal Labor: Mechanism and Duration. 32 (2005) 145 – 164)

HIPOECOGÉNICO(en ecografía): Hace referencia a la presencia de ecos de poca intensidad que le dan a la imagen un aspecto oscuro. (Cafici,D. Mejides, A. Sepúlveda, W. Ultrasonografía en obstetricia y diagnóstico prenatal. Principios físicos del ultrasonido. Buenos Aires, Argentina. Ediciones Journal. 2003. p 1-15) // Sinónimo: Hipoecóico

HIPOECÓICO: Ver hipoecogénico**.**

HIPÓFISIS: La hipófisis se conoció en la época de Galeno con el nombre de "pituitaria" por la creencia de que producía un moco o pituita que salía desde el cerebro hacia la nasofaringe a través de los agujeros del hueso etmoides. Galeno en Grecia (siglo I) y después Vesalio en España (siglo XVI) afirmaron que el catarro era producto de la secreción exagerada de la pituitaria. Santorini describió los lóbulos de la hipófisis en 1.724 y Rathke explicó su embriología en

1.838. Es la más complicada de las glándulas endocrinas. La hipófisis es de aspecto ovoide. Mide unos 8 mm en sentido anteroposterior y 12 mm en su diámetro transverso. Experimenta cierto aumento de volumen y de peso durante el embarazo. Pesa unos 500 mg y se localiza en la silla turca del esfenoides. Por esta razón se toman Rayos X de la silla turca cuando se sospechan tumores grandes de la adenohipófisis. Está recubierta por un pliegue de la duramadre que constituye la llamada tienda de la hipófisis. En la eminencia media, verdadero órgano de intercambio neurovascular, se encuentran unas células profundas, ependimarias especializadas, llamadas tanicitos que cumplen una función de enlace entre el líquido cefalo-raquídeo y la circulación hipotálamo-hipofisiaria. La hipófisis tiene dos porciones: 1-la neurohipófisis y 2- la adenohipófisis. Ambas porciones están separadas por una endidura en la vida fetal y en el periodo post-natal temprano. // 1-NEUROHIPOFISIS (ó Lóbulo Posterior): Es una prolongación del diencéfalo por medio del cual hace conexionesneurales a través del haz hipotálamo-hipofisiario cuyos cuerpos celulares se encuentran en los núcleos supraóptico y paraventricular del hipotálamo. Los componentes de la neurohipófisis son: a-Pars nervosa (prolongación infundibular). b-Infundíbulo ó Tallo infundibular (constituido por el infundíbulo, la eminecia media y la pars tuberalis).c-Eminencia media del tuber cinereum. La neurohipófisi produce la hormona Oxitocina.// 2-ADENOHIPOFISIS (ó Lóbulo Anterior): Se deriva de la bolsa de Rathke del ectodermo. Es una estructura muy vascularizada formada por cordones y folículos celulares acompañados de sinusoides vasculares que forman el sistema portal hipotálamo-hipofisiario. Las tres regiones de la adenohipófisis son:2a-Pars distalis: Comprende el 75% de la hipófisis. Produce la GH (u hormona del crecimiento), la PRL (prolactina u hormona de la leche), TSH (hormona estimulante del tiroides), FSH (hormona folículo-estimulante), LH (hormona luteinizante), ACTH (hormona adreno corticoticotropa), MSH (hormona estimulante de los melanocitos). 2b-Pars tuberalis: Hace parte del tallo de la hipófisis. No se conoce aún la función de esta estructura.2 c-Pars intermedia: Es una delgada lengüeta ubicada entre la adeno y la neurohipófisis. Es probable que allí se produzca algo de MSH. // Sinónimo: Pituitaria.

HIPOGALACTIA: Escasa producción de leche en la puérpera, que resulta insuficiente para la correcta alimentación del lactante. Clínicamente se

distiguen dos tipos de hipogalactias; las primarias y las secundarias.Las primarias son las que se manifiestan desde el primer momento, y su causa es un escaso desarrollo glandular tipico, del infantilismo. La hipogalactia secundaria, más frecuente, se produce después de instaurarse una lactancia normal, incluyendo en estos casos la mala técnica, una falla hormonal, la poca voluntad de la madre, traumas psiquicos etc.(Alfonso Fernández-Cid Fenollera, A Fernández-Cid. Mastología. Elsevier España, 2000. Pag 274-275)

HIPOGASTRIO: Es la región del abdomen ubicada por debajo de la región umbilical. Está delimitada por abajo por el pubis y las regiones inguinales derecha e izquierda, por encima por la región umbilical y lateralmente por las fosas iliacas derecha e izquierda.

HIPOGENITALISMO: HIPOGENITALISMO: estado de menor desarrollo o actividad genital debido a una insuficiencia de la secreción interna testicular u ovarica; eunocoidismo, hipoovarismo, hipogonadismo.

HIPOGONADISMO: Es la incapacidad de producir testosterona, espermatozoides o ambos, en el hombre. De acuerdo a su forma de origen se divide en primario y secundario. (Velez Hernan, Rojas William, Borrero Jaimes, Restrepo Jorge. Endocrinologia. Corporación para investigaciones Biológicas, 2006. Página 191).

HIPOGONADISMO HIPOGONADOTROPICO: Se emplea este término para identificar las pacientes con retraso del desarrollo sexual y que además tienen una concentración reducida de las gonadotropinas. Este grupo comprende a las pacientes con alguna causa central de su enfermedad como un padecimiento crónico o desnutrición, una causa hipotalámica como síndrome de Kallmann, o un tumor, o bien una causa hipofisiaria, como un microadenoma o una enfermedad infiltrativa. El retraso de la menarquia o de todos los cambios de la pubertad deben hacer pensar en esta entidad y se debe llevar a cabo una valoración médica detallada antes de decidir si la paciente debe mantenerse bajo observación o recibir tratamiento hormonal. El diagnóstico a menudo es claro antes de la pubertad pero, sobre todo en el caso de las jóvenes que además tienen la enfermedad de Crohn, el cuadro es sutil y sólo se manifiesta a través de un retraso en el crecimiento durante la adolescencia.

Santaro y colaboradores elaboraron una clasificación de hipogonadismo hipogonadotrópico con base en una comparación del patrón pulsátil de LH a intervalos de 90 minutos al principio de la fase folicular. Una posibilidad es que no exista secreción pulsátil, que producen anormalidades clínicas más profundas que lleven a un cuadro de amenorrea primaria. Un segundo patrón se caracteriza por secreción pulsátil de amplitud muy reducida pero con número de pulsaciones normal. El tercer patrón muestra secreción pulsátil de amplitud normal o mayor que la normal pero de frecuencia reducida, lo que simula una lútea normal. El cuarto grupo no muestra diferencias evidentes en la LH pese a la amenorrea, y tal vez tenga una diferencia en la secreción diurna y nocturna o una concentración menor de gonadotropinas circulantes bioquímicamente activas. En este último grupo a menudo la menstruación se reanuda espontáneamente.// Santaro y col. elaboraron una clasificación de hipogonadismo hipogonadotrópico con base en una comparación del patrón pulsátil de LH a intervalos de 90 minutos al principio de la fase folicular. Una posibilidad es que no exista secreción pulsátil, que producen anormalidades clínicas más profundas que lleven a un cuadro de amenorrea primaria. Un segundo patrón se caracteriza por secreción pulsátil de amplitud muy reducida pero con número de pulsaciones normal. El tercer patrón muestra secreción pulsátil de amplitud normal o mayor que la normal pero de frecuencia reducida, lo que simula una lútea normal. El cuarto grupo no muestra diferencias evidentes en la LH pese a la amenorrea, y tal vez tenga una diferencia en la secreción diurna y nocturna o una concentración menor de gonadotropinas circulantes bioquímicamente activas. En este último grupo a menudo la menstruación se reanuda espontáneamente Joubert M, Verdon R, Reznik Y.. Transient pituitary enlargement with central hypogonadism secondary to bilateral cavernous sinus thrombosis : Pituitary oedema ? Eur J Endocrinol. 2009 Jan 15.

HIPOGONADISMO PRIMARIO: Es la incapacidad de producir testosterona, espermatozoides o ambos, en el hombre.Se llama primario cuando el defecto que lo causa ha permanecidoi desde el inicio, cuando debía producir los espermatozoides por primera vez. Se debe a un trastorno testicular que compromete la secreción de las células de Leydig la producción de esperma

por lo túmulos seminíferos o de ambos compartimientos. En los estados de hipogonadismo primario lo primero que llama la atención es la disminución de la producción de testosterona o en la producción de esperma, hechos que pueden ser comprobados por la elevación de las gonadotropinas en sangre.(Velez Hernan, Rojas William, Borrero Jaimes, Restrepo Jorge. Endocrinologia. Corporación para investigaciones Biológicas, 2006. Página 191-92).

HIPOGONADISMO SECUNDARIO: Es la incapacidad de producir testosterona, espermatozoides o ambos, en el hombre. Se llama secundario cuando aparece después de que fisiológicamente se había comprobado una adecuada producción de testosterona y de espermatozoides. Se debe a un trastorno testicular que compromete la secreción de las células de Leydig la producción de esperma por lo túmulos seminíferos o de ambos compartimientos (Velez Hernan, Rojas William, Borrero Jaimes, Restrepo Jorge. Endocrinologia. Corporación para investigaciones Biológicas, 2006. Página 191).

HIPOKALEMIA: Es la concentración sérica de potasio < 3.5 mEq/L. Representa la anormalidad electrolítica más común en la práctica médica. Las manifestaciones clínicas dependen del grado de severidad incluyendo debilidad generalizada, calambres, astenia, constipación, fatiga, íleo paralítico, arritmias, alteraciones electrocardiográficas, parálisis ascendente en hipokalemia severa. El tratamiento se realiza calculando el déficit de potasio sumado a las necesidades basales y haciendo la reposición con cloruro de potasio al 20%. (Gennari, J. Hypokalemia - Hyperkalemia. New England Journal of Medicine. 2002; 339: 7-21)

HIPOMANÍA: Es un trastorno mental caracterizado por la elevación del humor, a veces con euforia y en ocasiones con irritabilidad. Se acompaña de sensación de grandiosidad, disminución del sueño, incremento de la energía, conducta temeraria (como gastar grandes cantidades de dinero), aceleración del lenguaje y de la actividad física. Si es subaguda se llama hipomanía. Las pacientes hipomaníacas pueden disfrutar de su trastorno y ser incluso la envidia de otras personas a causa de la confianza que tiene de sí mismas, de

su entusiasmo, su energía y productividad. La manía aguda en cambio agota a la paciente, le produce desinterés por los alimentos o por el sueño y aún pone en peligro la vida.

HIPOMASTIA: Escaso desarrollo del volumen mamario por reducción de la cantidad de tejido graso. El número de lóbulos,lobulillos y acinos que constituyen el parénquima formador de leche no está disminuido. Aunque puede ser uni ó bilateral casi siempre compromete los dos senos.

HIPOMENORREA: Sangrado menstrual muy escaso (percibido como "manchas") o en cantidad normal pero con duración menor a 2 días. (Hatasaka, H. The evaluation of Abnormal Uterine Bleeding. Clin Obstet Gynecol. 2005; 48: 258-273)

HIPONATREMIA: Concentración sérica de sodio por debajo de 135 mEq/L. Se manifiesta clínicamente por cefalea, náuseas, vómito, calambres, letargia, desorientación, hiporreflexia y convulsiones. Estas manifestaciones se presentan usualmente cuando las concentraciones son menores a 125 mEq/L y cuando se encuentran por debajo de 110 mEq/L, amenazan la vida. Se indica tratamiento en pacientes sintomáticos o en asintomáticos con niveles < 110 mEq/L. La reposición se realiza con solución salina al 3%. (Adrogue, H. Hyponatremia. New England Journal of Medicine. 2000; 342: 21-31)

HIPOPLASIA: hypó ὑπό gr. cient. 'bajo nivel de' (sign. 1 'debajo de') + plas(íā) -πλασία gr. cient. 'formación celular'. Etimológicamente significa formación celular de bajo nivel. // **2.** Patol. general) Desarrollo insuficiente de un tejido u órgano, en general de origen congénito.

HIPOPLASIA DEL CLÍTORIS: Es el desarrollo menor al promedio, del volumen del cuerpo del clítoris. Aunque muchos síndromes se acompañan de hipoplasia del clítoris, es una variante anatómica normal observada en el 1% al 4% de las mujeres sin ninguna alteración en su respuesta sexual**.** (Alarcón N. Miguel A; Amaya F María V; Alarcón A. Miguel A. Anatomía Clínica del aparato genital femenino. Primera edición. México, Bogotá, Colombia. Editorial Manual Moderno. 2005.)

HIPOPLASIA MAMARIA: Es el desarrollo notoriamente menor al promedio, del volumen de uno o ambos senos.La hipoplasia bilateral debe llamar la atención del médico por la posibilidad de alguna falla endocrina, sobre todo de origen ovárico.// Mamas hipoplásicas y mamas pequeñas no son sinónimos. Las mamas pequeñas son una variante anatómica normal, que no producen ninguna alteración en la respuesta sexual ni en la producción de leche.

HIPOPLASIA TUBÁRICA: Es el desarrollo notoriamente menor de una o ambas trompas uterinas. Es un trastorno extraordinariamente raro.

HIPOPLASIA UTERINA: Es el desarrollo menor al promedio, del volumen del cuerpo del útero. El caso típico de hipoplasia uterina es el síndroem de Mayer- Rokitansky-Kuster- Hauser. Ver este síndrome.

HIPOPLASIA VAGINAL: Es el desarrollo menor al promedio, de la luz y de la longitud de la vagina. Suele acompañar al Síndrome de Mayer- Rokitansky-Kuster- Hauser. Ver este síndrome.

HIPOPLASIA VULVAR: Es la disminución del desarrollo de los labis mayores de la vulva. Es poco frecuente; se debe a una detención del desarrollo y se caracteriza por unos labios mayores adelgazados y sin vello, de aspecto senil, mientras que los menores y el clítoris son atróficos. No es una patología grave, pero el tratamiento hormonal es poco efectivo y no tiene tratamiento quirúrgico.

HIPOSISTOLIA: Alteración de las fuerzas expulsoras del trabajo de parto caracterizada por intensidad de las contracciones uterinas menor de 20 mm Hg. **(**Obstetrics and Gynecology Clinics of North America. Normal Labor: Mechanism and Duration. 32 (2005) 145 – 164)

HIPOTÁLAMO: Es la parte del diencéfalo que se extiende desde la región del quiasma óptico hasta el borde caudal de los cuerpos mamilares y lateralmente entre los tractos ópticos y la base de los pedúnculos cerebrales. Se encuentra debajo del tálamo (de ahí su nombre) y forma tanto el piso como gran parte de las paredes laterales del tercer ventrículo como una especie de manto plurineuronal multisináptico que en algunas regiones se condensa formando los llamados "núcleos". En la parte inferior, el piso del tercer ventrículo da origen a

una formación central y prominente llamada eminencia media, donde parece nacer el tallo de la hipófisis. Hacia abajo el hipotálamo se une a la calota peduncular del mesencéfalo. Su límite externo está constituido por la cápsula interna. El hipotálamo pesa unos 4 gramos y mide apenas 1 cm^2 pero representa una encrucijada para los impulsos nerviosos y hormonales, cuyo descubrimiento dió origen a la neuroendocrinología. La importancia fisiológica del hipotálamo está respaldada por una profusa irrigación sanguínea que por cierto es la más rica del sistema nervioso central. Existen diversas maneras de mencionar los núcleos hipotalámicos pero una forma fácil de identificarlos es ubicándolos en tres regiones: a-Región anterior o pretuberal: Aquí las neuronas son grandes (sistema magnocelular). Sus núcleos y hormonas de la reproducción son: a-1: Supraóptico o Supraquiasmático: Producen Oxitocina y hormona antidiurética. a-2: Preóptico. Produce Gn-Rh en escasa cantidad. a-3: Paraven tricular: Oxitocina y hormona antidiurética. a-4: Núcleo del área hipotalámica anterior. Interviene en el ritmo del sueño y de la vigilia. Produce baja de la temperatura corporal (en la hipertermia) mediante la producción de sudor, vasodilatación, etc.

HIPOTENSIÓN: Es definido como una presión arterial sistólica < 90 mm Hg o una disminución en 40 mm Hg de la línea de base de presión sistólica en ausencia de otras causas de caída o disminución de la presión arterial. En algunos pacientes la condición de vasoconstricción que caracteriza algunos estados de shock, limita la disminución de la presión arterial sistólica. (Danai, PA, Moss, M, Mannino, DM, Martin, GS. The epidemiology of sepsis in patients with malignancy. Chest 2006; 129:1432 / Balk, RA. Severe sepsis and septic shock. Definitions, epidemiology, and clinical manifestations. Crit Care Clin 2000; 16:179 / Levy, MM, Fink, MP, Marshall J. International Sepsis Definitions Conference. Crit Care Med 2003; 31:1250 / Martin, GS, Mannino, DM, Eaton, S, Moss, M. The epidemiology of sepsis in the United States from 1979 through 2000. N Engl J Med 2003; 348:1546)

HIPOTIROIDISMO: El hipotiroidismo refleja una glándula tiroides hipoactiva. El hipotiroidismo significa que la glándula tiroides no es capaz de producir suficiente hormona tiroidea para mantener el cuerpo funcionando de manera normal. Las personas hipotiroideas tienen muy poca hormona tiroidea en la

sangre. Las causas frecuentes son: enfermedad autoinmune, la eliminación quirúrgica de la tiroides y el tratamiento radiactivo.

HIPOTIROIDISMO CLÍNICO DEL EMBARAZO: Corresponde a un tipo de patología tiroidea que complica 1 – 3 de cada 1000 embarazos y se caracteriza por niveles altos de TSH y niveles bajos de T4 libre. Tiene una prevalencia de 2.5% y se manifiesta por síntomas vagos no específicos consistentes en fatiga, constipación, intolerancia al frío y calambres musculares que pueden progresar a insomnio, ganancia de peso, síndrome del túnel del carpo, pérdida del cabello, cambios en el tono de la voz y enlentecimiento intelectual. La principal causa de hipotiroidismo clínico en el embarazo es la Tiroidistis Autoinmune Crónica o Tiroiditis de Hashimoto; otras causas importantes son deficiencia endémica de yodo, terapia ablativa, tiroidectomía o alteraciones hipofisiarias o hipotalámicas conocido como Hipotiroidismo Central. El hipotiroidismo clínico está relacionado con pérdida del embarazo, preeclampsia, abrupcio de placenta, RCIU y muerte in útero. El tratamiento de elección es la Levotiroxina Sódica con el objetivo de mantener niveles de TSH en rango de normalidad, realizando seguimiento en intervalos de 6 – 8 semanas con TSH y T4 libre para realizar ajustes de la dosis. (Casey, B. Leveno, K. Thyroid disease in pregnancy. Obstetrics and Gynecology. 2006; 108 (5): 1283-1294)

HIPOTIROIDISMO SUBCLÍNICO DEL EMBARAZO: Corresponde a un tipo de patología tiroidea que complica el embarazo en el 2 – 5% de los casos y se caracteriza por niveles elevados de TSH y niveles normales de T4 libre. Clínicamente se manifiesta por síntomas como fatiga, constipación, calambres musculares, intolerancia al frío, fascies abotagadas, entre otros, que pueden ser confundidos con síntomas iniciales del embarazo. El hipotiroidismo subclínico se ha relacionado con alteraciones en el neurodesarrollo fetal y por lo tanto alteraciones neurológicas en la vida perinatal, lo que ha llevado a plantear la posibilidad del uso de levotiroxina para mantener niveles de TSH en rango de normalidad; sin embargo, en la actualidad el American College of Obstetrics and Gynecologists no recomienda el tratamiento médico de pacientes con hipotiroidismo subclínico. (Casey, B. Leveno, K. Thyroid disease in pregnancy. Obstetrics and Gynecology. 2006; 108 (5): 1283-1294)

HIPOTIROIDISMO-DISGENESIA GONADAL,SÍNDROME:

HIPOTIROXINEMIA AISLADA DEL EMBARAZO: Corresponde a una patología en el espectro de la enfermedad tiroidea caracterizado por niveles normales de TSH y niveles bajos de T4 libre. Usualmente esta condición es secundaria a deficiencia de yodo en la ingesta o alteraciones hipotalámicas o hipofisiarias, con una prevalencia menor del 1%. Clínicamente se manifiesta por síntomas inespecíficos. El diagnóstico se realiza con niveles bajos de tiroxina libre (T4 libre) de acuerdo a la edad gestacional con niveles normales de TSH. La hipotiroxinemia aislada del embarazo se ha relacionado con alteraciones del neurodesarrollo fetal aunque no existe evidencia suficiente que soporte su estudio y tratamiento durante el embarazo. (Casey, B. Leveno, K. Thyroid disease in pregnancy. Obstetrics and Gynecology. 2006; 108 (5): 1283-1294)

HIPOTONIA: Alteración de las fuerzas expulsoras del Trabajo de Parto caracterizada por tono uterino mayor de 12 mm Hg. (Liao, JB. Buhimschi, C. Normal Labor: Mechanism and Duration. Obstetrics and Gynecology Clinics of North America. 2005. 32: 145 – 164)

HIPOVOLEMIA: Hace referencia a una disminución del volumen del líquido intravascular. (Residentes de Medicina Interna. Urgencias en Medicina Interna. Trastornos Hidroelectrolíticos. Primera Edición. Bucaramanga. Publicaciones del Común Ltda. 2004. 135-158)

HIPOXEMIA: Es una condición que se caracteriza por disminución de la oxigenación de sangre arterial, que trae como consecuencia menor disponibilidad de oxígeno para las diferentes reacciones químicas y enzimáticas intracelulares dependientes de oxígeno. El diagnóstico se realiza con los siguientes criterios: $PaO_2 < 60$ mm Hg, $SaO_2 < 90\%$, $PaO_2/FIO_2 < 300$, D (A-a) $O_2 > 5$ -10 mm Hg. (Hernandez, A. Insuficiencia Respiratoria. Modos de ventilación mecánica. Revista Cubana de Medicina Intensiva y Emergencias. 2002; 1: 82-84)

HIPOXEMIA FETAL: Condición patológica fetal caracterizada por disminución de la presión arterial de oxígeno ($SaO_2 < 90$) que genera

disfunción celular a nivel del sistema nervioso central, cuyas primeros efectos se aprecian en la disminución de tono fetal, movimientos fetales, movimientos respiratorios y disminución de la frecuencia cardiaca fetal. El estado de hipoxemia fetal estimula los quimiorreceptores aórticos y carotídeos, lo cual genera estados de desaceleración tardía en el monitoreo electrónico fetal, al mismo tiempo que induce un fenómeno de redistribución del flujo de salida ventricular aumentando el flujo hacia órganos blanco como el cerebro, el corazón, las suprarrenales y la placenta y/o disminuyendo el flujo hacia los riñones, los pulmones, los intestinos, el hígado, etc. (Manning, F. Fetal Biophysical Profile: a critical appraisal. Clinical Obstetrics and Gynecology. 2002; 45: 975 – 985)

HIRSUTISMO: **1.** Es la presencia de vello en las áreas femeninas que solo deben tener lanugo: Labio superior,mentón,pecho,toda la espalda,todo el abdómen, los brazos y los muslos. El hirsutismo como alteración de la pilosidad corporal femenina fue clasificada por David Ferriman del Hospital Middlesex de Londres en 1.961 ,pero incluía el vello de los antebrazos y piernas por lo cual 20 años después fué modificada por Richard Hatch de la Universidad de Chicago. Esta es la clasificación de Ferriman -Hatch que va de 1 a 4 puntos según la cantidad de vello. En la fisiopatología del hirsutismo se incluyen a) Aumento de la producción de andrágenos. b) Alteración en la globulina ligadora de hormona sexual (GLHS) c) Alteración en el metabolismo de los andrógenos en lapiel y folículos pilosos. Alrededor del 80% de la T circulante está ligadaa una Beta-globulina conocida como Globulina Ligadora de Hormona Sexual (GLHS). Aproximadamente el 19% está debidamente atada a la albúmina, llevando alrededor de 1% no ligada. La androgenicidad es dependiente principalmente de la fracción no unida y en parte a la fracción asociada con albúmina. Las DHEA,DHEA-S y A no están significativamente ligadas a proteínas. La GLHS es una glicoproteína que se produce en el hígado, su concentración plasmática es regulada entre otras cosas por el balance andrógeno/estrógeno, hormona tiroidea, insulina y factores dietéticos; está involucrada en el transporte de esteroides sexuales en plasma y su concentración es afectada por un número de enfermedades diferentes. Las causas endógenas que más frecuentemente producen

hirsutismo son los Tumoresováricos (arrenoblastomas,gonadoblastomas, tumores, de células lipoides, degerminomas, tumor de Brenner,tumor de la teca granulosa, Síndromedeovario poliquístico), Síndrome de hipertecosis, Virilización del embarazo (Iuteoma), las causas idiopáticas incluyen incremento de la actividad de la S-Reductosa, el incremento de la sensibilidad de los receptores androgénicos, trastornos adrenales (Tumores adrenocorticales como los adenomas y carcinomas, el Síndrome de Cushing, la Hiperplasia adrenal congénita (homocigota y heterocigota. Menos Frecuentes: Hiperprolactinemia, Acromegalia. Las sustancias exógenas que más frecuentemente pueden producir hisrutismo son: .Andrágenos(particularmente T), Esteroides anabólicos (derivados), .Androgénicos, Danazol, Minoxidil, Diasóxido, Ciclosporina, sulfato de estreptomicina, Difenilinidantoina sódica, Corticosteroide(19-Nortestosterona progestacional como componente de los ACO. (Somani N , et al. The clinical evaluation of hirsutism. Dermatol Ther. 2008 Sep-Oct;21(5):376-91).// 2. Es la presencia de vello en las áreas femeninas que solo deben tener lanugo: Labio superior, mentón, pecho, toda la espalda,todo el abdómen, los brazos y los muslos. El hirsutismo como alteración de la pilosidad corporal femenina fue clasificada por David Ferriman del Hospital Middlesex de Londres en 1.96, pero incluía el vello de los antebrazos y piernas por lo cual 20 años después fué modificada por Richard Hatch de la Universidad de Chicago. Esta es la clasificación de Ferriman - Hatch que va de 1 a 4 puntos según la cantidad de vello:

Se puede afirmar que hay hirsutismo cuando el puntaje es igual o superior a 8 puntos. Las diferentes causas de hirsutismo se relacionan con el exceso de andrógenos.

HISTERA (griego Hystera: matriz): Esta raiz se utiliza para numerosos términos técnicos relacionados con el útero: histerectomía, histerorrafia, histeroscopia, etc. //La raiz histera dio origen a la palabra histeria, introducida en la medicina antígua por Sorano de Efeso (siglo II) en su libro ”De arte obstetrica morbisque mulierum”. Según este autor, la histeria se originaba en la represión e insatisfacción de los estímulos eróticos de la mujer. Esta teoría se mantuvo inmodificable durante siglos, y en cierta forma fue reafirmada por

Sigmund Freud al considerar que la histeria era una explosión fatal en el plano psíquico de una sexualidad reprimida por los preceptos morales.

HISTERECTOMÍA: Extirpación quirúrgica del útero. La histerectomía constituye la segunda cirugía más efectuada en mujeres en edad fértil.Toma diferentes nombres complementarios de acuerdo a la cantidad de útero, a la cantidad de tejido adicional que acompaña al útero extraido,a la vía de abordaje y a la manera como se deje o se extirpe el manguito fascial del cuello.

HISTERECTOMÍA ABDOMINAL: Es la cirugía que extirpa el útero mediante laparotomía. Se menciona como abdominal para diferenciarla de la vaginal. Otra forma de histerectomía abdominal es la realizada mediante laparoscopia pero en este caso se menciona como histerectomía laparoscópica.

HISTERECTOMÍA ABDOMINAL CON EXENTERACIÓN PARCIAL Ó TIPO V: Es la extirpación del útero, más todos los anexos mencionados en la Histerectomía Radical, más resección de la parte distal del uréter, más resección de una parte de la vejiga. Dada la morbilidad que implica para la paciente este tipo de cirugía, se ha abandonado casi por completo, para darale paso a la radioterapia y a la quimioterapia, combinadas con la cirugía menos extensa.(Johnatan Berek y col. Ginecología de Novak. 12ª edición. Edit McGraw.Hill, México, tomo II, 1997)

HISTERECTOMÍA ABDOMINAL MÁS S. O. B. Es la cirugía en la cual se realiza extirpación del útero más los ovarios y las trompas. La sigla SOB significa Salpingo.Ooforectomía Bilateral.

HISTERECTOMÍA ABDOMINAL MÁS S. O. D. Es la cirugía en la cual se realiza extirpación del útero más el ovario y la trompa derecha. La sigla SOD significa Salpingo-Ooforectomía Derecha.

HISTERECTOMÍA ABDOMINAL MÁS S. O. I. Es la cirugía en la cual se realiza extirpación del útero más el ovario y la trompa izquierda. La sigla SOI significa Salpingo-Ooforectomía Izquierda.

HISTERECTOMÍA ABDOMINAL TOTAL: Es la extirpación del útero en su totalidad, es decir, del cuerpo y del cuello. La palabra total quiere diferenciar esta cirugía de la subtotal, en la cual no se extirpa el cuello. // La histerectomía total tiene la ventaja de que elimina cualquier patología que se esté desarrolando al momento de la cirugía(miomatosis, carcinoma del cuello, carcinoma del endometrio, etc).

HISTERECTOMÍA AMPLIADA Ó TIPO IV: Ver Histerectomía tipo IV

HISTERECTOMÍA DE AMREICH: Ver Histerectomía radical por vía vaginal

HISTERECTOMÍA de MEIGS: Ver Histerectomía de radical modificada de Wertheim-Meigs

HISTERECTOMÍA DE PORRO: Ver Histerectomía de urgencia.

HISTERECTOMÍA DE SCHAUTA: Ver Histerectomía Radical por Vía Vaginal

HISTERECTOMÍA de SCHAUTA–AMREICH-STOCKEL: Ver abajo Histerectomía radical por vía vaginal.

HISTERECTOMÍA DE STOCKEL: Ver Histerectomía radical por vía vaginal

HISTERECTOMÍA DE URGENCIA: Es la extirpación del útero, el mismo día que se diagnostica una causa que pone en riesgo la integridad o la vida de la paciente. Una causa frecuente de histerectomía urgente es la atonía uterina post-parto o post-cesárea. En este caso se puede llamar también Histerectomía de Porro, en honor a Edoardo Porro(1842-1902), obstetra italiano, del Ospedale Magiore en Milán profesor de la Universidad de Pavía, quie realizó con éxito la primera cesárea-histerectomía sin que la paciente ni el recién nacido fallecieran. (Porro E. Della amputazione utero-ovarica come compelmento di taglio cesareo . Ann Univ Med Chir (Milan) 237 (1876).// 2-Hatem A. Mousa and Zarko Alfirevic . Major Postpartum Hemorrhage: Survey Of Maternity Units in the United Kingdom. Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica Volume 81 Issue 8, Pages 727 – 730)

HISTERECTOMÍA DE WERTHEIM: Ver Histerectomía radical modificada de Werthei-Meigs.

HISTERECTOMÍA de WERTHEIM-MEIGS: Ver Histerectomía radical modificada de Werthei-Meigs.

HISTERECTOMÍA EXTRAFASCIAL: Es la histerectomía que se realiza por fuera de la fascia. Quiere decir que el útero se extirpa con el manguito fascial que rodea el cuello (a donde confluyen los ligamentos úterosacros, los cervicales laterales y los cérvico-vésico-pubianos). Se realiza especialmente en los procedimientos quirúrgicos en los cuales la paciente tiene un cáncer del útero, y se desea resecar los tejidos del cuello que puedan tener células malignas. .(Johnatan Berek y col. Ginecología de Novak. 12ª edición. Edit McGraw.Hill, México, tomo II, 1997)

HISTERECTOMÍA INTRAFASCIAL: Es la histerectomía que se realiza por dentro de la fascia. Quiere decir que el útero se extirpa sin el manguito fascial que rodea el cuello (a donde confluyen los ligamentos úterosacros, los cervicales laterales y los cérvico-vésico-pubianos). Se realiza especialmente en los procedimientos quirúrgicos en los cuales la paciente tiene una patología benigna y no importa dejar en la paciente los tejidos, los linfáticos y los ganglios que están cerca del cuello. La principal ventaja de la histerectomía intrafascial es la minimización del riesgo de lesional los uréteres. .(Johnatan Berek y col. Ginecología de Novak. 12ª edición. Edit McGraw.Hill, México, tomo II, 1997)

HISTERECTOMÍA LAPAROSCÓPICA: Es la cirugía en la cual se extirpa el útero mediante instrumentación introducida con técnica endoscópica a través de la pared amdominal. Ver Histerectomía total laparoscópica.

HISTERECTOMÍA MÁS CIRUGÍA DE BRUNSCHWIG: Corresponde a un procedimiento quirúrgico planteado por Brunshwig en 1948 para el tratamiento del cáncer de cérvix. Este procedimiento también era conocido como Evisceración Pélvica y se ha empleado como tratamiento para diversas neoplasias malignas pélvicas. El procedimiento incluye tres posibilidades: Evisceración total que corresponde a la extirpación de las vísceras pélvicas, incluyendo vejiga y recto-sigmoide; Evisceración anterior que corresponde a la

extirpación de la vejiga y todas las vísceras pélvicas conservando el recto-sigmoide, derivando el tracto urinario hacia un conducto ileal o sigmoide; Evisceración posterior que corresponde a la extirpación del recto-sigmoide junto con todas las vísceras pélvicas conservando de la vejiga, derivando el tracto intestinal por colostomía. (Phillip, J. Disaia, W. Clinical Gynecologic Oncology. Cervical Cancer. Sexta edición. Editorial Elsevier. Madrid, España. 2002. pp 90 – 145)

HISTERECTOMÍA RADICAL AMPLIADA ó TIPO IV: Es una ampliación de la Histerectomía tipo III o de Wertheim-Meigs. En la radical ampliada se reseca además el tejido periuretral, más la arteria vesical superior, y las tres cuartas partes de la vagina.

HISTERECTOMÍA RADICAL de MEIGS: Ver Histerectomía radical de Wertheim-Meigs.

HISTERECTOMÍA RADICAL MODIFICADA o HISTERECTOMÍA ó TIPO II: Se extirpa el útero más la mitad de los ligamentos útero-sacros, más la mitad de los ligamentos cervicales laterales (también llamados ligamentos de Mc Kenrodt, que en la práctica equivale a extirpar la mitad de los parametrios) más linfadenectomía. Originalmente esta cirugía, propuesta por Wertheim , solo incluía la extirpación de los ganglios aumentados de tamaño. .(Johnatan Berek y col. Ginecología de Novak. 12ª edición. Edit McGraw.Hill, México, tomo II, 1997)

HISTERECTOMÍA RADICAL MODIFICADA ó TIPO III ó de WERTHEIM-MEIGS: Debe su nombre al aporte que hicieron a la histerectomía los ginecólogos Ernst Wertheim, austríaco, director de la Frauenklinik de Viena, y Joe Vincent Meigs, ginecólogo norteamericano, cuya vida profesional estuvo dedicada a la gineco-oncología en el Cancer Hospital de Massachussets.// **1.** Es una histerectomía radical más linfadenectomía realizada por vía abdominal para tratamiento quirúrgico del cáncer de cérvix ***//*** **2.** Intervención quirúrgica utilizada para el tratamiento de cáncer de cuello uterino, consiste en extirpar el útero en bloque junto con la lesión primaria del cuello uterino el tejido circundante hasta la pelvis incluyendo la mayor parte de los ligamentos cardinales y útero sacros, más el tercio superior o la mitad superior de la

vagina, más linfadenectomía pélvica de los ganglios que acompañan a la aorta en la zona cercana a su bifurcación, las arterias iliacas y la fosa obturatriz.. (Razetti L. La histerectomía y la lucha contra el cáncer. Gac Méd Caracas. 1916;23:137-144.). Cuando se realiza esta cirugía por vía vaginal se llama histerectomía de Schauta o Radical por vía vaginal de tipo III. // **3.**Corresponde a una técnica quirúrgica empleada para el tratamiento del cáncer de cérvix. La técnica consiste en histerectomía vaginal radical con identificación de ambos uréteres, ligadura de arterias uterinas medial a los uréteres, ligadura del ligamento uterosacro en su porción media y resección de ligamentos cardinales desde su origen. El procedimiento fue descrito por primera vez por *Werthein*, quien publicó sus primeros 500 casos en 1912, con una tasa de complicaciones mayores del 40% y mortalidad operatoria del 18%. Debe su nombre al Dr. Ernst Wertheim(1864-1920), ginecólogo austriaco nacido en Graz, alumno y asistente del profesor Friedrich Schauta, director de la Frauenclinik de Viena. (Jemal, A, Siegel, R, Ward, E, et al. Cancer statistics, 2007. CA Cancer J Clin 2007; 57:43 // .(Johnatan Berek y col. Ginecología de Novak. 12ª edición. Edit McGraw.Hill, México, tomo II, 1997)

HISTERECTOMÍA RADICAL o TIPO III: Fue una modificación del Dr Meigs a la cirugía de Wertheim. Ver Histerectomía Radical Modificada de Wertheim – Meigs.

HISTERECTOMÍA RADICAL POR VÍA VAGINAL ó VAGINAL TIPO III : Debe su desarrollo al profesor Friedrich Schauta en 1901, director de la Frauenklinic de Viena, quien postuló que todas las histerectomías se deberían realizar por vía vaginal, incluidas las que se hacían por cáncer de cérvix. Se mantuvo esta técnica hasta la aparición de la técnica del Dr Ernst Wertheim, alumno de Schauta, quien bajó las cifras de mortalidad cuando demostró que la histerectomía con linfadenectomía por vía abdominal bajaba las cifras de mortalidad por cáncer de cérvix. (Wertheim E. *Die erweiterte abdominale Operation bei Carcinoma colli uteri (auf Grund von 500 Fällen).* Berlin and Vienna, 1911).

HISTERECTOMÍA SIMPLE o HISTERECTOMÍA TIPO I: Es la extirpación del útero sin ninguna otra cirugía adicional (no se extirpana ganglios linfáticos, anexos u otros tejidos)

HISTERECTOMÍA SUBTOTAL: Es la histerectomía, generalmente realizada por vía abdominal, en la cual se extirpa solamente el cuerpo uterino y se deja in situ el cuello. Los motivos más frecuentes de histerectomía subtotal son el deseo de mantener el piso pélvico con el mínimo trauma, evitar una lesión de los uréteres cuando hay adherencias o una compactación de las vísceras pélvicas, o cuando las condiciones de la paciente exigen una histerectomía muy rápida (por ejemplo en una histerectomía de urgencia por atonía uterina con sangrado profuso).

HISTERECTOMÍA SUPRACERVICAL LAPAROSCÓPICA: La histerectomía supracervical laparoscópica surge a partir de 1989. Permite y facilita lo mismo que la histerectomía total laparoscópica, pero una de las principales ventajas es que mantiene la indemnidad del SP. Además permite acortar los tiempos operatorios, es un procedimiento mínimamente invasivo y se asocia a menos pérdida de la función sexual, menos posibilidad de complicaciones y menos lesiones y síntomas urinarios. En opinión de Solá y col, esta cirugía tiene múltiples ventajas, respecto a otras similares: Tiene menor invasión al compararla con las otras histerectomías, el tiempo operatorio oscila entre 25 y 60 minutos, no queda cicatriz vaginal y las cicatrices abdominales (por la entrada de los trócares) son mínimas. Permite una rápida reinserción laboral (en promedio entre los 7 y 10 días postoperatorios), facilita el reinicio de la actividad sexual a los 15 días del postoperatorio, no tiene complicaciones de la cúpula vaginal, no produce dispareunia, previene la incontinencia urinaria de esfuerzos, el prolapso de cúpula vaginal y el enterocele.(Vicente Solà D., Paolo Ricci A., Jack Pardo S., Enrique Guiloff F. Histerectomía: una mirada desde el suelo pélvico. Rev Chil Obstet Ginecol 2006; 71(5): 364-372)

HISTERECTOMÍA TIPO I: Histerectomía simple, sin importar la vía por la cual se realice.

HISTERECTOMÍA TIPO II: Es la Histerectomía Radical modificada. Ver este término

HISTERECTOMÍA TIPO III: Es la Histerectomía Radical. Ver este término

HISTERECTOMÍA TIPO IV : Es la Histerectpomía Radical ampliada o radical extendida. Ver Histerectomía Radical Ampliada.

HISTERECTOMÍA TIPO V: Es la histerectomía más exenteración parcial (vaciamiento parcial) de la pelvis. Ver Histerectomía con Exenteración Parcial.

HISTERECTOMÍA TOTAL LAPAROSCÓPICA: Es la extirpación del útero en su totalidad por vía laparoscópica, sin utilizar la vía vaginal para extraer la pieza. Para que sea completamente laparoscópica se requiere la fragmentación del útero en porciones pequeñas que faciliten su extracción a través de los cilindros del laparoscopio; para este fín se utiliza un morcelador eléctrico que extirpa el útero en forma de cilindros, de manera muy fácil y rápida. Para utilizar esta técnica con confianza, se debe estar seguro que la paciente no tiene ninguna patología maligna en el útero. // La histerectomía total laparoscópica permite y facilita el tratamiento de patologías como endometriosis y adherencias. Facilita la remoción ovárica, la sección del ligamento ancho, la identificación de los uréteres, y permite realizar una hemostasia prolija. Las complicaciones fluctúan alrededor de un 10%.

HISTERECTOMÍA TOTAL: Hace referencia a la extirpación completa del útero. La palabra total quiere diferenciar la técnica de la subtototal en la cual se deja el cuello, o el cuello y una pequeña parte del cuerpo.

HISTERECTOMÍA VAGINAL: Es la extirpación del útero a través de la vagina como única vía. La histerectomía vaginal permite abrir con facilidad el fondo de saco útero-vesical y el fondo de saco de Douglas. Además facilita la sección de los ligamentos úterosacros y cardinales, así como de ambas arterias uterinas. La causa más frecuente de histerectomía por vía vaginal es el prolapso genital total, en el cual hay un histerocele grado III.

HISTERECTOMÍA VAGINAL ASISTIDA POR LAPAROSCOPIA: Es la extirpación del útero mediante una técnica doble que involucra la vía abdominal

por laparoscopia y la vía vaginal. Por vía laparoscópica se realiza el corte de los anexos, de los ligamentos anchos y úterosacros, pero la extirpación del órgano se realiza por vía vaginal, lo cual favorece el estudio de la pieza sin distorsión de su anatomía. Generalmente hay doble cirujano, uno para el procedimiento laparoscópico y otro para el procedimiento vaginal, pero bien puede un solo cirujano hacer las dos vías por etapas. La histerectomía vaginal asistida por laparoscopia permite conjugar las bondades de la histerectomía laparoscópica y la histerectomía vaginal, con complicaciones que llegan a un 5% aproximadamente.

HISTERECTOMÍA, VARIANTES: Las variantes más frecuentes de la histerectomía son: histerectomía abdominal total, histerectomía vaginal, histerectomía total laparoscópica, histerectomía vaginal asistida por laparoscopia, histerectomía supracervical laparoscópica. (American Collage of Obstetricians and Gynecologists. Surgical alternatives to hysterectomy in the management of leiomyomas. ACOG practice bulletin; n°16, May 2000)

HISTEROCELE: Corresponde a la protrusión o herniación del útero hacia la cavidad vaginal. Se presenta como consecuencia de la capacidad del piso pélvico para sostener estructuras secundario a factores como partos vaginales múltiples, partos intrumentados con fórceps, desgarros perineales durante el parto, tos crónica, estreñimiento crónico y debilitamiento muscular por hipoestrogenismo relacionado con la edad; las causas relacionadas con el proceso incluyen insuficiencia del piso pélvico, relajación de los medios de suspensión y alteraciones en la pared abdominal. Los síntomas incluyen sensación de masa a nivel vaginal, dificultad para la micción, incontinencia urinaria cuando se asocian con cistocele; puede presentarse ulceración del órgano herniado y complicación con proceso infeccioso. El tratamiento depende de la edad, la paridad de la paciente y los síntomas referidos; en pacientes con paridad satisfecha y síntomas floridos se justifica la histerectomía vaginal. (Iklé. Käser. Hirsch. Atlas de Cirugía Ginecológica. Cirugía vaginal en prolapsos pélvicos. Primera edición. Madrid, España. Marbán Libros, S, L. 2000. 256-287)

HISTEROPEXIA: Cirugía en la cual se suspende el útero de alguna estructura pelviana, que recupere total o parcialmente su posición anatómica original.

HISTERORRAFIA: Es la sutura del útero. La histerorrafia más frecuentemente realizada cada día en el mundo es la sutura del útero durante la cesárea // El célebre escrito de François Russet " Traité nouveau de l´hysterotomotike ou l´enfantement césarien ", publicado en Paris en 1581,traducido al latín y alemán, considerado un documento muy importante de consulta para quienes operaban en Europa , recomendó dejar el útero sin sutura después de la cesárea pues impedía la contracción normal en el puerperio. Este falso concepto perduró asombrosamente durante tres siglos y fue uno de los factores que contribuyó a que la mortalidad materna en Europa se mantuviera en el 100% hasta mediados del siglo XIX. Puesto que realizar una cesárea equivalía a una muerte por hemorragia o infección , en el siglo XVIII Fray Antonio José Rodríguez de España condenaba la cesárea con estas palabras: "Pecará gravemente quien la ordene y estará a la altura de un verdadero homicida" . Aún a mediados del siglo XIX se discutía que la sutura del útero era causa de infección y que era suficiente con una buena limpieza. Max Sänger , ayudante de Credé en la Clínica Universitaria de Leipzig , introdujo y popularizó la sutura del útero desde 1892. Las primeras suturas eran de seda o lino. Por esta época se utilizó por primera vez con éxito el hilo de plata.

HISTEROSAPINGOGRAFÍA: **1.**Es la visualización con rayos X de la cavidad uterina y de la luz de las trompas mediante un líquido yodado de contraste que se inyecta a través del cérvix. Se utiliza para pacientes con trastorno de la fertilidad en quienes se sospecha obstrucción tubaria o alteraciones de la cavidad endometrial. La sigla para este examen es HSG// **2.** Corresponde a un procedimiento de evaluación de la cavidad uterina a través de la distensión de la cavidad endometrial con solución salina estéril y posterior evaluación ecográfica por vía transvaginal. Las indicaciones incluyen: infertilidad, pérdida gestacional recurrente, hemorragia uterina anormal, miomas submucosas, pólipos endometriales, sinequias o malformaciones uterinas, sospechas de tuberculosis genital. El procedimiento consiste en la

inserción de una sonda foley a través del canal cervical previo a la limpieza del mismo, posterior insuflación de solución salina estéril y evaluación ecográfica con transductor transvaginal; es necesario una evaluación ecográfica transvaginal de base previa a la inserción de la sonda. Las complicaciones más comúnmente mencionadas son dolor pélvico, infección, sangrado genital abundante, reacciones vasovagales; estas complicaciones se presentan en forma esporádica.// **2.** Corresponde a un procedimiento de evaluación de la cavidad uterina a través de la distensión de la cavidad endometrial con solución salina estéril y posterior evaluación ecográfica por vía transvaginal. Las indicaciones incluyen: infertilidad, pérdida gestacional recurrente, hemorragia uterina anormal, miomas submucosas, pólipos endometriales, sinequias o malformaciones uterinas, sospechas de tuberculosis genital. El procedimiento consiste en la inserción de una sonda foley a través del canal cervical previo a la limpieza del mismo, posterior insuflación de solución salina estéril y evaluación ecográfica con transductor transvaginal; es necesario una evaluación ecográfica transvaginal de base previa a la inserción de la sonda. Las complicaciones más comúnmente mencionadas son dolor pélvico, infección, sangrado genital abundante, reacciones vasovagales; estas complicaciones se presentan en forma esporádica. (Hirsh, A. Käser, O. Atlas de Cirugía Ginecológica. Intervenciones diagnósticas y terapéuticas menores. Editorial Marbán Libros. Madrid, España, 2000. pp 13-36)

HISTEROSCOPIA: 1. Procedimiento diagnóstico utilizado para observar la cavidad endometrial mediante un instrumento llamado histeroscopio ó microcolpohisteroscopio. Con la ayuda del histeroinsuflador de Metromat o el microhisteroinsuflador de Hamou se dilata la cavidad endometrial con soluciones líquidas (Dextrosa en solución salina con dextrano-70 al 5%,solución salina, dextrosa en agua al 5%, solución de glicocola, solución urológica de Mein,etc) o con gas carbónico. La histeroscopia puede ser solo diagnóstica o para intervención quirúrgica.// **2.** Corresponde a la visualización endoscópica de la cavidad uterina empleando un instrumento conocido como histeroscopio. El procedimiento puede ser diagnóstico o terapéutico empleando histeroscopios rígidos o flexibles. Usualmente se emplea el histeroscopio rígido que consiste en un sistema óptico con un diámetro entre 4 y 5 mm y un canal

para introducir el medio de distensión y otras funciones. El procedimiento consiste en realizar evacuación de vejiga con sonda de foley, con la paciente en posición de litotomía se realiza especulocopia, se pinza el labio anterior o posterior del cérvix, se introduce el histeroscopio, se realiza la distensión de la cavidad uterina con diferentes medios dentro de los cuales se encuentran dióxido de carbono, dextrano 70 al 32% en solución de glucosa al 10% o medios de bajo peso molecular como solución de Dextrano al 4 – 6 % y se realiza la evaluación de la cavidad uterina. Las contraindicaciones de la histeroscopia incluye la presencia de infección pélvica aguda, sangrado uterino excesivo, cáncer cervical o las contraindicaciones para el procedimiento anestésico. Dentro de las complicaciones descritas se encuentran sobrecarga de líquidos, lesión electroquirúrgica, sangrado uterino, reacciones vasovagales, embolismo, infección, diseminación de células tumorales en patología neoplásica no diagnosticada previamente. (Farquhar, C, Ekeroma, A, Furness, S, Arroll, B. A systematic review of transvaginal ultrasonography, sonohysterography and hysteroscopy for the investigation of abnormal uterine bleeding in premenopausal women. Acta Obstet Gynecol Scand 2003; 82:493

HISTEROSCOPIA DIAGNÓSTICA: 1. Observación de la cavidad endometrial mediante un endoscopio, con el propósito de buscar la causa de un sangrado irregular, un dolor de origen uterino, una masa endocavitaria,etc// **2.** Corresponde a un tipo de histeroscopia que se emplea con fines diagnósticos cuyas indicaciones más importantes son: sangrado uterino anormal, estudio de infertilidad, cuerpos extraños, evaluación de hallazgos anormales en ecografía pélvica, estadificación del carcinoma de endometrio si se sospecha compromiso del cérvix. El procedimiento se realiza en forma convencional y se puede realizar biopsias de lesiones sospechosas si es necesario. (Farquhar, C, Ekeroma, A, Furness, S, Arroll, B. A systematic review of transvaginal ultrasonography, sonohysterography and hysteroscopy for the investigation of abnormal uterine bleeding in premenopausal women. Acta Obstet Gynecol Scand 2003; 82:493

HISTEROSCOPIA OPERATORIA: Corresponde a un tipo de histeroscopia que se emplea con fines terapéuticos cuyas indicaciones más importantes son: resección de pólipos endometriales, miomas o alteraciones sospechosas a

nivel endometrial, liberación de adherencias endometriales, extracción de cuerpos extraños, realización de ablación endometrial en pacientes con menometrorragias de origen desconocido y resistente al tratamiento. (Farquhar, C, Ekeroma, A, Furness, S, Arroll, B. A systematic review of transvaginal ultrasonography, sonohysterography and hysteroscopy for the investigation of abnormal uterine bleeding in premenopausal women. Acta Obstet Gynecol Scand 2003; 82:493

HISTEROSCOPIA QUIRÚRGICA: Procedimiento en el cual se realiza una cirugía de la cavidad uterina con instrumentos accesorios al histeroscopio. Los histeroscopios quirúrgicos (Corionoscopio y Resectoscopio) tienen adaptadores para corte, radiocirugía, asas eléctricas y laser.

HISTEROSCOPIO DE CONTACTO: Instrumento de pequeño calibre utlizado para realizar la histeroscopia sin necesidad de dilatación cervical, que permite la visión directa sin distender la cavidad endometrial. Estas características permiten la histeroscopia ambulatoria.

HISTEROSCOPIO FLEXIBLE: Endoscopio utilizado para apreciar las características de la cavidad endometrial. Puesto que está elaborado con materiales dúctiles, permite el cambio de su curvatura para facilitar la visibilidad del observador.

HISTEROSCOPIO *ó* MICROCOLPOHISTEROSCOPIO: Instrumento óptico de luz fría utilizado para realizar examen o cirugía de la cavidad endometrial. Unos histeroscopios permiten solo la visión de contacto, otros la visión panorámica y otros combinan los dos sistemas.

HISTEROSCOPIO RÍGIDO: Endoscopio metálico utilizado para observar la cavidad **endometrial. No permite cambiar la forma del tubo.**

HISTERO-SONOGRAFÍA: para muchos autores equivale a una ecografía del útero, para otros es una ecografía de la cavidad uterina realizada generalmente por vía transvaginal, en la cual se introduce solución salina o un líquido similar en la cavidad endometrial para observar los perfiles de las masas que allí se encuentren. El líquido separa las paredes del útero y sirve de

ventana acústica para mejorar la visualización sonográfica de las tumoraciones o de las malformaciones congénitas.

HISTEROSUSPENSIÓN, CIRUGÍA DE ALEXANDER-ADAMS: Corresponde al procedimiento que se realiza para corregir la condición de retroversión uterina extrema. En este tipo de cirugía se emplean los ligamentos redondos para reponer en su posición normal de anteflexión. Fue propuesta por anatómico *Alexander* en 1881 y posteriormente *Adams* en 1882, publicó los resultados obtenidos. La cirugía consiste en buscar los ligamentos redondos, liberarlos, acortarlos y fijarlos de nuevo, de tal modo que el útero es llevado hacia delante como si fuera traccionado por dos bridas. Posteriormente se tracciona el ligamento redondo hasta que aparezca el cono peritoneal, el cual es desprendido del ligamento con bisturí o tijeras; si es necesario explorar los anexos se abre el cono peritoneal. (Heinrich, M. Operaciones Ginecológicas y sus fundamentos anatomotopográficos. Operaciones abdominales para corregir la posición del útero. Segunda edición. Editorial Labor. Madrid, España. 1999. pp 245 – 287)

HISTEROSUSPENSIÓN, CIRUGÍA DE COFFEY: Es un procedimiento quirúrgico mediante el cual se realiza histerosuspensión al ascender este órgano mediante acortamiento de los ligamentos redondos que se pliegan y se suturan por la cara anterior del útero. Sinónimo: Cirugía de Meigs modificada. (Hirsh, A. Käser, O. Atlas de Cirugía Ginecológica. Editorial Marbán Libros. Madrid, España, 2000. pp 32-46)

HISTEROSUSPENSIÓN, CIRUGÍA DE GARGIULO: Corresponde a una técnica quirúrgica empleada para la corrección de la posición del útero por vía laparoscópica. La técnica consiste en pasar un punto a través del ligamento redondo, a 3 – 5 cm desde su inserción en el cuerno uterino, con el fin de plicar el ligamento, para posteriormente llevarlo hacia la zona cornual y fijarlo con sutura extracorpórea; se realiza igual procedimiento del lado contralateral. Posteriormente una tercera sutura se realiza para aproximar los ligamentos utero-sacros a 3 cm desde su inserción. Se considera una técnica sencilla, segura y reproducible, efectiva para la corrección de la retroversión uterina asociada a dismenorrea y dolor pélvico crónico. (Sola, V. Sfeir, D. Suspensión

uterina laparoscópica con técnica de tres puntos. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología. 2006; 71 (6): 394 – 397)

HISTEROSUSPENSIÓN, CIRUGÍA DE GILLIAM: Corresponde a una técnica quirúrgica empleada para la suspensión uterina en la corrección de la retroversión. El procedimiento fue descrito por Gilliam y consiste en la fijación de los ligamentos redondos a la vaina del recto. Se ha considerado un procedimiento efectivo y con bajas tasas de complicaciones. (Lawrence, L. Lin, M. A review of laparoscopic uterine suspension procedures for uterine preservation. Current Opinion in Obstetrics and Gynecology. 2005; 17: 541 – 546)

HISTEROSUSPENSIÓN, CIRUGÍA DE OLSHAUSEN: Técnica quirúrgica para histerosuspensión mediante el plegamiento de los ligamentos redondos y sutura de los mismos a la vaina anterior de los músculos rectos para obligar el ascenso del útero. (DeCherney, A. Diagnóstico y tratamiento ginecoobstétricos. Cirguía Ginecológica. Séptima edición. Bogotá, Colombia. Editorial Manual Moderno. 1994. 1049-1067)

HISTEROSUSPENSIÓN, CIRUGÍA DE WEBSTER-BALDY-FRANKE-GUGGISBERG: Corresponde a un procedimiento que se realiza para corregir la retroversión uterina. El procedimiento consiste en traccionar el útero para visualizar los ligamentos anchos, perforar los ligamentos anchos de atrás hacia adelante, inmediatamente al lado de los bordes uterinos; a través de cada una de estas perforaciones se pasa un asa de ligamento redondo y se suturan ambas asas sobre la cara posterior del útero. Es necesario tener precaución que el asa de ligamento redondo no arrastre consigo la trompa uterina ni la acode. Debe su nombre a los aportes que hicieron a la histeropexia con esta técnica quirúrgica los Drs. John Montgomery Baldy (1860-1934.) y John Clarence Webster (1863-1950), ginecólogo canadiense. (Hirsh, A. Käser, O. Atlas de Cirugía Ginecológica. Editorial Marbán Libros. Madrid, España, 2000. pp 32-46) (Heinrich, M. Operaciones Ginecológicas y sus fundamentos anatomotopográficos. Operaciones abdominales para corregir la posición del útero. Segunda edición. Editorial Labor. Madrid, España. 1999. pp 245 – 287)

HISTEROSTOMÍA: Apertura de la pared uterina en la cual se dejaba una boca sin sutura después de la cesárea. Esta técnica que además de absurda es altamente peligrosa perduró durante tres siglos luego de la publicación de Francois Rousset de un folleto titulado “Traitté nouveau de l´hysterotomotokie ou enfantement caesarien”, Paris 1581. Esta obra fue traducida al latín y alemán por lo cual logró amplia difusión. En este documento el autor recomendaba “no suturar el útero porque su fuerza de retracción es tan grande que la sutura impide la involución normal”. Se logró desechar definitivamente la teoría de Rousset cuando el obstetra alemán Max Sänger demostró los beneficios de la histerorrafia en 1882.

HISTEROTOMÍA ARCIFORME ó de KERR ó INCISIÓN DE KERR: Apertura transversal de la pared uterina en forma de arco hacia arriba, de concavidad inferior, que se realiza en el segmento inferior del órgano durante la operación cesárea. Este tipo de incisión fue diseñado por el obstetra norteamericano J. M. Kerr en 1926 al modificar la incisión recta y transversal en la misma zona del útero, diseñada por el obstetra alemán Ferdinand Adolph Kherer en 1881. Otros sinónimos de la histerotomía arciforme que no han tenido mucha aceptación han sido incisión de Fuchs e incisión de Cattaneo. La histerotomía arciforme es la más utilizada en la actualidad para la cesárea segmentaria en el mundo.

HISTEROTOMÍA CORPORAL ó CLÁSICA: Apertura vertical de la pared uterina realizada en la cara anterior del cuerpo y parte del fondo del órgano. En la actualidad se reserva esta incisión para las estracciones muy laboriosas con el propósito de disminuir el riesgo de trauma fetal al mínimo posible. Se realiza en los fetos en situación transversa con dorso antero-inferior, en los fetos con hidrocefalia,en los siemeses,etc.

HISTEROTOMIA DE KERR: Ver Histerotomía arciforme.

HISTEROTOMÍA DE KHERER: Ver Histerotomía segmentaria transversal de Kherer.

HISTEROTOMÍA ó UTEROTOMÍA: Apertura de la pared uterina y cierre inmediato de la misma mediante puntos de rafia. La miomectomía, la cesárea

y la corrección de defectos de la pared uterina se realizan mediante histerotomía.

HISTEROTOMÍA SEGMENTARIA TRANSVERSAL RECTA ó HISTEROTOMÍA DE KHERER ó INCISIÓN DE KHERER: Corte transversal en forma recta que se realiza en el segmento inferior del útero durante la cesárea. El iniciador de la cesárea moderna fue el obstetra alemán Ferdinand Adolph Kherer (1837-1914) luego de realizar por primera vez este tipo de apertura uterina en el segmento inferior en una pequeña villa de Meckesheim,cerca de la ciudad de Heidelberg el 25 de Septiembre de 1881 en una paciente con deformidad de la pelvis por osteomalacia. En la actualidad muchos cirujanos realizan este mismo tipo de corte con el uso de bisturí, tijeras o de manera digital luego de haber hecho una pequeña ventana al miometrio. El obstetra norteamericano J.M.Kerr modificó la técnica de Kherer en 1926 al darle aspecto arciforme con la curvatura hacia arriba. Esta modificación busca eludir las arterias uterinas cuando se deba ampliar la incisión o cuando el tamaño del feto produzca desgarros laterales al ser extraido.

HISTEROTOMÍA SEGMENTARIA: Apertura de la pared uterina realizada en el segmento inferior del órgano para extraer el feto durante la cesárea. Este tipo de histerotomía le da el nombre a la cesárea segmentaria. Fue propuesta por primera vez de manera vertical por el obstetra inglés William Hunter en 1786.

HISTEROTOMÍA SEGMENTO-CORPORAL EN T INVERTIDA: Apertura longitudinal de la pared uterina que sigue el eje mayor del órgano, que compromete tanto el cuerpo como el segmento inferior realizada de urgencia luego de haber realizado incisión transversa en el segmento inferior, durante una cesárea en la cual el cirujano juzga que la súbita dificultad se resuelve con una herida uterina más amplia. Es el caso del feto en situación transversa con dorso antero-inferior, en los fetos con hidrocefalia,en los siemeses,etc. que no se habían diagnosticado antes de empezar la cirugía.

HISTEROTOMÍA SEGMENTO-CORPORAL VERTICAL: Apertura longitudinal de la pared uterina que sigue el eje mayor del órgano, que compromete tanto el cuerpo como el segmento inferior, realizada para extraer

el feto durante la cesárea. Ha sido propuesta por el obstetra inglés William Hunter en 1776, por Sänger en 1882 y por Krönig en 1912.

HISTORIA NATURAL DE UNA ENFERMEDAD: Es el curso que toma el trastorno patológico cuando no recibe ningún tipo de medicamentos o intervenciones que pudieran acelerar la mejoría o retardar la curación. Es frecuente que muchas enfermedades evolucionen sin intervención cuando se mantienen ocultas hasta poco antes de la muerte como ocurre con el cáncer renal. Otras enfermedades siguen su curso natural porque el paciente no está interesado en un tratamiento o porque las políticas de salud del estado le impiden acceder al tratamiento. Un estudio notoriamente antiético para conocer la historia natural de la sífilis fue realizado a 412 pacientes en el Hospital de Tuskegee en el condado de Macon, Alabama, entre los años 1932 y 1972. A estos pacientes se les mantuvo todo el tiempo solo con placebos a pesar de la introducción de la penicilina desde 1942 como tratamiento eficaz para el Treponema pallidum. Este programa fue ideado y ejecutado por funcionarios del Departamento de Salud Pública de los Estados Unidos. Los resultados fueron publicados en 1973 en el Final Report of the Tuskegee Syphilis Study ad hoc Advisory Panel, Washington DC, Public Health Series.

HIV: (acrónimo de virus de inmunodeficiencia humana) es el agente infeccioso determinante del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). Según el Comité Internacional de Taxonomía de Virus (ICTV) el VIH se incluye en el género *Lentivirus*, encuadrado en la subfamilia *Orthoretrovirinae* de la familia *Retroviridae*. Puede ser detectado por la prueba de VIH.Fue identificado por primera vez por el eqipo de Luc Montagnier de Francia, en 1983. El virión (partícula infectante) del VIH difiere en su estructura de los previamente conocidos de otros retrovirus. Mide unos 120 nm de diámetro y es aproximadamente esférico.Su genoma se basa físicamente en dos copias de ARN monocatenario positivo (su secuencia es como la del ARN mensajero correspondiente) arropadas por proteínas, que forman la nucleocápside, y encerradas dentro de una cápside troncocónica, a su vez rodeada por una envoltura de bicapa lipídica, robada primero a la membrana plasmática de la célula huésped, pero dotada de proteínas propias. Dentro de la envoltura hay también enzimas propias del virus, incluidas una transcriptasa inversa, una

integrasa — dentro de la cápside — y una proteasa. La primera es necesaria para la retrotranscipción, la síntesis de ADN tomando el ARN vírico como molde, y la segunda para que el ADN así fabricado se integre en el genoma humano convirtiéndose en provirus. (http://es.wikipedia.org/wiki/VIH // Coffin, J., Haase, A., Levy, J. A., Montagnier, L., Oroszlan, S., Teich, N., Temin, H., Toyoshima, K., Varmus, H., Vogt, P. and Weiss, R. A. (1986). "What to call the AIDS virus?". *Nature* 321 (6065): 10.

HLA: Sigla del inglés Human Leukocyte Antigen**:** Antígeno leucocitario humano. ***//*** De la misma forma que en una transfusión de sangre el donante y el receptor necesitan ser compatibles en el grupo sanguíneo del Sistema ABO, en un trasplante de órganos o de médula ósea, ambos necesitan ser compatibles en el Sistema HLA, o de Antígenos Leucocitarios Humanos. Los Antígenos Leucocitarios Humanos - HLA son moléculas que se encuentran en los leucocitos y en la superficie de casi todas las células de los tejidos de un individuo. Cumplen con la función de reconocer lo propio y lo ajeno y aseguran la respuesta inmune, capaz de defender al organismo de algunos agentes extraños que generan infecciones. Ese conjunto de moléculas y las formas en que son transmitidas de padres a hijos constituyen un Sistema también denominado de Histocompatibilidad (de histo = tejido) o de la Individualidad (lo propio y lo ajeno). Su descubrimiento ha permitido a la medicina dar un salto cualitativo en las posibilidades de éxito de un trasplante. Existen “lugares estratégicos” en el Sistema HLA que sirven para examinar si una persona puede ser compatible con otra en caso de injerto: *HLA-A, HLA-B , HLA-C, HLA-DR y HLDQ*. El tipo de molécula – antígeno - presente en *A*, *B, C, DR y DQ* es lo que determina la posibilidad de aceptación del tejido (órgano o médula ósea) de un donante por el organismo de un receptor.// Los antígenos HLA son los más poderosos en cuanto a la definición de la histocompatibilidad y son expresados a partir de una región del cromosoma 6 denominada complejo mayor de histocompatibilidad (MHC, del inglés major histocompatibility complex) . En el hombre, los marcadores generados por la región MHC se estudiaron en los leucocitos y por eso se denominan Ag de leucocitos humanos (HLA, del inglés human leucocyte antigen) (Ratcliffe PJ, Gray WR. Renal transplantation. En: Oxford Textbook of Medicine. 3ª ed. New York: Oxford University Press Inc; 1996; 3313-22).

HMG: Es la sigla del inglés Human Menopausic Gonadotropin: Ginadotropina Menopáusica humana. // La gonadotropina menopáusica humana (hMG) es esencialmente una mezcla de FSH, LH y hCG (esta última es una hormona que tiene actividad similar a la de la Hormona luteinizante. Los preparados de hMG son extraídos y purificados de la orina de mujeres posmenopáusicas. Independientemente del nivel de purificación que declaran estos productos urinarios, su nivel de pureza es inferior al de los productos recombinates. La presencia de restos de contaminantes proteicos de la orina, puede interferir en el control preciso del tratamiento. Se utilizan los productos de hMG para tratar la infertilidad en las mujeres provocada por anovulación, el desarrollo folicular múltiple para TRA, así como para tratar la infertilidad en hombres con hipogonadismo hipo- o normogonadotrópico, y en combinación con hCG para estimular la espermatogénesis. (Jubiz, William and cruz, Eduardo Antonio. Kallmann's syndrome: A propos of a case. Colomb. Med., Oct./Dec. 2006, vol.37, no.4, p.315-318)

HOCICO DE TENCA: Este nombre con el cual se bautizó en la antigüedad a la parte visible del útero (la portio vaginalis) significa Boca de Tenca por su enorme parecido con el extremo anterior redondo e hinchado de la Tenca tinca, pez teleósteo de la familia de los ciprínidos que se encuentran en el mar Mediterráneo, en los mares del norte de de Europa y de Asia occidental. Mide unos 50 cm. // Sinónimos: Exocervix, Porción vaginal del cuello.

HODGE,PESARIO DE: El pesario de Smith-Hodge es plegable con Perilla y Soporte está indicado para la incontinencia urinaria por esfuerzo en la

mujer complicada por cistocele leve y un pequeño introito vaginal. Los pesarios se colocan mediante prueba y error. No existen aparatos mecánicos disponibles que puedan determinar con precisión el tamaño o la clase de pesarios que requiere su paciente para obtener los resultados deseables. Los diafragmas de colocación no deberán emplearse para medir el tamaño del pesario que necesitará un paciente. Los diafragmas se colocan en forma diferente que los pesarios.Antes de la colocación del pesario, se le deberá informar al paciente que no es poco común tener que cambiar la clase o el tamaño del pesario en más de una ocasión después de haber colocado el

original. Por ello, es importante indicarle al paciente que regrese 24 horas de la colocación inicial y una vez más en 72 horas. Posteriormente, de ser necesario se hará una reexaminación cada cuatro a seis semanas (mientras que el paciente utilice un pesario). En cada visita, se deberá remover el pesario y se deberá inspeccionar la vagina para buscar si hay signos de una reacción alérgica o presión indebida. La mayoría de los pesarios son demasiado difíciles de remover por el paciente o reinsertarlo ella misma. Por lo tanto, recomendamos que el pesario se inserte y se remueva por un profesional en el cuidado de la salud.

HODGE,PLANOS PÉLVICOS: Primer plano: Es el más superior de los cuatro, a la altura del estrecho superior de la pelvis; va del borde superior de la sínfisis púbica al promontorio. Cuando el feto está a este nivel todavía está flotante. Segundo plano: Va del borde inferior de la sínfisis púbica hasta la cara anterior de la vértebra S-2. Tercer plano: Es una línea que va del borde superior de la la cuarta vértebra sacra a las espinas ciáticas. Cuarto plano: va de la punta del cóxis al borde inferior del introito vaginal. Todos los planos de Hodge son paralelos entre sí. (Alarcón N. Miguel A; Amaya F María V; Alarcón A. Miguel A. Anatomía Clínica del aparato genital femenino. Primera edición. México, Bogotá, Colombia. Editorial Manual Moderno. 2005.)

HOJAS DE BISTURÍ: Elementos cortantes de acero, con diferentes formas y tamaños, diseñados para incidir los tejidos durante una cirugía, una necropsia, una disecció anatómica, etc.La palabra bisturí, utilizada desde el siglo XV, viene del francés *bistourí*, puñal.

HOLMES, OLIVER WENDELL: Médico estado-unidense, recordado en obstetricia por su ferviente defensa de la teoría de que la fiebre puerperal se transmitía de una paciente a otra por la transmisión de algún “germen” (en 1843 aún no se conocía la existencia de las bacterias).

HOLOPROSENCEFALIA: (literalmente significa *todo, el prosencéfalo, trastorno* // Trastorno del desarrollo embriológico del procencéfalo: *Holo*, del griego, todo // *Procencéfalo* se refiere al origen embriológico del cerebro anterior del feto, o vesícula primaria anterior. El procencéfalo origina a- el telencéfalo (que a su vez origina los hemisferios cerebrales, los ventrículos

laterales, y el septum pelucidum. -Este septum pellucidum es una membrana que separa los dos ventrículos laterales entre sí-) y b- el diencéfalo (que origina el tálamo, el hipotálamo, epitálamo y tercer ventrículo).// **1.** Es una anomalía caracterizada por un trastorno de la división del prosencéfalo fetal, que puede conducir a la formación de un solo lóbulo frontal en vez de dos, y a la formación de un solo ventrículo fusionado en vez de dos ventrículos laterales, todo lo cual se acompaña de anomalías en la anatomía de la cara fetal y de trastornos neurológicos(retardo mental, convulsiones). Las formas más severas de esta entidad son incompatibles con la vida// **2.** Consiste en un espectro de anomalías que resultan de la división anómala del prosencéfalo caracterizado por una separación anormal en la línea media de los hemisferios cerebrales y estructuras diencefálicas. La prevalencia de la malformación se encuentra en 4:1000 abortos inducidos. Puede constituir una entidad aislada, de herencia esporádica, pero se ha asociado frecuentemente a aneuploidías tipo trisomía 13; también se plantea la posibilidad de origen infeccioso por CMV y toxoplasmosis. Se presentan tres variedades: a- Holoprocencefalia alobar b- Holoprocensefalia semilobar y c-Holoprocensefalia lobar. (John Nolte, El cerebro humano, Edit Mosby-Doyma, Madrid, España, 3a edición, capítulo 4,1994 // Muenke M, Gurrieri F, Bay C, et al. Linkage of a human brain malformation, familial holoprosencephaly, to chromosome 7 and evidence for genetic heterogeneity. Proc Natl Acad Sci U S A 1994;91:8102-8106// Sepúlveda, W. Lutz, I. Holoprosencephaly at 9 weeks 6 days in a triploid fetus: two- and 3-dimensional sonographic findings. J Ultrasound Med. 2007; 26(3):411-4)

HOLOPROSENCEFALIA ALOBAR : (literalmente significa *todo, el prosencéfalo, trastorno, sin lóbulos*// *Alobar* significa que no se identifica la separación de los dos lóbulos ni de los ventrículos laterales. // Corresponde a la forma más severa y se caracteriza por la fusión de los lóbulos frontales del cerebro con la presencia de una cavidad única monoventricular con fusión de los tálamos en la línea media(normalmente los dos tálamos están separados por un puente llamado adherencia inter-talámica). No hay septum pelucidum (membrana que separa los dos ventrículos laterales). Se acompaña de anomalías de la cara fetal. El diagnóstico se realiza mediante ultrasonografía

empleando el segundo corte axial para evaluación de SNC fetal, demostrando ausencia del septum pellucidum con presencia de monoventrículo, fusión talámica o división parcial de ventrículos y tálamos de acuerdo a la variante. (John Nolte, El cerebro humano, Edit Mosby-Doyma, Madrid, España, 3a edición, capítulo 4,1994 // Sepúlveda, W. Lutz, I. Holoprosencephaly at 9 weeks 6 days in a triploid fetus: two- and 3-dimensional sonographic findings. J Ultrasound Med. 2007; 26(3):411-4)

HOLOPROSENCEFALIA LOBAR: (literalmente significa *todo, el prosencéfalo, trastorno, con lóbulos*// **1.** Es una holoprocencefalia leve en la cual los dos lóbulos frontales del cerebro son identificables pero no hay septum pellucidum y aunque los ventrículos laterales mantiene su anatomía, están comunicados entre sí. // **2.** Es un trastorno del desarrollo del prosencéfalo, caracterizado por una separación normal de los ventrículos y tálamos, pero al igual que en las otras variedades, se documenta ausencia del cavum del septum pellucidum. El diagnóstico se realiza mediante ultrasonografía empleando el segundo corte axial para evaluación de SNC fetal. (John Nolte, El cerebro humano, Edit Mosby-Doyma, Madrid, España, 3a edición, capítulo 4,1994) // Muenke M, Gurrieri F, Bay C, et al. Linkage of a human brain malformation, familial holoprosencephaly, to chromosome 7 and evidence for genetic heterogeneity. Proc Natl Acad Sci U S A 1994;91:8102-8106 // Sepúlveda, W. Lutz, I. Holoprosencephaly at 9 weeks 6 days in a triploid fetus: two- and 3-dimensional sonographic findings. J Ultrasound Med. 2007; 26(3):411-4)

HOLOPROSENCEFALIA SEMILOBAR: (literalmente significa *todo, el prosencéfalo, trastorno*// *Semilobar*, en este caso significa que hay identificación parcial de la formación de los dos lóbulos frontales del cerebro y de los ventrículos laterales. La división de los lóbulos frontales del cerebro es incompleta, con una parte del septum pelucidum presente y la otra no.// Es la forma más frecuente de esta malformación. Se caracteriza por una separación parcial de los hemisferios cerebrales y los ventrículos. El diagnóstico se realiza mediante ultrasonografía empleando el segundo corte axial para evaluación de SNC fetal. (Sepúlveda, W. Lutz, I. Holoprosencephaly at 9 weeks 6 days in a

triploid fetus: two- and 3-dimensional sonographic findings. J Ultrasound Med. 2007; 26(3):411-4)

HOMOCEDASTICIDAD Y HETEROCEDASTICIDAD: Homocedasticidad (homo = iguales, skedasis = dispersando) es una palabra usada para describir la distribución de los puntos de referencias alrededor de la línea del mejor ajuste, cuando se grafican los datos e un estudio a manera de ploteo. El término opuesto es Heterocedasticidad. Brevemente, la homocedasticidad significa que los puntos de referencias están distribuidos igualmente sobre la línea del mejor ajuste. Por lo tanto, el homocedasticidad significa la varianza constante sobre todos los niveles de factores. Heterocedasticidad significa que los puntos de referencias se encuentran agrupados tanto por arriba como pro debajo de la línea en un patrón desigual.

HOMOSEXUALISMO: Atracción afectiva y erótica entre personas del mimo género: un hombre con otro hombre, una mujer con otra mujer. // Aunque en 1.990 la OMS y las asociaciones médicas eliminaron el concepto de que el homosexualismo es una enfermedad, en muchas comunidades se ve a los homosexuales como indeseables por lo cual las autoridades invitan a la población a rechazarlos(Namibia, Uganda). En los países donde es reconocida como legal, existe una legislacióin que prohíbe la discriminación social hacia los homosexuales(Holanda, EU). En algunos países se les considera como delincuentes por lo cual persisten las sanciones económicas y la cárcel para quienes sean condenados por esta práctica (Irán, Saudi Arabia). (Bogaert, A. F. (2004). The prevalence of male homosexuality: The effect of fraternal birth order and variation in family size. *Journal of Theoretical Biology, 230,* 33–37).

HORMONA: Es una proteína producida en un tejido epitelial, en un órgano, en un núcleo cerebral, en una glándula, etc. Como característica principal, se transporta a un lugar lejano al sitio de producción, por vía sanguínea o por el espacio intersticial, pues ninguna hormona actúa en un sitio a donde haya llegado por un conducto propio. Las hormonas tienen múltiples funciones pues partcipan de manera decisiva en la mayor parte de las funciones corporales.

HORMONA ADRENO-CORTICOTRÓPICA (ACTH): Es una proteína producida en las células basófilas de la adenohipófisis, por estímulo del CRF

del hipotálamo. La ACTH actúa a nivel de la glándula supra-renal donde estimula la producción de corticoides(cortisol, corticosterona) y la producción de andrógenos (DHEA y androstenediona). (Hoeflich A, Bielohuby M. Mechanisms of adrenal gland growth-signal integration by ERK1/2 J Mol Endocrinol. 2008 Dec 3).

HORMONA ANTIDIURÉTICA: Es una proteína del tipo octapéptido producida en el núcleo supraóptico del hipotálamo, desciende por los axones del eje hipotálamo-hipófis y se almacena principalmente en la región posterior de la hipófisis (neurohipófisis). Su principal función es la retención de agua a nivel de las asas de Henle de los riñones, cuando el volumen sanguíneo disminuye o cuando el plasma aumenta su osmolaridad, como ocurre luego de una hemorragia, una caída de la tensión arterial, una deshidratación, o cuando la ingesta de agua es deficitaria. El frío y la ingesta de alcohol inhiben la hormona antidiurética, por esto aumentan la diuresis. Algunas enfermedades y fármacos alteran la normal producción de esta hormona: hipotiroidismo, insuficiencia supra-renal, ingesta de fármacos (risperidona, amitriptilina, desipramina, lofepramina, carbamacepina, fluoxetina). (TYK Chan. Drug-induced síndrome of inappropriate antidiuretic hormone secretion. Drugs Aging 1997; 11: 27-44.//2- Ertmer C, Morelli A, Westphal M.Vasopressin and the kidney: two false friends?Critical care Med. 2008 Nov; 36(11): 3111-3112). Sinónimos: vasopresina arginina, Argipresina.

HORMONA ANTIMÜLLERIANA (HAM): Es una proteína producida en las células inmaduras de Sertoli de los testículos, la cual tiene por objetivo principal la inhibición de la expresión de los conductos de Müller en los embriones y fetos masculinos. El bloqueo de la expresión mülleriana impide la formación de órganos sexuales femeninos en el embrión. La medición de la HAM puede ser útil para evaluar el estado folicular de las mujeres con trastorno de la fertilidad y en hombres para evalauar su estadio funcional testicular. Los niveles de HAM son altos en la infancia pero caen durante la adolescelncia y la adultez. La presencia de niveles importantes de esta hormona en adolescentes o adultas puede ser indicio de un tumor de células de Sertoli. En un hombre los niveles altos de esta hormona pueden estar relacionados con la persistencia de estructuras müllerianas en la pelvis. (Taieb J, Belville C, Coussieu C,

Guibourdenche J, Picard JY, Di clemente N. Two immunoassays for antimullerian hormone measurement: analytical and clinical performances . Ann Biol Clin (Paris). 2008 Sep-Oct;66(5):537-47)

HORMONA FOLÍCULO-ESTIMULANTE (FSH): Se prefiere la sigla FSH, del inglés Follicle-Stimulating Hormone. Es una glicoproteína producida en la adenohipófisis Sus funciones más conocidas son: 1-Estimula el crecimiento y maduración del folículo. Actúa principalmente a nivel de las células de la granulosa. Allí estimula la formación de receptores para la LH. Dichas células son las principales productoras de estrógenos. 2-Estimula la producción de la granulosa del ovario. 3-Estimula la producción de mucopolisacáridos dentro del líquido folicular del ovario. 4-Estimula a las enzimas aromatasas de la granulosa del ovario para que conviertan los andrógenos en estrógenos. Estos estrógenos hacen retroalimentación negativa sobre la FSH en la primera fase del ciclo menstrual y retroalimentación positiva sobre la LH en la segunda fase del ciclo. 5-Estimula la producción de inhibina en el ovario que regula la producción de FSH. 6-Estimula los receptores para la LH, principalmente en la teca . (Buffet, C. Bouchad, P. The Normal Human Menstrual Cycle. Reviews in Endrocrine and Metabolic Disorders. 2002; 3: 173-183)

HORMONA GONADOTROPINA CORIÓNICA HUMANA(HCG): Ver Gonadotropina Coriónica Humana.

HORMONA HIPOTALÁMICA: Es cualquier hormona de las que se sintetizan en el hipotálamo. Las más importantes son Hormona liberadora de las gonadotropinas(GnRH) y la Oxitocina. Ver cuadro

HORMONA INHIBINA: Es un polipéptido que inhibe la producción de FSH. La inhibina se produce en los testículos y en los ovarios. Hay dos tipos de inhibina, formada cada una por tres subunidades de polipéptidos: a- la unidad alfa, que es glucosilada, con peso molecular de 18.000 y dos subunidades beta no glucosiladas, cada una con un péso molñecular de 14.000

HORMONA LIBERADORA DE LAS GONADOTROPINAS: Ver GnRH.

HORMONA LUTEINIZANTE(LH): Se prefiere la sigla del inglés Luteinizing Hormone. Es una glicoproteína producida en la adenohipófisis. El ovario tiene

receptores para la LH en las células de la teca, de la granulosa y en el cuerpo lúteo. Las células de la teca contienen un número más o menos constante de receptores que participan en la síntesis de andrógenos. El número de receptores en la granulosa depende de la acción del estradiol y de la acción estimulante de la FSH. A medida que madura el folículo por estímulo de la FSH y aumenta la concentración de estrógenos el número de receptores para la LH aumenta. Sus principales funciones conocidas son: 1-Produce luteinización de la granulosa ovárica para que esta produzca progesterona y prostaglandinas E2 y F2 alfa 2-Actúa sobre las células de la teca aumentando el paso de andrógenos a estrógenos . 3-Ayuda a completar la meiosis del oocito. 4-Aumenta la síntesis de progesterona por parte de las células luteinizadas. 5-Participa en el transporte de aminoácidos y síntesis de RNA en el ovario. 6-Activa el plasminógeno que disminuye la fuerza tensil del folículo para facilitar la ovulación. // En el hombre lleva el nombre de Hormona estimulante de las células intersticiales. (Buffet, C. Bouchad, P. The Normal Human Menstrual Cycle. Reviews in Endrocrine and Metabolic Disorders. 2002; 3: 173-183)

HORMONA ESTIMULANTE DE LAS CÉLULAS INTERSTICIALES(ISCH): Es la misma LH de las mujeres. Es una glicoproteína que se produce en la adenohipófisis. En el hombre estimula las células de Leydig para que produzcan testosterona, con la cual se estimula la producción de espermatozoides. (Carstensen HC. The effect of human interstitial cell-stimulating hormone on the biosynthesis in vitro of testosterone from 17alpha-hydroxy-delta5-pregen-3beta ol, 20-one by human and rat testes. A preliminary report. Acta Soc Med Ups. 1961;66:129-38)

HORMONA PLACENTARIA:Serie de sustancias protéicas que aparecen en la circulación en diferentes etapas de la gestación, desde que la placenta apenas empieza su diferenciación como trofoblasto en el periodo de blastocisto, hasta el final de la gestación. Tales hormonas son: los estrógenos, la progesterona, la gonadotropina coriónica, el lactógeno, la hormona estimulante de la tiroides, posiblemente la relaxina y una hormona parecida a la suprarrenocorticotropa.

HORMONA PROLACTINA: Ver Prolactina

HORMONA SEXUAL: Las hormonas sexuales son aquellas que se producen en las gónadas. En el ovario se producen estrógenos (estradiol, estrona y estriol) más progesterona. El estrógeno más importante es el estradiol. En el testículo se producen andrógenos (testosterona, androsterona y androstenodiona).El andrógeno más importante es la testosterona.

HORMONA SINTÉTICA: Es aquella que se sintetiza en el laboratorio. El término sintético distingue estas hormonas de las que se producen de manera natural en el cuerpo humano.

HORMONA SOMATOTROPINA CORIÓNICA HUMANA: Esta proteína guarda semejanzas inmunológicas y fisiológicas con la hormona hipofisiaria del crecimiento. También se llama Lactógeno placentario, para referirse a su origen en el sincitiotrofoblasto de la placenta. Está presente durante el embarazo pero desaparece rápidamente durante el puerperio, de tal manear que no se encuentran huellas de esta hormona al segundo día post-parto. Aún no se conocen con precisión sus funciones pero se ha postulado como la hormona del crecimiento durante la gestación, dada su participación en la incorporación de la timidina en el DNA. (Alan H DeCherney y col. Diagnóstico y tratamiento ginecoobstétricos. Manual Moderno, México, 9ª edición, 2007).Sinónimos: Lactógeno placentario, hCS, hPL

HORQUILLA (Frenulum labiorum pudendi): *Origen de la palabra: Horca pequeña u horqueta. Horca se originó del latín Furca, palo bifurcado que se utilizaba para amarrar y conducir los esclavos por la calle para exponerlos al escarnio público cuando habían cometido una falta. Si se le adicionaba otro palo atravesado servía para ahorcar a los condenados, práctica muy frecuente en el medioevo.//* **1.** Ángulo inferior de la vulva donde se unen los labios mayores (y aveces los menores) para iniciar el periné ginecológico. La unión de los labios mayores y el pliegue central del periné forman una letra “Y”, que es la forma de una horqueta.// // **2.** Es el ángulo inferior de la vulva donde se unen los labios mayores y aveces los menores. Representa el límite superior del periné ginecológico. Cuando los labios menores no llegan hasta la porción más inferior de la vulva, la horquilla estará conformada solamente por la unión de los labios mayores. // **3.** Es el ángulo inferior de la vulva donde se unen los

labios mayores o menores. Representa el límite superior del periné ginecológico. Cuando los labios menores se unen en la línea media, ellos forman la horquilla vulvar; sin embargo, si los labios menores no llegan hasta la porción más inferior de la vulva, la horquilla estará conformada por la unión de los labios mayores. (Alarcón, MA. Anatomía Clínica de la Vagina. Anatomía Clínica del aparato genital femenino. Primera edición. Bogotá, Colombia. Editorial Manual Moderno. 2005.

HPL: Sigla en inglés Human Placental Lactogen (Lactógeno placentario humano). Ver Hormona Somatotropina Coriónica Humana.

HPV ó PAPILOMA VIRUS HUMANO. Ver Infección por HPV.

HSG: Ver Histerosalpingografía.

HSV ó VIRUS DEL HERPES SIMPLE. Ver infección por HSV.

HUNTER,SIGNO: Ver Signo de Hunter

HYMEN: Diosa del matrimonio en la mitología griega. Hija de Venus y Dionicio. En una leyenda griega Hymen era un joven dios que rescató a un grupo de mujeres, incluida la que él amaba, de una banda de piratas; como premio pudo casarse con ella. Este episodio fue recordado después en las canciones dedicadas al matrimonio: los himeneos. (Alarcón, MA. Anatomía Clínica de la Vagina. Anatomía Clínica del aparato genital femenino. Primera edición. Bogotá, Colombia. Editorial Manual Moderno. 2005. 181-208)



IATROGENIA: (griego, iatrós, médico, génesis, causado por.// **1.** El término iatrogenia se originó en el pasado para mencionar el daño causado por las intervenciones terapéuticas de los médicos. Con el tiempo se extendió a las intervenciones de los demás miembros del equipo de salud y en la actualidad también a los medicamentos o demás elementos de diagnóstico o terapia. Así pues, una lesión iatrogénica es la causada por una cirugía, por un fármaco, por una sobredosis de radioterapia, por reacción alérgica de un medio de contraste de rayos X, por una intervención odontológica,etc. // **2**. Corresponde a cualquier tipo de alteración del estado del paciente secundaria al acto médico. La iatrogenia consiste en un estado, enfermedad o afección provocada por los miembros del equipo de salud, tratamiento médico o medicamentos administrados. Dentro de las causas de la iatrogenia se encuentran error médico, negligencia médica, errores al formular, interacción medicamentosa, efectos adversos de los medicamentos, diagnóstico erróneo, tratamientos no seguros, entre otros. Existen dos tipos de iatrogenia: la positiva y la negativa.// (Albújar, P. Iatrogenia. Revista Diagnóstico. 2005; 43 (5): 55)//Corresponde a cualquier tipo de alteración del estado del paciente secundaria al acto médico. Se deriva de la palabra iatrogénesis que significa provocado por el médico o sanador. En griego iatros significa médico y génesis, significa crear. La iatrogenia consiste en un estado, enfermedad o afección provocada por el médico, tratamiento médico o medicamentos administrados. También puede ser inducido por el acto de otros profesionales vinculados con el área de la salud como psicólogo, farmaceuta, enfermeda, odontólogo entre otros. Dentro de las causas de la iatrogenia se encuentran error médico, negligencia médica, errores al formular, interacción medicamentosa, efectos adversos de los medicamentos, diagnóstico erróneo, tratamientos no

seguros, entre otros. Existen dos tipos de iatrogenia: iatrogenia positiva, en la cual las alteraciones producidas en el estado del paciente son inocuas; iatrogenia negativa en la cual el estado del paciente se altera por algún daño por el acto médico. A su vez, la iatrogenia negativa se clasifica en: iatrogenia negativa necesaria, cuando el médico tiene pleno conocimiento del riesgo del daño, es decir, es un riesgo esperado, previsto; iatrogenia negativa innecesaria, cuando la acción médica ha producido un daño que no debía ocurrir, generalmente como consecuencia de ignorancia, es éticamente inadmisible. (Albújar, P. Iatrogenia. Revista Diagnóstico. 2005; 43 (5): 55)

IATROGENIA NEGATIVA: Es aquella en la cual el estado del paciente se deteriora por cualquier tipo de intervención diagnóstica o terapéutica. A su vez, la iatrogenia negativa se clasifica en: a-Negativa necesaria, cuando el terapeuta tiene pleno conocimiento del riesgo del daño, es decir, es un riesgo esperado, previsto; b-Negativa innecesaria, cuando la acción terapéutica ha producido un daño que no debía ocurrir en condiciones normales. Este último tipo de iatrogenia es el causado generalmente de manera accidental. (Albújar, P. Iatrogenia. Revista Diagnóstico. 2005; 43 (5): 55).

IATROGENIA POSITIVA: en la cual las alteraciones producidas en el estado del paciente son inocuas. Son daños menores y pasajeros. (Albújar, P. Iatrogenia. Revista Diagnóstico. 2005; 43 (5): 55).

ICTERICIA: La ictericia es la coloración amarillenta de la piel y mucosas debida a un aumento de la bilirrubina (valores normales de 0,3 a 1 mg/dl) que se acumula en los tejidos, sobre todo aquellos con mayor número de fibras elásticas (paladar, conjuntiva). Se hace clínicamente evidente cuando la bilirrubina es mayor de 2 a 2,5 mg/dl. El aumento de la bilirrubina puede ser a expensas de la fracción no conjugada o "indirecta" de la bilirrubina (BI); ésta es liposoluble y no se filtra por el riñón, por lo que no aparece coluria. Cuando el aumento es a expensas de la bilirrubina conjugada o "directa" (BD), al ser ésta hidrosoluble, se filtra por el riñón, apareciendo coluria. Puede haber aumentos de ambas fracciones presentándose

entonces hiperbilirrubinemia mixta. Durante el embarazo la presencia de ictericia obliga a hacer diagnóstico diferencial con hepatitis viral, hígado grado del embarazo, patología del árbol biliar, síndrome hellp, colestasis intrahepática y púrpura trombocitopénica trombótica. (Cunningham, FG. Gant, NF. Leven, K. Gilstrap, L. Hauth., J. Wenstrom K. Complicaciones médicas y quirúrgicas durante el embarazo. Williams Obstetricia. 21° edición. Montevideo, Uruguay: Editorial Panamericana. 2001. 1078-1105).

ICTERICIA HEPÁTICA: Corresponde a la ictericia secundaria a un aumento en el nivel de bilirrubinas por daño del árbol biliar intrahepático con destrucción de hepatocitos así como alteraciones del flujo por los conductos biliares. El ejemplo de este tipo de ictericia corresponde a hepatitis virales, cirrosis hepática o hepatocarcinoma. (Agata, ID. Balistreri, WF. Evaluation of liver disease in the pediatric patient. Pediatr Rev 2001; 20:376-389)

ICTERICIA POSTHEPÁTICA: Corresponde a la ictericia secundaria a un aumento en el nivel de bilirrubinas por obstrucción del colédoco ya se por la presencia de cálculos o la compresión secundaria a cáncer de cabeza de páncreas. (Agata, ID. Balistreri, WF. Evaluation of liver disease in the pediatric patient. Pediatr Rev 2001; 20:376-389)

ICTERICIA PREHEPÁTICA: Corresponde a la ictericia secundaria a un aumento en el nivel de bilirrubinas a expensan de la bilirrubina indirecta, secundaria a destrucción de eritrocitos. El ejemplo clásico es la anemia hemolítica. (Agata, ID. Balistreri, WF. Evaluation of liver disease in the pediatric patient. Pediatr Rev 2001; 20:376-389)

ÍLEO (Del lat. *ilĕus,* y este del gr. εἰλεός, cólico violento).**1.** m. *Med.* Enfermedad aguda, producida por el retorcimiento de las asas intestinales, que origina oclusión intestinal y cólico miserere. (Real Academia de la lengua española. www.rae.es)

ÍLEO PARALÍTICO: Como su nombre lo indica es la parálisis del íleon. Es un proceso secundario a la irritación intestinal en la peritonitis. Inicialmente se debe a la irritación de los plexos simpático y parasimpático. Posteriormente es secundario a hiponatremia, hipokalemia y sepsis que al inmovilizar las asas acumulan líquido en su interior. (Sosa H.R.,Sánchez

CA, Portela, Delgado FJ. Parámetros clínicos humorales e imaginológicos en la reintervención por sepsis intraabdominal . Revista Cubana de Cirugía vol.46 no.3 Julio-Sept. 2007)

ÍLEO PARALÍTICO POST-OPERATORIO: Corresponde a la disfunción del tracto gastrointestinal que se presenta posterior a una intervención quirúrgica a nivel abdomino-pélvico. Las características clínicas del síndrome incluyen molestias secundarias a distensión pero en ausencia de dolores cólicos que se presentan en el curso de 48 a 72 horas después de la intervención quirúrgica, las pacientes refieren náuseas, vómito, distensión abdominal, los ruidos intestinales están ausentes o disminuidos, las asas de intestino delgado y grueso se evidencian distendidas en la radiografía de abdomen simple. El diagnóstico es clínico y el tratamiento es conservador con aspiración con sonda nasogástrica, enemas y estimulación colinérgica. (Braghetto, I. Ileo paralítico postoperatorio. Revista Chilena de Cirugía. 1992; 34 (2): 164)

IMAGEN DE LAS CINCO CÁMARAS DEL CORAZÓN FETAL: Corresponde al segundo plano de sección para la evaluación del corazón fetal. Es una modificación de la imagen de cuatro cámaras cardíacas y se obtiene inclinando el plano de sección hacia la región cefálica. Este plano de corte permite la visualización del tracto de salida del ventrículo izquierdo, la arteria aorta, entre las cámaras cardíacas. Es útil para la evaluación de defectos u obstrucciones del tracto de salida de la aorta. (Cafici,D. Mejides, A. Sepúlveda, W. Ultrasonografía en obstetricia y diagnóstico prenatal. Ecocardiografía fetal. Buenos Aires, Argentina. Ediciones Journal. 2003. p 431-473)

IMAGEN DE LAS CUATRO CAVIDADES DEL CORAZÓN FETAL: Corresponde al primer plano de sección para la evaluación del corazón fetal. Se realiza un plano axial o transversal del abdomen fetal que incluya hígado, sombra gástrica y vena umbilical y luego se dirige el transductor hacia la porción cefálica hasta obtener la visión de cuatro cavidades cardíacas. En este plano se debe observar que el corazón ocupa aproximadamente un tercio del tórax; el ápex del corazón se encuentra dirigido hacia la porción anterior del tórax, el ventrículo derecho es más

anterior y las cavidades izquierdas se encuentran más cerca de la columna vertebral fetal. Posteriormente se realiza la evaluación de la indemnidad de los septum interventricular e interauricular. El siguiente paso es identificar adecuadamente las cavidades derechas e izquierdas; para esto es necesario aplicar los marcadores anatómicos para identificar cavidades derechas: el ventrículo derecho es más grande que el ventrículo izquierdo y presenta un engrosamiento de la punta conocido como Banda Moderadora, la inserción de la válvula tricúspide es levemente más apical que la válvula mitral, visualización de la lengüeta del foramen oval que se dirige hacia la aurícula izquierda. En conclusión, este plano de sección del corazón fetal permite evaluar la indemnidad anatómica de las cámaras cardíacas, los septum auricular y ventricular, el tamaño y posición de las válvulas auriculares y ventriculares. (Cafici,D. Mejides, A. Sepúlveda, W. Ultrasonografía en obstetricia y diagnóstico prenatal. Ecocardiografía fetal. Buenos Aires, Argentina. Ediciones Journal. 2003. p 431-473)

IMAGEN DE LOS TRES VASOS DEL CORAZÓN FETAL: Corresponde al cuarto plano de sección para la evaluación del corazón fetal. Este plano se obtiene ascendiendo el plano de sección hacia el mediastino superior fetal, en forma paralela al plano de imagen del eje largo del corazón fetal. En este plano se observa la arteria pulmonar, la región ístmica de la aorta hacia la izquierda y la vena cava superior hacia la derecha. Este plano es útil para la detección de lesiones obstructivas de los grandes vasos así como defectos de conexión de los mismos. (Fleischer, A. Manning, F. Jeanty, P. Romero, R. Ecografía en Obstetricia y Ginecología. Diagnóstico prenatal de enfermedades cardíacas congénitas. Madrid, España. Ediciones Marban. Sexta edición. 2002. p 375-388)

IMAGEN DEL ARCO AÓRTICO FETAL: Este plano de sección se obtiene realizando un corte longitudinal de la columna fetal y desplazando el transductor hacia la izquierda del feto. Se observa parte de la aurícula derecha, aorta ascendente, cayado y aorta torácica. Adicionalmente, se visualiza las ramas del cayado aórtico que en su orden incluyen, las arterias subclavias, carótida común y tronco braquicefálico. Este plano de corte es útil para el diagnóstico de transposición de grandes vasos y coartación

aórtica. (Fleischer, A. Manning, F. Jeanty, P. Romero, R. Ecografía en Obstetricia y Ginecología. Diagnóstico prenatal de enfermedades cardíacas congénitas. Madrid, España. Ediciones Marban. Sexta edición. 2002. p 375-388)

IMAGEN DEL ARCO DUCTAL FETAL: Este plano de sección se obtiene desplazando el transductor hacia la derecha desde el plano de imagen del arco aórtico, visualizando el tracto de salida del ventrículo derecho con la arteria pulmonar que continúa con la aorta a través del ductus arterioso. Este plano es útil para el diagnóstico de lesiones obstructivas del ventrículo derecho. (Fleischer, A. Manning, F. Jeanty, P. Romero, R. Ecografía en Obstetricia y Ginecología. Diagnóstico prenatal de enfermedades cardíacas congénitas. Madrid, España. Ediciones Marban. Sexta edición. 2002. p 375-388)

IMAGEN DEL EJE CORTO DEL CORAZÓN FETAL: Corresponde al quinto plano de sección para la evaluación del corazón fetal. Este plano se obtiene rotando el transductor 90 grados a partir de la imagen del eje largo del corazó fetal. Permite la visualización de un corte axial o transversal de las cavidades ventriculares fetales. Este plano es útil para al evaluación del septum interventricular, identificación de los músculos papilares del ventrículo izquierdo y hacia la región cefálica, las válvulas aurícula-ventriculares. (Fleischer, A. Manning, F. Jeanty, P. Romero, R. Ecografía en Obstetricia y Ginecología. Diagnóstico prenatal de enfermedades cardíacas congénitas. Madrid, España. Ediciones Marban. Sexta edición. 2002. p 375-388)

IMAGEN DEL EJE LARGO DE LA VENA CAVA FETAL: Este plano no corresponde a un plano de corte ecocardiográfico clásico. Se obtiene realizando un plano sagital de la columna vertebral fetal y dirigiendo el transductor hacia la derecha del feto; de esta forma se visualiza la entrada de las venas cavas superior e inferior a la aurícula derecha. Este plano es útil para la detección de síndromes de isomerismo cardíaco. (Fleischer, A. Manning, F. Jeanty, P. Romero, R. Ecografía en Obstetricia y Ginecología.

Diagnóstico prenatal de enfermedades cardíacas congénitas. Madrid, España. Ediciones Marban. Sexta edición. 2002. p 375-388)

IMAGEN DEL EJE LARGO DEL CORAZÓN FETAL: Corresponde al tercer plano de sección para la evaluación del corazón fetal. Este plano se obtiene rotando el transductor desde el corte de la imagen de las cinco cámaras, de tal manera que se obtenga un corte oblicuo con un extremo del transductor dirigido hacia la cadera izquierda del feto y el otro extremo dirigido hacia el hombro derecho del feto. En esta posición se observa la arteria aorta saliendo del ventrículo izquierdo. Desplazando el transductor hacia la derecha, es posible observar la salida de la arteria pulmonar del ventrículo derecho. Este plano de corte permite la evaluación de los tractos de salida izquierdo y derecho, certificando la concordancia aurículas – ventrículos y ventrículos – arterias, de gran utilidad para el diagnóstico de patologías como tetralogía de Fallot y Transposición de Grandes Vasos. (Cafici,D. Mejides, A. Sepúlveda, W. Ultrasonografía en obstetricia y diagnóstico prenatal. Ecocardiografía fetal. Buenos Aires, Argentina. Ediciones Journal. 2003. p 431-473)

IMÁGENES DIAGNÓSTICAS EN GINECO-OBSTETRICIA: Es el conjunto de recursos diagnósticos que se emplean en esta especialidad, con soporte en la ultrasonografía, las placas simples de rayos X, la resonancia nuclear mágnética, la gammagrafía, la densitometría ósea, el doppler, la escanografía, etc. Quizás el recurso más frecuentemente utilizado en esta especialidad es la ultrasonografía, para lo cual emplea transductores de 3,5 a 15 millones de sonidos por segundo. (Fleisher, R. Javitt, A. Imágenes en Ginecología. Primera edición. Editorial Panamericana. Madrid, España. 1999. pp 102)

IMPEDANCIA (en ecografía): Es la resistencia que opone un tejido para ser atravesado por un haz de ultrasonido. La impedancia se relaciona de forma directamente proporcional con la densidad del tejido y la velocidad de propagación del haz de ultrasonido en el tejido evaluado; por lo tanto, a mayor densidad y mayor velocidad de propagación, mayor será la impedancia del tejido. (Walton, P. Jamieson, A. The expanding role of

diagnostic ultrasound in obstetrics and gynecology. Surg Gynecol Obstet. 2001; 137 (5): 753-757)

IMPLANTACIÓN ó NIDACIÓN. **1.** f. Acción y efecto de implantar.// **2.** f. *Biol.* Fijación, inserción o injerto de un tejido u órgano en otro.// **3.** f. *Biol.* Fijación del huevo fecundado en la mucosa uterina.// Real Academia de la Lengua Española. www.rae.es// **4.** Es el proceso por el cual el preembrión en estadío de blastocisto penetra el útero profundamente para establecer contacto nutricional con la madre. Para el efecto la zona del trofoblasto más próxima al núcleo embrionario se pone en estrecho contacto nutricional con la decidua basal de la matriz y se transforma en un sincitio, el sincitio-trofoblasto, que favorece la formación del espacio coriodecidual. La implantación toma tres días, desde el 7° hasta el 9° post fecundación. Desde el final de la implantación hasta el día del nacimiento transcurren 257 días de desarrollo en el hombre. El final de la implantación sirve de límite a los estadíos de preembrión y embrión. De manera similar en todos los mamíferos, la implantación termina hacia el día 9 post fecundación. A partir de este día, el nacimiento tarda 23 días en la rata, 63 en el gato y el perro, 110 en el león, 150 en la oveja, 226 en el gorila y el orangután, 340 en el caballo, 360 en el delfín, 365 en la ballena, 460 en la jirafa y 660 en el elefante. (Sadler, TW. De la ovulación a la implantación. Embriología Médica de Langman. Baltimore. Editorial Médica Panamericana. 7° edición. 1995. pg. 21-38)

IMPLANTACION DEL BLASTOCISTO: Cuatro a cinco días después de la fecundación desaparece la zona pelúcida del blastocisto temprano y el trofoblasto adyacente al embrioblasto inicia el proceso de implantación en el epitelio endometrial. El trofoblasto adyacente al embrioblasto se diferencia en 2 capas, una externa, el sincitiotrofoblasto y una interna, el citotrofoblasto. Las células del sincitiotrofoblasto invanden el epitelio endometrial a través de la liberación de enzimas proteolíticas que degradan las proteínas de la matriz extracelular que rodea las células del epitelio endometrial. El proceso de implantación del blastocisto culmina alrededor de la segunda semana del desarrollo embrionario. (Sadler, TW. De la

ovulación a la implantación. Embriología Médica de Langman. Baltimore. Editorial Médica Panamericana. 7° edición. 1995. pg. 21-38)

IMPLANTACIÓN FALLIDA: Corresponde a la alteración en el proceso de la implantación del blastocisto que genera como consecuencia, pérdida del pérdida del huevo fecundado antes de lograr su anidación a nivel endometrial. El proceso de implantación requiere tres grandes eventos: *aposición* y *adhesión* del blastocisto en la ventana implantatoria del endometrio y posterior *invasión* de las células del trofoblasto en el epitelio endometrial. Cualquier alteración en estas fases de la implantación (aposición, adhesión o invasión) genera una implantación fallida. Se considera una de las principales causas de pérdida gestacional recurrente. Los marcados histoquímicos descritos para determinar la implantación fallida son: moléculas endometriales de adhesión y antiadhesión como integrina β3 (día 20 del ciclo), α4 (día 14 a 24) y α1 (dia 15 a 28); anticuerpos antifosfolípidos positivos, tipo anticardiolipina y anticoagulante lúpico; cuantificación de linfocitos circulantes que expresen CD56 (+) > 12% predice la pérdida de un producto cariotípicamente normal; detección de embriotoxinas tipo LAK. (Pacheco, J. Inmunología de la implantación. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2004; 45 (1): 14 – 22).

IMPLANTACIÓN, FASE DE ADHESIÓN: Corresponde a la segunda fase en el proceso de implantación del blastocisto. Si ocurre fecundación, el blastocisto ocasiona reacción local a nivel del endometrio, que modifica su producción de fluidos facilitadores, con cambio en la histología y fisiología del endometrio; estos fluidos son inmunoregulares, nutricionales, hormonodependientes, que permiten el inicio de la adhesión del blastocisto. Los factores comprometidos en el proceso de adhesión son CSF1, LIF, IL1, EGF, que une heparán (HBEGF) y sus receptores respectivos. También incluyen miembros de la superfamilia de inmunoglobulinas ICAM 13 (CD54, CD102, CD50), VCAM (CD106,), PECAM y Modcan1; miembros de la familia selectina, como selectina E (CD62E), selectina L (CD62L) y selectina P (CD62P) y otras moléculas, como la CD44 y subunidades de integrina, tanto alfa (colágeno y laminina) como beta (fibronectina y vitronectina). También participan sustancias conocidas como moléculas de adhesión, de

las cuales las más conocidas son las cadherinas, las inmunoglobulinas, las selectinas y las integrinas. (Pacheco, J. Inmunología de la implantación. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2004; 45 (1): 14 – 22)

IMPLANTACIÓN, FASE DE APOSICIÓN: Corresponde a la primera fase en el proceso de la implantación del blastocisto. En esta fase las células trofoectodérmicas del blastocisto y las células epiteliales endometriales, establecen contacto a través de sus membranas apicales, sin realizar conexión visible. En este momento el blastocisto puede ser separado por simple lavado de la cavidad uterina. La aposición se presenta 5 a 9 días después del pico de LH. (Pacheco, J. Inmunología de la implantación. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2004; 45 (1): 14 – 22)

IMPLANTACIÓN, FASE DE PENETRACIÓN: Corresponde a la tercera fase en el proceso de implantación del blastocisto. En esta fase las células del trofoblasto penetran la monocapa de células epiteliales del endometrio, por medio de protrusiones ectoplasmáticas delgadas, denominadas pinópodos, que se insinúan entre las células endometriales y rompen sus desmosomas o uniones intercelulares. Se considera también un proceso de fusión e intrusión, por medio del cual el blastocisto es cubierto por el endometrio aproximadamente en el día 12 de gestación; incluye además, un proceso de invasión de los vasos uterinos para permitir la nutrición del blastocisto implantado y su posterior desarrollo. (Pacheco, J. Inmunología de la implantación. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2004; 45 (1): 14 – 22)

IMPLANTACIÓN, VENTANA DE: Corresponde al área endometrial específica seleccionada para permitir la implantación si ocurrió fecundación. También es conocido como el momento preciso y breve en el cual el endometrio se vuelve receptivo al trofoblasto si ocurrió fecundación y formación del blastocisto. Este periodo de tiempo es el intervalo entre la llegada del blastocisto en expansión a la cavidad endometrial, y el desarrollo de la zona decidual primaria. La superficie luminal del endometrio es el primer blanco del blastocisto preparado para iniciar la implantación. El epitelio endometrial pierde la polaridad celular y modifica las relaciones

célula a célula, la secreción de proteína específica y de glicoproteína, y la expresión de ligandos. Durante la ventana de implantación, se considera que las integrinas β3, α4 y α1 son marcadores potenciales de la receptividad uterina. (Pacheco, J. Inmunología de la implantación. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2004; 45 (1): 14 – 22)

INCARCERACIÓN UTERINA: Es un raro trastorno que ocurre durante la gestación, usualmente en el primer trimestre, en el cual el útero queda bloqueado en la pelvis. La distorción de la anatomía impide la identificación del cuello al hacer especuloscopia o tacto vaginal. El primer caso fue descrito por William Hunter desde 1754. La mayoría de las pacientes afectadas son asintomáticas; cuando se presentan síntomas se generan como consecuencia de la compresión de órganos vecinos. (Somayoa, E. Compresión y obstrucción uterina. Rev Med Hond. 2005; 73: 123)

INCISION ABDOMINAL: Ver Incisión en pared anterior

INCISION ABDOMINAL DE ALEXANDER: Ver Apertura de la pared anterior del abdomen (laparotomía) con la técnica de Alexander.

INCISIÓN ABDOMINAL DE CHAPUT: Es una incisión horizontal a nivel del punto de Lanz, continuada por un tramo vertical en el que se inciden las fibras del músculo oblicuo mayor, oblicuo menor y transverso. Esta incisión ermite un amplio acceso al cuadrante inferoexterno del abdomen. (Papachristou, E. Mitselou, F. Surgical outcome and hospital cost analyses of laparoscopic and open tension-free hernia repair. Hernia. 2002;6(2):68-72)

INCISIÓN ABDOMINAL DE CHERNEY: Es una variante de la incisión de Pfannenstiel. La incisión en piel es transversa, por encima de la sínfisis púbica, la apertura de los músculos rectos se realiza lateralmente ampliando la incisión seccionando los músculos rectos en su inserción en la sínfisis púbica. El objetivo es ampliar el campo operatorio. El cierre se realiza con sutura de material no absorbible con puntos en forma de 8 para reparar el tendón de cada lado. . (Iklé. Käser. Hirsch. Atlas de Cirugía

Ginecológica. Apertura y cierre de la pared abdominal. Primera edición. Madrid, España. Marbán Libros, S, L. 2000. 83-96)

INCISIÓN ABDOMINAL DE CLUTE: Corresponde a una incisión desde el ombligo hasta el borde costal izquierdo y desde aquí a la fusión de los cartílagos de las costillas VI, VII y VIII. Se corta transversalmente el músculo recto y lo necesario de los cartílagos. Esta incisión es realizada para la corrección de la hernia diafragmática. (Papachristou, E. Mitselou, F. Surgical outcome and hospital cost analyses of laparoscopic and open tension-free hernia repair. Hernia. 2002;6(2):68-72)

INCISIÓN ABDOMINAL DE GIBSON: Corresponde a la incisión que se realiza en la región de la fosa iliaca derecha o izquierda de la pared anterior, en forma arqueada, de concavidad superior. Esta incisión es exclusiva de los urólogos usualmente para reimplante del uréter en la vejiga u otras cirugías uretero-vesicales. La presencia de una incisión de Gibson justifica el interrogatorio acerca de trastornos congénitos de los ureteres o en la ligadura accidental de los uréteres en una cesárea o en una histerectomía. . (Alarcón, MA. Anatomía Clínica de la pared abdominal. Anatomía Clínica del aparato genital femenino. Primera edición. Bogotá, Colombia. Editorial Manual Moderno. 2005. 25-41) // Corresponde a la técnica de incisión quirúrgica transversal para la aproximación al uréter medio y distal. Esta incisión ha sido descrita adicionalmente, para lograr acceso quirúrgico en el trasplante renal. Consiste en una incisión curva que comienza por debajo de la caja torácica y pasando a 2 cm de la espina iliaca antero-superior, llega hasta la sínfisis púbica; posteriormente se realiza separación de los músculos de la pared abdominal y disección del espacio pre-peritoneal hasta la exposición de los vasos iliacos y la vejiga. Posteriormente los vasos renales del rinón donante son conectados a los vasos iliacos en forma de anastomosis termino-lateral y fijada con sutura vascular no absorbible, 5/0 o 6/0. (Jhonston, T. Renal Transplantation. Transplant Proc. 2008; 30(5): 2039-42)

INCISIÓN ABDOMINAL DE GIORDANO: Ver Apertura de la pared anterior del abdomen (laparotomía) con la técnica de Giordano.

INCISIÓN ABDOMINAL DE ISRAEL: Corresponde a la incisión conocida como lumbotomía posterior; consiste en una incisión oblicua descendente, desde el ángulo lumbo-costal, hasta cerca de la espina iliaca posterio-superior, sin llegar a ella. Permite acceso quirúrgico para intervenciones a nivel renal, cápsula suprarrenal y cara posterior del hígado. (Jhonston, T. Renal Transplantation. Transplant Proc. 2008; 30(5): 2039-42)

INCISIÓN ABDOMINAL DE KHER: Es una abertura en la piel en bayoneta desde el apéndice xifoides hasta el pubis que pasa del lado derecho al izquierdo a nivel del ombligo. Fue diseñada por el cirujano berlinés Hans Kher (1862-1916). Este corte de la pared anterior del abdomen entró en desuso al imponerse la incisión mediana recta que es un poco más estética y fisiológica. // Es una abertura en bayoneta desde el apéndice xifoides hasta el pubis que pasa del lado derecho al izquierdo a nivel del ombligo. Fue diseñada por el cirujano berlinés Hans Kher (1862-1916). Este corte de la pared anterior del abdomen entró en desuso al imponerse la incisión mediana recta que es un poco más estética y fisiológica. (Iklé. Käser. Hirsch. Atlas de Cirugía Ginecológica. Apertura y cierre de la pared abdominal. Primera edición. Madrid, España. Marbán Libros, S, L. 2000. 83-96)

INCISIÓN ABDOMINAL DE MAYLARD: Ver Apertura de la pared anterior del abdomen (laparotomía) con la técnica de Maylard.

INCISIÓN ABDOMINAL DE MORLEY: Ver Apertura de la pared anterior del abdomen (laparotomía), con la técnica de Morley.

INCISIÓN ABDOMINAL DE PFANNENSTIEL: Ver Apertura de la pared anterior del abdomen (laparotomía) con la técnica de Pfannenstiel.

INCISIÓN ABDOMINAL EN T INVERTIDA: Corte de la pared abdominal que inicialmente fue transversa de Pfannenstiel y que por necesidad intraquirúrgica o de reintervención en el postoperatorio inmediato requirió insición mediana infraumbilical o xifopubiana que al unirse con la inicial forma una letra T invertida. (Iklé. Käser. Hirsch. Atlas de Cirugía

Ginecológica. Apertura y cierre de la pared abdominal. Primera edición. Madrid, España. Marbán Libros, S, L. 2000. 83-96)

INCISIÓN ABDOMINAL MEDIANA DE LA PARED ANTERIOR: Ver Apertura de la pared anterior del abdomen (laparotomía) con incisión mediana

INCISIÓN ABDOMINAL MEDIANA INFRAUMBILICAL: Ver Apertura de la pared anterior del abdomen (laparotomía) con incisión mediana infraumbilical.

INCISIÓN ABDOMINAL MEDIANA SUPRAUMBILICAL: Ver Apertura de la pared anterior del abdomen (laparotomía) con incisión mediana supraumbilical.

INCISIÓN ABDOMINAL MEDIANA XIFOPUBIANA: Ver Apertura de la pared anterior del abdomen (laparotomía) con incisión xifopubiana.

INCISIÓN ABDOMINAL PARA LAPAROTOMÍA: Ver Apertura de la pared anterior del abdomen (laparotomía).

INCISIÓN ABDOMINAL PARAMEDIANA: Ver Apertura de la pared anterior del abdomen (laparotomía) con incisión paramediana.

INCISIÓN ABDOMINAL TRANSVERSAL: Ver Apertura de la pared anterior del abdomen (laparotomía) con incisión transversal.

INCISIÓN ABDOMINAL: Es el corte que se hace a este complejo dermo-aponeurótico-músculo-peritoneal con el propósito de realizar una laparotomía. Las incisiones más frecuentes son la de Kocher (arqueada sub costal derecha) para cirugía de la vesícula y vías biliares, Mc Kenrodt y Rocky-Davies (para apendicectomía), la de Israel (en regió látero-posterior para cirugía del riñón), la de Gisbson (arqueada sobre el último territorio del uréter derecho o izquierdo para intervenciones sobre este conducto),las medianas (infraumbilical, supraumbilical y la xifopubiana) y las transversales (Pfannenstiel y sus variantes: Joel-Cohen, Maylard, Morley, Cherney). (Ver todos estos términos en el capítulo de “Apertura de la pared anterior del abdomen (laparotomía)”.

INCISIÓN CON LASER: El corte con laser consiste simplemente en vaporizar el tejido a través de una línea utilizando puntos de incidencia muy pequeños, de 0.1 a 0.5 mm. Con un desenfoque ligero, mayor potencia para mantener la densidad y el corte con éste haz más ancho, la precisión disminuye pero mejora la hemostasia en zonas vasculares. Esto se hace sobre todo con el laser de CO2, si bien los rayos laser de argón y de KTP cortan muy bien con la punta de la fibra y el de Nd:YAG se usa con ondas de zafiro o fibras esculpidas. La fibra de cuarzo desnuda de estos tres rayos laser fibro-ópticos puede usarse para vaporizar una incisión sosteniendo la punta de la fibra apenas fuera de la superficie del órgano blanco. Con potencias adecuadas, la menor densidad de potencia de la energía de laser es suficiente para vaporizar y produce una incisión similar al diámetro de la fibra. (Iklé. Käser. Hirsch. Atlas de Cirugía Ginecológica. Apertura y cierre de la pared abdominal. Primera edición. Madrid, España. Marbán Libros, S, L. 2000. 83-96)

INCISIÓN DE KHERER: Corte transversal en forma recta que se realiza en el segmento inferior del útero en la cesárea segmentaria. Fue diseñada por el ginecobstetra alemán de Heidelberg, Ferdinand Adolph Kherer (1837-1914). Muchos cirujanos la realizan en vez de la arciforme de Kerr. Ver Histerotomía segmentaria transversal recta. (Iklé. Käser. Hirsch. Atlas de Cirugía Ginecológica. Apertura y cierre de la pared abdominal. Primera edición. Madrid, España. Marbán Libros, S, L. 2000. 83-96)

INCISIÓN DE KOCHER I: Corresponde a una incisión oblicua para entrar a la articulación de la rodilla. (Calvete, A. Reparación del ligamento cruzado anterior en rodilla con alto potencial de crecimiento: estudio experimental. Servei de publicacions. Universitat de Valencia. 2005)

INCISIÓN DE KOCHER II: Corresponde a una incisión abdominal oblicua en el lado derecho del abdomen, paralela a la jaula torácica. Se emplea usualmente para las colescistectomías abiertas. (Torres, C. Spinnetti D. Colecistectomía laparoscópica versus colecistectomía abierta. Revista de la factultad de medicina. Universidad de los Andes, Mérida, Venezuela. 2004; 11 (4): 35-40)

INCISIÓN DE KOCHER III: También llamada incisión en cuello de camisa, se utiliza para la tiroidectomía. Consiste en la sección transversal de la piel y músculos cervicales anteriores siguiendo una línea horizontal arqueada entre los dos bordes internos de los esternocleidomastoideos, a dos traveses de dedo por encima de la horquilla esternal. (Ross, S. Pérez, L. Cervicotomía lateral como abordaje selectivo de tiroides. Cir Esp. 2003; 74 (4): 235-8)

INCISIÓN DE MAYLARD: Es una variante de la incisión de Pfannenstiel en la cual la apertura de los músculos rectos se realiza en sentido transversal, siguiendo el eje de la incisión en la piel. El objetivo es ampliar el campo operatorio que no se logre con la divulsión y separación de los músculos rectos en forma lateral con la incisión de pfannenstiel. (Alarcón, M. Anatomía clínica del aparato genital femenino. Incisiones sobre la pared anterior utilizadas en cirugía y gineco-obstetricia. Primera edición. Bogotá, Colombia. Editoral Manual Moderno. 2005. 30-48)

INCISIÓN DE MCBURNEY: Corresponde a un corte de la pared anterior en la cual se hace una incisión de 2 a 4 cm, sobre el punto de McBurney formando un ángulo de 90° con la línea imaginaria que une la cresta iliaca antero-superior, con el ombligo. La incisión es paralela al curso del músculo oblicuo, a 3-5 cm de la espina superior del íleo derecho, a través del oblicuo externo y transverso, separando sus fibras. Este tipo de apertura de la pared abdominal se emplea para la apendicectomía. (Alarcón, M. Anatomía clínica del aparato genital femenino. Incisiones sobre la pared anterior utilizadas en cirugía y gineco-obstetricia. Primera edición. Bogotá, Colombia. Editoral Manual Moderno. 2005. 30-48)

INCISIÓN DE PFANNENSTIEL: Corresponde a una laparotomía transversa, arqueada, de convexidad inferior, realizada por encima de la sínfisis púbica, en la línea media aproximadamente 2 cm por encima de ella. Tiene la ventaja estética de que la cirugía es susceptible de ocultar por el vello pubiano pero limita la exploración de la parte superior del abdomen. (Jiménez, E. Jiménez, J. Incisión en T invertida sobre la aponeurosis en la

técnica de Pfannenstiel para la operación cesárea. Rev Obstet Ginecol Venez. 2005; 65 (2): 25-30)

INCISIÓN DE ROCKY DAVIS: Es un corte de la pared abdominal anterior que consiste en una incisión de 2 a 4 cm, sobre el punto de McBurney formando un ángulo de 90° con el borde externo del músculo recto anterior. Este tipo de apertura es empleado para la realización de apendicectomía. (Alarcón, M. Anatomía clínica del aparato genital femenino. Incisiones sobre la pared anterior utilizadas en cirugía y gineco-obstetricia. Primera edición. Bogotá, Colombia. Editoral Manual Moderno. 2005. 30-48)

INCISIÓN DE SELLHEIM: Corresponde a una incisión uterina a nivel del segmento en sentido vertical. También es conocida como incisión vertical baja o segmentaria vertical, haciendo relación con la incisión transversa baja o incisión de Kerr. Fue descrita inicialmente por Sellheim y modificada por DeLee. Esta incisión ha sido empleada en los casos de cesárea por parto pretérmino extremo, embarazo gemelar, feto en situación transversa dorso inferior, placenta previa en cara anterior del útero o antecedente de incisión uterina longitudinal. Se considera que el riesgo de ruptura uterina asociada a este tipo de incisión en un posterior trabajo de parto, es de 0.8%. La ventaja que ofrece la técnica es la posibilidad de ampliar la incisión en sentido craneal, si la condición lo amerita, convirtiéndola entonces, en una incisión vertical segmento-corporal o incisión de Beck. (Braunn, D. Uterine Incision. Obstet Gynecol. 2000; 13 (33): 56)

INCISIÓN MEDIANA INFRAUMBILICAL: Es una incisión en la cual la cavidad abdominal se abre por la línea media, entre el ombligo y la sínfisis púbica. Si es necesario, se puede ampliar mediante una incisión curva rodeando el ombligo. Se realiza una incisión con bisturí en piel, grasa subcutánea y fascia superficial, hasta alcanzar la aponeurosis, posteriormente se ingresa a la cavidad abdominal. (Iklé. Käser. Hirsch. Atlas de Cirugía Ginecológica. Apertura y cierre de la pared abdominal. Primera edición. Madrid, España. Marbán Libros, S, L. 2000. 83-96)

INCISIÓN MEDIANA XIFOPÚBICA: Es el corte de la pared anterior que va del apéndice xifoides,pasa por el ombligo y se prolonga hasta el pubis. La

longitud depende de cada necesidad. Se realiza en grandes exploraciones cuando es más importante preservar la vida de la paciente que mantener la estética de la pared. En gineco-obstetricia se utiliza este tipo de incisión para cirugías de cáncer en las cuales se deben hacer citologías y tomar biopsias en diversas partes de la cavidad peritoneal y extraer ganglios linfáticos para-aórticos // Corresponde a un tipo de incisión realizada en piel del abdomen para tener acceso a la cavidad peritoneal. Este tipo de laparotomía consiste en una incisión vertical que se extiende desde el apéndice xifoides hasta la sínfisis púbica, pasando por el lado izquierdo del ombligo, sin atravezarlo. Permite un campo quirúrgico amplio para el abordaje de diferentes patologías quirúrgicas en tracto gastrointestinal, biliar, renal o en cirugía vascular; también es empleada comúnmente para el abordaje quirúrgico en casos de patología neoplásica maligna. (LaHoz, H. Lòpez, F. Diseccion aorta abdominal infrarrenal. Angiología. 2003; 55 (4): 339-345)

INCISIÓN PARAMEDIANA: Es aquel corte de la pared anterior que se realiza de manera vertical al lado derecho o izquierdo de la línea imaginaria que va del apéndice xifoides al pubis. Las incisiones paramedianas prácticamente han desaparecido de las técnicas modernas de laparotomía por cuanto denervan lateralmente los músculos rectos,favorecen las hernias post-operatorias, no favorecen su ampliación de manera estética e impiden los procedimientos quirúrgicos que deban improvisarse del lado contralateral. Otras incisiones desaparecidas han sido la de Battle Jala guier, Bevan, Kher,Marwedel, Mayo-Robson,etc. todas las cuales se hacían sin respetar la inervación,la irrigación o las líneas de cicatrización. (Iklé. Käser. Hirsch. Atlas de Cirugía Ginecológica. Apertura y cierre de la pared abdominal. Primera edición. Madrid, España. Marbán Libros, S, L. 2000. 83-96)

INCISIÓN PERINEAL DE SCHUCHARDT: Episiotomía mediolateral amplia en la cual se corta el fascículo pubo-rectal del músculo elevador del ano, dentro de la luz vaginal, para ampliar la abertura de esta cavidad cuando el cirujano así lo requiere, especialmente en cirugías para manejo de cáncer vaginal.(Hoffman, Mitchel S. MD*;* Lynch, Catherine MD; Lockhart, Jorge

MD; Knapp, Renda *MD* Injury of the rectum during vaginal surgery. Transactions Of The Sixty-First Annual Meeting Of The South Atlantic Association Of Obstetricians And Gynecologists**.** American Journal of Obstetrics & Gynecology. 181(2):274-277, August 1999. Sinónimo: vagino-perineotomía.

INCISIÓN TRANSVERSA: Corresponde a una incisión realizada en sentido de deecha a izquierda. Puede ser realizada a nivel de piel abdominal, para realizar el acceso tipo laparotomía, o a nivel uterino. Dentro de las incisiones transversas realizadas a nivel de piel abdominal se encuentran la incisión de Pfannenstiel, incisión de Maylard, incisión de Cherney; la incisión transversa a nivel uterina es realizada a nivel del segmento uterino inferior conocida como incisión de Kerr. El tipo de incisión debe ser elegida por el cirujano de acuerdo al tipo de procedimiento a realizar, ventajas y desventajas de cada técnica y experiencia del mismo. (Selman, A. Incisiones Transversas en Ginecología. Rev Chil Obstet Ginecol. 2007; 72 (1): 50-56)

INCISIÓN TRANSVERSAL CON SECCIÓN LONGITUDINAL DE LA FASCIA: Es una incisión que consiste en una laparotomía transversa baja con incisión en la piel similar a la incisión de pfannenstiel; posteriormente se diseca el tejido celular subcutáneo en sentido caudal hasta la sínfisis púbica y en sentido craneal hasta el ombligo y se realiza una laparotomía media. La incisión se cierra de la misma forma que en otras incisiones longitudinales. Esta incisión ofrece la ventaja de mejorar el resultado estético pero presenta la desventaja de un mayor riesgo de formación de serosas por la gran cantidad de tejido que es necesario separar; por esta razón se aconseja colocar un dren de aspiración tras el cierre de la aponeurosis. . (Iklé. Käser. Hirsch. Atlas de Cirugía Ginecológica. Apertura y cierre de la pared abdominal. Primera edición. Madrid, España. Marbán Libros, S, L. 2000. 83-96)

INCISIÓN UTERINA EN T INVERTIDA: Corresponde a un tipo de incisión uterina que combina una incisión transversa baja, es decir, a nivel del segmento, con una incisión vertical a nivel del cuerpo uterino. También se

conoce con el nombre de incisión en T invertida. Este tipo de incisión se realiza en los casos en los que se presenta dificultad para la extracción del feto luego de realizar una incisión transversa baja. La principal desventaja de esta incisión uterina es que la incisión a nivel del cuerpo uterino no permite una adecuada resistencia del tejido miometrial en un posterior embarazo y el riesgo de ruptura uterina asociado a trabajo de parto es del 12%. Esta incisión también puede realizarse a nivel de la aponeurosis (incisión en T invertida de la aponeurosis) o a nivel de piel abdominal (laparotomía en T invertida), con resultados estéticos desfavorables (Villegas, E. Jiménez, J. Incisión en T invertida. Rev Ostet Ginecol Venez. 2005; 65 (2): 65-68)

INCISIÓN UTERINA EN T: Corresponde a un tipo de incisión uterina que combina una incisión transversa baja, es decir, a nivel del segmento, con una incisión vertical a nivel del cuerpo uterino. También se conoce con el nombre de incisión en T invertida. Este tipo de incisión se realiza en los casos en los que se presenta dificultad para la extracción del feto luego de realizar una incisión transversa baja. La principal desventaja de esta incisión uterina es que la incisión a nivel del cuerpo uterino no permite una adecuada resistencia del tejido miometrial en un posterior embarazo y el riesgo de ruptura uterina asociado a trabajo de parto es del 12%. Esta incisión también puede realizarse a nivel de la aponeurosis (incisión en T invertida de la aponeurosis) o a nivel de piel abdominal (laparotomía en T invertida), con resultados estéticos desfavorables (Villegas, E. Jiménez, J. Incisión en T invertida. Rev Ostet Ginecol Venez. 2005; 65 (2): 65-68)

INCISIÓN UTERINA DE KERR: Corresponde a la incisión uterina realiza a nivel del segmento en sentido transverso. También es conocida como incisión transversa baja, incisión transversa segmentaria o incisión segmento-arciforme. Es la mas empleada en la actualidad para la extracción del feto. Dentro de las ventajas se encuentran menor sangrado, apertura y cierre fácil de la pared uterina, cicatriz uterina resistente con riesgo bajo de ruptura uterina en un trabajo de parto posterior, pocas adherencias post-operatorias. Se considera que el riesgo de ruptura uterina

asociado a este tipo de incisión es del 1%. (Braunn, D. Uterine Incision. Obstet Gynecol. 2000; 13 (33): 56)

INCISIÓN UTERINA DE KHERER: Ver Incisión de Kherer

INCISIÓN UTERINA DE SELLHEIM: Corresponde a una incisión uterina a nivel del segmento en sentido vertical. También es conocida como incisión vertical baja o segmentaria vertical, haciendo relación con la incisión transversa baja o incisión de Kerr. Fue descrita inicialmente por Sellheim y modificada por DeLee. Esta incisión ha sido empleada en los casos de cesárea por parto pretérmino extremo, embarazo gemelar, feto en situación transversa dorso inferior, placenta previa en cara anterior del útero o antecedente de incisión uterina longitudinal. Se considera que el riesgo de ruptura uterina asociada a este tipo de incisión en un posterior trabajo de parto, es de 0.8%. La ventaja que ofrece la técnica es la posibilidad de ampliar la incisión en sentido craneal, si la condición lo amerita, convirtiéndola entonces, en una incisión vertical segmento-corporal o incisión de Beck. (Braunn, D. Uterine Incision. Obstet Gynecol. 2000; 13 (33): 56)

INCISIÓN UTERINA EN EL SEGMENTO INFERIOR: Corresponde a la incisión que se realiza a nivel del segmento inferior del útero, empleada para la extracción del feto. El segmento uterino inferior corresponde a la porción inferior de la división que presenta el útero después de la semana 12 de gestación, formado a partir del istmo uterino. Las incisiones realizadas en el segmento uterino inferior pueden ser en sentido transverso, conocida como incisión de Kerr, o en sentido vertical, conocida como incisión de Sellheim. (Braunn, D. Uterine Incision. Obstet Gynecol. 2000; 13 (33): 56).

INCISIÓN UTERINA SEGMENTO-CORPORAL CLÁSICA: Corresponde a la incisión que se realiza a nivel del segmento uterino en forma horizontal, que se extiende hasta el cuerpo uterino. Se emplea en los casos de extracción difícil del feto o en los casos de fetos en situación transversa con dorso inferior. (Braunn, D. Uterine Incision. Obstet Gynecol. 2000; 13 (33): 56)

INCISIÓN XIFOPUBIANA: Corresponde a un tipo de incisión realizada en piel del abdomen para tener acceso a la cavidad peritoneal. Este tipo de laparotomía consiste en una incisión vertical que se extiende desde el apéndice xifoides hasta la sínfisis púbica, pasando por el lado izquierdo del ombligo, sin atravezarlo. Permite un campo quirúrgico amplio para el abordaje de diferentes patologías quirúrgicas en tracto gastrointestinal, biliar, renal o en cirugía vascular; también es empleada comúnmente para el abordaje quirúrgico en casos de patología neoplásica maligna. (LaHoz, H. Lòpez, F. Diseccion aorta abdominal infrarrenal. Angiología. 2003; 55 (4): 339-345)

INCISIONES ABDOMINALES DE LAPAROSCOPIA: Son pequeños cortes de 2 a 5 mm en diferentes partes de la pared anterior que apenas permiten el paso del laparoscopio o de sus trócares auxiliares. Son los cortes de la pared anterior del abdomen, que permite introducir la cámara de video y los instrumentos de cirugía para realizar procedimientos dentro de la cavidad celiaca. La laparoscopia quirúrgica avanzada con laser, requiere tres incisiones abdominales; sin embargo, cuando el procedimiento es mínimo, puede realizarse con sólo dos: una incisión umbilical para laparoscopia con laser y una más baja en la línea media para el evacuador de humo. Casi todos los procedimientos requieren al menos dos sitios de punción secundaria. En primer lugar, la paciente debe estar en una posición adecuada, de litotomía modificada, con las nalgas en el borde de la mesa a fin de que pueda colocarse una cánula intrauterina.

INCISIONES CERVICALES DE DÜHRSSEN: Cortes en el cuello uterino, hacia las 10 y las 2 o hacia las 6, 2 y 10 de las manecillas del reloj, ideadas por el obstetra berlinés Jacob Dührssen hacia el año 1920 con el propósito de favorecer el parto por vía vaginal en una paciente con el cuello cerrado o con dilatación incompleta, con sufrimiento fetal agudo, con fase de latencia prolongada, con presentación de pelvis, con feto muerto retenido, etc. Por esta razón, al parto logrado mediante esta técnica se le llama “cesárea vaginal”. Este tipo de incisiones casi han desaparecido de la obstetricia moderna por las secuelas en el feto y en la madre. Algunas veces la literatura menciona este recurso en casos extremos (Dumont A, De Bernis

L, Wade F, Uzan S, Darbois Y. Vaginal cesarean for fetal deaths in utero. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). 1996;25(6):623-8) // Cortes en el cuello para ampliar el espacio que permitan la salida del feto que está obstruido o el nacimiento del feto con sufrimiento agudo sin adecuada dilatación del cérvix. El tiempo que toma un parto atendido mediante las incisiones de Dhürssen pueden aumentar la hipoxia fetal, producen sangrado importante para la madre, inducen instrumentación fetal adicional y pueden dejar como secuela una incompetencia del cérvix (Landy HJ, Zarate L, O'Sullivan MJ. Abdominal rescue using the vacuum extractor after entrapment of the aftercoming head. Obstet Gynecol. 1994 Oct; 84 (4 Pt 2):644-6).

INCOMPETENCIA CERVICAL: Es la incapacidad de llevar un embarazo a término debido a anormalidades funcionales o estructurales del cuello uterino. Esta patología fue descrita por primera vez en 1950 por Lash y Lash, fecha en que comenzaron las primeras correcciones quirúrgicas para resolverla. Tiene una incidencia entre 0,1 a 2% de todos los embarazos, manifestándose clínicamente por abortos repetidos del segundo trimestre o por dilatación cervical indolora con parto prematuro. En la mayoría de los casos, la etiología es desconocida. Algunas causas asociadas son algunas anormalidades müllerianas como la aplasia o la hipoplasia cervical, la exposición in utero al dietilstilbestrol o el trauma cervical por procedimientos quirúrgicos u obstétricos. Shirodkar y McDonald en la década de los 50, fueron los primeros en diseñar técnicas quirúrgicas exitosas para el cerclaje transvaginal, siendo válidas en la actualidad. Sin embargo, situaciones clínicas como cuellos uterinos extremadamente cortos o amputados, desgarros cervicales profundos y conizaciones amplias o extensas, hacen que el cerclaje por vía vaginal técnicamente sea dificultoso o de alto riesgo de rotura ovular. En este contexto Benson y Durfee describieron el cerclaje cérvico-ístmico transabdominal, como método alternativo para este grupo de pacientes. Posteriormente se ha perfeccionado la técnica, estando actualmente avalada por la literatura médica. Además se ha demostrado que es el tratamiento de elección para las pacientes en que el cerclaje transvaginal ha fracasado para corregir la incompetencia cervical en embarazos anteriores. (Lash SR, Lash AF. Management of anormalities of

the genital tract. Am J Obstet Gynecol 1955; 70(2): 383-96) // (Becio HM y Besio HC. Cerclaje cérvico-ístmico trans-abdominal, serie clínica. Rev. chil. obstet. ginecol. v.69 n.2 Santiago 2004).

INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO: Corresponde a la pérdida involuntaria de orina a través de la uretra, que se produce de manera simultánea con un aumento de la presión intraabdominal, pero en ausencia de contracción del músculo detrusor. En condiciones normales, la paciente continente, tiene en reposo una presión intrauretral mayor que la presión intravesical; un cambio en la diferencia de presiones lleva a pérdida de orina e incontinencia asociada a esfuerzos o maniobras de valsalva. La incontinencia urinaria de esfuerzo no tiene etiología establecida pero existen las siguientes hipótesis: descenso anatómico de la uretra proximal por debajo de su posición intraabdominal normal durante las actividades de esfuerzo, relaciones anatómicas alteradas entre la uretra y la vejiga e insuficiencia de los componentes neuromusculares, que aumentan de manera refleja la presión intrauretral como reacción a los incrementos en la presión intraabdominal. (DeCherney, A. Diagnóstico y tratamiento ginecoobstétricos. Urología Ginecológica. Séptima edición. Bogotá, Colombia. Editorial Manual Moderno. 1994. 1049-1067)

INCONTINENCIA URINARIA, CABESTRILLO CON FASCIA DE LOS RECTOS (para incontinencia urinaria): Técnica quirúrgica para elevar el ángulo uretro-vesical con el propósito de corregir la incontinencia urinaria de esfuerzo mediante la disección de una banda de fascia de la cara anterior de los músculos rectos ,se corta por uno de sus extremos y se pasa por debajo de la uretra para formarle una hamaca a través del espacio de Retzius; se fija de regreso a un punto de la fascia anterior de los rectos. Se complementa con una colpoplastia anterior. Ni esta técnica ni las demás que forman un cabestrillo a la uretra tienen aceptación entre los ginecólogos en la actualidad. // Sinónimos: Cirugía de Goebell-Stoeckell-Frangenheim // Cirugía de Aldrich-Studdiford

INCONTINENCIA URINARIA, CABESTRILLO CON FASCÍCULO DEL PUBOCOCCÍGEO (para incontinencia urinaria): Técnica quirúrgica para

elevar el ángulo uretro-vesical con el propósito de corregir la incontinencia urinaria de esfuerzo mediante la disección de uno de los fascículos del músculo pubococcígeo (que hace parte del elevador del ano) y llevarlo por debajo de la uretra para formarle una hamaca. Se complementa con una colpoplastia anterior. Ni esta técnica ni las demás que forman un cabestrillo a la uretra tienen aceptación entre los ginecólogos en la actualidad. // Sinónimo: Cirugía de Ingleman-Sundberg.

INCONTINENCIA URINARIA, CABESTRILLO VAGINAL: Corresponde a una cinta hecha de material sintético que se emplea para la corrección de la incontinencia urinaria de esfuerzo. El procedimiento qurúrgico se llama cirugía de cabestrillo vaginal y consiste en la inserción de un "cabestrillo" debajo de la uretra; cuando se ajusta la tensión en la cinta o el cabestrillo se corrige el ángulo vesico-uretral y se impide la pérdida de orina asociada a esfuerzos. (Chan, PT, Fournier, C, Corcos, J. Short-term complications of pubovaginal sling procedure for genuine stress incontinence in women. Urology 2005; 55:207)

INCONTINENCIA URINARIA, CIRUGÍA DE GOEBELL-STOECKELL–FRANGENHEIM: Ver Incontinencia urinaria, cirugía de Goebell-Stoeckell-Frangenheim (cabestrillo con fascia de los rectos). (DeCherney, A. Diagnóstico y tratamiento ginecoobstétricos. Urología Ginecológica. Séptima edición. Bogotá, Colombia. Editorial Manual Moderno. 1994. 1049-1067)

INCONTINENCIA URINARIA GENUINA: Ver Incontinencia urinaria verdadera.

INCONTINENCIA URINARIA POR INESTABILIDAD DEL DETRUSOR: Es la incontinencia urinaria que se produce como resultado de las contracciones involuntarias, no inhibidas, del músculo detrusor. También es conocida como incontinencia urinaria de urgencia o vejiga inestable. Usualmente estos trastornos se clasifican como trastornos neurológicos o idiopáticos, pero la infección y la obstrucción se han citado como posibles causas. Es la segunda causa más común de incontinencia urinaria y afecta aproximadamente a 1% - 2% de la población femenina. Los síntomas son

múltiples e incluyen polaquiuria, urgencia, incontinencia de urgencia e incontinencia de esfuerzo. El examen físico suele ser normal y pocas veces proporciona pruebas de apoyo diagnóstico. El trastorno se confirma mediante la comprobación cistométrica de contracciones involuntarias del detrusor en estado de reposo, durante el llenado vesical o después de las maniobras de valsalva. Las bases fundamentales del tratamiento incluyen fármacos anticolinérgicos, modificación de la conducta o reeducación vesical, cirugía o inserción de un catéter. (DeCherney, A. Diagnóstico y tratamiento ginecoobstétricos. Urología Ginecológica. Séptima edición. Bogotá, Colombia. Editorial Manual Moderno. 1994. 1049-1067)

INCONTINENCIA URINARIA: Corresponde a la pérdida involuntaria de orina a través de la uretra, que se puede demostrar de manera objetiva y que se presenta en grado suficiente como para constituir un problema social o higiénico. La prevalencia de la incontinencia urinaria es del 15% en mujeres de 35 años y de 28% en mujeres mayores de 40 años. La incontinencia urinaria se clasifica en cuatro grandes grupos: incontinencia urinaria de esfuerzo, incontinencia de urgencia, incontinencia mixta, incontinencia por rebosamiento. (DeCherney, A. Diagnóstico y tratamiento ginecoobstétricos. Urología Ginecológica. Séptima edición. Bogotá, Colombia. Editorial Manual Moderno. 1994. 1049-1067)

INCONTINENCIA URINARIA VERDADERA ó GENUINA: Es la incontinencia urinaria que se puede demostrar de manera objetiva a través de diferentes test. Corresponde a la incontinencia de esfuerzo verdadera en la cual la pérdida de orina se presenta en ausencia de contracción del músculo detrusor, con una presión intravesical que excede la presión intrauretral máxima. (DeCherney, A. Diagnóstico y tratamiento ginecoobstétricos. Urología Ginecológica. Séptima edición. Bogotá, Colombia. Editorial Manual Moderno. 1994. 1049-1067)

ÍNDICE CERVICAL DE BISHOP: Ver Puntuación de Bishop.

ÍNDICE DE BISHOP: Ver Puntuación de Bishop.

ÍNDICE DE LANGE: Ver Puntuación de Lange

ÍNDICE DE LECITINA – ESFINGOMIELINA EN EL LÍQUIDO AMNIÓTICO: Es una forma de valorar la maduración pulmonar fetal tomando líquido amniótiico al cual se le miden tanto la lecitina como la esfingomielina. Antes de la semana 32 de gestación predomina la esfingomielina;después predomina la lecitina. Si al dividir la concentración de Lecitina sobre Esfingomielina el resultado es igual o mayor a 2 se puede confiar en que la madurez pulmonar es adecuada en un 97%. El índice menor de 2 indica inmadurez pulmonar. Ver medición del Fosfatidil-Glicerol. (Pino, P. Oyarzún, E. Comparación del índice lecitina/esfingomielina vs fosfatidilglicerol en la maduracion pulmonar fetal. Rev Chil Obstet Ginecol. 2002; 67 (6): 476)

ÍNDICE DE LÍQUIDO AMNIÓTICO: Es un conjunto de medidas a los lagos de líquido amniótico, con el propósito de evaluar la cantidad total del mismo. Con este índice se puede tener una idea aproximada de la normalidad o anormalidad de este fluido de la cavidad amniótica. Para calcularlo se busca el lago más grande en cada uno de los cuatro cuadrantes, a cada lago se le busca el diámetro mayor y se le mide en centímetros. El índice es la sumatoria de los cuatro diámetros en centímetros. El lago escogido no debe contener cordón umbilical ni partes fetales. Las medidas pueden hacerse en milímetros o en centímetros, pero el resultado debe expresarse en centímetros. Si por ejemplo en una gestante el primer cuadrante tiene un lago cuyo diámetro mayor es de 23 mm, el segundo cuadrante tiene un lago de 27 mm, el tercer cuadrante un lago de 35 mm y el último cuadrante un lago de 51 mm, la sumatoria es de 136 mm ó 13,6 centímetros y se compara con la siguiente tabla:

ÍNDICE DE MADURACIÓN SEXUAL: Clasificación numérica por etapas del crecimiento y aspecto de las mamas y del vello pubiano, según la escala de Tanner. Respecto a los senos este índice muestra el equilibrio que guardan la edad y el tamaño, contorno, aspecto de los pezones y proyección de la areola. El índice de desarrollo del vello pubiano relaciona la cantidad, grosor y distribución en la vulva, Monte de Venus y cara interna de los muslos. Cuando se detecta un desequilibrio entre la edad cronológica y el grado de maduración de las características sexuales, el médico inicia los estudios que muestren las causales hormonales, enzimáticas o cromosómicas que

motivaron el trastorno. (Gonzalez, E. Landeta, K. Determinación de los niveles de maduración. Rev Med Clin. 2008; 2 (4): 18-24)

ÍNDICE DE MADURACIÓN SEXUAL PARA EL VELLO PUBIANO. Ver Tanner del vello pubiano.

ÍNDICE DE MADURACIÓN SEXUAL PARA LAS GLÁNDULAS MAMARIAS: Ver Tanner mamario

ÍNDICE DE RIESGO DE MALIGNIDAD DE JACOBS (IRM): Se calcula según la siguiente fórmula: IRM= UxMxCA-125 donde **U** es el score ecográfico y **M** es el estado menopáusico. El Score **U** vale 0 cuando ninguna imagen de las descritas en la tabla se encontraba presente, 1 si se observaba una y 3 cuando se encontraron dos o más. El score **M** se valora como 1 o 3 según las pacientes fueran pre o posmenopáusicas respectivamente. El Ca-125 es el valor obtenido para este marcador tumoral. (Aldini, A. J.; Torres, A. L.; Tilli, M.; Macagno, M. E.; Torrillo, F. M.Aplicación del índice de riesgo de malignidad de Jacobs en las masas anexiales, nuestra experiencia. Hospital Dr. Carlos Bocalandro. Pdo. 3 de febrero, Pcia. de Buenos Aires.Página de la Asociación argentina de ginecología oncológica: http://www.aaginon.org.ar)

INDICE RENAL FETAL: Corresponde a la relación entre la circunferencia renal y la circunferencia abdominal. La circunferencia renal es igual a la sumatoria de los diámetros longitudinal y anteroposterior del riñón y la circunferencia abdominal es igual a la sumatoria de los diámetros longitudinal y transverso del abdomen fetal. Esta relación es constante a partir de la semana 24 de gestación, con un valor normal entre 0.27 – 0.30. (Chitty, LS, Altman, DG. Charts of fetal size: kidney and renal pelvis measurements. Prenat Diagn 2003; 23:891)

INDUCCION DEL PARTO: Estimulación farmacológica del miometrio para generar contracciones uterinas antes del inicio espontáneo del trabajo de parto, cuando los beneficios maternos y fetales de terminar el embarazo son mayores que la continuación del mismo. (Cunningham, FG. Gant, NF. Leven, K. Gilstrap, L. Hauth., J. Wenstrom K. Inducción y conducción del

trabajo de parto . Williams Obstetricia. 21° edición. Montevideo, Uruguay: Editorial Panamericana. 2001: 405 - 413)

INFECCIÓN: Es una fenómeno caracterizado por una respuesta inflamatoria a la presencia de microorganismos o la colonización de un tejido normalmente estéril por estos gérmenes. (Balk, RA. Severe sepsis and septic shock. Definitions, epidemiology, and clinical manifestations. Crit Care Clin 2000; 16:179 / Levy, MM, Fink, MP, Marshall J. International Sepsis Definitions Conference. Crit Care Med 2003; 31:1250 / Martin, GS, Mannino, DM, Eaton, S, Moss, M. The epidemiology of sepsis in the United States from 1979 through 2000. N Engl J Med 2003; 348:1546)

INFECCION CORIOAMNIOTICA: Hace referencia a la infección del líquido amniótico, membranas, placenta y/o útero. La corioamniotitis es la infiltración leucocitaria de la placenta y de las membranas desde el punto de vista anatomopatológico. La corioamnionitis complica aproximadamente el 0.5 – 1% de todos los embarazos, generalmente secundario a la ruptura prematura de membranas y su incidencia aumenta de manera directa a medida que aumenta el tiempo de ruptura. Corresponde aproximadamente al 10-40% de todos los casos de morbilidad febril periparto, es causa del 50% de los partos pretérmino menores de 30 semanas. El mecanismo más frecuente de infección intraamniótica es una infección ascendente de la flora vaginal a través del cérvix después del inicio del trabajo de parto o la ruptura de membranas; sin embargo, las bacterias pueden migrar desde la cavidad abdominal a través de las trompas de Falopio, contaminación inadvertida en procedimientos invasivos como amniocentesis o cordocentesis. Los gérmenes más frecuentemente asociados con infección intraamniótica son: Streptococcus grupo B, E. Coli, Gardenerella vaginalis, Prevotella bivia, Peptoestreptococus ssp, Ureaplasma urealyticum, Micoplasms hominis y otros gram negativos anaerobios. Dentro de los factores de riesgo se encuentran el trabajo de parto prolongado, ruptura prematura de membranas prolongada, múltiples exámenes vaginales durante el trabajo de parto, el uso de monitoreo interno, nuliparidad, edad materna extrema, bajo nivel socioeconómico, infecciones del tracto genital inferior o superior. (Newton, E. Preterm labor, Preterm premature ruptura of

membranas and chorioamnionitis. Clinics in Perinatology. 2005; 32: 571 – 600)

INFECCIÓN DE LA EPISIORRAFIA: Es la presencia de gérmenes patológicos que producen dolor, calor, rubor, dehiscencia de la sutura de la vulva y secreción purulenta de la herida quirúrgica de la vulva (episiotomía), realizada para facilitar el parto. (Belizán, C. Episiotomia en el parto vaginal. Cochrane. 2008; 3)

INFECCIÓN DE LA EPISIOTOMÍA: Es la presencia de gérmenes patológicos que producen dolor, rubor,calor y drenaje purulento de la herida de la vulva, realizada para facilitar el parto, sin que se haya suturado.// Cuando se infecta la episiotomía suturada se llama infección de la episiorrafia. (Belizán, C. Episiotomia en el parto vaginal. Cochrane. 2008; 3)

INFECCIÓN DE LAS VÍAS URINARIAS: Ver “Infección urinaria”.

INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO (ITU): Ver “Infección urinaria”

INFECCIÓN NOSOCOMIAL DE ÓRGANOS Y ESPACIOS: Es un proceso séptico que reúne todos los criterios para ser considerado nosocomial, que afecta todos los compartimentos y órganos diferentes a la piel, tejido celular subcutáneo, aponeurosis y capa muscular, aledaños a la zona quirúrgica dentro de los siguientes 30 días de la cirugía. Si se han colocado prótesis u otro tipo de cuerpos extraños de manera voluntaria, el periodo se extiende a un año. Ejemplos de este tipo de infecciones son la cistitis post quirúrgica por el uso de sonda uretro vesical, el absceso de la cúpula vaginal post histerectomía, la endometritis post parto o post cesárea, el absceso pélvico post cesárea por compresoma, la mastitis después de una biopsia o de la resección de masa tumoral, etc. (Balk, RA. Severe sepsis and septic shock. Definitions, epidemiology, and clinical manifestations. Crit Care Clin 2000; 16:179)

INFECCIÓN NOSOCOMIAL PROFUNDA: Es un proceso séptico que reúne todos los criterios para ser considerado nosocomial, que afecta la aponeurosis, los músculos o tejidos más profundos en la zona intervenida quirúrgicamente, dentro de los siguientes 30 días de la cirugía. Si se han

colocado prótesis u otro tipo de cuerpos extraños de manera voluntaria, el perodo se extiende a un año. Para ser considerada como infección profunda debe tener por lo menos uno de los siguientes criterios: a-Hay drenaje de material purulento proveniente de los tejidos profundos en el sitio de la cirugía, que no compromete los órganos vecinos ni espacios periféricos al órgano intervenido b-Hay dehiscencia de las suturas de los tejidos profundos y se acompaña de fiebre de 38 grados o más y/o dolor d-Se evidencian colecciones purulentas mediante ayudas imagenológicas o mediante reinterevención quirúrgica e- El cirujano abre la herida deliberadamente pues a su juicio reune las características de infección. // No se considera infección cuando a-apenas hay leve hematoma en la zona de los puntos de penetración de las suturas y la apariencia de los tejidos es sano b- no cumple criterios diagnósticos claros o el cultivo de la herida es negativo. (Domínguez A, Vanegas S, Camacho F, Quintero G, Patiño J. Programa de seguimiento de la infección de la herida quirúrgica y el sitio operatorio. Rev. Colombiana de Cirugía. 2001; 16 (1)

INFECCIÓN NOSOCOMIAL SUPERFICIAL: Es una infección que reúne todos los criterios para ser considerada nosocomial, que afecta la piel y el tejido celular subcutáneo(TCSC) de la zona intervenida quirúrgicamente, dentro de los siguientes 30 días de la cirugía. Para ser considerada como infección debe tener por lo menos uno de los siguientes criterios: a-La paciente tiene fiebre de 38 grados o más y la zona quirúrgica está hipertérmica b-Hay eritema, rubor, calor y dolor en la zona operada b-Hay drenaje purulento en el sitio de la incisión c-La paciente tiene pulso de 90 o más y la herida tiene hipertermia u otros signos de infección c- Se aisla un germen patógeno de la secreción de la piel o del TCSC del sitio intervenido d-El cirujano abre la herida deliberadamente pues a su juicio reune las características de infección. // Cuando la infección compromete la piel y tejidos más profundos, se clasifica como profunda. // No se considera infección cuando apenas hay leve eritema en los puntos de penetración de las suturas o la apariencia de los tejidos es sano, o no cumple criterios diagnósticos claros o el cultivo de la herida es negativo. (Domínguez A, Vanegas S, Camacho F, Quintero G, Patiño J. Programa de seguimiento de

la infección de la herida quirúrgica y el sitio operatorio. Rev. Colombiana de Cirugía. 2001; 16 (1)

INFECCIÓN NOSOCOMIAL, CASO CONFIRMADO: Paciente que adquiere una infección durante su hospitalización, que guarda asociación de riesgo con la intervención que se le practicó o con la exposición a un germen epidémico dentro de la institución, que hace parte de la cadena de transmisión desde una fuente de contagio conocida. (Domínguez A, Vanegas S, Camacho F, Quintero G, Patiño J. Programa de seguimiento de la infección de la herida quirúrgica y el sitio operatorio. Rev. Colombiana de Cirugía. 2001; 16 (1)

INFECCIÓN NOSOCOMIAL, CASO PROBABLE: Es aquel sobre el cual hay más duda que en el sospechoso. Es el tipo de infección que no guarda asociación directa con los riesgos sometidos durante su hospitalización o que manifiesta una infección que pudo empezar su incubación antes de ingresar a la institución hospitalaria. También se califica de infección nosocomial probable cuando se manifiesta después de la hospitalización y el periodo de incubación puede ser corto o largo, de tal manera que bién pudo ser adquirida dentro de la institución o en la comunidad. // Hay tres tipos de infección nosocomial: a-La superficial b-La profunda y c-La de órganos y espacios. (Domínguez A, Vanegas S, Camacho F, Quintero G, Patiño J. Programa de seguimiento de la infección de la herida quirúrgica y el sitio operatorio. Rev. Colombiana de Cirugía. 2001; 16 (1)

INFECCIÓN NOSOCOMIAL, CASO SOPECHOSO: Paciente con fiebre, secreción de material purulento u otro signo de infección que se descubre durante la hospitalización o en los primeros días del egreso, que pudo haber sido adquirida dentro de la institución, pero que no reune los criterios de certeza, propios del caso confirmado. (Domínguez A, Vanegas S, Camacho F, Quintero G, Patiño J. Programa de seguimiento de la infección de la herida quirúrgica y el sitio operatorio. Rev. Colombiana de Cirugía. 2001; 16 (1)

INFECCIÓN NOSOCOMIAL: Es un proceso séptico que no estaba presente al momento de ingreso de la paciente a la clínica u hospital, ni se

encontraba en periodo de incubación antes de hospitalizarse. Se califica como nosocomial cuando se adquiere durante la hospitalización y se manifiesta durante la misma o después del egreso, pero dentro del periodo de incubación. (Domínguez A, Vanegas S, Camacho F, Quintero G, Patiño J. Programa de seguimiento de la infección de la herida quirúrgica y el sitio operatorio. Rev. Colombiana de Cirugía. 2001; 16 (1)

INFECCIÓN POR VIRUS PAPILOMA: Corresponde a la infección ocasionada por el virus del papiloma humano. Este virus es un miembro de la familia Papovaviridae, que corresponde a pequeños virus de DNA circular encapsidado. Su riesgo oncogénico se ha establecido en tres grandes grupos: Bajo riesgo, principalmente serotipo 6 y 11; Riesgo moderado, serotipos 31, 33, 35, 51; y Riesgo Alto, principalmente serotipos 16 y 18. La infección por virus del papiloma humano se puede expresar en forma clínica, subclínica y latente. La infección subclínica es de gran importancia, ya que al no ser aparentes las lesiones, se facilita el contagio; las lesiones pueden objetivarse mediante visión colposcópica con aplicación de ácido acético, siendo en general aplanadas y múltiples y corresponden a las llamadas Lesiones Intraepiteliales del cévix o de la vulva. La infección latente es aquella infección sin evidencia clínica ni histológica, que sólo es posible detectarla con métodos de determinación del ADN; se desconoce el tiempo y las condiciones para que una lesión latente evolucione a subclínica o clínica. Las infección clínicas es aquella que se manifiesta con lesiones clínicamente evidentes; las formas clínicas causadas por serotipos de bajo riesgo suelen ser benignas y consisten en lesiones tipo condilomas; las lesiones causadas por serotipos de alto riesgo incluyen las lesiones carcinomatosas que dependen del grado, extensión y estadio clínico del proceso neoplásico. (Frazer, I. Cox, T. Advances in prevention of cervical cáncer and other human papillomavirus-related diseases. Pediatr Infect Dis J 2006;25: S65–S81)

INFECCIÓN URINARIA: Es la colonización masiva de bacterias (100.000 o más unidades formadoras de colonias por mm cuadrado) en la luz del tracto urinario, con invasión a las paredes de sus espacios luminales, que produce inflamación de las mismas y por tanto se acompaña de síntomas.

En este aspecto se diferencia de la bacteriuria. // Criterios diagnósticos: 1-paciente que tiene por lo menos uno de los siguientes signos o síntomas sin otra causa reconocida: fiebre de 38° C ó más, urgencia urinaria, aumento de la frecuencia, disuria o sensibilidad suprapúbica, cultivo con 100.000 o más unidades formadoras de colonias que no tengan más de dos especies de gérmenes aislados. Si hay tres o más gérmenes se considera contaminada la orina con materia fecal. 2-Paciente que reúne dos de los siguientes criterios en ausencia de una causa de infección reconocida: fiebre de 38° C o más, urgencia urinaria, aumento de la frecuencia urinaria, disuria, sensibilidad suprapúbica. 3- Paciente que tiene por lo menos uno de los siguintes criterios en ausencia de otra causa de infección: Prueba positiva para estearasa leucocitaria o nitritos, piuria con 10 leucocitos o más por mm3, leucocituria con 3 o más leucocitos por campo de alto poder en orina no centrifugada, dos urocultivos en los cuales se aisla el mismo germen con más de 100 colonias por ml en una muestra obtenida mediante punción suprapúbica, recuentos progresivamente inferiores a 100.000 unidades formadoras de colonias en una paciente que recibe antibiótico adecuado para infección urinaria, paciente con signos y síntomas de infección urinaria que mejora con un antibiótico adecuado para esta enfermedad.// Sinónimos: Infección de las vías urinarias, Infección del tracto urinario.**//** Condición médica caracterizada por colonización y proliferación bacteriana en el tracto urinario. Es una complicación médica frecuente durante el embarazo, ya que los cambios fisiológicos asociados (ectasia pielocalicial, reflujo vesicoureteral, estasis urinaria) predisponen a la colonización del tracto urinario generalmente por microorganismos de la flora perineal normal. La infección urinaria puede estar limitada al tracto genital inferior (Cistitis, uretritis) o comprometer el tracto genital superior (Pielonefritits aguda). Los agentes patógenos más comúnmente relacionados con la IVU son Escherichia Coli, Klebsiella Pneumoniae, Enterobacter, Proteus, entre otros. (Cunningham, FG. Gant, NF. Leven, K. Gilstrap, L. Hauth., J. Wenstrom K. Complicaciones médicas y quirúrgicas durante el embarazo: Enfermedades renales y de las vías urinarias. Williams Obstetricia. 21° edición. Montevideo, Uruguay: Editorial Panamericana. 2001. 1062 – 1076).

INFERTILIDAD: Incapacidad de una pareja en edad reproductiva de lograr el embarazo, que el embarazo llegue al término y al que al final del proceso reproductivo tanto la madre como el recién nacido se encuentren en óptimas condiciones de salud, para formar junto con el padre, una familia. Se considera que el 80% de las parejas que inician su proceso reproductivo, logran el embarazo al finalizar el primer año y se consideran parejas fértiles; aproximadamente el 10% logran el embarazo en el siguiente año sin intervención médica y se consideran parejas subfértiles y el 10% restante conforman el grupo de parejas infértiles. La infertilidad tiene causas masculinas (40%), causas femeninas (40%) y causas de pareja (20%) dentro de las cuales al final del estudio se encontrará que son de causa inexplicada. (Silverberg, K. Evaluation of the couple with infertility in a managed care environment. Clinical Obstetrics and Gynecology. 2000; 43: 844-853)

INFERTILIDAD COITAL: Es una de las causas de infertilidad de pareja que corresponde a una inadecuada frecuencia coital o coitos en períodos no fértiles del ciclo. Este tipo de infertilidad se maneja enseñando a la pareja a tener una frecuencia coital adecuada, es decir, mínimo dos veces por semana al azar, especialmente en el período fértil del ciclo (período periovulatorio) para aquellas parejas que no están juntas de forma permanente. Se considera que aproximadamente el 10% de las causas de infertilidad de pareja corresponden a factores coitales (Schlaff, W. Integrating Infertility Evaluation and Treatment into the general Ob/Gyn Office. Postgraduate Obstetrics & Gynecoloy. 2006; 26 (8): 1-10)

INFERTILIDAD DE PAREJA: Es la infertilidad que tiene origen en alteraciones de pareja. Este tipo de infertilidad corresponde aproximadamente al 20% de las causas de infertilidad y se subdividen en alteraciones coitales, inmunológicos e inexplicados. (Silverberg, K. Evaluation of the couple with infertility in a managed care environment. Clinical Obstetrics and Gynecology. 2000; 43 (4): 844-853)

INFERTILIDAD FEMENINA: Es la infertilidad que tiene origen en problemas femeninos. En la mujer, los factores que pueden afectan la fertilidad se

pueden clasificar como endocrinos (anovulación o insuficiencia del cuerpo lúteo), tubo-peritoneales, uterinos o cervicovaginales. La alteración más frecuente es la de tipo endocrino principalmente problemas de anovulación, seguido por las alteraciones a nivel tubárico ya sea por obstrucción o formación de adherencias. Se considera que los factores femeninos corresponden al 40% de las causas de infertilidad. (Schlaff, W. Integrating Infertility Evaluation and Treatment into the general Ob/Gyn Office. Postgraduate Obstetrics & Gynecoloy. 2006; 26 (8): 1-10)

INFERTILIDAD INEXPLICADA: Es la infertilidad que se presenta en los casos en que la evaluación masculina, femenina, coital e inmunológica son normales y sin embargo la pareja no logra el embarazo. Se considera que aproximadamente el 50% de los casos de infertilidad de pareja corresponden a este tipo de infertilidad. Se considera que las alteraciones en este tipo de infertilidad corresponden a alteraciones en el desarrollo folicular, la fertilización o la implantación que no es posible evaluar con las ayudas diagnósticas disponibles en este momento. Otras posibles alteraciones pueden corresponden a disminución de la capacidad de fertilización de los espermatozoides a medida que el hombre envejece, a pesar de una análisis de semen dentro de límites normales, insuficiencia del cuerpo lúteo, infecciones o alteraciones inmunológicas. (Randolph, J. Unexplained Infertility. Clinical Obstetrics and Gynecology. 2006; 43 (4): 897-901)

INFERTILIDAD INMUNOLÓGICA: Corresponde al desarrollo de autoinmunidad masculina o isoinmunidad femenina frente a los componentes o antígenos espermáticos. Aproximadamente el 40% de las causas de infertilidad de pareja corresponde a factores inmunológicos. La infertilidad inmunológica se caracteriza básicamente por la formación de anticuerpos dirigidos contra 6 proteínas de superficie específicas localizadas en la membrana de los espermatozoides, alterando la función espermática. En el hombre la formación de anticuerpos antiespermatozoides se desarrolla como consecuencia de la exposición de los antígenos espermáticos al sistema inmune, por alteración de la barrera hemato-testicular que en condiciones fisiológicas mantiene alejadas las

células germinativas masculinas del sistema inmunológico. Dentro de las condiciones que pueden alterar la barrera hemato-testicular se encuentran las infecciones de tipo testicular o epididimal incluyendo la orquitis post-parotiditis, el trauma testicular directo de cualquier tipo, el vasectomía, obstrucción testicular, varicocele, criptorquidia, entre otros. En la mujer, también se pueden formar anticuerpos dirigidos contra los espermatozoides que alteran su capacidad para la fertilización, aunque en menor medida que en los hombres; esta formación de anticuerpos es la responsable de las reacciones anafilácticas observadas postcoito y de reacciones alérgicas a la exposición al semen. Este tipo de anticuerpos pueden ser de cualquier isotipo, es decir, imnuglobulina M, G o A; pueden estar dirigidos contra cualquier porción del espermatozoides, principalmente contra la cabeza o la cola y se pueden detectar en suero tanto masculino como femenino, semen o moco cervical. Las funciones espermáticas que son comprometidas por la presencia de anticuerpos antiespermatozoides son la motilidad espermática con la consecuente alteración de la penetración del moco cervical, la sobrevida, aumenta la viscosidad del semen, induce aglutinación espermática y altera la reacción acrosomal y el proceso de capacitación espermática disminuyendo la capacidad fertilizante del espermatozoide. La evaluación de la infertilidad inmunológica se realiza por medio de diferentes tests dentro de los cuales se destacan el Test de Immunobeads (IBT) y el Test de aglutinación mixta, que evalúan la presencia de anticuerpos unidos a los espermatozoides por medio del uso de antiinmunoglobulinas detectadas por los anticuerpos antiespermatozoides como antígenos, especificando el porcentaje de espermatozoides comprometidos y en el caso del IBT detecta el isotipo de anticuerpo y la localización del mismo en el espermatozoide, que son factores relacionados con alteraciones específicas de la función espermática. De igual manera, parámetros alterados en el espermograma y en el test postcoital pueden sugerir la presencia de anticuerpos antiespermatozoides para seleccionar las parejas que deben ser evaluadas para infertilidad inmunológica en la evaluación inicial de su infertilidad. Las opciones de tratamiento existentes para este tipo de infertilidad son las terapias inmunoreguladoras (corticosteroides) cuya efectividad aún no ha sido confirmada debido a que los estudios

publicados hasta la fecha no son concluyentes y no cumplen con los parámetros metodológicos para ser significativos estadísticamente; por esta razón, las parejas con infertilidad inmunológica son llevadas a técnicas de reproducción asistida que incluye, la inseminación intrauterina con técnicas de manipulación de gametos con lavado espermático o remoción enzimática de anticuerpos antiespermatozoides, técnicas de Fertilización In Vitro (IVF) tanto tradicional como especializada tipo Inyección Intracitoplasmática de Espermatozoides (ICSI). (Hatasaka, H. Immunologic Factors in Infertility. Clinical Obstetrics and Gynecolgy. 2000; 43 (4): 830-843 / Lombardo, F. Gandini, L. Dondero, F. Lenzi, A. Antisperm immunity in natural and assisted reproduction. Human Reproduction. 2001; 7 (5): 450-456 / Bohring, C. Krause, W. The value of proteomic analysis. Immune infertility: towards a better understanding of sperm (auto) immunity. Human Reproduction. 2003; 18 (5): 915-924)

INFERTILIDAD MASCULINA: Corresponde a todas aquellas condiciones de origen masculino que alteran el proceso de fertilidad. La clasificación de la infertilidad masculina de acuerdo a los criterios de la OMS, divide los trastornos en pretesticulares, testiculares y postesticulares. Se consideran trastornos pretesticulares aquellas patologías de tipo endocrino que afectan la producción espermática como el hipotiroidismo, la hiperprolactinemia o la diabetes mellitas, al igual que la exposición a tóxicos ambientales como el tabaco, alcohol, sustancias psicoactivas así como enfermedades sistémicas que pueden afectar la producción, motilidad o morfología de los espermatozoides. Los problemas testiculares son aquellos en los cuales por afección directa de los túmulos seminíferos se altera la producción espermática como la orquitis postparotiditis, síndrome de Klinefelter, varicoceles, entre otros. Los trastornos postesticulares son aquellas patologías que alteran la conducción y preparación del semen para su salida al exterior, es decir, a nivel de conductos deferentes, próstata o vesícula seminal; estos trastornos son generalmente de tipo obstructivo o infeccioso. La evaluación del factor masculino se realiza con el espermograma. (Schlegel, P. Male Infertility: evaluation and sperm retrieval. Clinical Obstetrics and Gynecology. 2006; 49: 55-72)

INFLUENZA: Tiene el mismo significado de gripe o gripa, enfermedad contagiosa de origen viral que produce estado catarral. // “Hipócrates y Tucídides ya describieron en el siglo V antes de Cristo algunos brotes de virus gripales. El término gripe, según los diccionarios etimológicos, procede del dialecto suizo-alemán grüpi, derivado de grûpen, que significa acurrucarse, encontrarse mal, temblar de frío o estar enfermizo. De ahí, en el siglo XVIII, pasó al francés, que lo trasladó como grippe, con el significado de agarrar o asir. En inglés se prefiere la palabra de origen italiano influenza que, según algunas versiones histórico-anecdóticas, fue popularizada por el Papa Benedicto XIV, que gobernó la Iglesia a mediados del siglo XVIII y que pensaba -seguramente asesorado por los galenos de entonces- que esta infección vírica se debía a la influencia de los astros. Otros filólogos e historiadores, en cambio, dan como origen influenza di freddo, que resulta más lógica y afín a nuestro resfriado, procedente del latín frigidus, que ha dado lugar a la amplia y escalofriante familia de las frigorías, los frigoríficos, los refrigeradores, los frioleros o frigorientos, las frialdades, los frigoestables, los frigolábiles y las pobres frígidas de pasiones congeladas” Fernando A Navarro y José Ramón Zárate. El laboratorio del lenguaje. (Glezen, W. Prevention and treatment of influenza. NEJM. 2008; 11 (24): 2579)

INFRASONIDOS: 1. Onda acústica de muy baja frecuencia, inferior a las 16 ondas por segundo (16 Hz). Puesto que el espectro de sonidos audibles por el oído humano es de 20 Hz o más, los infrasonidos no son audibles por el oído humano. EL infrasonido es utilizado por animales grandes como el elefante para comunicarse en amplias distancias (sonidos de 100 dB SPL (Nivel de Presión de Sonido) a unos pocos kilómetros a la redonda) sin problema alguno. La clave de que estos animales puedan oír a dichas distancias es la separación de sus oídos, ya que esta es directamente proporcional a la frecuencia de onda que pueden captar (en diferencia con los animales de cabezas pequeñas). Recientemente, se ha demostrado que los elefantes registran el infrasonido no sólo con sus oidos, sino tambien al sentir las vibraciones producidas por ellos mismos mediante sus patas, ya que sus uñas actúan como sensores conductores de sonidos de baja frecuencia. La principal aplicación de los infrasonidos es la detección de

objetos. Esto se hace debido a la escasa absorción de estas ondas en el medio, a diferencia de los ultrasonidos. Por ejemplo una onda plana de 10 Hz se absorbe cuatro veces menos que una onda de 1000 Hz en el agua. El inconveniente es que los objetos a detectar deben ser bastante grandes ya que, a tales frecuencias, la longitud de la onda es muy grande lo cual limita el mínimo diámetro del objeto. Por ejemplo: un infrasonido de 10 Hz tiene una longitud de onda de 34 m en el aire, luego los objetos a detectar deben tener un tamaño del orden de 20 m en el aire y 100 m en el agua. // **2.** Corresponde a los sonidos que se encuentran por debajo de 20 Hertz, es decir, menos de 20 ciclos de onda sonora por cada segundo. Los infrasonidos no pueden ser captados por el oído humano (Azimi, F. Bryan, P. Ultrasonography in obstetrics and gynecology: historial notes, basic principles, safety considerations, and practical applications. Crit Rev Clin Radiol Nucl Med. 2000. 8 (2): 153-253).

INFUNDIBULAR: Relacionado con la región infundibular de la trompa o con el paquete infundibulo-pélvico del ovario. (Balk, RA. Severe sepsis and septic shock. Definitions, epidemiology, and clinical manifestations. Crit Care Clin 2000; 16:179)

INFUNDIBULO DE LA TROMPA: (latín, infundibulum: embudo): Es la cuarta y última porción de la trompa. Mide 1 a 3 cm. Tiene forma de embudo orientado hacia abajo.// Es el segmento más externo y el más móvil. Su borde es festoneado, formado por fimbrias de 10 a 15 mm de longitud, la más larga de las cuales, denominada franja ovárica ó franja de Richard, se adhiere al polo superior del ovario y cumple el importante papel de mantener la aproximación anatómica entre el orificio abdominal de la trompa y el ovario. Las fimbrias del infundíbulo puede tener unas vesículas pequeñas llamadas hidátides de Morgagni, que son remanentes embrionarios de los conductos de Wolf. // Sinónimos: Segmento infundibular, pabellón de la trompa. (Balk, RA. Severe sepsis and septic shock. Definitions, epidemiology, and clinical manifestations. Crit Care Clin 2000; 16:179)

INFUNDÍBULO: Hace referencia a una estructura en forma de embudo. En ginecología se relaciona principalmente con la trompa de Falopio o con el ligamento infundíbulo pélvico. Balk, RA. Severe sepsis and septic shock. Definitions, epidemiology, and clinical manifestations. Crit Care Clin 2000; 16:179)

INFUNDÍBULO-PÉLVICO, LIGAMENTO: Corresponde a la estructura de fijación mas importante del ovario. Conocido también como ligamento lumbo-ovárico, es una agrupación de fibras musculares que acompaña los vasos ováricos desde la región lumbar hasta el hilio ovárico. Este ligamento termina en tres fascículos: uno para el ligamento ancho, otro para el polo superior del ovario y otro para la porción infundibular de la trompa. Hace parte del paquete infundíbulo pélvico. (Alarcón, MA. Anatomía clínica del aparato genital femenino. Anatomía clínica de los ovarios. Editorial Manual Moderno. Bogotá, Colombia. 2005. pp 295)

INFUNDÍBULO-PÉLVICO, PAQUETE: Hace referencia a un conjunto de estructuras compuesta por la arteria ovárica, venas ováricas, nervios, vasos linfáticos y ligamento infundíbulo pélvico. Lleva este nombre por la banda de peritoneo que llega hasta la última porción de la trompa de Falopio. (Alarcón, MA. Anatomía clínica del aparato genital femenino. Anatomía clínica de los ovarios. Editorial Manual Moderno. Bogotá, Colombia. 2005. pp 295)

INMINENCIA DE RUPTURA UTERINA: (del latín *immĭnens, -entis*, part. act. de *imminēre*, amenazar). Se hace este diagnóstico cuando los signos abdominales muestran grave amenaza de estallido uterino, o los eventos siguientes producen el riesgo de ruptura en poco tiempo.// En concordancia con la definición de “inminencia”, se debe entender que una gestante tiene Inminencia de Ruptura Uterina, cuando presenta un conjunto de signos y síntomas que conducen al grave riesgo de estallido uterino en poco tiempo, con las secuelas para la madre y el feto, que los expone a una lesión importante de su integridad, o les provoque la muerte. (Shipp, TD. Vaginal Birth alter previous caesarean. Clinical Obstetrics and Gynecology. 2004. Volume 47. Number 2. 365 – 377)

INMINENCIA: (Del lat. *immĭnens, -entis*, part. act. de *imminēre*, amenazar).adj. Que amenaza o está para suceder prontamente.// Cualquier condición o práctica en cualquier lugar de empleo cuya naturaleza representa un peligro inmediato que se espera pueda causar la muerte o una lesión física grave o donde la posibilidad inminente de dicho peligro puede eliminarse mediante los procedimientos de aplicación que de otra manera brinda la ley" (legislación norteamericana). Los requisitos para entender que un riesgo se convierta en peligro inminente son : Debe haber un riesgo de muerte o lesión física grave. "Lesión física grave" significa que una parte del cuerpo es dañada de tal manera que no se puede utilizar o cuyo uso es incompleto. En el caso de un riesgo de salud debe haber una expectativa razonable de la existencia de substancias peligrosas u otros riesgos a la salud, y que la exposición a estos disminuirían la vida o causarían una seria reducción en la capacidad física o mental. El daño causado por el riesgo de salud no tiene que evidenciarse inmediatamente. El peligro debe ser inmediato o inminente. Esto significa que se debe prever que la muerte o una lesión física grave ocurrirá en poco tiempo.

INSEMINACIÓN ARTIFICIAL INTRACERVICAL: Corresponde al depósito de espermatozoides de forma no natural a nivel del cérvix, posterior a su capacitación en el laboratorio. El proceso consiste en depositar 0.3 a 0.5 ml de semen previamente capacitado, en el interior del canal cervical, aproximadamente 36 horas después de la administración de la gonadotropina corionica humana o sustancia inductora de la ovulación una vez se compruebe respuesta folicular al ciclo de estimulación ovárica. Esta técnica requiere comprobación previa de integridad completa del tracto genital femenino, que garantice la llegada de los espermatozoides inseminados hasta la trompa uterina. (Foresta, C, Bettella, A, Garolla, A, et al. Treatment of male idiopathic infertility. Fertil Steril 2005; 84:654)

INSEMINACIÓN ARTIFICIAL INTRATUBÁRICA: Corresponde al depósito de espermatozoides de forma no natural a nivel de la trompa uterina, posterior a su capacitación en el laboratorio. El proceso consiste en depositar 0.3 a 0.5 ml de semen previamente capacitado, en el interior de la trompa uterina, a través de un catéter insertado por vía transcervical

(vaginal) o por vía laparoscópica. El procedimiento realizado por vía vaginal se denomina consiste en la inserción de una cánula a través del cérvix que llega hasta el ostium de la trompa permeable; posteriormente se introduce el catéter que se encuentra conectado a una jeringa de insulina que contiene la muestra espermática y se introduce hasta sobrepasar aproximadamente 2 cm el borde de la cánula, de tal manera, que la inseminación de la muestra queda directamente en la porción ampular de la trompa. Esta técnica se indica principalmente en pacientes con factor tubárico, que presentan una trompa permeable y en adecuadas condiciones, previamente confirmada por histerosalpingografía. Comparada con la inseminación intrauterina, las tasas de gestación son menores. (Foresta, C, Bettella, A, Garolla, A, et al. Treatment of male idiopathic infertility. Fertil Steril 2005; 84:654)

INSEMINACIÓN ARTIFICIAL INTRAUTERINA: Corresponde al depósito de espermatozoides de forma no natural a nivel de la cavidad uterina, posterior a su capacitación en el laboratorio. El proceso consiste en depositar 0.3 a 0.5 ml de semen previamente capacitado, en el interior de la cavidad uterina, en forma de bolos o durante pocos segundos, mediante una cánula de aspiración endotraqueal Vygol 0.8 que se encuentra conectada a una jeringa de insulina que contiene la muestra espermática. Este proceso se realiza aproximadamente 36 horas después de la administración de la gonadotropina corionica humana o sustancia inductora de la ovulación una vez se compruebe respuesta folicular al ciclo de estimulación ovárica. Es necesario tener en cuenta que el semen debe ser aplicado de forma rápida, ya que se han notificado tasas de gestación por ciclo significativamente menores cuando la inseminación se realiza de forman muy lenta. Este tipo de inseminación es la más empleada en la actualidad y se considera que siempre que las condiciones lo permitan, se debe practicar una inseminación intrauterina, por su fácil acceso y elevada efectividad, comparada con otras técnicas de inseminación artificial. Posterior al procedimiento, la paciente debe permanecer entre 10 y 15 minutos en reposo, básicamente por motivos psicológicos, y posteriormente retorna a sus actividades diarias sin requerir incapacidad ni reposo sexual. (Foresta,

C, Bettella, A, Garolla, A, et al. Treatment of male idiopathic infertility. Fertil Steril 2005; 84:654)

INSEMINACIÓN ARTIFICIAL TIPO A: Corresponde a la inseminación artificial de semen de la pareja o semen conyugal, en el interior del tracto genital femenino. Se conoce con el nombre de inseminación autóloga. Este tipo de inseminación se indica en los casos en los que se descarta factor masculino, es decir, el espermograma evidencia adecuada cantidad de espermatozoides por mililitro, con adecuado porcentaje de espermatozoides móviles, que garantizan la obtención de una muestra adecuada pos-capacitación. (Foresta, C, Bettella, A, Garolla, A, et al. Treatment of male idiopathic infertility. Fertil Steril 2005; 84:654)

INSEMINACIÓN ARTIFICIAL TIPO B: Corresponde a la inseminación artificial de semen de donante, en el interior del tracto genital femenino. Se conoce con el nombre de inseminación heteróloga. Este tipo de inseminación se indica en los casos de parejas con factor masculino tipo azoospermia, en los cuales la recuperación de espermatozoides a partir del testículo o el epidídimo es imposible; ante la posibilidad de transmisión de trastornos genéticos o enfermedades contagiosas al emplear semen conyugal; o en los casos de mujeres que desean ser madres solteras y no tienen pareja. Algunos autores consideran que esta opción terapéutica ha sido relegada a una segunda línea por la técnica de microinyección intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI). (Foresta, C, Bettella, A, Garolla, A, et al. Treatment of male idiopathic infertility. Fertil Steril 2005; 84:654)

INSEMINACIÓN ARTIFICIAL: Corresponde al depósito de espermatozoides de forma no natural en el aparato reproductor femenino, con la finalidad de lograr la gestación. De acuerdo a la procedencia del semen, es clasificada en dos grandes grupos: Inseminación artificial tipo A, en la cual se emplea semen de la pareja o conyugal, es decir, semen homólogo; Inseminación Artificial tipo B, en la cual se emplea semen de donante o heterológo. Debido a la baja complejidad, escaso costo y posibilidad de realizar el procedimiento en el consultorio, corresponde a la

técnica de reproducción asistida más utilizada en el mundo. Para el proceso de inseminación artificial se requieren los siguientes procesos: estimulación del desarrollo folicular múltiple, control de la foliculogénesis para lograr sincronización correcta entre el momento de la ovulación y el día de la inseminación, capacitación del semen con técnicas de laboratorio y posteriormente inseminación del semen capacitado en diferentes zonas del tracto genital femenino. Las indicaciones de inseminación artificial incluyen: anatomía pélvica que garantice la integridad tubárica, recuento de espermatozoides móviles post-capacitación > 3 millones, menos de 4 ciclos fallidos de inseminación artificial. De acuerdo el sitio del tracto genital femenino en el que se depositen los espermatozoides capacitados, la inseminación artificial puede ser: intracervical, intrauterina, intratubárica, intraperitoneal o intrafolicular. (Foresta, C, Bettella, A, Garolla, A, et al. Treatment of male idiopathic infertility. Fertil Steril 2005; 84:654)

INSTRUMENTOS PARA LA CIRUGÍA CON LASER: Son todos los elementos necesarios para introducir la videocámara en la cavidad peritoneal y los instrumentos para realizar procedimientos de diagnóstico o correcciones quirúrgicas. Uno de los factores importantes en la seguridad laparoscópica, y para la disminución de un tiempo quirúrgico excesivo, es la selección adecuada de instrumentos para el procedimiento programado. Con gran frecuencia los laparoscopistas no deciden de antemano qué instrumento emplearán para una maniobra específica y al sacar y meter constantemente instrumentos distintos por las camisas del trocar ocupan un cierto tiempo, que en la suma final prolonga en un grado considerable la operación. Un método bien razonado de selección de instrumentos para la intervención quirúrgica que se planea, ayuda a evitar estos problemas. En la laparoscopia con laser el cirujano realiza muchas maniobras, con particular frecuencia las de corte, coagulación vaporización, disección roma e irrigación-aspiración. Los rayos laser son un medio eficaz y seguro de cortar, vaporizar y coagular tejidos. Varias pinzas permiten la sujeción. La electricidad bipolar y el endo-coagulador de Semm permiten la hemostasia de grandes vasos, en tanto que el sistema de hidro-disección de Nezhat-Dorsey proporciona aspiración. El cirujano puede inspeccionar la pelvis,

valorar la situación y observar la manera en que debe realizarse la operación. Entonces se puede seleccionar una combinación adecuada de los tres instrumentos, y la intervención procede con mínima interrupción por cambios de instrumento. Por ejemplo, si se va a realizar adherenciolisis y vaporización de endometriosis, se pasa la fibra del laser de Nd:YAG, con punta de zafiro a través del laparoscopio quirúrgico, o junto con él, en tanto que las pinzas de sujeción y las sondas de hidrodisección de Nezhat-Dorsey se colocan en las dos vainas inferiores. Esto permite una rápida manipulación o sujeción, corte, coagulación de pequeños vasos, hidro-disección, aspiración, irrigación y exéresis menores. En procedimientos más grandes, como una salpingo-ooforectomía y vaporización de endometriosis, las incisiones de 5 mm permiten el ingreso de pinzas bipolares y para sujeción. Si se utiliza un laser de fibra óptica a través de laparoscopio quirúrgico,el humo es mínimo. Otro método aceptable es la utilización de pinzas de cocodrilo (caimanes) del endocoagulador de Semm, que también sirve como instrumento de sujeción. También en este caso se ejerce tracción desde el sitio contralateral, se hacen coagulación con soporte con la pinza de cocodrilo, y el corte y coagulación adicionales con el laser. Otros instrumentos son útiles para mantener la presión constante de CO2 en la cavidad peritoneal, extracción de humo, lavado de las vísceras, extracción de desechos, toma de biopsias, etc. (Gilabert, J. Diago, J. Utilización del láser en cirugía laparoscópica ginecológica. Fertilidad. 2001; 18 (1): 21-27)

INSEMINACIÓN ARTIFICIAL:1. Introducción del esperma en la vagina o en el útero a través de cualquier métodos diferente al acto sexual, con el propósito de lograr un embarazo**. 2**. Corresponde al depósito de espermatozoides de forma no natural en el aparato reproductor femenino, con la finalidad de lograr la gestación. De acuerdo a la procedencia del semen, es clasificada en dos grandes grupos: Inseminación artificial tipo A, en la cual se emplea semen de la pareja o conyugal, es decir, semen homólogo; Inseminación Artificial tipo B, en la cual se emplea semen de donante o heterológo. Debido a la baja complejidad, escaso costo y posibilidad de realizar el procedimiento en el consultorio, corresponde a la

técnica de reproducción asistida más utilizada en el mundo. Para el proceso de inseminación artificial se requieren los siguientes procesos: estimulación del desarrollo folicular múltiple, control de la foliculogénesis para lograr sincronización correcta entre el momento de la ovulación y el día de la inseminación, capacitación del semen con técnicas de laboratorio y posteriormente inseminación del semen capacitado en diferentes zonas del tracto genital femenino. Las indicaciones de inseminación artificial incluyen: anatomía pélvica que garantice la integridad tubárica, recuento de espermatozoides móviles post-capacitación > 3 millones, menos de 4 ciclos fallidos de inseminación artificial. De acuerdo el sitio del tracto genital femenino en el que se depositen los espermatozoides capacitados, la inseminación artificial puede ser: intracervical, intrauterina, intratubárica, intraperitoneal o intrafolicular. (Foresta, C, Bettella, A, Garolla, A, et al. Treatment of male idiopathic infertility. Fertil Steril 2005; 84:654)

INSERCIÓN MARGINAL DEL CORDÓN UMBILICAL: Ver Cordón umbilical

INSERCIÓN VELAMENTOSA DEL CORDÓN UMBILICAL: Ver Cordón Umbilical

INSPIRACIÓN: Es uno de los movimientos que forma parte de la mecánica de la respiración. La inspiración obedece al aumento de volumen del tórax producido por la contracción del diafragma y de los músculos intercostales. El trabajo de la inspiración puede dividirse en tres fracciones: 1) el requerido para expandir los pulmones en contra de las fuerzas elásticas de los pulmones y del tórax, 2) el requerido para vencer la viscosidad de los pulmones y de las estructuras de la pared torácica y 3) el requerido para vencer la resistencia de la vía respiratoria durante el movimiento del aire a los pulmones. (Patiño, JF. Rodríguez, E. Gases Sanguíneos, Fisiología de la Respiración e Insuficiencia Respiratoria Aguda. Editorial Médica Panamericana. Santafé de Bogotá. Séptima edición. 2005. 37-90 / Guyton, A. Tratado de Fisiología Médica. Transporte de oxígeno y de dióxido de carbono en la sangre y los líquidos corporales. Editorial McGraw-Hill. México. Novena edición. 1998. 555-566)

INSUFICIENCIA CERVICAL TIPO I: Corresponde a la insuficiencia cervical clásica con dos o más pérdidas gestacionales, sin sintomatología previa. (Christiansen, O. Evidence-based investigations and treatment of recurrent pregnancy loss. Current Opinion in Obstetrics and Gynecology. 2006; 18: 304-312)

INSUFICIENCIA CERVICAL TIPO II: Corresponde a los casos de insuficiencia cervical con diagnóstico de cérvix acortado realizado por evaluación ultrasonográfica. (Christiansen, O. Evidence-based investigations and treatment of recurrent pregnancy loss. Current Opinion in Obstetrics and Gynecology. 2006; 18: 304-312)

INSUFICIENCIA CERVICAL TIPO III: Corresponde a los casos de insuficiencia cervical en los cuales se encuentra evidencia clínica de dilatación en ausencia de actividad uterina. (Christiansen, O. Evidence-based investigations and treatment of recurrent pregnancy loss. Current Opinion in Obstetrics and Gynecology. 2006; 18: 304-312)

INSUFICIENCIA CERVICAL: Es un término también conocido como Incompetencia Cervical que hace referencia a la presencia de cambios cervicales no asociado a actividad uterina, usualmente durante el segundo trimestre. Lo anterior implica la incapacidad del cérvix para mantener el embarazo in útero. Se presenta en el 8 – 15% de las pacientes con pérdida gestacional recurrente. Como factores desencadenantes se encuentran factores anatómicos como deficiencia de colágeno cervical, deficiencia de elastina cervical y alteración de los componentes mecánicos y estructurales del tejido conectivo, y factores funcionales; así mismo se describen otros factores como trauma cervical, en el caso de dilataciones forzadas del cérvix, laceraciones cervicales mayores o procedimientos quirúrgicos como conización; presión aumentada sobre el cérvix como en el caso de embarazos múltiples o polihidramnios y otras causas como infecciones o sangrado subcoriónico. El diagnóstico incluye la evaluación ecográfica del cérvix con el objetivo de evaluar la longitud cervical, presencia de infundibulización o tunelización y profundidad de la misma. El manejo planteado es la realización de cerclaje que puede ser profiláctico, de

urgencia o de emergencia. (Christiansen, O. Evidence-based investigations and treatment of recurrent pregnancy loss. Current Opinion in Obstetrics and Gynecology. 2006; 18: 304-312)

INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA: La insuficiencia respiratoria tiene además una connotación temporal. La insuficiencia respiratoria aguda se caracteriza por inicio reciente, evoluciona en lapso de horas y constituye un riesgo real para la vida del paciente. Es una emergencia médica, ya que si no se logra una compensación fisiológica completa, las alteraciones gasimétricas y ácido-base pueden ocasionar la muerte. (Patiño, JF. Rodríguez, E. Gases Sanguíneos. Insuficiencia Respiratoria Aguda. Editorial Médica Panamericana. Santafé de Bogotá. Séptima edición. 2005. 500-522)

INSUFICIENCIA RESPIRATORIA CRONICA: Es la insuficiencia respiratoria que se desarrolla en varios días, semanas o meses permitiendo que los mecanismos compensatorios logren una corrección parcial de las alteraciones gasimétricas y ácido-base, manteniendo de esta forma, la homeostasis corporal y la vida del paciente. (Patiño, JF. Rodríguez, E. Gases Sanguíneos. Insuficiencia Respiratoria Aguda. Editorial Médica Panamericana. Santafé de Bogotá. Séptima edición. 2005. 500-522)

INSUFICIENCIA RESPIRATORIA TIPO I: Llamada también Insuficiencia Respiratoria No Ventilatoria. Se caracteriza por presiones arteriales de oxígeno bajas o hipoxemia, asociado a hipercapnia inicial con posterior compensación y desarrollo de hipocapnia. El diagnóstico se realiza con medición de gases arteriales con los siguientes criterios: PaO_2 < 60 mm Hg, $PaCO_2$ > 35 – 45 mm Hg, pH variable, D (A-a) O_2 > 20 mm Hg. De manera característica mejora al suministrar oxígeno y tratar la causa predisponerte de la alteración del parénquima pulmonar o del trastorno de la difusión. (Patiño, JF. Rodríguez, E. Gases Sanguíneos. Insuficiencia Respiratoria Aguda. Editorial Médica Panamericana. Santafé de Bogotá. Séptima edición. 2005. 500-522)

INSUFICIENCIA RESPIRATORIA TIPO II: Llamada también Insuficiencia Respiratoria Ventilatoria o Falla Ventilatoria. Se caracteriza por presiones

arteriales de oxígeno bajas o hipoxemia, asociado a presiones altas de CO_2 o hipercapnia en forma persistente o ascendente. Usualmente es secundaria a alteración ventilatoria por trastornos de origen central (SNC) o periférico (bomba respiratoria), obstrucción severa de la vía aérea o combinación de estas condiciones. El mecanismo fisiopatológico involucra hipoventilación alveolar con retención de CO_2 en el alvéolo y consecuente disminución de la concentración de O_2 a nivel alveolar. Los mecanismos compensatorios son menos uniformes que en la tipo I llevando a incremento importante del trabajo respiratorio, con mayor o menor capacidad de corrección de los trastornos gasimétricos. El diagnóstico se realiza con los siguientes criterios en gases arteriales: PaO_2 < 60 mm Hg, $PaCO_2$ > 50 mm Hg, pH variable usualmente con acidosis respiratoria o mixta, D (A-a) normal = 10 – 20 mm Hg. De forma característica la administración de oxígeno mejora en forma parcial la hipoxemia pero no altera la hipercapnia que sólo va a ser compensada suministrando soporte ventilatorio en los casos de hipoventilación central o periférica o con el tratamiento específico en caso de obstrucción de la vía aérea. (Patiño, JF. Rodríguez, E. Gases Sanguíneos. Insuficiencia Respiratoria Aguda. Editorial Médica Panamericana. Santafé de Bogotá. Séptima edición. 2005. 500-522)

INSUFICIENCIA RESPIRATORIA TIPO III: Es la insuficiencia respiratoria mixta o combinada que se caracteriza por presiones arteriales de oxígeno bajas, presiones de CO_2 altas con diferencia alvéolo-arterial de oxígeno alta. Generalmente la insuficiencia respiratoria tipo evoluciona a tipo II anunciando el progreso de la enfermedad y posteriormente evoluciona tipo III. El diagnóstico se realiza con los siguientes parámetros en gases arteriales: PaO_2 < 60 mm Hg, $PaCO_2$ > 50 mm Hg, D(A-a) O_2 > 20 mm Hg. (Patiño, JF. Rodríguez, E. Gases Sanguíneos. Insuficiencia Respiratoria Aguda. Editorial Médica Panamericana. Santafé de Bogotá. Séptima edición. 2005. 500-522)

INSUFICIENCIA RESPIRATORIA: Es la secuencia de alteraciones en el funcionamiento del sistema respiratorio originadas en múltiples procesos clínicos de aparición aguda o crónica, que causan incapacidad para realizar el intercambio gaseoso que llene los requerimientos metabólicos corporales.

La insuficiencia respiratoria no es sí una enfermedad sino un síndrome, definido por las alteraciones fisipatológicas producidas por múltiples procesos clínicos. El diagnóstico requiere una historia y un examen clínico completo más la ayuda de exámenes de laboratorio, principalmente la medición de pH arterial y gases arteriales. Los mecanismos fisiopatológicos descritos son: 1) Trastornos de la ventilación alveolar. 2) Trastornos de la relación ventilación/perfusión. 3) Cortocircuitos intrapulmonares. 4) Trastornos de la difusión alvéolo-capilar de oxígeno. Los signos y síntomas de la insuficiencia respiratoria son el resultado de la hipoxemia, hipercapnia y acidosis que lo caracteriza. Dentro de éstos se encuentran: cefalea, somnolencia, sudoración profusa, taquicardia, hipertensión, vasodilatación periférica, taquipnea, temblor, vértigo, aumento del trabajo respiratorio, alteración del estado de conciencia, convulsiones, arritmia. De acuerdo a los mecanismos se clasifica en tres tipos. (Patiño, JF. Rodríguez, E. Gases Sanguíneos. Insuficiencia Respiratoria Aguda. Editorial Médica Panamericana. Santafé de Bogotá. Séptima edición. 2005. 500-522)

INSUFICIENCIA VALVULAR CARDÍACA FETAL: Es un defecto de las válvulas cardíacas fetales consistente en una alteración del cierre de las mismas. La insuficiencia de las válvulas semilunares es muy poco frecuente y hasta la fecha no se han diagnosticado como patologías aisladas. Por otra parte, la insuficiencia de las válvulas aurícula-ventriculares son más frecuentemente diagnosticadas in útero. Este defecto puede ser secundario a una dilatación del anillo valvular, como sucede en los casos de hidrops fetal o secundario a estenosis de las válvulas semilunares; también puede presentarse como un defecto primario de las válvulas AV como en el caso del canal AV o la enfermedad de Ebstein. El compromiso hemodinámico del feto está determinado por el grado de insuficiencia valvular presente. El diangóstico se realiza a través de la combinación de ultrasonografía en modo B + Doppler color visualizando el flujo anómalo durante el ciclo cardíaco. (Gembruch, U. Prenatal diagnosis of congenital heart disease. Prenat Diagn. 1997; 17: 1283-98)

INSUFICIENCIA VALVULAR CARDÍACA FETAL: Es un defecto de las válvulas cardíacas fetales consistente en una alteración del cierre de las

mismas. La insuficiencia de las válvulas semilunares es muy poco frecuente y hasta la fecha no se han diagnosticado como patologías aisladas. Por otra parte, la insuficiencia de las válvulas aurícula-ventriculares son más frecuentemente diagnosticadas in útero. Este defecto puede ser secundario a una dilatación del anillo valvular, como sucede en los casos de hidrops fetal o secundario a estenosis de las válvulas semilunares; también puede presentarse como un defecto primario de las válvulas AV como en el caso del canal AV o la enfermedad de Ebstein. El compromiso hemodinámico del feto está determinado por el grado de insuficiencia valvular presente. El diangóstico se realiza a través de la combinación de ultrasonografía en modo B + Doppler color visualizando el flujo anómalo durante el ciclo cardíaco. (Gembruch, U. Prenatal diagnosis of congenital heart disease. Prenat Diagn. 1997; 17: 1283-98)

INTENSIDAD DE LA ONDA SONORA: Es la presión máxima que la onda sonora ejerce sobre el medio en el que se propaga. De acuerdo al modelo sinusoidal de la onda sonora, la intensidad del sonido se relaciona con la amplitud de la onda que corresponde a la altura de la misma. (Walton, P. Jamieson, A. The expanding role of diagnostic ultrasound in obstetrics and gynecology. Surg Gynecol Obstet. 2001; 137 (5): 753-757)

INTENSIDAD DE LA ONDA SONORA: Es la presión máxima que la onda sonora ejerce sobre el medio en el que se propaga. De acuerdo al modelo sinusoidal de la onda sonora, la intensidad del sonido se relaciona con la amplitud de la onda que corresponde a la altura de la misma. (Walton, P. Jamieson, A. The expanding role of diagnostic ultrasound in obstetrics and gynecology. Surg Gynecol Obstet. 2001; 137 (5): 753-757)

INTENSIDAD DE LAS CONTRACCIONES UTERINAS: La intensidad es la fuerza contráctil de los haces musculares que constituyen el miometrio. Los propósitos de la contracción son eliminar el contenido endometrial al final del ciclo menstrual, eliminar un cuerpo extraño que obstruye el canal cervical, expulsar un embarazo de implantación anormal, un feto muerto o un feto a término. Las contracciones fuertes son percibidas por la paciente como sensaciones dolorosas de tipo cólico. Si ocurren antes del término se

presentan de manera indolora en el embarazo normal hasta la semana 30 aproximadamemente. Luego se hacen perceptibles pero son poco frecuentes (contracciones de Braxton-Hicks) y finalmente son muy fuertes durante el preparto y el trabajo de parto activo. Durante el preparto alcanzan una intensidad de 40 a 80 Unidades Montevideo; durante el trabajo de parto activo alcanzan en promedio 120 Unidades Montevideo. Hauth y col. (1986) cuantificacon las presiones de contracción uterina en 109 mujeres de término que recibieron oxitocina para inducir el trabajo de parto o aumentarlo. La mayoría de estas mujeres con trabajo de parto exitosamente estimulado alcanzaron 200 a 225 Unidades Montevideo y el 40 por ciento tuvieron hasta 300 unidades Montevideo para efectuar el parto. (Obstetrics and Gynecology Clinics of North America. Normal Labor: Mechanism and Duration. 32 (2005) 145 – 164)

INTENSIDAD DE LA ONDA SONORA: Es la presión máxima que la onda sonora ejerce sobre el medio en el que se propaga. De acuerdo al modelo sinusoidal de la onda sonora, la intensidad del sonido se relaciona con la amplitud de la onda que corresponde a la altura de la misma. (Walton, P. Jamieson, A. The expanding role of diagnostic ultrasound in obstetrics and gynecology. Surg Gynecol Obstet. 2001; 137 (5): 753-757)

INTERACCION LUZ-TEJIDO EN CIRUGÍA CON LASER: La interacción de la luz con tejidos vivos es un fenómeno muy complejo, modificado por las propiedades de ambos. Una variable importante para los umbrales tanto de vaporización como de coagulación, es el tiempo de exposición. A mayor exposición, mayor tiempo disponible para la conducción de calor, lo que aumenta la necrosis térmica y amplía la zona de vaporización. El efecto de la conducción térmica del tejido puede ser un factor significativo para determinar el área de necrosis por coagulación. En general, los tejidos tienen un elevado contenido de agua. Así, la conductividad térmica, ct es similar a la del agua. Muchos tejidos, no obstante, tienen un contenido de agua muy disminuido, y ello causa mayor conductividad térmica y mayores gradientes de temperatura. La vascularidad del tejido también influye en la conducción del calor de la zona de impacto del laser. El aumento de la temperatura tisular es el resultado de absorción de energía y se disipa por

conducción térmica y re-irradiación de esta energía térmica. La re-irradiación ocurre en dos formas: por radiación real (debido a la diferencia de temperatura entre la zona tratada y el ambiente) y por pérdida de calor en el humo durante la vaporización. La re-irradiación tiene una participación importante en la determinación del efecto terapéutico. En la cirugía de laser por contacto, la re-irradiación disminuye mucho por el aplicador utilizado, aumentando el gradiente de temperatura tisular. Esto produce cambios importantes en el perfil de vaporización y coagulación creado por el laser. Por tanto, la cirugía de laser por contacto permite usar menor intensidad para lograr efecto clínico. Tal vez de mayor importancia, incrementa las características de vaporización del laser sin aumento concomitante de la necrosis por coagulación. En la cirugía convencional la necrosis por coagulación suele considerarse lesiva. En la cirugía con laser, pudiera desearse cierto grado de esta necrosis para lograr hemostasia o destrucción térmica completa de una lesión. En tales casos, pudiera desearse una longitud de onda que penetrara profundamente en el tejido y un tiempo de exposición suficientemente prolongado para obtener una zona grande de lesión térmica. En otros casos, el efecto deseado pudiera ser una incisión quirúrgica por vaporización, con una zona muy escasa o nula de necrosis por coagulación. La interacción de la luz con el tejido vivo es de hecho un fenómeno complejo cuyas variables lo hacen difícil de convertir en un modelo. Sin embargo, el laser es un recurso poderoso que puede utilizarse en confianza como instrumento quirúrgico para una gran variedad de aplicaciones. El laser quirúrgico bien seleccionado proporciona al cirujano experto un medio para producir lesiones uniformes y reproducirlas en los tejidos para el tratamiento o alivio de las enfermedades. (Gilabert, J. Diago, J. Utilización del láser en cirugía laparoscópica ginecológica. Fertilidad. 2001; 18 (1): 21-27)

INTERCAMBIO DE PAREJA: Variedad de relaciones sexuales en la cual dos parejas heterosexuales intercambian a su compañera o esposa como alternativa de nuevas emociones en la vida íntima. (Carretera, P. Neuronas,

emociones y motivaciones. Erotismo y sexualidad. Primera edición. Fondo de cultura económica. México DF, México.1997. Pp.38 – 48)

INTERPOSICIÓN UTERINA: Ver Watkins, cirugía // Wertheim II,cirugía

INTERRUPCIÓN SELECTIVA DEL EMBARAZO: Corresponde a la interrupción del embarazo empleando medicamentos que favorecen la muerte y expulsión del feto. Es un procedimiento que se aplica en los casos de malformaciones y enfermedades hereditarias severas que sean incompatibles con la vida extrauterina o en los casos en los cuales el riesgo de muerte materna con la progresión del embarazo, es alto, como en los casos de cardiopatía materna de alto riesgo. También se ha empleado en los casos de embarazos múltiples, con el fin de reducir el número de fetos para mejorar los resultados finales maternos y fetales; en estos casos, la intervención se lleva a cabo entre la semana 10 y 14 de gestación, mediante la inyección de solución de cloruro de potasio en el corazón fetal, por vía transabdominal, guiado por ecografía. La tasa de pérdida total del embarazo en este procedimiento es aproximadamente del 5 al 6%. En los casos de interrupción selectiva, el procedimiento es técnicamente similar, pero se lleva a cabo en semana 24 de gestación. (Bush, M. Eddelman, K. Reducción e interrupción selectiva en embarazos múltiples. Clínicas de peritnatología. 2003; 20 (3): 86)

INTERTRIGO: Dermatitis crónica que se presenta en las superficies opuestas de la piel en zonas húmedas, con escasa ventilación y aseo o en áreas que se someten a fricción. Puede afectar los pliegues submamarios en mujeres con senos grandes, los pliegues abdominales,la región interglútea y la cara interna de los muslos en mujeres obesas, etc. La piel puede tomar aspecto eritematoso, liquenificado, hiperqueratósico e hiperpigmentado. La secuela de esta entidad es la dermatitis ceborréica especialmente en las estructuras más húmedas. (Botella, J. Tratado de Ginecología. Infecciones en ginecología y obstetricia. Editorial Diaz de Santos. Madrid, España. 2004. p 823)

INTROITO VAGINAL: Es la primera porción de la vagina que establece el límite con el medio externo. En esta estructura se encuentra ubicado el

himen en las mujeres vírgenes y las carúnculas mirtiformes, en las mujeres no vírgenes. (Alarcón, MA. Anatomía Clínica de la Vagina. Anatomía Clínica del aparato genital femenino. Primera edición. Bogotá, Colombia. Editorial Manual Moderno. 2005. 181-208)

INVERSIÓN CROMOSÓMICA PARACÉNTRICA: Corresponde a un tipo de inversión cromosómica en la cual se presentan dos cortes de un mismo cromosoma y el segmento intermedio gira 180°, sin incluir el centrómero, lo que no implica alteración en la morfología del cromosoma. (Regan, L. Recurrent miscarriage. The Lancet. 2006; 368: 601-611)

INVERSIÓN CROMOSÓMICA: Corresponde a una mutación cromosómica en la cual se presentan dos cortes dentro de un mismo cromosoma y el segmento intermedio gira 180°, es decir se invierte; posteriormente se vuelve a unir y forma un cromosoma que estructuralmente tiene la secuencia cambiada. Afecta a 1 de cada 1000 individuos y representa el 2% de las causas genéticas de pérdidas gestacionales en edades tempranas. El portador de la inversión usualmente es fenotípicamente normal, pero puede presentar riesgo de duplicaciones cromosómicas o deleciones con fenotipo anormal en la descendencia, ya que el cromosoma invertido tiene dificultad para emparejarse con su homólogo normal durante la meiosis. (Regan, L. Recurrent miscarriage. The Lancet. 2006; 368: 601-611)

INVERSIÓN UTERINA: La condición de inversión uterina fue antiguamente confundida con el prolapso uterino. Fue Hipócrates de Cos(460 - 370 a.C.) el primero en reconocerla. Sorano de Éfeso(200 d.C.) no sólo definió claramente la inversión, sino que concluyó que podía ser ocasionada por la tracción del cordón placentario. Posteriormente Avicenna en Arabia (980 - 1037 d.C.) dio una clara descripción del diagnóstico diferencial entre inversión y prolapso. Rodríguez JA y col. Inversión uterina puerperal crónica: *Rev Col Obstet. Ginecol. Vol. 56 No. 3 • 2005 • (249-255)//* **1.** Es la situación en el cual el útero se ha invaginado hacia afuera, de forma tal que el endometrio que tapiza todo el fondo asoma por el cervix dilatado. Si la inversión es completa toda la estructura se prolapsa en la vagina a través del cervix. Los anexos están situados generalmente en la concavidad de la

inversión con el fondo uterino. Aunque la inversión es poco frecuente debe diagnosticarse muy pronto cuando se produce pues la paciente suele entrar en shock hemorrágico. La causa más frecuente de inversión uterina es la tracción de la placenta cuando esta tiene una fijación anormal sobre el fundus, como ocurre en el acretismo placentario. La excesiva presión sobre el fondo uterino(maniobra de Kristeller) puede ser otra causa de inversión; también puede ser ocasionada por la presencia de un gran mioma pediculado que es traccionado desde afuera. Otros factores de riesgo son la multiparidad, el parto gemelar y la excesiva distensión del útero por polihidramnios. Sin embargo muchos casos ocurren en primigestantes y con manipulación mínima sobre el útero. // **2.** Aunque la inversión puede ser completa, puede producirse una inversión parcial. Es completa cuando toda la masa muscular del útero está comprometida. Es incompleta cuando solo se invierte la cúpula. La inversión puede ser aguda, subaguda ó crónica, dependiendo del momento en que se reconozca. La inversión aguda se diagnostica en los siguientes minutos de ocurrido el evento que la causó; se percibe una masa dura inhabitual en la vagina, o se ve dicha masa haciendo protrusión en el introito al final del parto. Si la placenta es todavía adherida al fundus, puede palparse en la vagina inferior con el útero invertido por encima. En la inversión subaguda o crónica no se descubre la situación hasta horas o días más tarde. En la forma aguda la paciente suele experimentar un shock desproporcionado con la pérdida sanguínea, que no es excesiva, al menos inicialmente. La exploración bimanual ulterior revela que el fondo del útero no se halla en su lugar habitual, y en esta localización sólo se percibe una depresión. Cuando el proceso es crónico se acompaña casi siempre de infección y edema del endometrio expuesto. Es también frecuente el sangrado excesivo subsecuente a causa del fracaso de los mecanismos hemostáticos endometriales. Las trompas y ovarios dentro de la cúpula invertida producen malestar y dolor por la congestión subsecuente y por la tirantez de los paquetes infundíbulo-pélvicos y de los ligamentos redondos.// **3.** Complicación del tercer estadío del trabajo de parto caracterizado por protrusión del cuerpo y fondus uterinos a través del cerviz asociado a hemorragia profusa, como consecuencia de una fuerte tracción del cordón umbilical unido a una placenta implantada en fundus. (Cunningham, FG. Gant, NF. Leven, K.

Gilstrap, L. Hauth., J. Wenstrom K. Hemorragia Obstétrica. Williams Obstetricia. 21° edición. Montevideo, Uruguay. 2001. 547-568) / La inversión uterina complica 1 de cada 2500 nacimientos y se clasifica en Incompleta (el cuerpo uterino no protruye totalmente a través del cervix), Completa (el cuerpo uterina protruye totalmente a través del cervix), Prolapso (el cuerpo uterino se extiende hasta el introito vaginal), Aguda (la inversión ocurre antes de la formación del anillo de constricción), Crónica (la inversión ocurre por lo menos 4 semanas después de la formación del anillo de constricción). (You, W. Zahn, C. Postpartum Hemorrhage: Abnormally Adherent Placenta, Uterine Inversion and Puerperal Hematomas.Clinical Obstetrics and Gynecology. 2006. Volume 49, Number 1. 184-197)

INVERSIÓN UTERINA AGUDA Y SUBAGUDA: Según la duración en tiempo desde el parto hasta el momento del diagnóstico se considera que la inversión es aguda en las primeras 24 horas puerperales, subaguda de 24 horas hasta el primer mes y crónica por más de 4 semanas. // Van Vugt PJ, Baudoin P, Blom VM, van Deursen CT. Inversio uteri puerperalis. Acta Obstet Gynaecol Scand 1981;60:353-62.// Rodríguez JA y col. Inversión uterina puerperal crónica: *Rev Col Obstet. Ginecol. Vol. 56 No. 3 • 2005 • (249-255).*

INVERSIÓN UTERINA, CIRUGÍA DE SPINELLI: Corresponde a una técnica quirúrgica empleada para la corrección de la inversión uterina, tanto puerperal como no puerperal. El procedimiento consiste en realizar una incisión mediana en la pared anterior del útero invertido, por via vaginal, hasta reducir el anillo de constricción y posteriormente realizar reversión del órgano y colocación en su posición correcta. (Rodriguez, J. Calderón, A. Inversión uterina puerperal crónica. Revista Colombiana de Ginecología y Obstetricia. 2005; 56 (3): 249 – 255)

INVERSIÓN UTERINA, MANIOBRAS PARA CORREGIRLA: Ver maniobra de O´Sullivan, maniobra de Huntington, cirugía de Haultain, cirugía de Spinelli.// Rodríguez JA (hospital Simón Bolívar, Bogotá), y col. Inversión uterina puerperal crónica.Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología Vol. 56 No. 3 • 2005 • (249-255). // (Lascaraides E, Cohen M. Surgical

management of non-puerperal inversion of the uterus. Obstet Gynecol 1968;32:376-81.// Tan KH, Luddin NS. Hydrostatic reduction of acute uterine inversion. Int J Gynecol Obstet 2005;91:63-4)

INVERSIÓN UTERINA, POSTPARTO CIRUGÍA DE HAULTAIN: Es un procedimiento quirúrgico realizado por vía abdominal para corregir una inversión uterina subaguda o crónica. Consiste en incidir primariamente el segmento inferior del útero en el extremo posterior del embudo de inversión, recolocando entonces el fondo para recuperar su forma y posición normales. Una vez reducido se cierra la incisión uterina son dos capas de sutura interrumpida, una para la capa muscular y otra para la serosa. Como estrategia adicional algunos cirujanos colocan un colgajo de epiplón sobre la zona quirúrgica para impedir la posterior obstrucción del yeyuno-íleon por adherencias. Sin embargo, este último procedimiento puede causar cualquiera de los malestares del síndrome adherencial. (Hirsh, A. Käser, O. Atlas de Cirugía Ginecológica. Editorial Marbán Libros. Madrid, España, 2000. pp 32-46)

INVESTIGACIÓN CON RIESGO MAYOR QUE EL MÍNIMO: Es aquel estudio científico en el cual hay importante riesgo de sufrir daño como consecuencia de la intervención diagnóstica o terapéutica a la cual se somete. Ejemplos de este tipo de investigaciones son la cordocentesis, la biopsia corial, la experimentación de nuevos medicamentos durante el embarazo, la cirugía fetal,etc. (Hernandez, M. Garrido, F. Diseño de estudios epidemiológicos. Salud Pública de México. 2000; 42 (2): 144-154)

INVESTIGACIÓN CON RIESGO MÍNIMO: Es aquel estudio en el cual los procedimientos diagnósticos o terapéuticos en los cuales la rutina ha demostrado escasa probabilidad de daño físico o psicológico. Ejemplos de estas investigaciones son los monitoreos fetales electrónicos, la obtención de placenta durante el parto, los exámenes hemáticos en la preeclampsia,etc. (Hernandez, M. Garrido, F. Diseño de estudios epidemiológicos. Salud Pública de México. 2000; 42 (2): 144-154)

INVESTIGACIÓN FARMACOLÓGICA DE FASE I: Es la administración por primera vez de un medicamento de investigación al ser humano sano, en

dosis únicas o múltiples, en pequeños grupos de personas hospitalizadas con todas las normas de seguridad, para establecer parámetros farmacológicos iniciales en el hombre sin enfermedades. (Hernandez, M. Garrido, F. Diseño de estudios epidemiológicos. Salud Pública de México. 2000; 42 (2): 144-154)

INVESTIGACIÓN FARMACOLÓGICA EN FASE II: Es la administración al ser humano enfermo de un medicamento de investigación, en dosis única o múltiples, en grupos pequeños hospitalizados, para establecer parámetros farmacológicos en el organismo enfermo. (Hernandez, M. Garrido, F. Diseño de estudios epidemiológicos. Salud Pública de México. 2000; 42 (2): 144-154)

INVESTIGACIÓN FARMACOLÓGICA EN FASE III: Es la administración a grandes grupos de pacientes generalmente externos, de un medicamento de investigación para definir su utilidad terapéutica e identificar las reacciones adversas, interacciones y otros factores externos que puedan alterar el efecto farmacológico. (Hernandez, M. Garrido, F. Diseño de estudios epidemiológicos. Salud Pública de México. 2000; 42 (2): 144-154)

INVESTIGACIÓN FARMACOLÓGICA EN FASE IV: Es aquella que se realiza después de concedido el registro sanitario para su venta, con el objeto de obtener nueva información sobre la seguridad del medicamento al emplearse de manera generalizada y prolongada. (Hernandez, M. Garrido, F. Diseño de estudios epidemiológicos. Salud Pública de México. 2000; 42 (2): 144-154)

INVESTIGACIÓN SIN RIESGO: Es aquel estudio que emplea métodos y técnicas sin modificación de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio. Ejemplos de estas investigaciones son la revisión de historias clínicas, la elaboración de entrevistas y otros estudios en los cuales no se traten aspectos sensitivos de la conducta humana. (Hernandez, M. Garrido, F. Diseño de estudios epidemiológicos. Salud Pública de México. 2000; 42 (2): 144-154)

INVESTIGACIONES EN GRUPOS SUBORDINADOS: Es aquella que se realiza en conglomerados humanos reunidos en una institución bajo tutoría, cuidado o vigilancia. Tal es el caso de los internados, hospitales, ancianatos, centros de reclusión, etc. (Hernandez, M. Garrido, F. Diseño de estudios epidemiológicos. Salud Pública de México. 2000; 42 (2): 144-154)

INYECCION INTRACITOPLASMATICA DE ESPERMATOZOIDES (ICSI): Es la técnica de micromanipulación de gametos más novedosa desarrollada por el grupo de infertilidad de la Universidad de Bruselas instaurada desde 1992. Consiste en la inyección por medio de micropipetas de un solo espermatozoides en el citoplasma del ovocito; estos espermatozoides pueden ser obtenidos del eyaculado, así como de la vía seminal con espermios aspirados directamente del epidídimo o incluso del testículo. Esto permite manejar cualquier tipo de infertilidad masculina incluso la azoospermia. (Veek, L. Yin, H. Micromanipulation in Assisted Reproductive Technology: Intracytoplasmic Sperm Injection. Clinical Obstetrics and Gynecology. 2006; 49 (1): 73-84)

INYECCION INTRAFOLICULAR DE ESPERMATOZOIDES: Se trata de una variante de la inseminación artificial que consiste en inyectar dentro del folículo preovulatorio un conjunto de espermatozoides previamente capacitados, con el objetivo de que una vez ocurra la ovulación espontánea, los espermatozoides ya estén cerca del ovocito y se facilite el proceso de fusión de gametos y fertilización. (Shevell, T. Malone, F. Vidaver, J. Porter, T. Assited Reproductive Technology and Pregnancy Outcome. Obstetrics and Gynecology. 2005; 101 (5): 1039-1045 / De Ziegler, D. Romoscano, I. Ventura, P. Ibecheloe, V. In Vitro Fertilization. Clinical Obstetrics and Gynecology. 2006; 49 (1): 93—16)

ISOECOICO(en ecografía): 1. Se refiere a la ecogenicidad similar de una estructura evaluada con respecto a otra. // **2.** Cuando dos tejidos o estructuras tienen similitud visual en la pantalla del ecógrafo, se dice que son isoecóicas.(Cafici,D. Mejides, A. Sepúlveda, W. Ultrasonografía en obstetricia y diagnóstico prenatal. Principios físicos del ultrasonido. Buenos Aires, Argentina. Ediciones Journal. 2003. p 1-15)

ISTMO: (Latín isthmus ó isthmos, estrecho o angostura).

ITERATIVA, CESÁREA: Hace referencia a la operación cesárea que se realiza en pacientes con antecedente de cesárea. Esta indicación de operación cesárea ha incrementado su frecuencia de manera importante en los últimos 10 años, siendo actualmente en algunos centros, la principal indicación de terminación del embarazo por vía abdominal. La explicación de esta circunstancia, consiste en el riesgo de ruptura uterina durante el trabajo de parto. Este riesgo se establece de acuerdo al tipo de incisión uterina, siendo del 0.8% si la incisión fue transversa baja, del 1% si la incisión fue vertical segmentaria y del 12% si la incisión fue corporal. En la actualidad la tasa de operación cesárea se encuentra en aproximadamente 50 a 60%, siendo la cesárea iterativa responsable del 22.5% de estas indicaciones. (Gonzalo, A. Maris, S. Incidencia y principales indicaciones de cesárea. Revista de postgrado de la VIa cátedra de medicina. 2005; 13 (5): 1-6)

ITERATIVA: (Del lat. *iteratīvus*). adj. Que se repite. Lo que se hace de manera repetida. (Gonzalo, A. Maris, S. Incidencia y principales indicaciones de cesárea. Revista de postgrado de la VIa cátedra de medicina. 2005; 13 (5): 1-6)



JARETA: Sutura de un tejido, que se hace con puntos de entrada y salida, alrededor de un punto o una pequeña zona de un tejido. Una de las ventajas de la jareta es el control de la hemorragia en zonas en las cuales no hay un solo vaso sangrando, o los bordes son irregulares.

JALAGUIER, INCISIÓN: Es una incisión de paramediana de la pared anterior que se utiliza en muy raras ocasiones pues debilita la pared y favorece la formación de hernias post quirúrgicas debido a la interferencia que hace de la irrigación y de la inervación local.

JANICÉFALO: Monstruo siamés que tiene una sola cabeza con dos caras opuestas entre sí. Janicéfalo significa que se parece al dios Jano, dios de la mitología griega que tenía dos caras, una mirando al lado opuesto de la otra. Jano era el dios del comienzo y del final, por eso representa al último día de Diciembre y al primer día del mes de Enero. Jano es el nombre de una de las lunas de Saturno. // Anomalía del desarrollo fetal que se caracteriza por la presencia de dos fetos con las cabezas unidas de forma que las caras miran en direcciones opuestas. Los fetos pueden estar ambos igualmente formados o actuar uno como parásito del más desarrollado. (van Gelder MM, Reefhuis J, Caton AR, Werler MM, Druschel CM, Roeleveld Maternal Periconceptional Illicit Drug Use and the Risk of Congenital Malformations; the National Birth Defects Prevention Study.Epidemiology. 2008 Dec 1).

JANICÉFALO IMPERFECTO: Monstruo siamés que tiene una sola cabeza con dos caras opuestas entre sí, la una bien formada y la otra incompleta. (van Gelder MM, Reefhuis J, Caton AR, Werler MM, Druschel CM, Roeleveld Maternal Periconceptional Illicit Drug Use and the Risk of Congenital

Malformations; the National Birth Defects Prevention Study.Epidemiology. 2008 Dec 1).

JERINGA DE KARMAN:

JARISCH- HERXHEIMER, REACCIÓN: La destrucción de las espiroquetas bajo el efecto de la penicilina, del salvarsán o del mercurio(que se empleaban antiguamente para el tratamiento de la sífilis), producen la liberación de sustancias pirógenas que producen un conjunto de malestares que son producto de la reacción alergénica de esas sustancias espiroquetales: fiebre, cefalea, malestar general, mialgias, etc. Debe este nombre a quienes publicaron sus observaciones sobre el tema: los médicos dermatólogos Adolph Jarish (1850-1902), de Viena, Austria y Karl Herxheimer(1861-1942), de Wiesbaden, Alemania. (Cooper C, MacPherson P, Angel JB. Liver toxicity resulting from syphilis and Jarish-Herxheimer reaction in cases of coinfection with HIV and hepatitis C virus. Clin Infect Dis. 2005 Apr 15;40(8):1211-2)

JOHNSON, MANIOBRA PARA LA INVERSION UTERINA: Es una maniobra mediante la cual se hace reposición del útero que se ha invertido, evento de alto riesgo para la vida de la parturienta. Cuando la placenta tiene algún grado de acretismo o se ha extraído de manera prematura y de manera forzada, se puede invertir el fondo uterino, con hemorragia profusa y riesgo para la vida de la paciente. La maniobra de Johnson consiste en introducir la mano en la vagina para presionar el fondo uterino hasta que se reduzca y recupere su forma normal. (Sequeira E, Patel Y. Acute puerperal uterine inversion: case report. East Afr Med J. 2007 Apr;84(4):194-6)

JURAMENTO DE GINEBRA: Es una serie de modificaciones del juramento hipocrático, realizadas por la Asociación Médica Mundial desde 1948. La última versión es del año 2006. Se lee en el momento de tomar juramento como nuevo miembro de la comunidad médica: “Prometo solemnemente consagrar mi vida al servicio de la humanidad; otorgar a mis maestros el respeto y la gratitud que merecen; ejercer mi profesión a conciencia y dignamente; velar

ante todo por la salud de mi paciente; guardar y respetar los secretos confiados a mí, incluso después del fallecimiento del paciente; mantener, por todos los medios a mi alcance, el honor y las nobles tradiciones de la profesión médica; considerar como hermanos y hermanas a mis colegas; no permitiré que consideraciones de edad, enfermedad o incapacidad, credo, origen étnico, sexo, nacionalidad, afiliación política, raza, orientación sexual, clase social o cualquier otro factor se interpongan entre mis deberes y mi paciente; velar con el máximo respeto por la vida humana; no emplear mis conocimientos médicos para contravenir las leyes humanas, incluso bajo amenaza. Hago o estas promesas solemne y libremente, bajo mi palabra de honor". (Jones, David Albert The Hippocratic Oath II: The declaration of Geneva and other modern adaptations of the classical doctors' oath, Catholic Medical Quarterly February 2006).

JURAMENTO HIPOCRÁTICO:Es el juramento propuesto por Hipócrates de Cos, en el Corpus Hipocraticum en el año 400 aJC. , que se debía leer en voz alta para quienes se dedicaban a este arte. El texto del juramento es: "Juro por Apolo el Médico, por Esculapio, por Hygeia y Panacea y por todos los dioses y diosas, poniéndolos de jueces, que este mi juramento será cumplido hasta donde tenga poder y discernimiento. A aquel quien me enseñó este arte, le estimaré lo mismo que a mis padres; él participará de mi mandamiento y si lo desea participará de mis bienes. Consideraré su descendencia como mis hermanos, enseñándoles este arte sin cobrarles nada, si ellos desean aprenderlo. Instruiré por precepto, por discurso y en todas las otras formas, a mis hijos, a los hijos del que me enseñó a mí y a los discípulos unidos por juramento y estipulación, de acuerdo con la ley médica, y no a otras personas. Llevaré adelante ese régimen, el cual de acuerdo con mi poder y discernimiento será en beneficio de los enfermos y les apartará del perjuicio y el terror. A nadie daré una droga mortal aún cuando me sea solicitada, ni daré consejo con este fin. De la misma manera, no daré a ninguna mujer supositorios destructores; mantendré mi vida y mi arte alejado de la culpa. No operaré a nadie por cálculos, dejando el camino a los que trabajan en esa práctica. A cualesquier casa que entre, iré por el beneficio de los enfermos, absteniéndome de todo error voluntario y corrupción, y de lascivia con las mujeres u hombres libres o esclavos. Guardaré silencio sobre todo aquello que

en mi profesión, o fuera de ella, oiga o vea en la vida de los hombres que no deba ser público, manteniendo estas cosas de manera que no se pueda hablar de ellas. Ahora, si cumplo este juramento y no lo quebranto, que los frutos de la vida y el arte sean míos, que sea siempre honrado por todos los hombres y que lo contrario me ocurra si lo quebranto y soy perjuro". (Codes of Ethics: Some History" by Robert Baker, Union College in Perspectives on the Professions, Vol. 19, No. 1, Fall 1999) // El juramento hipocrático ha sido modificado por varias escuelas con el propósito de hacerlo más acorde con la época. Ver el juramento de Ginebra.

K

KANAMICINA: Es un antibiótico de la familia de los aminoglucósidos**,** extraido del hongo Streptomyces kanamiceticus. Es útil para el tratamiento de las infecciones por Staphylococcus aureus, Proteus, Escherichia coli, Shigella, Mycobacterium tuberculosis y otras bacterias Gram Positivas, Gram negativas y Mycobaterios. (Stuart B Levy. The Antibiotic Paradox: How the Misuse of Antibiotics Destroys Their Curative Powers. Edit. Da Capo Press; 1st edition (January 8, 2002)

KEGEL, ARNOLD H: (1894–1981) Ginecólogo del Chicago School of Sanitary Instruction. Se hizo famoso por el invento de un aparato diseñado para medir la fuerza de la contracción perineal, llamado *Kegel Perineometer* y por los ejercicios de Kegel, para fortalecer el músculo elevador del ano. (Kegel A H. Physiologic therapy for urinary stress incontinence. J Am Med Assoc 1951; 146: 915)

KEGEL, EJERCICIOS: Deben su nombre al Dr. Arnold H. Kegel(1894–1981), ginecólogo norteamericano quien los desarrolló en la década de los años 40. Es el conjunto de contracciones del músculo elevador del ano, más específicamente el músculo pubo-coccígeo (MPC), que realizados de manera repetitiva buscan el reforzamiento del tono del MPC, como una manera de tratamiento en una paciente con incontinencia urinaria leve a moderada(no son útiles en la pacientes con incontinencia urinaria severa). Existen muchas variantes de este ejercicio pero en general buscan que el músculo se hipertrofie un poco, lo suficiente para que al contraerse impida el escape de orina de manera involuntaria. Puesto que el músculo pubo-coccígeo también participa en la continencia fecal, los ejercicios de Kegel son de utilidad adicional en el tratamiento de la incontinencia fecal leve a moderada. Se promocionan también para fortalecer el periné para mejorar el placer sexual. //¿Como identificar el MPC?: Para ayudarle a la paciente a identificar el MPC, el

médico(a) le hace un tacto vaginal en posición ginecológica, identifica el músculo y le pide que lo contraiga varias veces para apretar los dedos del examinador(a), luego le solicita que lo repita sin el examen vaginal para que ella sea consciente de que no requiere de un objeto vaginal para hacer el ejercicio y para asegurarse que no contrae los músculos del abdomen o de los glúteos (o lo que es peor, que en vez de contraer los músculos haga una maniobra de pujo). El examen vaginal del médico permite además identificar la calidad de contracción inicial del MPC, para compararlo con el tono en los controles posteriores. Así mismo el médico puede identificar a las pacientes que no contraen casi nada el MPC, pues en ellas los ejercicios de Kegel están llamados a fracasar. Otra manera de ayudarle a la paciente a identificar el MPC y de hacer correctamente el ejercicio es pedirle que contraiga los músculos como lo haría para retener un gas o para apretar un tampón. // ¿Cómo hacer correctamente los ejercicios de Kegel?: Cabe aclarar que la práctica de la interrupción del chorro de orina, sólo debe utilizarse para localizar los músculos y no como los ejercicios en sí. Un ejemplo de ejercicios de Kegel es la contracción del MPC durante 3 segundos, seguida de descanso por 3 segundos y repetir esta contracción 10 veces cada 8 horas. Cuando la paciente ha adquirido habilidad puede aumentar la contracción durante 10 segundos y semanas más tarde durante 15 segundos. Se le advierte a la paciente que puede repetir los ejercicios en posición de pies, acostada , sentada, etc. Los resultados se verán después del segundo o tercer mes. (Kegel A, Progressive Resistance Exercise in the Functional Restoration of the Perineal Muscles. Am J Obstet & Gynec August, 1948, 56:2, p. 244-245// 2-Kegel A H. Physiologic therapy for urinary stress incontinence. J Am Med Assoc 1951; 146: 915

KHER, HANS (1862-1916): Cirujano alemán nacido en Berlín. Se conoce por sus aportes al conocimiento de la fisiopatología del dolor irradiado por hemoperitoneo.

KHER, SIGNO: Es el dolor en el hombro izquierdo, que se presenta en algunas mujeres cuyo embarazo ectópico ha producido una hemorragia masiva (hemoperitoneo), que irrita el hemidiafragma izquierdo, lo que a su vez estimula el dolor en el hombro ipsilateral, al parecer por transmisión metamérica.

KELLY, CIRUGÍA PARA INCONTINENCIA URINARIA: Esta técnica diseñada por el Dr. Howard Kelly en los inicios del siglo XX, sigue todos los pasos de una colpoplastia anterior: corte de la mucosa vaginal en sentido vertical, divulsión de la mucosa y resección de la mucosa redundante. La característica que identifica de la cirugía de Kelly para corregir la incontinencia urinaria es la colocación de puntos de plicatura de Kelly (descritos abajo) en el tabique vésico-vaginal(del cual hace parte la fascia de Halban), para reducir el cistocele, y la colocación de puntos de plicatura Kelly en la unión uretro-vesical para disminuir la apertura de la unión entre la vejiga y la uretra. La cirugía termina con el afrontamiento de los bordes de la mucosa vaginal, luego que se ha resecado una porción redundante de la misma. A esta técnica Kennedy le hizo una modificación para corregir la incontinencia urinaria, que se menciona abajo en: Kelly-Kennedy, cirugía. (Paulo Barros. Atlas de Operaciones ginecológicas. Edit manual Moderno, México 1994 // 2- Antonio Lomanto: Incontinencia urinaria femenina. Edit. Universidad Nacional de Colombia, 2001)

KELLY- HISTEROPEXIA: Es una cirugía ya abandonada por el avance de otras técnicas en este campo. Se hacía suspensión del fondo uterino a la pared anterior del abdomen para corregir el prolapso uterino. (Ricardo Rueda-González, MD,Ginecólogo, Fundación Santafé de Bogotá -Apartes tomados de un artículo publicado en la revista Medicina, de la Academia Nacional, 2003; 25: No.2 www.encolombia.com).

KELLY, HOWARD(1858-1943): Profesor de ginecología de la Universidad de John Hopkins y pionero de la uroginecología. El Dr. Howard Atwood Kelly fue un cirujano de Baltimore, conocido por las pinzas hemostáticas de Kelly, los puntos en U de Kelly , la histeropexia de Kelly, y la colpoplastia de Kelly para incontinencia urinaria. Fundó la Clínica Kelly para ginecología y obstetricia; esta clínica se incorporó después al Hospital de Kensington para mujeres. En 1893 diseñó un cistoscopio de aire con el cual insuflaba la vejiga para hacer diagnóstico de su mucosa y para cateterizar los uréteres con la paciente en posición genupectoral. Junto a Curtis Burnam escribió el libro *Diseases of the Kidneys, Ureters and Bladder* en 1914.Escribió también The *Vermiform Appendix and its Diseases,* 1905; *Gynecologic and Abdominal Surgery*, dos volúmenes en asocio con Charles P. Noble, 1908-1909; *Dr. Kelly's Medical*

Gynecology; *Operative Gynecology*; *Myomata of the Uterus* (en asocio con Cullen en 1909).La ginecología y la obstetricia fueron dos disciplinas separadas hasta 1964 debido en gran parte a la oposición del Dr Kelly y de otros colegas prestantes como Tomas Cullen Richard TeLinde y John Williams. (Antonio Lomanto: Incontinencia urinaria femenina. Edit. Universidad Nacional de Colombia, 2001 // Ricardo Rueda-González, MD,Ginecólogo, Fundación Santafé de Bogotá -Apartes tomados de un artículo publicado en la revista Medicina, de la Academia Nacional, 2003; 25: No.2 www.encolombia.com)

KELLY, PINZA: instrumento metálico diseñado por el Dr. Howard Kelly, con uso hemostático principalmente . La punta puede ser recta o curva.

KELLY, PUNTOS DE PLICATURA: 1- Es un punto en U, que equivale a media jareta**:** la sutura entra y sale hasta formar una letra U, luego de la cual se anuda. // **2**. Punto de plicatura en U que se coloca en la cara anterior de la vagina (en el tabique vésico-vaginal del cual hace parte la fascia de Halban) para reducir el cistocele. (Paulo Barros. Atlas de Operaciones ginecológicas. Edit manual Moderno, México 1994// Antonio Lomanto: Incontinencia urinaria femenina. Edit. Universidad Nacional de Colombia, 2001)

KELLY-KENNEDY, CIRUGÍA: La técnica del Dr. Howard Kelly para corrección de la incontinencia urinaria fue mejorada por el Dr. K.L. Kennedy, quien introdujo unos puntos que mejoraban la angulación entre la uretra y la vejiga. La cirugía empieza con los pasos mencionados arriba en “Kelly, cirugía para incontinencia urinaria”(incluida la plicatura en el tabique vésico.vaginal). El aporte del Dr. Kennedy, una vez hecha la divulsión y resección de la mucosa vaginal redundante, es la colocación de puntos de plicatura por debajo del ángulo uretrovesical, que pasa a través de la fascia parauretral, para luego insertarse sobre la cara posterior de la sínfisis del pubis, lo más cerca posible al ligamento de Cooper, lo cual induce la formación de tejido cicatricial, que servirá de soporte al ángulo, restituyéndolo a su lugar. Los puntos de Kennedy (descritos abajo) son útiles en el tratamiento de la incontinencia urinaria pues corrigen parcialmente el ángulo uretro-vesical que se ha perdido por el cistocele. (Kennedy, K.L., Steidle, C.P.: Achieving a state of urinary continence for residents of nursing facilities part I: The history and physical examination.

Ostomy/Wound Management, 35:72-7, 1991 Jul-Aug.// 2-Kennedy KL, Steidle CP, Letizia TM. Urinary Incontinence: the basics. Ostomy Wound Management 1995; 41(7): 16-8./2 // 3-Paulo Barros. Atlas de Operaciones ginecológicas. Edit manual Moderno, México 1994).

KENNEDY, PUNTOS: Son los puntos de sutura ideados por el Dr. K.L. Kennedy, que se colocan en la fascia parauretral a nivel de la unión uretrovesical, que se llevan a la cara posterior del pubis, lo más cercano posible a los ligamentos de Cooper. Tienen como finalidad la elevación del ángulo uretro-vesical que se ha aplanado por la relajación del piso pélvico. La reposición de esta ángulo corrige la incontinencia urinaria de esfuerzo. (Kennedy KL, Steidle CP, Letizia TM. Urinary Incontinence: the basics. Ostomy Wound Management 1995; 41(7): 16-8./2).

KERR, INCISIÓN UTERINA: **1.** Corte transversal en el útero en forma de arco con las puntas hacia arriba que se realiza en el segmento inferior en la cesárea segmentaria moderna. Fue diseñada por el gineco-obstetra John Munro Kerr en 1921 y Eardley Holland (1879-1967), profesores del Departamento de Ginecología y Obstetricia de la Universidad de Glasgow, en Escocia.// **2.** Corresponde a la incisión uterina realiza a nivel del segmento en sentido transverso. También es conocida como incisión transversa baja, incisión transversa segmentaria o incisión segmento-arciforme. Es la más empleada en la actualidad para la extracción del feto. Dentro de las ventajas se encuentran menor sangrado, apertura y cierre fácil de la pared uterina, cicatriz uterina resistente con riesgo bajo de ruptura uterina en un trabajo de parto posterior, pocas adherencias post-operatorias. Se considera que el riesgo de ruptura uterina asociado a este tipo de incisión es del 1%. // Corresponde a la incisión uterina realiza a nivel del segmento en sentido transverso. También es conocida como incisión transversa baja, incisión transversa segmentaria o incisión segmento-arciforme. Es la más empleada en la actualidad para la extracción del feto. Dentro de las ventajas se encuentran menor sangrado, apertura y cierre fácil de la pared uterina, cicatriz uterina resistente con riesgo bajo de ruptura uterina en un trabajo de parto posterior, pocas adherencias post-operatorias. Se considera que el riesgo de ruptura uterina asociado a este

tipo de incisión es del 1%. (Braunn, D. Uterine Incision. Obstet Gynecol. 2000; 13 (33): 56) Sinónimo: Histerotomía arciforme

KHERER. INCISIÓN UTERINA: Corte transversal en forma recta que se realiza en el segmento inferior del útero en la cesárea segmentaria. Fue diseñada por el ginecobstetra alemán de Heidelberg, Ferdinand Adolph Kherer (1837-1914). Muchos cirujanos la realizan en vez de la arciforme de Kerr. Ver Histerotomía segmentaria transversal recta. (Cheng M, Hannah M. Breech delivery at term: a critical review of the literature. Obstet Gynecol 1993; 82((4 Pt 1): 605-18).

KERNICTERUS: la etimología de esta palabra es del alemán Kern: núcleo y del latín Icterus, ictericia. Lesión de los núcleos grises del cerebro en los neonatos con hiperbilirrubinemia grave no tratada. La acción de la bilirrubina indirecta sobre dichos núcleos produce una inhibición de la fosforilación oxidativa que conduce a una neuropatía que se manifiesta como una letargia, hipertonicidad, dificultad para alimentarse, convulsiones y apnea, todo lo cual puede producir la muerte del recién nacido o al menos dejar como secuelas un retardo mental, parálisis cerebral o hipoacusia. (Yoffer, Beatriz, Howard, Jorge E, Ebensperger, Ines *et al*. Kernicterus en el prematuro. Rev. Chil. Pediatr., Jun. 1959, vol.30, no.6, p.205-213)

KJELLAND, FORCEPS: Ver Forceps de Kielland

KLEBSIELLA: bacteria de la familia de las Enterobacteriaceae de entre las cuales la más patógena es la Klebsiella neumoniae.

KLINEFELTER, HARRY FITCH (1912-). Médico norteamericano que describió el síndrome que lleva su nombre.

KLINEFELTER, SINDROME: Es un trastorno cromosómico, exclusivo del género masculino, cuyo cariotipo es 47,XXY que produce hipogonadismo e infertilidad por disgenesia de los túbulos seminíferos. Este síndrome fue descrito en 1942 por el Dr. Harry Fitch Klinefelter. (*Klinefelter, HF Jr; Reifenstein, EC Jr; Albright (1942), "Syndrome characterized by gynecomastia, aspermatogenesis without a-Leydigism and increased excretion of follicle-stimulating hormone",* J Clin Endocrinol Metab ***2****: 615–624*. *Klinefelter, HF*

(1986) // Paduch DA, Fine RG, Bolyakov A, Kiper J. New concepts in Klinefelter syndrome. Curr Opin Urol. 2008 Nov;18(6):621-627).

KLINEFELTER-REIFENSTEIN-ALBRIGHT,SÍNDROME: Ver Klinefelter, Síndrome.

KLUMPKE, AUGUSTA MARIE DEJERINE- (1859-1927): neuróloga francesa quien describió la lesión del plexo braquial que lleva su nombre.

KLUMPKE, PARÁLISIS: Esta parálisis lleva el epónimo en honor a la Dra. Augusta Klumpke, quien la describió. // Es la lesión de las raíces C7 y C8 del plexo braquial, que se produce por trauma en el hombro durante el nacimiento. Este trauma deja como secuela una parálisis atrófica del antebrazo, paresia de los flexores de la muñeca y de la mano y además, de los músculos intrínsecos de la mano; el reflejo de Moro puede estar ausente, al igual que el reflejo de prehensión palmar. La lesión del nervio frénico determina parálisis diafragmática y puede manifestarse con dificultad respiratoria. (Babbit DP, Cassidy RH: Obstetrical paralysis and dislocation of the shoulder in infancy. J Bone Joint Surg 1968; 50-A: 1447-52).

KRISTELLER, MANIOBRA DURANTE EL PARTO: Esta maniobra lleva el nombre del obstetra alemán Samuel Kristeller(1820-1900) quien hizo importantes aportes al conocimiento de las contracciones uterinas en el año 1861// Puede decirse que esta maniobra ha existido siempre, en la cultura de las parteras de las comunidades indígenas, colocadas detrás de la parturienta en la posición de cuclillas, o por los ayudantes del médico o por el médico o la partera, para presionar al feto para que nazca. Consiste en la presión ejercida en el fondo del útero con una mano o ambas manos o con el antebrazo, en el momento en que se produce una contracción uterina, cuando la dilatación del cuello es completa y la presentación ha sobrepasado las espinas ciáticas. A pesar de la frecuencia con la cual se realiza esta maniobra en todo el mundo, existe muy escasa literatura científica sobre la misma. Se trata de una maniobra dolorosa para la madre, no exenta de riesgo para el feto, por lo cual hay numerosas opiniones negativas en los escritos y comentarios de las madres y del público en general. (Magdalena Orpez Martínez.Matrona. Hospital San Agustín de Linares (Jaén), España.¿Está indicada la maniobra de presión

del fondo uterino -Kristeller- como ayuda de expulsivo durante el parto? Evidentia 2006 Jul-ago; 3(10)

KRISTELLER, MANIOBRA DURANTE LA CESÁREA: Consiste en la presión ejercida en el fondo del útero con una mano en el momento en que el cirujano ha realizado la histerotomía (casi siempre una ventana en el segmento inferior del útero). Dicha presión se realiza por parte del ayudante, con el propósito de facilitar la extracción de la cabeza fetal. En Colombia se utiliza con alta frecuencia una espátula de Velasco para que haga las veces de una rampa y la cabeza salga más rápido y sin trauma. No hay literatura científica que mencione la maniobra de Kristeller durante la cesárea.

KRISTELLER, SAMUEL(1820-1900)**:** Obstetra alemán nacido en Berlín. Hizo importantes aportes al conocimiento de las contracciones uterinas en el año 1861// Su apellido se recuerda por la maniobra de presión sobre el fondo uterino para acelerar la expulsión del feto durante el parto. (Thiery M. Hangreep van Krislteller. Edit Tidschrift voor geneeskunde, 2007, Vol 63; No. 2,3. Pags. 111-112)

KRÖNIG. BERNARD (1863–1917), Ginecólogo alemán. Uno de los pioneros de la cirugía ginecológica en ese país.

KRÖNIG, CIRUGÍA: Ver Cirugía de Krönig

KRÖNIG, INCISIÓN UTERINA: Es la apertura de la pared uterina mediante corte vertical en el segmento inferior. Fue diseñada por este man en 1912

KRUKEMBERG, FRIEDRICH ERNST (1871-1946): Ginecólogo y patólogo alemán, de quien se recuerda su epónimo en el tumor metastásico al ovario, en la lesión corneana de Axenfeld-Krukenberg en forma de huso, y en los Cuerpos de Russell- Krukenberg.

KRUKENBERG, TUMOR DE: Es una neoplasia metastásica de un carcinoma primario gastrointestinal caracterizado por la presencia de células en anillo de sello características de los adenocarcinomas gastrointestinales. Generalmente el tumor primario es gástrico en aproximadamente el 75 – 80% de los casos, seguido del cáncer de colon; sin embargo, el tumor de Krukenberg se puede

originar de cualquier órgano que contenga glándulas productoras de moco como el apéndice, la mama, la vejiga, el tracto biliar, el páncreas, la tiroides, entre otros. Del 2 al 6.3% de los tumores de krukenberg se han presentado durante el embarazo o el puerperio. En estas pacientes el pronóstico es menor teniendo en cuenta que el diagnóstico generalmente se realiza en estadíos avanzados de la enfermedad ya que la mayoría de los síntomas gastrointestinal inespecíficos son atribuidos a los cambios y adaptaciones fisiológicas al embarazo. La sobrevida del tumor de krukenberg se encuentra entre 7 y 17 meses después de realizado el diagnóstico. Dentro de los factores de riesgo para Tumor de Krukenberg con primario gástrico se encuentran: antecedente de gastritis atrófica crónica, metaplasia intestinal, infección por Helicobacter pylori, anemia perniciosa, adenoma gástrico así como la ingesta de alcohol, tabaquismo y dieta pobre en frutas frescas y vegetales. Los factores de riesgo para tumor de krukenberg con primario en colon son: antecedente familiar de ca de colon, historia familiar de pólipos rectales, poliposis familiar, síndrome de Gardner, poliposis juvenil, historia de cáncer de mama o del tracto genital, colitis ulcerativa, colitis granulomatosa, dieta baja en fibra. (Krishnansu, T. Tamerou, A. The evolution of linitis plastica as a consequence of advanced gastric carcinoma in pregnancy. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 1999; 181 (3): 757 – 760// 2-F. E. Krukenberg: Über das Fibrosarcoma ovarii mucocellulare (carcinomatodes). Archiv für Gynäkologie, Berlin, 1896, 50: 287-321.).

KUSTNER, SIGNO: Ver Signo de Kustner

KWASHIORKOR: El nombre de Kwashiorkor deriva de una de las lenguas Kwa de la costa de Ghana y significa "el que se desplaza" refiriéndose a la situación de los niños más mayorcitos a quienes se les depriva de la lactancia materna una vez que ha nacido un nuevo hermano. Las lenguas kwa son una rama de la familia de lenguas Niger-Congo habladas en el sudeste de la Costa de Marfil, en Ghana, Togo y Benín y en la parte sudoeste de Nigeria. *Kwashiorkor* significa “niño retirado”, es decir, el niño que ha dejado de mamar. Es un síndrome clínico resultado de una grave deficiencia de proteínas de alto valor biológico junto a una inadecuada ingesta calórica. Puede empezar a ser evidente desde el destete, a veces incluso antes si la desnutrición de la madre

es extrema, hasta los cinco años de edad. Los datos clínicos precoces de malnutrición son letargia, apatía e irritabilidad. Una vez avanzado el proceso, se produce un crecimiento inadecuado, falta de energía, pérdida de tejido muscular, edema que es más evidente en extremidades y abdomen, y un aumento de la susceptibilidad a las infecciones, lo que conlleva una alta tasa de mortalidad por enfermedades que suelen ser benignas en otros niños con nutrición adecuada como el sarampión. Es habitual la dermatitis con descamación y frecuente despigmentación de piel y faneras. Los niños de raza negra presentan un pelo escaso, poco elástico, con un color a rayas rojas o grises (hipocromotriquia). Esta coloración hace que se les llame también “niños rojos”. Aunque el tratamiento acelera las ganancias de altura y peso, las cifras nunca alcanzan a las de los niños bien nutridos. Dicho tratamiento exige la realimentación paulatina, y la rápida corrección de los desequilibrios hidroelectrolíticos y de las infecciones y parasitosis.(Ndeka M.J. Kwashiorkor ande severe acute malnoutrition in childhood. Lancet, 2008, May 24: 371: 1748-49)



LABIO LEPORINO: Defecto congénito de la anatomía del labio superior, que se muestra hendido, de manera similar a la boca de tal animal. Suele acompañarse de paladar hendido.// Sinónimo: Actualmente se prefiere el término Labio hendido. (Yazuhira, S. Bilateral cleft lip. Plast Reconst Surg. 2008; 122 (5): 1505)

LABIOS MAYORES DE LA VULVA: (Latín: Labium,Labrum). Origen del término: Estas estructuras fueron llamadas Labios por primera vez cuando Colombo de Cremona acuñó este término en la primera mitad del siglo XVI. Su forma y ubicación a la entrada de una cavidad los hace comparables a los labios de la boca. La palabra Labio viene del latín Labium y este del latín antiguo Labrum. Hasta el siglo XVI se mencionaban estos órganos en España y América como Labrios o Labros. El Dr. Desmond Morris hace la comparación entre los labios de la boca y de los genitales de la siguiente forma: *"Una manera de transmitir señales genitales visuales consiste en emplear alguna parte del cuerpo como imitación o ¨eco genital¨. Esto permite enviar mensajes manteniendo ocultos los verdaderos órganos... Igual que los labios de la boca, los labios genitales rodean un orificio central y de manera similar se enrojecen e hinchan con el estímulo sexual. Desde los primeros tiempos históricos, la mujer acentuó sus señales labiales con la aplicación de un color artificial. El lápiz de labios es actualmente uno de los productos cosméticos más importantes y aunque los colores varían con la moda, siempre vuelven al rojo vivo, copiando el enrojecimiento labial en los estados avanzados de excitación. Desde luego no se trata de una imitación conciente de las señales sexuales sino de algo puramente sexy y atractivo sin más complicaciones... También se ha pretendido que la estructura de los labios de una mujer determinada, refleja la estructura de sus genitales ocultos. Así, se presume que la mujer de labios carnosos posee un órgano*

genital carnoso y que la de labios finos y apretados tiene un órgano genital fino y estrecho. Si esto es realmente así, refleja un tipo somático de la mujer en cuestión. "// **1.** Son dos pliegues simétricos de piel en continuidad con el monte de venus; protegen los orificios uretral y vaginal y se abren al vestíbulo de la vagina. En la porción superior se unen en la línea media formando la comisura labial, aunque en ocasiones no es posible la unión de los labios mayores por la presencia del cuerpo del clítoris; en la porción inferior se unen la línea media formando la horquilla vulvar. Los labios mayores están conformados por grasa subcutánea, vello púbico, glándulas sebáceas y sudoríparas. Los labios mayores se extienden desde el monte de venus hasta aproximadamente 2.5 cm del ano. Están irrigados por la arteria perineal y labial posterior, ramas de la arteria pudenda interna y la arteria pudenda externa, rama de la arteria femoral. La inervación está dada principalmente por el nervio perineal, ramo del nervio pudendo. (Moore, K. Anatomía con orientación clínica. El periné. Tercera edición. Winnipeg, Canadá. Editorial Panamericana. 1993. 311-336 / Alarcón, MA. Anatomía Clínica de la Vagina. Anatomía Clínica del aparato genital femenino. Primera edición. Bogotá, Colombia. Editorial Manual Moderno. 2005. 181-208) // Sinónimo: Labium majus pudendi.

LABIOS MENORES DE LA VULVA: Son pliegues finos y delicados de piel, que a diferencia de los labios mayores, no contienen tejido adiposo graso o vello púbico. Están situados por dentro de los labios mayores de la vulva y contienen un núcleo de tejido esponjoso muy vascularizado. En la parte superior se dividen en dos hojas que al fusionarse en la línea media, forman el capuchón o prepucio del clítoris. Usualmente las mujeres poseen dos labios menores, sin embargo, aproximadamente el 6% poseen 3 o 4 labios menores que se distribuyen de diversas maneras sin representar anormalidad. Los labios menores están irrigados por la arteria perineal, rama de la arteria pudenda interna. La innervación proviene del nervio perineal, ramo del nervio pudendo. (Moore, K. Anatomía con orientación clínica. El periné. Tercera edición. Winnipeg, Canadá. Editorial Panamericana. 1993. 311-336 / Alarcón, MA. Anatomía Clínica de la Vagina. Anatomía Clínica del aparato genital femenino. Primera edición.

Bogotá, Colombia. Editorial Manual Moderno. 2005. 181-208) // Sinónimos: Labium minus pudendi, Ninfas

LACERACIONES CERVICALES: Soluciones de continuidad que afectan el cuello uterino. La mayoría de estas laceraciones son menores de 0.5 cm y afectan más de la mitad de los partos vaginales espontáneos. Las laceraciones cervicales pueden extenderse hasta el tercio superior de la vagina o inclusos extenderse hacia arriba comprometiendo el segmento uterino inferior, la arteria uterina y sus ramas e incluso el peritoneo. (Cunningham, FG. Gant, NF. Leven, K. Gilstrap, L. Hauth., J. Wenstrom K. Hemorragia Obstétrica. Williams Obstetricia. 21° edición. Montevideo, Uruguay. 2001. 547-568)

LACERACIONES DEL CANAL DEL PARTO: Son los desgarros en el cuello, mucosa vaginal y periné, causados por el paso del feto, por la manipulación de quien atiende el parto o por la introducción de instrumentos (Espátulas de Velasco, Fórceps,etc).// Las laceraciones de la vulva y el periné se clasifican como de primero, segundo, tercero y cuarto grados. Estas laceraciones a menudo se pueden prevenir con una episiotomía apropiada y evitando la realización de partos con fórceps de aplicación media. Las laceraciones de primer grado afectan la horquilla, la piel perineal y la mucosa vaginal pero no la aponeurosis ni el músculo subyacente. Las laceraciones de segundo grado comprometen, además de la piel y mucosa, la aponeurosis y los músculos del cuerpo perineal pero no el esfínter rectal. En general, en estos desgarros se extienden hacia arriba en uno o ambos lados de la vagina y forman una lesión triangular irregular. Las laceraciones de tercer grado se extienden a través de la piel, mucosa y cuerpo perineal y afectan el esfínter anal. Una laceración de cuarto grado se extiende a través de la mucosa rectal para exponer la luz del recto. También es probable que ocurran desgarros en la región de la uretra con este tipo de laceración al menos que se realice una episiotomía adecuada. Estos desgarros periuretrales pueden sangrar en forma profusa. Las laceraciones deben ser reparadas de tal manera que devuelvan al tejido las características anatómicas iniciales y eviten el sangrado post-parto. (Cunningham, FG. Gant, NF. Leven, K. Gilstrap, L. Hauth., J. Wenstrom K.

Hemorragia Obstétrica. Williams Obstetricia. 21° edición. Montevideo, Uruguay. 2001. 547-568)

LACERACIONES PERINEALES: Soluciones de continuidad que se presentan en cualquier porción del periné. Todas las laceraciones perineales excepto las más superficiales están acompañadas de distintos grados de lesión de la porción más inferior de la vagina. Estos desgarros pueden alcanzar una profundidad suficiente como para afectar el esfínter anal o la mucosa rectal y extenderse a distinta profundidad a través de las paredes vaginales. Su reparación debe ser realizada de manera adecuada para disminuir el riesgo de incontinencia fecal o de flatos y prevenir el prolapso de los órganos pélvicos secundario a relajación del orificio vaginal externo. (Cunningham, FG. Gant, NF. Leven, K. Gilstrap, L. Hauth., J. Wenstrom K. Hemorragia Obstétrica. Williams Obstetricia. 21° edición. Montevideo, Uruguay. 2001. 547-568)

LACERACIONES VAGINALES: Soluciones de continuidad en la mucosa vaginal que generalmente comprometen el tercio inferior de la vagina acompañada en su mayoría de laceraciones perineales. Las laceraciones aisladas que afectan el tercio medio o superior se observan con menos frecuencia. Habitualmente son longitudinales y con frecuencia son el resultado de uso de fórceps o una maniobra espirativa, aunque se pueden desarrollar posterior a un parto vaginal espontáneo. Las laceraciones en la pared anterior en cercana proximidad a la uretra con menos frecuentes, habitualmente no requieren reparación, sin embargo, si la laceración es extensa se indica reparación con cateterización uretral para evitar estenosis. (Cunningham, FG. Gant, NF. Leven, K. Gilstrap, L. Hauth., J. Wenstrom K. Hemorragia Obstétrica. Williams Obstetricia. 21° edición. Montevideo, Uruguay. 2001. 547-568)

LACTÓGENO PLACENTARIO HUMANO: Es una proteína parcialmente purificada por Ito y Higashi (1961) y por Josimovich y McLaren (1962). Debido a su potente bioactividad lactógena y símil-hormona del crecimiento (y su semejanza inmunoquímica con la hormona de crecimiento humana), esta proteína fue designada en un primer momento con el nombre de

lactógeno placentario humano u hormona del crecimiento coriónica. Esta hormona también se conoció con el nombre de somatotrofina coriónica. En fecha reciente la mayoría de los autores retomaron la denominación original de lactógeno humano placentario (hPL). Grumbach y Kaplan (1964) observaron en estudios de inmunofluorescencia que esta hormona, al igual que la hCG, se concentraba en el sincitiotrofoblasto. Características químicas. La hPL es una cadena polipeptídica única no glucosilada con un peso molecular de 22.279 Daltons derivada de un precursor de 25.000 Daltons que contiene una secuencia de señal de 26 aminoácidos. Existen 191 aminoácidos residuales en el lactógeno placentario, en comparación con 188 residuales en la hormona de crecimiento humana; la secuencia de aminoácidos en ambas hormonas es sumamente similar (una homología del 96%, incluyendo las sustituciones conservadoras). (Mendelson, J. J Steroid Biochem Mol Biol. 2005; 12: 124)

LAMINARIA: Alga feofícea del orden ciclosporal que abunda en los mares ártico y antártico, caracterizada por poseer un esporofito de gran complejidad histológica. El tamaño de los ejemplares suele ser de gran tamaño y algunos llegan a los 100 metros de longitud. Las algas de esta familia constan de rizoide(raíz), filoide(hoja) y cauloide (talo). El cauloide posee gran cantidad de células huecas que se pueden llenar de gas para flotar, o de agua para aumentar de volumen. Son utlizadas como alimento especialmente en el Africa oriental. Las principales especies son la Laminaria japonicum, Laminaria angustata, Laminaria agarum y Laminaria macrocystis. En medicina se utilizan trozos de cauloide de la Laminaria japonicum y de la Laminaria digitata para dilatar el cervix, especialmente en pacientes con aborto incompleto o con aborto retenido y cuello inmaduro, para evitar el trauma de la dilatación forzada con elementos metálicos. Una vez se ha colocado una porción de esta alga en el canal cervical, las células del cauloide captan la humedad circundante, se hinchan, aumentan de volumen y dilatan paulatinamente el cuello. Blumenthal y Ramanauskas (1990) compararon un dilatador cervical higroscópico sintético con la Laminaría japonicum en 41 mujeres con cuellos uterinos inmaduros. (Lane,

C. Investigación multigene molecular de las algas con sustanciales taxonómicas. Journal de Ficología. 2006; 2: 493)

LAPAROS: Raíz griega que significa pared abdominal anterior. De esta raiz se derivan palabras como laparotomía, laparoscopia, laparosquisis, etc. (Hirsh, A. Käser, O. Atlas de Cirugía Ginecológica. Laparoscopia e histeroscopia. Editorial Marbán Libros. Madrid, España, 2000. pp 32-46)

LAPAROSCOPIA: (griego, *laparos*: pared abdominal y *skopein*: mirar) **1**.Procedimiento quirúrgico en el cual se realiza observación de los órganos de la cavidad peritoneal mediante la introducción de un instrumento llamado laparoscopio a través de un pequeño orificio en la pared abdominal previo neumoperitoneo. Suelen necesitarse otros orificios para introducir instrumentos para diagnóstico o para intervención quirúrgica. // **2.** El término laparoscopia significa mirar a través de la pared anterior del abdomen.// **3.** Es una técnica endoscópica que permite la visualización de la cavidad abdomino-pélvica a través de un tubo óptico. Por medio de una fibra óptica se transmite la luz para iluminar la cavidad al mismo tiempo que se observan las imágenes del interior con una cámara conectada a la misma fibra. La laparoscopia se puede realizar con fines diagnósticos o terapéuticos. Las indicaciones más comunes son: infertilidad, dolor pélvico crónico, embarazo ectópico, endometiosis aguda, enfermedad pélvica inflamatoria, tumores pélvicos de etiología no clara, malformaciones congénitas, evaluación de complicaciones posterior a procedimientos abiertos, entre otros. Las contraindicaciones son raras y en ocasiones son determinadas por la experiencia del cirujano; las contraindicaciones absolutas son la enfermedad cardíaca con insuficiencia circulatoria y la peritonitis generalizada; las contraindicaciones relativas son la obesidad mórbida, grandes tumores abdominales, embarazo avanzado, síndrome adherencial severo. La laparoscopia tiene un tiempo vaginal y un tiempo abdominal; los pasos del tiempo vaginal son: anestesia, posición de litotomía, especuloscopia, pinzamiento del labio anterior o posterior del cérvix de acuerdo a la posición del útero, retiro del especulo e inserción de la cánula de Sellheim a través del cérvix. Los pasos del tiempo abdominal son: inserción de aguja de Verres en la porción inferior del ombligo,

realización del neumoperitoneo con alrededor de 2 litros de dióxido de carbono sin sobrepasar 10-12 mm Hg de presión intraabdominal, inserción del trócar, retiro del fijador del trócar e inserción del laparoscopio; en este momento se realiza una evaluación general de los órganos intraabdominales y pélvicos; posteriomente se introducen los trócar para manipulación de los órganos de acuerdo al procedimiento a realizar. (Alborzi, S, Momtahan, M, Parsanezhad, ME, et al. A prospective, randomized study comparing laparoscopic ovarian cystectomy versus fenestration and coagulation in patients with endometriomas. Fertil Steril 2004; 82:1633) Sinónimo Celioscopia (gr. *Koilia*, cavidad y *skopein*) que significa mirada a la cavidad celiaca. // Cuando se examina toda la cavidad peritoneal toma el nombre de Panendoscopia.

LAPAROSCOPIA ABIERTA: Corresponde a una variante de la técnica de laparoscopia convencional que busca prevenir las lesiones de órganos intraabdominales que se puede presentar en la punción a ciegas de la pared abdominal con la aguja de Verres. Esta técnica establece la realización de una minilaparotomía, con inserción del trócar bajo visión directa, sin realizar fuerza, posteriormente se realiza el neumoperitoneo. Se indica en pacientes en quienes se sospecha síndrome adherencial, así como en pacientes obesas. Utilizando anestesia local o general, se realiza una incisión de aproximadamente 2 cm en la parte inferior del ombligo, se traccionan los bordes con pinzas de Allis, se rechaza el tejido graso, se sujete la fascia en dos puntos en la línea media con pinzas de Kocher y se realiza una incisión entre las dos pinzas, se sujetan los bordes superior e inferior con sutura de vycril; el peritoneo expuesto se abre mediante disección roma y posteriormente se introduce el trócar, las suturas se anudan al manguito, posteriormente el procedimiento se realiza de forma convencional. Al terminar la intervención, después de retirar el laparoscopio y el trócar, las suturas se anudan para cerrar la fascia. (Hirsh, A. Käser, O. Atlas de Cirugía Ginecológica. Laparoscopia e histeroscopia. Editorial Marbán Libros. Madrid, España, 2000. pp 32-46)

LAPAROSCOPIA CON LASER DE Nd:YAG: Es la endoscopia de la cavidad peritoneal usando la energía del laser de neodimio yttrium-

aluminio-granate(Nd:YAG). Con esta fuente el rayo se introduce más profundamente que la de cualquiera de los otros más usuales en cirugía laparoscópica. Debido a su profundidad de penetración de hasta 4 mm, los laparoscopistas con laser de Nd:YAG no suelen utilizar la fibra desnuda en la cavidad abdominal, sino que prefieren la punta de zafiro o una fibra a la que se le haya labrado una punta aguzada. Estas puntas pueden usarse para cortar, vaporizar o coagular. Para quienes prefieren sentir el tejido en la punta de la sonda, éste método de cirugía de laser por contacto ofrece esa ventaja. Los equipos de laser Nd:YAG/KTP aprovechan las ventajas de cada una de estas dos fuentes de ondas. (Hirsh, A. Käser, O. Atlas de Cirugía Ginecológica. Laparoscopia e histeroscopia. Editorial Marbán Libros. Madrid, España. 2000. pp 32-46)

LAPAROSCOPIA CON RAYOS LASER DE COLOR: Tanto el laser de KTP como el de argón, tienen sistema de aporte de energía que adaptan fácilmente al endoscopio. Estas longitudes de onda se conducen por una fibra de cuarzo. El tamaño usual de la fibra en la laparoscopia ginecológica tiene un diámetro de 600 micras, pero también hay fibras de 100 y 200 micras. Las ventajas de los rayos laser de color incluyen la facilidad para orientar el haz, un sistema de aporte de energía cómodo, un brazo no voluminoso una localización más distante, mejor coagulación y menos humo. Además, funcionan bien bajo el agua. Los laser de color suelen penetrar hasta 2 mm en el tejido; por supuesto, con ésta profundidad de penetración se vuelve más peligroso trabajar sobre estructuras delicadas. Por ejemplo, la endometriosis sobre el uréter es más difícil de tratar cuando se usa una longitud de onda que penetre profundamente en el tejido. El margen de error es menor que con el laser de CO2, dado que la penetración tisular de esta longitud de onda es muy limitada. El cirujano debe separa el uréter de la hoja medial del peritoneo mediante disección suave, roma y cortante, o por hidro-disección, antes de la exéresis o vaporización con láser de KTP. (Hirsh, A. Käser, O. Atlas de cirugía ginecológica. Laparoscopia e histeroscopia. Editorial Marbán Libros. Madrid, España. 2000. pp 32-46)

LAPAROSCOPIA DIAGNÓSTICA: Es aquel procedimiento en el cual se hace un examen de los órganos de la cavidad peritoneal mediante instrumentos de laparoscopia, sin intervenir sobre ellos. Toma el nombre de diagnóstica para diferenciarla de la laparoscopia quirúrgica en la cual se realiza una cirugía a una o más vísceras peritoneales.// Sinónimo: Videolaparoscopia diagnóstica. (Hirsh, A. Käser, O. Atlas de cirugía ginecológica. Laparoscopia e histeroscopia. Editorial Marbán Libros. Madrid, España. 2000. pp 32-46)

LAPAROSCOPIA OFICINAL (o MICROLAPAROSCOPIA OFICINAL): Laparoscopia ambulatoria y con anestesia local, realizada en un consultorio médico adaptado a las condiciones similares de asepsia y tecnología de un quirófano. Los laparoscopios fibro-ópticos utilizados, de calibre menor a 5 mm, permiten la visualización diagnóstica de la cavidad abdómino-pélvica y la realización de cirugías sencillas como recuperación de óvulos, adherenciolisis, corte de las trompas, cromotubación, etc. (Hirsh, A. Käser, O. Atlas de cirugía ginecológica. Laparoscopia e histeroscopia. Editorial Marbán Libros. Madrid, España. 2000. pp 32-46)

LAPAROSCOPIA QUIRÚRGICA: Es aquella en la cual se realizan una o más cirugías sobre las estructuras u órganos de la cavidad peritoneal (corte de las trompas, histerectomía, etc) ó retroperitoneal (linfadenectomía, disección del uréter, etc) utilizando los instrumentos que permiten acceder a las vísceras peritoneales a través de tubos con diámetros que oscilan entre 3 y 7 mm, que se introducen en varios puntos de la pared abdominal anterior. (Hirsh, A. Käser, O. Atlas de cirugía ginecológica. Laparoscopia e histeroscopia. Editorial Marbán Libros. Madrid, España. 2000. pp 32-46)

LAPAROSCOPIA QUIRÚRGICA CON LASER: La laparoscopia es uno de los procedimientos más desafiantes y de más rápida expansión en el campo de la cirugía ginecológica. Los rayos laser no sólo constituyen una valiosa herramienta de apoyo en el diagnóstico, sino que ha permitido la realización de cirugías que antes solo estaban diseñadas para grandes incisiones de la pared abdominal. Se puede definir la laparoscopia quirúrgica avanzada como un procedimiento quirúrgico que se realiza con

instrumental laparoscópico, a fin de evitar el traumatismo estético de la laparotomía. Rápidamente se aclara que las predicciones respecto a la amplia gama de operaciones que pueden realizarse con facilidad durante laparoscopia se están volviendo realidad. En unos cuantos años se ha visto evolucionar a la laparoscopia quirúrgica, desde un procedimiento utilizado sobre todo para esterilización tubárica, hasta ser compleja y variada disciplina que soluciona la mayor parte de los problemas quirúrgicos de la ginecología y buena gran parte de los problemas relacionados con patología del embarazo. Conforme ha evolucionado la laparoscopia quirúrgica, se ha reforzado la tendencia a separar algunos de sus componentes en disciplinas derivadas como la pelviscopia, laparoscopia con laser y laparoscopia electroquirúrgica. Siempre habrá preferencias distintas entre los cirujanos. Algunos se inclinan por los rayos laser, otros por la instrumentación electroquirúrgica y algunos más no utilizan ninguno de éstos dos métodos cuando hacen cirugía endoscópica. En su mayor parte no obstante, las distinciones entre técnicas quirúrgicas e instrumentos en campos de competencia son artificiales. El cirujano inteligente utiliza indistintamente los rayos laser, las unidades electroquirúrgicas y los instrumentos pelviscópicos cuando uno u otro ofrecen una ventaja quirúrgica. Como instrumentos quirúrgicos, deberían reforzarse entre sí, en vez de competir entre ellos. Los rayos laser ofrecen al cirujano laparoscópico un medio seguro eficaz de lograr exéresis, coagulación o vaporización rápidas en anomalías pélvicas. Aunque el laparoscopista puede elegir el laser como recurso primario, suele ser necesaria su combinación con otros instrumentos laparoscópicos y sistemas de aporte de energía, para realizar las complejas operaciones pélvicas que se efectúan por vía endoscópica. Ciertamente algunas enfermedades, como la endometriosis pélvica lave, pueden tratarse sólo por vaporización con laser. En procedimientos como salpingo-ovariectomía, no obstante, el laser no puede brindar por sí sólo la hemostasia requerida cuando se secciona el ligamento infundíbulo-pélvico. Es muy claro que el cirujano endoscopista debe dominar otros métodos de hemostasia si quiere alcanzar la confianza y destreza para realizar éstos procedimientos mayores. La cirugía laparoscópica es una disciplina demandante y exacta que requiere

adiestramiento y práctica en el laboratorio y el quirófano. El laparoscopista quirúrgico debe conocer a la perfección la instrumentación y la anatomía pélvica, y también conocer las indicaciones para interrumpir el procedimiento en favor de una intervención quirúrgica convencional por laparotomía abierta. Dicha interrupción es relativamente improbable si el cirujano tiene un dominio amplio de las diversas técnicas hemostáticas. (Hirsh, A. Käser, O. Atlas de cirugía ginecológica. Laparoscopia e histeroscopia. Editorial Marbán Libros. Madrid, España. 2000. pp 32-46)

LAPAROTOMÍA. (Laparos etc.): Corte de la pared anterior del abdomen con el propósito de realizar una cirugía a uno de sus órganos o para explorar la cavidad peritoneal. Las incisiones más frecuentes para este procedimiento son la mediana xifopubiana, la mediana infraumbilical, la mediana supraumbilical, la subcostal de Kocher, la de Pfannenstiel, la de Maylard, la de Cherney, la de McBurney, la de Rocky Davies, la de Israel y la de Gibson. (Iklé. Käser. Hirsch. Atlas de Cirugía Ginecológica. Apertura y cierre de la pared abdominal. Primera edición. Madrid, España. Marbán Libros, S, L. 2000. 83-96)

LAPAROTOMÍA CON INCISIÓN COMPUESTA: Ver Apertura de la pared anterior del abdomen (laparotomía) con incisión compuesta.

LAPAROTOMÍA DE CHERNEY: Ver Apertura de la pared anterior del abdomen (laparotomía) con la técnica de Cherney.

LAPAROTOMÍA DE KOCHER: Ver Apertura de la pared anterior del abdomen (laparotomía) con incisión de Kocher.

LAPAROTOMÍA DE GIBSON: Ver Apertura de la pared anterior del abdomen(laparotomía), con la técnica de Gibson.

LAPAROTOMÍA DE GIORDANO: Ver Apertura de la pared anterior del abdomen (laparotomía) con la técnica de Giordano.

LAPAROTOMÍA DE ISRAEL: Ver Apertura de la cara lumbo-costal de la pared abdominal (laparotomía) con la técnica de Israel.

LAPAROTOMÍA DE MAYLARD: Ver Apertura de la pared anterior del abdomen (laparotomía) con la técnica de Maylard.

LAPAROTOMÍA DE MORLEY: Ver Apertura de la pared anterior del abdomen(laparotomía), con la técnica de Morley.

LAPAROTOMÍA DE PFANNENSTIEL: Ver Apertura de la pared anterior del abdomen (laparotomía) con la técnica de Pfannenstiel

LAPAROTOMÍA EN T INVERTIDA: Ver Apertura de la pared anterior del abdomen (laparotomía) con incisión en T invertida.

LAPAROTOMÍA MEDIANA: Ver Apertura de la pared anterior del abdomen (laparotomía) con incisión mediana.

LAPAROTOMÍA MEDIANA INFRAUMBILICAL: Ver Apertura de la pared anterior del abdomen (laparotomía) con incisión mediana infraumbilical.

LAPAROTOMÍA MEDIANA SUPRAUMBILICAL: Ver Apertura de la pared anterior del abdomen (laparotomía) con incisión mediana supraumbilical.

LAPAROTOMÍA MEDIANA XIFOPUBIANA: Ver Apertura de la pared anterior del abdomen (laparotomía) con incisión xifopubiana.

LAPAROTOMÍA PARAMEDIANA: Ver Apertura de la pared anterior del abdomen (laparotomía) con incisión paramediana.

LAPAROTOMÍA TRANSVERSAL: Ver Apertura de la pared anterior del abdomen (laparotomía) con incisión transversal.

LASER: Este término es una sigla (del inglés light amplification by stimulated emission of radiation) es decir amplificación de la luz mediante emisión estimulado de la radiación. El concepto de luz estimulada es la clave para la comprensión del laser. Se pueden concebir loas átomos y las moléculas como sistemas cuánticos en donde cada una de las partículas electrónicas que rodean al núcleo representan un nivel de energía bien definido. Cuando una cantidad de energía llega al átomo o a la molécula, uno de los electrones puede ser impulsado hacia una órbita más distante. Este proceso se llama absorción y corresponde a un aumento de la energía

cinética del electrón desplazado. Antes de regresar a su órbita original, elimina el exceso de energía cinética en forma de un fotón(emisión espontánea), que es radiación electromagnética. Este fotón emitido golpea otro electrón, lo saca a una órbita superior que a su vez emite un nuevo fotón al regresar a su lugar de origen, y el segundo fotón continúa el fenómeno en cascada con nuevos electrones que originan innumerables fotones en avalancha, que se propaga en la misma dirección. Al colocar el medio laser en una cavidad cilíndrica y cerrada en ambos extremos por espejos con un eje común, la energía se propaga en vaivén entre los espejos, y se incrementa rápidamente, en un proceso de mayores proporciones en cada segundo de tiempo. Cuando se hace que uno de estos espejos transmita parcialmente, una porción de esta energía se emite como haz de laser. La radiación emitida tiene una longitud de onda determinada por la diferencia entre los niveles energéticos causantes de la acción laser, que depende de la fuente de los rayos. La longitud de onda se calcula por la distancia entre dos crestas de la onda. Se mide en nanómetros(un nanómetro es 10-9m). Dependiendo de esta longitud de onda hay ultravioleta (10 a 400 nm), ondas visibles del espectro (400 a 750 nanómetros)laser visibles (400-700 nm), e infrarrojos (más de 700 nm). Si unas ondas de luz estimulan moléculas generadoras de ondas adicionales del mismo tipo, en caso de continuar estimuladas generan a su vez millones de ondas similares hasta crear un intenso haz de luz. Albert Einstein había formulado la teoría de que los fotones pueden hacer que la luz actúe como materia. Esta teoría se concretó con el laser de rubí (máser).// De acuerdo al ión de donde se origine la ondas de fotones, los laser pueden ser cadmio, argón, kryton, entre otros. (Ver tabla L1). Los laser se distinguen por el elemento o compuesto empleado para crear fotones. La fuente puede ser gaseoso, sólido, semiconductor excimer,dye. Los equipos de laser tienen a- Un resonador óptico o cavidad óptica, normalmente compuesta por un tubo de vidrio b- El medio laser (la fuente de las ondas Una fuente de bombeo que estimula a los fotones a crear mas fotones (electricidad, calor o luz). Los átomos en reposo están organizados de tal manera que los electrones giran en su órbita alrededor del núcleo. Si se estimulan mediante una fuente energética exterior (corriente eléctrica en

el caso del laser CO2), el electrón cambia su órbita hacia el siguiente nivel energético y luego decae a su órbita de reposo. En este momento se libera energía en forma de un fotón (partícula luminosa).c-Espejos reflectantes, ubicados en cada extremo de la cavidad óptica. En cada extremo del tubo de resonancia óptica se localiza un espejo: uno es completamente reflectivo y el otro lo es en un 85%. Estos espejos aceleran la emisión estimulada de radiación al reflejar la energía continuamente de un lado hacia el otro. Lo anterior sirve para que la energía se aplique una y otra vez hasta que, parte de esta luz se emita a través del espejo parcialmente reflectivo. d-Una vez realizada la emisión de la energía, el rayo laser atraviesa un lente muy pequeño, el cual oscila entre los 0.1 mm y 2.0 mm. Este lente posee recubrimientos ópticos especiales que permiten un enfoque coaxial del rayo auxiliar helio-neón y el rayo invisible CO2; posee además una longitud focal específica que determina la distancia entre el lente y el tejido. // Las propiedades del laser están relacionadas directamente con los factores dependientes de la fuente de ondas y del tejido, por eso podemos decir que el laser puede producir corte, coagulación, vaporización y unión de tejidos.// Utilidad: El efecto que manifiestan los tejidos por la acción del laser, depende notablemente de la potencia que se use para realizar el “corte-coagulación-vaporización”. El calentamiento del tejido a 50 grados centígrados, ocasiona pocos cambios visibles, mientras que el calentamiento a 60 - 65 grados centígrados producen desnaturalización de las proteínas, y a 100 grados centígrados el agua se vaporiza, aparece un cráter y se contraen los tejidos. (Poblete, A. Cirugía Láser endoscopica. Rev Chil Obstet Ginecol. 2003; 68 (6): 503-507)

LASER DE ARGÓN: Es un tipo de fuente de energía que produce una luz intensa azul verdosa cuyos picos principales de energía se localizan entre 180 y 514 nm. El de corta longitud de onda y alta frecuencia pasa por el agua y tiene absorción mínima en tanto que la de longitud de onda larga y baja frecuencia si es absorbida por el agua. Por tal razón, la luz de argón de corta longitud de onda, pasa por la piel sin se absorbida. El principal uso de este tipo de laser es en dermatología, sobre todo para nevus congénitos, tambièn ha sido usado en las telangiectasias de la cara y nariz, y en

tatuajes con resultados muy satisfactorios. En oftalmología puede usarse en técnicas como la iridotomía, traveculoplastia, fotomidriacis, capsulotomía y vitrectomía. En ginecología tiene utilidad solo para las enfermedades relacionadas con trastornos de la piel. (Verma, L. Comparative evaluation of diode laser versus argon laser. BMC oftalmology. 2004: 4: 5)

LASER NEODIMIO YTTRIUM-ALUMINIO-GRANATE (Nd:YAG): Es un aparato de laser con limitaciones de uso en ginecología por el tipo de ondas y por su baja conductividad térmica pues requiere del vidrio para la conducción del calor. Se empezó a utilizar en el año 1961 luego de las investigaciones de Snitzer. La cavidad del laser de Nde :YAG está conformada por una estructura de reflexión óptica (cavidad tìpicamente revestida de oro) que acopla la energía óptica de una lámpara de arco de criptón al Nd : YAG. Así, a diferencia de los sistemas de bombeo eléctrico de los rayos laser iónicos de argón y CO2,, los rayos laser de neodimio se bombean de manera óptica. Esta fuente genera de 8o a 100 W. Este aparato debe ser enfriado con agua, más frecuentemente a partir de una toma de pared y un sistema de drenaje. Obtiene su energía de una fuente eléctrica de 230 V, 30 A en medio hospitalario. Están en proceso de perfeccionamiento aparatos más eficaces para uso con fuentes de 115 V. Además de operar el laser de neodimio en una forma de CW, el laser de Nd :YAG puede tener cambio Q, que produce pulsos cortos con intensidades de millones de watts. Estos impulsos se utilizan en cirugía para la ionización de tejidos, a fin de romper membranas y otras estructuras. Tiene una mayor dispersión y reflexión que otros tipos de laser por lo cual no se recomienda para cortes muy finos o delicados. Una manera de corregir en parte esta dificultad es utilizando una punta de zafiro, la cual enfoca el rayo y reduce la dispersión y la reflexión de superficie. Pasa a través de los fluidos claros y decrece la cantidad de humo producido. Tiene buenas propiedades hemostáticas, puede obturar los vasos sanguíneos alrededor de 5mm de diámetro. Más que en ginecología, este tipo de laser es utilizado en urología(puede utilizarse en medio de agua u orina), en neumología(lesiones del tracto bronquial) y en oftalmología(sin requerir la abertura de la córnea, se usa este dispositivo para hacer una incisión en la

cápsula posterior que se ha opacificado). (Poblete, A. Cirugía Láser endoscopica. Rev Chil Obstet Ginecol. 2003; 68 (6): 503-507)

LECITINA (dipalmitoil-fosfatidilcolina): En la síntesis de lecitina, el ácido fosfatídico es hidrolizado mediante la acción de la enzima fosfatidato fosfohidrolasa (PAPasa) para formar sn- 1,2 diacilgliceroles que sirven como co-sustratos junto con la citidina disfofatos (CDP)-colina en la formación de fosfatidilcolinas.// Es uno de los principales glicerofosfolípidos que componen el surfactante pulmonar. En la síntesis de lecitina, el ácido fosfatídico es hidrolizado mediante la acción de la enzima fosfatidato fosfohidrolasa (PAPasa) para formar sn- 1,2 diacilgliceroles. Los 1,2-diacilgliceroles sirven como co-sustratos juntamente con la citidina disfofatos (CDP)-colina en la formación de fosfatidilcolinas. es importante destacar que la fosfatidilcolina dipalmitoil-fosfatidilcolina o lecitina desaturada, representa casi el 50% de los glicerofosfolípidos del surfactante. Una manera de evaluar la cantidad de surfactante pulmonar es con el índice de lecitina/esfingomielina. Se considera que si el contenido de lecitina, dividido por el contenido de esfingomielina en la muestra de líquido amniótico da un cociente menor de 2, el feto tiene suficiente madurez pulmonar para respirar libremente una vez sea expulsado o extraído del vientre materno. (Pino, P. Oyarzún, E. Comparación del índice lecitina/esfingomielina vs fosfatidilglicerol en la maduracion pulmonar fetal. Rev Chil Obstet Ginecol. 2002; 67 (6): 476)

LECITINA DESATURADA: Es una prueba poco utilizada en líquido amniótico para evaluar la madurez pulmonar fetal. Un porcentaje mayor del 50% de lecitina desaturada se asocia con madurez pulmonar. (Pino, P. Oyarzún, E. Comparación del índice lecitina/esfingomielina vs fosfatidilglicerol en la maduracion pulmonar fetal. Rev Chil Obstet Ginecol. 2002; 67 (6): 476)

LEEP: Sigla del ingles Loop Electrosurgical Excision Procedure, que significa procedimiento de extirpación con asa de electrocirugía.Se refiere a la biopsia o a la conización del cuello, realizada con asa de radiocirugía. // Sinónimos: LETZ ó **LLETZ**: Ver Electrocirugía, Radiocirugía

LETZ: Sigla del inglés Loop Excision of Transformation Zone que significa Extirpación con asa de la zona de transformación de los epitelios en el exocérvix, que se utiliza principalmente para realizar biopsia de cuello con asa de radiocirugía a una frecuencia similar a la utilizada por las ondas sonoras de radio. // Sinónimos: LEEP, LLETZ // Ver Electrocirugía, Radiocirugía. (Hirsh, A. Käser, O. Atlas de cirugía ginecológica. Cirugía ginecológica. Editorial Marbán Libros. Madrid, España. 2000. pp 32-46)

LEGRA ó CURETA: Instrumento quirúrgico en forma de cuchara, con bordes cortantes o romos, utilizada para realizar un legrado ó curetaje uterino. Las curetas más utilizadas son la de Recamier y la de Novak. (Chen, SS, Lee, L. Reappraisal of endocervical curettage in predicting cervical involvement by endometrial carcinoma. J Reprod Med 2000; 31:50)

LEGRA DE RECAMIER: Es la tradicional cureta metálica en forma de cuchara, con borde cortante. El nombre se debe al ginecólogo francés Joseph Claude Anthélme Recamier quien rediseñó este instrumento en 1846 con base en una cucharilla previamente diseñada por René Croissant de Garengot a principios del siglo XVIII para limpiar heridas y llagas de la piel. (Chen, SS, Lee, L. Reappraisal of endocervical curettage in predicting cervical involvement by endometrial carcinoma. J Reprod Med 2000; 31:50)

LEGRADO: Procedimiento quirúrgico mediante el cual se extrae todo o parte del endometrio con fines diagnósticos o terapéuticos. La palabra legrado es sinónima de curetaje. El instrumento utilizado se llama legra o cureta. Sinónimos : Raspado uterino, legrado uterino, legrado endometrial, raspado endometrial. (Chen, SS, Lee, L. Reappraisal of endocervical curettage in predicting cervical involvement by endometrial carcinoma. J Reprod Med 2000; 31:50)

LEGRADO-BIOPSIA: Es el legrado de la cavidad endometrial en el cual se envía el material obtenido para estudio histopatológico. Se emplea para el estudio de las pacientes con hemorragia uterina anormal que presentan grosor endometrial aumentado, con el objetivo de descartar patología neoplásica. (Chen, SS, Lee, L. Reappraisal of endocervical curettage in

predicting cervical involvement by endometrial carcinoma. J Reprod Med 2000; 31:50)

LEGRADO ENDOMETRIAL: Ver legrado uterino

LEGRADO UTERINO GINECOLÓGICO: Corresponde a un procedimiento quirúrgico que consiste en el raspado de la cavidad uterina obteniendo tejido endometrial en pacientes que presentan hemorragia uterina anormal. El procedimiento consiste en la inserción de un instrumento conocido como cureta o legra a través del cérvix, posterior a la dilatación del mismo, y raspado de las paredes uterinas anterior, posterior y laterales; el tejido endometrial obtenido se envía para estudio histopatológico. Las indicaciones de legrado uterino ginecológico incluyen: diagnóstico y tratamiento de hemorragia uterina anormal, diagnóstico y resección de pólipos endometriales, diagnóstico de carcinoma de endometrio, tratamiento de endometritis. Las complicaciones del procedimiento incluyen complicaciones asociadas con anestesia, hemorragia, perforación uterina, infección, formación de adherencias intrauterinas. (Chen, SS, Lee, L. Reappraisal of endocervical curettage in predicting cervical involvement by endometrial carcinoma. J Reprod Med 2000; 31:50)

LEGRADO UTERINO FRACCIONADO: Corresponde a un tipo de legrado uterino que se realiza con el objetivo de descartar la existencia de carcinoma endometrial o endocervical. Consiste en realizar un curetaje del canal endocervical usualmente con cureta de Novak previo a la diltación y curetaje uterino. Las muestras obtenidas se envían en forma separada para estudio histopatológico. El objetivo del legrado uterino fraccionado es diferenciar ambos tejidos para evaluar la extensión cervical de un carcinoma de endometrio. (Hirsh, A. Käser, O. Atlas de Cirugía Ginecológica. Intervenciones diagnósticas y terapéuticas menores. Editorial Marbán Libros. Madrid, España, 2000. pp 13-36)

LEGRADO UTERINO OBSTÉTRICO: Corresponde a un procedimiento quirúrgico que consiste en el raspado de la cavidad uterina cuando se documentan restos deciduales posterior a un aborto incompleto. Consiste en la extracción del tejido decidual a través de un instrumento conocido

como legra que se introduce en la cavidad uterina a través del cérvix; se realiza el raspado de las paredes uterinas anterior, posterior y laterales y la muestra obtenida se envía para estudio histopatológico. Es un procedimiento ambulatorio que se puede realizar con anestesia general disociativa, anestesia regional o bloqueo paracervical. Las complicaciones del procedimiento incluyen complicaciones asociadas con anestesia, hemorragia, perforación uterina, infección, formación de adherencias intrauterinas o embolización de tejido trofoblástico cuando la paciente en enfermedad trofoblástica gestacional. (Chen, SS, Lee, L. Reappraisal of endocervical curettage in predicting cervical involvement by endometrial carcinoma. J Reprod Med 2000; 31:50)

LEIOMIOBLASTOMA: Ver mioma epiteloide.

LEIOMIOMA: Es un tumor mesenquimal benigno del cuerpo uterino compuesto por células musculares lisas con grado variable de fibrosis estromal. Es el tumor benigno más común del Tracto Genital Femenino. Se presenta a edad promedio de 52 años. De acuerdo a la localización en la pared uterina se clasifica en Subseroso (representa mayor crecimiento uterino), Submucoso (con manifestación hemorrágica) e Intramural (localización más común). Desde el punto de vista macroscópico se presenta como masas múltiples, esféricas, de consistencia firme, bien circunscritas, de aspecto arremolinado, con textura trabecular. El tamaño promedio es de 3 cm; se puede localizar en cualquier porción del cuerpo uterino o cérvix. Puede presentar cambios degenerativos como fibrosis hialina, necrosis, hemorragia, quistes, calcificación o degeneración cárnica usualmente asociada con el embarazo. A nivel microscópico se caracteriza por la presencia de tejido muscular liso dispuesto en fascículos en diferentes direcciones. Las células son fusiformes, citoplasma abundante, eosinófilo, núcleos uniformes alongados con figuras mitóticas infrecuentes dependientes del estímulo hormonal. Histológicamente se clasifica en Variante Celular, Mitóticamente Activo, Hemorrágico, Epitelioide, de Células Claras y Atípico. (Parham, D. Barr, FG. Rhabdomyosarcoma. Skeletal Muscle tumours. World Health Organization. 2001: 130-142)

LEIOMIOMA EPITELIODE: Es una variante histológica del leiomioma caracterizado por la presencia de células semejantes a células epiteliales. Usualmente es una masa única, de consistencia menos firme con células redondas o poligonales con núcleo redondo, central, dispuestas en cordones. Los subtipos histológicos incluyen el Leiomoioblastoma, Leiomioma de células claras y Leiomioma plexiforme. Parham, D. Barr, FG. Rhabdomyosarcoma. Skeletal Muscle tumours. World Health Organization. 2001: 130-142)

LEIOMIOMA HEMORRAGICO: Es un subtipo de leiomioma celular, asociado a uso de anticonceptivos orales, embarazo y puerperio. Macroscópicamente se presenta como masas con múltiples áreas de hemorragia; microscópicamente se presentan focos hemorrágicos múltiples con ausencia de necrosis por coagulación y figuras mitóticas infrecuentes de aspecto normal. Parham, D. Barr, FG. Rhabdomyosarcoma. Skeletal Muscle tumours. World Health Organization. 2001: 130-142)

LEIOMIOMA MITOTICAMENTE ACTIVO: Es una variante histológica del leiomioma. Se caracteriza por la presencia de hallazgos macroscópicos y microscópicos típicos con más de cinco mitosis por 10 campos de alto poder, usualmente menos de 15. Presenta un comportamiento benigno y usualmente afecta a mujeres premenopáusicas. Parham, D. Barr, FG. Rhabdomyosarcoma. Skeletal Muscle tumours. World Health Organization. 2001: 130-142)

LEIOMIOMA MIXOIDE: Es una variante histológica de leiomioma caracterizado por la presencia de material mixoide separando las células tumorales. Las figuras mitóticas son infrecuentes con atipia citológica mínima. (Parham, D. Barr, FG. Rhabdomyosarcoma. Skeletal Muscle tumours. World Health Organization. 2001: 130-142)

LEIOMIOMA VARIANTE CELULAR: Es una variante histológica del leiomioma; representa < 5% de leiomiomas. Se caracteriza por la presencia de celularidad significativamente alta, con ausencia de necrosis, atipia celular y figuras mitóticas infrecuentes, Parham, D. Barr, FG.

Rhabdomyosarcoma. Skeletal Muscle tumours. World Health Organization. 2001: 130-142)

LEIOMIOSARCOMA: Es un tumor mesenquimal maligno del cuerpo uterino caracterizado por células con diferenciación de tipo muscular liso. Es el sarcoma uterino puro más común del cuerpo uterino y representa el 1% de las neoplasias malignas uterinas. La incidencia es de 0.3 – 0.4/100.000 mujeres y se presenta a una edad promedio de 55 años. Los factores de riesgo son similares a las condiciones que favorecen Carcinoma de Endometrio, es decir, situaciones clínicas que representan sobrexposición estrogénica de tipo endógeno o exógeno. Clínicamente se manifiesta con incremento del tamaño uterino de forma rápida y hemorragia uterina anormal usualmente postmenopáusica. Puede presentar extensión regional y manifestarse como una masa abdomino-pélvica con síntomas obstructivos urinarios o gastrointestinales. La diseminación a distancia usualmente es a nivel pulmonar. A nivel macroscópico se presenta como una masa intramural única, usualmente no asociada a leiomiomas, con márgenes mal definidos, patrón de crecimiento infiltrativo, zonas de necrosis y hemorragia, con tamaño promedio de 8 cm. Microscópicamente se caracteriza por la presencia de células alargadas, con citoplasma abundante, núcleo fusiforme, redondeado e hipercromático, usualmente con > 15 figuras mitóticas por campo y focos de necrosis tumoral. El comportamiento es agresivo, con sobrevida a 5 años entre 15% y 25%. El pronóstico depende de la extensión tumoral y conteo mitótico. Histológicamente presenta dos variantes: Variante Epitelioide y Mixoide. (Parham, D. Barr, FG. Rhabdomyosarcoma. Skeletal Muscle tumours. World Health Organization. 2001: 130-142)

LEIOMIOSARCOMA DE TIPO EPITELIODE: Es una variante histológica del leiomiosarcoma con fenotipo epiteliode, caracteriza por la presencia de células redondeadas con citoplasma eosinófilo claro, alta celularidad, atipia citológica, necrosis tumoral y conteo mitótico alto. (Parham, D. Barr, FG. Rhabdomyosarcoma. Skeletal Muscle tumours. World Health Organization. 2001: 130-142)

LEIOMIOSARCOMA DE TIPO MIXOIDE: Es una variante histológica del leiomiosarcoma que se caracteriza por células con diferenciación muscular separadas por abundante material mixoide. Es una neoplasia de mayor tamaño de apariencia gelatinosa. Microscópicamente se presenta baja celularidad, con escasas figuras mitóticas, pleomorfismo celular, atipia nuclear, con invasión miometrial y vascular tumoral marcada.(Parham, D. Barr, FG. Rhabdomyosarcoma. Skeletal Muscle tumours. World Health Organization. 2001: 130-142)

LEIOMIOMA: Ver mioma

LEIOMIOMA DE CÉLULAS CLARAS: Ver mioma epiteloide.

LEIOMIOMA PLEXIFORME: Ver mioma epiteloide.

LEOPOLD CHRISTIAN: Obstetra alemán (1846-1911) nacido en Leipzig. En 1894 se hizo conocer por las maniobras que propuso para identificar la actitud, situación y grado de descenso del feto, especialmente útil en las gestantes cercanas al parto.

LEOPOLD, CUARTA MANIOBRA: Tiene el propósito de calcular el grado de descenso de la presentación en la pelvis y el grado de fijación. Si el feto tiene presentación fetal con una fijación que no permita el peloteo porque está metida en la pelvis, se augura un parto normal si la pelvis es ginecoide. Una quinta maniobra, que no hace parte de las propuestas por Leopold, pero complementaria de la cuarta, es la palpación vaginal para determinar el grado de descenso de la presentación en relación con las espinas ciáticas. (Ramirez, V. Conducción clínica del embarazo normal. Revista Colombiana de Ginecología y Obstetricia. 2000; 12: 10)

LEOPOLD, MANIOBRAS DE: (para ubicar espacialmente el feto): maneras de examinar a la gestante para conocer la actitud, situación y grado de descenso del feto. Para obtener resultados satisfactorios el examen debe ser efectuado en forma sistemática empleando cuatro maniobras. La madre debe encontrarse en posición supina y confortable, con su abdomen descubierto. Durante las primeras tres maniobras el examinador permanece de pie del lado de la camilla que resulta más conveniente, de

frente a la paciente; el examinador invierte esta posición y mira los pies de la paciente durante la última maniobra. Estas maniobras pueden ser difíciles y a veces imposibles de realizar e interpretar en pacientes obesas o si la placenta tiene implantación anterior. (Ramirez, V. Conducción clínica del embarazo normal. Revista Colombiana de Ginecología y Obstetricia. 2000; 12: 10)

LEOPOLD, PRIMERA MANIOBRA: La palpación define la ubicación del polo fetal, ya sea inferior o cerca del pubis materno (como suele ocurrir la mayor parte de las veces) o superior, que está muy cerca del apéndice xifoide materno (como ocurre en la presentación de pelvis. Otras posibilidades son el polo cefálico a la derecha o a la izquierda, como ocurre en la situación transversa, en la cual la cabeza está muy cerca de uno de los flancos de la madre. Puesto que solo el polo inferior es el adecuado para un parto normal, el examinador tomará una conducta de permitir el parto vaginal o de llevar la paciente a cesárea cuando el polo es superior, puesto que en este último caso las estructuras presentadas en el canal vaginal son las nalgas. Si el polo derecho o izquierdo muestra una situación transversa y el feto está de término, el médico debe hacerle una cesárea o remitirla para tal fin. (Ramirez, V. Conducción clínica del embarazo normal. Revista Colombiana de Ginecología y Obstetricia. 2000; 12: 10)

LEOPOLD, SEGUNDA MANIOBRA: La palpación define el dorso del feto. El examinador debe determinar la ubicación de la espalda fetal que puede ser derecha, izquierda, transversa superior, transversa inferior, o cualquiera de las variedades oblicuas. Con esta maniobra se obtiene un cuadro más preciso de la orientación del feto. Si el feto está en situación longitudinal, con dorso derecho o izquierdo, con presentación cefálica, tiene alta probabilidad de un parto normal. Si además de tener una situación transversa el dorso es inferior, el obstetra que realice la cesárea tomará las precauciones quirúrgicas en este caso difícil, para facilitar la extracción sin trauma, puesto que al realizar una histerotomía transversal en el segmento inferior del útero, la parte presentada es la espalda del feto. (Ramirez, V. Conducción clínica del embarazo normal. Revista Colombiana de Ginecología y Obstetricia. 2000; 12: 10)

LEOPOLD, TERCERA MANIOBRA: Es útil para calcular el tamaño de la presentación y el grado de descenso en la pelvis. Si el examinador encuentra el polo fetal de buen tamaño y metido en la pelvis, la paciente tiene alta probabilidad de tener un parto normal. La tercera maniobra se complementa con la cuarta. (Ramirez, V. Conducción clínica del embarazo normal. Revista Colombiana de Ginecología y Obstetricia. 2000; 12: 10)

LESER-TRELAT, SIGNO DE: Corresponde a la erupción súbita de múltiples lesiones de queratosis seborreica. Este signo fue considerado durante mucho tiempo como un marcador cutáneo de neoplasia interna, sin embargo, actualmente se discute dicha relación, y la mayoría de los autores la considera un hallazgo casual. (Gulias-Cañizo, R. Aranda, J. Seborrheic Keratosis. Arch Soc Esp. 2006; 81: 217-220)

LESIONES INTRAEPITELIALES CERVICALES DE ALTO GRADO: Este grupo de lesiones incluyen la displasia moderada, severa y carcinoma in situ o también llamados NIC II, NIC III y Carcinoma In Situ. En este grupo la proliferación de células basales y para-basales atípicas ocupan dos tercios del grosor epitelial o su totalidad. Las mitosis atípicas aumentan hacia las capas superficiales. Cuando el patólogo reporta NIC III hace referencia a tres tipos celulares de mayor frecuencia: tipo queratinizante (perlas) de células grandes bien diferenciado; el tipo de células grandes, moderamente diferenciado semejante a las células intermedias; y el tipo de células pequeñas, poco diferenciado, no queratinizante. En el algoritmo de manejo de este tipo de lesiones se plantea la realización de estudio colposcópico con biopsia según hallazgos; si la colposcopia reporta ausencia de neoplasia intraepitelial o NIC I, se debe hacer revisión del material y si no presentan cambios en el diagnóstico se realiza un procedimiento excisional diagnóstico tipo conización. Si la biopsia tomada bajo visión colposcópica reporta cualquier grado de neoplasia intraepitelial cervical, se debe realizar el tratamiento propuesto según las guías de cada institución (Soto-Wright, V. Samuelson, R. Current Management of Low-Grade Squamous Intraepithelial Lesion, High-Grade Squamous Epithelial Lesion and Atypical Glandular Cells. Clinical Obstetrics and Gynecology. 2005; 48 (1): 147-159) // Sinónimo: LIE de alto grado.

LESIONES INTRAEPITELIALES CERVICALES ESCAMOSAS DE BAJO GRADO Corresponde a alteraciones de la maduración del epitelio escamoso confinados al tercio profundo o basal del grosor epitelial, constituido por células basaloides indiferenciadas que representan déficit en la maduración con núcleos grandes hipercromáticos y mitosis aumentadas. De acuerdo a la nueva clasificación de Bethesda 2001, en el grupo de LIE de bajo grado se encuentran las infecciones por VPH y NIC I, de las cuales sólo el 1% progresan a carcinoma invasor. El algoritmo de manejo para estas pacientes incluye la realización de estudio colposcópico; si la colposcopia no detecta neoplasia intraepitelial o cáncer, se repite la citología en 6 meses. Si la citología control documenta alguna alteración se realiza nuevamente colposcopia y biopsia según hallazgos; si la citología es negativa, se pasa a screening citológico de rutina con el esquema 1-1-3. Si por el contrario la colposcopia y la biopsia revela neoplasia intraepitelial o cáncer, se debe realizar el manejo de acuerdo al grado de patología documentada. (Soto-Wright, V. Samuelson, R. Current Management of Low-Grade Squamous Intraepithelial Lesion, High-Grade Squamous Epithelial Lesion and Atypical Glandular Cells. Clinical Obstetrics and Gynecology. 2005; 48 (1): 147-159) // Sinónimo: LIE de bajo grado.

LESIONES ESCAMOSAS INTRAEPITELIALES: Ver Lesiones Instraepiteliales del cervix.

LESIONES VISCERALES CON ELECTROCIRUGIA Y LASER: Para la coagulación rápida de los grandes vasos que encuentra el laparoscopista, no hay mejor método que la electrocirugía. Es relativamente fácil la coagulación rápida y completa del ligamento infundíbulo-pélvico y los vasos sanguíneos grandes lo que ha convertido a la exéresis laparoscópica de los anexos en una operación relativamente fácil. A pesar del perfeccionamiento en los generadores electroquirúrgicos y las modernas medidas aplicadas en pro de la seguridad de la paciente durante procedimientos electroquirúrgicos, a muchos cirujanos les preocupa la posibilidad de lesión eléctrica inadvertida o no detectada mediante cirugía laparoscópica. La energía fluye en dirección de la menor resistencia y, desafortunadamente, no siempre puede predecirla el laparoscopista. La experiencia en

instituciones norteamericanas y europeas donde se ha realizado un gran volumen de cirugías, ha mostrado que a pesar de la cuidadosa manipulación de las vísceras, se lesionan algunas de ellas con cualquiera de los instrumentos que conducen electricidad con una frecuencia aproximada del 3x1.000 procedimientos. El órgano más afectado es el intestino. La causa del problema no fue la aplicación errónea de la pinza en la superficie del intestino, sino, posiblemente los fenómenos de capacitancia eléctrica y aislamiento defectuoso, no obstante; no se conoce la causa absoluta de cada lesión. También es difícil predecir el grado de daño eléctrico al tejido, pues siempre se extiende más allá de lo que la video-cámara percibe. Se debe esperar a que las quemaduras eléctricas definan sus límites, para conocer la extensión total del tejido dañado. En lesiones eléctricas del intestino, se ha demostrado que el método correcto de reparación es la reacción del intestino dañado, en vez de la sutura de la herida. El laparoscopista deberá tener en mente que la electrocirugía permite una coagulación excelente y un corte fácil, pero un daño térmico tisular es impredecible. Se requiere un grupo relativamente grande de procedimientos laparoscópicos para demostrar los efectos potencialmente devastadores de una lesión eléctrica inadvertida. Las pinzas bipolares son más seguras de usar que los dispositivos de coagulación unipolar. Sin embargo, incluso con la coagulación bipolar debe valorarse con cuidado la lesión térmica lateral.. Cualquiera habrá observado que la línea blanca de coagulación a menudo se aleja sorprendentemente del sitio de aplicación de la pinza bipolar. Por ejemplo, cuando se van a extirpar los anexos, el ligamento infundíbulo-pélvico debe ponerse en tensión y traccionarse medialmente, en tanto que las pinzas bipolares se aplican cerca de la porción más medial del ligamento próximo a la trompa y el ovario, para diseminación de la lesión térmica a la pared pélvica lateral. El fenómeno de diseminación se debe a la impedancia tisular creciente que se desarrolla entre las mandíbulas de la pinza al desecarse el tejido con la corriente. Conforme aumenta la resistencia la corriente se desvía lateralmente hasta encontrar la vía de menor resistencia entre las mandíbulas de la pinza-electrodo. Todavía más, el uso cuidadoso de la excelente capacidad coagulatoria de la electricidad bipolar, junto con la precisión de la exéresis y

vaporización con laser producen a menudo el procedimiento quirúrgico más eficaz. (Hirsh, A. Käser, O. Atlas de cirugía ginecológica. Cirugía ginecológica. Editorial Marbán Libros. Madrid, España. 2000. pp 32-46)

LEUCOPLASIA: La leucoplasia o hiperqueratosis es un área blanca, bien delimitada en el cuello uterino que puede ser evidente a simple vista, antes de la aplicación del ácido acético. El color blanco se debe a la presencia de queratina y es una observación importante. Suele ser idiopática, pero también puede deberse a irritación crónica por cuerpos extraños, infección por VPH o a neoplasia escamosa. Independiente del origen el área que la leucoplasia ocupe en el cuello uterino, debe biopsiarse para descartar la NIC o la neoplasia maligna de alto grado. En estas zonas, suele no ser posible evaluar colposcópicamente la vascularización subyacente. (Walter, P. Dexeus, S. Internacional Terminology of colposcopy: an updated report from the internacional federation for cervical pathology and colposcopy. Obstet Gynecol. 2003; 101 (1): 175-177)

LEUPROLIDE ACETATO: Es un nonapéptido análogo de la hormona liberadora de gonadotropinas. Este análogo presenta mayor potencia que la hormona natural. El efecto farmacológico consiste en la secreción de gonadotropinas, cuando se administra en dosis terapéutica y continua. En los pacientes, la administración de acetato de leuprolide produce un aumento inicial de los niveles circulantes de LH y FSH, que conduce a un aumento transitorio de los niveles de esteroides gonadales (testosterona y dehidrotestosterona en los hombres, y estrona y estradiol en mujeres premenopáusicas). Sin embargo, la administración continuada de acetato de leuprolide produce el descenso de los niveles de LH, FSH y de las hormonas sexuales hasta niveles de castración o prepuberales en el hombre, y niveles posmenopáusicos en mujeres premenopáusicas. Estos cambios hormonales ocurren en el transcurso del primer mes de tratamiento con dosis terapéuticas. (Umathe, S. Gonadothropin release hormone agonist. Neuropeptides. 2008; 42 (4): 399)

LIBIDO: Es el deseo sexual. Nota de los autores: es frecuente que algunas personas confundan la pronunciación de Libido con la de Lívido, que significa pálido. (debe notarse que la ortografía, la pronunciación y el

significado son muy diferentes). (Carretera, P. Neuronas, emociones y motivaciones. Erotismo y sexualidad. Primera edición. Fondo de cultura económica. México DF, México.1997. Pp.38 – 48)

LIGADURA DE LA ARTERIA HIPOGÁSTRICA: Ver Arteria hipogástrica.

LIGADURA DE LAS TROMPAS: Cirugía realizada en las tubas para planificación definitiva. Aunque algunas técnicas se hacen solo con una sutura que obstruye la luz de la trompa mediante ligadura (Pomeroy clásico, Anillo de Yoon), la mayoría de las operaciones modernas para planificación definitiva se acompañan de corte de la trompa o de extirpación de una pequeña porción de la misma. (Westhoff, C, Davis, A. Tubal sterilization: focus on the U.S. experience. Fertil Steril 2000; 73:913).

LIGADURA DE LAS TROMPAS CON LA TECNICA DE IRVING: Ver Esterilización Quirúrgica con técnica de Irving

LIGADURA DE LAS TROMPAS CON LA TECNICA DE PARKLAND: Ver Esterilización Quirúrgica con técnica de Parkland

LIGADURA DE LAS TROMPAS CON LA TECNICA DE POMEROY CLÁSICO: Ver Esterilización Quirúrgica con técnica de Pomeroy

LIGADURA DE LAS TROMPAS CON LA TECNICA DE UCHIDA: Ver Esterilización Quirúrgica con técnica de Uchida

LIGAMENTOS CARDINALES: Corresponde a una estructura de tejido celular denso que forma parte del sistema de fijación del útero. Forma parte importante del parametrio en la base del ligamento ancho. Los ligamentos cardinales se extienden desde la cúpula vaginal y el cuello uterino hasta la pared pelviana lateral. Teniendo en cuenta que se disponen en sentido transversal, constituyen el principal elemento de soporte lateral del istmo uterino. Estas estructuras se pueden comprometer por extensión cuando se presenta cáncer del cuello uterino. (Alarcón, MA. Anatomía clínica del aparato genital femenino. Anatomía clínica de los ovarios. Editorial Manual Moderno. Bogotá, Colombia. 2005. pp 295) Sin: Ligamentos de McKenrodt, ligamentos cervicales laterales, ligamentos cervicales transversos.

LIGAMENTOS CERVICALES LATERALES: Ver Ligamentos Cardinales

LIGAMENTOS CERVICALES TRANSVERSOS: Ver Ligamentos Cardinales

LIGAMENTOS DE MCKENRODT: Ver Ligamentos Cardinales

LIGAMENTOS SUSPENSORIOS DE COOPER: Corresponden al tejido conjuntivo de la mama que forma parte del estroma mamario; el estroma es el conjunto de estructuras no productoras de leche que forman el esqueleto y el relleno de la mama. Estos ligamentos se pueden comprometer en los casos de cáncer de mama, generando acortamiento de los mismos que se observan como retracciones en la piel, aplanamiento del pezón o inversión del mismo. (Alarcón, MA. Anatomía clínica del aparato genital femenino. Anatomía clínica de la mama. Editorial Manual Moderno. Bogotá, Colombia. 2005. pp 326) Sin: Ligamentos de McKenrodt, ligamentos cervicales laterales, ligamentos cervicales transversos.

LÍMITE DISCRIMINATORIO DE GONADOTROPINA CORIÓNICA HUMANA: Corresponde a los niveles de la subunidad β de la gonadotropina coriónica humana en los cuales se visualiza el saco gestacional de manera constante por vía transvaginal. Este límite discriminatorio varía entre 1000 – 2000 mUI/ml de β-HCG. Algunos autores consideran punto de corte de 1200 mUI/ml, sin embargo, de forma general se considera que con niveles de β-HCG de 1800 mUI/ml, siempre se debe observar el saco gestacional por ultrasonografía transvaginal. El nivel discrimatorio para la visualización del saco gestacional por vía transabdominal es de aproximadamente 3600 mUI/ml. (Information, knowledge and expectations of the routine ultrasound scan. Midwifery. 2007; 23 (1): 13-22)

LÍNEA ALBA: Es una estructura fibrosa ubicada en la línea media del abdomen compuesta por tejido conectivo blanco brillante. Está formada por la fusión de la aponeurosis de los músculos abdominales y separa los músculos rectos anteriores. Por no contener vasos sanguíneos ni nervios, la línea alba corresponde al punto de entrada a la cavidad abdominal durante los procedimientos quirúrgicos. (Alarcón, MA. Anatomía Clínica de la pared abdominal. Anatomía Clínica del aparato genital femenino. Primera edición. Bogotá, Colombia. Editorial Manual Moderno. 2005. 25-41)

LINEA DE BASE DEL MONITOREO FETAL: Es el nivel promedio de Frecuencia Cardíaca Fetal excluyendo las aceleraciones y desaceleraciones. Es determinado durante un período de 5 a 10 minutos y expresado en latidos / minuto. La línea varía de acuerdo a la edad gestacional. En fetos inmaduros la línea de base normal se encuentra alrededor de 170-180 lat/min; a medida que avanza el embarazo la línea de base disminuye como consecuencia de la maduración del control parasimpático (vagal) del corazón fetal. En fetos a término se consideran valores normales entre 110 – 160 lat/min. (Royal Collage of Obstetricians and Gynaecologists. The use of Electronic Fetal Monitoring. Evidence-based clinical guidelines. 2001. Number 8: 1 – 144)

LINEA NEGRA: Corresponde a la línea central de la piel abdominal anterior durante el embarazo que se hace notoriamente más oscura secundario a la producción de melanina; es más oscura entre el ombligo y el pubis. La línea negra corresponde a uno de los primeros signos físicos del embarazo. Usualmente aparece en el segundo trimestre de embarazo y se desvanece en forma espontánea aproximadamente tres semanas postparto. (Kroumpouzos, G., Cohen, L. Dermatoses of pregnancy. Journal of the American Academy of Dermantology. 2001; 5 (1): 1-22)

LINEA PARDA: Corresponde a la línea central de la piel en la pared abdominal anterior que usualmente es un poco más pigmentada que el resto de la piel abdominal; usualmente es más notoria entre el ombligo y el pubis y durante el embarazo esta línea adquiere un color más oscuro secundario a la mayor producción de melanina. (Iklé. Käser. Hirsch. Atlas de Cirugía Ginecológica. Apertura y cierre de la pared abdominal. Primera edición. Madrid, España. Marbán Libros, S, L. 2000. 83-96)

LÍNEAS DE TENSIÓN DE LANGER: Representan una serie de pliegues naturales que se evidencian con los movimientos corporales producidas por la actividad de la musculatura y que se disponen usualemente en forma perpendicular a las fibras musculares. Fueron descritas en 1861 por Langer, describiendo la dirección que deben seguir las incisiones cutáneas para obtener una cicatrización de buena calidad y con adecuado resultado

estético. (Alarcón, MA. Anatomía Clínica de la pared abdominal. Anatomía Clínica del aparato genital femenino. Primera edición. Bogotá, Colombia. Editorial Manual Moderno. 2005. 25-41)

LINFADENECTOMÍA: Consiste en la extirpación de los ganglios linfáticos que drenan el área comprometida por lesión tumoral, con el fin de precisar la estadificación quirúrgica y definir el nivel de extensión. En ginecología la linfadenectomía incluye los ganglios pélvicos, iliacos comunes, iliacos internos y externos, paraaórticos. Para realizar este procedimiento se requiere una incisión mediana en piel, generalmente supra e infraumbilical. (Creutzberg CL, van Putten WLJ, Koper PCM et al. Surgery and postoperative radiotherapy versus surgery alone for patients with stage-1 endometrial carcinoma: multicentre random trial. Lancet 2000;355:1404-11)

LINFOCELE: Hace referencia a la acumulación de líquido linfático que se presenta luego de una linfadenectomía. Generalmente son asintomáticos y resuelven de manera espontánea; sin embargo, en algunas ocasiones requiere drenaje o extirpación quirúrgica si se asocian con síntomas por compresión. (Levenback C, Burke TW, Gershenson D, Morris M, Malpica A, Ross MI: Intraoperative lymphatic mapping for vulvar cancer. Obstet Gynecol Pathol Surg Oncol. 84(2): 163-167, 1994)

LINFOQUISTES DEL RETROPERITONEO: Es el acúmulo de líquido linfático que ha escapado por lesión de los vasos que lo contienen, luego de una cirugía. Aproximadamente en el 5% de las pacientes que son llevadas a linfadenectomía por cáncer genital, hacen colecciones de líquido linfático. Como medida preventiva se acostumbra dejar una sonda en T en el espacio retroperitoneal para drenaje de la linfa. Como las paredes de estos quistes son diversas estructuras(peritoneo, músculos retroperitoneales, vasos sanguíneos) se llaman linfoquistes aunque en realidad son pseudoquistes de linfa ya que en los verdaderos quistes el contenido de los mismos está contenido por un solo tipo de epitelio o de tejido. Cuando los linfoquistes son pequeños(menores de 4 cm) suelen resolverse solos en los dos meses siguientes. Cuando son grandes deben drenarse resecando las paredes o haciendo marsupialización con introducción de una lengüeta de peritoneo. Los

linfoquistes se pueden sobreinfectar u obstruir los uréteres. (Suarez, C. Briceño, J. Manejo linfático intraoperatorio e identificación. Rev Venez Oncol. 2005; 17 (1): 42)

LINFOMA: Los linfomas son un conjunto de enfermedades malignas que se desarrollan en el sistema linfático. A los linfomas también se les llama los tumores sólidos hematológicos para diferenciarlos de las leucemias. La principal clasificación de los linformas los divide en dos tipos según su origen celular, evolución, tratamiento y pronóstico que son:1-Enfermedad de Hodgkin o linfoma de Hodgkin: Debe este nombre al médico que la descubrió Thomas Hodgkin en 1832. 2-Linfomas no-Hodgkins: Son un conjunto de linfomas diferentes al linfoma de Hodgkin del que existen múltiples clasificaciones. El linfoma no Hodgkin lo forman más de 30 linfomas diferentes. Al contrario que la enfermedad de Hodgkin la incidencia va en aumento a partir de 1990. (Manual Merck. Trastornos Hematológicos. 2005. pp 48)

LINFOMA DE LA MAMA: 1. Es una masa tumoral maligna de la mama, originada en los linfocitos. Se considera que las células tumorales se originan de los linfocitos residentes en los nódulos linfáticos intramamarios o en el sistema linfático mamario. La presentación clínica incluye dos cuadros: la mayoría de los casos se presenta como una masa mamaria dolorosa unilateral en mujeres entre 55 y 60 años; aunque el cuadro clínico puede semejar un cáncer epitelial mamario, la histopatología reporta linfoma de células B; otra forma de presentación se encuentra en mujeres jóvenes, durante o inmediatamente después del embarazo, con compromiso bilateral que puede semejar un carcinoma inflamatorio de la mama. Estas pacientes presentan un linfoma tipo Burkitt agresivo con pobre pronóstico por diseminación al sistema nervioso central.// **2**. Corresponde a una neoplasia mamaria poco común que representa el 0.04% al 0.5% de todos los tumores malignos de la mama y aproximadamente el 1% al 20% de los linfomas extra-ganglionares. Los criterios diagnósticos incluyen: fuerte asociación entre el tejido mamario y el linfoma, no evidencia de linfoma a distancia, no antecedente de linfoma extra-mamario, documentación de la mama como el principal órgano comprometido. La gran mayoría de los

linfomas primarios de la mama son linfomas no-Hodking aunque también se han reportado casos de linfoma Hodking. Teniendo en cuenta la alta sensibilidad del contenido tumoral a la radioterapia y quimioterapia, la excisión quirúrgica usualmente no es necesaria. Para los estadios I se recomienda radioterapia sola; para los estadíos II o más se recomienda quimioterapia sistémica. El pronóstico depende del estadío clínico y el tipo histológico. (Aguilera, NS, Tavassoli, FA, Chu, WS, Abbondanzo, SL. T-cell lymphoma presenting in the breast: a histologic, immunophenotypic and molecular genetic study of four cases. Mod Pathol 2000; 13:599)

LIQUEN VULVAR PLANO: Corresponde a una condición dermatológica inflamatoria que afecta piel, uñas y membranas mucosas incluyendo boca, esófago, conjuntivas, vejiga, nariz, laringe, estómago y ano. En la piel se presenta como erupción tipo pápula violácea, brillante con estrías blancas. El liquen vulvar plano puede presentarse como una lesión aislada o como parte de una erupción cutánea generalizada. La etiología es aún desconocida; un mecanismo autoinmune que involucra la activación de células T contra los queratinocitos, ha sido propuesta; adicionalmente fármacos como b-bloqueadores, penicilina, anti-inflamatorios no esteroideos, inhibidores de la enzima convetidora de angiontensina (IECA), carbamazepan y litio han sido asociados con la lesión. El liquen vulvar plano es una patología poco común con un rango de presentación entre los 30 y los 60 años de edad. Las manifestaciones clínicas incluyen secreción vaginal irritante, prurito intenso, sensación de ardor, dispareunia y sangrado post-coital. (Lotery, HE, Galask, RP. Erosive lichen planus of the vulva and vagina. Obstet Gynecol 2003; 101:1121)

LIQUIDO AMNIÓTICO: (Liquor amnii): Es el líquido que llena la cavidad amniótica, circuscrita por la membrana amniótica y que contiene el feto, la placenta y el cordón umbilical. // El líquido que llena el saco amniótico cumple varias funciones importantes. El saco amniótico amortigua y en consecuencia protege el feto contra los traumatismos físicos contra el abdomen materno; el líquido amniótico es un medio que permite fácilmente los movimientos fetales, sirve para mantener una temperatura uniforme y cuando se lo evalúa en forma correcta, proporciona datos útiles acerca del

estado de salud y madurez del feto. Si la parte de presentación del feto no está estrechamente adosada contra el segmento inferior del útero durante el trabajo de parto, la acción hidrostática del líquido amniótico también puede contribuir a la dilatación de cuello uterino. Existen notorias diferencias individuales en lo que respecta el volumen del líquido amniótico; desde el momento de la formación del saco amniótico en la vida embrionaria, el volumen del líquido amniotico aumenta rápidamente hasta alcanzar un promedio de 50 mL a las 12 semanas y de aproximadamente 1.000 mL entre las semanas 36 y 38. En algunos embarazos (no en todos), el volumen de líquido amniótico disminuye a medida que se aproxima el término de la gestación. En el caso de un embarazo prolongado la cantidad de líquido amniótico puede disminuir significativamente. La composición y el volumen de líquido amniótico se modifican a medida que avanza el embarazo. Hasta aproximadamente la 16ª semana el líquido amniótico es similar al líquido extracelular del feto, virtualmente desprovisto de material particulado a partir de aproximadamente el cuarto mes el feto participa en la modificación de la composición y el volumen del líquido amniótico a través de la micción y la deglución de cantidades cada vez mayores de líquido. Al mismo tiempo, el pasaje de líquido amniótico hacia el interior y exterior del tracto respiratorio mediante los movimientos torácicos fetales también contribuye a modificar la composición y el volumen del líquido amniótico.

A par tir de la 16ª -18ª semanas del embarazo la orina fetal se convierte en una fuente progresivamente importante de líquido amniótico. En comparación con el plasma materno o el plasma fetal, la origina fetal es relativamente hipotónica debido a su menor concentración de electrólitos, pero contiene una mayor cantidad de urea, creatinina y ácido úrico que el plasma.A medida que el embarazo progresa se produce la acumulación de glicerofosfolípidos, principalmente derivados de las secreciones pulmonares fetales, y se observa la presencia de cantidades variables de material particulado bajo la forma de células fetales descamadas, lanugo, cabellos y vernix caseosa desprendidos en el líquido amniótico. También se observa una modificación significativa de las concentraciones de varios solutos, lo que conduce a una disminución promedio de la osmolalidad de aproximadamente un 10%, o alrededor de 20-30 mOsm/kg. (Lagos, R.

Espinoza, R. Gráfica de distribución de líquido amniótico. Revista Chilena de ultrasonografía. 2000; 3 (4): 112-117)

LÍQUIDO CORIO-AMNIÓTICO: Hace referencia al líquido que se encuentra tanto en la cavidad amniótica como en la cavidad coriónica. Hasta que se produce la fusión del corion con el amnios, el líquido presente en el saco gestacional corresponde a ambas cavidades. La medición del líquido corioamniótico es útil en el embarazo temprano, para predecir pronóstico del mismo. Para evaluar el líquido corioamniótico, se resta al diámetro sacular medio, la longitud céfalo-caudal. Si el líquido corioamniótico es menor de 4 mm el pronóstico del embarazo es desfavorable. (Coulam, C. Britten, S. Early ultrasonographics measurements in normal pregnancies. Human Reproduction. 2006; 11: 1771-1774)

LIPOLEIOMIOMA: Ver miolipoma.

LIPOMA: Corresponde a un tumor benigno del tejido adiposo caracterizado por una proliferación circunscrita de tejido celular subcutáneo. Clínicamente se caracteriza por lesiones únicas o múltiples, bien delimitadas, de consistencia elástica, localizadas principalmente en los hombros, espalda, brazos, piernas, frente y nuca; cuando se localiza en la región lumbo-sacra es necesario descartar una espina bífida o un meningocele subyacente. Histológicamente se evidencian lesiones delimitadas por una cápsula de tejido conjuntivo compuesta por adipocitos normales; en ocasiones se presenta gran cantidad de tejido conectivo dentro de la lesión, en cuyo caso se conoce con el nombre de Fribrolipoma; cuando predominan vasos sanguíneos se trata de Angiolipoma. El tratamiento consiste en resección quirúrgica completa de la lesión; se dan descrito tasas de recidiva entre 30 y 50%. (Sign, R. Bawa, A. Lipoma. Indian J Derm. 2004; 66: 177-179)

LIPOMATOSIS: Cuando se presentan múltiples lipomas confluyentes, se constituye la denominada lipomatosis; las lipomatosis más frecuentes incluyen la Neurolipomatosis de Dercum y la Lipomatosis Simétrica Benigna o Enfermedad de Madelung, en las que los acúmulos de lipomas predominan en el cuello, troncos y brazos. (Sign, R. Bawa, A. Lipoma. Indian J Derm. 2004; 66: 177-179)

LIQUEN PLANO DE LA VULVAVer parte de la definición en Berek JS,Adashi EY,Hillard PA. Ginecología de Novak. Interamericana. México. 1997 p. 386).

LISENCEFALIA: 1. Término que literalmente significa "cerebro liso", es un trastorno poco común de la formación del cerebro caracterizado por la microcefalia y una ausencia de los pliegues o circunvoluciones cerebrales. Es causada por una migración neuronal defectuosa, desde el lugar de origen a su localización permanente. En niños que padecen de lisencefalia, las circunvoluciones normales están ausentes (no hay giros ó “gyri”) o se han formado solamente en parte, haciendo que la superficie del cerebro sea lisa. Puede acompañarse de hidrocefalia y de microcefalia y de numerosas malformaciones en la cara, en los dedos de los pies y manos, hipoplasia del nervio óptico, agenesia del cuerpo calloso, microoftalmía y convulsiones más retardo psicomotor. No se conoce con precisión la etiología pero hay fuerte asociación con infecciones virales durante el primer trimestre de la gestación y con alteraciones del cromosoma X y del cromosoma 17. La lisencefalia se puede asociar con los síndromes de Dandy-Walker (hidrocefalia por quiste que compromete el cuarto ventrículo y el cerebelo), y Walker-Warburg. Algunos pacientes pueden detener su desarrollo neurológico en el primer año de vida, otros pueden tener un desarrollo neurológico normal.// **2**. Es un trastorno del desarrollo del SNC fetal caracterizado por ausencia de circunvoluciones del encéfalo. De acuerdo al nivel de compromiso se clasifica en Licencefalia tipo I (Síndrome de Miller-Dieker) y tipo II. (Verloes, A. Ermaleh, M. Genetic and clinical aspects of lissencephaly. Rev Neurol. 2007;163 (5):533-47)// Sinónimo: Agiria (sin giros).

LISENCEFALIA TIPO I: Es un subtipo de lisencefalia asociada a mutaciones del cromosoama 17, en la cual existen cuatro en vez de seis capas de corteza cerebral y la sustancia blanca es muy escasa con relación a la sustancia gris. Puede estar asociado con dilatación ventricular especialmente a nivel de las astas posteriores. Usualmente se acompaña de agenesia del cuerpo calloso y microcefalia leve, así como fascies características como frente prominente, undimiento bitemporal, nariz corta,

puente nasal ancho, mandíbula pequeña, labio superior prominente. El diagnóstico se realiza por ultrasonografía al final del segundo trimestre a través de la documentación de microcefalia progresiva y falla en el desarrollo de las cisuras y circunvoluciones. El pronóstico es desfavorable con déficit en el desarrollo neurológico y síndrome convulsivo. (Verloes, A. Ermaleh, M. Genetic and clinical aspects of lissencephaly. Rev Neurol. 2007;163 (5):533-47)// Sinónimos Síndrome de Miller-Dieker**,** Lisencefalia de Miller Dieker. Agiria paquigiria. Síndrome de lisencefalia clásica, Agiria tipo I, Síndrome de lisencefalia tipo I.

LISENCEFALIA TIPO II: Es un subtipo de lisencefalia que generalmente existe en asociación con malformación de Dandy-Walker clásica e hidrocefalia obstructiva con ausencia o hipoplasia del nervio óptico y microftalmia. (Verloes, A. Ermaleh, M. Genetic and clinical aspects of lissencephaly. Rev Neurol. 2007;163 (5):533-47)

LLETZ: (Sigla del inglés Large Loop Excision of the Transformation Zone), que significa corte o extirpación con asa grande de la zona de transformación de los epitelios en el exocérvix). **1.** Es una extirpación en forma de cono, de la zona del cuello uterino donde se encuentran y delimitan los epitelios escamoso y columnar(zona de transformación), realizada con una banda de alambre en forma de asa, que hace parte de un equipo de electrocirugía, cuya frecuencia de ondas eléctricas es similar a las ondas audibles de radio. Por esta razón, y por comparación, a estas asas de alambre se las llama asas de radiofrecuencia. // **2.** A este procedimiento también se le llama LEEP, por la sigla en inglés Loop Electrosurgical Excision Procedure, que significa procedimiento de excisión con asa de elctrocirugía. Cuando se quiere mencionar que se utiliza cualquier asa (no necesariamente la grande, se denomina al procedimiento LETZ (se suprime la primera L de large). // Berek JS,Adashi EY,Hillard PA. Ginecología de Novak. Interamericana. México. 1997 P. 469// Sinónimos: LEEP, LETZ, conización con asa de radiocirugía, conización con asa de electrocirugía. El término LLETZ hace parte del lenguaje utilizado en radiocirugía, en electricirugía y en conización del cuello.

LONGITUD CÉFALO-CAUDAL (LCC): Corresponde a la medida embrionaria entre sus extremos (desde el borde más extremo de la cabeza hasta el borde más extremo de los pies), empleada para determinar la edad gestacional una vez el embrión es observado por vía transvaginal. La medición de la longitud céfalo-caudal en el primer trimestre ha demostrado ser el mejor parámetro para estimar la edad gestacional. La predicción de la edad gestacional en semanas según la longitud céfalo-caudal se muestra en la tabla L2. (Coulam, C. Britten, S. Early ultrasonographics measurements in normal pregnancies. Human Reproduction. 2006; 11: 1771-1774)

LONGITUD DE FÉMUR: Es una medida biométrica empleada para la estimación de la edad gestacional que consiste en la medición del fémur sin incluir la cabeza femoral ni la epífisis distal. La longitud de fémur puede utilizarse a partir de la semana 10 de gestación pero su medición es más exacta para la estimación de la edad gestacional, a partir de la semana 28 de gestación. (Fleischer, A. Manning, F. Jeanty, P. Romero, R. Ecografía en Obstetricia y Ginecología. Biometría fetal. Madrid, España. Ediciones Marban. Sexta edición. 2002. p 375-388)

LONGITUD DE ONDA: 1. Es el tamaño total de la onda, medido en una linea recta que va desde el inicio y hasta el final de la misma. // **2.** Es el espacio que se requiere para que se presente el trazado completo de una onda sonora. Este trazado incluye una fase de aumento de presión con respecto al medio por que se transmite y otra de menor presión que el mismo, retornando finalmente al punto de partida. Esta distancia se mide usualmente entre dos picos de una misma onda sonora y se expresa en mm. (Cafici,D. Mejides, A. Sepúlveda, W. Ultrasonografía en obstetricia y diagnóstico prenatal. Principios físicos del ultrasonido. Buenos Aires, Argentina. Ediciones Journal. 2003. p 1-15)

LONGITUD RENAL FETAL EN ULTRASONOGRAFÍA: Corresponde a la medición del tamaño de los riñones fetales empleando ultrasonografía bidimensional durante el examen ecográfico de rutina. El crecimiento renal es lineal a lo largo de la gestación. En el primer trimestre se aplica la tabla

de longitud renal media y a partir de la semana 22 de gestación, se plantea la opción de calcular el tamaño renal traduciendo el número de semanas de gestación en milímetros. La valores ospara determinar el tamaño de los riñones fetales se muestran en la tabla L4. (Chitty, LS, Altman, DG. Charts of fetal size: kidney and renal pelvis measurements. Prenat Diagn 2003; 23:891)

LOUISE BROWN: Nombre de la hija de Leslie y Brown, producto de la primera fecundación in vitro exitosa en el mundo científico. Nació el 26 de Julio de 1978 en en el Oldham General Hospital de Inglaterra, luego que los científicos ingleses Patrick Christopher Steptoe, ginecólogo endoscopista y Robert Edwards, embriólogo, implantaran un preembrión en la fase de blastocisto, el cual se desarrolló normalmente hasta el término. El nacimiento de esta niña dividió en dos la historia de la humanidad desde el punto de vista de la obstetricia y de la infertología pues por primera vez nacía un ser humano fecundado por fuera de las trompas de Falopio, que se consideró como la única e incontrovertible forma de concepción desde que el hombre conoció la manera de reproducirse.

LYODURA®. Ver suturas especiales en ginecología.



MACKENRODT ALWIN: Ginecólogo alemán nacido en Nordhausen, en 1889. Dedicó su vida al estudio e la teología en la Universidad de Jena, actividad en la cual estuvo pocos años. Se dedicó luego a la carrera de Medicina en la misma Universidad, donde hizo su trabajo de grado titulado Das Chloasma uterinum. Fue asistente de los eminentes profesores de ginecología R Volkman y A Martin. Hizo importantes aportes a la técnica quirúrgica de la histerectomía y de la miomectomía. Propuso una técnica de corrección de la retroversión uterina, cirugía que se conoció como Operación de MacKenrodt. Se hizo experto en el cierre de fístulas urinarias y a la extirpación de tumores genitales malignos por lo cual le remitían pacientes de toda Europa a su clínica en Berlín. Estudió a fondo la anatomía uterina con el propósito de mejorar los resultados de la cirugía oncológica. Murió de neumonía en Berlín, Dic 29 de 1925. (Speert Harold. Obstetric and gynecologic milestones. The Parthenon publishing group, New York, 1996).

MACKENRODT, LIGAMENTO CERVICAL: Es el mismo ligamento cervical transverso(o ligamento cardinal), que hace parte del parametrio. Actúa como soporte de todas las demás estructuras del parametrio: los vasos, los linfáticos y el uréter que lo atraviesa. El conjunto de los dos ligamentos de Mackenrodt estabiliza al cuello en el centro de la bóveda vaginal pues cada uno ejerce presión lateral derecha o izquierda. Fue descrito por el Dr Alwin MacKenrodt en su artículo de 1895 titulado: Uerber die Usachen der normalen und pathologischen Lagen des Uterus. Arch F. Gynäk, 48: 394-421,1895.

MACROMASTIA: Corresponde a una patología congénita de la mama calificada como alteración del tamaño por exceso, que se caracteriza por la

presencia de mamas prominentes llamadas “mamas gigantes”, consistentes en hipertrofia del tejido mamario. Por la gran cantidad de tejido mamario es posible que se pasen desapercibidas lesiones tumorales por lo que se recomienda examen clínico periódico. Usualmente esta condición genera molestias a la paciente consistente en dolor mamario, dolor axilar, dolor dorsal o incluso lumbar adicional al disconfort por parte estética; en estas condiciones se plantea reducción quirúrgica del tejido mamario. Cuando la hipertrofia mamaria se presenta en pacientes adolescentes es necesario descartar pubertad precoz con estudios funcionales. (Laufer, MR, Goldstein, DP. The breast: examination and lesions. In: Pediatric and Adolescent Gynecology, 5th ed, Sydor, A (Ed), Lippincott Williams Wilkins, Philadelphia 2005. p. 729)// Sinónimo: Gigantomastia

MACROTELIA: Corresponde a una patología congénita de la mama caracterizada por la presencia de pezones anormalmente grandes. (Laufer, MR, Goldstein, DP. The breast: examination and lesions. In: Pediatric and Adolescent Gynecology, 5th ed, Sydor, A (Ed), Lippincott Williams Wilkins, Philadelphia 2005. p. 729)

MADURACIÓN CERVICAL: Término dedicado a la inducción farmacológica realizada por el médico para iniciar la dilatación y el borramiento del cuello, en una paciente embarazada. Generalmente se hace con prostaglandinas o con sustancias prostanoides como el misoprostol. (Carlan SJ, Blust D, O’Brien WF. Misoprostol bucal versus intravaginal para la maduración cervical *Am J Obstet Gynecol 2002; 67(4)186: 334-335).*

MADURACIÓN DEL CERVIX CON PROSTAGLANDINAS: Es la inducción de la dilatación y borramiento del cuello uterino mediante el uso de preparados que contengan prostaglandina E_2. Este producto farmacológico está disponible desde 1992, año en el cual la Food and Drug Administration (FDA) aprobó el preparado en forma de gel de dinoprostona (2,5 ml contienen 0,5 mg) con el nombre comercial de Prepidil. Otra forma de presentación es en óvulos de dinoprostona para aplicación intravaginal conocido comercialmente como Cervidil (óvulos de 10 mg) que proporciona una tasa de liberación del medicamento de 0,3 mg/hora. La vía intracervical ofrece las ventajas de

producir poca actividad uterina y alta eficacia en el cérvix muy inmaduro (Ekman y col., 1983). Carlan SJ, Blust D, O'Brien WF. Misoprostol bucal versus intravaginal para la maduración cervical *Am J Obstet Gynecol 2002; 67(4)186: 334-335*

MALFORMACIÓN CONGÉNITA MAYOR: Son aquellos que impiden que un órgano funcione correctamente, o produce una alteración cosmética grave y por lo tanto, afectan la salud o la integridad del niño y necesitan medicamentos o cirugía. Aquí se incluyen la microcefalia (cabeza pequeña), el paladar hendido, la criptorquidia (falta de descenso de los testículos), hipospadias (defecto en la posición del meato urinario en los varones), malformaciones cardiacas, luxación de la cadera, atresias intestinales, defectos de cierre del tubo neural. (Catalán M, Jorge, Nazer H, Julio y O. Cifuentes, Lucía. Impacto de las malformaciones congénitas en una Unidad de cuidados Especiales Neonatales. *Rev. Chil. Pediatr.*, Dic. 2005, vol.76, no.6, p.567-572).

MALFORMACIÓN CONGÉNITA MENOR: Los defectos menores suelen ser pequeñas desviaciones de la normalidad que no afectan la integridad o la salud del niño, no producen alteraciones del desarrollo o no alteran los aspectos cosméticos de manera significativa, y suelen suavizarse o desaparecer con el crecimiento. Sin embargo cuando existen varias malformaciones menores en un bebé, puede indicar la existencia de una malformación mayor. Entre las malformaciones menores típicas se encuentran las dismorfias faciales leves, el hipertelorismo (separación exagerada de los ojos), pliegue epicántico (un pliegue de piel cubre el ángulo interno del ojo), puente nasal ancho, alargamiento del surco labial superior), hipoplasia digital (dedos del pie y manos pequeños), pliegues simiescos en manos, implantación baja de la línea del pelo, entre otros. (Catalán M, Jorge, Nazer H, Julio y O. Cifuentes, Lucía. Impacto de las malformaciones congénitas en una Unidad de cuidados Especiales Neonatales. *Rev. chil. pediatr.*, dic. 2005, vol.76, no.6, p.567-572).

MALFORMACIÓN CONGÉNITA POR ASOCIACIÓN: Es la presencia no aleatoria en un individuo, de varios defectos anatómicos o funcionales, que no se identifican como una secuencia (derivada de un patrón mecánico). En otras palabras, el grupo de defectos no se correlacionan de manera causal uno del otro(un defecto no produce al otro). (Danforth. Tratado de Obstetricia y

Ginecología. 8ª ed. McGraw-Hill Interamericana. México, 2000).Sinónimo: Anomalía congénita por asociación.

MALFORMACIÓN CONGÉNITA POR SECUENCIA: Es la presencia no aleatoria en un individuo, de varios defectos anatómicos o funcionales, que se identifican como una secuencia (derivada de un patrón mecánico). En otras palabras, el grupo de defectos se correlacionan de manera causal uno del otro(un defecto es causa de que se produzca el siguiente). (Danforth. Tratado de Obstetricia y Ginecología. 8ª ed. McGraw-Hill Interamericana. México, 2000).Sinónimo: Anomalía congénita por asociación.

MALFORMACIÓN CONGÉNITA: 1. Es el defecto anatómico de un órgano o región corporal. Si está afectada una zona extensa el cuerpo el defecto es de blastogénesis. Si el afectado es un solo órgano, el defecto es de organogénesis. Las malformaciones están modificadas por la penetrancia (presencia o ausencia de un gen portador) y por la expresividad(manifestación de un defecto relacionado con otros genes o alelos) // **2.** Malformación es una alteración de la forma producida por un trastorno del desarrollo. Así, las malformaciones pueden concebirse como el resultado de una reacción patológica propia de las estructuras biológicas en desarrollo. Esto significa que concluido el desarrollo deja de existir la posibilidad de que se produzca una malformación. No toda alteración congénita es una malformación ni toda malformación es congénita necesariamente. Existen enfermedades que pueden ocurrir antes del nacimiento sin constituir una malformación, como por ejemplo la sífilis y la toxoplasmosis congénitas, que consisten básicamente en lesiones inflamatorias; también pueden ser connatales trastornos circulatorios y lesiones degenerativas y tumorales. En este sentido, la patología prenatal es más amplia que el estudio de las malformaciones congénitas. Por otra parte, es cierto que por lo general, las malformaciones son congénitas, pero esto no constituye una necesidad de orden conceptual, sino que se debe al hecho natural de que el desarrollo de la mayor parte de los órganos termina antes del nacimiento. De hecho existen algunas malformaciones postnatales, como por ejemplo, de los dientes definitivos. La idea de malformación hay que relacionarla con períodos de desarrollo y no con un lapso absoluto de tiempo. En un organismo el desarrollo consiste esencialmente en la aparición de un

polimorfismo dado por nuevas estructuras más complejas que las precedentes en su nivel de organización. Esto es lo que distingue el desarrollo biológico de los procesos de diferenciación y crecimiento. Las malformaciones se distinguen de otros procesos patológicos por poseer una génesis particular y no esencialmente por presentar formas visibles características. De hecho, por ejemplo, una hipoplasia y una atrofia pueden presentarse con formas muy similares, y para diferenciarlas hay que interpretar los hechos de observación en términos de su patogenia, muy distinta en una y otra.Las malformaciones pueden darse en diversos niveles de organización. Pueden afectar el organismo entero, como en un acardio; un segmento corporal, como en la ciclopía; un aparato completo, como en algunas malformaciones nefrourinarias; órganos aislados, como en la mayoría de las malformaciones del hombre, y, por último, tejidos aislados, como en los hamartomas y coristomas. Los hamartomas son malformaciones de tejidos ortotópicos; los coristomas son heterotopías de tejidos. El concepto de malformaciones no es aplicable a células aisladas, puesto que la célula carece de un desarrollo en el sentido antes indicado. En principio, las malformaciones producen una perturbación funcional, y, en general, cuanto más acentuada una malformación, mayor el trastorno funcional. Las variedades anatómicas, más frecuentes que las malformaciones, no producen trastornos funcional.El término de anomalía es ambiguo y se lo encuentra con tres acepciones:**a)** con su significado literal, o sea el de anormalidad;**b)** malformación leve, sin trastorno funcional importante;**c)** como sinónimo de malformación, así, se habla de «major anomalies» y de «minor anomalies». El término de monstruosidad se usa para denotar una malformación externa acentuada que afecta la forma corporal. (Catalan M, Jorge, Nazer H, Julio y Cifuentes O, Lucía. Impacto de las malformaciones congénitas en una Unidad de cuidados Especiales Neonatales. *Rev. chil. pediatr.*, dic. 2005, vol.76, no.6, p.567-572). // (Danforth. Tratado de Obstetricia y Ginecología. 8ª ed. McGraw-Hill Interamericana. México, 2000).Sinónimo: Anomalía congénita.

MALFORMACIÓN DE DANDY-WALKER CLÁSICA: Corresponde a una de las entidades que forma parte del complejo malformativo de Dandy-Walker y se caracteriza por la presencia de una fosa posterior aumentada de tamaño,

agenesia parcial o total del vermis cerebeloso y elevación del tentorio. (Mohanty, A. Biswas, A. Treatment options for Dandy-Walker malformation. J Neurosurg. 2006;105:348-56). Sinónimo: Síndrome de Dandy Walker.

MALLAS PARA REPARACIÓN DE LA PARED ANTERIOR : Son bandas tejidas de material sintético,utilizadas para reponer temporal o definitivamente una parte de la aponeurosis lesionada o perdida. Las más utilizadas son las de polipropileno(Marlex®, Prolene®), poliéster(Mercilene®), politetrafluoroetileno (Goretex®) y las de nylon(Muselina®). (Acevedo F, Alberto. Mallas sintéticas irreabsorbibles: Su desarrollo en la cirugía de las hernias abdominales. *Rev Chil Cir*, oct. 2008, vol.60, no.5, p.457-464.// Lucente V, Hale D, Miller D, Madigan J. Oral Poster 55: A Clinical Assesment of Gynemesh PS for the repair of pelvis organ prolapse (POP). Journal of pelvic medicine & Surgery. 2004;10 Supplement 1:S 35)

MAMA (*Latín mamma / Griego mastos):* Existe resistencia entre muchos ginecólogos de aceptar la palabra Seno, por tener esta palabra el significado de "cavidad". Sin embargo todos los buenos diccionarios aceptan este sinónimo. Veamos dos ejemplos: Blanquez define Seno como sinuosidad, regazo, pecho. Martínez define Seno como concavidad, hueco, pecho ó regazo. // Sinónimos: Senos, Pechos, Tetas. (Alarcón N. Miguel A; Amaya F María V; Alarcón A. Miguel A. Anatomía Clínica del aparato genital femenino. Primera edición. México, Bogotá, Colombia. Editorial Manual Moderno. 2005.)

MAMA, ENFERMEDAD BENIGNA: Afección muy frecuente caracterizada por cambios benignos estroma o del parénquima mamario. Estos cambios pueden incluir nódulos o quistes, malestares en la mama, sensibilidad en los pezones y picazón. Tales síntomas pueden cambiar durante todo el ciclo menstrual y, por lo general, desaparecen después de la menopausia. También se llama cambios fibroquísticos de la mama, displasia mamaria, y enfermedad fibroquística de la mama.

MAMA SUPERNUMERARIA: 1. Es la presencia de una mama accesoria. Puede ser unilateral o bilateral, casi siempre ubicada a nivel axilar. Cuando es bilateral una es algo más grande que la otra; con o sin pezones. Su crecimiento es máximo durante el embarazo y la lactancia. Cuando carecen de

pezón tienen el aspecto de un lipoma de la región anterior de la axila. **2.** Corresponde a una patología congénita de la mama caracterizada por la presencia de más de dos mamas o tejido mamario en algún punto de la línea mamaria. Afecta aproximadamente al 10% de la población femenina y al 5% de la población general (tanto masculina como femenina). El trastorno también es conocido con los términos de polimastia, hipermastia o mamas accesorias y corresponde al resultado de la persistencia de engrosamientos epidérmicos a lo largo de línea láctea, el tejido mamario axilar accesorio o la inversión congénita de los pezones. Las mamas supernumerarias se clasifican en: Completa (con todos los componenetes de la glándula mamaria), Mamilar (ausencia de pezón), Glandular (ausencia de areola y pezón). Las mamas supernumerarias aumentan en volumen durante el periodo menstrual, embarazo y lactancia; en ocasiones generan disconfort por dolor cíclico y por volumen y sólo en estos casos está indicada la resección quirúrgica. (Grossl, NA. Supernumerary breast tissue: historical perspectives and clinical features. South Med J 2000; 93:29. Sinónimos: Polimastia.

MAMALGIA: Ver Mastalgia.

MAMAS ABERRANTES: Corresponde a una patología congénita de la mama caracterizada por la presencia de más de dos mamas o tejido mamario, localizados por fuera de la línea mamaria y lejos de su vecindad. Este tipo de patología tiene mayor predisposición a degeneración maligna. (Greydanus, DE, Matytsina, L, Gains, M. Breast disorders in children and adolescents. Prim Care 2006; 33:455)

MAMAS ASIMÉTRICAS: Aquellas que difieren en su tamaño: la derecha es sensiblemente más grande que la izquierda o viceversa. La causa de la asimetría puede ser una variante anatómica, un tumor benigno o un carcinoma. (Sinha A, Bradley KM, Steatham J, Weaver A.Asymmetric breast uptake of radioiodine in a patient with thyroid malignancy: metastases or not?J R Soc Med. 2008 Jun;101(6):319-20).

MAMAS ECTÓPICAS: Corresponde a una patología congénita de la mama caracterizada por la presencia de más de dos mamas o tejido mamario, localizados por fuera de la línea mamaria pero dentro de su vecindad.

(Greydanus, DE, Matytsina, L, Gains, M. Breast disorders in children and adolescents. Prim Care 2006; 33:455)

MAMAS SUPERNUMERARIAS: Corresponde a una patología congénita de la mama caracterizada por la presencia de más de dos mamas o tejido mamario en algún punto de la línea mamaria. Afecta aproximadamente al 10% de la población femenina y al 5% de la población general (tanto masculina como femenina). El trastorno también es conocido con los términos de polimastia, hipermastia o mamas accesorias y corresponde al resultado de la persistencia de engrosamientos epidérmicos a lo largo de línea láctea, el tejido mamario axilar accesorio o la inversión congénita de los pezones. Las mamas supernumerarias se clasifican en: Completa (con todos los componentes de la glándula mamaria), Mamilar (ausencia de pezón), Glandular (ausencia de areola y pezón). Las mamas supernumerarias aumentan en volumen durante el periodo menstrual, embarazo y lactancia; en ocasiones generan disconfort por dolor cíclico y por volumen y sólo en estos casos está indicada la resección quirúrgica. (Grossl, NA. Supernumerary breast tissue: historical perspectives and clinical features. South Med J 2000; 93:29)

MAMILITIS: 1. Es la inflamación de uno ó ambos pezones. Esta es una entidad asociada casi siempre a la lactancia. //**2.** Corresponde a la inflamación de uno o ambos pezones. Es una condición casi siempre asociada a la lactancia; durante este periodo, especialmente en las pacientes primíparas, el pezón se torna eritematoso y puede presentar granulaciones y excoriaciones asociadas a trauma durante la lactancia. Esto genera como consecuencia, liberación y activación de factores pro-inflamatorios que produce erojecimiento, edema y mayor sensibilidad a nivel del pezón. El diagnóstico se realiza por características clínicas y el tratamiento es sintomático, haciendo énfasis en el mejoramiento de la técnica de lactancia materna para prevenir traumatismo. Es necesario descartar proceso infeccioso asociado como causa de la inflamación del pezón. Sinónimos: Telitis, Papilitis mamaria (Smith, RL, Pruthi, S, Fitzpatrick, LA. Evaluation and management of breast pain. Mayo Clin Proc 2004; 79:353).

MAMOGRAFÍA: Técnica radiológica utilizada para hacer diagnóstico de patología mamaria, especialmente del tipo maligno. La principal ventaja de la mamografía es la detección de las lesiones sospechosas antes que sean palpables. Los hallazgos de la mamográfica se mencionan en Bi-Rads 0, I, II, II, IV,V y Vi(ver este término).// **2.**Corresponde a una exploración diagnóstica de imagen por rayos X de la glándula mamaria, a través de un instrumento denominado mamógrafo. La mamografía se considera la ayuda diagnóstica de elección en diagnóstico y tamizaje de lesiones mamarias sospechosas de patología neoplásica. Tiene la ventaja de detectar lesiones mucho antes de que presenten manifestación clínica, como masa, que pueda ser percibida por la paciente o el médico evaluador. Existen dos tipos de mamografía: diagnóstica o de tamizaje. La mamografía diagnóstica se indica ante la sospecha clínica de tumor maligno como un nódulo mamario, o en caso de hallazgos anormales en una prueba de tamizaje que requiere un nuevo estudio; la mamografía de tamizaje es utilizada para la detección temprana de lesiones mamarias en la población general. De acuerdo al ACOG se aconseja iniciar el estudio de tamizaje a partir de los 40 años, cada dos años hasta los 50 años y posteriormente, estudio anual; según la Sociedad Americana de cáncer se recomienda mamografía cada año después de los 40 años; la norma técnica del ministerio de protección social en Colombia, indica mamografía de tamizaje cada dos años a partir de los 50 años hasta los 79 años. La sensibilidad de la mamografía para la detección temprana de cáncer de mama en pacientes mayores de 40 años, se encuentra entre 50 y 54%; en pacientes mayores de 65 años, la sensibilidad aumenta entre 81% a 94%; en ambos casos la especificidad es de aproximadamente 89%. (Smith-Bindman, R, Miglioretti, DL, Lurie, N, et al. Does utilization of screening mammography explain racial and ethnic differences in breast cancer?. Ann Intern Med 2006; 144:541)

MAMOGRAFÍA DE RASTREO: radiografía de las mamas que se realiza como parte de un protocolo de atención en salud o como parte de un programa de detección del cáncer en pacientes sin signos ni síntomas de patología mamaria. (Salzmann P, Kerlikowske K, Phillips K. Cost-effectiveness of extending screening mamography guidelines to include women 40 to 49 years of age. Ann Int Med 1997;127:955-965).

MAMOGRAFÍA DIGITAL: La mamografía digital (FFDM, por sus siglas en ingles) es similar a la mamografía convencional por hacer uso de rayos X para producir una imagen del seno. La diferencia radica en la forma en que la imagen es grabada, analizada por el médico y almacenada. Los mamogramas convencionales son grabados en hojas largas de película fotográfica, mientras que los mamogramas digitales son grabados y almacenados en una computadora. Después del examen, el médico puede observarlos en una pantalla de computadora y ajustar el tamaño de la imagen, la claridad, o el contraste para ver más claramente ciertas áreas. Las imágenes digitales también se pueden enviar electrónicamente a otro lugar para una consulta a distancia con especialistas del seno. Aunque muchos centros no ofrecen actualmente la opción digital, se espera que en el futuro esta técnica esté ampliamente disponible. Es importante tener en cuenta que la mamografía con película convencional es también efectiva para grupos de mujeres de alto riesgo, y ellas deben someterse a un mamograma convencional si la mamografía digital no está disponible. // **2.** Es el examen diagnóstico de las mamas mediante la utilización de imágenes digitales, en vez de las imágenes analógicas que son tradicionales. La mamografía digital permite la manipulación electrónica de la imagen, elimina la toma de placas adicionales y el proceso de revelado, etc. Además, introduce la detección de lesiones por computadora (Computer Aided Detection), la telemedicina, transmisión de imágenes en red a otro centro o a otro país, la tomosíntesis, estudia la mama en tres dimensiones, especialmente en lesiones situadas profundamente en la mama. La calidad de la imagen digital es excelente en términos de resolución y contraste, independiente de las características del parénquima mamario, gracias a su alta definición y a una serie de procesos realizados después de la adquisición, que hacen posible visualizar los diferentes tejidos en forma óptima desde las zonas más densas de la mama hasta la piel, incluyendo la región pezón-aréola. La mamografía digital mejora la detección de las microcalcificaciones y la nitidez de las imágenes facilita su análisis y clasificación. La tecnología digital facilita además la angio-mamografía y la fusión con la ecografía automatizada. (ED. Pisano, C. Gatsonis, E. Hendrick *et al.* for the Digital Mammographic Imaging Screening Trial (DMIST) Investígateos Group. Diagnostic Performance of Digital versus Film

Mammography for Breast-Cancer Screening. NEJM 2005; 353: 1773-1783 // 2-Hirsh, H. Käser, O. Iklé, F. Atlas de cirugía ginecológica con cirugía de mama. Cirugía para enfermedades malignas y benignas de la mama. Quinta edición. Editorial Marbán. Madrid, España. 2000. 427-480).

MAMOGRAFÍA DIAGNÓSTICA: La que se realiza en pacientes con signos y/o síntomas de patología mamaria benigna o maligna.

MAMOGRAFÍA, BI-RADS: Consiste en el sistema de clasificación de las lesiones documentadas por mamografía. Es un sistema de control de calidad que le permite al radiólogo interpretar la mamografía en categorías numéricas. Esta clasificación consta de 7 clases: Clase 0: radiografía insuficiente; requiere nuevo estudio porque la posibilidad de detectar lesiones es del 0%. Clase I: mamografía negativa para malignidad, sin ganglios ni calcificaciones. Clase II: mamografía negativa para malignidad pero con hallazgos benignos como calcificaciones benignos, ganglios intramamarios. Clase III: lesión probablemente benigna, pero que requiere control a los 6 meses; la posibilidad de cáncer es del 2.24%. Clase IV: lesión dudosa de malignidad, requiere estudio histopatológico. El riesgo de malignidad en esta clase de Bi-rads se establece en tres grados: baja sospecha de malignidad (3 – 49%), sospecha media de malignidad (50 – 89%), sospecha alta de malignidad (90 – 94%). Clase V: lesión altamente sospechosa de malignidad con riesgo de cáncer del 95%, requiere estudio histopatológico. Clase VI: lesión neoplásica maligna confirmada por biopsia. (Smith-Bindman, R, Miglioretti, DL, Lurie, N, et al. Does utilization of screening mammography explain racial and ethnic differences in breast cancer?. Ann Intern Med 2006; 144:541)

MAMOGRAFÍA, LECTURA CON LA ESCALA BI-RADS: Clasificación hecha por el Colegio Americano de Radiología para describir las características de la imagen obtenida. Ver Bi-Rads

MAMÓGRAFO: Equipo empleado para la realización de la mamografía. El mamógrafo dispone de tubos de emisión de rayos X especialmente adaptados para conseguir la mayor resolución posible de las estructuras fibro-epiteliales internas de la glándula mamaria. Un mamógrafo digital de alta resolución tiene las siguientes características en promedio: .kV: de 21 a 35 kV en pasos de 0,5

kV; mAs: de 2 a 500 mAs para FG; de 2 a 200 mAs para FF; control automático de exposición con tres posibilidades:a-Técnica totalmente automática: kV automático y mAs automático(con disparo previo), b-Técnica semiautomática: kV manual y mAs automático, c-Técnica manual: kV y mAs manual. Sistema de compresión de mama motorizada o manual; Magnificación 1,5x y 2x ;estereotaxia computarizada digital; alimentación monofásica: 220 V - 50/60 Hz. (Smith-Bindman, R, Miglioretti, DL, Lurie, N, et al. Does utilization of screening mammography explain racial and ethnic differences in breast cancer?. Ann Intern Med 2006; 144:541).

MANÍA: Es un trastorno mental caracterizado por la elevación del humor, a veces con euforia y en ocasiones con irritabilidad. Se acompaña de sensación de grandiosidad, disminución del sueño, incremento de la energía, conducta temeraria (como gastar grandes cantidades de dinero), aceleración del lenguaje y de la actividad física. Si es subaguda se llama hipomanía. Las pacientes hipomaníacas pueden disfrutar de su trastorno y ser incluso la envidia de otras personas a causa de la confianza que tiene de sí mismas, de su entusiasmo, su energía y productividad. La manía aguda en cambio agota a la paciente, le produce desinterés por los alimentos o por el sueño y aún pone en peligro la vida (Berek JS,Adashi EY,Hillard PA. Ginecología de Novak. Interamericana. México. 1997 p. 30).

MANIOBRA ANO-PARIETO-ABDOMINAL DE SAMMARTINO (para diagnóstico del abdomen agudo): **1**. Es una pequeña treta de distracción realizada cuando se desea establecer si una paciente con abdomen agudo tiene una verdadera irritación peritoneal. Es prudente recalcar que esta maniobra no es un tacto rectal sino una dilatación dolorosa del esfínter anal (mediante la introducción de uno o más dedos en el conducto anal), mientras simultáneamente se comprime con la otra mano en la zona del abdomen con mayor dolor. Si hay verdadero abdomen agudo se mantiene el signo de irritación peritoneal, si no hay verdadero abdomen agudo desaparece el dolor abdominal pues predomina el dolor de la dilatación anal. **2.**Consiste en observar con una mano las modificaciones del dolor y la resistencia de la pared abdominal (defensa o contractura), mientras con uno o dos dedos de la otra mano se efectúa dilatación dolorosa del esfínter anal. Para evitar errores en la

percepción de la maniobra, el enfermo(a) debe tener la vejiga vacía. Cuando está presente una lesión orgánica grave e intensa predomina el dolor abdominal (manifestado por el signo de Blumberg) producido por la irritación peritoneal. Cuando no hay una lesión orgánica importante, se atenúa el dolor abdominal frente al dolor producido por la dilatación del esfínter y desaparece el signo de Blumberg o cualquier otro signo de falsa irritación peritoneal. (Surós, J. Semiología Médica y Técnica Exploratoria. Salvat Editores, Barcelona: 6ª edición. 1978 pág. 360) Sinónimo: Maniobra de Sammartino.

MANIOBRA DE BAER(para atención del parto): Con las manos colocadas sobre el vientre, por arriba del fondo del útero, el obstetra aproxima los músculos rectos del abdomen, a fin de aumentar la presión intra-abdominal, al mismo tiempo en que se solicita a la parturienta hacer esfuerzos de expulsión.

MANIOBRA DE BENZADON(para el pezón invertido): Es la eversión del pezón, hasta tomar su aspecto normal, mediante presión de la base con los dedos del examinador, en las mujeres cuyo pezón se muestra aplanado. Mediante esta maniobra se demuestra la presencia de un verdadero pezón invertido o aplanado por algún trastorno anatómico o patológico // El pezón puede ser normal, secretante o retraído; se diferencia el pezón aplanado o retraído congénitos en que estos no ofrecen resistencia alguna al ser traccionados entre los dedos índice y pulgar, mientras que el pezón con presencia de una masa palpable, no puede ser evertido, como si estuviera anclado en el fondo. (Surós, J. Semiologia Médica y Técnica Exploratoria. Salvat Editores, Barcelona: 6ª ed. 1978 pág. 623)

MANIOBRA DE BRACHT(para extrae la cabeza en el parto de pelvis)**:** Maniobra descrita en 1939 por el obstetra berlinés Erich Bracht (1882-1969), para extraer la cabeza retenida en el parto de pelvis. Es una maniobra empleada en el parto con presentación de pelvis, que consiste llevar la espalda del feto (que tiene la cabeza retenida dentro de la pelvis materna) hacia atrás, hasta que se acerque al abdomen materno. Simultáneamente un ayudante ejerce presión sobre el hipogastrio para ayudar a desprender la cabeza que se encontraba atascada (Dunn PM. Erich Bracht (1882-1969) of Berlin and his "breech" manoeuvre. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 2003 Jan;88(1):F76-7).

MANIOBRA DE GASKIN(para corregir la distocia de hombros en el parto)**:** Inicialmente descrita por Ina May Gaskin en 1976, esta maniobra consiste en posicionar la paciente en cuatro patas, apoyada en sus manos y rodillas y posteriormente permitir el parto vaginal. Con esta maniobra se considera que se resuelven el 83% de los casos de distocia de hombros. Está asociada con tasas de complicaciones maternas y fetales en 1.2% y 4.9% respectivamente. (Gherman RB. Shoulder Dystocia: an evidence-based evaluation of the obstetric nightmare. Clinical Obstetrics and Gynecology. 2002. Volume 45, Number 2, 345-362)// Sinónimos:Maniobra de la posición en 4 patas, Maniobra de todas cuatro.

MANIOBRA DE HAMILTON(para acelerar el parto)**:** Consiste en el despegamiento digital del polo inferior de la bolsa amniótica. Esta maniobra favorece la liberación de prostaglandinas e induce la maduración del cérvix. Corresponde, entonces, a un método no farmacológico de maduración cervical. Actualmente se emplea como estrategia adyuvante a la terapia farmacológica en pacientes que tengan indicación de inducción del trabajo de parto. (Cruz, L. Del Balzo, H. Métodos de maduración cervical. Revista de postgrado de la VIa cátedra de medicina. 2006; 25 (7): 7 -12)

MANIOBRA DE HEIMLICH MODIFICADA: Es la maniobra realizada en las víctimas de Obstrucción de Vía Aérea por Cuerpo Extraño (OVACE). En pacientes adultas no embarazadas la maniobra se realiza de manera convencional, ubicándose detrás de la víctima, rodeando su cintura con los brazos y comprimiendo hacia arriba el abdomen de la víctima en un movimiento rápido ascendente, con el puño de una mano cerrada sujetado contra la otra mano del operador. En la paciente embarazada la maniobra sufre modificación teniendo en cuenta el útero grávido; si la maniobra se realiza de manera convencional se puede producir ruptura uterina, ruptura esplénica o incluso, hepática. La maniobra de Heimlich modificada consiste en realizar las compresiones en el tercio inferior del esternón, colocando el lado del pulgar de un puño del operador en medio del esternón de la víctima, evitando el apéndice xifoides. (Morris, S. Stacey, M. Resuscitation in Pregnancy. British Medical Journal. 2005; 327: 1276 – 1279 / Stapleton, E. Aufderheide, T. AVB para el equipo de salud. American Heart Association. 2002)

MANIOBRA DE HILLIS: Ver maniobra de Müller -.Hillis.

MANIOBRA DE HILLIS-MÜLLER (para diagnóstico de la DCP)**:** Ver Maniobra de Müller-Hillis.

MANIOBRA DE JENDRASSIK: En una paciente con abdomen agudo se realiza palpación del abdomen mientras se le hacen preguntas de distracción. Si hay verdadero abdomen agudo persisten los signos de irritación peritoneal.

MANIOBRA DE JOHNSON (para corregir la inversión uterina)**:** Técnica empleada para el manejo de la inversión uterina caracterizada por la restitución del fundus uterino en su sitio empujándolo hacia arriba con la palma de la mano y los dedos extendidos para identificar los bordes del cuello uterino, en la dirección del eje largo de la vagina. Esta maniobra se puede realizar inmediatamente se hace el diagnóstico de inversión uterina, si la placenta se encuentra separada del fundus uterino; si la placenta está unida, no se debe retirar hasta que los sistemas de infusión estén operacionales, los líquidos hayan sido administrados, la anestesia y los agentes tocolíticos se hayan iniciado. (Cunningham, FG. Gant, NF. Leven, . Gilstrap, L. Hauth., J. Wenstrom K. Hemorragia Obstétrica. Williams Obstetricia. 21° edición. Montevideo, Uruguay. 2001. 547-568)

MANIOBRA DE LA JERINGA (para extraer el pezón invertido): Con el uso de una jeringa plástica a la cual se le retirado la punta (donde se empata la aguja) se introduce el émbolo en reversa (para que no haya zonas cortantes en contacto con la aréola). Se coloca la jeringa sobre el pezón invertido y se realiza presión negativa; de esta manera, con la jeringa colocada en el pezón invertido o con dos jeringas si ambos pezones están invertidos), se corrige esta dificultad mediante jornadas prolongadas en el día y repetidas durante el embarazo, antes que ocurra el nacimiento. El pezón invertido impide la lactancia normal y por tanto favorece la mastitis por retención de leche. // Es importante que el diagnóstico de la inversión de los pezones se haga tempranamente en el embarazo, pues la corrección mencionada con la maniobra de la jeringa toma varias semanas.

MANIOBRA DE LA POSICIÓN EN CUATRO PATAS: Ver Maniobra de Gaskin

MANIOBRA DE MARTIN-WIGAND-SMELLIE(para el parto en presentación de pelvis): 1. Es una maniobra para la extracción de la cabeza última, una vez se ha expulsado el cuerpo del feto en el parto con presentación de pelvis. Consiste en la presión sobre la pelvis, con la mano extendida o con el puño a nivel del hipogastrio, una vez ha sido expulsado o extraído el cuerpo del feto. Al mismo tiempo que se hacen otras maniobras como la aplicación del fórceps de Piper, o la maniobra de Bracht, o la maniobra de Mauriceau, se favorece la expusión de la cabeza retenida con esta maniobra que no tendría efecto sobre el fondo uterino sino en la pelvis materna, donde está la cabeza fetal. // 2. Es una maniobra para el parto de nalgas, se definen 3 tiempos:1. Introducción de la mano en la cavidad uterina, mientras la otra se sitúa sobre el fondo uterino.2. Identificación de los miembros inferiores del feto y toma de ambos pies.3. Tracción de los mismo, lo que provocara versión propiamente dicha. a) El operador introduce la mano en la vagina previamente lubricada con los dedos en forma de cono y se procede a rechazar la presentación en forma suave y a romper la bolsa si no lo estaba. b) La parte que se presenta es rechazada hacia una de las fosas ilíacas y la mano continúa penetrando por delante del abdomen fetal reconociendo los muslos fetales las rodillas y a partir de allí los pies fetales mientras la mano externa sujeta el fondo uterino para evitar tracción excesiva sobre los medios de fijación del útero. c) Localizados los pies fetales se les toma entre los dedos de las manos y se traccionan con suavidad hacia abajo. Si no se consigue descender ambos pies se introduce la mano en el útero para buscar al otro y descenderlo .d) Cuando exteriorizamos un pie sabremos que es el correcto “buen pie” al verificar que el dedo gordo es el más posterior o el más próximo a la horquilla vulvar e) Luego de tomar ambos pies calzándolos entre los dedos índice, medio y anular se traccionan hacia abajo en el eje del estrecho superior en dirección a los pies del operador mientras la mano externa simultáneamente desplaza el polo cefálico hacia arriba. f) La versión se ha completado cuando la rodilla fetal alcanza la vulva, una vez logrado esto que el cuerpo fetal esté en situación longitudinal se sigue con la gran extracción pelviana.(Dumont M. The sabbatical year of a young French gynecologist-obstetrician in 1880.J Gynecol Obstet Biol Reprod (París), 1989;18(4)427-34)

MANIOBRA DE MAURICEAU(para el parto en presentación de pelvis): Maniobra empleada para lograr el nacimiento de la cabeza fetal en el parto vaginal en presentación de pelvis. Consiste en colocar los dedos índice y medio de una mano en el maxilar superior fetal, para flexionar la cabeza, mientras que el cuerpo permanece sobre la palma y el antebrazo del operador con las piernas fetales montando el antebrazo. Se colocan los dedos índice y medio de la otra mano sobre los hombros fetales y se efectúa una tracción hacia abajo hasta que aparece la región suboccipital por debajo de la sínfisis púbica; posteriormente se eleva el cuerpo hacia el abdomen materno y se logra la extracción de la cara fetal y por último nace el occipucio. El obstetra parisiense François Mauriceau practicó esta maniobra por primera vez en 1721, posteriormente el obstetra escocés William Smellie (1697-1763) describió un procedimiento similar. Por último el obstetra alemán Aloys Constantin Conrad Gustav Veit (1824-1903) re-dirigió la maniobra en Alemania; por esta razón se conoce esta maniobra con el nombre de Mauriceau-Smellie-Veit. (Vidaeff, A. Breech Delivery before and alter the Term Breech Trial. Clinical Obstetrics and Gynecology. 2006; 49: 198 – 210) // Ver Mauriceau François.// Ver Smellie William // Ver Veit Aloys.

MANIOBRA DE MAURICEAU-SMELLIE-VEIT. Ver Maniobra de Mauriceau

MANIOBRA DE McROBERTS (para la retención de hombros): Consiste en la flexión de los muslos sobre la pelvis, para rectificar la curva de Carus, lo cual facilita la extracción del feto que ha hecho retención de hombros. La maniobra de McRoberts no agranda los diámetros de la pelvis, pero facilita la expulsión del feto en estos casos. Esta maniobra también es útil en los casos en que la visualización del cérvix es difícil durante una especuloscopia o durante la realización de un procedimiento en el cuello.

MANIOBRA DE MÜLLER-HILLIS (para diagnóstico de la DCP): 1. Debe su nombre a los aportes que hicieron al diagnóstico de la desproporción céfalo-pélvica(DCP), en el siglo XIX los Drs. Peter Müller, obstetra de Berna(Suiza) y David S. Hillis, obstetra de la Northwerstern University de Chicago(EU).// 2. Es una manera de predecir una distocia del parto por desproporción céfalo-pélvica. Se presiona el fondo uterino durante una de las contracciones del trabajo de

parto, con el propósito de evaluar el grado de descenso de la cabeza fetal en la pelvis materna. Si la cabeza no desciende un poco en ese momento, se sospecha una DCP, condición que se debe corroborar con el cálculo del peso fetal por ecografía, con la altura uterina, con la evaluación de la forma de la pelvis femenina, etc.(Dumont M. The sabbatical year of a young French gynecologist-obstetrician in 1880.J Gynecol Obstet Biol Reprod (París), 1989;18(4)427-34)

MANIOBRA DE PRAGA(para el parto en presentación de pelvis): Es una maniobra empleada para el nacimiento de la cabeza fetal en las presentaciones de pelvis. Se emplea cuando la espalda del feto no logra rotar hacia la cara anterior de tal forma que el mentón fetal queda dirigido hacia la sínfisis púbica. Cuando esto ocurre se colocan los dedos índice y medio de una mano sobre los hombros fetales mientras que la otra mano lleva los pies del feto hacia el abdomen materno. De esta manera se permite el nacimiento de la cabeza fetal empezando por el occipucio y terminando en el mentón. (Vidaeff, A. Breech Delivery before and after the Term Breech Trial. Clinical Obstetrics and Gynecology. 2006; 49: 198 – 210)

MANIOBRA DE RAMÍREZ-MERCHÁN(para el parto distócico): Consiste en la rotación de la cabeza que tiene variedad posterior (OIP y ODP), con fórceps o con espátulas de Velazco. Se va rotando la cabeza hasta que la sutura lambdoidea se aproxima al ángulo subpúbico. Esta variedad se llama OP (occípito-púbica),es decir, la variedad de presentación se hace anterior. El nombre de la maniobra fue dado en honor del profesor Rafael Ramírez Merchán, catedrático de la Universidad Nacional de Colombia. //Bibliog: Descripción personal hecha por el Dr Ramírez-Merchán al primero de los autores.//Dadas las ventajas que tiene la cesárea sobre esta maniobra, es muy poco utilizada en la actualidad.

MANIOBRA DE RINTGEN(para protección del periné en el parto): Esta es una maniobra recomendada por el obstetra alemán Ferdinand von Rintgen(1787-1867) que tiene como principal objetivo acelerar, y en cierta forma conducir la salida de la cabeza fetal en el último momento del periodo expulsivo. En el momento en que la cabeza distiende la vulva y el periné (durante una

contracción) lo suficiente como para abrir el introito vaginal hasta un diámetro de 5 cm o mayor, se puede utilizar una mano y una compresa para ejercer presión hacia adelante sobre el mentón del feto a través del periné inmediatamente por delante del cóccix. El obstetra protege el periné en el espacio que queda entre la cabeza fetal y el triángulo perineal posterior (región anal) de la materna. Se puede aprovechar esta maniobra para proteger la vagina y el periné de un eventual desgarro por la expulsión del feto.

MANIOBRA DE RUBIN (para corregir la retención de hombros en el parto): **1**. Puesto que los hombros de feto están uno al lado derecho y el otro al lado izquierdo de la madre, se deben llevar uno hacia el pubis y el otro hacia el coxis de la madre. Con una mano se presiona el hombro del feto para hacerlo rotar, con la otra mano se presiona el hipogastrio materno para desimpactar el feto // **2.** Se incluyen dos maniobras. En la primera los hombros del feto son llevados de un lado a otro aplicando fuerza sobre el abdomen. Si esta maniobra no tiene éxito, la mano pelviana llega hasta el hombro más fácilmente accesible que es empujado hacia la superficie anterior del tórax, lo que determina la abducción de ambos hombros. Esto a su vez produce un menor diámetro hombro a hombro y el desplazamiento del hombro anterior desde atrás de la sínfisis pubiana. (Cunningham, FG. Gant, NF. Leven, K. Gilstrap, L. Hauth., J. Wenstrom K. Distocia: Presentación, Posición y Desarrollo Anormales del feto. Williams Obstetricia. 21° edición. Montevideo, Uruguay: Editorial Panamericana. 2001: 390 - 402) / En la maniobra de Rubin la presión es aplicada en la superficie posterior del hombro más accesible para inducir abducción de los hombros disminuyendo el diámetro biacromial hasta en un 20%. Rubin también describe presión suprapubiana oblicua adicional para facilitar la desimpactación del hombro anterior. (Gherman RB. Shoulder Dystocia: an evidence-based evaluation of the obstetric nightmare. Clinical Obstetrics and Gynecology. 2002. Volume 45, Number 2, 345-362)

MANIOBRA DE SAMMARTINO: Ver Maniobra ano-parieto-abdominal de Sammartino.

MANIOBRA DE SELLICK: Es la maniobra que consiste en la presión cricoidea que evita la distensión gástrica por el aire insuflado durante las maniobras de

ventilación y comprime el esófago para evitar el fenómeno de bronco-aspiración. Se realiza en la prominencia por debajo de la membrana cricotiroidea utilizando los dedos medio y pulgar, dejando el dedo índice para estabilizar la tráquea. La fuerza adecuada está establecida en 40 newton que semeja la fuerza necesaria para sentir dolor al apretar el puente nasal. En la paciente embarazada la maniobra de Sellick debe ser realizada de forma permanente hasta que se logre aseguramiento de la vía aérea con un dispositivo endotraqueal. Si no se realiza adecuadamente la maniobra, se produce regurgitación del contenido gástrico y paso a la vía aérea de material gástrico, produciéndose el Síndrome de Mendelson. (Whitty, J. Maternal Cardiac Arrest in Pregnancy. Clinical Obstetrics and Gynecology. 2002; 45 (2): 377-392 / Mallampalli, A. Cardiopulmonary resuscitarion and somatic support of the pregnant patient. Critical Care Clinics. 2004: 20: 747-761)

MANIOBRA DE VALSALVA: Descrita a finales del siglo XVII por el médico y anatomista italiano Antonio María Valsalva (1666-1723), es la contención de la expiración al tiempo que se cierran la salida del aire por las vías naso-laríngeas. El resultado de este esfuerzo del aire que no puede salir, es el aumento de la presión dentro de la cavidad torácica, mecanismo que resulta de mucha utilidad para expulsar cuerpos extraños o moco de las vías aéreas al estornudar, toser, etc. De manera subsecuente, el aumento de la presión del tórax aplana el diafragma, lo cual aumenta la presión dentro de la cavidad abdominal. Por esta razón la maniobra de Valsalva se utiliza en esfuerzos abdominales como la defecación, el parto y el pujo o durante el examen de los celes. (Ducla-Soares JL.Wavelet analysis of autonomic outflow of normal subjects on head-up tilt, cold pressor test, Valsalva manoeuvre and deep breathing.Exp Physiol. 2007 Apr 27).

MANIOBRA DE WIGAND-MARTIN-SMELLIE(para el parto en presentación de pelvis): Ver Maniobra de Martin-Wigand-Smellie.

MANIOBRA DE WOODS (para corregir la retención de hombros en el parto): Rotación progresiva del hombro posterior en 90°, a la manera de un sacacorchos. Aunque la literatura dedicada a este tema menciona que la rotación es de 180°, realmente es de solo 90°, para colocar el eje de los

hombros en sentido anterior-posterior(un hombro en el pubis y otro en el coxis materno), luego que estaban en sentido de derecha a izquierda. Para veste giro solo se requieren 90°, pues de hacerlo en 180° se cambiaría un problema por otro igual.(Presentación, Posición y Desarrollo Anormales del feto. Williams Obstetricia. 21° edición permitiendo la liberación del hombro anterior impactado durante la distocia de hombros. (Cunningham, FG. Gant, NF. Leven, K. Gilstrap, L. Hauth., J. Wenstrom K. Distocia. Montevideo, Uruguay: Editorial Panamericana. 2001: 390 - 402)

MANIOBRA DE ZANGERMEISTER (para diagnóstico de la DCP): Lleva este nombre en honor al Dr. Wilhelm Zangemeister, ginecólogo alemán(1871-1930) que la ideó. Consiste en hacer un tacto vaginal y comparar la cavidad pelviana respecto al tamaño de la circunferencia craneana. Si evidentemente la cabeza es más grande que esta cavidad, se diagnostica desproporción céfalo-pélvica. Evaluación del tamaño de la cabeza fetal cuando se encuentra cerca de la pelvis, con el propósito de diagnosticar una desproporción céfalo-pélvica. Esta maniobra es un complemento de las maniobras de Leopold, por lo cual es también llamada quinta maniobra de Leopold. (Zink, Christoph. Pschyrembel Klinisches Worterbuch. Diccionario Pschyrembel de Ginecologia y Obstetricia. Walter de Gruyter: Berlín – Nueva York. 1ª ed. 1988, pág. 291.)

MANIOBRA DE ZAVANELLI(para la retención de hombros no resuelta)**:** Debiera llamarse Maniobra de Gunn, pues fue realmente el Dr. David Gunn quien la ideó en 1976, cuando era residente de Gineco-Obstetricia en la Universidad de Vandervilt. Fue publicada en un libro de la Universidad de Stanford, por un profesor que asumió que el autor era el Dr. William Angelo Zavanelli(quien era profesor voluntario en Stanford) , quien la había mencionado en una conferencia. (Eugene C. Sandberg:The Zavanelli maneuver extended: progression of a revolutionary concept. American Journal of Obstetrics and Gynecology, St. Louis, 1988, 158: 1347.) // **1**. Es la devolución de la cabeza fetal a la pelvis materna, en el feto obstruido que ha nacido parcialmente, cuya cabeza ha salido de la vagina, pero el cuerpo ha quedado atascado.// **2**. Consiste en la reubicación cefálica en la pelvis y ulterior parto por cesárea. La primera parte de la maniobra consiste en retornar la cabeza a la posición de occipito anterior u occipito posterior si ha rotado desde

una de estas posiciones. El segundo paso consiste en flexionar la cabeza y empujarla lentamente de nueva hacia la vagina, después de lo cual se realiza la cesárea. Para permitir la relajación del útero se administra Terbutalina SC.// En la maniobra de Zavanelli, la cabeza es rotada a la posición de prerrestitución y posteriormente flexionada. Una presión constante es usada para restituir la cabeza en la vagina y posteriormente se realiza la operación cesárea. Esta maniobra está asociada con complicaciones maternas y fetales como parálisis de Erb, paresia de extremidades inferiores, daño cerebral, cuadriplejía, parálisis cerebral y muerte neonatal, así como ruptura uterina con requerimiento de histerectomía, ruptura vaginal, laceración del segmento uterino inferior e infección uterina. (Gherman RB. Shoulder Dystocia: an evidence-based evaluation of the obstetric nightmare. Clinical Obstetrics and Gynecology. 2002. Volume 45, Number 2, 345-362)

MANIOBRA DE ZWEIFEL, (para tratar la hemorragia por atonía uterina): Compresión de la zona ístmica del útero, con ambas manos (desde la pared abdominal y por vía vaginal), para controlar el sangrado uterino causado por atonía uterina.

MANIOBRA DEL NACIMIENTO DEL HOMBRO POSTERIOR: Maniobra empleada durante la distocia de hombros que consiste en deslizar suavemente el brazo posterior del feto por delante del pecho, seguido del parto del brazo correspondiente. Luego la cintura escapular se rota hasta uno de los diámetros oblicuos de la pelvis y después se produce el parto del hombro anterior. (Cunningham, FG. Gant, NF. Leven, K. Gilstrap, L. Hauth., J. Wenstrom K. Distocia: Presentación, Posición y Desarrollo Anormales del feto. Williams Obstetricia. 21° edición. Montevideo, Uruguay: Editorial Panamericana. 2001: 390 - 402) / En esta maniobra la mano del clínico pasa dentro de la vagina por detrás del hombro posterior hasta llegar a la fosa antecubital. Posteriormente realiza presión en la fosa para lograr la flexión del codo, el brazo fetal pasa por delante de su pecho y luego se induce su nacimiento. La rotación del tronco fetal para llevar el brazo posterior a anterior es usualmente requerido. La principal complicación de esta maniobra en la fractura del húmero. (Gherman RB. Shoulder Dystocia: an evidence-based evaluation of the obstetric nightmare. Clinical Obstetrics and Gynecology. 2002. Volume 45, Number 2,

345-362). Maniobra descrita por Gonik y col en 1983 y denominada así en homenaje a William McRoberts. La maniobra consiste en sacar las piernas de los estribos y flexionarlas fuertemente sobre el abdomen. (Cunningham, FG. Gant, NF. Leven, K. Gilstrap, L. Hauth., J. Wenstrom K. Distocia: Presentación, Posición y Desarrollo Anormales del feto. Williams Obstetricia. 21° edición. Montevideo, Uruguay: Editorial Panamericana. 2001: 390 - 402) // La maniobra de McRoberts permite la rectificación del recto con respecto a la columna lumbar y la rotación cefálica de la sínfisis púbica; aumenta intensidad y amplitud a la contracción uterina y adiciona 31 Newtons a las fuerzas auxiliares maternas. (Gherman RB. Shoulder Dystocia: an evidence-based evaluation of the obstetric nightmare. Clinical Obstetrics and Gynecology. 2002. Volume 45, Number 2, 345-362).

MANIOBRA PARA LA DISTOCIA DEL HOMBRO POSTERIOR: Maniobra empleada durante la distocia de hombros que consiste en deslizar suavemente el brazo posterior del feto por delante del pecho, seguido del parto del brazo correspondiente. Luego la cintura escapular se rota hasta uno de los diámetros oblicuos de la pelvis y después se produce el parto del hombro anterior. (Cunningham, FG. Gant, NF. Leven, K. Gilstrap, L. Hauth., J. Wenstrom K. Distocia: Presentación, Posición y Desarrollo Anormales del feto. Williams Obstetricia. 21° edición. Montevideo, Uruguay: Editorial Panamericana. 2001: 390 - 402) / En esta maniobra la mano del clínico pasa dentro de la vagina por detrás del hombro posterior hasta llegar a la fosa antecubital. Posteriormente realiza presión en la fosa para lograr la flexión del codo, el brazo fetal pasa por delante de su pecho y luego se induce su nacimiento. La rotación del tronco fetal para llevar el brazo posterior a anterior es usualmente requerido. La principal complicación de esta maniobra en la fractura del húmero. (Gherman RB. Shoulder Dystocia: an evidence-based evaluation of the obstetric nightmare. Clinical Obstetrics and Gynecology. 2002. Volume 45, Number 2, 345-362). Maniobra descrita por Gonik y col en 1983 y denominada así en homenaje a William McRoberts. La maniobra consiste en sacar las piernas de los estribos y flexionarlas fuertemente sobre el abdomen. (Cunningham, FG. Gant, NF. Leven, K. Gilstrap, L. Hauth., J. Wenstrom K. Distocia: Presentación, Posición y Desarrollo Anormales del feto. Williams Obstetricia. 21° edición.

Montevideo, Uruguay: Editorial Panamericana. 2001: 390 - 402) // La maniobra de McRoberts permite la rectificación del recto con respecto a la columna lumbar y la rotación cefálica de la sínfisis púbica; aumenta intensidad y amplitud a la contracción uterina y adiciona 31 Newtons a las fuerzas auxiliares maternas. (Gherman RB. Shoulder Dystocia: an evidence-based evaluation of the obstetric nightmare. Clinical Obstetrics and Gynecology. 2002. Volume 45, Number 2, 345-362).

MANIOBRAS PARA CORREGIR LA RETENCIÓN DE HOMBROS: Es la manipulación de la posición materna, de la rotación del cuerpo fetal y de la posición del hombro fetal accequible, que tiene por objetivo la extracción del cuerpo fetal que se encuentra obstruido por más de un minuto dentro de la madre, luego de la expulsión de la cabeza fetal. Las principales maniobras son la de Mc-Roberts (enderezamiento del eje de la curva de Carus, mediante la flexión forzada de ambos muslos sobre la pelvis, con la madre acostada en decúbito dorsal), la maniobra de Woods (rotación del hombro posterior con la mano del obstetra, hasta colocar el hombro a nivel del coxis materno, con un giro de 90° mediante presión a manera de sacacorchos), la maniobra de Gaskin (poner a la madre en cuatro patas, apoyada en las manos y las rodillas), la maniobra de Rubin (con una mano se presiona el hombro fetal para hacerlo rotar y con la otra mano se rechaza la presentación fetal en el hipogastrio materno para desimpactar el feto). Cuando ninguna maniobra es eficaz, se debe extraer el feto por cesárea, para lo cual se recurre a la maniobra de Zabanelli, que es la reposición de la cabeza dentro de la pelvis materna, para facilitar la extracción del feto por vía abdominal. (Cunningham, FG. Gant, NF. Leven, K. Gilstrap, L. Hauth., J. Wenstrom K. Distocia: Presentación, Posición y Desarrollo Anormales del feto. Williams Obstetricia. 21° edición. Montevideo, Uruguay: Editorial Panamericana. 2001: 390 - 402). Ver los detalles de cada maniobra en orden alfabético.

MARCADOR TUMORAL: **1.** Los marcadores tumorales son sustancias, antigénicas o no, producidas por células tumorales y con expresión en sangre, fluidos o tejidos en cantidad suficiente para su determinación. Pueden tener utilidad en la detección, diagnóstico, pronóstico y tratamiento de diferentes procesos neoplásicos, según su sensibilidad, especificidad y valores

predictivos. Son pocos los que se comportan como marcadores ideales, por lo que sólo un escaso número se utiliza en la práctica clínica// **2.** Un marcador tumoral es una sustancia proteica que aparece por primera vez o aumenta su concentración en sangre durante un proceso maligno. El marcador tumoral ideal es aquel que aumenta proporcionalmente con la gravedad del tumor, que disminuye cuando el proceso maligno mejora y que desaparece cuando el tumor es completamente erradicado. En la actualidad se investigan numerosos marcadores pero los más aceptados en oncología ginecológica son el Ca-125 (para tumores epiteliales malignos del ovario.Se eleva también en procesos inflamatorios del peritoneo), la sub-unidad beta de la gonadotropina coriónica (para seguimiento del coriocarcinoma; en las no embarazadas es útil para carcinoma de células embrionarias); Deshidrogenasa láctica (para Disgerminoma); Alfa-fetoproteína(para detección de tumores del seno endodérmico). // **3.** Es cualquier sustancia de carácter bioquímico que se asocia a la presencia de un tumor y que puede identificarse y medirse en los diferentes fluidos biológicos. Este tipo de sustancias y moléculas derivadas de la actividad celular puede corresponder a enzimas, hormonas, proteínas, etc. El valor clínico de un marcador tumoral depende de su utilidad clínica, sensibilidad y especificidad, de tal manera que pueda ser empleado en el proceso de diagnóstico y monitorización de la enfermedad así como factor pronóstico o de riesgo. Las condiciones ideales de un marcador tumoral son: 1) Que sea una estructura bioquímica: hormona, enzima, proteína, oncogen,etc 2) Que sea producido por el propio tumor o como reacción del huésped a ese tumor 3) Que pueda ser detectado y medido en los diferentes fluidos biológicos 4) Que tenga elevada sensibilidad y especificidad, de manera que genere muy pocos falsos positivos y sobre todo muy pocos falsos negativos 5) Que sea producido por el tumor desde etapas muy tempranas de su proceso para facilitar el diagnóstico temprano 6) Que la cantidad de marcador producido sea proporcional al volumen de masa tumoral, de tal forma que se pueda estadificar el proceso neoplásico antes de la intervención 7) Que la cantidad de marcador producido esté relacionado con el grado de agresividad de la enfermedad, pronóstico de la misma, respuesta al tratamiento y aparición precoz de recidivas. Las condiciones descritas de “marcador tumoral ideal” no se cumplen para ninguna sustancia conocida; en la mayoría de los casos de patología neoplásica

ovárica, la especificidad del marcador es baja e incluso sólo se eleva en un porcentaje discreto en tumores en estadíos precoces. (Gagnon, A. Ye, B. Discovery and application of protein biomarkers for ovarin cancer. Current Opinion in Obstetrics and Gynecology. 2008; 20: 9-13) // Shinglenton HM,Fowler WC,Jordan JA,Lawrence WD. Gynecologic oncology. Current diagnosis and treatment. W Saunders,London. 1996 p. 153)

MARCADOR TUMORAL ACIDO LISOFOSFATÍDICO: Es un marcador tumoral asociado con la invasión de la matriz extracelular en el cáncer de ovario. Las concentraciones séricas del ácido lisofosfatídico se encuentran elevadas en el 96% de las pacientes con cáncer de ovario, 90% en estadío I. Los estudios que evalúan la utilidad de este marcador tumoral en neoplasia ovárica se encuentran en curso. (Nucci, M. Castrillon, D. Biomarkers in diagnosis obstetrics and gynecology pathology. Advances in Anatomic Pathology. 2003; 10 (2): 55-68)

MARCADOR TUMORAL ALFA-FETO PROTEÍNA: Es una glucoproteína oncofetal empleada como marcador tumoral en pacientes con tumores de células germinales de origen testicular, extragonadal y ovárico. En tumores ováricos una elevación en los niveles de alfa-feto proteína detecta en forma típica pacientes con tumores del seno endodérmico y carcinomas embrionarios; es importante realizar la correlación clínica para la solicitud del marcador tumoral, puesto que los tumores de células germinales del ovario se presentan en mujeres menores de 20 años. Estos tumores representan el 5% de los cánceres de ovario y constituyen dos terceras partes de las neoplasias malignas en mujeres jóvenes. (Nucci, M. Castrillon, D. Biomarkers in diagnosis obstetrics and gynecology pathology. Advances in Anatomic Pathology. 2003; 10 (2): 55-68)

MARCADOR TUMORAL ANTÍGENO CARCINOEMBRIONARIO: Es una glucoproteína oncofetal descubierta en 1965 en pacientes con cáncer de colon. Los niveles séricos del marcador se elevan principalmente en pacientes con adenocarcinomas de colon y recto bien diferenciados. El valor normal es 5 mg/ml. En tumores de ovario, el antígeno carcinoembrionario se eleva en tumores epiteliales y tumores de células germinales, principalmente

disgerminomas en el cual también se encuentra elevada la LDH. Sin embargo, este marcador tumoral no es específico de tumores ováricos y puede estar elevado en otros tumores de origen epitelial como carcinoma de mama, pulmón, estómago o páncreas. (Nucci, M. Castrillon, D. Biomarkers in diagnosis obstetrics and gynecology pathology. Advances in Anatomic Pathology. 2003; 10 (2): 55-68)

MARCADOR TUMORAL Ca 125: Es una glucoproteína (mucina) que se produce en diferentes epitelios, y por tanto no es un antígeno específicamente tumoral, por lo cual puede estar elevado tanto en procesos benignos como malignos del tejido donde se origina. Entre las pruebas diagnósticas en ginecología es considerado el marcador tumoral más fiable para el carcinoma de ovario en su variedad epitelial serosa. El Ca125 se eleva en el 80% de las pacientes con cáncer de ovario; la sensibilidad reportada para los estadíos tempranos es del 50% en estadío I y del 90% en estadío II. Sin embargo, la especificidad del marcador es limitada; se ha planteado que un incremento en los niveles séricos al doble en 6 meses, permite aumentar su especificidad para detectar cáncer de ovario a un 99.9%. Es importante tener en cuenta que la detección precoz del cáncer de ovario implica la correlación entre hallazgos ecográficos sugestivos de malignidad y Ca125 elevado. Posterior al tratamiento quirúrgico las concentraciones séricas del Ca125 disminuyen, de tal forma que se presenta como una herramienta importante para la monitorización de la respuesta al tratamiento y la detección precoz de recidivas. El Ca 125 también puede elevarse en otras condiciones no tumorales como enfermedad pélvica inflamatoria, endometriosis, leiomiomas, cirrosis etc. La principal utilidad clínica del CA-125 reside en el seguimiento clínico de las pacientes con carcinoma de ovario tras la remisión clínica completa para la detección precoz de recidiva, aunque hay otros tumores malignos que pueden cursar con CA-125 elevado (endometrio, cérvix, pulmón, hígado, vías biliares, páncreas, gastrointestinales, riñón, linfoma, etc.). Hay diferentes procesos benignos que pueden cursar con elevaciones falsamente positivas del marcador CA-125 como las patologías hepáticas (cirrosis, hepatitis crónica, hepatitis granulomatosa), procesos con afectación de serosas (derrame pleural, derrame pericardico, tuberculosis peritoneal, síndrome de Meigs, colagenosis, etc.), patología ginecologica no

maligna (endometriosis, salpingitis, miomas, quistes y tumores benignos de ovario, etc.), procesos fisiológicos del endometrio (primer trimestre del embarazo, postparto y menstruación), sarcoidosis, colitis, diverticulitis, pancreatitis y tras los tres primeros meses de cirugía abdominal. El valor normal se encuentra entre 0 – 35 U/ml. Las indicaciones para realizar Ca 125 son: screening de cáncer de ovario en mujeres postmenopáusicas con masa ovárica, seguimiento post-tratamiento de cáncer de ovario, evaluación de recidiva o progresión del cáncer de ovario. (Hersem, B. Serum CA-125 in relation to adnexal dysplasia and cancer in women at hereditary high risk of ovarian cancer. J Clin Oncol. 2007;25 (11):1383-9 // 2- Lopez Gomez, M., Lopez Ruz, M. A. Y Jimenez Alonso, J. Elevación del marcador tumoral CA-125 en un aspergiloma pulmonar. *An. Med. Interna (Madrid)*. 2005, vol. 22, no. 10, pp. 504-505).

MARCADOR TUMORAL Ca 19.9: El Ca 19.9 es una glicoproteína que se encuentra elevada en el 83% de los tumores ováricos mucinosos. El hecho de que este marcador presente una elevada sensibilidad para los tumores mucinosos, lo hace ideal para evaluarlo en forma conjunta con el Ca 125. La sensibilidad para el diagnóstico de cáncer de ovario en mujeres mayores de 50 años con la medición conjunta del Ca125 y el Ca 19-9 es del 93%. El punto de corte es 40 U/ml. (Nucci, M. Castrillon, D. Biomarkers in diagnosis obstetrics and gynecology pathology. Advances in Anatomic Pathology. 2003; 10 (2): 55-68)

MARCADOR TUMORAL GONADOTROPINA CORIÓNICA HUMANA: Es una glucoproteína compuesta por dos subunidades: alpha y beta, que pueden ser empleadas como marcadores tumorales. La subunidad beta es inmunológicamente diferente a otras hormonas, estableciendo su utilidad como marcador tumoral. Sus niveles séricos se elevan en pacientes con tumores de células germinales de origen gonadal y extragonadal pero también en otras neoplasias epiteliales malignas como carcinoma de mama, pulmón, vejiga y tumores gastrointestinales. La B-HCG se eleva invariablemente en el coriocarcinoma embrionario y en tumores mixtos con sincitiotrofoblasto que usualmente afectan a mujeres jóvenes y en forma unilateral. (Nucci, M.

Castrillon, D. Biomarkers in diagnosis obstetrics and gynecology pathology. Advances in Anatomic Pathology. 2003; 10 (2): 55-68)

MARCADORES TUMORALES Ca 15.30 y Ca 72.4: Son antígenos que se elevan en procesos neoplásicos ováricos, especialmente serosos, aunque el Ca 72.4 se eleva en forma importante en tumores mucinosos. Permiten la evaluación de la progresión tumoral, detección de recidivas en forma similar al Ca125, sin embargo, el Ca125 presenta mayor sensibilidad y se eleva en forma más precoz. De lo anterior se concluye que la evaluación concomitante de Ca 19.9, Ca 15.30 y Ca 72.4 no aporta beneficios adicionales para la detección y seguimiento del carcinoma de ovario comparado con la medición de Ca125. El punto de corte para el Ca 15.30 es 30 U/ml y el punto de corte para el Ca 72.4 es 3.5 U/ml. (Schutter, E. Davelaar, E. The differential diagnostic potential of a panel of tumor marker (Ca 125, Ca 15.3 and Ca 72.4 antigens) in patients with pelvic masss. Am J Obstet Gynecol. 2002; 187 (2): 385-392)

MARSUPIA: Formación sacular que tienen los animales mamíferos de la infraclase metaterios. En el interior de la marsupia los críos deben completar su desarrollo agarrados a las mamas de la madre. Existen 270 especies de marsupiales entre Australia y América (el diablo de Tasmania, al canguro, el oso Koala, la zarigüeya, el wombat, etc). En cirugía ginecológica se menciona la marsupia por comparación cuando a una bolsa llena de pus, suero o moco, se le realiza una boca y se suturan “sus labios” para impedir que se vuelva a llenar del líquido que contenía.(Koala: Australia’s endearing marsupial. Reed Books Pty, Ltd (1987).

MARSUPIALIZACIÓN: 1. Procedimiento quirúrgico que se utiliza para drenaje del absceso de la glándula de Bartholin, que ha adquirido las características de una bolsa llena de material mucoso o de aspecto purulento. Consiste en realizar una abertura en la glándula afectada y fijar los bordes con una sutura para evitar la recidiva del absceso en los siguientes días. La boca en la glándula dilatada le da aspecto de una bolsa o marsupia que recuerda la formación sacular de los animales marsupiales donde llevan sus críos. Convertir la glándula dilatada en una marsupia le da el nombre de marsupialización a esta cirugía. Una de las técnicas con las cuales se logra

este objetivo es mediante la eversión y fijación de los bordes de la boca, hecha mediante corte por la cara mucosa de la hemivulva. // **2.** Corresponde a la técnica quirúrgica para el manejo y drenaje de quistes abscesos de la glándula de Bartholin. El procedimiento permite evitar la extirpación completa de la glándula y preservar la función de lubricación vaginal. El procedimiento se realiza bajo anestesia local, regional o general. Se realiza una incisión vertical, con forma de cuña, en la mucosa vaginal por encima del quiste y por fuera del anillo del himen. Se abre la pared del quiste y se drena; se evierte el revestimiento del quiste y se aproxima a la mucosa vaginal a través de puntos separados de material absorbible cromado 2/0 en los extremos de la incisión. El 10-15% de los quistes recurren después del procedimiento como consecuencia del cierre o fibrosis secundaria. (Downs, MC, Randall, HW Jr. The ambulatory surgical management of Bartholin duct cysts. J Emerg Med 2005; 7:623)//

MASTADENITIS: Ver Mastitis.

MASTALGIA: 1. Es el dolor percibido en una o ambas mamas debido a procesos fisiológicos como el ciclo menstrual o secundario a enfermedades de estos órganos. // **2.** Hace referencia al dolor mamario. Corresponde a un síntoma y se considera la causa más común de consulta por patología mamaria, en el 52% de los casos. De acuerdo a las características se clasifica en Mastalgia Cíclica y Mastalgia No Cíclica. Representa gran angustia en las pacientes por la relación que ellas establecen con cáncer de mama, sin embargo, múltiples estudios han encontrado muy baja asociación entre dolor mamario y cáncer. El diagnóstico se realiza por medio de historia clínica y examen físico. El tratamiento se realiza de acuerdo a la condición diagnosticada y sólo el 5% de las pacientes requiere manejo médico. (Peters, F. Multicentre study of gestrinone in cyclical breast pain. Lancet 1992; 339:205)// Sinónimos: Mastodinia, Mamalgia.

MASTALGIA CÍCLICA: Corresponde al dolor mamario que se presenta relacionado con el ciclo menstrual; usualmente se presenta en el período previo a la menstruación, con duración promedio de 5-7 días y mejora con la llegada del período menstrual. El dolor se describe como punzante, bilateral,

usualmente en los cuadrantes superiores de la mama; de manera ocasional presenta irradiación a la axila y parte interna del brazo. La mastalgia cíclica se considera fisiológica y un porcentaje muy pequeño de pacientes el dolor es incapacitante que amerita manejo médico. La edad promedio de presentación es 30 años y es infrecuente en la menopausia. (Peters, F. Multicentre study of gestrinone in cyclical breast pain. Lancet 1992; 339:205)

MASTALGIA NO CÍCLICA: Corresponde al dolor mamario que no tiene relación con el ciclo menstrual. Se presenta tanto en mujeres pre-menopáusicas como post-menopáusicas, con un promedio de edad de 45 años. El dolor usualmente es referido como punzante o urente, localizado en un punto específico, unilateral y de menor intensidad que el dolor cíclico. En la mayoría de los casos la mastalgia no cíclica es idiopática o puede ser secundario a condiciones como fibroadenomas, quistes mamarios o ectasia ductal, entidades que deben descartarse antes de iniciar manejo médico. Adicionalmente es importante descartar asociación con costo-condritis o síndrome de Tietze. El diagnóstico se realiza con una adecuada historia clínica realizando la caracterización del dolor mamario; si el examen físico documenta masa mamaria, el siguiente paso es estudio citológico; si no se documenta masa y la paciente es mayor de 35 años se indica mamografía. Una vez se descarta cáncer, se debe instruir a la paciente de la condición fisiológica que presenta y realizar manejo del dolor con anti-inflamatorios. (Santen, RJ, Mancel, R. Benign breast disorders. N Engl J Med 2005; 353:275)

MASTATROFIA: Hace referencia a la atrofia de la glándula mamaria. La principal causa de mastatrofia es la pérdida tanto de tejido graso como de tejido glandular mamario. Esta condición es fisiológica durante el periodo de menopausia asociado a la disminución en los niveles hormonales de estrógenos. Sin embargo, en la vida reproductiva, se puede presentar este fenómeno como consecuencia de una dieta insuficiente, baja en proteínas, y asociado a una pérdida súbita e importante de peso; esta circunstancia usualmente corresponde a casos de anorexia nerviosa severa. Clínicamente, las mamas tienen el aspecto de las mamas seniles, ya que al perder el tejido de sostén, se tornan ptósicas, y al perder tejido adiposo y glandular, se aplanan; usualmente la piel no se retrae en la misma proporción y adquiere un

aspecto rugoso y seco. El tratamiento consiste en corrección de la patología de base, aumento de peso y recuperación nutricional; sin embargo, en ocasione es necesario el uso de terapia hormonal con estrógenos exógenos y en casos severos, se requiere implante quirúrgico para recuperar el volumen mamario. (Mansel, R. Benign breast disease. Practitioner 2002; 236:830.)

MASTITIS: Es la inflamación de una o ambas mamas. Suele ocurrir durante la lactancia, como consecuencia de la infección bacteriana de los conductos galactóforos, pero puede ocurrir por fuera de la alactancia, aunque con menor frecuencia (Rasmussen LB, Hansen DH, Kaestel P, Michaelsen KF, Friis H, Larsen T. Milk enzyme activities and subclinical mastitis among women in Guinea-Bissau. Breastfeed Med. 2008 Dec;3(4):215-9).

MASTITIS AGUDA: Corresponde a un proceso inflamatorio agudo de la mama caracterizado por una reacción exudativa secundaria a la presencia e infección por microorganismos patógenos usualmente de tipo bacteriano. La mama es vulnerable a infecciones bacterianas a partir de grietas o fisuras en los pezones; en general, las bacterias causantes de las mastitis agudas son *S. Aureus* y en menos frecuencia, *streptococo*. La mayor frecuencia de mastitis aguda se presenta en el periodo de lactancia, usualmente en pacientes con primer embarazo, aproximadamente 2 semanas después del parto; en frecuencia se presentan las mastitis agudas derivadas de traumatismos secundarios a ciertas actitudes sexuales. La mastitis agudas se clasifican en dos grandes grupos: mastitis aguda lactacional o puerperal y mastitis aguda no lactacional. El diagnóstico se realiza clínicamente con la documentación de cambios inflamatorios locales como edema, calor, rubor, eritema, dolor a la palpación. El tratamiento consiste en manejo antibiótico cubriendo principalmente gérmenes gram (+) y medidas locales con calor; usualmente el tratamiento es ambulatorio, sin embargo, si se sospecha la presencia de colección purulenta o absceso está indicado la realización de ecografía mamaria y el drenaje del mismo. (Foxman, B, D'Arcy, H, Gillespie, B, et al. Lactation mastitis: occurrence and medical management among 946 breastfeeding women in the United States. Am J Epidemiol 2002; 155:103)

MASTITIS AGUDA DE LA LACTANCIA: Ver Mastitis puerperal.

MASTITIS AGUDA NO LACTACIONAL: Corresponde a un proceso inflamatorio agudo de la mama que se presenta en periodos de la vida diferentes al puerperio. De acuerdo a la edad de presentación se clasifica en dos grupos: mastitis aguda neonatal y mastitis aguda del adolescente o del adulto. La mastitis aguda neonatal se presenta por estímulo endocrino materno que ingurgita la mama del recién nacido con producción de leche, condición que favorece la infección; es más frecuente en recién nacidos masculinos. La mastitis aguda aguda no lactacional del adolescente o del adulto se presenta más frecuentemente en mujeres entre los 35 y 40 años, usualmente nulíparas; dentro de las vías de infección se han descrito la vía hematógena, la diseminación de abscesos de estructuras cutáneas cercanas, sobreinfección de lesiones previas, traumatismos cerrados con formación de hematomas y cuerpos extraños. Usualmente los gérmenes implicados en la infección son anaerobios como bacteroides por lo que se recomienda dentro del manejo antibiótico el uso de antibacterianos que incluyan anaerobios en su espectro de acción como metronidazol o clindamicina. (Santen, RJ, Mancel, R. Benign breast disorders. N Engl J Med 2005; 353:275).

MASTITIS CRÓNICA: Es un proceso inflamatorio crónico de la mama caracterizado por la formación de un tejido de granulación rico en fibroblastos y macrófagos, con fenómenos exudativos en la fase de exacerbación. La etiología se encuentra en abscesos mamarios tratados en forma inadecuada o incompleta ya sea quirúrgicamente o médicamente. Las manifestaciones clínicas incluyen la presencia de una induración dolorosa, irregular, profunda, fija, con adherencias a piel y en ocasiones asociación con adenopatías axilares; la piel se presenta tensa, enrojecida y en el curso de sus fluctuaciones puede drenar y fistulizar en forma repetida. Por la evolución lenta del proceso en muchas ocasiones semeja una neoplasia maligna. El tratamiento incluye cultivo y antibiograma de la secreción con eventual debridamiento y biopsia en casos de dudas. (Santen, RJ, Mancel, R. Benign breast disorders. N Engl J Med 2005; 353:275)

MASTITIS DE CÉLULAS PLASMÁTICAS: Corresponde a un proceso inflamatorio crónico de la mama con gran compromiso del estroma mamario. La patología fue descrita inicialmente por Kessler y Wolloch, en 1972, y

posteriormente por Adair, en 1933. Histológicamente se caracteriza por la presencia de un infiltrado denso y difuso de células plasmáticas en las estructuras ductales y el estroma mamario; también la presencia de células gigantes y pocos linfocitos. Se considera que esta condición puede ser una respuesta irritativa a la liberación de material lipídico de los conductos, sin embargo, la etiología no está totalmente definida. Las manifestaciones clínicas incluyen masa mamaria, dolor mamario, eritema, calor loca, en menor medida, se describe la formación de abscesos y fístulas. El diagnóstico se realiza por estudio histopatológico obtenido usualmente por biopsia trucut de la lesión mamaria. El tratamiento consiste en manejo anti-inflamatorio y antibiótico ante la sospecha de infección asociada; se describe también el uso de corticoides en esquema prolongado o extirpación quirúrgica de la lesión si el proceso persiste o recidiva. (Barrero, R. Benavides, A. Mastitis granulosa idiopática y mastitis de células plasmáticas: experiencia de tres años. Rev Chil Obstet Ginecol. 2005; 70 (5): 323 – 327)

MASTITIS GIGANTE: Inflamación uni ó bilateral de las mamas en la cual el volumen resultante es exageradamente grande. Ocurre casi siempre durante la lactancia. (Summers TA Jr, Lehman MB, Barner R, Royer MC. Lupus mastitis: a clinicopathologic review and addition of a case. Adv Anat Pathol. 2009 Jan;16(1):56-61).

MASTITIS GRANULOMATOSA: Es una patología caracterizada por inflamación crónica granulomatosa de la mama asociada con necrosis caseosa. Se presenta en mujeres en edad fértil especialmente alrededor de los 30 años de edad y en la mayoría de los casos se relaciona con antecedente de eventos obstétricos o lactancia. Se caracteriza clínicamente por la presencia de una masa mamaria definida asociado a hipersensibilidad mamaria, usualmente compromete el cuadrante superior externo y asociado con linfadenopatía axilar en la mitad de los casos. Usualmente la paciente refiere como antecedente diagnóstico de mastitis que no responde al tratamiento antibiótico. Generalmente estas masas no están asociadas con trauma, infección o cuerpo extraño. Se han planteado varias teorías para su desarrollo que incluyen procesos autoinmunes, reacción inmune local o etiología hormonal teniendo en cuenta su relación con uso de DIU; ninguna de estas teorías ha sido

confirmada. El diagnóstico se realiza por la presencia de cambios inflamatorios crónicos en la mama, asociado a hallazgos mamográficos que incluyen lesiones hipoecoicas regulaes o masas lobuladas, distorsión del parénquima mamario con engrosamiento de la piel y densidad mamaria asimétrica e incrementada. La confirmación diagnóstica se realiza con estudio histopatológico. Las opciones de tratamiento incluyen cirugía con resección del tejido comprometido o terapia farmacológica con corticosteroides y analgésicos. (Bani, K. Yaghan, R. Matalka, I. Idiopathic Granulomatous Mastitis: time to avoid unnecessary mastectomies. The Breast Journal. 2004; 10: 318 – 322).

MASTITIS PUERPERAL: La inflamación mamaria de origen infeccioso que aparece durante el puerperio inmediato o mediato. También conocida como mastitis aguda puerperal, corresponde a un proceso inflamatorio agudo de la mama secundario a infección bacteriana, que se presenta en el periodo de puerperio, usualmente en el primer mes. Se han documentado tres vías de infección: Canalicular (a través de los conductos excretores, conductos galactóforos y grietas del pezón, favorecidas por la retención de secreciones), Linfática (a través de erosiones y grietas del pezón adicional a heridas y excoriaciones de la piel de la mama), Hemática (diseminación hematógena de bacterias). Clínicamente se presenta induración dolorosa progresiva de la mama, extensión variable, signos de inflamación como edema, calor, rubor, eritema, fiebre y documentación de adenopatías axilares. En estadios iniciales de la infección, el tratamiento consiste en calor seco local, extracción de leche y antibioticoterapia; si no se trata la infección en esta fase, progresa y evoluciona en 48 horas a una colección de material purulento conocida con el nombre de Absceso Mamario con destrucción de conductos, lobulillos y estroma mamario. (Foxman, B, D'Arcy, H, Gillespie, B, et al. Lactation mastitis: occurrence and medical management among 946 breastfeeding women in the United States. Am J Epidemiol 2002; 155:103). Sinónimo: mastitis aguda lactacional.

MASTODINIA: Hace referencia al dolor mamario. De manera fisiológica se presenta usualmente justo o pocos días antes de la menstruación. Se considera secundario a los cambios hormonales que se presentan al final de la

fase lútea del ciclo menstrual. La mastodinia se clasifica en dos grandes grupos: cíclica o no cíclica. La mastodinia cíclica es usualmente fisiológica, asociada a la menstruación, en forma bilateral, generalmente más intensa en los cuadrante supero-externos de las mamas y forma parte del síndrome disfórico pre-menstrual. La mastodinia no cíclica no tiene relación con el ciclo menstrual y puede ser secundaria a la presencia de lesiones mamarias como quistes o condición fibroquística de la mama o incluso forma parte de la sintomatología de lesiones de la pared torácica; sin embargo, no es usual que el dolor mamario sea secundario a patología tumoral. Usualmente el dolor es de baja intensidad, autolimitado; sin embargo, si el dolor es intenso o persistente se puede emplear el uso de fármacos como AINES, tamoxifeno o danazol. Sin: Mastalgia. (Smith, RL, Pruthi, S, Fitzpatrick, LA. Evaluation and management of breast pain. Mayo Clin Proc 2004; 79:353)

MASTOPATÍA: Es un término inespecífico para referirse a cualquier enfermedad que afecte una o ambas mamas. Perez P, Juan Antonio Y Carrasco L, Cristián. Mastopatía diabética: Un diagnóstico poco habitual. *Rev. Méd. Chile*, nov. 2003, vol.131, no.11, p.1305-1308.

MASTOPEXIA: Cirugía plástica en la cual se corrige la caida de las mamas. Una técnica para realizarla es mediante la fijación al músculo pectoral mayor. La mastopexia corrige la mastoptosis. (López, María Clara, El Gareh, Nouredine, Dubon, Olivier *Et Al*. Doughnut type quadrantectomy with mastopexy versus standard quadrantectomy in breast cancer: a prospective comparative study. *Rev. Colomb. Cir.*, Jan./Mar. 2006, vol.21, no.1, p.39-47)

MASTOPTOSIS: Descenso de los senos que se observa después de la lactancia prolongada, de adelgazamiento pronunciado o como consecuencia natural de la elongación de los tejidos que soportan los senos en la edad madura y en la vejez.

MASTORRAGIA: Salida de sangre por el pezón. La causa puede ser benigna o maligna. Matsunaga T, Misaka T, Hosokawa K, Taira S, Kim K, Serizawa H, Akiyama H, Fujii M. Intraductal approach to the detection of intraductal lesions of the breast. Breast Cancer Res Treat. 2008 Oct 10.

MASTURBACIÓN: Estimulación erógena de los órganos genitales que en el caso femenino se realiza excitando el clítoris o cualquiera de las estructuras vulvares y vaginales de manera digital o mediante el uso de elementos casi siempre sólidos.

No se conoce el origen del término pero podría venir del griego mezea, pene y de turba, excitación. Aunque el autoestímulo se realiza con mayor frecuencia como una práctica individual y solitaria, puede serlo como una variante sexual en pareja. (Ellis, Havelock (1927), Studies in the Psychology of Sex (3rd edition), Volume I,; Auto-Erotism: A Study of the Spontaneous Manifestations of the Sexual Impulse; Studies in the Psychology of Sex, v. I, by Havelock Ellis *at* Project Gutenberg*).*Sinónimo: autoerotismo.

MASTURBACIÓN MUTUA: Estimulación manual hecha por la pareja uno al otro, como parte de la relación sexual

MAURICEAU FRANÇOIS: (1637-1709). Médico francés nacido en París donde recibió su entrenamiento como obstetra en el Hôtel-Dieu. Se identifica a Mauriceau más como un cirujano que como un doctor en medicina; sin embargo sus observaciones y aportes al conocimiento de la pelvis femenina, a la anatomía fetal y a las técnicas para atender los partos complicados, lo hicieron un líder en obstetricia de su época. Por estos méritos fue ascendido a la categoría de Prévot, que equivalía a la categoría actual de decano de la facultad, en el Collegium en el Saint-Côme.de París. Su convencimiento de que los instrumentos secretos inventados por la familia Chamberlain para atender los partos difíciles le pertenecían a la humanidad, lo hizo mantener serio rechazo hacia estos médicos que utilizaron los fórceps con más criterio comercial que humanitario. Su libro *Traité des maladies des femmes grosses et accouchées,* publicado en Paris en el año 1668, mostraba su experiencia en el diagnóstico y tratamiento de las mujeres embarazadas. Este libro elevó la obstetricia a la calidad de disciplina basada en la ciencia. Los aportes en este campo lograron la aceptación de los obstetras europeos, por lo cual fue traducido a numerosos idiomas. Su siguiente libro *Observations sur la grossesse et l'accouchement des femmes et sur leur maladies, et celles des enfans nouveau-nés (*Paris, 1695), era una colección de historias clínicas que

mostraban sus conocimientos y habilidades para resolver problemas del embarazo y parto. Allí se mencionaba su experiencia en el manejo del embarazo ectópico, presentación de frente, manejo de la placenta previa y utilidad de la amniocentesis para acelerar el trabajo de parto. Se crearon en este libro las palabras fourchette (horquilla vulvar), fossa navicularis(fosa navicular) y pudendo(como sinónimo de vulva). El éxito profesional de Mauriceau llevó a Hug Chamberlain a ofrecerle en venta los fórceps secretos que había inventado. Con base en su primer libro se editó en el año 1700 el libro *Aphorismes touchant la grossesse, l'accouchement, les maladies et les autres indispositions des femmes,* publicado en París y Ámsterdam. La obstetra alemana más famosa del siglo XVII, Justine [Dittrichin] Siegmundin (1650-1705), publicó en 1690 el libro *Die Chur-Brandenburgische Hoff-Wehe-Mutter.,* basado en los libros de Mauriceau. Ojo falta la bibliografía

MAURICEAU, FRANÇOIS: Ver François Mauriceau.

MAYER-ROKITANSKY-KUSTER-HAUSER SINDROME: Corresponde a un síndrome que se caracteriza por aplasia vaginal o uterina aislada. La incidencia de este síndrome es de 1/4000 hasta 1/20000 recién nacidos femeninos. Este trastorno resulta de un defecto de fusión en el seno urogenital y la placa vaginal. Estas pacientes tienen cariotipo 46XX y tienen por lo menos 1 ovario funcional; las características sexuales secundarias son normales con ausencia congénita de vagina e hipoplasia o aplasia uterina. Aproximadamente el 16% de las pacientes tienen anomalías urinarias (agenesia renal ipsilateral) o esqueléticas (síndrome de Klippel-Feil: acortamiento de vértebras cervicales). (Cramer, DW. Vaginal agenesis: Mayer-Rokitansky-Kuster-Hause Syndrome. Mol Hum Reprod. 1996; 2:145-148).

McCALL, CIRUGÍA: Ver Cirugía de McCall

McDONALD, CIRUGIA: Se trata de una técnica quirúrgica diseñada en 1957 por este autor con el propósito de corregir la incompetencia cervical, para evitar los efectos adversos perinatales tales como: Ruptura Prematura de membranas,-Prolapso de membranas fetales por vagina, Parto pretérmino o Muerte fetal.El cuello del útero se tira hacia el cirujano y manipulado con un anillo o dos pinzas en la parte anterior y posterior de los labios. Una aguja con

sutura no absorbible material de sutura (por ejemplo, al menos el número 1 o 2 de polipropileno, poliéster, nylon o trenzado), se añade a las 12 horas, en lo más alto posible en el cruce de la mucosa vaginal y el buen cuello uterino. De cuatro a seis puntos se toman circularmente alrededor de todo el cuello uterino en un bolso-cadena de moda, cada punto debe ser lo suficientemente profunda para ampliar a medio camino en el estroma cervical, pero no en el canal endocervical Los dos extremos de la sutura luego se ataron con seguridad y corte, dejando los extremos el tiempo suficiente para captar con una pinza Kelly a la hora de quitarla.(Troncoso R., Fernando, Cardone P., Ximena, Rondini F-D., Carlos *et al*. Embarazo Ectópico Cervical: Diagnóstico Y Tratamiento Conservador Con Cerclaje Cervical. Rev. chil. obstet. ginecol., 2005, vol.70, no.4, p.257-260).

McINDOE, CIRUGÍA: Ver Cirugía de McIndoe

MEGA-CISTERNA MAGNA (del feto): Corresponde a una de las entidades que forma parte del complejo malformativo de Dandy-Walker y se caracteriza por la presencia de cisterna magna aumentada de tamaño con integridad del cerebelo y cuarto ventrículo. El diagnóstico de mega-cisterna magna se realiza con una documentación ultrasonográfica del diámetro antero-posterior de esta cisterna mayor a 10 mm. (Mohanty, A. Biswas, A. Treatment options for Dandy-Walker malformation. J Neurosurg. 2006;105:348-56)

MEGALENCEFALIA (del feto): Consiste en la presencia de un cerebro fetal anormalmente grande. Puede ser una entidad aislada o puede acompañar a otras anomalías como el síndrome de Beckwith-Wiedemann, acondroplasia, neurofibromatosis y esclerosis tuberosa. Cuando se acompaña de leucodistrofia se denomima Síndrome de van der Knaap.El desarrollo intelectual de los fetos comprometidos puede ser normal o superior, pero también puede cursar con retraso mental. El diagnóstico se realiza ante al presencia de una circunferencia cefálica aumentada, sin evidencia de hidrocefalia o masas intracranealas. (Cafici,D. Mejides, A. Sepúlveda, W. Ultrasonografía en obstetricia y diagnóstico prenatal. Sistema Nervioso Fetal: evaluación mediante ultrasonido. Buenos Aires, Argentina. Ediciones Journal. 2003. p 207-236).

MEGA-URÉTER FETAL: Consiste en una dilatación ureteral anormal en ausencia de dilatación vesical, con o sin dilatación de la pelvis renal fetal. Esta malformación es más común en el sexo masculino con una relación H:M de 9:1. Dentro de las causas se encuentran: obstrucción del sistema urinario fetal por debajo del uréter, usualmente en la unión vesico-ureteral, reflujo vesico-ureteral o idiomática. Esta malformación puede asociarse con otras malformaciones del tracto urinario como agenesia renal unilateral, riñón ectópico y doble sistema colector renal. El diagnóstico ultrasonográfico prenatal se basa en la presencia de estructuras anecoicas tubulares intra-abdominales, de recorrido tortuoso que se encuentra entre la vejiga y el riñón. En general el pronóstico es favorable, siempre y cuando no se produzca falla renal con desarrollo de oligohidramnios. (Damen-Elias, HA, De Jong, TP, Stigter, RH, et al. Congenital renal tract anomalies: outcome and follow-up of 402 cases detected antenatally between 1986 and 2001. Ultrasound Obstet Gynecol 2005; 25:134)

MEGA-VEJIGA FETAL: Corresponde al obstrucción del sistema urinario fetal a nivel de la uretra. Representa el 10% de todas las malformaciones del tracto urinario fetal. Como consecuencia de la obstrucción, la vejiga se dilata anormalmente, aumentado su tamaño y produciendo compresión de los órganos intraabdominales vecinos, elevación del diafragma y comprometiendo la función renal. De esta manera, el pronóstico depende del desarrollo de falla renal e hipoplasia pulmonar secundarios. La obstrucción ureteral se produce por condiciones patológicas como valvas uretrales posteriores, agenesis uretral, estenosis uretral y persistencia cloacal; también puede presentar megavejia sin obstrucción uretral como el caso del síndrome de megavejiga, microcolon, hipoperistaltismo intestinal. En el 10-20% de los fetos se presenta descompresión vesical espontánea, produciendo urinomas. El manejo in útero de esta malformación incluye tres opciones: derivación vesico-amniótica mediante catéteres, cirugía abierta o cistoscopia fetal percutánea. (DH, Rhoades, T, Poe, SA, et al. Incidence and severity of vesicoureteral reflux in children related to age, gender, race and diagnosis. J Urol 2003; 170:1548)

MEINS, SOLUCIÓN UROLÓGICA: Solución de cloruro de sodio en agua al 0,9% con pH: 5,5 utilizada para irrigación y separación de las paredes de la cavidad uterina durante la histeroscopia.

MEIOSIS: Es un tipo especial de división celular que sólo se lleva a cabo en células germinativas. Durante la gametogénesis ocurren dos divisiones meióticas. Las células germinales diploides originan gametos haploides (espermatozoos y oocitos). La primera división meiótica suele denominarse división de reducción, debido a que se reduce el número de cromosomas del diploide (Gr. doble) al haploide (Gr. único) por la formación de pares de cromosomas homólogos en la profase y su segregación en la anafase. Los pares durante la profase y a continuación se separan en la anafase, con un representante de cada par que migra hacia cada polo. Los cromosomas homólogos son pares de cromosomas de un tipo que se heredan uno de cada padre. En esta etapa, son cromosomas de cromátide doble. Los cromosomas X y Y no son homólogos pero tienen segmentos homólogos en las puntas de sus brazos cortos. Sólo se aparean en esas regiones. Hacia el final de la primera división meiótica, cada nueva célula que se formo (espermatocito u oocito secundario) tiene el número de cromosoma haploide (cromosomas de cromátide doble) es decir, la mitad de la cifra de cromosomas de la célula precedente (espermatocito u oocito primario). Esta separación o disyunción de pares de cromosomas homólogos es la base física de la segregación, la separación de genes alélicos durante la meiosis. La segunda división meiótica es consecutiva a la primera sin una interfase normal, esto es, sin una etapa intermedia de replicación de DNA. Cada cromosoma se divide y cada mitad o cromátide migra hacia un polo diferente; en consecuencia, se conserva el número haploide de cromosomas (23) y cada célula hija que se formó en la meiosis tiene un número haploide de cromosomas, con un representante de cada par de cromosomas (ahora un cromosoma de cromátide única). La segunda división meiótica es similar a una mitosis usual, excepto que el número de cromosomas de la célula que penetra en la segunda división meiótica es haploide.

MELANOMA VAGINAL: Corresponde a una variante histológica del carcinoma de vagina que se origina en los melanocitos de la mucosa vaginal en la áreas

de melanosis o hiperplasia melanocítica atípica. La edad promedio de presentación es de 58 años con rango entre 22 y 83 años. Macroscópicamente se presentan como lesiones pigmentadas color negro-azul o café oscuro tipo masa, placa o ulceración, usualmente localizadas en el tercio distal de la pared vaginal anterior. Es un carcinoma con alto potencial de malignidad, con tasa de sobrevida a cinco menor del 20%. (Grigsby, PW. Vaginal cancer. Curr Treat Options Oncol 2002; 3:125)

MELANOMA VULVAR: Corresponde a un subtipo de carcinoma vulvar que representa el 5% de todos los casos. Es el segundo carcinoma de la vulva más frecuente; puede ser melanótico o amelanótico y ambas líneas celulares pueden observarse en el tumor primaria y en las metástasis. El melanoma de vulva es un carcinoma de vulva altamente agresivo y la extensión metastásica se produce incluso cuando el tumor primario es pequeño. Si el melanoma alcanza niveles basales del epitelio, se presente una disminución significativa de la supervivencia. Se ha planteado que la disección en bloque de los ganglios linfáticos inquinales y/o pélvicos con vulvectomía radical es el tratamiento óptimo para lesiones que alcancen niveles profundos. (Sugiyama, VE, Chan, JK, Shin, JY, et al. Vulvar melanoma. Obstet Gynecol 2007; 110:296)

MELASMA *("*Máscara del embarazo*").* Se presenta con una frecuencia de un 50 a 70% en mujeres embarazadas y de un 5 a 34% en mujeres no embarazadas que reciben anticonceptivos orales. Existe predisposición genética racial, presentándose con mayor frecuencia en mujeres de tez oscura y en su génesis se plantea la influencia hormonal y la importancia de la exposición a la luz solar. Desde el punto de vista histológico se clasifica por el sitio de depósito del pigmento melánico en melasma epidérmico, m. dérmico y m. mixto. Por lo general el color es marrón uniforme y de distribución circunscrita o diseminada. Se evidencian tres patrones clínicos:1-- Patrón centro-facial: el de mayor frecuencia, localizado en pómulos, labio superior, nariz, frente y barbilla.2-- Patrón malar: localizado en mejillas y región nasal.3-- Patrón mandibular: localizado en ramas mandibulares. La melanosis epidérmica remite, no ocurre así con la melanosis dérmica que puede persistir en un tercio de mujeres por varios años. Los anticonceptivos orales pueden

agravar el cuadro en mujeres susceptibles, si bien los niveles de estos no son lo suficientemente elevados para iniciarlo. Estudios en mujeres no embarazadas que usaban anticonceptivos orales y presentaron melasma no mostraron niveles aumentados de MSH. (Vásquez B, Vásquez AJ. Piel Y Embarazo. Medunab 2002; 5(14):83-94] Vol. 5 Número 14 - Agosto De 2002.Pagina 85-86).

MELLIZOS IDÉNTICOS: Ver Gemelos monoovulares

MELLIZOS: Ver Gemelos bi-ovulares.

MEMORIA DE LA SUTURA QUIRÚRGICA: Es la tendencia del material de sutura a volver a su configuración inicial luego de deformarse o anudarlo. El material de sutura que posee mucha memoria intenta regresar a su forma original y por lo tanto, no sostiene bien el nudo. (Bennet, RG. Selection of wound clousure materials. J Am Acad Dermatol. 2004; 68: 742)

MENACMA: (gr. Menós, mes y Acmé, el punto más alto). Es el periodo más productivo en la mayoría de las actividades relacionadas con la capacidad física de la mujer, que coincide con la etapa fértil, demarcada por la presencia de las menstruaciones. // Periodo de la vida que coincide con la vida fértil o con la actividad menstrual. Sinónimo: Periodo de la Vida fértil (en la mujer).

MENALGIA: (gr, Menós, mes y Algia, dolor): Dolor durante la menstruación. (Salvat Editores. Diccionario terminológico de ciencias médicas. Salvat, Barcelona, 1978)

MENARCA: Ver Menarquia

MENARQUIA (Gr.*menós*, mes y *Arché*, comienzo): Es la aparición de la primera menstruación. Generalmente ocurre durante la pubertad, rara vez durante la infancia o durante la edad adulta. En la serie de Tanner de Inglaterra, la edad promedio de la menarca fue de 13.46 ±. 46 años con límites de 9 - 16 años. En el estudio de Zacharias y Wurtman, la edad promedio de la primera menstruación en estudiantes de enfermería en Estados Unidos fue de 12.6 ± 1.2 años. El National Health Examination Survey calculó la edad promedio de la menarquia en 12.7 años (12.8 años para las niñas de raza

blanca y 12.5 años para las niñas de raza negra). Herman y Giddens reportaron que entre los 12 y 13 años de edad, 35% de niñas de raza blanca y 62% de las afroamericanas ya habían empezado a menstruar. La mayoría de las jóvenes ya tienen desarrollo mamario y vello púbico Tanner 4 en el momento de iniciar sus menstruaciones. Frisch elaboró un nomograma para pronosticar la edad de la menarca con base en la talla y el peso entre los 9 y 13 años de edad conforme a su observación de que la misma se relaciona con un peso corporal crítico (un promedio de 46 a 47 Kg. en la mayoría de las niñas norteamericanas y europeas); el porcentaje de grasa corporal constituye el factor determinante. De acuerdo con esta teoría, se necesita un mínimo de 17% de grasa del peso corporal para que comiencen los ciclos menstruales y un mínimo de 22% para mantener los ciclos ovulatorios regulares. Las niñas con maduración temprana o tardía comienzan su pico de crecimiento de la adolescencia con un peso aproximado de 30 Kg. La reducción aparente en la edad de la menarca desde fines del siglo XIX hasta mediados del siglo XX se atribuye a la mejoría del aporte nutricional. Las gimnastas, bailarinas de ballet y corredoras de grandes distancias con reducción del peso y del porcentaje de grasa corporal, a menudo sufren retrasos importantes del desarrollo, de la menarquia y de sus ciclos menstruales, sobre todo cuando el entrenamiento comenzó durante los años previos a la pubertad. ***//*** Es un término que hace referencia a fecha en que aparece el primer periodo menstrual. Esto indica el comienzo de la capacidad reproductiva. El desarrollo de las características sexuales secundarias se asocia a desarrollo mamario, aparición del vello púbico y axilar y aumento de la estatura. El estirón de la pubertad produce un incremento de la estatura de 8 a 9 cm anuales durante unos dos años. El comienzo de la menstruación se produce entre los 10 y 16 años de edad en la mayoría de las mujeres de países desarrollados. Los primeros ciclos suelen ser anovulatorios y su duración es muy variable. Suelen ser indoloros y se presentan sin previo aviso. Hacia los 6 años después de la menarquia, el 80 por ciento de los ciclos son ovulatorios, y más del 95 por dento a los 12 años. La menarquia es el principal marcador psicológico de la transición de la infancia a la edad adulta; su impacto depende en gran parte de la educación que se ofrezca a las niñas / Sinónimos: Menarca, Menarquía, Menofanía. (Buffet, C.

Bouchad, P. The Normal Human Menstrual Cycle. Reviews in Endrocrine and Metabolic Disorders. 2002; 3: 173-183) // Sinónimo: Menarca

MENARQUIA PRECOZ: Es la aparición de la primera menstruación en una niña de 8 años o menos, sin otros signos de desarrollo de la pubertad. En niñas con menarquia precoz las concentraciones de LH y FSH basales y después de administrar GnRH se encuentran dentro de los límites prepuberales, aunque su respuesta al estímulo experimental con GnRH es mayor que en las niñas normales. Esto hace suponer que la menarquia precoz es ocasionada por alguna alteración en la maduración del eje hipotálamo-hipófisis-ovario, con una secreción mayor de FSH e hipersensibilidad periférica a las hormonas sexuales, de manera similar a como ocurre en la telarquia precoz. Este trastorno seguramente representa una respuesta semejante pero menos común que la telarca precoz a la producción transitoria de estrógenos en los ovarios. Algunas niñas prepúberes exhiben una hemorragia uterina con duración de unos cinco días, una sola vez o en ciclos durante varios meses, sin otros datos de efecto estrogénico. Blanco García y colaboradores observaron que la concentración de estradiol es mucho mayor que la de las niñas prepúberes sanas y también descubrieron un incremento de menstruaciones aisladas en los últimos meses del año. Es importante realizar un minucioso examen genital a la niña, pues el sangrado pudiera deberse a un cuerpo extraño genital, trauma, abuso sexual, lesiones vasculares vaginales sangrantes, infecciones, etc.// (Rees M. The age of menarche.ORGYN. 1995;(4):2-4)| Ibanez L, Jimenez R, de Zegher F. Early puberty-menarche after precocious pubarche: relation to prenatal growth.Pediatrics. 2006 Jan;117(1):117-21.Sinónimo: Menarca precoz.

MENARQUIA TARDÍA: Es la aparición de la primera menstruación en una joven de 16 años o más, pero menor de 17 años y 11 meses. A la edad límite de 18 años la ausencia de menstruación suele denominarse amenorrea primaria. Sólo tres de cada 1.000 niñas experimenta la menarca después de los 15 años y medio. Las causas más frecuentes de la menarquia tardía son:1-Antecedentes familiares hereditarios: Edad de la menarca entre las mujeres de la familia y fertilidad de hermanas, madre, abuelas y tías (algunos trastornos familiares comprenden falta de sensibilidad a los andrógenos, hiperplasia

suprarrenal congénita y algunas variedades de disgenesia gonadal); antecedente de tumores ováricos como el gonadoblastoma y antecedente de enfermedades endocrinas autoinmunitarias como tiroiditis y enfermedad de Addison. 2-Trastornos neonatales: ingestión materna de hormonas, como andrógenos o progestágenos, en dosis altas que pueden ocasionar clitoromegalia; antecedentes maternos de abortos, peso al nacimiento, anomalías congénitas, linfedema (síndrome de Turner) y problemas neonatales que sugieran hipopituitarismo como hipoglucemia. 3-Cirugías, radioterapia o quimioterapia previa. 4-Trastornos sistémicos crónicos que se acompañan de diarrea, cefalea, síntomas neurológicos, cambios de peso, desórdenes de la alimentación, actividad sexual, medicamentos, abuso de sustancias, tensión emocional, deportes de competencia e hirsutismo. 5-Edad en que comienza el conjunto de características propias de la pubertad y velocidad del desarrollo. 6-Velocidad de incremento de la talla, según los estándares correspondientes. (Rees M. The age of menarche.ORGYN. 1995;(4):2-4) // Sinónimo: Menarca tardía.

MENARQUIA TARDIA CON VIRILIZACION E HIRSUTISMO: El hirsutismo progresivo o virilización, o ambos, acompañados de menarca tardía es raro. Las pacientes con amenorrea e hirsutismo casi siempre padecen síndrome de ovarios poliquísticos o hiperplasia cortical suprarrenal congénita (congenital adrenocortical hyperplasia ó CAH). Cuanto el comienzo del hirsutismo es repentino quizá se trate de un tumor. Las pacientes con virilización verdadera son las menos y se puede tratar de un síndrome de ovarios poliquísticos (polycystic ovary syndrome,, PCO), CAH tardía, tumor ovárico o suprarrenal, disgenesia gonadal mixta, alguna variedad incompleta de insensibilidad androgénica, deficiencia de la 5a-reductasa,disgenesia gonadal (con virilización) o hermafroditismo verdadero. Es indispensable realizar una exploración física detallada para establecer el desarrollo mamario y la presencia de un aparato genital femenino normal. La CAH clásica casi siempre se caracteriza por virilización del recién nacido femenino con tendencia a perder sal, o sin ella. Sin embargo, en algunos casos hay un bloqueo leve de la síntesis de los esteroides suprarrenales (21-hidroxilasa, deshidrogenasa de 3β-hidroxiesteroide o deficiencia de 11β-hidroxilasa) y se manifiesta por

clitoromegalia o hirsutismo en la pubertad. Algunas enfermas acuden con pubarquia precoz, menarquia tardía, oligomenorrea o hirsutismo. En los casos de deficiencia de 11β-hidroxilasa quizá haya también hipertensión.

MENO-METRORRAGIA: (Gr, Meno, mensual y Metro, uterino)**.**Ciclos menstruales caracterizados por el sangrando menstrual cada mes en cantidad abundante, más sangrado intermenstrual abundante. (Hatasaka, H. The evaluation of Abnormal Uterina Bleeding. Clin Obstet Gynecol. 2005; 48: 258-273

MENOPAUSIA ARTIFICIAL: La menopausia artificial deriva de una intervención médica que reduce o detiene la secreción hormonal de los ovarios. Estas intervenciones incluyen la cirugía, para extirpar los ovarios o para reducir su irrigación, y la quimioterapia o la radioterapia sobre la pelvis (incluyendo los ovarios) para manejo del cáncer. (Shoupe, D. Brenner, P. Mishell, D. Menopause. Mishell´s Textbook of Infertility, Contraception, and Reproductive Endocrinology. Blackwell Science. Fourth edition. 1991. 415 – 443)

MENOPAUSIA PRECOZ: Ver Menopausia prematura.

MENOPAUSIA PREMATURA: La menopausia prematura o precoz es un trastorno en el que los ovarios pierden su función y la menstruación cesa antes de los 40 años. Se caracteriza bioquímicamente por niveles bajos de estrógenos asociado con niveles anormalmente altos de gonadotropinas, principalmente FSH, secundario a falla ovárica prematura. Las causas de menopausa prematura incluyen anomalías genéticas, en general de tipo cromosómico, y enfermedades autoinmunes con desarrollo de autoanticuerpos que alteran la función ovárica. (Shoupe, D. Brenner, P. Mishell, D. Menopause. Mishell´s Textbook of Infertility, Contraception, and Reproductive Endocrinology. Blackwell Science. Fourth edition. 1991. 415 – 443) // Sinónimo: Menopausia precoz.

MENOPAUSIA QUIRÚRGICA: 1. Es la menopausia que se produce como consecuencia de la extirpación del los ovarios o de la matriz, en una mujer en edad fértil.// **2.** Corresponde a la menopausia que se presenta como consecuencia de la extirpación de los ovarios, en una mujer en edad fértil. Aproximadamente el 60% de las pacientes con menopausia quirúrgica son

menores de 40 años. La principal causa de menopausia quirúrgica corresponde a la enfermedad inflamatoria pélvica complicada con absceso tubo-ovárico bilateral o unilateral recidivante; en segundo lugar, se encuentra la patología tumoral. La diferencia bioquímica entre la menopausia natural y la quirúrgica es que al suprimir de forma abrupta y total la función ovárica, la caída en los niveles estrogénicos es más brusca y se pierde la capacidad androgénica del ovario. Por lo anterior, no se logra la adaptación biológica orgánica y se genera sintomatología más crítica. El tratamiento consiste en terapia de reemplazo hormonal. (Hall, JE. Neuroendocrine physiology of the early and late menopause. Endocrinol Metab Clin North Am 2004; 33:637)

MENOPAUSIA TARDÍA: Corresponde a la menopausia que se presenta después de los 55 años de edad. Esta condición afecta aproximadamente al 7% de la población general y se relaciona con mayor riesgo de cáncer de mama y endometrio. Se considera que los factores que afectan la prolongación de presentación de la menopausia incluyen la multiparidad, edad del primer embarazo > 30 años, ciclos irregulares, práctica de lactancia materna y tabaquismo. En un estudio realizado en 682 mujeres se evaluó la duración del ciclo menstrual en relación con la edad de la menopausia y se observó que las pacientes que presentaron menopausia tardía, presentaban una duración mayor del ciclo menstrual, uno o dos años antes de la menopausia, comparado con las mujeres que tuvieron menopausia antes de los 50 años de edad. De esta manera es posible establecer que las pacientes con menopausia tardía, presentan ciclos prolongados durante su vida fértil y que ésta puede ser la causa de la prolongación del período reproductivo. (Guillén, M. Caballero, L. Factores que influyen en la edad de la menopausia natural. Rev Cubana Endocrinol. 2005; 8 (3): 217- -222)

MENOPAUSIA: (Gr, Menós, mes y Paûsis, suspensión): Es la última menstruación de la vida fértil. Establece el final de la capacidad procreadora.// Menopausia es el término médico que designa la fecha de la última menstruación en la vida de una mujer. La palabra deriva del griego *mens*, que quiere decir mensualmente, y Paûsis, que significa cese.).// La menopausia se establece de manera retrógrada, luego de 12 meses de amenorrea. La menopausia es una parte natural del proceso de envejecimiento debido a la

menor producción de las hormonas estrógenos y progesterona que se acompaña de la pérdida de la capacidad de reproducción. A diferencia de cuando se inicia la menstruación en la juventud, los cambios que conducen al cese de la función menstrual y al reajuste metabólico duran varios años que es el periodo que se denomina Climaterio. La edad promedio para que ocurra la menopausia son los 50 años, con límites que oscilan entre los 42 y 56 años. Los síntomas más evidentes del comienzo de la menopausia, en realidad de la perimenopausia, son las alteraciones del ritmo del ciclo menstrual (polimenorreas u oligomenorreas) o cambios en la cantidad de menstruación (por exceso o por defecto). Otros síntomas incluyen aumento de peso, sofocos o bochornos de calor bruscos, insomnio, sudor por las noches, sequedad vaginal, dolores articulares, fatiga, pequeñas pérdidas de memoria, molestias intestinales, sequedad en los ojos, picor en la piel, cambios de humor. (Shoupe, D. Brenner, P. Mishell, D. Menopause. Mishell´s Textbook of Infertility, Contraception, and Reproductive Endocrinology. Blackwell Science. Fourth edition. 1991. 415 – 443 (Devorah Grady Management of menopausal symptoms.. NEJM, Volume 355:2338-2347, Nov. 30, 2006, No 22.

MENOPÁUSICO, SÍNDROME: Durante el período anterior a la menopausia (técnicamente denominado climaterio, pero más recientemente llamado perimenopausia), puede que no haya síntomas o que éstos sean suaves, moderados o agudos. Los sofocos afectan al 75 por ciento de las mujeres. Durante un acceso de calor, la piel, en especial la de la cabeza y el cuello, se torna roja y caliente y la diaforesis puede ser intensa. Se pueden presentar síntomas psicológicos y emocionales como fatiga, irritabilidad, insomnio y nerviosismo pueden estar causados por la disminución de los estrógenos; también se puede presentar incontinencia urinaria, inflamación de la vejiga y de la vagina, y presentar dispareunia debido a la sequedad vaginal. (Shoupe, D. Brenner, P. Mishell, D. Menopause. Mishell´s Textbook of Infertility, Contraception, and Reproductive Endocrinology. Blackwell Science. Fourth edition. 1991. 415 – 443)

MENORRAGIA: (gr, meno, mes**)** Sangrado menstrual abundante > 80 ml, con duración normal, es decir, 6 +/- 2 días. (Hatasaka, H. The evaluation of Abnormal Uterina Bleeding. Clin Obstet Gynecol. 2005; 48: 258-273)

MENSTRUACIÓN: (latín, *menstruus*, mensual. **1**. Fenómeno fisiológico femenino, propio de la vida fértil, mediante el cual se elimina la capa caduca del endometrio, cuando no ha habido fecundación. El origen etimológico de esta función uterina lleva implícito su repetición cada mes.// **2.** La producción del fluido menstrual se encuentra relacionado de manera íntima con los cambios que se presentan en el endometrio durante el ciclo menstrual regulado por la producción de estrógenos y progesterona por el ovario; el endometrio sufre cambios cíclicos que involucran al epitelio y al estroma de soporte. El endometrio está conformado por tres capas: la capa basal, que no se descama durante la menstruación y sufre pocos cambios cíclicos, la capa esponjosa, capa intermedia, que sufre los mayores cambios por el influjo hormonal, y la capa compacta o capa superficial; las capas compacta y esponjosa manifiestan cambios drásticos a través de todo el ciclo y ambas son eliminadas durante la menstruación, por lo cual se les conoce como capa funcional. Los cambios que sufre el endometrio están divididos en dos fases: proliferativa y secretora. (Giudice, L. Biochemical events in the endometrium during the menstrual cycle and implantation. Mishell´s Textbook of Infertility, Contraception, and Reproductive Endocrinology. Blackwell Science. Fourth edition. 1991. 141-154). Sinónimos: Regla, catamenia, periodo

MENSTRUACIÓN ANOVULATORIA: La disfunción ovulatoria es un trastorno con múltiples manifestaciones clínicas de acuerdo a su etiología, pero generalmente se presenta con alteraciones del ciclo menstrual principalmente oligomenorreas y amenorreas, aunque también se puede presentar en pacientes con ciclos polimenorreicos. Para que la ovulación suceda se requiere una serie de eventos endocrinos perfectamente coordinados entre el eje hipotálamo – hipófisis – ovario; la ovulación es el evento final de un proceso complejo, por un lado gobernado por un sistema hormonal que transmite señales entre el sistema nervioso y el ovario, y por otro lado, por factores autocrinos y paracrinos que permiten coordinar las actividades secuenciales dentro del folículo seleccionado. Cualquier alteración en alguno de estos niveles puede conducir a la anovulación. (Lobo, R. The Menstrual Cycle. Mishell´s Textbook of Infertility, Contraception, and Reproductive

Endocrinology. Blackwell Science. Fourth edition. 1991. 124-141). / Sinónimo: Hemorragia uterina anormal anovulatoria.

MENSTRUACIÓN FASE PROLIFERATIVA: es la fase estrogénica del ciclo; el estroma endometrial prolifera volviéndose profusa y ricamente vascularizado. Bajo la influencia de estrógenos, las células del estroma y del epitelio proliferan rápidamente, las glándulas tubulares simples aumentan en número e inician la producción de moco. El endometrio aumenta en espesor por la actividad mitótica de las células hasta alcanzar aproximadamente 3 – 4 cm en la fase preovulatoria. (Giudice, L. Biochemical events in the endometrium during the menstrual cycle and implantation. Mishell´s Textbook of Infertility, Contraception, and Reproductive Endocrinology. Blackwell Science. Fourth edition. 1991. 141-154)

MENSTRUACIÓN, FASE SECRETORA: es la fase progestacional del ciclo, que ocurre después de la ovulación. Las grandes cantidades de progesterona producidas por el cuerpo lúteo inducen un cambio secretor del endometrio; las glándulas se vuelven más tortuosas, se aumenta el citoplasma de las células estromales, aumenta el depósito de lípidos, proteínas y glucógeno y el aporte sanguíneo del endometrio sigue incrementándose. Durante esta fase el endometrio alcanza un espeso aproximado de 5 – 6 cm. El objetivo de esta fase es la preparación del endometrio para la implantación del blastocisto. Si no ocurre fertilización, el descenso en los niveles de progesterona inducen la involución de la capa funcional, cesa el influjo sanguíneo y se produce isquemia y necrosis llevando a su descamación durante la menstruación. (Giudice, L. Biochemical events in the endometrium during the menstrual cycle and implantation. Mishell´s Textbook of Infertility, Contraception, and Reproductive Endocrinology. Blackwell Science. Fourth edition. 1991. 141-154)

MENSTRUACIÓN VICARIANTE: La que se produce en un órgano diferente al útero. Ocurre cuando hay focos de endometriosis en lugares lejanos a este órgano. El término vicariante en este caso significa que ocurre lo mismo pero en lugar distante. / Sinónimo: Menstruación suplementaria.

MESENCÉFALO: Corresponde a una de las tres vesículas cerebrales primarias que se forman a la semana seis de gestación y dan origen a las

estructuras cerebrales. El mesencéfalo no se divide y da origen al cerebro medio y el acueducto de Silvio. (Cafici,D. Mejides, A. Sepúlveda, W. Ultrasonografía en obstetricia y diagnóstico prenatal. Evaluación ultrasonográfica del primer trimestre de la gestación. Buenos Aires, Argentina. Ediciones Journal. 2003. p 16-41)

META-ANÁLISIS: Combinación estadística de los datos procedentes de varios estudios experimentales aleatorizados y controlados, con el objeto de facilitar la obtención de conclusiones que carecen de suficiente poder de manera individual. Ventajas: Este tipo de análisis es útil cuando las investigaciones aisladas no son concluyentes por el reducido número de pacientes involucrados, resuelven el conflicto de resultados contradictorios entre diferentes estudios, proporcionan la mejor estimación del objeto de la intervención, proporcionan información confiable cuando los estudios individuales no arrojan resultados definitivos, detectan precozmente la eficacia de una intervención, permiten discernir efectos mínimos pero importantes y permiten generar hipótesis para planificar estudios definitivos. Desventajas: los estudios seleccionados para realizar el meta-análisis influencia el resultado, si los resultados individuales son muy pequeños los resultados son extremos, pueden incorporar los sesgos y defectos de los estudios individuales, pueden introducir nuevos sesgos, se favorecen los resultados positivos, puede reunir estudios con diferencias no identificadas de diseño o de objetivos, puede reunir pacientes con diferente tipo de intervención como consecuencia de los avances tecnológicos en el tiempo, puede identificar de manera incompleta los efectos adversos de la intervención,etc.

METAPLASIA ESCAMOSA: Es un proceso fisiológico de cambio epitelial que transforma un epitelio columnar simple normal a un epitelio escamoso estratificado normal. Se considera que durante este proceso se involucran dos mecanismos: epidermización, con crecimiento de epitelio escamoso en zonas donde ha ocurrido erosión y proliferación de células subcolumnares de reserva, que se diferencian a epitelio escamoso, siendo este último mecanismo el más aceptado hasta el momento. Se considera un proceso fisiológico ya que la mayoría de las mujeres presentan cambios de metaplasia escamosa en la llamada “zona de transformación”. La condición patológica se adiciona cuando

en el proceso de transición de metaplasia escamosa inmadura a madura actúan los factores oncogénicos virales, principalmente infección por VPH, o genéticos, haciendo estas porciones de epitelio susceptibles de cambios displásicos que pueden progresar a carcinoma in situ y posteriormente carcinoma invasor. (Tumors of the breast and female reproductive tract. World Health Organization. WHO Histological classification of tumors of the uterine cervix. 2001. 260-289)

MÉTODO DE BARRERA PARA PLANIFICACIÓN FAMILIAR: Es cualquier banda de latex o de caucho de silicona, colocado en el pene o en la vagina, que tenga como finalidad impedir la llegada de los espermatozoides al conducto cervical. Los elementos más utilizados para este fin son el preservativo o condón masculino, el condón femenino, el diafragma, el capuchón cervical, el capuchón de bóveda y el dispositivo Vimule. Suelen utilizarse impregnados con un espermicida (nonoxinol-9, octoxinol, u otros).

METOTREXATE: Es un agonista del ácido fólico comúnmente usado para el tratamiento de enfermedades neoplásicas, psoriasis severa, artritis reumatoide y embarazo ectópico. El metotrexate se une de forma competitiva con la enzima Dihidrofolato reductasa, inhibiendo el paso de dihidrofolato a tetrahidrofolato, alterando la síntesis de DNA y la replicación celular. Actúa sobre células que se encuentran en alto grado de replicación como células neoplásicas, células de la médula ósea, células fetales, células de la mucosa oral, intestinal y urinaria. Los efectos secundarios incluyen supresión de la médula ósea, fibrosis pulmonar, neumonitis no específica, cirrosis hepática, falla renal, úlcera gástrica; estos efectos usualmente se observan cuando se usa en dosis altas y por tiempo prolongado. (Lipscomb, G. Medical therapy for ectopic pregnancy . Seminars in reproductive medicine. 2007; 25(2): 93-98)

METROPLASTIA: Corresponde a la intervención quirúrgica que se realiza sobre el útero. Usualmente se emplea para la corrección de malformaciones müllerianas como útero bicorne, útero didelfo, o útero septado, o para la extirpación de tumores como miomas uterinos. Esta técnica de corrección de malformaciones müllerianas fue descrita desde principios del siglo XIX; posteriormente en 1907, Paul Strassman reportó el primer caso de corrección

de duplicación uterina por colpotomía anterior en una paciente con ocho pérdidas gestacionales recurrentes. Ver Cirugía de Strassman. (Alfaro, J. Lòpez, E. Metroplastia de Strassman para la corrección del útero didelfo. An Med Asoc Med Hosp ABC. 2004; 48 (1): 48 – 52)

METROPLASTIA DE JONES y JONES: Es una cirugía diseñada para corregir la presencia de un septum intrauterino. Descrita en el año de 1953, en ella se realiza una laparotomía practicando una incisión en cuña a nivel del fondo que transcurra aproximadamente a 1 cm. de la inserción tubárica y que se extienda medialmente hacia el ápex del septo, profundizándose hasta la cavidad uterina. Está indicada especialmente en la corrección del septo intrauterino que impide el embarazo normal.

METROPLASTIA DE STRASSMAN: Descrita en el año de 1907 por Strassman, en ella se realiza una laparotomía realizando una incisión transfúndica que llegue aproximadamente a 2 cms de cada cuerno, que se profundiza hasta alcanzar la cavidad uterina. Se realiza luego una sutura en varias capas convirtiendo la incisión originalmente transversal a un sentido ánteroposterior. Esta indicado especialmente en el. Está indicada especialmente en la corrección del útero bicorne que impide el embarazo normal.

METROPLASTA DE TOMPKINS: Descrita en el año de 1907 por Tompkins, en ella se realiza una laparotomía practicando luego una incisión Sagital en los 2/3 anterior y posterior y el fondo uterino, separando en dos al septo. Posteriormente se introduce una guía (sonda acanalada) a nivel del fondo a través de la incisión hacia el vértice del septo, y se resecan los dos hemiseptos. El cierre se realiza en 2 planos, submucoso a puntos separados y seromuscular continuo con crómico 00, iniciando caudalmente en ambas caras anterior y posterior hasta alcanzar el fondo uterino. Está indicada especialmente en la corrección del septo intrauterino que impide el embarazo normal.

METROPLASTIA HISTEROSCÓPICA: Es la corrección quirúrgica de un defecto anatómico intrauterino por vía trans-cervical. Las técnicas histeroscópicas han reemplazado la cirugía abierta, ya que permiten una

recuperación rápida, ausencia de cicatriz miometrial y adherencias pélvicas, una menor frecuencia de sinequias y de otras complicaciones, y mayor probabilidad de que el embarazo culmine en un parto normal. Se encuentra indicada en los úteros septos y subseptos. Puede realizarse o no con control laparoscópico.El procedimiento se realiza en fase proliferativa precoz lo cual permite una mejor evaluación de la cavidad uterina, además se indica profilaxis con antibioticoterapia de amplio espectro. De forma opcional se puede realizar monitoreo ecográfico de la intervención vía transabdominal, con la finalidad de evita la perforación uterina, y algunos autores propusieron que dicho monitoreo podría realizarse también vía laparoscópica, lo cual aumenta los costos y complicaciones del procedimiento.La intervención consiste en realizar la sección del tabique que divide la cavidad uterina, la misma se puede realizar con tijeras, resector (bisturí) o con láser, iniciando en la porción distal del septo, a media distancia entre la pared anterior y posterior del útero, y se continua hacia el fondo uterino hasta que se observan las fibras musculares y se obtienen una cavidad distendida uniformemente. En el post-operatorio se indica tratamiento hormonal con estrógenos y progestágenos en un ciclo de 21 días para favorecer la restauración de la mucosa endometrial, especialmente si ha recibido tratamiento con análogos. Se realiza una histeroscopia control después de que se presenta la primera menstruación para valorar la morfología de la cavidad y liberar las posibles sinequias laxas si estas se produjeron. (Cutié Bressler ML, y col. estudio del factor uterino como causa de infertilidad femenina Rev Cubana Obstet Ginecol v.26 n.1 Ciudad de la Habana ene.-abr. 2000Rev Cubana Obstet Ginecol v.26 n.1)

METRORRAGIA: (griego Metra: útero, Regnýnai, romper). **1.** Sangrado genital que aparece en cualquier momento del mes, que no coincide con la menstruación // **2.** Sangrado menstrual, en cantidad normal o abundante, que aparece en días diferentes al ciclo normal // **3.** Sangrado que no corresponde a la menstruación, independiente de la cantidad o la duración. (Hatasaka, H. The evaluation of Abnormal Uterina Bleeding. Clin Obstet Gynecol. 2005; 48: 258-273) Sinónimo: sangrado intermenstrual abundante.

MIASMA: Emanaciones nocivas del suelo, aire o agua consideradas antiguamente como causas de las enfermedades contagiosas

MICROCALCIFICACIONES EN LA MAMOGRAFÍA: Son acúmulos de pequeñas masas calcificadas y agrupadas que se aprecian an las mamografías y que se constituyen en elemento de sospecha para cáncer cuando son pleomórficas, de bordes irregulares y de configuración ramificada. Están presentes en el 65% de los carcinomas mamarios.

MICROCEFALIA FETAL: Es un síndrome caracterizado por la presencia de una disminución de tamaño de la cabeza fetal. La microcefalia es considerada una manifestación de diversas entidades más que una condición aislada. El diagnóstico se realiza por ultrasonografía a través de la documentación de una circunferencia cefálica 3 desviaciones estándar por debajo de la media, diámetro biparietal por debajo del percentil 1 para la edad gestacional o una relación circunferencia cefálica / longitud de fémur menor de 2.5. Usualmente se asocia con retardo mental y otros trastornos neurológicos. La incidencia se estima en 1.6 por cada 1000 nacidos vivos. El pronóstico de los fetos con microcefalia depende de su asociación con otras malformaciones del SNC; cuando el hallazgo es aislado, el pronóstico depende de la magnitud del mismo. (Pilu, G. Falco, P. Prenatal diagnosis of microcephaly assited by vaginal sonography and power doppler. Ultrasound Obstet Gynecol. 1998; 11: 357-360)

MICROCEFALIA: 1. Es la reducción del tamaño de las proporciones cefálicas respecto a las que le corresponde de acuerdo a la edad. Se asocia a retardo mental severo.// **2.** Tamaño del cráneo ubicado en el percentil 1 de la población de la misma edad (Pilu, G. Falco, P. Prenatal diagnosis of microcephaly assited by vaginal sonography and power doppler. Ultrasound Obstet Gynecol. 1998; 11: 357-360).

MICROCOLPOHISTEROSCOPIO: Instrumento que ofrece visión aumentada de forma panorámica y observación microscópica de contacto del cuello uterino, conducto endocervical y útero. Diseñado por Hamou de la casa Storz (Labastida, 1986). Palo, Giuseppe. Patología y tratamiento del tracto genital inferior. España. Elsevier.2007).

MICRODISECCION DE LA ZONA PELUCIDA : Consiste en la perforación de la zona pelúcida a través de la inyección en un pequeño punto de la misma, de una solución ácida. Inmediatamente después se realiza la inseminación

rutinaria de la técnica de fertilización in vitro. La ventaja es que tiene una alta tasa de fertilización monoespérmica, con concentraciones normales de espermatozoides, pero también con recuentos muy bajos. (Veek, L. Yin, H. Micromanipulation in Assisted Reproductive Technology: Intracytoplasmic Sperm Injection. Clinical Obstetrics and Gynecology. 2006; 49 (1): 73-84)

MICROMANIPULACIÓN DE GAMETOS: Es una técnica que consiste en la utilización de un número seleccionado de gametos (espermatozoides) que son acercados artificialemente al ovocito en una variante de la técnica de fertilización in vitro convencional. Estas técnicas incluyen la Microdisección de la zona pelúcida (ZPD) y la Inyección Intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI). (Veek, L. Yin, H. Micromanipulation in Assisted Reproductive Technology: Intracytoplasmic Sperm Injection. Clinical Obstetrics and Gynecology. 2006; 49 (1): 73-84)

MICROMASTIA: Corresponde a una patología congénita de la mama calificada como alteración del tamaño por defecto, que se caracteriza por escasa o mínima cantidad de tejido mamario. Puede ser unilateral, conocida como anisomastia, que conlleva asimetría mamaria importante, o usualmente bilateral. Estas pacientes son subsidiarias de mamoplastia de aumento con prótesis de silicona suprapectorales o infrapectorales, colocadas por vía periareolar, submamaria o axilar. (Laufer, MR, Goldstein, DP. The breast: examination and lesions. In: Pediatric and Adolescent Gynecology, 5th ed, Sydor, A (Ed), Lippincott Williams Wilkins, Philadelphia 2005. p. 729)

MICROSOMIA HEMIFACIAL: Es una malformación congénita también conocida como microsomía craneofacial, caracterizada por alteraciones óculo-aurículo-vertebrales que se presentan como consecuencia de un defecto en el desarrollo del primero y segundos arcos branquiales. Este síndrome ocurre aproximadamente en 1 de cada 5000 nacimientos y es usualmente esporádico. El proceso fisiopatológico es desconocido pero se considera que puede ser consecuencia de lesión vascular durante el proceso de desarrollo de los arcos branquiales. En modelos animales, la hemorragia inducida en ésta área genera el espectro clínico del síndrome; el grado de anormalidad es proporcional con el tamaño del hematoma. Dentro de las características clínicas se incluye

distorsión en órbitas, hipoplasia mandibular, alteraciones auriculares como microtia, defectos del oído medio e interno; el compromiso nervioso lleva a hipoplasia de los músculos faciales al igual que la deficiencia en el tejido blando se presenta como hipoplasia o ausencia de glándula parótida y músculos masticatorios. Los defectos son unilaterales en el 85 al 90%, predominando el lado derecho. Las anormalidades ocurren en combinaciones variables y en grados desde imperceptibles hasta severos. La corrección quirúrgica es el manejo planteado, sin embargo, los resultados dependen del grado de compromiso. El crecimiento craneofacial culmina alrededor de los 14 años, momento en el que se la intervención quirúrgica se inicia. (Kelberman, D, Tyson, J, Chandler, DC, McInerney, AM. Hemifacial microsomia: progress in understanding the genetic basis of a complex malformation syndrome. Hum Genet 2001; 109:638)

MICROTELIA: Corresponde a una patología congénita de la mama caracterizada por la presencia de pezones anormalmente pequeños. Si la condición en unilateral se conoce con el nombre de Anisotelia. (Laufer, MR, Goldstein, DP. The breast: examination and lesions. In: Pediatric and Adolescent Gynecology, 5th ed, Sydor, A (Ed), Lippincott Williams Wilkins, Philadelphia 2005. p. 729)

MIELOMENINGOCELE: (Griego, Mieión: término que significa Médula espinal +Meninge +cele= salir): protrusión de un tumor quístico que contiene material de la médula espinal y meníngeo a través de un defecto congénito de la columna vertebral. Ocurre en recién nacidos con espina bífida, es decir que solo tienen dos apófisis en vez de tres. Por la zona central donde falta la apófisis central de la vértebra, ocurre la herniación de las meninges y de la médula. Las personas con esta patología tienen parálisis de las extremidades inferiores.

MIELÓMERO: (gr. Mielos, médula espinal y Meros, parte). Segmento de la médula espinal embrionaria correspondiente a un determinado grupo de raíces espinales. Territorio cutáneo en relación con un segmento de la médula.la porción de la metámera representada solo en la piel es el dermatoma. Sinónimo: Metámera

MIELOS: (Griego, Mieión: término que significa Médula espinal// 2. Hace referencia a la médula espinal. El término proviene del griego Mieión que significa Médula espinal. Así, surgen términos como Mieloneuritis referente a la neuritis múltiple en la médula espinal, o Mieloparálsis que hace referencia a la parálisis espinal. También se encuentran otros términos compuestos como Encefalomielitis que corresponde a la encefalitis acompañada de afección de la médula espinal. (Brinar, VV, Habek, M, Brinar, M, et al. The differential diagnosis of acute transverse myelitis. Clin Neurol Neurosurg 2006; 108:278).

MIFEPRISTONA: Ver Mifeproistone

MIFEPRISTONE, UTILIZACIÓN EN GINECOLOGÍA: **1.** Como anticonceptivo post-coito: Por su capacidad de boquear los receptores de la progesterona el RU-486 induce cambios en la ultraestructura capilar del endometrio que impiden la implantación del blastocisto por el daño vascular y necrosis de la decidua. Por las mismas razones produce desprendimiento de la placenta y expulsión del embrión. 2. Para el manejo de la miomatosis: aunque no se sabe el mecanismo de acción de manera precisa, probablemente por bloqueo del estímulo de la progesterona que influye en el crecimiento de algunos de estos úteros, el RU-486 reduce el volumen de los miomas un 49% a las 12 semanas de tratamiento con 50 mg/día. Los efectos secundarios en este caso son la amenorrea, las oleadas de calor, elevación de los niveles séricos de LH, androstenediona y testosterona. // **3**. Otros efectos: Desde 1997 se adelantan investigaciones sobre el efecto de este medicamento para el tratamiento de la endometriosis, en la estabilización y regresión del cáncer de mama en algunas pacientes cuyo tumor tiene receptores para progestágenos y en la reducción del volumen de los meningiomas en pacientes con receptores progestínicos. (Suárez-Calderón, Diana Marcela and Diaz-Yamal, Ivonne. Progesterone receptor antagonists (PRAs) and progesterone receptor selective modulators (SPRMs): applications in gynaecology and obstetrics. *Rev Colomb Obstet Ginecol*, Jan./Mar. 2008, vol.59, no.1, p.31-37).

MIFEPRISTONE, UTILIZACIÓN EN OBSTETRICIA: **1.** La administración simultánea de oxitocina y mifepristone 200 mg/día por 2 días, favorecen el trabajo de parto en gestantes a término cuando tienen el cuello favorable. No

parece haber toxicidad para la madre ni el recién nacido. (Suárez-Calderón, Diana Marcela and Diaz-Yamal, Ivonne. Progesterone receptor antagonists (PRAs) and progesterone receptor selective modulators (SPRMs): applications in gynaecology and obstetrics. *Rev Colomb Obstet Ginecol*, Jan./Mar. 2008, vol.59, no.1, p.31-37).

MIFEPRISTONE: En 1981 Philibert, Deraedt y Teutsch descubrieron un nuevo antagonista de receptores de glucocorticoides (GR) con moderada actividad antiprogestina, el RU486 conocido con el nombre genérico de mifepristone. El mifepristone es un antagonista de los receptores de progesterona (PRA), derivado de la no retindrona, con un grupo fenil (4-dimetilamino) en la posición 11 beta responsable de la actividad antagonista y una cadena 1-propinil en la posición 17 alfa, de alta afinidad por el PR que actúa mediante bloqueo de coactivadores y reclutamiento de co-represores. Posteriormente se sintetizó el onapristone (ZK98299) y el ZK137316 que tienen una estructura similar al mifepristone.[5] Este agente tiene una vida media de 20 a 50 horas. Se liga fuertemente a la albúmina y ligeramente a la SHBG (*sexual hormone binding globulin*). Se metaboliza en el hígado (citocromo P450 3A4) a J912 que ha demostrado ser un SPRM.// **2.**Ru-486 o píldora del día después. Un contraceptivo post-coital que se utiliza en combinación con misoprostol u otras prostaglandinas como abortivo dle primer trimestre.// **3**. Es un 11-beta-dimetil-amino fenil derivado de la noretindrona con gran afinidad por los receptores para glucocorticoides y para los receptores P. Por esta razón bloque los receptores P de la placenta, que conduce a la finalización del embarazo. Este producto ha sido usado como tratamiento para la miomatosis uterina, para la endometriosis, para el cáncer de mama avanzado y para los meningiomas. Es probable que en el futuro se utilice como un anticonceptivo libre de estrógenos. El código inicial de esta molécula fue RU38486 por lo cual hoy se conoce como RU-486. La progesterona humana tiene dos formas de expresión: HPR-A y HPR-B. Ambas se producen por el mismo gene pero con diferente RNA mensajero. El RU-486 induce la fosforilación y dimerización de la progesterona humana. Terminación del embarazo temprano: Esta ha sido el mayor uso desde que se sintetizó esta molécula. A la dosis de 50 a 200 mg/día por 4 a 7 días se produce la suspensión del embarazo en el 50%-86% de las gestantes

con menos de 49 días de amenorrea. Con una dosis oral de 50,100 y 200 mg al día por 4 días, se obtiene niveles plasmáticos de 2.9 , 4.5 y 5.4 micromoles/litro respectivamente. Si la amenorrea es de 55 a 77 días, la tasa de éxito disminuye al 34%.Con la dosis de 600 mg al primero y cuarto días, la tasa de suspensión del embarazo es del 90% en pacientes con menos de 49 días de amenorrea. La combinación con prostaglandinas que contraen la musculatura uterina (gemeprost, sulprostone o 9-metilene-prostaglandin E2) aumenta la tasa de éxito por encima del 90%. (Suárez-Calderón, Diana Marcela and Diaz-Yamal, Ivonne. Progesterone receptor antagonists (PRAs) and progesterone receptor selective modulators (SPRMs): applications in gynaecology and obstetrics. *Rev Colomb Obstet Ginecol*, Jan./Mar. 2008, vol.59, no.1, p.31-37).

MIIASIS GENITAL: Se le da este nombre a la presencia de múltiples larvas de las moscas Calitroga americana, Cochliomyia hominivorax,Sarcóphaga sp,etc que han depositado sus huevos en los genitales, cuando en los mismos han habido heridas o enfermedades que favorecen la descomposición orgánica que expide aromas nitrogenados, que son percibidos por la mosca como un ambiente propicio para el desarrollo de las mencionadas larvas. (Alarcón N.M.A.Miiasis uterina en el Hospital Universitario Ramón González Valencia.Rev.Col.Obstet. Ginecol.1988; Vol 39 No 2:20-24).// Sinónimo: en los países latinos se le conoce popularmente como “gusanera”.

MIOHIPERTROFIA: Aumento global del volumen uterino por cualquier causa que produzac engosamiento del miometrio: adenomiosis, miomatosis, etc. En esta definición no se incluye el aumento de volumen por el embarazo. Sinónimos: hipertrofia miometrial, hipertrofia uterina.

MIOLIPOMA ó LIPOLEIOMIOMA (Myolipomas or Lipoleiomyomas): Es un mioma en el cual hay presencia de abundante tejido graso entre las células miometriales. Los lipomas puros son muy raros en el útero.

MIOMA: Los miomas son tumores mesenquimales benignos del músculo liso, bien circunscritos,sin encapsular,compuestos por cantidades variables de tejido conjuntivo fobroso,que se originan en el miometrio. Se constituyen en la neoplasia más frecuente del aparato genital femenino. Pueden ser

submucosos,intramurales y Subserosos. // .Son las neoplasias más frecuentes del útero. Clínicamente se hallan en el 20 al 30% de las pacientes mayores de 34 años y hasta en el 50% de las necropsias de todas las mujeres. Son más comunes en la raza negra en relación 2:1 con respecto a la raza blanca. Son muy raros antes de los 18 años de edad. Se originan de un solo clon de células de músculo liso. // Desde el punto de vista de su ubicación los miomas pueden ser: a-Subserosos: Los que sobresalen de la superficie uterina y solo están cubiertos por la serosa. Pueden ser pediculados o no. Siempre deforman el contorno uterino. En raras ocasiones se adhieren al epiplón o al intestino y toman irrigación de estos órganos por lo cual se les llama miomas parasitarios. b-Intramurales: Están ubicados en el interior del miometrio. Deforman poco el contorno uterino. c-Submucosos: Ubicados entre el endometrio y el miometrio. Son muy sintomáticos pues producen hemorragia uterina anormal o manchados permanentes que no ceden a ningún tratamiento médico. La mayoría son pediculados por lo que pueden estar suspendidos en la cavidad endometrial o prolapsarse a través del cerviz, en cuyo caso se llaman miomas abortados. // Aunque los miomas pueden ser únicos, con frecuencia son múltiples. Las variedades histológicas más frecuentes son: :a-Celulares: Con numerosa cantidad de células por lo que se pueden confundir con sarcomas o con los tumores del estroma endometrial. b-Atípicos: Tienen células atípicas en grupos, distribuidas en todo el tejido tumoral, por esto se les llama a veces miomas bizarros; también se pueden confundir con los sarcomas.c-Epitelioides: Incluyen los leiomioblastomas, los leiomiomas de células claras y los leiomiomas plexiformes. Son tumores pequeños sin atipia citológica. Mixoides: Contienen una sustancia mixoide amorfa con aspecto traslúcido blando. Tienen márgenes bien circunscritas, sin atipias celulares. e-Lipo-leiomiomas: Son muy raros; contienen áreas de tejido graso. Pueden confundirse con sarcomas mixtos. f-Leiomiomas con túbulos: También son muy raros; poseen unos túbulos en su interior, revestidos de epitelio. // Degeneración de los miomas: Cuando el mioma crece más rápido que su capacidad de irrigación, sufre cambios en su estructura de tipo degenerativo. La degeneración puede ser hialina(65% de los casos), caso en el cual las fibras musculares son reemplazadas por tejido conjuntivo. También puede ocurrir degeneración por calcificación(4-10%), que es más frecuente en mujeres de edad avanzada.

Degeneración quística en el 4% por licuefacción localizada. Degeneración cárnica o necrosis carnosa: es un infarto muscular agudo que causa dolor y a veces irritación peritoneal localizada. En ocasiones muy raras los miomas degeneran en un sarcoma.// Sintomatología de los miomas: Con frecuencia son dolorosos y el 30% de los miomas producen hemorragia uterina anormal. Sinónimos: Leiomiomas, Fibroides, Fibromas.

MIOMA ABORTADO: Mioma de la cavidad endometrial con un pedículo suficientemente largo que le permite salir a través del orificio cervical externo hasta la cavidad vaginal.

MIOMA ATÍPICO: Son miomas que contiene células atípicas ya sea en forma difusa o en grupos. La característica más llamativa de estos miomas es el agrandamiento de los núcleos hipercromáticos, con inclusiones citoplasmáticas y cromatina prominente que en determinados casos puede confundir con un leiomiosarcoma.

MIOMA CON DEGENERACIÓN: Mioma con cambios en su estructura que pued producirle cambios mixoides,fibrosis hialina, licuefacción,calcificación distrófica, osificación,degeneración quística,cárnica,etc.

MIOMA EPITELOIDE: Con este nombre se conocen otras variedades de miomas como el leiomioblastoma,leiomioma de células claras y leiomioma plexiforme. Se caracterizan por sangrado genital,dolor pélvico y masa abdominal.

MIOMA ERRANTE: Ver mioma migratorio.

MIOMA INTRAMURAL: Son miomas incluidos por completo en la capa muscular del útero, sin hacer protrusión hacia la mucosa o la cavidad peritoneal.

MIOMA MIGRATORIO ó ERRANTE: Mioma submucoso o subseroso dotado de un pedículo largo que le confiere movilidad con los cambios de posición.

MIOMA MIXOIDE: Son leiomiomas blandos y translúcidos debido a la presencia de abundante material mixoide depositado entre las células musculares lisas del tumor.

MIOMA ó LEIOMIOMA CELULAR: Es un mioma con abundante celularidad que podría confundir con un leiomiosarcoma pero este tipo de tumor tiene menos figuras mitóticas que el cáncer. Por la escasés de citolpasma se puede confundir con un tumor endometrial estromal, pero la forma del núcleo, la forma de las células y otras características ultracelulares permiten al patólogo diferenciar estas dos entidades.

MIOMA SUBMUCOSO: Es un miomas pediculado o no,que ocupa parte de la cavidad endometrial pues sobresale de la capa mucosa del útero.

MIOMA SUBSEROSO: Es un mioma pediculado o no, que sobresale hacia la cavidad peritoneal, pero se mantiene cubierto de la serosa uterina.

MIOMA TUBULAR: Leiomioma extremadamente raro que presenta formaciones tubulares en su estructura.

MIOMA VASCULAR: Es un mioma en el cual sobresale la presencia de vasos de grueso calibre y paredes delgadas. Puede confundirse con un hemangioma aunque esta última entidad es muy rara en el útero.

MIOMALASIA (griego,*mioma* y *malakía*,ablandamiento): Es el ablandamiento de la estructura del mioma como parte de la degeneración del mismo.

MIOMATOSIS (gr. myos,músculo y gr. osis,estado). Es el engrosamiento masivo y simétrico del miometrio con la presencia de múltiples miomas de diferente tamaño. Técnicamente miomatosis es la presencia de dos o más miomas, sin importar su tamaño, pero en el lenguaje clínico corriente también se denomina miomatosis a la presencia de un solo mioma gigante.

MIOMATOSIS DIFUSA ó LEIOMIOMATOSIS DIFUSA (gr. myos,músculo y gr. osis,estado). Es el engrosamiento masivo y simétrico del miometrio con la presencia de múltiples miomas de diferente tamaño. Predominan los miomas pequeños.

MIOMECTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN CADENA: Ver Cirugía de Flint y Chou-Jon.

MIOMECTOMÍA: 1. Extirpación quirúrgica de uno o más miomas. Puede realizarse mediante laparotomía, laparoscopia o histeroscopia // **2.** Corresponde al manejo quirúrgico de los miomas uterinos mayores de 5 cm asociado a sintomatología severa y persistente en pacientes que desean preservar el útero con fines reproductivos. El procedimiento consiste en la resección de los miomas uterinos ya sea por vía laparoscópica o por laparotomía; adicionalmente se ha descrito la resección de miomas por vía histeroscópica en miomas de localización submucosa. La evaluación del procedimiento quirúrgico debe incluir el tamaño del mioma, la localización del mioma, los síntomas, la edad de la paciente y los planes reproductivos. La miomectomía abdominal o por laparotomía presenta los siguientes pasos: anestesia general o regional, incisión de Pfannestield o Maryland, disección por planos haciendo hemostasia, colocación de torniquete a nivel del istmo uterino con el fin de disminuir irrigación y prevenir sangrado, incisión longitudinal en el diámetro mayor del mioma y búsqueda del plano de remoción con disección roma, completar el proceso de disección con resección de la pieza quirúrgica, posteriormente se realiza el cierre con sutura de material absorbible 2/0 en varios planos con el último plano incluyendo la serosa uterina con puntos continuos cruzados; se revisa la hemostasia, posteriormente se retira el torniquete y se revisa nuevamente hemostasia. Las principales complicaciones inmediatas incluyen morbilidad febril y la hemorragia intraabdominal. La paciente debe ser instruida acerca de la cicatriz uterina que presenta y la contraindicación de trabajo de parto en un posterior evento obstétrico. El 80% de las pacientes presentan mejoría de la sintomatología posterior al procedimiento. (American College of Obstetricians and Gynecologists. Surgical alternatives to hysterectomy in the management of leiomyomas. ACOG practice bulletin 16. ACOG 2000; Washington, DC)

MISOPROSTOL: Análogo sintético de la prostaglandina E_1 disponible en la actualidad como tableta de 100 y 200 ug para la prevención de la úlcera péptica. Sin embargo, ha sido usada para la maduración cervical en la preinducción e inducción del trabajo de parto . Es estable a temperatura ambiente y fácil de administrar por vía oral o intravaginal. La dosis oral establecida es de 50 ug cada 4-6 horas. El American Collage of Obstetricians

and Gynecologists declaró que la administración intravaginal de 25 ug de misoprostol cada 3-6 horas es efectivo en mujeres con cérvix desfavorable. (Cunningham, FG. Gant, NF. Leven, K. Gilstrap, L. Hauth., J. Wenstrom K. Inducción y conducción del trabajo de parto . Williams Obstetricia. 21° edición. Montevideo, Uruguay: Editorial Panamericana. 2001: 405 - 413)

MITOSIS: Corresponde al proceso de separación equitativa del material genético o DNA. El término proviene del griego *mitos* que significa hebra. El proceso induce la formación de dos núcleos separados (cariocinesis) con posterior división del citoplasma (citocinesis) para generar dos células hijas. La mitosis completa, que genera células genéticamente idénticas, es el fundamento del crecimiento, reparación tisular y reproducción asexual. El resultado esencial de la mitosis es la continuidad de la información hereditaria de la célula madre en cada una de las células hijas, de tal manera que la información genética contenida en sus cromosomas pasa de manera sucesiva a las células a las que la mitosis va a dar origen. El proceso de mitosis involucra las fases de profase, metafase, anafase y telofase. (Moore, K. Embriología Clinica: el desarrollo del ser humano. División celular. Séptima edición. Editorial Elsevier. Madrid, España. 2004. pp 45 - 68)

MITTELSCHMERZ(Alemán: Mittel,en medio de- y Schmerz,dolor,pena) : Palabra de origen alemán usada en el argot técnico de la ginecología en idioma español e inglés. Significa dolor de la mitad de ciclo o dolor intermenstrual. La causa probable del mittelschmerz es la irritación local producida por la pequeña cantidad de sangre que se fuga hacia la cavidad peritoneal y por la concentración elevada de prostaglandinas en el líquido folicular

MODULADORES SELECTIVOS DE ESTRÓGENOS: Ver SERMs

MOLA*:* Este término proviene del latín clásico molār(em): Muela

MOLA HIDATIFORME COMPLETA: La mola hidatiforme es la que tiene forma de hidátide. Hidátide: f. (Patol. general) Quiste acuoso como el que forma la tenia. hydat- ὑδατο- gr. 'agua' + -is/-id(a) gr. 'elemento anatómico' + -e(m) lat. Leng. base: gr. Antigua reintroducida. En gr. hydatí-s/-dos ὑδατί-ς/-δος desde Sorano, s. I d.C. con el mismo significado, reintroducida en 1683 en ingl. // Se

caracteriza por degeneración hidrópica e inflamación de la estroma vellositaria, ausencia de vasos sanguíneos en las vellosidades inflamadas, proliferación en grado variable de epitelio trofoblástico y ausencia de feto y de amnios. Se asocia con quistes tecaluteínicos en un 25 – 30% de los casos, presenta complicaciones médicas frecuentes y está asociada con enfermedad posmolar en el 20% de los casos. (Jain, K. Gestational Trophoblastic Disease. Ultrasound Quarterly. 2005; 21: 245 – 252)

MOLA HIDATIFORME PARCIAL: Es la alteración de las vellosidades coriónicas que incluyen diversos grados de proliferación trofoblástica y edema del estroma vellositario. Se presenta cuando los cambios hidatiformes son focales y menos avanzados, coexiste con un feto o al menos hay algo de tejido fetal, por lo general un saco amniótico. Existe una inflamación hidatiforme de progresión lenta en algunas vellosidades, por lo general avasculares, con algunas otras escasas vellosidades vascularizadas junto con una circulación feto-placentaria funcionante. La hiperplasia trofoblástica es focal. (Cunningham, FG. Gant, NF. Leven, K. Gilstrap, L. Hauth., J. Wenstrom K. Alteraciones de la Placenta. Williams Obstetricia. 21° edición. Montevideo, Uruguay: Editorial Panamericana. 2001. 715 – 727)

MOLA HIDATIFORME: 1-El término hidatiforme significa que tiene forma de hidátides, las cuales son vesículas cuyo contenido es líquido transparente.la mola es una malformación proliferativa del tejido trofoblástico, que hace degeneració hidrópica del estroma vellocitario, es decir la placenta se convierte en multitud de vesículas pequeñas y arracimadas, de contenido acuoso. **2**-Es la alteración de las vellosidades coriónicas que incluyen diversos grados de proliferación trofoblástica y edema del estroma vellositario. Las molas suelen ocupar la cavidad uterina, sin embargo, en ocasiones pueden estar situadas en las trompas de Falopio o incluso en el ovario. La ausencia o presencia de feto o elementos embrionarios clasifica las molas en completas o parciales. (Jain, K. Gestational Trophoblastic Disease. Ultrasound Quarterly. 2005; 21: 245 – 252)// Sinónimo: Mola hidatidiforme.

MOLA INVASORA: Es un tipo de malformaciones proliferativas del trofoblasto caracterizado por excesiva proliferación de epitelio trofoblástico y extensa

penetración de elementos trofoblásticos, entre los cuales se incluyen vellosidades completas, dentro de la profundidad del miometrio, comprometiendo en ocasiones el peritoneo visceral, parametrio adyacente o cúpula vaginal. Esta patología es la forma más común de Enfermedad Trofoblástica Gestacional Persistente o Metastásica; a nivel macroscópico se caracteriza por la presencia de una masa erosiva, hemorrágica localizada dentro del miometrio y a nivel microscópico se identifican vellosidades coriónicas con degeneración hidrópica más trofoblasto con atipia variable dentro del miometrio. (Cunningham, FG. Gant, NF. Leven, K. Gilstrap, L. Hauth., J. Wenstrom K. Enfermedades y anomalías de la placenta. Enfermedad Trofoblástica Gestacional. Williams Obstetricia. 21° edición. Montevideo, Uruguay: Editorial Panamericana. 2001. 715-727).

MOLUSCO CONTAGIOSO (Molluscum contagiosum): la palabra molusco bien del latín, *molluscus*, blando. Enfermedad asintomática producida por un virus DNA de la familia Poxviridae que ataca los genitales, transmitida sexualmente en adultos. Las lesiones, generalemente múltiples, pequeñas, redondeadas y levantadas, del mismo color de la piel suelen tener una pequeña depresión en el centro.

MONITOREO ELECTRONICO FETAL: Es un método de evaluación anteparto e intraparto a través del cual se evalúa el bienestar fetal con la apreciación de la frecuencia cardíaca fetal (mediante el principio ultrasónico del Doppler) y las contracciones uterinas. La unidad ecográfica colocada sobre el abdomen materno en el sitio más adecuado para registrar la función fetal, consiste en un transductor que emite ondas y un sensor para detectar las modificaciones de la FCF de acuerdo a los diferentes estímulos; de manera simultánea un tocómetro detecta la intensidad, duración y amplitud de las contracciones uterinas. Las variables analizadas son: la frecuencia cardiaca basal, la variabilidad de la frecuencia cardiaca, la presencia de aceleraciones y la presencia de desaceleraciones. Los objetivos del monitoreo fetal son: mejorar resultado perinatal, detectar hipoxia fetal, prevenir la acidosis fetal, prevenir la encefalopatía hipóxica, prevenir la parálisis cerebral y disminuir la morbilidad y mortalidad fetal. Una vez impreso el trazado se evalúan diferentes parámetros para establecer el estado de bienestar o alteración fetal. (Royal College of

Obstetricians and Gynaecologists. The use of Electronic Fetal Monitoring. Evidence-based clinical guidelines. 2001. Number 8: 1 – 144).

MONITOREO ELECTRÓNICO FETAL CON ESTÍMULO DEL PEZÓN (MEF-EP): Es el monitoreo electrónico fetal, que se realiza mediante el frote de los pezones hasta provocar tres contracciones o más del útero gestante sin utilizar oxitócicos externos, con medición de las mismas variables y con los mismos objetivos mencionados para el Monitoreo Electrónico Fetal. Si el feto hace buena respuesta con el MEF-EP y tolera las contracciones, se puede prever un trabajo de parto sin mayores dificultades; si se produce bradicardia fetal con las contracciones inducidas con este método, se preferirá la cesárea para evitar un sufrimiento fetal intraparto.

MONITOREO FETAL CON ESTRÉS (la sigla aceptada internacionalmente es CST, del inglés Contraction Stress Test, Prueba de estrés con las contracciones) : Ver Monitoreo fetal electrónico con contracciones.

MONITOREO FETAL ELECTRÓNICO CON CONTRACCIONES (contraction stress test ó (CST) y monitoreo fetal electrónico con contracciones por oxitocina endovenosa incluye el nipple stimulation: Es una prueba de bienestar fetal que se caracteriza por la inducción de contracciones uterinas mínimo de 3 en 10 minutos por medio de diferentes estímulos como la infusión continua de oxitocina o la estimulación continua del pezón. Se considera Negativa cuando no existen desaceleraciones de la frecuencia cardiaca fetal y Positiva cuando se detectan desaceleraciones en el 50% o más de las contracciones uterinas evidenciadas. En esta caso la palabra estrés se refiere al estado fisiológico de disminución de la perfusión uterina, que ocurre cuando el útero grávido se contrae como consecuencia del estimulo de la oxitocina intrínseca o su administración por vía IV. (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. The use of Electronic Fetal Monitoring. Evidence-based clinical guidelines. 2001. Number 8: 1 – 144) JAMES R. Danforth's Obstetrics and Gynecology, 9th.Lippincott Williams & Wilkins Publishers; 9th edition.2003

Interpretación del Monitoreo fetal electrónico

	Línea de base (lat x min)	Variabilidad	Desaceleraciones	Aceleraciones
Tranquilizador	110 mínimo 160 máximo	Mayor de 5 lat x min.	Ausentes	Presentes
No tranquilizador	Entre 100 y 109 Entre 160 y 180	Menor de 5 Mayor de 40	Precoces Única < 3 min	
Anormal	Menor de 100 Mayor de 180 Sinusoidal	¿	Complejas Tardías Unica >3 min	

MONITOREO FETAL ELECTRÓNICO DE ESTRÉS POR OXITOCINA ENDOVENOSA: Es el monitoreo fetal que se realiza una vez que se han inducido tres o más contracciones uterinas en un periodo de 10 minutos, como efecto de la administración de oxitocina por vía endovenosa.

MONITOREO FETAL DE ESTRÉS POR ESTIMULACIÓN DEL PEZÓN: Es el monitoreo fetal que se realiza una vez que se han inducido tres o más contracciones uterinas en un periodo de 10 minutos, como efecto de la autoestimulación de los pezones, realizado por la parturienta. La estimulación consiste en hacer movimientos de enrollamiento-desenrollamiento de los pezones, con moderada presión sobre los mismos. Es conocido en inglés como Nipple stress test.

MONITOREO FETAL ELECTRÓNICO CON ESTÍMULOS VIBROACÚSTICOS : Es el monitoreo fetal que se realiza al mismo tiempo que se suministran vibraciones y ruidos al útero materno, con el propósito de estimular al feto. Se busca obtener una respuesta de movimientos fetales. Se realiza con un dispositivo de audiofrecuencia de 75 Hz en intensidad de 74 dB, durante 5 segundos. (Leis Marquez, Maria Teresita; Hernández Andrade, Edgar; Maya Goldsmit, Dan; Pérez de la Huerta, María Isabel; López García, Raúl B. Papel de la estimulación vibro-acústica en la evaluación fetal anteparto / The value of antepartum fetal heart rate with vibroacustic stimulation. Ginecol. obstet. Méx;61(12):356-9, dic. 1993).

MONITOREO FETAL ELECTRÓNICO SIN ESTRÉS: Es el que se realiza cuando la gestante tiene menos de tres contracciones uterinas cada 10 minutos.

MONITOREO FETAL SIN ESTRÉS: Es una prueba de bienestar fetal que busca evaluar el comportamiento de la frecuencia cardiaca fetal no asociada con contracciones uterinas. Se considera Reactiva si existen focos de reactividad de 15 lat/min x 15 segundos en embarazos mayores de 32 sem o de 10 lat/min x 10 segundos en embarazos menores de 32 sem; se considera No Reactiva cuando las oscilaciones de la FCF son menores de 5 lat/min y no se evidencian aceleraciones. (Royal Collage of Obstetricians and Gynaecologists. The use of Electronic Fetal Monitoring. Evidence-based clinical guidelines. 2001. Number 8: 1 – 144)

MONOSOMÍA: Ausencia de un cromosoma en una de las 23 parejas de cromosomas. Una de las monosomías más frecuentes es la 45,X (falta un cromosoma X del par sexual), llamada Síndrome de Turner. Ver este síndrome.

MONSTRUO: (Del lat. *monstrum*, con infl. de *monstruoso*).**1.** m. Producción contra el orden regular de la naturaleza.**2.** m. Ser fantástico que causa espanto.**3.** m. Cosa excesivamente grande o extraordinaria en cualquier línea.**4.** m. Persona o cosa muy fea.(Academia española de la lengua: Diccionario de la lengua española. Real Academia Española: www.rae.es)

MONSTRUO DERÓMELO(Gr. Dere, Cuello y Melos, Miembro). Monstruo que tiene un miembro inserto en el cuello.

MONSTRUO PARASITARIO: Siamés que se aprecia introducido total o parcialmente dentro del cuerpo de su hermano

MONSTRUO PARASITARIO EPÍCOME. Ver Siamés parasitario epícome

MONSTRUO PARASITARIO EPÍCOME: ver siamés epícome

MONSTRUO PARASITARIO EPIGNATO. Ver Siamés parasitario epignato

MONSTRUO PARASITARIO EPIGNATO: ver siamés epignato

MONSTRUO PARASITARIO HETEROCÁLICO. Ver Siamés parasitario heterocálico

MONSTRUO PARASITARIO HETERÓPAGO. Ver Siamés parasitario heterópago.

MONSTRUO PARASITARIO HETERÓPAGO: ver siamés heterópago

MONSTRUO PARASITARIO HETEROTOPO

MONSTRUO PARASITARIO HETEROTOPO. Ver Siamés parasitario heterotopo**.**

MONSTRUO PARASITARIO HIPOGNATO.

MONSTRUO PARASITARIO HIPOGNATO. Ver Siamés parasitario hipognato

MONSTRUOS TERATÓDIMOS: Ver Siameses ipsiloides.

MONTE DE VENUS(Nombre oficial: Mons pubis): Origen del término: El nombre de Monte de Venus hace honor a la diosa romana Venus, que equivale a la diosa griega Afrodita, hija de Urano(el cielo) y de Gea (la tierra),esposa de Vulcano (o Efestos). Se la adoraba en múltiples países por lo cual tenía unos 100 nombres diferentes, entre los cuales eran frecuentes Venere(que originó el nombre de las enfermedades venéreas), Venus Genitrix, Venus Victrix y Venus Mirtea. Tuvo varios hijos con diferentes dioses y con algunos mortales. Su hijo más conocido es Cupido(o Eros, el dios del amor). A Venus se le reconocían

poderes sobre el amor, el matrimonio, la fecundidad, los cultivos, las enfermedades de los genitales, la prostitución, etc. Las plantas dedicadas en su honor eran el mirto, la rosa y la manzana. En el lienzo “El nacimiento de Venus” (La nascita di Venere) de Sandro Boticelli (año 1484), se aprecia a Venus adulta saliendo del mar sobre una concha marina, una lluvia de rosas (de acuerdo con la mitología griega ese día nacieron también las rosas), es impulsada hacia la isla de Chipre por el soplo del viento Céfiro y recibida por la diosa Hora quien tiene una guirnalda de mirto a manera de collar, que simboliza el amor eterno. Para rendir culto a esta diosa se bautizaron el día viernes y el planeta Venus. Esta parte de la anatomía femenina ha estado presente a lo largo de la historia del arte, una muestra de ello se puede apreciar en las pinturas de varios artistas renacentistas// **1.** Es una saliente redondeada , situada por delante de la sínfisis de los dos huesos pubis entre los pliegues génitocrurales lateralmente y el cuerpo perineal por detrás .// **2.** Se conoce por monte de Venus al pubis de la mujer. En la mayoría tiene una forma triangular invertida, situada en una zona adiposa. Es un acolchado velloso; los vellos son más cortos que en el hombre y suele ser más ensortijado. Aparece en la mujer a inicios de la pubertad, y ya en la adolescencia se recubre totamente. También se le conoce como monte del Amor. Sirve también como un componente de belleza y estética femenina, y un ingrediente erótico para la vista de la pareja.// **3.** Región superior del perineo por delante del hueso pubis, cubierta de vello desde la pubertad. A menudo se describe como límite superior el borde superior del triángulo de vello pubiano o los tubérculos del pubis. Está formado por la piel provista de vello , glándulas cebáceas y sidoríparas , debajo de la cual hay tejidos fibroso y graso que forman una especie de almohadilla . Esta grasa se mantiene aún después de estados prolongados de inanición. El monte de Venus hace parte del triángulo anterior del periné, también lamado triángulo urogenital. Se clasifica también como una estructura del periné superficial. El soporte óseo del monte de Venus está dado por los tubérculos del pubis(cara anterior del extremo superior de estos huesos), por el cartílago de la sínfisis y por las crestas pubianas. Durante la pubertad empieza la aparición de vello rizado , de distribución triangular . La aparición del vello pubiano se llama pubarquia (hacia los 11 años de edad) y ocurre generalmente después de la telarquia (aparición de las mamas , hacia los 10 años y 8

meses).// **4.** Es una elevación o eminencia adiposa situada por delante de la sínfisis púbica y de la región pubiana inferior, entre los pliegues génitocrurales lateralmente y el cuerpo perineal en la región posterior. Se compone por un cojinete de tejido conjuntivo graso en la profundidad de la piel, con abundante vello púbico en su superficie y glándulas sudoríparas y sebáceas. La cantidad de grasa aumenta durante la pubertad y disminuye considerablemente en el período menopáusico. Está irrigado por la arteria pudenda externa superior, rama de la arteria femoral; la arteria epigástrica superficial, rama de la arteria femoral y la arteria pubiana, rama de la arteria iliaca externa. Es inervado por las ramas genitales de los nervios genito-crurales, ilio-inguinal e iliohipogástrico. El monte de venus representa el elemento de fijación del ligamente redondo uterino // El equivalente masculino del Monte de Venus es el monte peneano .(Alarcón NMA, Amaya MV, Alarcón AMA. Anatomía clínica del aparato genital femenino. Edit Manual Moderno, Mexico 2005)// Sinónimo: Monte pubiano

MONTGOMERY,TUBÉRCULOS DE: Son pequeñas prominencias de la aréola mamaria, las cuales resultan de la hipertrofia de los tubérculos de Morgagni, fenómeno que ocurre durante la gestación y se mantiene durante la lactancia. La secreción oleosa de estas glándulas contribuye a la lubricación de la areola y del pezón durante la lactancia. Toman el nombre en honor a William Montgomery quien describió el cambio morfológico de estas glándulas cebáceas areolares.// Los tubérculos de Morgagni se transforman en tubérculos de Montgomery durante la gestación.// Sinónimos: Tubérculos mamarios areolares, Glándulas de Montgomery. .(Alarcón NMA, Amaya MV, Alarcón AMA. Anatomía clínica del aparato genital femenino. Edit Manual Moderno, Mexico 2005)

MONTGOMERY,WILLIAM FETHERSTONE: Ginecólogo de Dublin (1797-1859) que describió la hipertrofia de los tubérculos de Morgagni durante la gestación y durante la lactancia.

MORBILIDAD FETAL EXTREMA, ANÁLISIS: Es el estudio de las condiciones fisiológicas, patológicas, administrativas y sociales, que influyeron en el origen, o en el agravamiento, o en la recuperación de la, o de las enfermedades que

pusieron al feto en grave peligro de muerte y que a la postre condujeron a la recuperación o a la muerte del feto. El análisis de la morbilidad fetal extrema(MFE) permite descubrir las fallas y las fortalezas médicas, técnicas, humanas, administrativas, logísticas, etc, que rodean el desenlace afortunado o desafortunado del feto sometido a grave riesgo. Con los datos casuísticos de la MFE se pueden identificar y proponer planes e mejoramiento de la atención prenatal, no solo desde el punto de vista de la adecuación de las normas administrativas y legales, sino de la corrección de las costumbres, de la inversión en tecnología y en preparación del recurso humano (M.A. Alarcón)

MORBILIDAD MATERNA EXTREMA, ANÁLISIS: Es el estudio de las condiciones fisiológicas, patológicas, administrativas y sociales, que influyeron en el origen, o en el agravamiento, o en la recuperación de la, o de las enfermedades que pusieron a la gestante en grave peligro de muerte y que a la postre condujeron a la recuperación o a la muerte de la embarazada o la puérpera. El análisis de la morbilidad materna extrema(MME) permite descubrir las fallas y las fortalezas médicas, técnicas, humanas, administrativas, logísticas, etc, que rodean el desenlace afortunado o desafortunado de la embarazada o la puérpera sometida a grave riesgo. Con los datos casuísticos de la MME se pueden identificar y proponer planes e mejoramiento de la atención prenatal, no solo desde el punto de vista de la adecuación de las normas administrativas y legales, sino de la corrección de las costumbres, de la inversión en tecnología y en preparación del recurso humano (M.A. Alarcón)

MORGAGANI, GIOVANNI BATTISTA: Anatomista italiano nacido en Forli, Italia, en 1682. Fue profesor de anatomía de la Universidad de Padua; se considera el fundador de la anatomía patológica. Escribió sus observaciones en “De sedibus et causis morborum per anatomen indagatis” (1761) que fue traducido a varios idiomas europeos. Describió los tubérculos mamarios que llevan su nombre, y que corresponden a glándulas con estructura intermedia entre las sudoríparas y las cebáceas, ubicadas en la areola, alrededor del pezón, durante los periodos en que la mujer no está embarazada ni es lactante, pues en estos periodos los tubérculos de la aréola toman el nombre de tubérculos de Montgomery. Giovanni B. Morgagni murió en Padua, Italia, a los 89 años de edad.

MORGAGNI, TUBÉRCULOS DE : Son pequeñas prominencias por debajo de la piel de la areola mamaria en mujeres que no están embarazadas ni están lactando. Estas prominencias corresponden a glándulas cuya estructura histológica es intermedia entre las glándulas sudoríparas y cebáceas.// Los tubérculos de Morgagni cambian de estructura y de nombre durante la gestación y la lactancia: se hacen más cebáceas y contribuyen a lubricar la areola y la papila mamaria durante la lactancia. Este cambio en la estructura y en el volumen de los tubérculos fue descrito por William Montgomery; por esta razón la hipertrofia de estas glándulas durante la gestación y la lactancia toma el nombre de tubérculos de Montgomery.// .(Alarcón NMA, Amaya MV, Alarcón AMA. Anatomía clínica del aparato genital femenino. Edit. Manual Moderno, Mexico 2005)// .Sinónimo: Tubérculos mamarios areolares, Tubérculos areolares.

MORTALIDAD FETAL: Ver Muerte fetal

MORTALIDAD FETAL,TASA: Ver Muerte fetal, Tasa

MORTALIDAD INFANTIL: Ver Muerte infantil.

MORTALIDAD INFANTIL, TASA: Ver Muerte infantil, Tasa

MORTALIDAD MATERNA: Ver Muerte materna

MORTALIDAD MATERNA DIRECTA: Ver Muerte materna directa

MORTALIDAD MATERNA INDIRECTA: Ver Muerte materna indirecta

MORTALIDAD MATERNA, INDICE: Ver Mortalidad materna, Tasa.

MORTALIDAD MATERNA, TASA: Ver Muerte materna, Tasa.

MORTALIDAD PERINATAL:Ver Muerte perinatal

MORTALIDAD PERINATAL, TASA:Ver Muerte perinatal, Tasa

MOSAICO (en colposcopia) : Es un hallazgo colposcópico anormal del patrón de vasculatura relacionado con les lesiones intraepiteliales cervicales. Los vasos sanguíneos interconectados de las papilas estrómicas alrededor de las crestas interpapilares del epitelio, paralelas a la superficie, se observan

colposcópicamente como las zonas empedradas del patrón de mosaico. En las zonas de mosaico, el epitelio aparece como placas individuales pequeñas, grandes, redondas, poligonales, regulares o irregulares. Las alteraciones de las zonas de punteado y de mosaico pueden clasificarse como finas o gruesas. Los cambios gruesos tienden a asociarse con grados más graves de anormalidad. (Walter, P. Dexeus, S. Internacional Terminology of colposcopy: an updated report from the internacional federation for cervical pathology and colposcopy. Obstet Gynecol. 2003; 101 (1): 175-177)

MOSAICO FINO (en colposcopia): Son cambios vasculares del cérvix que se caracterizan por un patrón regular con distancias intercapilares iguales, haciendo referencia a una red de vasos sanguíneos de pequeño calibre que aparecen muy próximos entre sí. Este hallazgo es característico de las lesiones intraepiteliales cervicales de bajo grado. (Walter, P. Dexeus, S. Internacional Terminology of colposcopy: an updated report from the internacional federation for cervical pathology and colposcopy. Obstet Gynecol. 2003; 101 (1): 175-177)

MOSAICO GRUESO (en colposcopia): Son cambios vasculares del cérvix que se caracterizan por un patrón irregular de vasos sanguíneos de gran calibre, con distancias intercapilares grandes. Este hallazgo es característico de las lesiones intraepiteliales cervicales de alto grado. (Walter, P. Dexeus, S. Internacional Terminology of colposcopy: an updated report from the internacional federation for cervical pathology and colposcopy. Obstet Gynecol. 2003; 101 (1): 175-177)

MOVIMIENTOS RESPIRATORIOS FETALES: Son los movimientos torácicos fetales. Estos movimientos respiratorios tienen dos características importantes: son episódicos y paradójicos. Durante la inspiración la pared torácica fetal se colapsa y el abdomen protruye; en el recién nacido y en el adulto ocurre lo contrario. Se identifican dos tipos de movimientos respiratorios fetales: 1) jadeos (o suspiros) que se producen con una frecuencia de 1 a 4 por minuto y 2) salvas irregulares de respiración con frecuencias superiores a los 240 ciclos/min. Estos últimos movimientos respiratorios rápidos se asocian con la fase de movimiento rápidos de los ojos (REM) del sueño. Como los movimientos respiratorios fetales son episódicos, la interpretación de la salud fetal en ausencia de respiraciones puede ser sutil. El potencial de la actividad respiratoria como marcador aislado de la salud fetal no es satisfactorio, debido

a la multiplicidad de factores que afectan la respiración en forma normal, sin embargo, si se correlaciona con otras variables biofísicas como los movimientos fetales, el tono, la frecuencia cardiaca fetal, el volumen de líquido amniótico se aumenta la sensibilidad para la evaluación de la condición fetal. (Cunningham, FG. Gant, NF. Leven, K. Gilstrap, L. Hauth., J. Wenstrom K. Técnicas utilizadas para evaluar la condición fetal. Williams Obstetricia. 21° edición. Montevideo, Uruguay: Editorial Panamericana. 2001. 932 – 946).

MUERTE FETAL: Desde el punto de vista de los embriólogos corresponde a la muerte intrauterina del producto de la gestación que ha superado la etapa de embrión y ha tomado el nombre de feto, lo cual ocurre hacia la décima semana de gestación; otra manera de interpretar la muerte fetal es la adoptada por la Organización Mundial de Salud, según la cual la muerte fetal se reconoce en fetos que tienen 20 semanas o más, calculadas por amenorrea, o cuyo peso es mayor a 500 gramos. La muerte fetal se subdivide en muerte fetal temprana (entre 20 y 28 semanas de gestación) y muerte fetal tardías (> 28 semanas de gestación); a su vez, la muerte fetal se subdivide en muerte fetal anteparto y muerte fetal intraparto, de acuerdo al tiempo en que ocurre el evento. La muerte fetal tiene causas maternas, fetales y placentarias. // Es la muerte in útero del producto de la gestación desde el día que empieza la semana 20 por amenorrea, hasta el momento de su muerte, independiente de la edad gestacional (mientras esté in útero es un feto). Se incluyen los fetos que fallecen durante el trabajo de parto y que no alcanzaron a respirar la primera vez. Los fetos que mueren antes de la semana 20 se califican como abortos. (Silver, R. Fetal Death. Obstetrics and Gynecoloy. 2007; 109 (1): 153-166)

MUERTE FETAL, CLASIFICACIÓN ReCoDe: Corresponde al sistema de clasificación de muerte fetal más empleado nivel mundial. El sistema involucra causas de muerte por categorías: I. Causas fetales: 1. Anomalías congénitas 2. Infección aguda o crónica 3. Hidrops no inmune 4. Isoinmunización 5. Hemorragia feto-materna 6. Transfusión gemelo-gemelo 7. Asfixia intraparto 8. Restricción de crecimiento intrauterino 9. Otros. II Causas cordón umbilical: 1. Prolapso de cordón umbilical 2. Compresión cordón umbilical 3. Inserción velamentosa del cordón umbilical 4. otros III. Causas placentarias: 1. Abrupcio 2. Placenta previa 3. Infarto de placenta 4. Insuficiencia placentaria 5. Otros. IV

Líquido amniótico: 1. Corioamnionitis 2. oligohidramnios 3. Polihidramnios 4. Otros. V Causas uterinas: 1. Ruptura uterina 2. Anomalías uterinas 3. Otros. VI Causas maternas: 1. Diabetes 2. Enfermedad tiroidea 3. Hipertensión asociada al embarazo 4. Síndrome anticuerpos antifosfolípidos 5. Colestasis del embarazo 6. Abuso de drogas 7. Otros. VII Trauma: 1. Externo 2. Iatrogénico. VIII No clasificados: 1. No condición relevante identificada 2. No información disponible. (Silver, R. Varner, M. Work-up of stillbirth: a review of evidence. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 2007; 11 (41): 433-443)

MUERTE FETAL, CLASIFICACIÓN WIGGLESWORTH: Corresponde a un sistema de clasificación de muerte fetal desarrollado por Wigglesworth en 1980. En este sistema se incluyen 9 categorías que involucran las principales causas de muertes fetales y perinatales, con fines investigativos para creación de estrategias de prevención. La clasificación incluye las siguientes categorías: 1. Defecto o malformación congénita 2. Muerte fetal anteparto no explicada 3. Asfixia fetal, anoxia o trauma intraparto 4. Inmadurez 5. Infección 6. Muerte fetal relacionada con otras causas específicas 7. Muerte fetal relacionada con accidentes o trauma no intraparto 8. Muerte infantil súbita de causa desconocida 9. No clasificable. (Silver, R. Varner, M. Work-up of stillbirth: a review of evidence. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 2007; 11 (41): 433-443)

MUERTE FETAL DE EDAD DESCONOCIDA: aquella que ocurre en cualquier momento de la gestación y de imposible clasificación por edad gestacional.

MUERTE FETAL ESPONTÁNEA: la que ocurre sin que medie un factor externo conocido, antes de la vigésima semana de gestación.

MUERTE FETAL SÚBITA: la que ocurre en un feto que previamente estaba sano, o al menos daba la sensación de estarlo. Las muertes fetales súbitas pueden ocurrir por enfermedades silenciosas o por accidentes de la perfusión (torción del cordón a nivel de su base de implantación, abruptio placentae,etc.

MUERTE FETAL TARDÍA: la que ocurre después de la vigesimoctava semana de gestación. Este tipo de eventos hace parte de la muerte perinatal

MUERTE FETAL,TASA: Corresponde al número de muertes fetales por 1.000 nacidos vivos. El cálculo se hace al dividir el número de fetos muertos de 20 semanas o más, sobre el número total de nacidos vivos, y el producto se multiplica por 1000 (o por 10000 o por otros múltiplos de 1000). La tasa mundial de muerte fetal en los años 50´s era de 20/1.000 nacidos vivos; esta cifra disminuyó a 6.4/1.000 nacidos vivos para el año 2002, representando un descenso del 17% a nivel mundial. Aproximadamente el 50% de las muertes fetales se presentan en fetos menores de 28 semanas de gestación y un 20% en embarazos cercanos al término. Las muertes fetales representan el 60% de las muertes perinatales y aproximadamente el 75% son muertes potencialmente prevenibles. La tasa de mortalidad fetal en países desarrollados se encuentra en 5.3/1.000 nacidos vivos; en países en desarrollo se encuentra en 25.5/1.000 nacidos vivos; en América Latina es de 13.2/1.000 nacidos vivos y en Sur América está alrededor del orden de 18/1.000 nacidos vivos. La tasa de mortalidad fetal representa un indicador de desarrollo de una nación y el objetivo planteado por la Organización Mundial de Salud para el año 2010, es reducir la tasa de mortalidad fetal a 4.1 por 1.000 nacidos vivos. (Smith, G. Fretts, R. The Lancet. 2007; 370; 1715-1725).

MUERTE FETAL TEMPRANA: aquella que ocurre entre las vigésima y vigesimoséptima semanas de gestación.

MUERTE INFANTIL: Corresponde al número de defunciones de niños menores de 1 año. La mortalidad infantil incluye la mortalidad fetal y la mortalidad perinatal, es decir, las muertes intrauterinas y muertes de niños menores de 1 año de edad.

MUERTE INFANTIL, TASA: Corresponde al número de defunciones de niños menores de 1 año sobre el total de nacidos vivos al año por 1.000. [(Defunciones niños < 1año / Total de nacidos vivos) x 1.000]. Es un indicador demográfico que representa el grado de desarrollo en una nación. Usualmente se emplea la tasa de mortalidad infantil con niños menores de 1 año, pero en ocasiones se amplía el rango a niños menores de 5 años. La mortalidad infantil incluye la mortalidad fetal y la mortalidad perinatal, es decir, las muertes intrauterinas y muertes de niños menores de 1 año de edad. La tasa de

mortalidad infantil en países desarrollados se encuentra en 4.5/1.000 nacidos vivos, en Colombia se encuentra en 20.3/1.000 nacidos vivos. La tasa de mortalidad infantil ha disminuido aproximadamente un 35% entre 1985 y 2002. (Smith, G. Estimating risks of perinatal death. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 2005; 192: 17-22)

MUERTE MATERNA DIRECTA: Es la ocurrida por una causa derivada estrechamente con el embarazo durante el periodo de la gestación y hasta los 42 días siguientes al parto. Ejemplos: muerte por ectópico, por aborto séptico, por eclampsia, por síndrome de Hellp, por atonía uterina en el puerperio inmediato,etc// 2. La muerte generadas como consecuencia de complicaciones debidas a tratamientos incorrectos, intervenciones inoportunas, omisiones, o por la conjugación de éstos. (Colombia, Ministerio de la Protección Social; Fondo de Poblaciones de las Naciones Unidas; Organización Panamericana de la Salud. Plan de choque para la reducción de la mortalidad materna. Bogotá D.C.: Ministerio de la Protección Social; 2004).

MUERTE MATERNA INDIRECTA: Es la ocurrida durante el periodo de la gestación y hasta los 42 días siguientes al parto por causas no relacionadas directamente con el embarazo. Ejemplos: por accidente de tránsito, por un cáncer en las vías digestivas, por heridas durante un riña, etc.// 2. La muerte generada como consecuencia de enfermedades preexistentes o de otras que aparecen en el curso del embarazo y que sin estar relacionadas con éste, provocan la muerte porque son agravadas por el efecto fisiológico del embarazo. (Colombia, Ministerio de la Protección Social; Fondo de Poblaciones de las Naciones Unidas; Organización Panamericana de la Salud. Plan de choque para la reducción de la mortalidad materna. Bogotá D.C.: Ministerio de la Protección Social; 2004).

MUERTE MATERNA, TASA (TMM): Corresponde al número de defunciones maternas relacionadas con cada 100.000 mujeres en edad reproductiva, definida esta última como mujeres entre 10 y 44 años, 15 y 44 años o 15 y 49 años dependiendo del sistema de clasificación empleado en cada país. La tasa de mortalidad materna evalúa el riesgo que tiene una mujer gestante de morir durante el embarazo y el puerperio. La tasa de mortalidad materna es un

indicador del progreso y la calidad general de los servicios de salud reproductiva en una región o país y representa un indicador de desarrollo. En resumen la TMM= Gestantes o puérperas muertas en un año/No. de mujeres de 15 a 49 años. El cociente se multiplica x100.000 (Christiansen, L. Collins, K. Pregnancy-associated deaths. A 15-year retrospective study and overall review of maternal pathophysiology. The American Journal of Forensic Medicine and Pathology. 2006; 27 (1): 11-19).NOTA: Esta tasa deja por fuera a las gestantes mayores de 49 años, que son pocas y a las menores de 15 años que son un número importante en países en vía de desarrollo. (Colombia, Ministerio de la Protección Social; Fondo de Poblaciones de las Naciones Unidas; Organización Panamericana de la Salud. Plan de choque para la reducción de la mortalidad materna. Bogotá D.C.: Ministerio de la Protección Social; 2004).

MUERTE NEONATAL TARDÍA: aquella que ocurre entre el octavo y el vigesimoctavo día después del nacimiento. Este tipo de eventos hace parte de la muerte perinatal(Colombia, Ministerio de la Protección Social; Fondo de Poblaciones de las Naciones Unidas; Organización Panamericana de la Salud. Plan de choque para la reducción de la mortalidad materna. Bogotá D.C.: Ministerio de la Protección Social; 2004).

MUERTE NEONATAL TEMPRANA: la que ocurre dentro de los primeros siete días después del nacimiento. (Colombia, Ministerio de la Protección Social; Fondo de Poblaciones de las Naciones Unidas; Organización Panamericana de la Salud. Plan de choque para la reducción de la mortalidad materna. Bogotá D.C.: Ministerio de la Protección Social; 2004).

MUERTE PERINATAL: No se han estandarizado los límites para esta variable. El Ministerio de la Protección Social de Colombia recomienda utilizar la definición dada en la Muerte perinatal III. // Muerte del producto de la gestación, de 28 semanas o más por amenorrea, o un mínimo de 1000 gramos, y hasta los siete primeros días de vida. También estarán sujetas a vigilancia las muertes ocurridas en el período neonatal tardío (entre los 7 y los 28 días de vida) si la causa es atribuible a entidades o riesgos ocurridos en el período perinatal. Las defunciones del producto antes de las 28 semanas de gestación no se consideran muertes perinatales. // **2.** La muerte del feto desde

la semana 22 de la gestación o del recién nacido hasta el día 28 post-parto. (Colombia, Ministerio de la Protección Social; Fondo de Poblaciones de las Naciones Unidas; Organización Panamericana de la Salud. Plan de choque para la reducción de la mortalidad materna. Bogotá D.C.: Ministerio de la Protección Social; 2004).

MUERTE PERINATAL I: representa las muertes perinatales que ocurren a partir de la semana 28 de gestación o con un producto que pesa 1.000 o más gramos y hasta los primeros 7 días de nacido. (Colombia, Ministerio de la Protección Social; Fondo de Poblaciones de las Naciones Unidas; Organización Panamericana de la Salud. Plan de choque para la reducción de la mortalidad materna. Bogotá D.C.: Ministerio de la Protección Social; 2004).

MUERTE PERINATAL II : Incluye las muertes de productos de 22 o más semanas de gestación o mayores de 500 gramos de peso, hasta los 28 días de vida. Algunos autores no reconocen las muertes antes de la semana 28 ni después del día 7 en la definición de muerte perinatal. (Colombia, Ministerio de la Protección Social; Fondo de Poblaciones de las Naciones Unidas; Organización Panamericana de la Salud. Plan de choque para la reducción de la mortalidad materna. Bogotá D.C.: Ministerio de la Protección Social; 2004).

MUERTE PERINATAL III: productos muertos entre la semana 22 de gestación o mayores de 500 gramos de peso hasta los 7 días de nacido. Ésta es la definición de la décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades, empleada por la OMS, el CLAP y el DANE(Colombia, Ministerio de la Protección Social; Fondo de Poblaciones de las Naciones Unidas; Organización Panamericana de la Salud. Plan de choque para la reducción de la mortalidad materna. Bogotá D.C.: Ministerio de la Protección Social; 2004).

MUERTE PERINATAL ANTEPARTO: la muerte del feto que ocurre desde la semana 22 y antes del parto. (Colombia, Ministerio de la Protección Social; Fondo de Poblaciones de las Naciones Unidas; Organización Panamericana de la Salud. Plan de choque para la reducción de la mortalidad materna. Bogotá D.C.: Ministerio de la Protección Social; 2004).

MUERTE PERINATAL INTRAPARTO: La muerte del feto que ocurre durante el trabajo de parto, desde la semana 22 de gestación y antes del nacimiento. (Colombia, Ministerio de la Protección Social; Fondo de Poblaciones de las Naciones Unidas; Organización Panamericana de la Salud. Plan de choque para la reducción de la mortalidad materna. Bogotá D.C.: Ministerio de la Protección Social; 2004).

MUERTE PERINATAL POSTPARTO: Equivale a la muerte neonatal. Es la que ocurre cuando el recién nacido muere después del parto y hasta el día 7 de vida. (Colombia, Ministerio de la Protección Social; Fondo de Poblaciones de las Naciones Unidas; Organización Panamericana de la Salud. Plan de choque para la reducción de la mortalidad materna. Bogotá D.C.: Ministerio de la Protección Social; 2004).

MUERTE PERINATAL, RETRAZO I: No hay reconocimiento de los signos de peligro por parte de la gestante o no se toma la decisión de buscar ayuda a pesar de identificar el riesgo. (Colombia, Ministerio de la Protección Social; Fondo de Poblaciones de las Naciones Unidas; Organización Panamericana de la Salud. Plan de choque para la reducción de la mortalidad materna. Bogotá D.C.: Ministerio de la Protección Social; 2004).

MUERTE PERINATAL, RETRAZO II. Se presentan dificultades para acudir al sitio de atención. (Colombia, Ministerio de la Protección Social; Fondo de Poblaciones de las Naciones Unidas; Organización Panamericana de la Salud. Plan de choque para la reducción de la mortalidad materna. Bogotá D.C.: Ministerio de la Protección Social; 2004).

MUERTE PERINATAL, RETRAZO III. Hay deficiencias en la calidad de la atención en el sistema de salud. (Colombia, Ministerio de la Protección Social; Fondo de Poblaciones de las Naciones Unidas; Organización Panamericana de la Salud. Plan de choque para la reducción de la mortalidad materna. Bogotá D.C.: Ministerio de la Protección Social; 2004).

MUERTE PERINATAL, TASA: Corresponde al número de defunciones ocurridas a los fetos que tienen 22 semanas o más de gestación, más los recién nacidos muertos durante los primeros siete días de vida. El cálculo se

hace al dividir el número de fetos y recién nacidos muertos con las condiciones de edad anotadas, sobre el total número de recién nacidos vivos que tengan hasta 7 días de vida. El producto se multiplica por 1000 o por otros múltiplos de 1000. (Colombia, Ministerio de la Protección Social; Fondo de Poblaciones de las Naciones Unidas; Organización Panamericana de la Salud. Plan de choque para la reducción de la mortalidad materna. Bogotá D.C.: Ministerio de la Protección Social; 2004).

MUESTRA DE CORDÓN UMBILICAL POR VÍA PERCUTÁNEA: Es la toma de una pequeña cantidad de sangre del cordón umbilical, realizada mediante punción a través de la piel y de la pared uterina. La cordocentesis se ha convertido en el método de elección para acceder a la sangre fetal.; suele realizarse después de la semana 16 de gestación y se lleva a cabo mediante punción del cordón umbilical guiada por ecografía y extracción de sangre fetal. La pérdida del feto atribuible a la cordocentesis es baja, pero mayor que la amniocentesis. Las principales aplicaciones son: Análisis citogenética de fetos con anomalías estructurales detectadas en la ecografía cuando se requiere un diagnostico rápido 2-3 días; Diagnostico de enfermedades hematológicos que se analizan mas eficazmente en muestras de sangre, o diagnostico de trastornos inmunológicos, por ejemplo la enfermedad granulomatosa crónica; Rápida diferenciación entre un mosaicismo fetal verdadero y mosaicismo causado por contaminación materna de una muestra de liquido amniótico.(Jorde, Lynn. Translation of Medical Genetics, 3e. España. Elsevier, 2004).

MULTIGESTANTE: El sufijo “multi” significa más de una vez. Es aquella mujer que está embarazada en la actualidad por más de una vez, sin importar el número de semanas de gestación. Si la actual es la segunda gestación o más, se considera multigestante. La misma definición se aplica a aquella mujer que ha estado embarazada dos o más veces, sin importar como terminó e embarazo.

MULTIGRÁVIDA: Ver Multigestante.

MULTÍPARA: Es aquella mujer que ha tenido dos o más partos. Es decir, que ha tenido dos o más embarazos que han terminado como partos, lo cual

significa que no han terminado como abortos. (Gary Cunningham y col. Obstetricia de Williams. Edit Panamericana, Buenos Aires, 20ª edición, 1997, pág 211)

MÚSCULO PUBOVAGINAL: Es una delgada banda muscular derivada del músculo pubo-coccígeo que se decusa y rodea la vagina por delante del recto. De acuerdo a los hallazgos de R. Joachimovits (Viena 1969), este músculo no es constante en su grosor; puede variar desde escasas fibras acompañadas de tejido conjuntivo hasta una banda muscular importante. Parte de sus fibras se fijan en la pared posterolateral de la vagina y parte de sus fibras más anteriores se dirigen al cuerpo perineal. Al contraerse lleva la pared vaginal posterior hacia adelante. Al parecer la fortaleza de este músculo en las mujeres de raza negra, más las características del tejido conjuntivo, disminuyen la incidencia de prolapso genital en ellas. El músculo pubococcígeo y el iliococcígeo constituyen el músculo elevador del ano. El elevador del ano y el isquiococcígeo conforman el piso muscular de la pelvis.// .(Alarcón NMA, Amaya MV, Alarcón AMA. Anatomía clínica del aparato genital femenino. Edit Manual Moderno, Mexico 2005)



NACIDO MUERTO: Corresponde al recién nacido que después de la separación del cuerpo materno no muestra ningún signo de vida como latido cardiaco, respiración espontánea, pulsación del cordón umbilical. (Silver, R. Fetal Death. Obstetrics and Gynecology. 2007; 109 (1): 153-167)

NACIDO VIVO: Corresponde al recién nacido que después de la separación del cuerpo materno presenta latidos cardiacos, ha iniciado espontáneamente respiración o ha pulsado el cordón umbilical. Estas condicione son independientes de la talla o el peso del recién nacido. (Silver, R. Fetal Death. Obstetrics and Gynecology. 2007; 109 (1): 153-167)

NABOTH, QUISTES DE : Ver Quistes de Naboth

NAEGELE, FORCEPS DE: Corresponde a los fórceps con curvatura para la cabeza y pelvis del feto. . (Gilstrap III, LC. Cunningham, F. VanDorsten, J. Parto con fórceps. Urgencias en Sala de Partos y Obstetricia Quirúrgica. Montevideo, Uruguay. Editorial Panamericana. 2° edición. 2002. 89 – 123)

NAEGELE, REGLA DE: Consiste en la regla que permite el cálculo de la fecha probable de parto; al primer día del último periodo menstrual se suman 7 días y al mes del último periodo menstrual se restan 3 meses. (Cunningham, F. Gant, N. Williams Obstetricia. Embarazo: generalidades, organización y diagnóstico. Buenos Aires, Argentina. Editorial Medica Panamericana. 2002. p 4-12)

NAGER, SINDROME: Conocido como síndrome de disostosis craneofacial es un trastorno poco común, en la mayoría de los casos, esporádico. El espectro clínico incluye hipoplasia malar sin colobomas, las alteraciones del paladar son frecuentes al igual que las anormalidades preaxiales como

hipoplasia o agenesia del radio o cúbito. Los niños afectados usualmente tiene estatura baja, la inteligencia es normal aunque pueden presentar diversos grados de compromiso en el desarrollo del lenguaje como consecuencia de compromiso auditivo (Heller, J. Gabbay, J. Kwan, D. Genioplasty Distraction Osteogenesis and Hyoid Advancement for Correction of Upper Airway Obstruction in Patients with Treacher Collins and Nager Síndromes. Journal of the American Society of Plastic Surgeon. 2006; 117 (7): 2389 – 2398)

NANÓMETRO: Es una unidad del sistema métrico decimal extraordinariamente pequeña. Equivale a la billonésima parte de un metro, o lo que es igual, a la mil-millonésima parte de un milímetro. Se utiliza por ejemplo para medir longitudes de ondas o partículas orgánicas intracelulares. (Gispert, C. Diccionario de Medicina Oceano Mosby. Barcelona, España. Mosby-Year Book, Inc. 2000. p 432)

NATALIDAD: Hace referencia a la cifra de recién nacidos por cada 1000 habitantes. (Smith, G. Estimating risks of perinatal death. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 2005; 192: 17-22)

NATALIDAD, CONTROL DE LA: Hace referencia a la intervención gubernamental dirigida hacia el control del número de hijos o el comportamiento concepcional de determinados grupos poblacionales. (Smith, G. Estimating risks of perinatal death. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 2005; 192: 17-22)

Nd:YAG LASER: Ver: Laser Neodimio Yttrium-Aluminio-Granate .

NEISSERIA GONORRHOEAE: Es un diplococo gram negativo intracelular, localizado principalmente en el citoplasma de los leucocitos. Es la bacteria causante de una de las enfermedades de transmisión sexual mas importante y común. El cuadro clínico consiste en leucorrea verdosa, fétida ocasionalmente asociado con secreción uretral; la infección se adquiere por contacto sexual con la persona infectada y se disemina en forma ascendente en el tracto genital femenino causando la enfermedad pélvica

inflamatoria del tipo cervicitis, vaginitis, salpingitis, ooforitis. El diagnóstico se sospecha por clínica y riesgo epidemiológico de la paciente y se confirma a través de la demostración del gérmen en los preparados de frotis o a través de radioinmunoensayo. El cultivo del gérmen requiere de un medio especial rico en proteinas (agar-suero, agar-ascitis, agar de sangre cocida o medio de Thayer Martin) que debe tener una superficie húmeda. El tratamiento se realiza con quinolonas y en pacientes embarazadas es necesario el tratamiento con cefalosporina de tercera generación. (Vasquez, J. VillarJ. Treatment for symptomatic genital tract infections. The Cochrane Library. 2005; 4: 34-41)

NEONATO CON BAJO PESO: Corresponde al recién nacido con un peso natal menor de 2500 gramos. Este neonato puede ser un pretérmino hipotrófico o eutrófico, es decir, pequeño sano para la edad gestacional, o puede corresponder a un neonato maduro hipotrófico. (Goldenberg, R. The management of preterm labor. Clinical Obstetrics and Gynecology. 2002; 100: 1020-1037)

NEONATO MACROSÓMICO: Corresponde al recién nacido que presentan un peso mayor del percentil 90 para la edad gestacional. De manera convencional se considera en los embarazos a término, los recien nacidos que presentan un peso mayor de 4000 gramos. (Cunningham, F. Gant, N. Williams Obstetricia. Trabajo de parto. Buenos Aires, Argentina. Editorial Medica Panamericana. 2002. p 624)

NEONATO, MORTALIDAD DEL: Ver Tasa de Mortalidad infantil

NEONATO, SIGNOS DE MADUREZ: Corresponde a los signos que determinan madurez del recien nacido. Dentro de ellos se encuentran: talla mínima de 48 cm, peso mínimo de 2500 gramos, perímetro de hombros mayor que el perímetro de la cabeza (signo de Frank), perímetro torácico mayor a 33 cm, panículo adiposo subcutáneo denso, adecuada turgencia de la piel, color rosado, cabello mínimo de 2 cm, lanugo sólo en los hombros, uñas que cubren o sobrepasan los pulpejos, labios mayores cubriendo los labios menores o testículos a nivel de escroto. (Goldenberg, R. The

management of preterm labor. Clinical Obstetrics and Gynecology. 2002; 100: 1020-1037)

NEONATO, TETANIA DEL: Corresponde a alteraciones de la contractilidad muscular del recién nacido que causa espasmos musculares; afecta diferentes grupos musculares, siendo severo cuando afecta los músculos respiratorios, entrando el recien nacido en periodos de apnea. La etiología incluye variaciones importantes en calcemia y fosfatemia que pueden ser originadas por un insuficiencia renal funcional o insuficiencia de la glándula paratiroides. (Del Conte, I. Caja, A. Chronic Constitutional Tetany. Riv Neurol. 1997; 51 (5): 245)

NEOPLASIA: Aunque etimológicamente la palabra neoplasia significa crecimiento nuevo la definición más próxima es la de Sir Rupert Willis: Una neoplasia es una masa anormal de tejido, cuyo crecimiento excede al del tejido normal y no está coordinado con él y que persiste de la misma forma excesiva tras finalizar el estímulo que suscitó la alteración. A esta caracterización se puede añadir que la masa anormal carece de finalidad, hace presa en el portador (por cuanto compite por el suministro de energía, nutrición y oxígeno con las células normales del tejido) y es virtualmente autónoma (pues no detienen su progreso en un paciente que se está consumiendo). Algunas neoplasias requieren de un soporte endocrino adicional. El término neoplasia equivale en español a tumor, por lo tanto hay neoplasias benignas y neoplasias malignas. (Berek JS,Adashi EY,Hillard PA. Ginecología de Novak. Interamericana. México. 1997 p. 447)

NEOPLASIA BENIGNA: Masa de tejido tumoral cuyo comportamiento es autolimitado, no metastásico y que no pone en riesgo la integridad o la vida del huésped. (Berek JS,Adashi EY,Hillard PA. Ginecología de Novak. Interamericana. México. 1997 p. 447

NEOPLASIA CERVICAL INTRAEPITELIAL: Ver Neoplasia intraepitelial cervical.

NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL I (NIC I): Forma parte de un espectro de lesiones escamosas precursoras de carcinoma cervical. También conocida como displasia leve, se caracteriza histológicamente por la presencia de maduración en los dos tercios superiores del epitelio, con células superficiales que contienen queratina y grados variables pero usualmente mínima atipia que incluye efectos citopáticos virales tipo coilocitosis; las anormalidad nucleares están presentes en grado leve y las figuras mitóticas se encuentran usualmente en el tercio basal en cantidad mínima. Se considera que en este grado de displasia de bajo grado, la mayoría de las lesiones (56%) regresan a epitelio normal con el paso del tiempo, el 32% persisten, el 11% progresan a carcinoma in situ y el 1% progresan a carcinoma invasor. (Berek JS,Adashi EY,Hillard PA. Ginecología de Novak. Interamericana. México. 1997 p. 447 // Tumors of the breast and female reproductive tract. World Health Organization. WHO Histological classification of tumors of the uterine cervix. 2001. 260-289) // Sinónimo: NIC I

NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL II (NIC II): Conocida como displasia moderada en la antigua clasificación. Se caracteriza histológicamente por presencia de maduración en la mitad superior del epitelio, con grados variables de atipia nuclear tanto en la mitad inferior como en la mitad superior; las figuras mitóticas están generalmente confinadas a los dos tercios basales del epitelio. Las formas celulares anormales usualmente están presentes. En este grado de displasia de alto grado, el 43% regresan, 35% persisten, 22% progresan a carcinoma in situ y el 5% progresan a carcinoma invasor. (Berek JS,Adashi EY,Hillard PA. Ginecología de Novak. Interamericana. México. 1997 p. 447// Tumors of the breast and female reproductive tract. World Health Organization. WHO Histological classification of tumors of the uterine cervix. 2001. 260-289) // Sinónimo: NIC II

NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL III (NIC III): Conocida como displasia severa en la antigua clasificación. Histológicamente se caracteriza por ausencia de maduración o confinada únicamente a la porción superficial del epitelio. Las anormalidades nucleares son marcadas, abundantes y se

distribuyen en todo el grosor del epitelio; las figuras mitóticas pueden ser numerosas y pueden ser encontradas en todos los niveles del espesor epitelial, incluso figuras mitóticas anormales pueden ser vistas. Este grado de displasia se considera de alto grado; aproximadamente el 32% regresan, el 56% persisten y hasta el 12% progresan a carcinoma invasor. (Berek JS,Adashi EY,Hillard PA. Ginecología de Novak. Interamericana. México. 1997 p. 447 // Tumors of the breast and female reproductive tract. World Health Organization. WHO Histological classification of tumors of the uterine cervix. 2001. 260-289) // Sinónimo: NIC III

NEOPLASIA INTRAEPITELIAL ENDOMETRIAL: Corresponde a un grupo de clasificación planteado desde el año 2000 para la evaluación de las pacientes con hemorragia uterina anormal y riesgo de hiperplasia endometrial. Esta categoría se caracteriza por la presencia de proliferación glandular clonal y neoplásica localizada; se evalúan tres características morfométricas: volumen estromal, complejidad arquitectural, anormalidad nuclear. De acuerdo a esta clasificación de NIE2000, se establecen tres categorías de diagnóstico: 1) Hiperplasia Endometrial Benigna, usualmente secundaria a estímulo hormonal, reactiva, con policlonalidad y riesgo mínimo de progresión; 2) Neoplasia Intraepitelial Endometrial con alto riesgo de progresión a carcinoma y 3) Carcinoma Endometrial. El tratamiento que se plantea según esta nueva clasificación es terapia hormonal con progestágenos para las pacientes clasificadas como Hiperplasia Endometrial Beninga, histerectomía para las pacientes con diagnóstico de Neoplasia Intraepitelial Endometrial o en pacientes jóvenes o con contraindicación para el procedimiento quirúrgico, manejo hormonal con seguimiento con biopsia a los 3 meses y para las pacientes con Carcinoma Endometrial el tratamiento se realiza de acuerdo a la estadificación FIGO. (Baak, J. Mutter, G. EIN and WHO94. Considering the classification of endometrial hyperplasia. J Clin Pathol. 2005; 58: 1-6)

NEOPLASIA INTRAEPITELIAL VAGINAL (VAIN): Corresponde a un trastorno intraepitelial neoplásico de origen escamoso localizado a nivel vaginal. El término fue introducido para designar la presencia de atipia de células escamosas en el epitelio vaginal en ausencia de invasión. De

acuerdo a la profundidad del compromiso epitelial la Neoplasia Intraepitelial Vaginal se clasifica en tres grados: VAIN I, VAIN II y VAIN III. La incidencia de la VAIN es desconocida, pero se estima en 0.2 a 0.3 casos por cada 100.000 mujeres. Afecta principalmente a mujeres entre 40 y 60 años. Dentro de los factores de riesgo se incluye la infección por Virus del Papiloma Humano (VPH), inmunosupresión genética o adquirida como la infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH); se asocia frecuentemente con neoplasia intraepitelial cervical o vulvar, en forma sincrónica o metacrónica. El diagnóstico se basa en citología, colposcopia y biopsia. El tratamiento depende de la severidad y de la localización de la lesión, así como de la edad de la paciente; entre las opciones se incluye la excisión local de la lesión, colpectomía total o parcial, radioterapia local, quimioterapia local con 5-fluoracilo o cirugía láser. Las medidas ablativos pueden usarse sólo después de que la invasión haya sido eliminada. El pronóstico de la Neoplasia Intraepitelial Vaginal no está establecido en forma completa; hasta el momento no existen estudios prospectivos, sin embargo, estudios restrospectivos y seguimiento de pacientes a 3 años, informan 50% de progresión, 20% de persistencia y 20% de progresión a carcinoma invasor. (Graham, K, Wright, K, Cadwallader, B, et al. 20-year retrospective review of medium dose rate intracavitary brachytherapy in VAIN 3. Gynecol Oncol 2007; 106:105).

NEOPLASIA INTRAEPITELIAL VAGINAL I: Hace referencia a la presencia de atipia epitelial escamosa localizada a nivel vaginal. Se caracteriza por la pérdida de la arquitectura epitelial asociada a hipercromatismo y pleomorfismo nuclear, presencia de atipia celular, mitosis anormales, disqueratosis, paraqueratosis, con pérdida la maduración, confinada al tercio superior del epitelio. (Hirsh, H. Käser, O. Iklé, F. Atlas de cirugía ginecológica con cirugía de mama. Carcinoma de vulva y vagina. Quinta edición. Editorial Marbán. Madrid, España. 2000. 411-423)

NEOPLASIA INTRAEPITELIAL VAGINAL II: Hace referencia a la presencia de atipia epitelial escamosa localizada a nivel vaginal. Se caracteriza por la pérdida de la arquitectura epitelial asociada a hipercromatismo y pleomorfismo nuclear, presencia de atipia celular, mitosis

anormales, disqueratosis, paraqueratosis, con pérdida la maduración, confinada a los dos tercios superiores del epitelio. (Hirsh, H. Käser, O. Iklé, F. Atlas de cirugía ginecológica con cirugía de mama. Carcinoma de vulva y vagina. Quinta edición. Editorial Marbán. Madrid, España. 2000. 411-423)

NEOPLASIA INTRAEPITELIAL VAGINAL III: Hace referencia a la presencia de atipia epitelial escamosa localizada a nivel vaginal. Se caracteriza por la pérdida de la arquitectura epitelial asociada a hipercromatismo y pleomorfismo nuclear, presencia de atipia celular, mitosis anormales, disqueratosis, paraqueratosis, con pérdida la maduración que compromete todo el espesos del epitelio. (Hirsh, H. Käser, O. Iklé, F. Atlas de cirugía ginecológica con cirugía de mama. Carcinoma de vulva y vagina. Quinta edición. Editorial Marbán. Madrid, España. 2000. 411-423)

NEOPLASIA INTRAEPITELIAL VULVAR (VIN): Corresponde a un trastorno intraepitelial neoplásico de origen escamoso localizado a nivel vulvar. El término de Neoplasia Intraepitelial Vulvar fue introducido en 1980 para designar las atipias epiteliales escamosas severas y el carcinoma de células escamosas in situ de la vulva. La terminología de VIN fue adoptada por la Sociedad Internacional de Estudios de las enfermedades vulvares en 1986. Esta patología se presenta en el 75% de los casos en mujeres premenopáusicas; se han descrito factores de riesgo similares para el carcinoma vulvar como la infección por Virus del Papiloma Humano (VPH), tabaquismo, infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). Los principales síntomas son el prurito, la sensación de dolor, la sensación de dolor o ardor a nivel perineal y la disuria; los principales signos son los cambios del aspecto y las alteraciones palpables de la superficie. Aproximadamente el 50% de las pacientes son asintomáticas y el diagnóstico se realiza durante un examen ginecológico de rutina o en colposcopia por citología anormal. El diagnóstico se confirma con examen histopatológico. El tratamiento se realiza de acuerdo al resultado de la biopsia, la extensión de la enfermedad y los síntomas de la paciente; el manejo incluye la aplicación local de 5-fluoracilo o de imiquimod, la excisión local de la lesión, la ablación con láser y la vulvectomía. La tasa de recurrencia, independiente del tratamiento, es cercana al 40%; tiene como

factores predictores el grado de la lesión, la multifocalidad, la positividad para cepas de alto riesgo de VPH y la existencia de neoplasia intraepitelial multicéntrica. (Judson, PL, Habermann, EB, Baxter, NN, et al. Trends in the Incidence of Invasive and In Situ Vulvar Carcinoma. Obstet Gynecol 2006; 107:1018).La VIN fue clasificada por la FIGO en VIN I, VIN II, y VIN III. (Judson, PL, Habermann, EB, Baxter, NN, et al. Trends in the Incidence of Invasive and In Situ Vulvar Carcinoma. Obstet Gynecol 2006; 107:1018).

NEOPLASIA INTRAEPITELIAL VULVAR I (VIN I): Hace referencia a la presencia de atipia epitelial escamosa localizada a nivel vulvar. Se caracteriza por la presencia de atipia citológica usualmente en forma de coilocitosis o hiperplasia celular basal con incremento en la actividad mitótica, que compromete el tercio superior del epitelio. (Fox, H, Wells, M. Recent advances in the pathology of the vulva. Histopathology 2003; 42:209)

NEOPLASIA INTRAEPITELIAL VULVAR II (VIN II): Hace referencia a la presencia de atipia epitelial escamosa localizada a nivel vulvar. Se caracteriza por la pérdida de la arquitectura epitelial asociada a hipercromatismo y pleomorfismo nuclear, presencia de atipia celular, mitosis anormales, disqueratosis, paraqueratosis y pérdida la maduración confinada a los dos tercios superiores del epitelio, con escasas células maduras presentes en la superficie. (Fox, H, Wells, M. Recent advances in the pathology of the vulva. Histopathology 2003; 42:209)

NEOPLASIA INTRAEPITELIAL VULVAR III (VIN III): Hace referencia a la presencia de atipia epitelial escamosa localizada a nivel vulvar. Se caracteriza por la pérdida de la presencia de cambios citológicos significativos con figuras mitóticas bizarras y abundante pleomorfismo que compromete todo el espesor del epitelio sin compromiso del estroma subyacente. (Fox, H, Wells, M. Recent advances in the pathology of the vulva. Histopathology 2003; 42:209)

NEOPLASIA MALIGNA: Masa de tejido tumoral de comportamiento invasor progresivo, metastásico y cuyo crecimiento compromete la integridad y la

vida del huésped. (Berek JS,Adashi EY,Hillard PA. Ginecología de Novak. Interamericana. México. 1997 p. 447)

NEOPLASIA VAGINAL INTRAEPITELIAL: Ver Neoplasia Intraepitelial Vaginal

NEOVAGINA: Ver Vaginoplastia de McIndoe

NERVIO PUDENDO: Corresponde al nervio compuesto por las raíces nerviosas S3 y S4, formando el plexo pudendo. Pasa por el agujero infrapiriforme, rodea la espina isquiática, pasa por el agujero isquiático medio a la fosa isquiorectal; posteriormente se ramifica en los nervios rectales, perineales del cual surgen los nervios labiales y escrotales. Inerva la región anal y perineal. (Alarcón, M. Anatomia Clínica del aparato genital femenino. Anatomía clínica del periné. Primera edición. Editorial Manual Moderno. Bogotá, Colombia. 2005. pp 218)

NERVIOS ESPINALES: Corresponden a los nervios de la médula espinal. Normalmente son 31 pares: bilateralmente 8 nervios cervicales, 12 torácicos, 5 lumbares, 5 sacros y 1 coccígeo. Se originan a partir de la unión de la raiz dorsal (sensible) en la que se encuentra el ganglio espinal, con la raiz ventral (motora) que tambien lleva fibras simpáticas desde C8 a T12. (Alarcón, M. Anatomia Clínica del aparato genital femenino. Anatomía clínica del periné. Primera edición. Editorial Manual Moderno. Bogotá, Colombia. 2005. pp 218)

NEUMÓMETRA: Término utilizado en histeroscopia para mencionar la distensión de la cavidad endometrial mediante el uso de gas carbónico u otro gas similar, con el propósito de facilitar la visibilidad de las paredes y contenido de la cavidad endometrial. (Hirsh, A. Käser, O. Atlas de Cirugía Ginecológica. Laparoscopia e histeroscopia. Editorial Marbán Libros. Madrid, España, 2000. pp 32-46)

NEUMOPERITONEO: Es la presencia de abundante gas en la cavidad peritoneal. Son muy raras las ocasiones en las cuales se produce neumoperitoneo de origen gineco-obstétrico; casi siempre ocurre por ruptura de una víscera digestiva. Es normal que haya neumoperitoneo después de

una laparotomía o de una laparoscopia. (Hirsh, A. Käser, O. Atlas de Cirugía Ginecológica. Laparoscopia e histeroscopia. Editorial Marbán Libros. Madrid, España, 2000. pp 32-46)

NEURECTOMIA PRESACRA: Corresponde a una técnica quirúgica para el manejo el dolor pelvico crónico que consiste en la sección de las fibras nerviosas simpáticas y parasimpáticos que llevan aferencias sensitivas al útero y cuello uterino. Las fibras simpáticas desde T10 a L1 descienden a lo largo de los grandes vasos y confluyen para formar el plexo hipogástrico superior al nivel de L5, continuando sobre el sacro para formar el plexo hipogástrico intermedio y posteriormente alcanzar el útero a través de los ligamentos uterosacros; luego se unen a las fibras parasimpáticos de S1 a S4 y forman el plexo de Frankenhauser lateral al cuello uterino. El abordaje se puede realizar por técnica abierta o laparoscópica con tasas de éxito que oscilan entre el 50 y 60%. (Escobar, D. Alvarado, C. Neurectomía presacara por laparoscopia. Rev Chil Obstet Ginecol. 2003; 68 (2): 87-92)

NEVUS ARÁCNEO: Corresponde a una neoformación arterial, con un nodulo pequeño central pulsátil y vasos finos radiales. Afecta principalmente a mujeres y niños. Se localiza principalmente en extremidades pero puede afecta tambien la superficie facial. Cuando se presentan en forma solitaria no implica condición patológica; sin embargo, cuando se presenta aparición múltiple se presenta asociación con enfermedades hepáticas. Los nevus arácneos que se presentan en forma eruptiva durante la gestación, generalmente desaparecen en forma espontánea después del parto. (Vásquez, B. Vásquez, A. Piel y embarazo. MedUnab. 2002; 5 (14): 83 – 94)

NEVUS BLANDO ESPONJOSO: Corresponde a un tumor congénito y benigno de la epidermis, transmitido en forma autosómica dominante. Inicialmente se presenta como áreas de mucosa oral engrosada, de aspecto esponjoso, blanquecino; el curso es progresivo y puede afectar las mucosas nasal, esofágica, rectal y vaginal. El estudio histopatológico documenta hiperplasia de la mucosa por intenso edema intracelular focal. El diagnóstico diferencial se debe realizar con el leucoedema, la disqueratosis congénita y la hiperplasia epitelial oral focal. El diagnóstico se realiza por

histopatología y el tratamiento consiste en electrocoagulación o resección quirúrgica de las lesiones. (Puig S, Malvehy J. Nuevos horizontes diagnósticos en dermatoscopia. Piel. 2003; 18(8): 401-402)

NEVUS EPIDÉRMICO: Es un tumor congénito benigno de la epidermis conocido como nevus epidérmico verrugoso. Cuando no se presenta al nacimiento puede manifestarse durante el primer año de vida. La incidencia descrita es de 1 por cada 1000 recién nacidos vivos. Clínicamente se presenta como pápulas verrugosas de color pardo a negro, confluyentes en placas de tamaño, localización y distribución variables. El nevus epidérmico verrugoso localizado se distribuye de forma lineal en las extremidades y de forma ondulada en el tronco. Como su nombre indica la lesión es localizada. Las formas extensas se denominan nevus epidérmico verrugoso sistematizado. Clásicamente, las formas extensas de distribución unilateral se denominan “nevus unius lateralis” y las bilaterales “ictiosis hystrix”. La variante extensa puede asociarse con malformaciones neurológicas, óseas, oculares, vasculares y urogenitales, constituyendo el denominado síndrome del nevus epidérmico de Solomon. El tratamiento consiste en la resección quirúrgica, aunque en ocasiones, por la distribución, esta no es posible. (Azañas JM, Torrelo A. Nevus epidérmico: revisión de 97 casos. Actas Dermo-Sif 2003;84:549-554)

NIC: Ver Neoplasia intraepitelial cervical.

NICTURIA: 1. Es la micción voluntaria que ocurre 2 o más veces cada noche // 2. Es la inversión del ritmo normal de la micción; es decir, el ritmo diurno pasa a ser nocturno. Por lo general una mujer en condiciones normales orina entre 0 y 1 vez por noche; por lo tanto, se considera nicturia como síntoma urinario de probable origen ginecológico cuando la paciente refiere despertarse más de una vez por noche para orinar. Este trastorno está frecuentemente relacionado con trastornos del sueño pero también puede ser secundario a infección o anormalidades neurológicas. Cualquier evaluación de nicturia debe considerar los volúmenes evacuados, ya que la diuresis al asumirse la posición de decúbito, es común en individuos con edema periférico o insuficiencia cardíaca congestiva. (DeCherney, A.

Diagnóstico y tratamiento ginecoobstétricos. Urología Ginecológica. Séptima edición. Bogotá, Colombia. Editorial Manual Moderno. 1994. 1049-1067. Lozano, J. Semiología General: Interpretación de los hallazgos clínicos. Enfermedad Actual en relación con el sistema urinario. Quinta edición. Manizales, Colombia. Editorial Andina. 1990. 317-324)

NIDACIÓN: Ver Implantación

NINFAS: Son dos repliegues de mucosa en la vulva que conforman los labios menores. // Las ninfas en la mitología griega eran diosas jóvenes de menor rango. Las ninfas debían preservar la naturaleza, por esto se les conoce de acuerdo a su oficio: Oceánidas, las que cuidaban el océano; Nereidas, cuidaban el Mar Mediterráneo; Leimónidas o ninfas de las pradera;Dríadas ó Hamadríadas, cuidaban los árboles; Mélidas, protegían los frutales; Oréadas u Orestíadas,cuidaban las montañas y las grutas y compañaban a la diosa Diana la Cazadora (Artemis); Naíadas, ninfas de las fuentes; Potámidas, cuidaban los ríos; Limníadas, protectoras de los lagos. Tal vez la escultura más conocida de estas diosas es “Apolo asistido por las ninfas” de Francois Girardon, en el palacio de Versalles. // El término ninfas dió origen a la palabra ninfomanía que es la hipersexualidad femenina. // Segatore en 1971 le daba los sinónimos de metromanía y furor uterino y la definía como violento desequilibrio interhormonal y alteración psico-sexual.// Sinónimo: Labios menores de la vulva. (Moore, K. Anatomía con orientación clínica. Organos genitales. Buenos Aires, Argentina. Editorial Panamericana. 1993. p 162)

NINFOMANÍA: Deseo sexual exagerado en la mujer. Equivale a la satiriasis en el hombre. // Es un trastorno en algunas mujeres con una preocupación excesiva y constante por la satisfacción sexual debido en gran parte a la dificultad por conseguir el orgasmo. Otras presentan orgasmos múltiples pero con insatsisfacción. El equivalente en hombres es la satiriasis. // Sinónimo: Clitorismo. (Gala, F. Guillén, C. Consideraciones y actitudes acerca de los trastornos de la conducta sexual. Medicine Somática y Psiquiatría de enlace. 2003; 67: 61-70)

NITRAZINA, TEST PARA R.P.M.: Prueba de laboratorio empleada para evidenciar la presencia de líquido amniótico en la cavidad vaginal. El test consiste en tomar una muestra de líquido obtenido del fórnix posterior de la vagina para luego aplicar sobre éste, la tira de nitrazina y evaluar el pH del líquido obtenido. La prueba evidencia RPM cuando la tira detecta alcalinidad:

Normalmente el pH del líquido amniótico se encuentra entre 7.0 y 7.7, mientras que el pH del moco cervical es ácido entre 3.8 y 4.2. Si el pH obtenido de la muestra es alcalino, el test es positivo. Sin embargo, pueden existir falsos positivos cuando la muestra se encuentra contaminada con sangre, semen, flujo vaginal patológico u orina patológica que pueden alcalinizar el fluido cervical. (Mercer, B. Preterm Rupture of the Membranes: diagnosis and management. Clinical Perinatology. 2004; 31: 765 – 782)

NOBLE, SIGNO DE: Consiste en un signo de embarazo que se presenta a partir de la semana 13 de gestación. Se caracteriza por una disminución de la bóveda lateral de la vagina debido a la integración del segmento uterino inferior al formarse la cavidad amniótica. Ver signo de Noble-Budin (Sayle, AE, Wilcox, AJ, Weinberg, CR, Baird, DD. A prospective study of the onset of symptoms of pregnancy. J Clin Epidemiol 2002; 55:676)

NÓDULO DEL ESTOMA ENDOMETRIAL: Es un tumor mesenquimal benigno del cuerpo uterino. Afecta principalmente a mujeres de raza negra de aproximadamente 47 años. Clínicamente se presenta con menometrorragias. Microscópicamente se caracteriza por una masa única, usualmente bien delimitada, de consistencia blanda, superficie amarillenta, con tamaño promedio de 4 cm. Microscópicamente se caracteriza por la presencia de células que semejan estroma endometrial en fase proliferativa con vasos sanguíneos de tipo arteriolar de pared delgada; se presentan figuras mitóticas infrecuentes con atipia celular mínima, ausencia de patrón infiltrativo y se pueden presentar cambios focales de diferenciación muscular. El pronóstico en bueno por ser neoplasia benigna. El tratamiento que se planteo es histerectomía. (Parham, D. Barr, FG.

Rhabdomyosarcoma. Skeletal Muscle tumours. World Health Organization. 2001: 130-142)

NÓDULO MAMARIO: Se define nódulo mamario como la presencia de una tumoración en el tejido mamario de causa, en su mayoría, benigna, aunque siempre debe considerarse la posibilidad de un cáncer de mama. Cualquiera de los tejidos de la mama puede dar origen a un nódulo: conductos, acinos, estroma o tejido conectivo de sostén y tejido graso. El nódulo o masa mamaria constituye una causa frecuente de consulta ginecológica que genera ansiedad y preocupación tanto en las pacientes como en los médicos, debido a la sospecha de un origen maligno. Determinar la naturaleza de un nódulo mamario es a menudo difícil, principalmente en mujeres premenopáusicas, en quienes existe una marcada nodularidad del tejido mamario, más pronunciada en los cuadrantes súpero externos y en el área inframamaria. Esta consistencia cambia durante el ciclo menstrual, y debe entenderse como un proceso fisiológico y no una señal de patología. Las masas o nódulos más frecuentes se caracterizan por su persistencia durante todo el ciclo menstrual. La mayoría de las veces son descubiertos por la misma paciente; aunque suelen ser discretos o pobremente definidos, difieren de las características del tejido vecino y del área correspondiente en la mama opuesta. La aparición de los nódulos mamarios se debe en un gran porcentaje a condiciones benignas, pero es necesario realizar un diagnóstico diferencial adecuado. Los más frecuentes son los tumores bifásicos (fibroadenomas y cistosarcoma fillodes), los quistes mamarios (quistes clínicamente evidentes), áreas prominentes de cambios fibroquísticos (placas fibrosas) y la necrosis grasa. En algunos casos el nódulo palpable de la mama se debe a un cáncer. Otras masas mamarias menos comunes son el papiloma intraductal, el galactocele y los lipomas. Ocasionalmente aparece un nódulo que corresponde a un absceso de origen infeccioso, pero casi siempre se acompañará de cambios en la piel como eritema, edema y calor. (Gallego, Gildardo. Palpable breast nodule. *Rev Colomb Obstet Ginecol*, Jan./Mar. 2005, vol.56, no.1, p.82-91).

NOONAN, SINDROME DE: Corresponde a un síndrome de malformación familiar que se semeja de manera importante con el síndrome de Turner, pero con la diferencia que no se encuentran alteraciones cromosómicas. Afecta tanto a hombres como a mujeres con una incidencia estimada de 1 por 1000 nacidos vivos. La etiología es desconocida. La diferencia fenotípica con el síndrome de Turner es: talla pequeña en menor grado, malformaciones cardiacas congénitas, especialmente estenosis de las válvulas semilunares, retardo mental leve, criptorquidia o aplasia testicular en los hombres, gran variabilidad de la función gonadal desde función normal con fertilidad hasta agonadismo total, en niñas se presenta menarquia normal usualmente retardada. (Morgan, T. Turner syndrome: diagnosis and management. Am Fam Physician. 2007; 76(3): 405-10)

NORETINODREL: Corresponde a un progestágeno derivado de la 19-nortestosterona que se metaboliza rapidamente a noretisterona. (Mishell, D. State of the art in hormonal contraception. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 2004; 190:S1)

NORETISTERONA: Es una progestágeno sintético empleado en la contracepción oral, combinado con estrógenos usualmente en forma de enantato de noretisterona. El objetivo es inhibición de la ovulación. (Mishell, D. State of the art in hormonal contraception. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 2004; 190:S1)

NORGESTIMATO: Es un progestágeno sintético derivado de la 19-nortestosterona, empleado en la contracepción hormonal oral. (Mishell, D. State of the art in hormonal contraception. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 2004; 190:S1)

NORGESTREL: Es un progestágeno sintético usando en preparados bifásicos para la contracepción hormonal y el tratamiento de síntomas del climaterio, irregularidad del ciclo menstrual, endometriosis, dismenorrea. (Mishell, D. State of the art in hormonal contraception. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 2004; 190:S1)

NORPLANT: Nombre comercial del levonorgestrel en depósito utilizado en forma de implante subcutáneo en la cara interna del brazo para planifiación familiar durante 5 años en promedio. Es producido pot la casa Wyeth-Ayerst de Philadelphia. La hormona está contenida en tubos rígidos y en cápsulas suaves de polydimetylsiloxano con 216 mg de l-norgestrel cristalizado. (Islam, S. Kabir, N. Study of the Norplant counselling service. IDRC research results. 2001)

NUCK, QUISTE DE: Ver Quiste de Nuck

NÚCLEOS DE OSIFICACIÓN: Corresponde a la región de los hueso largos a partir de la cual se inicia el proceso de osificación endocondral; se presenta principalmente en las epífisis de los huesos largos. Estos núcleos representan importancia para la determinación de la edad gestacional en embarazos de edad gestacional desconocida, o para la determinación de la edad en cadáveres de niños. (Smith, G. Estimating risks of perinatal death. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 2005; 192: 17-22)

NUDO FALSO DEL CORDÓN UMBILICAL: Ver Cordón Umbilical, nudo falso

NUDO VERDADERO DEL CORDÓN UMBILICAL: Ver Cordón Umbilical, nudo verdadero

NULIGRÁVIDA: Hace referencia a la mujer que no ha tenido ninguna gestación. (Cunningham, F. Gant, N. Williams Obstetricia. Embarazo: generalidades, organización y diagnóstico. Buenos Aires, Argentina. Editorial Medica Panamericana. 2002. p 4-12)

NULÍPARA: Hace referencia a la mujer que no ha tenido ningún parto. (Cunningham, F. Gant, N. Williams Obstetricia. Embarazo: generalidades, organización y diagnóstico. Buenos Aires, Argentina. Editorial Medica Panamericana. 2002. p 4-12)



OBSTETRA: Médico especializado en la atención de la gestación, el parto y el puerperio involucrando los aspectos biológicos, psicológicos y sociales del mismo. (Ravinobich, V. Responsabilidad del médico. Astrea. 1999; 271)

OBSTETRICIA: Rama de la medicina encargada del cuidado de la mujer gestante desde el inicio del embarazo hasta el parto y el puerperio. (Ravinobich, V. Responsabilidad del médico. Astrea. 1999; 271)

OBSTRUCCIÓN PIELO-URETERAL FETAL: Corresponde la estenosis u obstrucción del sistema urinario a nivel de la unión uretero-piélica. Constituye la causa más frecuente de hidronefrosis fetal. Afecta más comúnmente al sexo masculino en una relación 5:1 H:M. La etiología incluye defectos en la musculatura lisa del sistema urinario u obstrucciones secundarias a adherencias fibrosas, bandas ureterales o inserción ureteral anómala. La malformación es unilateral en el 70% de los casos, usualmente comprometiendo el riñón izquierdo. El diagnóstico ultrasonográfico prenatal se realiza con la visualización de hidronefrosis con un grado variable de dilatación ciliciaria, sin la presencia de dilatación vesical o uretral. El pronóstico depende del grado de obstrucción y el compromiso renal asociado. (Gonzalez, R, Schimke, CM. Ureteropelvic junction obstruction in infants and children. Pediatr Clin North Am 2001; 48:1505)

OGINO-KNAUS: Estos dos apellidos están ligados a la planificación familiar. Los doctores Kiusako Ogino, ginecólogo japonés (1882-1975) y Hermann Knaus, ginecólogo austríaco (1892-1970), investigaron de manera independiente los periodos susceptibles de la fecundación durante el ciclo menstrual. Este conocimiento se utilizó para elegir los periodos del mes aptos para tener relaciones sexuales con menor probabilidad de embarazo. El método de Ogino-Knaus de planificación familiar es la

abstinencia durante los días periovulatorios: periodo que empieza dos días antes y termina dos días después del día 15 del ciclo menstrual. (Granadoa E. Crónica de la Medicina Plaza y Janés Editores. Barcelona, 1994 p. 426)

OLIGOMENORREA: Es la menstruación que se presenta de manera no periódica e irregular, con rangos de 35 días o más,y hasta 5 meses, con escasa cantidad, de poca duración(un día o menos). La característica principal es el intervalo amplio entre una y otra menstruación. Las menstruaciones que se presentan con intervalos mayores a seis meses se denominan amenorrea secundaria. **//** Intervalos intermenstruales mayores a 35 días. (Hatasaka, H. The evaluation of Abnormal Uterine Bleeding. Clin Obstet Gynecol. 2005; 48: 258-273) // Ciclos menstruales que se presentan con un lapso de 35 días o más o cuando hay 9 ciclos menstruales o menos, por un año. (Wild R, Vesely S, et al. Ferriman Gallwey self-scoring I: performance assessment in women with polycystic ovary syndrome. J. Clin Endocrinol Metab 2005;90:4112-4)

OLIGOZOOSPERMIA: Es el recuento bajo de espermatozoides en la muestra evaluada. Se clasifica como moderada si el recuento se encuentra entre 10.000.000 y 20.000.000; se considera severa cuando el recuento está por debajo de 10.000.000 en la muestra. Dentro de las posibles etiologías se encuentran las alteraciones hormonales, obstrucción parcial secundara a procesos infecciosos, factores ambientales o efectos secundarios a medicamentos. (Tournaye, H. Evidence-based management of male subfertility. Curr Opin Obstet Gynecol. 2006; 18: 253-259)

ONDAS DE LASER QUIRÚRGICO: Son paquetes de fotones emitidos en forma de laser, que se caracterizan por ser: Monocromáticos: Todas las ondas tienen exactamente la misma longitud de onda y por lo tanto producen el mismo color. Paralelos o colimados: Todas las ondas se mueven en columnas. Coherentes: Todas las ondas se encuentran exactamente una a la par de la otra en espacio y tiempo.// Longitud de onda laser: Es la distancia entre dos crestas o dos valles sucesivos de onda. El color de la luz está determinado por su longitud de onda en nanómetros (nm). Un nanómetro es la billonésima parte de un metro, es decir la

milmillonésima parte de un milímetro. Los seres humanos perciben sólo la luz visible, una estrecha franja situada entre los 385 y 760 nm. Se requiere más energía para producir longitudes de ondas cortas (UV), que largas (infrarroja). Es importante que el médico sepa la longitud de onda específica del laser por utilizar, porque la penetración tisular y la reacción de los tejidos varía n mucho con respecto a este parámetro. Los anteojos de seguridad para el uso de laser se marcan de acuerdo con las longitudes de onda contra las que protegen. // Amplitud: Es la intensidad o brillantez, que depende de la altura de la onda y, al igual que las oceánicas, determina su potencia.// Velocidad: Una característica privativa de las ondas luminosas es que su velocidad es constante en todos los marcos de referencia, de casi 300.000 km/segundo en el vacío. No se conoce como nada que viaje a mayor velocidad que la luz. Dada esta velocidad constante, cualquier cambio en la frecuencia produce una variación relacionada en la longitud de onda (color). Este principio se utiliza en ciertos cristales que duplican la frecuencia, como el KTP (titanilfosfato de potasio) que, por ejemplo, cambia la emisión infrarroja de 1.064 nm de un laser de Nd:YAG, a la luz verde de 532 nm del de KTP. (Poblete, A. Cirugía Láser endoscopica. Rev Chil Obstet Ginecol. 2003; 68 (6): 503-507)

ONFALOCELE: Corresponde a una alteración de la pared abdominal anterior caracterizada por una hendidura en la línea media, que afecta la región del ombligo. El onfalocele equivale a una gran hernia del centro de la pared anterior por el sitio donde se implanta el cordón umbilical, lo cual permite la salida de los intestinos. La incidencia se encuentra en 1 – 3.6 / 10.000 RN. El defecto se produce como consecuencia del fracaso en el depósito de células ectodérmicas en la placoda de la pared abdominal. Cuando el defecto es muy grande también permite la salida de otras vísceras abdominales. La característica de la patología es que las vísceras herniadas están cubiertas de una membrana transparente que proviene del epitelio del cordón umbilical. Aunque se desconoce con precisión la causa de esta malformación, se produce por falta de regreso de los intestinos a la cavidad peritoneal durante la semana 10 de gestación. El Onfalocele se puede presentar como un defecto aislado o formando parte de síndromes

como la pentalogía de Cantrell, síndrome de Beckwith-Wiedemann, síndrome de regresión caudal o trisomías como 13, 18 y 21. Está asociado hasta en el 70% de los casos con otras malformaciones de tipo cardiovascular, SNC, músculo-esquelética, gastrointestinal y urinarias. El diagnóstico prenatal se realiza a través de la evaluación ultrasonográfica de detalle anatómico, documentación de malformaciones asociadas y cariotipo fetal; adicionalmente se encuentran marcadores fetales como alfa-fetoproteína en suero materno, acetilcolinesterasa en líquido amniótico y HCG en suero materno. El parto se programa al completar las 38-40 semanas de gestación y la vía debe ser abdominal. El manejo inicial consiste en cubrimiento del defecto con gasa estéril, reanimación con líquidos endovenosos de acuerdo a la condición de hidratación, sonda nasogátrica e inicio de antibiótico endovenoso, posteriormente se programa la corrección quirúrgica. (Chen, CP. Chromosomal abnormalities associated with omphalocele. Taiwan J Obstet Gynecol. 2007; 46(1): 1-8)

OOCITO FECUNDADO. Oocito penetrado por un espermatozoo concluyendo la segunda división meiótica, formando una nueva célula que conserva la mayor parte del citoplasma. (Moore, K. Persaud, T. Inicio del desarrollo embrionario: Primer semana. Embriología Clínica. México. McGraw-Hill Interamericana. 6° edición. 2001. pg. 17 – 49).

OOCITO PRIMARIO. Resulta de la proliferación de las oogonias por división mitótica durante la vida fetal temprana. Los oocitos primarios hacen parte de los folículos primarios y de los folículos secundarios. Estos oocitos permanecen latentes en profase suspendida(dictioteno) hasta la pubertad y se mantienen en este periodo de primera división meiótica, hasta que maduren durante el ciclo menstrual, en cualquier momento de la vida fértil.A medida que madura un folículo, el oocito primario aumenta de tamaño. Poco antes de la ovulación, el oocito primario termina la primera división meiótica. Ha iniciado la primera división meiótica antes del nacimiento, pero la profase no termina hasta la adolescencia. Los oocitos primarios permanecen en profase suspendida (dictioteno), hasta que se inicie la maduración sexual y la mujer pueda ser fecundada. Se piensa que las células foliculares que rodean al oocito primario secretan una sustancia que

se llama inhibidor de la maduración del oocito, que conserva detenido el proceso meiótico del mismo. (Keith Moore , T. Persaud. Embriología clínica. Edit McGraw-Hill, México. 6ª edición, 1999)

OOCITO SECUNDARIO : Durante toda la vida fetal y la infancia el oocito ha permanecido como primario hasta que en cualquier momento de la vida fértil reciba el influjo hormonal que lo convierta en oocito secundario. Durante la ovulación, el oocito primario termina la primera división meiótica y se divide en oocito secundario y en primer cuerpo polar. El oocito secundario recibe la mayor parte del citoplasma, el primer cuerpo polar casi no recibe nada de citoplasma. Simultáneamente el oocito secundario inicia la segunda división meiótica y se detiene en la metafase. En esa condición será eliminado con la menstruación si no es fecundado. Sólo si es fecundado concluye la segunda división miótica (con formación del segundo cuerpo polar). En ambas divisiones meióticas el cuerpo polar se atrofia y se elimina. (Keith Moore , T. Persaud. Embriología clínica. Edit McGraw-Hill, México. 6ª edición, 1999)

OOGONIA: Cada oogonia deriva de una célula germinativa primordial originada en el interior del saco vitelino. Estas oogonias migran, se introducen en el feto y se localizan en el núcleo del embrión donde se desarrollarán los ovarios. Una vez formado el ovario las oogonias se rodean de una capa células mesenquimales aplanadas y forman los folículos primarios. El folículo primario progresa a folículo secundario cuando aparecen las dos capas de células de granulosa(la teca interna y la teca externa); aunque el oocito primario permanece como tal hasta que madure en cualquier momento de la vida fértil (de los 13 a los 49 años de edad). El número total de oogonias (oocitos primarios) van disminuyendo durante la vida fetal hasta que solo hay dos millones (aproximadamente) al momento del nacimiento. Durante la infancia continúa la degeneración de los oocitos primarios contenidos en los folículos primarios y secundarios, de tal manera que el número disponible para completar la maduración se reduce a unos cuantos miles. (Keith Moore , T. Persaud. Embriología clínica. Edit McGraw-Hill, México. 6ª edición, 1999)

OOFORECTOMÍA: Extirpación quirúrgica de uno o ambos ovarios. (Hirsh, A. Käser, O. Atlas de Cirugía Ginecológica. Cirugía anexial. Editorial Marbán Libros. Madrid, España, 2000. pp 32-46)

OOFORITIS: Corresponde a una forma de enfermedad pélvica inflamatoria que se caracteriza por un proceso inflamatorio de uno o ambos ovarios, secundario a colonización bacteriana. Generalmente se asocia a inflamación e infección de la trompa de Falopio. La causa mas frecuente es la infección ascendente del tracto genital. Se considera parte de enfermedad de transmisión sexual. (Vasquez, J. VillarJ. Treatment for symptomatic genital tract infections. The Cochrane Library. 2005; 4: 34-41)

OOFORITIS AUTOINMUNITARIA: Es la insuficiencia ovárica causada por un trastorno del sistema inmune que se manifiesta no solo por la incapacidad de lograr un embarazo, sino por los trastornos derivados de la deficiencia de estrógenos en estas mujeres adultas. En muchas enfermas se logra identificar la presencia de anticuerpos contra el ovario; en otras no es posible hacerlo ya sea porque no se incluyen en el análisis los antígenos correctos, el anticuerpo estudiado es transitorio o porque la patogenia de la insuficiencia ovárica está ligada a la inmunidad celular. En cualquier paciente con cariotipo normal e insuficiencia ovárica se debe pensar en la posibilidad de ooforitis autoinmunitaria porque posteriormente puede desarrollar otras endocrinopatías. En los estudios de adultos con insuficiencia ovárica precoz valorada en algunos centros médicos se ha reportado que entre 18 y 50% muestra datos de alguna patología autoinmunitaria. Algunas de estas enfermedades presentan problemas tiroideos, enfermedad de Addison, hipoparatiroidismo, miastenia gravis, diabetes mellitus, anemia perniciosa y vitíligo. En mujeres con insuficiencia ovárica precoz a menudo existen anticuerpos antitiroglobulina y antitiroideos; anticuerpos contra el músculo liso, las células parietales gástricas, las mitocondrias, el núcleo celular y las células de los islotes pancreáticos y las suprarrenales. Asimismo, se han descrito anticuerpos contra la teca interna y el cuerpo lúteo, los receptores de FSH y algunas enzimas específicas en las glándulas suprarrenales y los ovarios. Mediante técnicas de tinción se han detectado anticuerpos ováricos contra los oocitos

primarios y las células de la granulosa de los folículos secundarios. (Vasquez, J. VillarJ. Treatment for symptomatic genital tract infections. The Cochrane Library. 2005; 4: 34-41)

OOFOROCISTECTOMÍA: Extirpación de un quiste localizada a nivel del ovario. (Hirsh, A. Käser, O. Atlas de Cirugía Ginecológica. Cirugía anexial. Editorial Marbán Libros. Madrid, España, 2000. pp 32-46)

OOFOROPEXIA: Es el desplazamiento y fijación del ovario en una estructura superior a su lugar de origen. Casi siempre tiene el propósito de alejarlo de la zona de irradiación cuando la paciente ha sido operada de un carcinoma pélvico que necesitará radioterapia complementaria. Para identificar su posición fácilmente se marca con um clip metálico visible en los rayos X de control. (Hirsh, A. Käser, O. Atlas de Cirugía Ginecológica. Cirugía anexial. Editorial Marbán Libros. Madrid, España, 2000. pp 32-46)

OOFOROPLASTIA. Es cualquier cirugía realizada al ovario con el propósito de recuperar su contorno y superficie anatómica. (Hirsh, A. Käser, O. Atlas de Cirugía Ginecológica. Cirugía anexial. Editorial Marbán Libros. Madrid, España, 2000. pp 32-46)

OOFOROTOMÍA: Es la incisión que se hace al ovario para realizarle un procedimiento quirúrgico y de inmediato se sutura la abertura. (Hirsh, A. Käser, O. Atlas de Cirugía Ginecológica. Cirugía anexial. Editorial Marbán Libros. Madrid, España, 2000. pp 32-46)

OOFORORRAFIA: Es la sutura del ovario después de un desgarro o de un procedimiento quirúrgico. (Hirsh, A. Käser, O. Atlas de Cirugía Ginecológica. Cirugía anexial. Editorial Marbán Libros. Madrid, España, 2000. pp 32-46)

OOFOROSTOMÍA: Es la incisión realizada al ovario para realizarle un procedimiento quirúrgico de tal forma que se le deja una boca de desagüe como ocurre al drenar los quistes grandes. (Hirsh, A. Käser, O. Atlas de Cirugía Ginecológica. Cirugía anexial. Editorial Marbán Libros. Madrid, España, 2000. pp 32-46)

OPERACIÓN DE INTERPOSICIÓN UTERINA: Ver Watkins, cirugía

OPERACIÓN DE WATKINS, Ver Watkins, cirugía

OPERACIÓN DE WATKINS: Ver Watkins, cirugía

ORGASMO: Corresponde al término empleado para definir el climax del placer sexual. En este proceso se incrementa la vascularización a nivel de los genitales y posteriormente se presentan contracciones de los músculos del periné, con la denominada descarga de la tensión sexual. Posteriormente tiene lugar una fase de relajación de la región genital que tiene diferente duración entre hombres y mujeres y de manera individual. Adicional a la respuesta corporal, también se describe una sensación de delirio, sentida como sensación de placer. En este proceso participan múltiples factores como neurotransmisores, principalmente adrenalina, noradrenalina y serotonina, y distintas hormonas, principalmente andrógenos y péptidos opiodes. (Basson, R. Clinical practice. Sexual desire and arousal disorders in women. N Engl J Med 2006; 354:1497)

ORGASMO MÚLTIPLE: Capacidad de algunas mujeres de obtener varios orgasmos en rápida sucesión, como resultado de una estimulación sexual contínua. Los hombres también pueden conseguir orgasmos múltiples si evitan eyacular previamente. (Basson, R. Clinical practice. Sexual desire and arousal disorders in women. N Engl J Med 2006; 354:1497)

ORGÍA: Variedad de libertinaje sexual en la cual múltiples personas tiene relaciones sexuales, a menudo asociadas al consumo de licor y/o de psicofármacos. (Basson, R. Clinical practice. Sexual desire and arousal disorders in women. N Engl J Med 2006; 354:1497)

ORIGEN DE LA VIDA HUMANA: Sobre el origen de la vida se había tomado como única hipótesis la sustentada por la iglesia católica del momento de la unión del espermatozoide y el óvulo. Sin embargo algunos avances en el conocimiento de las primeras horas del cigoto ha suscitado cuatro hipótesis que explican en comienzo de la vida del ser humano: Primera hipótesis: La vida humana empieza en el momento de la fecundación. Unas 12 horas después de la ovulación la zona pelúcida del óvulo es penetrada por el primer espermatozoide que se ponga en contacto

con la misma, de los 200 a 300 millones de gametos masculinos depositados en la vagina. Segunda hipótesis: la vida humana empieza con la combinación del material genético: El descubrimiento de que el material genético de ambos gametos tarda entre 24 y 48 horas en combinarse ha despertado polémica sobre el verdadero comienzo de la vida a partir de este segundo evento puesto que al comienzo el espermatozoide estaba metido dentro del óvulo pero separado genéticamente del mismo. Tercera hipótesis: Las células del blastocisto son totipotenciales. Pueden dar origen a uno o a dos embriones con sus respectivas placentas, a una mola o a un tumor. Puede ocurrir que en la etapa de dos células, provenientes de un solo óvulo, estas se separen y den origen a un embarazo gemelar monocigótico Cuando esta separación ocurre antes de las 72 horas todavía no se han formado los polos que determinarán la diferencia entre embrión y placenta. Así que cada uno tendrá su placenta y membranas independientes; ocurre en el 66% de los gemelos monocoriónicos. Las anteriores consideraciones dieron origen a la hipótesis de que el comienzo del ser humano comienza realmente cuando adquiere su individualidad una vez ha pasado el periodo de la segmentación y no en el periodo de la fecundación. Cuarta hipótesis: En 1981 la President´s Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research estableció que la vida termina cuando todo el cerebro muere incluido el tallo cerebral y no solo la corteza.Esta declaración fué confirmada en 1982 por la German Bunder- särztekammer. A partir de tales promulgaciones oficiales tomó fuerza la hipótesis del ginecólogo alemán F. Zimmer quien desde 1968 había propuesto el concepto de simetría para explicar el origen de la vida. La teoría del Dr. Zimmer dice que si el criterio válido para determinar el fín de la vida es la muerte del tallo cerebral, entonces la aparición del mismo debe servir como pauta para conocer el comienzo de la vida. Esta es la mejor forma de aplicar el concepto de simetría. De esta forma el inicio del ser humano comenzaría hacia el día 40 post concepción cuando se inicia la vida del tallo cerebral. (Baros, M. Russell, K. Origin f life. Nat Rev Microbiol. 2008; 6 (11): 805)

O´SULLIVAN, TEST DE: Test empleado para realización de screening de las pacientes con riesgo alto o moderado para diabetes gestacional. El test consiste en la administración de una carga de 50 gramos de glucosa y la medición de los niveles de glicemia 1 hora postprandial. Se consideran valores normales por debajo de 140 mg/dl. Los niveles de glicemia por encima de 140 mg/dl identifican aproximadamente el 80% de las pacientes con Diabetes Gestacional. Si los niveles de glicemia se encuentran por encima de 180 mg/dl se realiza el diagnóstico de Diabetes Gestacional sin realización del test confirmatorio para Diabetes Gestacional. El test de O´Sullivan se realiza a las pacientes con riesgo alto de diabetes gestacional lo más pronto posible en el control prenatal; si el resultado es positivo la paciente debe ser llevada al test confirmatorio, si el resultado es negativo, se debe realizar un nuevo test de screening a la semana 24 – 28 de gestación. Si la paciente tiene riesgo moderado de diabetes gestacional, se recomienda la realización del test de O´Sullivan en la semana 24 – 28 de gestación. La Asociación Americana de Diabetes no recomienda la realización del test de screening a las pacientes consideradas de bajo riesgo. Los factores de alto reisgo para diabetes gestacional son: obesidad marcada, antecedente personal de Diabetes Gestacional, antecedente personal de diabetes pregestaciona, antecedente familiar de diabetes en familiares de primer grado, antecedente personal de intolerancia a la glucosa o glucosuria. Una paciente de bajo riesgo para diabetes gestacional es aquella que cumple con las siguientes criterios: edad menor de 25 años, peso adecuado pre-embarazo, no pertenece a ningún grupo racial con alta prevalencia de diabetes gestacional (hispanoamericanos, afroamericanos, asiaamericanos, americanos nativos), no antecedente familiar ni personal de diabetes, no antecedente de intolerancia a la glucosa o glucosuria ni antecedente de resultados obstétricos adversos. En nuestro medio, por la raza o etnicidad, tosas las pacientes son consideradas de riesgo medio para diabetes gestacional y por lo tanto a todas se les debe realizar el test de screening en la semana 24 – 28 de gestación. Setji, T. Brown, A. Gestational Diabetes Mellitus. Clinical Diabetes. 2005; 23 (1): 17 – 22)

OSTIUM. (Latin,ostium: puerta, entrada, fauces. El plural de ostium es ostia): Orificio de la trompa que la comunica medialmente con la cavidad endometrial (Ostium interno) o distalmente con la cavidad peritoneal muy cerca del ovario (ostium externo). (Rouviere, A. Delmas, A. Anatomía Humana. Anatomía del tracto genital femenino. Segunda edición. Editorial Elsevier. Madrid, España. 2005. pp 600 – 654)

OVÁRICA, FALLA: Ver Falla ovárica

OVÁRICA, RESERVA: Hace referencia a la cantidad y calida de folículos que tiene una mujer en diferentes etapas de la vida. Se emplea principalmente en la etapa reproductiva para evaluar la probabilidad de embarazo que tiene una pareja o la capacidad de respuesta que puede tener la mujer en los ciclos de estimulación, ya que la falla ovárica es una de las principales causas de infertilidad femenina. Al nacer, el ovario contiene entre 260.000 y 470.000 folículos; de manera fisiológica se produce una disminución progresiva de estos secundario a los fenómenos de atresia e inicio del desarrollo, de tal manera que en la menopausia quedan menos de 1.000 folículos. En mujeres menores de 35 años con reserva folicular disminuida, se presenta esterilidad y se manifiesta con niveles anormalmente altos de FSH evaluado en el tercer día del ciclo. (Silverberg, K. Evaluation of the couple with infertility in a managed care environment. Clinical Obstetrics and Gynecology. 2000; 43: 844-853)

OVARIOS: (Latín, Ovarius / Griego,Ooforos). Los ovarios son los órganos femeninos productores de gametos (óvulos) y productores de hormonas (estrógenos, andrógenos, progestágenos, inhibina, etc). De color blanco, aspecto ovalado y superficie irregular, miden aproximadamente 3,7 x 2,2 x 1,2 cm. Están situados en la fosita ovárica, por detrás del ligamento ancho. Los soportes del ovario están dados por el ligamento útero-ovárico, por el ligamento lumbo-ovárico que hace parte del paquete infundíbulo-pélvico y por el borde hiliar que lo relaciona con el meso-ovario. Su borde anterior o hiliar da paso a los vasos que llegan al hilio, su borde posterior es libre y convexo. Irrigado a través del paquete infundíbulo-pélvico por la arteria ovárica,rama directa de la aorta y secundariamente por la uterina con la

cual se anastomosa. Está inervado por el plexo solar. Los ovarios fueron descritos por Herófilo de Calcedonia en el siglo IV antes de J. C. a los cuales les dió el nombre de “dídimos ó testículos femeninos” pues consideró que su estructura era igual a la del testículo masculino. Se mantuvo este nombre hasta 1621 cuando Fabricio de Acquapendente le puso el nombre de Ovarios y le asignó la función de regar al útero a la manera de un jardín para que su suelo fuera fértil y el semen masculino pudiera germinar. Gabriello Fallopio en 1561 había refutado la creencia de que el ovario contenía semen y el primero en utilizar la palabra “lúteo” en vez de “humor acuoso del ovario”. Galeno en el siglo II dedujo que la extirpación de los ovarios suspendía la capacidad de procrear hijos con base a sus observaciones en la ciudad de Capadocia en el Asia donde era costumbre castrar a la hembra del cerdo. Sinónimo: Gónadas femeninas. (Rouviere, A. Delmas, A. Anatomía Humana. Anatomía del tracto genital femenino. Segunda edición. Editorial Elsevier. Madrid, España. 2005. pp 600 – 654)

OVARIO BIPARTITO ó LOBATUM: Gónada femenina bilobulada cuyo estrechamiento lo separa en dos masas que le dan el aspecto de número ocho. Una variante del ovario bipartito es el ovario disjunctum. Ver este último término. (Rouviere, A. Delmas, A. Anatomía Humana. Anatomía del tracto genital femenino. Segunda edición. Editorial Elsevier. Madrid, España. 2005. pp 600 – 654)

OVARIO DISJUNCTUM: Es una variante del ovario bipartito en el cual hay una pequeña zona de separación de los dos lóbulos. (Rouviere, A. Delmas, A. Anatomía Humana. Anatomía del tracto genital femenino. Segunda edición. Editorial Elsevier. Madrid, España. 2005. pp 600 – 654)

OVARIO ECTÓPICO ú OVARIO ACCESORIO: Es aquella gónada femenina supernumeraria que aparece muy cerca de uno de los ovarios normales. (Rouviere, A. Delmas, A. Anatomía Humana. Anatomía del tracto genital femenino. Segunda edición. Editorial Elsevier. Madrid, España. 2005. pp 600 – 654)

OVARIO GYRATUM: Es aquel que tiene surcos más o menos profundos como simulando los que tiene el cerebro. (Rouviere, A. Delmas, A.

Anatomía Humana. Anatomía del tracto genital femenino. Segunda edición. Editorial Elsevier. Madrid, España. 2005. pp 600 – 654)

OVARIO LOBATUM: Ver Ovario bipartito.

OVARIOS POLIQUISTICOS: Ver Síndrome de Ovario Poliquístico

OVARIOS POLIQUISTICOS,SÍNDROME DE: Ver Síndrome de Ovarios Poliquísticos

OVIDUCTO: Corresponde a las trompas de Falopio o tubas uterinas. Son conductos musculares que comunican los ovarios con la cavidad uterina. El término deriva de su descubridor, el anatomista italiano *Gabrielle Falloppio*. Esta estructura anatómica tiene como principal función permitir la interacción entre los gametos masculino y femenino para lograr la fecundación; posteriormente a través de sus movimientos contráctiles y la función de sus cilias, se logra el transporte del huevo fecundado hasta la cavidad uterina para que luego ocurra el proceso de implantación. El oviducto tiene cuatro segmentos: intersticio, istmo, ampolla e infundíbulo. Ver Trompa de Falopio. (Rouviere, A. Delmas, A. Anatomía Humana. Anatomía del tracto genital femenino. Segunda edición. Editorial Elsevier. Madrid, España. 2005. pp 600 – 654)

OVOGÉNESIS: Es la secuencia de fenómenos por los cuales las células germinativas primitivas femeninas llamadas ovogonias, se transforman en ovocitos maduros (óvulos). Este proceso de maduración se inicia antes del nacimiento y termina poco tiempo después de llegar a la madurez sexual durante la pubertad. Durante la vida fetal temprana, las ovogonias proliferan por división mitótica hasta formar ovocitos primarios antes del nacimiento. A medida que se forma el ovocito primario, es rodeado por una capa de células epiteliales foliculares, constituyendo un folículo primordial. Cuando el folículo primario tiene más de una capa de células foliculares se denomina folículo secundario. Los ovocito primarios permanecen latentes en los folículos ováricos hasta la pubertad. A medida que madura un folículo, el ovocito primario aumenta de tamaño y forma el ovocito secundario. En la ovulación, el núcleo del ovocito secundario inicia la

segunda división meiótica que progresa hasta la metafase y posteriormente se detiene. Si es fecundado por un espermatozoide, concluye la segunda división meiótica y se inicia el proceso de desarrollo celular humano. (Moore, K. Persaud, T. Inicio del desarrollo embrionario: Primer semana. Embriología Clínica. México. McGraw-Hill Interamericana. 6° edición. 2001. pg. 17 – 49).

OVULACION: Proceso que ocurre aproximadamente a la mitad del ciclo (14 días en un ciclo promedio de 28 días) y por influencia de FSH y LH, el folículo ovárico sufre un brote de crecimiento súbito que produce tumefacción o abultamiento quístico en la superficie del ovario. En esta tumefacción aparece pronto una pequeña mancha avascular, oval, el estigma. Antes de la ovulación el oocito secundario y algunas células del cúmulo oóforo se desprenden del interior del folículo distendido. La ovulación se desencadena por un aumento súbito de la producción de LH. La ovulación suele presentarse 12 a 24 días después del nivel circulante máximo del nivel de LH. El aumento súbito de LH, que se estimula por concentración alta de estrógenos en sangre, al parecer causa englobamiento del estigma, formándose una vesícula. A continuación se rompe el estigma y se expulsa el oocito secundario con el líquido folicular. La expulsión del oocito resulta de la presión intrafolicular y probablemente de la concentración del músculo liso de la teca externa debida a estimulación por prostaglandinas. Al parecer, la digestión enzimática de la pared folicular es uno de los principales mecanismos que da lugar a la ovulación. (Hamilton, D. Taylor, A. Anovulation. BMJ. 2003; 327: 546 – 549)

OVULO: Es el gameto femenino. Es una célula necesaria para el origen de la vida humana. El óvulo solo fue observado por primera vez por von Baer en 1827 en una perra en celo (33,40,44). Dos siglos antes William Harvey había postulado: ”El huevo es el origen común de todo ser vivo” Ovulo viene del griego Ovum que a su vez viene del griego antiguo Oón. (Moore, K. Persaud, T. Inicio del desarrollo embrionario: Primer semana. Embriología Clínica. México. McGraw-Hill Interamericana. 6° edición. 2001. pg. 17 – 49).

OXITOCINA: Es una hormona con 8 aminoácidos en dos cadenas de 3 y 5 péptidos respectivamente. Se produce en los núcleos supraquiasmático y para- ventricular del hipotálamo pero se libera en la neurohipófisis. La acción de la oxitocina depende del número de receptores. Los efectos más importantes de esta hormona se efectúa sobre el útero, las mamas, el sistema cardiovascular y los riñones. Efectos sobre el útero: La respuesta sobre el miometrio depende de la edad gestacional, con máximo estímulo al final del embarazo y en el puerperio inmediato. Las contracciones episódicas del útero producen expulsión del feto durante el parto. Efectos sobre la mama: La oxitocina produce "ordeño de la leche" y contracción de la musculatura del útero. Por esta razón la succión de la leche por parte del bebé produce dolor tipo cólico en la puérpera. Efectos en el sistema cardiovascular: A dosis elevadas produce relajación de la musculatura de los vasos produciendo una hipotensión a expensas prioncipalmente de la diastólica. Si persiste la dosis alta da una leve hipertensión secundaria. Efectos renales: Tiene un efecto antidiurético suave. Las dosis elevadas y persistentes llevan a intoxicación hídrica. ***//*** Es un péptido de ocho aminoácidos producido en el hipotálamo y secretado de manera pulsátil por la hipófisis posterior. Se produce en respuesta a tres estímulos: estimulación mamaria, estímulos sensoriales provenientes del tracto genital inferior y distensión cervicouterina. Estimula contracciones uterinas al unirse a sus receptores en el miometrio e induce la liberación decidual de prostaglandinas al unirse a sus receptores en la decidua. La oxitocina es usada ampliamente para la inducción y conducción del trabajo de parto estimulando contracciones uterinas en frecuencia, intensidad y duración adecuadas que generen progresión en dilatación cervical y descenso fetal. (Sánchez-Ramos, L. Induction of Labor. Obstetrics and Gynecology Clinics of North America. 2005. 32: 181-200)

OXIGENACION: Es el mecanismo a través de cual se provee oxígeno molecular para el metabolismo intracelular de todos los órganos y tejidos del cuerpo. La oxigenación es una medida de la eficiencia de la respiración y depende de cinco factores: 1) La cantidad de oxígeno que ingresa al alvéolo 2) La difusión de oxígeno del alvéolo a la sangre 3) La ventilación pulmonar

4) La circulación que rodea al alvéolo, es decir, la perfusión 5) La relación ventilación/perfusión. La oxigenación se mide con los siguientes parámetros: presión arterial de oxígeno, saturación arterial de oxígeno, relación PaO_2 / FIO_2, y diferencia alvéolo-arterial de oxígeno (D (A-a) O_2). De acuerdo a estos valores se define la condición de hipoxemia. (Hernandez, A. Insuficiencia Respiratoria. Modos de ventilación mecánica. Revista Cubana de Medicina Intensiva y Emergencias. 2002; 1: 82-84)



P50: Representa la presión de oxígeno a nivel sanguíneo con el cual se logra una saturación de hemoglobina del 50%. Usualmente este valor se logra con presiones de oxígeno entre 27 – 30 mm Hg. La importancia clínica del valor de p50 es que permite establecer los cambios en la afinidad y liberación del oxígeno por la hemoglobina de acuerdo a diferentes condiciones; esta situación se define como desviación de la curva de disociación de la hemoglobina. Cuando se aumenta la concentración de iones hidrogeniones con disminución del pH, aumento en las concentraciones de CO_2, aumento de la temperatura y aumento en los niveles de 2-3 difosfoglicerato, la curva se desvía hacia la derecha indicando menor afinidad de la hemoglobina por el oxígeno y por lo tanto mayor liberación del gas. Por el contrario, con disminución de la concentración de hidrogeniones, pH elevado, disminución de la concentración de CO_2, disminución de la temperatura y disminución de los niveles de 2-3 difosfoglicerato, la curva se desvía hacia la izquierda indicando mayor afinidad de la hemoglobina por el oxígeno y menor liberación del gas. (Hernandez, A. Insuficiencia Respiratoria. Modos de ventilación mecánica. Revista Cubana de Medicina Intensiva y Emergencias. 2002; 1: 82-84)

$PaCO_2$: Es la presión parcial de dióxido de carbono disuelto en el plasma. Es una medida de la eficacia de la ventilación, un indicador de la efectividad de la eliminación o excreción pulmonar del dióxido de carbono. Al mismo tiempo es un indicador del ácido carbónico disuelto en el plasma, el cual depende directamente de la intensidad del presión parcial del CO_2. La presión de CO_2 normal varía entre 38 – 42 mm Hg(Patiño, JF. Rodríguez, E. Gases Sanguíneos, Fisiología de la Respiración e Insuficiencia Respiratoria

Aguda. Editorial Médica Panamericana. Santafé de Bogotá. Séptima edición. 2005. 183-238 / Adrogue, H. Madias, N. Management of life-threatening acid-base disorders. The New England Journal of Medicine. 1998; 338 (1): 26-33)

PaFI: Es una medida de oxigenación de un paciente. Corresponde a la relación entre la Presión Parcial de Oxígeno a nivel arterial y la Fracción Inspirada de Oxígeno. El valor normal se encuentra por encima de 200 y el valor ideal es alrededor de 500. (Patiño, JF. Rodríguez, E. Gases Sanguíneos, Fisiología de la Respiración e Insuficiencia Respiratoria Aguda. Editorial Médica Panamericana. Santafé de Bogotá. Séptima edición. 2005. 37-90 / Guyton, A. Tratado de Fisiología Médica. Transporte de oxígeno y de dióxido de carbono en la sangre y los líquidos corporales. Editorial McGraw-Hill. México. Novena edición. 1998. 555-566)

PaO_2: Es la presión parcial de oxígeno disuelto en el plasma. Representa el índice de oxigenación de la sangre, un indicador de la presencia de oxígeno molecular en solución en el plasma; es la expresión de la eficiencia de la ventilación/perfusión alveolares y la difusión alvéolo-capilar para lograr la transferencia normal del oxígeno desde el interior del alvéolo hasta la sangre del capilar pulmonar. El valor normal de PaO_2 se encuentra entre 85 – 100 mm Hg. (Patiño, JF. Rodríguez, E. Gases Sanguíneos, Fisiología de la Respiración e Insuficiencia Respiratoria Aguda. Editorial Médica Panamericana. Santafé de Bogotá. Séptima edición. 2005. 183-238 / Adrogue, H. Madias, N. Management of life-threatening acid-base disorders. The New England Journal of Medicine. 1998; 338 (1): 26-33)

PALFIN JEAN: Cirujano y anatomista nacido en Courtray,Flandes Occidental en 1650. Diseñó unos instrumentos para obstetricia llamadas posteriormente “las manos de Palfin” que serían modificadas en la posteridad para diseñar los forceps y las espátulass de Velasco. (Lattus, J. Paredes A. Guía de atención de parto instrumentado. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología. 2003; 68(6): 477-486)

PANENDOSCOPIA: (gr. pan,toda/ gr. endon,dentro de/ gr. skopein,ver,observar): **1**-Etimológicamente equivale a una endoscopia con

campo de visión completa o al menos muy amplia. **2**-Procedimiento laparoscópico en el cual se observa toda la cavidad peritoneal. (Hirsh, A. Käser, O. Atlas de cirugía ginecológica. Laparoscopia e histeroscopia. Editorial Marbán Libros. Madrid, España. 2000. pp 32-46)

PAPANICOLAO, GEORGE NICHOLAS: Ginecólogo de origen griego que ejerció en New York (1883-1962). Desde 1917 inició los estudios citológicos que culminaron con el descubrimiento de los cambios celulares que preceden al cáncer de cuello uterino. Presentó sus resultados en Enero de 1928 con el título "New cáncer diagnosis" durante la tercera conferencia de mejora racial en Battle Creek (Michigan) con poca aceptación pues tuvo algunos errores técnicos. Solo en 1941 publica un artículo sobre el diagnóstico del cáncer de cervix en el American Journal of Obstetrics and Gynecology, de amplia aceptación en el mundo científico que se constituyó en un clásico de la literatura científica. La Asociación Americana de Cáncer de Estados Unidos se interesó por la técnica de Papanicolau. Cuando empezó a aplicarse con regularidad, las cifras de mortalidad por cáncer de cuello de útero disminuyeron drásticamente (Soto-Wright, V. Samuelson, R. Current Management of Low-Grade Squamous Intraepithelial Lesion, High-Grade Squamous Epithelial Lesion and Atypical Glandular Cells. Clinical Obstetrics and Gynecology. 2005; 48 (1): 147-159)

PAPILOMA HUMANO, INFECCIÓN POR VIRUS: Infección genital producida por el HPV (Human papilloma Virus). Produce unas lesiones verrucosas llamadas condilomas, en forma de cresta de gallo que al hacerse confluyentes conforman la llamada condilomatosis que atacan con mayor frecuencia los genitales externos,la vagina, el cervix, el ano y el conducto anal. Ver Infección por Virus Papiloma. (Soto-Wright, V. Samuelson, R. Current Management of Low-Grade Squamous Intraepithelial Lesion, High-Grade Squamous Epithelial Lesion and Atypical Glandular Cells. Clinical Obstetrics and Gynecology. 2005; 48 (1): 147-159)

PAPILOMA INTRADUCTAL DE LA MAMA: Corresponde a un tumor benigno de la mama caracterizado por un crecimiento papilar dentro de un conducto mamario conformado por células que provienen del revestimiento

de un conducto terminal. Estas lesiones por lo general son únicas, de crecimiento lento y se localizan en los conductos lactíferos. Clínicamente se caracteriza por una masa de aproximadamente 1 cm de diámetro y se asocia con secreción serosa o sanguinolenta a través del pezón con o sin retracción del mismo. La edad promedio de presentación es 48 años. El diagnóstico diferencial se realiza con cáncer de mama, ectasia ductal y mastopatía fibroquística. Ante la sospecha clínica de un papiloma intraductal se indica citología de la secreción por pezón y la galactografía. El tratamiento es la resección del conducto afectado. (Smith, RL, Pruthi, S, Fitzpatrick, LA. Evaluation and management of breast pain. Mayo Clin Proc 2004; 79:353)

PARACOLPO: Cada paracolpo es una masa de tejido conjuntivo considerado como la continuación del parametrio en la base del ligamento ancho; ocupa el espacio entre el final del parametrio y el fondo de saco lateral de la vagina. Por entre su espesor discurre la arteria vaginal larga que da irrigación al tercio medio e inferior de la vagina. Los paracolpos tienen importancia clínica en las cirugías de recuperación del ángulo uretro-vesical (cirugía de Burch, cirugía de Powell, etc), para corregir la incontinencia urinaria de esfuerzo. (Alarcón, MA. Anatomía Clínica de la Vagina. Anatomía Clínica del aparato genital femenino. Primera edición. Bogotá, Colombia. Editorial Manual Moderno. 2005. 181-208)

PARADOJA DE BERKSON: Es la falsa percepción de la incidencia, de la prevalencia, de la severidad o de los riesgos en la población general para una enfermedad cuando el análisis se ha hecho solo con individuos hospitalizados. En algunas instituciones de salud solo se ingresa a los enfermos complicados, o solo a las personas gravemente enfermas, con desenlaces diferentes a los individuos con la misma enfermedad no hospitalizados. Para dar un ejemplo, se puede cree que la mortalidad para una enfermedad es muy alta si se deduce a partir únicamente por los pacientes hospitalizados. O se puede creer que la mortalidad es muy baja pues se suele dar de alta a los pacientes muy graves para que pasen sus últimos días con la familia. (Marchin, D. Worner, M. Survival Analysis: a practical approach. Wiley, Jhon and Sons, incorporated. 2006)

PARALISIS DE ERB-DUCHENNE: Lesión de las raices nerviosas C5-C6 que conforman el plexo braquial. Generalmente se presenta durante las maniobras obstétricas realizadas para la distocia de hombros, representando el 80% de las lesiones nerviosas. (Gherman, RB. Shoulder Dystocia: Prevention and Management. Obstetrics and Gynecology Clinics of North America. 2005. 32: 297-305)

PARALISIS DE KLUMPKE: Lesión de las raíces nerviosas C8-T1 que se presenta generalmente durante las maniobras obstétricas para la distocia de hombros. (Gherman, RB. Shoulder Dystocia: Prevention and Management. Obstetrics and Gynecology Clinics of North America. 2005. 32: 297-305)

PARED ABDOMINAL ANTERIOR (Latin, paries; griego laparós). La pared abdominal anterior es una estructura laminar anterior en la cual la capa media o mio-aponeurótica actúa como una armazón de soporte. Estructura: desde la capa más profunda a la más superficial se encuentran el peritoneo parietal, la fascia del músculo transverso, los músculos transversos oblícuos mayor y menor, los rectos anteriores, la aponeurosis de estos músculos (que constituye el principal elemento de contensión de la pared), el tejido celular subcutáneo (TCSC) y la piel. Protege las vísceras y los complejos neurovasculares de la cavidad abdómino-pélvica. Sus músculos intervienen en la respiración y en todos los procesos que necesitan el mecanismo de valsalva (tos, micción, defecación, parto). Trabajan en forma sinérgica con los músculos del muslo y del dorso para flejar, extender y rotar el tronco y la pelvis. Todas estas funciones se recuperan una vez se haya hecho la cicatrización de una laparotomía correctamente suturada; pero se mantendrán deterioradas mientras la herida esté abierta, infectada o mal corregida. Aunque la pared abdominal no hace parte del aparato genital femenino, el cirujano de los órganos pélvicos debe conocer su anatomía para hacer abordajes que lesionen de manera mínima su fisiología. (Rouviere, A. Delmas, A. Anatomía Humana. Anatomía del tracto genital femenino. Segunda edición. Editorial Elsevier. Madrid, España. 2005. pp 600 – 654)

PARES HOMÓLOGOS DE CROMOSOMAS: Al tomar la foto de un cariotipo se pueden recortar los cromosomas y agruparlos por pares de igual tamaño y características. Así se forman 23 pares homólogos: 22 pares de autosomas y un par de gonosomas. (Manual Merck de información médica. Sección 1. Capitulo 2: Genética. Madrid, España. 2005)

PARO CARDIORESPIRATORIO EN EMBARAZO: Ausencia de actividad cardíaca, establecida por ausencia de pulso carotídeo o femoral, y actividad ventilatoria, dado por ausencia de respiración o respiración irregular inefectiva en una paciente embarazada. El paro cardiorrespiratorio en la paciente embarazada ocurre en 1:30.000 gestaciones a término. A pesar de las maniobras instauradas, la mortalidad es cinco veces superior que en la paciente no embarazada; esto se debe a condiciones fisiológicas y anatómicas de la gestante que dificultan e éxito de las maniobras básicas y avanzadas. Las causas más comunes de paro cardiorrespiratorio en la paciente embarazada son: preeclampsia, hemorragia mayor y tromboembolismo pulmonar. (Vasco, M. Resucitación cardiopulmonar en la embarazada. Revista Colombiana de Anestesiología. 2004; 32: 243-251)

PARTENOGÉNESIS: del griego παρθένος *parthenos* = virgen + γένεσις *génesis* = generación). Es la generación de un individuo a partir de un solo gameto que se multiplica por mitosis o por meiosis, sin la fecundación de otro gameto. Ocurre en especies animales poco evolucionadas (insectos, platelmintos,crustáceos) y a veces en especies más evolucionadas como el pez martillo (Sphyrna mokarran) cuando escasean los machos. La partenogénesis es del tipo Arrenotoquia (ἄρρ-ην/-ενος gr. = macho y toquia: del griego, *tok(o)-* τόκος parto): cuando la progenie que se produce es de machos exclusivamente; es del tipo Telitoquia (thēly- θῆλυς=femenino y tokos, parto) cuando la progenie que se produce es de hembras exclusivamente, y es del tipo Anfitoquia(anfi= de ambos lados), cuando hay hembras y machos en la progenie obtenida. En la especie humana hay un fenómeno similar a la partenogénesis cuando se genera un teratoma, a partir de un óvulo no fecundado que se multiplica por mitosis y genera pelos, dientes, huesos, tiroides, etc que conforman un tumor dermoide con tejidos muy desorganizados. En la actualidad se está estudiando la manera

de obtener tejidos a partir de células no fecundadas(partenogénesis), que hace parte del capítulo de la investigación en seres vivos clonados. (Fangerau H. (2005). Can Artificial Parthenogenesis sidestep ethical pitfalls in human therapeutic cloning? A historical perspective, *Journal of Medical Ethics* 31, 733-735)

PARTO: Es la expulsión del feto por vía vaginal o la extracción mediante operación cesárea, en cualquier momento del embarazo, una vez la gestación haya cumplido por lo menos 20 semanas contadas desde el primer día de la última menstruación, o que el recién nacido pese 500 gramos o más. De acuerdo a la edad gestacional el parto va tomando los nombres de inmaduro extremo, inmaduro, prematuro, a término y post-término. Cuando el feto pesa menos de 500 gramos o la edad gestacional es menor a 20 semanas de amenorrea, se denomina aborto. (Cunningham, F. Gant, N. Williams Obstetricia. Trabajo de parto y parto normales. Buenos Aires, Argentina. Editorial Medica Panamericana. 2002. p 251)

PARTO A TÉRMINO: Corresponde al parto que se presenta cuando la paciente completa 37 semanas de gestación. (Cunningham, F. Gant, N. Williams Obstetricia. Trabajo de parto y parto normales. Buenos Aires, Argentina. Editorial Medica Panamericana. 2002. p 251)

PARTO DE PELVIS: Nacimiento del feto distócico, que se expulsa o se extrae en presentación de nalgas. Las maniobras utilizadas para auxiliar al feto en esta circunstancia son: 1-Mauriceau-Smellie-Veit, 2- Maniobra de Müller (ó Deventer-Müller), 3- Maniobra de Rojas-Löwset, 4- Maniobra de Pinard , 5- maniobra de Praga, 6-Maniobra de Praga invertida, 7-Extracción de la cabeza última con el fórcers de Piper 8- Maniobra de Wiegand-Martin-Winckel // Sinónimo: parto podálico (colombianismo). (Norwitz, E. Robinson, J. Induction of labor. Gabbe Obstetrics. 4th ed. New York: Churchill Livingstone. 2002. 353 – 394)

PARTO DISTÓCICO: Hace referencia a las alteraciones que se presentan durante el trabajo de parto, secundario a alteraciones en las fuerzas expulsoras, el feto o el canal de parto. (Norwitz, E. Robinson, J. Induction of

labor. Gabbe Obstetrics. 4th ed. New York: Churchill Livingstone. 2002. 353 – 394)

PARTO INMADURO: Extracción o expulsión del feto cuya edad gestacional se encuentra entre las 24 semanas y las 27 semanas más 6 días. (Goldenberg, R. The management of preterm labor. Clinical Obstetrics and Gynecology. 2002; 100: 1020-1037)

PARTO INMADURO EXTREMO: Extracción o expulsión del feto cuya edad gestacional se encuentra entre las 20 semanas y 23 semanas más 6 días. (Goldenberg, R. The management of preterm labor. Clinical Obstetrics and Gynecology. 2002; 100: 1020-1037)

PARTO INSTRUMENTADO: Es el parto vaginal asistido en el cual se emplean diferentes instrumentos para obtener el nacimiento de la cabeza fetal en un período corto de tiempo. Las indicaciones maternas para el parto instrumentado incluyen aquellas condiciones en las cuales los esfuerzos expulsivos maternos descompensan una patología de base como enfermedades cardíacas, pulmonares o situaciones en las cuales se requiere el nacimiento en corto tiempo como infección intraparto, afecciones neurológicas maternas, agotamiento materno, expulsivo prolongado. Dentro de las indicaciones fetales para la instrumentación del parto se encuentra el estado no satisfactorio de la FCF, el prolapso de cordón durante el expulsivo, el desprendimiento precoz de la placenta durante el expulsivo. (Gilstrap III, LC. Cunningham, F. VanDorsten, J. Parto con fórceps. Urgencias en Sala de Partos y Obstetricia Quirúrgica. Montevideo, Uruguay. Editorial Panamericana. 2° edición. 2002. 89 – 123)

PARTO POR CESÁREA: Es el nacimiento mediante una operación cesárea. Aunque en los textos antiguos se entendía que el parto era el ocurrido solo por vía vaginal, en la actualidad se utiliza el término también para el nacimiento mediante esta cirugía. (Cunningham, F. Gant, N. Williams Obstetricia. Trabajo de parto y parto normales. Buenos Aires, Argentina. Editorial Medica Panamericana. 2002. p 251)

PARTO PRECIPITADO: Trabajo de parto anormalmente corto, caracterizado por duración menor de 3 horas desde el inicio de la actividad uterina hasta el nacimiento del feto y velocidad de dilatación mayor de 5 cm/hora en las nulíparas y 10 cm/hora en las multíparas. (Cunningham, FG. Gant, NF. Leven, K. Gilstrap, L. Hauth., J. Wenstrom K. Distocia: Trabajo de parto Anormal y Desproporción Fetopelviana. Williams Obstetricia. 21° edición. Montevideo, Uruguay: Editorial Panamericana. 2001: 367 – 375)

PARTO PRETÉRMINO: 1.Es el nacimiento antes del término. // 2. En el lenguaje común de la obstetricia se utiliza como toma el significado sinónimo de parto prematuro, es decir, el ocurrido entre las semanas 28 y 36 más 6 días. Entre las semanas 20 y 28 se llama inmaduro y entre las semanas 28 y 36 +6 se llama prematuro. En al año 1986 los obstetras Minikami y Sato propusieron que el concepto de parto pretérmino se utilice de manera diferente para los embarazos gemelares puesto que en ellos la supervivencia perinatal óptima se alcanza a partir de la semana 35 (Aust. N.Z..J.Obstet Gynecol.1986;26:165-167).

PARTO PRETÉRMINO EXTREMO: Corresponde al nacimiento que se presenta antes de la semana 28 de gestación. Representa mayor morbimortalidad perinatal teniendo en cuenta la condición de inmadurez pulmonar fetal. (Goldenberg, R. The management of preterm labor. Clinical Obstetrics and Gynecology. 2002; 100: 1020-1037)

PARTO POSTÉRMINO: Corresponde al nacimiento que se presenta después de la semana 42 de gestación, teniendo en cuenta el último periodo menstrual. (Goldenberg, R. The management of preterm labor. Clinical Obstetrics and Gynecology. 2002; 100: 1020-1037)

PATOGENIA: Es el estudio de los mecanismos por los cuales el agente etiológico puede desencadenar una serie de trastornos en el organismo. Ej.: Cómo la hipertensión puede finalmente producir abruptio placentae y muerte fetal, como se produce incontinencia urinaria por la pérdida del ángulo uretro-vesical,etc. (Pla, M. Etiopatogenia de la hemorragia uterina disfuncional. Ginecología Clínica y Quirúrgica. 2001; 2 (1): 19-24)

PATOLOGÍA TIROIDEA, TAMIZAJE EN EL EMBARAZO: Corresponde al espectro de alteraciones de la función tiroidea que se presenta de forma patológica durante el estado de embarazo. Dentro de las patologías se encuentran: Hipotiroidismo Clinico, Hipotiroidismo Subclínico, Hipotiroxinemia Aislada, Hipertiroidismo Clínico, Hipertiroidismo Subclínico, Tormenta Tiroidea, Tiroiditis Postparto. El tamizaje en el embarazo de patología tiroidea no está contemplado por el American College of Obstetrics and Gynecologists en forma general; sólo está indicado realizar el estudio en pacientes sintomáticas o con antecedente personal o familiar de patología tiroidea o enfermedad autoinmune. El estudio se realiza con niveles de TSH y fracción libre de tiroxina (T4 libre) con los siguientes niveles de acuerdo al trimestre de gestación: (Soldin, O. Thyroid function testing in pregnancy and thyroid disease. Ther Drug Monit. 2006; 28 (1): 8-12)

PATRON SINUSOIDAL DE LA FRECUENCIA CARDIACA FETAL: Es una alteración de la frecuencia cardiaca fetal caracterizado por una FCF estable de 120 -160 lat/min con oscilaciones regulares, amplitud de 5 – 15 lati/min, variabilidad a largo plazo de 2 – 5 ciclos/min, variabilidad a corto plazo fija o plana, oscilación de las ondas sinusoidales por encima o por debajo de la línea de base y ausencia de aceleraciones. El patrón sinusoidal se puede observar en presencia de anemia grave como consecuencia de insoinmunización Rh, hemorragia secundaria a ruptura de vasa previa, hemorragia fetomaterna, transfusión gemelo-gemelo, entre otras. (Royal Collage of Obstetricians and Gynaecologists. The use of Electronic Fetal Monitoring. Evidence-based clinical guidelines. 2001. Number 8: 1 – 144)

PCR (REACCIÓN EN CADENA DE LA POLIMERASA): Consiste en la amplificación de determinadas secuencias de DNA. Se utilizan primers específicos que se unen a secuencias de nucleótidos conocidas y sirven como cebadores para la síntesis de las nuevas cadenas. Estas secuencias pueden ser amplificadas mas de 10^6 veces, siguiendo 30 ciclos de amplificación y de este modo se alcanzan niveles que son fácilmente detectables por electroforesis u otras técnicas. Se añaden los primeros a la preparación con el DNA de la blastómera y estos se unen a sus secuencias

diana específicas extendiendo la replicación de las cadenas de DNA desde su extremo 3´ en el primer ciclo de amplificación. Cada primer se elige de modo que la secuencia amplificada contenga el sitio de unión para otro primer y así se repiten sucesivamente los ciclos de amplificación. (Khan, J, Bittner, ML, Chen, Y, et al. DNA microarray technology: The anticipated impact on the study of human disease. Biochim Biophys Acta 2000: 1423)

PELVIMETRIA: Literalmente el término pelvimetría implica la Medición de la Pelvis. La palabra Pelvimetría está conformada por la unión de la palabra latina Pelvis (Basin) y la palabra griega Metron (medida). La pelvimetría se puede realizar por medios clínicos o imagenológicos (radiografía, tomografía o resonancia nuclear magnética). (Yeomans, E. Clinical Pelvimetry. Clinical Obstetrics and Gynecology. 2006. Volume 49, Number 1, 140-146.)

PELVIS ADECUADA PARA EL PARTO: Corresponde a las características morfológicas normales de la pelvis femenina, que permiten la progresión normal del trabajo de parto y la atención del mismo por vía vaginal. Se considera que el riesgo de distocia en el trabajo de parto se disminuye al mínimo cuando la pelvis de la materna reúne las siguientes condiciones:El diámetro conjugado diagonal es normal (12.5 cm), las paredes laterales de la pelvis son casi paralelas, las espinas ciáticas no son prominentes, el sacro no es plano, el ángulo suprapúbico no es estrecho, la cabeza fetal está encajada o desciende a través del estrecho superior de la pelvis con la presión fúndica. (Yeomans, E. Clinical Pelvimetry. Clinical Obstetrics and Gynecology. 2006. Volume 49, Number 1, 140-146)

PELVIS ANDROIDE: Es un tipo que pelvis que se caracteriza por un diámetro AP menor que el transverso, sacro inclinado hacia delante, paredes laterales convergentes, espinas ciáticas muy prominentes, ángulo subpúbico cerrado. Constituye aproximadamente el 15% de todos los tipos de pelvis y el pronóstico para el parto es malo // Tiene forma de corazón. El mayor diámetro transverso está cerca del sacro y no en el centro como sucede en la ginecoide. Lo más notorio al examen es la estrechez del arco subpúbico (unos 80 grados),que impide la palpación normal del vértice. Sus

paredes laterales son más convergentes de lo normal. Las espinas isquiáticas son prominentes pero no tanto como en la pelvis antropoide. Se presenta aproximadamente en el 30 % de las mujeres blancas y en el 15% de las mujeres de otras razas //. (Yeomans, E. Clinical Pelvimetry. Clinical Obstetrics and Gynecology. 2006. Volume 49, Number 1, 140-146)

PELVIS ANTROPOIDE: Es un tipo de pelvis que se caracteriza por un diámetro AP mayor que el transverso, sacro largo y recto dirigido hacia atrás, paredes laterales algo convergentes, espinas ciáticas poco prominentes, ángulo subpúbico de 90°. Constituye aproximadamente el 30% de todos los tipos de pelvis y el pronóstico para el parto vaginal es bueno, aunque no es la pelvis ideal // Es notoriamente ovalada, por lo cual el mayor diámetro es el ántero-posterior. El arco subpúbico es normal pero las espinas ciáticas son prominentes. Las paredes laterales son algo convergentes y el sacro está inclinado hacia atrás aumentando el espacio y la profundidad de la pelvis. Se presenta en el 25% de las mujeres blancas y casi en el 50% de las mujeres no blancas. (Yeomans, E. Clinical Pelvimetry. Clinical Obstetrics and Gynecology. 2006. Volume 49, Number 1, 140-146)

PELVIS, CLASIFICACIÓN DE: Desde 1933 Caldwell y Moloy clasificaron la pelvis en cuatro tipos básicos de acuerdo a la forma del estrecho superior: a-Ginecoide b-Androide c-Antropoide d-Platipeloide. Ver cada uno de estos terminos. (Yeomans, E. Clinical Pelvimetry. Clinical Obstetrics and Gynecology. 2006. Volume 49, Number 1, 140-146)

PELVIS FALSA: Es la parte superior de la pelvis. // Región de la pelvis que no interviene en la acomodación del feto al momento del parto. // Región de la pelvis que se ubica por encima de la línea ileopectínea. Su límite posterior está conformado por las vértebras sacras, los límites laterales son las fosas ilíacas, el límite anterior es la porción inferior de la pared abdominal y el límite inferior es la pelvis verdadera. Los diámetros de la pelvis falsa no tienen importancia obstétrica. (Yeomans, E. Clinical Pelvimetry. Clinical Obstetrics and Gynecology. 2006. Volume 49, Number 1, 140-146)

PELVIS GINECOIDE: Es el tipo de pelvis que tiene las características anatómicas comúnmente asociadas a la pelvis femenina. Se caracteriza por un diámetro AP similar al diámetro transverso, sacro en posición recta, paredes laterales rectas, espinas ciáticas no prominentes, ángulo subpúbico abierto (>90°). Constituye el 50% de todos los tipos de pelvis y es la ideal para el parto vaginal // **2.**Tiene forma redondeada o levemente ovalada. Representa la pelvis femenina normal. El mayor diámetro es más o menos igual, ya sea en el sentido antero posterior como en el transverso. El arco subpúbico es redondeado, mide unos 90 grados y su vértice es palpable con dos dedos. Las espinas son poco prominentes y están separadas por lo menos 10 cm entre sí. El sacro no está inclinado ni hacia adelante ni hacia atrás. La escotadura sacrociática (en la vista lateral es la curva que se forma entre la cara anterior del sacro y la incisura ciática mayor) forma una curva suave, a diferencia de otros tipos de pelvis en que esta escotadura es estrecha. El promontorio no es palpable ya que en las pelvis normales solo es posible identificar con el tacto las tres últimas vértebras sacras sin lastimar el perineo. Se presenta en el 50 % de las mujeres blancas y en el 45% de las mujeres no blancas. . (Yeomans, E. Clinical Pelvimetry. Clinical Obstetrics and Gynecology. 2006. Volume 49, Number 1, 140-146)

PELVIS MAYOR: Es la parte más ancha de la pelvis. Está ubicada por encima de la "línea terminal",que es aquella que pasa por el promontorio, por la línea arciforme (o línea innominada) del hueso iliaco, la línea pectínea del pubis y el borde superior del pubis. Por debajo de la línea terminal se encuentra la pelvis menor o cavidad pélvica propiamente dicha. (Yeomans, E. Clinical Pelvimetry. Clinical Obstetrics and Gynecology. 2006. Volume 49, Number 1, 140-146)

PELVIS MENOR: Es la parte más estrecha de la pelvis. Es la cavidad pélvica propiamente dicha; está ubicada por debajo de la línea terminal. En ella se encuentran los huesos sacro, cóccix, pubis e isquion. (Yeomans, E. Clinical Pelvimetry. Clinical Obstetrics and Gynecology. 2006. Volume 49, Number 1, 140-146)

PELVIS MIXTAS: A partir de los tipos de pelvis puros: Ginecoide, Androide, Antropoide y Platipeloide, se forman mezclas de una con otra, que son más frecuentes que los tipos puros. Ejemplos: Gineco-platipeloide, Gineco-antropoide, etc. (Yeomans, E. Clinical Pelvimetry. Clinical Obstetrics and Gynecology. 2006. Volume 49, Number 1, 140-146)

PELVIS PLANA: Es un tipo de pelvis que se caracteriza por un diámetro AP menor que el transverso, sacro curvo y corto dirigido hacia atrás, paredes laterales rectas, espinas ciáticas prominentes y ángulo subpúbico amplio. Es la variedad más rara de pelvis, constituye menos del 5% de todos los tipos de pelvis y el pronóstico para el parto es malo // También es notoriamente ovalada pero en sentido transverso, por lo cual el mayor diámetro es el de derecha a izquierda, con disminución acentuada del diámetro antero-posterior. Esto hace fácil palpar el promontorio. En este caso el examinador puede medir el diámetro conjugado diagonal que debiera medir entre 12 y 13 cm pero en este tipo de pelvis apenas mide unos 9 cm. El arco subpúbico y la escotadura sacrociática son amplios. Este tipo de pelvis se presenta apenas en el 3 al 5% de las mujeres. Es un tipo de pelvis que se caracteriza por un diámetro AP menor que el transverso, sacro curvo y corto dirigido hacia atrás, paredes laterales rectas, espinas ciáticas prominentes y ángulo subpúbico amplio. Es la variedad más rara de pelvis, constituye menos del 5% de todos los tipos de pelvis y el pronóstico para el parto es malo. (Yeomans, E. Clinical Pelvimetry. Clinical Obstetrics and Gynecology. 2006. Volume 49, Number 1, 140-146). Sinónimo: Pelvis Platipeloide

PELVIS PLATIPELOIDE: Ver Pelvis plana

PELVIS VERDADERA: Es la porción de la pelvis que se ubica por debajo de la línea ileopectínea. El límite superior está conformado por la línea ileopectínea, las alas del sacro y los márgenes superiores de los huesos pubianos. El límite inferior está conformado por el piso de la pelvis. El límite anterior son los huesos pubianos, las ramas superiores ascendentes de los isquiones y los agujeros obturadores. El límite posterior es la superficie anterior del sacro y los límites laterales están conformados por la cara

interna de los huesos isquiones, las escotaduras ciáticas mayores y los ligamentos sacrociáticos menores. La pelvis verdadera es la porción importante de la pelvis desde el punto de vista obstétrico y se subdivide en 3 estrechos o aperturas: superior, media e inferior. (Yeomans, E. Clinical Pelvimetry. Clinical Obstetrics and Gynecology. 2006. Volume 49, Number 1, 140-146)

PENTALOGÍA DE CANTRELL: Corresponde a un trastorno genético caracterizado por una combinación de defectos severos del esternón, diafragma, corazón y pared abdominal. Usualmente es secundario a múltiples anomalías congénitas. Los criterios diagnósticos son: defecto en la porción baja del esternón, defecto de la pared abdominal supraumbilical con profusión del contenido abdominal dentro de un saco (onfalocele), defecto diafragmático anterior, defecto del pericardio diafragmático, anomalía cardiaca congénita (CIV, CIA, tetralogía de Fallot, anomalía del retorno venoso, etc). Esta patología se considera que es una condición de transmisión genética ligada al cromosoma X; tambien se han descrito casos con trisomia 18 y 21. El defecto fue descrito por primera vez por Cantrell en 1958. La prevalencia es de 5.5 por cada 1.000.000 de nacidos vivos. Afecta principalmente a recien nacidos masculinos en una proporción 2:1. (Perroni, C. Pentalogia de Cantrell. Am J Med. 2002; 42: 90)

PÉRDIDA GESTACIONAL EMBRIÓNICA: Corresponde a la pérdida de una gestación entre 6 y 9 semanas desde el último período menstrual confiable. Usualmente estas pérdidas son secundarias a trastornos genéticos. (Silver, R. Fetal Death. Obstetrics and Gynecoloy. 2007; 109 (1): 153-166)

PÉRDIDA GESTACIONAL FETAL: Corresponde a la pérdida de una gestación igual o mayor a 10 semanas hasta el término de la misma. Las pérdidas gestacionales fetales usualmente están asociados con factores que afectan el flujo placentario como el síndrome de anticuerpos antifosfolípidos o trombofilias heredadas. (Silver, R. Fetal Death. Obstetrics and Gynecoloy. 2007; 109 (1): 153-166)

PÉRDIDA GESTACIONAL PRE-EMBRIÓNICA: Corresponde a la pérdida de una gestación menor de cinco semanas desde el último período menstrual confiable. También se conoce con el nombre de pérdida gestacional anembriónica, ya que en este periodo de tiempo no es posible la visualización del botón embrionario por vía ultrasonográfica. Usualmente estas pérdidas son secundarias a trastornos genéticos. (Silver, R. Fetal Death. Obstetrics and Gynecoloy. 2007; 109 (1): 153-166)

PÉRDIDA GESTACIONAL RECURRENTE: Hace referencia a la pérdida de tres o más gestaciones consecutivas, usualmente con edad gestacional temprana, que puede incluir dos pérdidas a cualquier edad gestacional. Afecta entre el 1 – 5% de todas las parejas en edad reproductiva y en un tercio de ellas se identifica uno o más factores desencadentes, dentro de los cuales se encuentran factores genéticos, inmunológicos, endocrinos, trombofílicos, anatómicos, microbiológicos, psicológicos o iatrogénicos. (Stephenson, M. Kutteh, W. Evaluation and management of recurrent early pregnancy loss. Clinical Obstetrics and Gynecology. 2007; 50 (1): 135-145)

PÉRDIDA GESTACIONAL RECURRENTE PRIMARIA: Corresponde a la pérdida de tres o más gestaciones consecutivas sin antecedente de gestaciones mayores a 20 semanas. (Daya, S. Evidence-based management of recurrent miscarriage: optimal diagnostic protocol. International Congress Series. 2004: 318-327)

PÉRDIDA GESTACIONAL RECURRENTE SECUNDARIA: Corresponde a la pérdida de tres o más gestaciones seguidas de por lo menos una gestación mayor a 20 semanas, independiente del resultado perinatal (nacido vivo, óbito fetal o muerte neonatal) (Daya, S. Evidence-based management of recurrent miscarriage: optimal diagnostic protocol. International Congress Series. 2004: 318-327)

PÉRDIDA GESTACIONAL RECURRENTE TERCIARIA: Corresponde a la pérdida de tres o más gestaciones no consecutivas, intercalados con gestaciones que progresan más de las 20 semanas, independiente del resultado perinatal (nacido vivo, óbito fetal o muerte neonatal). (Daya, S.

Evidence-based management of recurrent miscarriage: optimal diagnostic protocol. International Congress Series. 2004: 318-327)

PERFIL BIOFISICO: Es una prueba de bienestar fetal en la que se correlacionan cinco parámetros: movimientos corporales, movimientos respiratorios, tono, líquido amniótico y prueba no estrés. A cada parámetro se le asigna una puntuación de 0 o 2. El puntaje máximo posible para un feto normal es de 10. Se considera normal con puntajes de 8 -10, sugestivo con puntaje de 6 y anormal con puntajes de 2 – 4. De acuerdo con los parámetros alterados y las condiciones asociadas se decide continuar observación, repetir la prueba o desembarazar. En el parámetro de los movimientos corporales se da una puntuación de 2 cuando se presentan 3 o más movimientos corporales discretos o de los miembros durante 30 min; al parámetro de movimientos respiratorios se da un puntaje de 2 cuando se presentan 1 o más respiraciones rítmicas que tengan una duración mayor de 30 seg en 30 min; el tono tiene un puntaje de 2 cuando se presentan 1 o más episodios de extensión de una extremidad fetal y luego de una flexión o una apertura o cierre de la mano; al líquido amniótico se le da una puntación de 2 cuando se presenta un bolsillo vertical único mayor de 2 cm o un ILA mayor a 5 cm; y la prueba sin estrés se considera adecuada o con puntaje de 2 cuando presenta 2 o más aceleraciones mayores de 15 latidos en 15 segundos durante 20 minutos si la edad gestacional es mayor de 32 sem. (Royal Collage of Obstetricians and Gynaecologists. The use of Electronic Fetal Monitoring. Evidence-based clinical guidelines. 2001. Number 8: 1 – 144 / Manning, F. Fetal Biophysical Profile: a critical appraisal. Clinical Obstetrics and Gynecology. 2002; 45: 975 – 985)

PERFUSIÓN: Es el volumen de sangre que fluye a través de los capilares que rodean los alvéolos pulmonares. La sangre venosa llega a través de las arterias pulmonares proveniente de las cavidades cardiacas derechas, entran al pulmón y sale por las venas pulmonares, oxigenada para luego ser distribuida a la circulación arterial sistémica por el ventrículo izquierdo. Los capilares pulmonares tienen una perfusión de 5 litros de sangre por minuto. (Patiño, JF. Rodríguez, E. Gases Sanguíneos, Fisiología de la Respiración e Insuficiencia Respiratoria Aguda. Editorial Médica Panamericana. Santafé

de Bogotá. Séptima edición. 2005. 37-90 / Guyton, A. Tratado de Fisiología Médica. Transporte de oxígeno y de dióxido de carbono en la sangre y los líquidos corporales. Editorial McGraw-Hill. México. Novena edición. 1998. 555-566)

PERINÉ: Región corporal en forma romboidea ubicada en la parte inferior de la pelvis. Sus puntos de reparo son la sínfisis pubiana,la punta del coccix y lateralmente las dos tuberosidades isquiáticas. El perineo tiene dos partes: la anterior donde está la vulva y el final de la uretra. La región posterior del perineo está ocupada por el ano, las fosas isqui-rectales y el conducto anal. (Alarcón, MA. Anatomía Clínica de la Vagina. Anatomía Clínica del aparato genital femenino. Primera edición. Bogotá, Colombia. Editorial Manual Moderno. 2005. 181-208)// Sinónimo: Perineo.

PERINÉ GINECOLÓGICO: Región corporal en forma romboidea ubicada en la parte inferior de la pelvis. Sus puntos de reparo son la sínfisis pubiana, la punta del coccix y lateralmente las dos tuberosidades isquiáticas. El perineo tiene dos partes: la anterior donde está la vulva y el final de la uretra. La región posterior del perineo está ocupada por el ano, las fosas isquio-rectales y el conducto anal // Es la región comprendida entre el borde inferior de la horquilla vulvar y el borde superior del ano. Representa importancia clínica porque es la estructura que se lesiona con más frecuencia durante el expulsivo y es el sitio donde de se realiza el procedimiento quirúrgico de episiotomía y episiorrafia. (Alarcón, MA. Anatomía Clínica de la Vagina. Anatomía Clínica del aparato genital femenino. Primera edición. Bogotá, Colombia. Editorial Manual Moderno. 2005. 181-208)

PERINEO: Ver Periné.

PERINEOPLASTIA: Es cualquier cirugía realizada a nivel del periné con el fin de recuperar su contorno y superficie anatómica. (Rouviere, A. Delmas, A. Anatomía Humana. Anatomía del tracto genital femenino. Segunda edición. Editorial Elsevier. Madrid, España. 2005. pp 600 – 654)

PERINEORRAFIA: Corresponde a la sutura de las estructuras el periné posterior a un desgarro o procedimiento quirúrgico. (Rouviere, A. Delmas, A. Anatomía Humana. Anatomía del tracto genital femenino. Segunda edición. Editorial Elsevier. Madrid, España. 2005. pp 600 – 654)

PERINEOTOMÍA: Cirugía realizada a nivel de la horquilla vulvar, de la fosita navicular y de la línea media del periné, con el propósito de ampliar el calibre del vestíbulo en los casos de dispareunia por estrechez. (Rouviere, A. Delmas, A. Anatomía Humana. Anatomía del tracto genital femenino. Segunda edición. Editorial Elsevier. Madrid, España. 2005. pp 600 – 654)

PERIODO BLASTOGÉNICO: Es el comprendido en las primeras cuatro semanas del desarrollo humano. (Danforth. Tratado de Obstetricia y Ginecología. 8ª ed. McGraw-Hill Interamericana. México, 2000).

PERIODO PREEMBRIONARIO: Alude a las primeras dos semanas después de la fecundación. (Danforth. Tratado de Obstetricia y Ginecología. 8ª ed. McGraw-Hill Interamericana. México, 2000).

PERIODO EMBRIONARIO: El período embrionario empieza al comienzo de la tercera semana después de la fecundación y coincide en tiempo con el día en el que la paciente espera su siguiente menstruación. Durante este período se desarrolla el disco embrionario, el saco vitelino, se forma el verdadero espacio intervelloso, se presenta la división del corazón primitivo hasta la formación completa del corazón. El período embrionario culmina alrededor de la octava semana después de la fecundación o 10 semanas después del último período menstrual. (Cunningham, FG. Gant, NF. Leven, K. Gilstrap, L. Hauth., J. Wenstrom K. Crecimiento y desarrollo del feto. Fisiología del embarazo. 21° edición. Montevideo, Uruguay: Editorial Panamericana. 2001. 110-133).

PERÍODO FETAL: Período del desarrollo humano que inicia con la culminación del período embrionario y se caracteriza por el crecimiento y la maduración de las estructuras que se formaron durante el período embrionario. El período fetal comprende el tiempo que transcurre entre la octava semana después de la fecundación y la semana 37 de gestación.

(Cunningham, FG. Gant, NF. Leven, K. Gilstrap, L. Hauth., J. Wenstrom K. Crecimiento y desarrollo del feto. Fisiología del embarazo. 21° edición. Montevideo, Uruguay: Editorial Panamericana. 2001. 110-133).

PERISALPINX: Es la capa de peritoneo que rodea la capa muscular de la trompa de Fallopio; parte de su estructura es una capa de tejido areolar subyacente o subserosa, rica en vasos capilares y nervios. La serosa proviene del mesosálpinx que a su vez hace parte del ligamento ancho que se desprende del útero. Este peritoneo se interrumpe a nivel de la fimbria. Debido a la rica vascularización de la trompa y a la debilidad de su pared, es frecuente el estallido de la misma en los embarazos ectópicos con el consecuente hemoperitoneo entre las semanas 8a y 10a de gestación, contadas por amenorrea. (Rouviere, A. Delmas, A. Anatomía Humana. Anatomía del tracto genital femenino. Segunda edición. Editorial Elsevier. Madrid, España. 2005. pp 600 – 654)

PERITONEO: El peritoneo es la túnica mayor y más compleja del organismo. En el varón forma un saco cerrado que recubre las paredes abdominales y se refleja sobre las vísceras contenidas en la cavidad. En la mujer en cambio se establece una comunicación entre la cavidad peritoneal y el medio externo a través de las trompas de Fallopio. Esta característica la hace más susceptible de sufrir peritonitis derivadas de su actividad sexual. // El peritoneo es una gran capa que recubre la cavidad abdómino-pélvica en una superficie aproximada a los 2 metros cuadrados. Está formado por una capa superficial de mesotelio y una capa más profunda de tejido conjuntivo laxo que contiene fibras elásticas y colágenas. La pérdida de este epitelio a la adherencia con los tejidos vecinos, lo cual nos permite deducir que una de las funciones de este epitelio es la separación de las vísceras que permitan su libre movimiento. La hoja que recubre las paredes del abdomen es el peritoneo parietal, mientras que la reflejada sobre las vísceras constituye el peritoneo visceral. Esta capa constituye la serosa de los órganos correspondientes. La capa de tejido conjuntivo (subseroso) del peritoneo visceral está en continuidad directa con el estroma fibrosos de las

vísceras. No solo sirve de protección, también contribuye al soporte de las vísceras y de sus paquetes neurovasculares que los irrigan y los inervan. (Rouviere, A. Delmas, A. Anatomía Humana. Anatomía del tracto genital femenino. Segunda edición. Editorial Elsevier. Madrid, España. 2005. pp 600 – 654)

PERITONEO DE LOS GENITALES FEMENINOS: Es el conjunto de memebranas peritoneales que recubren la superficie de la vejiga que mira hacia la cavidad pélvica, forma la serosa del útero y de las trompas, el ligamento ancho que está a lado y lado del útero, el fondo de saco útero-vesical y el fondo de saco de Douglas. El único órgano de la cavidad pélvica que no está cubierto de peritoneo es el ovario para asegurar el escape de los óvulos hacia la trompa. La cara de la vejiga que mira hacia el espacio de Retzius y la cara que se relaciona con la vagina no están recubiertas de peritoneo. (Rouviere, A. Delmas, A. Anatomía Humana. Anatomía del tracto genital femenino. Segunda edición. Editorial Elsevier. Madrid, España. 2005. pp 600 – 654)

PERITONISMO: Es un cuadro de aparente irritación peritoneal, en el cual los signos de aparente peritonitis se producen por mecanismo reflejo de una enfermedad que no afecta la estructura de los órganos viscerales y por lo tanto no requiere manejo quirúrgico. Ver Abdomen agudo reflejo. (Schwartz, S. Shires, G. Principios de Cirugía. Septima edición. Editorial McGraw Hill Interamericana. México. 2000. pp 153)

PERITONITIS: Es el proceso inflamatorio de las membranas peritoneales secundarias a una irritación química, a una invasión bacteriana, a una necrosis local o a una contusión directa. Inicialmente el proceso solo compromete un sector del peritoneo (peritonitis localizada): La fibrina, la pus y el delantal epiploico ayudan a delimitar el proceso formando un plastrón o un absceso localizado. Este absceso puede progresar dando una peritonitis generalizada que produce desbalance hidro-electrolítico, hipovolemia y choque séptico que conduce a la muerte. La pus se distribuye por toda la cavidad ocupando los fondos de saco y los espacios inter-asas. Por lo general las entidades ginecológicas que producen peritonitis son de manejo

quirúrgico. (Schwartz, S. Shires, G. Principios de Cirugía. Septima edición. Editorial McGraw Hill Interamericana. México. 2000. pp 153)

PERITONITIS DE CAUSA GINECO-OBSTÉTRICA: Es el proceso inflamatorio de las membranas peritoneales secundarias a una irritación causad por una infección o por la salida de sangre de manera importante a la cavidad peritoneal. Las causas gineco-obstétricas más frecuentes de peritonitis son la inflamación de las trompas(salpingitis) que progresa a absceso pélvico y de allí a peritonitis, la endometritis que progresa a endo-miometritis y luego a peritonitis. Esta entidad progresa rápidamente a shock séptico, la perforación del útero durante un legrado terapéutico o como consecuencia de maniobras abortivas, la perforación de uno de los intestinos post-legrado o post-maniobras abortivas y la infección de la cavidad peritoneal posterior a una laparotomía obstétrica o ginecológica. (Schwartz, S. Shires, G. Principios de Cirugía. Septima edición. Editorial McGraw Hill Interamericana. México. 2000. pp 153)

PERITONITIS LOCALIZADA: Es la lesión de un órgano o de una región peritoneal, restringido a un solo sector de la cavidad visceral. (Schwartz, S. Shires, G. Principios de Cirugía. Septima edición. Editorial McGraw Hill Interamericana. México. 2000. pp 153)

PERITONITIS GENERALIZADA: Es el compromiso de un gran espacio o de la superficie visceral en forma global que compromete todo el peritoneo. (Schwartz, S. Shires, G. Principios de Cirugía. Septima edición. Editorial McGraw Hill Interamericana. México. 2000. pp 153)

PESARIO: gr. πεσσός, *pessós* significaba en medicina 'lienzo empapado de medicamento con forma de piedra ovalada que se introduce por ano o vagina', y pasó al lat. en la forma, alargada por sufijación, *pessārium*, //Los pesarios son elementos elaborados con caucho, plástico o látex, de diferentes formas, que se colocan en el techo de la vagina, cuyo propósito es sostener el útero prolapsable, o sostener la cúpula vaginal en las pacientes con eversión masiva de la misma luego de una histerectomía. Otras utilidades son la corrección del dolor en la paciente con retro-versoflexión uterina sintomática y en la insuficiencia cervical durante el

embarazo. Hay cinco tipos de pesarios en la actualidad: a- El redondo o anular plegable b-El de tipo rosquilla c- El cúbico, con seis caras cóncavas que se adosan a la mucosa vaginal d- El de Gelhorn que tiene forma de hongo, cuyo tallo puede tener un canal para drenage vaginal e-El inflable, de diferentes formas, hecho para darle el volumen requerido para cada paciente según su necesidad. (Nichols D.H. Central compartment defects: Enterocele and massive eversion of the vagina. In: Thompson J, Rock JA. Te Linde Is operative gynecology. Eight edition Philadelphia. Edit Lippincott Raven 1997; 1003-1030), (Morley GW. Tratamiento para la eversión de la cúpula vaginal a través de la vía vaginal. In: Clínicas Obstétricas y Ginecológicas. México: Interamericana Mc Graw Hill. 1993; 4: 926-933)

PESARIO FENESTRADO: Es un pesario que tiene orificios (fenestras), para facilitar la adherencia al cuello uterino y para facilitar la salida cde las secresiones originadas en el útero y en la parte altaea de la vagina. (Morley GW. Tratamiento para la eversión de la cúpula vaginal a través de la vía vaginal. In: Clínicas Obstétricas y Ginecológicas. México: Interamericana Mc Graw Hill. 1993; 4: 926-933)

PESO FETAL ESTIMADO: Es el càlculo del peso fetal en gramos que se hace por via ultrasonogràfica empleando parámetro biomètricos fetales.// Es un parámetro ecográfico que permite estimar el peso fetal en gramos teniendo en cuenta la evaluación de diferentes parámetros biométricos como el diámetro biparietal, la circunferencia cefálica, la circunferencia abdominal y la longitud del fémur. Existen tres fórmulas matemáticas descritas para el cálculo del peso fetal estimado: la fórmula de Hadlock que tiene en cuenta la circunferencia cefálica, circunferencia abdominal y longitud femoral; la fórmula de Ott que tiene en cuenta la circunferencia abdominal y la longitud femoral; y la fórmula de Shepard que tiene en cuenta el diámetro biparietal y la longitud del fémur. La tabla que correlaciona el peso fetal estimado por ultrasonografía y la edad gestacional se presenta a continuación, considerando como parámetro normal un peso fetal estimado entre el percentil 10 y 90 para la edad gestacional. Un peso fetal estimado menor del percentil 10 para la edad gestacional establece el diagnóstico de restricción de crecimiento intrauterino; por el contrario, un

peso fetal estimado mayor del percentil 90 para la edad gestacional establece el diagnóstico de macrosomía fetal. (Fleischer, A. Manning, F. Jeanty, P. Romero, R. Ecografía en Obstetricia y Ginecología. Biometría fetal. Madrid, España. Ediciones Marban. Sexta edición. 2002. p 375-388 / Ott, W. Sonographic diagnosis of fetal growth restriction. Clinical Obstetrics and Gynecology. 2006; 49 (2): 295-307)

pH: De acuerdo a los conceptos de Sorensen, el pH se define como el logaritmo inverso de la concentración de hidrogeniones. El pH se expresa en términos de la ecuación de Henderson-Hasselbach en términos de la relación entre la sal y el ácido, es decir, el pH depende de la relación entre la cantidad de bicarbonato base y la cantidad de ácido carbónico, que a su vez está determinado por la presión parcial del dióxido de carbono. De esta forma el pH = HCO_3/CO_2. El valor normal de pH arterial se encuentra entre 7.35 – 7.45. los valores por debajo o por encima de éstos, establecen la condición de acidemia o alcalemia, respectivamente. (Patiño, JF. Rodríguez, E. Gases Sanguíneos, Fisiología de la Respiración e Insuficiencia Respiratoria Aguda. Editorial Médica Panamericana. Santafé de Bogotá. Séptima edición. 2005. 183-238)

PEZÓN: (Papillae mamamae). Latín mamila, griego téle. Mamila es teta pequeña diminutivo del latín mamma. La raíz griega tele, para pezón, se utiliza en las palabras politelia, telotismo, etc. Corresponde a una estructura de la superficie de la mama que se sitúa en el centro de la areola. Tiene aproximadamente 10 a 12 mm de diametro. Presenta en su cúspide entre 12 y 20 orificos a través de los cuales sale la leche por los conductos galactóforos. La mayor parte del pezón corresponde a fibras musculares lisas dispuestas en forma circular o longitudinal; la contracción de estas fibras generan la erección del mismo. La piel del pezón carece de folículos pilosos y tiene igual pigmentación que la areola. (Alarcón, M. Anatomia Clínica del aparato genital femenino. Anatomía clínica de la mama. Primera edición. Editorial Manual Moderno. Bogotá, Colombia. 2005. pp 318)

PEZONES SUPERNUMERARIOS: Ver Politelia.

PINZA DE SCHOEMACHER: Es la pinza empleada para realizar biopsia del cuello uterino. Tiene un corte en forma de bayoneta que no obstaculizan la visión. Está compuesta por un mango universal, un cuerpo de longitud variable entre 16 y 40 cm y un terminal para biopsia de diferente diámetro con mordida móvil hacia arriba. (Ivanov, S. The role of colposcopy directed citology and biopsy. Akush Ginecol. 2005; 44 (6): 28)

PIELOECTASIA: Hace referencia al hallazgo ecográfico de un diámetro anteroposterior pélvico renal entre 4 y 10 mm de acuerdo a la edad gestacional, sin o con mínima dilatación del sistema renal. Es un hallazgo relativamente común presentándose entre el 1.25 y el 4.5% de todos los exámenes ecográficos realizados en el segundo trimestre de gestación. La pieloectasia fetal se ha asociado con Síndrome de Down así como malformaciones del tracto urinario como estenosis pélvicoureteral, hidronefrosis transitoria, reflujo vesicoureteral primario, megaureter, duplicación renal. (Persutte, WH, Koyle, M, Lenke, RR, et al. Mild pyelectasis ascertained with prenatal ultrasonography is pediatrically significant. Ultrasound Obstet Gynecol 1997; 10:12)

PIELOECTASIA RENAL FETAL: Hace referencia a una malformación del sistema urinario fetal caracterizado por dilatación de la pelvis renal en forma moderada. Al igual que en los casos de dilatación severa o hidronefrosis, la malformación puede ser secundaria a obstrucción, reflujo vesico-ureteral o alteración muscular de las paredes del tracto urinario. El pronóstico depende de la etiología, el grado de hidronefrosis y el compromiso renal asociado. (Odibo, AO, Marchiano, D, Quinones, JN, et al. Mild pyelectasis: evaluating the relationship between gestational age and renal pelvic anterior-posterior diameter. Prenat Diagn 2003; 23:824)

PIELONEFRITIS: Es la infección bacteriana del parénquima renal. Es una condición que complica aproximadamente el 1 al 20% de todos los embarazos. Se clasifica como Infección Aguda o Crónica de acuerdo al tiempo de evolución y la presencia de lesiones e infecciones previas. La enfermedad se caracteriza por la presencia de síntomas urinarios asociado a síntomas sistémicos como fiebre, malestar general, dolor en zona renal,

naúseas, vómito. El diagnóstico se confirma con un urocultivo con más de 100000 unidades formadoras de colonias de un solo microorganismo. El tratamiento se debe realizar intrahospitalario con adecuada hidratación, evaluación del estado general y evaluación del bienestar fetal e inicio de antibiótico endovenoso tipo Ampicilina, Cefalosporinas de primera generación, Cefalosporinas de tercera generación, Ampicilina – Sulbactam durante 10 a 14 días. Posterior al tratamiento se debe realizar urocultivo control, si éste es positivo se realiza nuevo esquema de tratamiento de acuerdo a resultado de antibiograma; si el resultado es negativo, se debe continuar antiséptico urinario durante todo el embarazo hasta 6 semanas postparto. Vasquez, J. VillarJ. Treatment for symptomatic urinary tract infections during pregnancy. The Cochrane Library. 2005; 4: 34-41)

PIOMETRA: Es el acúmulo de material purulento en la cavidad uterina. (Vasquez, J. VillarJ. Treatment for symptomatic genital tract infections. The Cochrane Library. 2005; 4: 34-41)

PIOSALPINX: Es la inflamación supurada de las trompas de Fallopio. Hay cierta confusión en la literatura con este término al compararlo con el de absceso tubario en el cual se forma una masa de material purulento. Para algunos autores el piosalpinx es la presencia de pus en una o ambas trompas sin notorio aumento del volumen de las mismas. Para otros el concepto de absceso es una variante del piosalpinx. Casi siempre el piosalpinx es secundario a una infección bacteriana que afecta la cavidad endometrial y se manifiesta como una extensión de la misma o es la secuela de una endometritis curada parcialmente. (Vasquez, J. VillarJ. Treatment for symptomatic genital tract infections. The Cochrane Library. 2005; 4: 34-41)

PLACENTAE, ABRUPTIO: Es el desprendimiento de la placenta normoinserta. Cuando el abruptio placentae es progresivo y supera el 30% de la superficie de inserción placentaria, pone en peligro la vida del feto por hipoperfusión. La complicación materna más frecuente del abruptio placentae es la apoplejía uterina (útero de Couvelaire). (Danforth. Tratado

de Obstetricia y Ginecología. 8ª ed. McGraw-Hill Interamericana. México, 2000).Sinónimo: Ablatio placentae.

PLACENTA BILOBULADA: Es la división de la placenta en dos discos de tamaño más o menos igual, de tal manera que simula dos lóbulos. (Danforth. Tratado de Obstetricia y Ginecología. 8ª ed. McGraw-Hill Interamericana. México, 2000).

PLACENTACIÓN: Es la conformación anatómica de la placenta que se desarrolla desde la implantación del blastocisto en la pared endometrial. La placenta se origina en el grupo de células del blastocisto que se polarizan para conformar el trofoblasto luego que en la mórula , convertida en blastocisto aparecen dos grupos de células (el trofoblasto y el embrioblasto), que darán origen a la placenta y al embrión, respectivamente. La placentación ocurre desde la segunda semana del desarrollo preembrionario. (Danforth. Tratado de Obstetricia y Ginecología. 8ª ed. McGraw-Hill Interamericana. México, 2000).

PLACENTA ACCRETA: Es la invasión de la placenta al miometrio, dentro del cual introduce parte de sus vellosidades, sin llegar a la capa serosa del útero. Al corte se aprecia la parte de la placenta que ha avanzado hasta más o menos la mitad del grosor del miometrio (Danforth. Tratado de Obstetricia y Ginecología. 8ª ed. McGraw-Hill Interamericana. México, 2000).

PLACENTA DE INSERCIÓN BAJA: Corresponde a la placenta que se inserta más arriba del orificio cervical interno a menos de 2 cm de distancia. (Oyelese, Y. Smulian, J. Placenta previa, placenta accreta, and vasa previa. Clinical Expert Series. 2006; 107: 927 – 939)

PLACENTA ÍNCRETA: Es un desorden poco frecuente en el cual las vellocidades coriónicas invaden la pared uterina y sobrepasan su capa serosa por lo cual se aprecia tejido placentario por fuera del útero. Histopatológicamente el trastorno se caracteriza por la pobre o ausente decidua basal. (Danforth. Tratado de Obstetricia y Ginecología. 8ª ed. McGraw-Hill Interamericana. México, 2000).

PLACENTA INMADURA: Es aquella placenta cuyas características ecográficas o histológicas corresponden al grado de desarrollo fetal en el cual este no ha alcanzado la madurez pulmonar suficiente para respirar espontáneamente. En la clasificación placentaria de I a III, la placenta inmadura es aquella que tiene características de las etapas I o II. (Danforth. Tratado de Obstetricia y Ginecología. 8ª ed. McGraw-Hill Interamericana. México, 2000).

PLACENTA MADURA

PLACENTA PERCRETA: Es la invasión de la placenta al miometrio, dentro del cual introduce parte de sus vellocidades, hasta llegar a la capa serosa del útero. Al corte se aprecia la parte de la placenta que ha avanzado hasta invadir todo el miometrio, hasta llegar al perimetrio, pero no lo sobrepasa. (Danforth. Tratado de Obstetricia y Ginecología. 8ª ed. McGraw-Hill Interamericana. México, 2000).

PLACENTA PREVIA: El término placenta previa hace referencia a la placenta que sobrepasa o se implanta próximo al orificio cervical interno de forma total o parcial. Existen 4 tipos de placenta previa: 1) Completa: la placenta cubre todo el orificio cervical interno 2) Parcial: la placenta cubre de forma parcial el orificio cervical interno. 3) Marginal: la placenta alcanza el orificio cervical interno pero no lo cubre. Cuando el cérvix se encuentre dilatado en su totalidad, este tipo se convertirá en placenta previa parcial. 4) Placenta de implantación baja: la placenta no alcanza el orificio cervical interno. La placenta previa complica aproximadamente el 0.3 – 0.5% de todos los embarazos. En Estados Unidos la incidencia anual de placenta previa es de 4.8 por 1000 nacimientos. Dentro de los factores de riesgo para placenta previa se encuentran antecedente de cesárea o cirugías uterinas previas, tabaquismo, edad materna avanzada, multiparidad, consumo de alcohol y sustancias psicoactivas, embarazo múltiple, antecedente de placenta previa en anteriores gestaciones. La morbilidad asociada a placenta previa incluye hemorragia anteparto, intraparto o postparto, que puede llevar a requerir transfusión de hemoderivados o incluso histerectomía para control de hemorragia, septicemia o

tromboflebitis. La mortalidad asociada a placenta previa se encuentra alrededor del 0.03% de todos los casos de placenta previa. (Oyelese, Y. Smulian, J. Placenta previa, placenta accreta, and vasa previa. Clinical Expert Series. 2006; 107: 927 – 939)

PLACENTA PREVIA COMPLETA: Ver Placenta Previa

PLACENTA PREVIA MARGINAL: Ver Placenta Previa

PLACENTA PREVIA PARCIAL: Ver Placenta Previa

PLACENTA, RETENCIÓN DE LA: Hace referencia a la retención de la placenta en forma total o parcial durante el periodo del alumbramiento. Es una de las principales causas de hemorragia postparto tardía, es decir, la hemorragia que se presenta luego de 24 horas del parto. El diagnóstico es clínico y ultrasonográfico y el tratamiento consiste en revisión uterina y legrado bajo anestesia. (Clinical Obstetrics and Gynecology. Postpartum Hemorrhage: Uterine Inversion. 2006; 10: 24)

PLACENTARIAS, SECUNDINAS: El término Secundinas Placentarias, de poco uso en la actualidad, denota en su conjunto la placenta y sus membranas. (Danforth. Tratado de Obstetricia y Ginecología. 8ª ed. McGraw-Hill Interamericana. México, 2000).

PLACENTA SUCCENTURIATA: Es la división de la placenta en dos discos, uno de los cuales es notoriamente más pequeño que el otro. Al lóbulo más pequeño se le llama succenturiado o accesorio. (Danforth. Tratado de Obstetricia y Ginecología. 8ª ed. McGraw-Hill Interamericana. México, 2000).

PLANIFICACIÓN FAMILIAR: Es cualquier método que se utilice con el propósito de evitar el embarazo. Hay múltiples formas de lograr este objetivo: mediante la abstinencia sexual en los días periovulatorios (método o ley de Ogino-Knaus), mediante abstinencia sexual por periodos prolongados de tiempo, con la eyaculación extravaginal (coito interrumpido), mediante coito por vía rectal, con vida sexual durante el periodo de la amenorrea de lactancia, con una ducha vaginal post

eyaculación, con el uso de sustancias químicas que impidan la ovulación (anticonceptivos orales o de depósito por vía intramuscular o subcutánea), con el uso de cargas hormonales de alta dosis en las siguientes 24 horas post coito, con sustancias que inmovilicen o lesionen los espermatozoides (espermicidas), con bandas de latex o similares que impidan el paso de los espermatozoides hacia el conducto cervical (preservativo masculino, condón femenino, diafragma, capuchón cervical, dispositivo Vimule), con un cuerpo extraño en la cavidad endometrial que produzca una reacción inflamatoria que impide el avance de los espermatozoides (T de cobre y similares), con el uso de un dispositivo intrauterino de urgencia que impide la implantación del blastocisto (asa de Lipez, Tcu-380A y similares), mediante la inserción de pequeños tapones en los orificios cornuales de las trompas, con una cirugía en la mujer que impida el paso de los gametos a través de las trompas (corte de las mismas, electrocoagulación o colocasión de anillos o de clips o grapas que obstruyan su luz), con una cirugía en el hombre que impida la salida de los espermatozoides del epidídimo(vasectomía) y con el uso de hormonas antiprogestágenos que suspenden la actividad biológica del cuerpo lúteo (RU-486 ó mifepristone). (Serrano, I. Aguilar, E. Planificación familiar. Editorial Diaz de Santos. Barcelona, España. 1999. pp 25)

PLANIFICACIÓN FAMILIAR CON LA TÉCNICA DE POMEROY: Ver Cirugía de Pomeroy.

PLANIFICACIÓN FAMILIAR, CIRUGÍA: Es cualquier método quirúrgico, en el hombre o en la mujer, que se utilice con el propósito de evitar el embarazo.Los principales métodos utilizados han sido los siguientes: En 1823 Blundell propone ante la Medical Society of London que se acepte un método quirúrgico para evitar los embarazos. En 1895 Dürssen realiza el corte de las trompas por vía vaginal(colpotomía). En 1898 Rose extirpa las trompas a nivel del cuerno. En 1919 Madlener diseña el corte de las trompas y las introduce en un túnel perforado en la cara anterior del útero, entre la serosa y el miometrio. En 1930 los colegas de Pomeroy publican su método de ligar las trompas en forma de asa en el *New York State Journal of Medicine.* En 1940 Hajime Uchida publica su método de cortar las

trompas y dejar libres los extremos. En 1936 Bosch (en Suiza), publica los resultados de la esterilización por laparoscopia. En la época de los 60 aparecen los clips de Hulka y de Filshie, aparece el anillo tubario de Yoon, aparece la técnica de Parkland, En Nov de 2002 la FDA aprueba el uso de los microinserts Conceptus, Inc, Mountain View, Calif), unos dispositivos de polietileno tetrahidrofolato, recubiertos de niquel-titanio. (Westhoff, C, Davis, A. Tubal sterilization: focus on the U.S. experience. Fertil Steril 2000; 73:913).

PLANO AXIAL: Ver Corte Axial.

PLANO CORONAL: Ver Corte Coronal.

PLANOS PÉLVICOS DE DE-LEE: Son puntos de reparo en la pelvis, que se toman de reparo para evaluar el descenso de la cabeza del feto durante el trabajo de parto. a- Estación –3 ó –4: Equivale a la estación alta ó flotante. Los números negativos representan la distancia en centímetros entre la presentación del feto y las espinas ciáticas. b- Estación –2 y –1: Equivale a la estación insinuada o fijada en el canal del parto (por cuanto la cabeza ya no se puede rechazar hacia la cavidad pélvica). Los números negativos representan la distancia en centímetros entre la presentación del feto y las espinas ciáticas. c- Estación 0: Equivale a la estación encajada. Toma este nombre cuando el borde inferior de la presentación fetal llega a las espinas ciáticas. d- Estación +1 y +2: Equivale a la estación descendida. Los números positivos representan la distancia en centímetros entre las espinas ciáticas y la presentación del feto. e- Estación +3 y +4: Equivale a la estación baja. Los números positivos representan la distancia en centímetros entre las espinas ciáticas y la presentación del feto. Cuando la cabeza llega hasta los labios de la vulva está en +4. (Liao, JB. Buhimschi, C. Normal Labor: Mechanism and Duration. Obstetrics and Gynecology Clinics of North America. 2005. 32: 145 – 164)

PLANOS PÉLVICOS DE HODGE: Son puntos de reparo en la pelvis, que se toman de reparo para evaluar el descenso de la cabeza del feto durante el trabajo de parto. Primer plano: Corresponde al estrecho superior. Segundo plano: Se extiende desde el borde inferior del pubis hasta el

centro de la segunda vértebra sacra. Tercer plano: Sus puntos de reparo son las espinas ciáticas y la artriculación de S3 con S4. Cuarto plano: Se extiende desde la última vértebra sacra hasta la horquilla vulvar. (Liao, JB. Buhimschi, C. Normal Labor: Mechanism and Duration. Obstetrics and Gynecology Clinics of North America. 2005. 32: 145 – 164)

PLANO SAGITAL: Ver Corte Sagital

PLANO TRANSVERSAL: Ver Corte Axial.

PLASTICIDAD DE LA SUTURA QUIRÚRGICA: Es la tendencia del material de sutura a conservar su nueva forma luego de estirarse. Un material de sutura muy plástico conservará su forma más grande, incluso después de la desaparición de la inflamación del tejido y por lo tanto se aflojará. La tendencia a desgarrar el tejido se relaciona en forma directa con la resistencia a la tensión y en forma inversa con la plasticidad y el diámetro de la sutura. (Bennet, RG. Selection of wound clousure materials. J Am Acad Dermatol. 2004; 68: 742)

PLIEGUE NUCAL: Corresponde a una medida ecográfica para tamizaje de alteraciones cromosómicas, principalmente trisomía 21 en pacientes con factores de riesgo. La evaluación se realiza por ultrasonografía haciendo la medición de la distancia entre el borde mas externo del occipucio y el borde más externo de piel de la parte posterior del cuello. Esta medición se emplea en embarazos mayores de 14 semanas y los valores se evalúan en percentiles de acuerdo a la edad gestacional. Esta medición en el primer trimestre (semana 11 a 13.6) se conoce con el nombre de sonoluscencia nucal y es una mejor medida de predicción de defectos cromosómicos. (Kuo, P. Sonoluscency and pregnancy outcome. J Med Assoc. 2003; 102 (5): 319)

POLAQUIURIA: 1. La frecuencia urinaria de 8 o más al día. ***//*** **2.** Es la micción frecuente y escasa pero sin disminución del volumen urinario diario normal. Se presenta cuando la musculatura vesical se contrae con frecuencia. Una mujer por lo regular orina entre 2 y 7 veces al día, durante las horas de vigilia; por lo tanto se considera polaquiuria como síntoma

urinario de probable origen ginecológico, cuando la paciente manifiesta frecuencia urinaria diurna mayor de 7 veces. La polaquiuria tiene varias etiologías como infecciosa, diuresis excesiva, problemas sociales o emocionales. Este trastorno se debe evaluar con base en los cambios de los intervalos ordinarios entre las micciones de una paciente dada. (DeCherney, A. Diagnóstico y tratamiento ginecoobstétricos. Urología Ginecológica. Séptima edición. Bogotá, Colombia. Editorial Manual Moderno. 1994. 1049-1067. Lozano, J. Semiología General: Interpretación de los hallazgos clínicos. Enfermedad Actual en relación con el sistema urinario. Quinta edición. Manizales, Colombia. Editorial Andina. 1990. 317-324)

POLIÉSTER CINTA® (POLIÉSTER). Ver suturas especiales en ginecología.

POLIGALACTIA: Exagerada producción de leche. Es un concepto subjetivo por cuanto no hay estándares cuantificados de normalidad. (Alarcón, M. Anatomia Clínica del aparato genital femenino. Anatomía clínica de la mama. Primera edición. Editorial Manual Moderno. Bogotá, Colombia. 2005. pp 318)

POLIMASTIA: Es la presencia de mamas accesorias. Casi siempre de forma bilateral en las axilas. Es frecuente que una sea algo más grande que la otra; con o sin pezones. Su crecimiento es máximo durante el embarazo y la lactancia. Cuando carecen de pezón tienen el aspecto de un lipoma de la región anterior de la axila. Ver Mamas Supernumerarias. (Grossl, NA. Supernumerary breast tissue: historical perspectives and clinical features. South Med J 2000; 93:29)

POLIMENORREA: Intervalos intermenstruales menores a 21 días. (Hatasaka, H. The evaluation of Abnormal Uterina Bleeding. Clin Obstet Gynecol. 2005; 48: 258-273)

POLÍMERO SINTÉTICO HIDRÓFILO: Sustancia química que se impregna en un pequeño cilindro de esponja junto con 450 mg de sulfato de magnesio. Esta esponja que contiene las dos sustancias mencionadas,

colocada en el cérvix absorbe y retiene los líquidos hasta aumentar su volumen 4 veces,fenómeno que dilata el canal cervical de manera atraumática y permite el paso del histeroscopio para diagnóstico o cirugía de la cavidad endometrial. (Hirsh, A. Käser, O. Atlas de Cirugía Ginecológica. Laparoscopia e histeroscopia. Editorial Marbán Libros. Madrid, España, 2000. pp 32-46)

PÓLIPO ENDOMETRIAL: Es una lesión nodular benigna que protruye hacia la cavidad uterina. Puede estar revestido de un epitelio endometrial idéntico al epitelio adyacente, sometido a los cambios y descamación producidos por el influjo hormonal del ciclo menstrual (pólipos endometriales funcionantes).; puede estar revestido de epitelio atrófico que se observa como una protuberancia blanca cubierta por vasos superificiales ramificados. Las manifestaciones clínicas incluyen metrorragias, menometrorragias y dolor pélvico. El diagnóstico se realiza por ecografía transvaginal o histeroscopia. A nivel histopatológico se caracteriza por lesiones pedunculadas o sésiles revestidas de epitelio atrófico en la mayoría de los casos, con estroma fibroso conteniendo vasos sanguíneos dilatados con paredes engrosadas. (Silverberg, S. Kurman, R. Nogales, F. Epithelial Tumours and related lesions. Tumours of the Uterine Corpus. World Organization Health. 2001: 221 - 248)

POLISISTOLIA: Alteración de las fuerzas expulsoras caracterizada por 6 o más contracciones cuantificadas en un periodo de 10 minutos. (Liao, JB. Buhimschi, C. Normal Labor: Mechanism and Duration. Obstetrics and Gynecology Clinics of North America. 2005. 32: 145 – 164)

POLIURIA: Hace referencia al gasto urinario aumentado. De manera objetiva se considera poliuria cuando un adulta eliminar mas de 2.5 litros de orina en 24 horas o presenta una frecuencia urinaria mayor de 10 veces en el día. Puede ser considerado uno de los síntomas de infección urinaria o trastornos metabólicos como diabetes mellitas o diabetes insípida. (ichet, DG. Diabetes insipidus vasopressin . In: Diagnostic Endocrinology, 2nd ed, eited by W.T. Moore and C Eastman- St. Louis: Mosby – Year Book, 1996, pp 157 – 175)

POLITELIA: 1. Presencia de pezones accesorios. Aunque lo frecuente es que se ubiquen a lo largo de la línea mamaria, que empieza en la axila y termina en el pubis, puede haber pezones un poco por fuera de esta línea. Durante el puerperio y la lactancia se hiperpigmentan igual que los pezones de las dos mamas normales. // **2.** Corresponde a una patología congénita de la mama caracterizada por la presencia de más de dos pezones, localizados en las areolas, cerca de ellas o lejos de ellas. Se clasifica en politelia completa cuando existe presencia de pezón y areola accesorios, politelia mamilar cuando sólo se presenta pezón accesorio, politelia areolar cuando se presenta sólo areola accesoria, politelia pilosa cuando en reemplazo de areola accesoria se presenta un grupo de folículos pilosos, o politelia melánica que se caracteriza por un área pigmentada que semeja una areola. En estos casos se recomienda el tratamiento quirúrgico por el riesgo de malignización. (Greydanus, DE, Matytsina, L, Gains, M. Breast disorders in children and adolescents. Prim Care 2006; 33:455). // Sinónimo: Pezones supernumerarios

POMEROY, RALPH HAYWARD: Nació el 12 de Enero de 1867 en New York y murió el 22 de Agosto de 1925. Lo más llamativo de su labor profesional fue el diseño de la esterilización tubárica que lleva su nombre, consistente en hacer una asa en cada trompa, ligarla y cortar una porción de la misma por encima del nudo. Fue médico del Long Island College Hospital en Brooklin, profesor asociado de dicha institución desde 1912 y uno de los fundadores del Williamsburg Hospital, en Brooklyn. Fue elegido presidente de la Kings County Medical Society en 1916.Desarrolló la técnica de esterilización que lleva su nombre, la cual fue acogida por su sencillez y eficacia; pero nunca publicó sus experiencias. Sus colegas Bishop y Nelms hicieron la publicación en 1929, a los 4 años de su muerte (Bishop E, Nelms WF. A simple method of tubal sterilization. NY State J Med 1930; 30:214-6.),(Speert H. Obstetric and Gynecologic Milestones. Macmillan Co, New York, 1958).

PORENCEFALIA: Es una malformación del SNC fetal que se caracteriza por la presencia de cavidades quísticas que contienen líquido cefalorraquídeo dentro del cerebro fetal. Generalmente estas cavidades

tienen comunicación con el sistema ventricular o con el espacio subaracnoideo. Se divide en dos tipos: porencefalia verdadera y pseudoporencefalia. La forma más extrema de la porencefalia es la hidranencefalia. (Fleischer, A. Manning, F. Jeanty, P. Romero, R. Ecografía en Obstetricia y Ginecología. Diagnóstico prenatal de malformaciones cerebro-espinales. Madrid, España. Ediciones Marban. Sexta edición. 2002. p 375-388)

PORENCEFALIA VERDADERA: Es un trastorno que consiste en alteración del desarrollo cerebral con falla en la migración de células nerviosas destinadas a formar la corteza cerebral. Puede estar asociada con hidrocefalia y microcefalia. El pronóstico es desfavorable con presencia de retardo mental severo y secuelas neurológicas. (Fleischer, A. Manning, F. Jeanty, P. Romero, R. Ecografía en Obstetricia y Ginecología. Diagnóstico prenatal de malformaciones cerebro-espinales. Madrid, España. Ediciones Marban. Sexta edición. 2002. p 375-388)// Sinónimo: Esquizencefalia.

PORNOGRAFÍA: (Gr. pornia: prostituta de menor nivel social y cultural que las hetairas en la antigua Grecia y gr. graphos: escribir o escritura). **1.** Carácter obsceno de algunas obras literarias, fílmicas o artísticas. // **2.** Palabras, sonidos o imágenes grotescos que representan actos eróticos con el propósito de causar excitación sexual. La pornografía suele hacer pocos esfuerzos por crear una historia o un contexto verosímil que explique las escenas de sexo. // **3.**De acuerdo al contexto cultural en que se muestre, una obra puede ser considerada pornográfica o sensual o erótica, cada una con una connotación diferente. Un ejemplo de esta forma cultural de interpretar la pornografía es el cuadro llamado *L'origine du monde* (El origen del mundo),pintado por el francés Gustave Courbet entre 1865 y 1866; la modelo para el cuadro fue Joanna Hiffernan, pelirroja amiga del pintor. Luego de que fuera robado por soldados alemanes en 1944 durante la ocupación, y posteriormente por soldados rusos durante la liberación, el cuadro regresó temporalmente a París al ser comprado por el embajador turco en esa ciudad. Lo mantuvo oculto en su cuarto de baño, bajo un cortinaje. Luego pasó a manos de Jean Baptiste Faure, barítono de la Ópera de París y nuevamente escondido a los ojos de todos, sólo podían

verlo sus amigos más íntimos. (Carretera, P. Neuronas, emociones y motivaciones. Erotismo y sexualidad. Primera edición. Fondo de cultura económica. México DF, México.1997. Pp.38 – 48)

POROMA ECRINO: Corresponde a un tumor benigno de glándulas sudoríparas ecrinas. Se presenta como lesiones sésiles o pediculadas de 1 a 2 cm de diámetro, de superficie congestiva, en ocasiones erosionada, con tendencia a localizarse en regiones distales de las extremidades, especialmente en planta y borde medial y lateral de los pies; también se han descrito lesiones en cabeza y tronco. Usualmente la lesión es única, aunque se han descrito formas múltiples conocidos como “poromatosis ecrina”. El estudio histopatológico documenta una lesión tumoral dérmica procedente de la porción inferior de la epidermis, bien delimitada, formada por células cuboidades de menor tamaño que los queratinocitos; en el interior de la masa tumoral se pueden encontrar espacios ductales recubiertos por una cutícula eosinófila. Desde el punto de vista histo-genético, el poroma ecrino es un tumor con diferenciación hacia las dos capas celulares que componen la porción intraepidérmica del conducto excretor de la glándula ecrina. El diagnóstico es histopatológico y el tratamiento consiste en resección quirúrgica. (Mehregan AH, Rahbari H. Benign Epithelial. Tumors of the Skin. Cutis. 2003; 20: 131-141)

PORRO EDOARDO (1842-1902): Médico ginecólogo y obstetra italiano nacido en Padua. Realizó la primera cesárea más histerectomía con supervivencia de la madre y el hijo. Esta dupla de operaciones en el mismo acto quirúrgico, realizadas en 1876 a la señora Julia Cavallini quien presentaba severa deformidad pélvica secundaria a raquitismo, originó el nombre de Cirugía de Porro. Ver cirugía de Porro.

POSICIÓN DEL CUELLO UTERINO: Es la relación del cilindro cervical con la cabeza fetal. Hay tres variedades posibles: posterior, en posición intermedia y anterior. La importancia de este aspecto durante el preparto o el inicio del verdadero trabajo de parto radica en el cálculo de tiempo para el parto. Si el cuello es largo, posterior y cerrado, el parto tomará más tiempo que en la paciente con el cuello blando, intermedio o anterior y abierto.

(Liao, JB. Buhimschi, C. Normal Labor: Mechanism and Duration. Obstetrics and Gynecology Clinics of North America. 2005. 32: 145 – 164)

POSICIÓN DE LITOTOMÍA: Es la posición que adopta la paciente para el examen ginecológico o la atención del parto. La posición consiste en decubito supino, con apoyo sobre la cabeza, dorso y nalgas, con las piernas flexionadas, separadas y apoyadas sobre los estribos de la mesa de evaluación ginecológica. (Liao, JB. Buhimschi, C. Normal Labor: Mechanism and Duration. Obstetrics and Gynecology Clinics of North America. 2005. 32: 145 – 164)

POSICIÓN FETAL: La posición se refiere a la relación de una porción arbitrariamente elegida del punto de reparo fetal con respecto al lado derecho o izquierdo del canal de parto materno. En consecuencia, puede haber dos posiciones para cada presentación, derecha o izquierda. El occipucio fetal, el mentón y el sacro son los puntos determinantes en las presentaciones de vértice, de cara y de nalgas respectivamente. Hay entonces posición occípito derecha y occípito izuierda, mento derecha y mento izquierda, sacro derecha y sacro izquierda. (Obstetrics and Gynecology Clinics of North America. Normal Labor: Mechanism and Duration. 32 (2005) 145 – 164).

POSICIÓN GINECOLÓGICA: Ver Posición de Litotomía

POSICIÓN DE TRENDELEMBURG: Es la posición del paciente con la cabeza mas baja que los pies, con inclinación de la cabecera 45°. En ginecología, esta posición se emplea en los casos de colapso circulatorio para mejorar el retorno venoso; se emplea para el manejo de la hipotensión, shock hipovolémico y neurogénico. (Di Girolamo, E. Evaluation of the effects of diverse treatment in neurocardiogenic syncope. Cardiologia. 1998; 43 (8): 833)

POSTURA DEL MISIONERO (en el acto sexual**)**: Es la posición en la cual la mujer se acuesta en decúbito dorsal y con las piernas separadas; el hombre se coloca encima, de frente, con sus piernas entre las de ella. Tiene este nombre debido a que los misioneros cristianos se la

recomendaban a los indígenas polinesios que se convertían, durante la época del colonialismo europeo. Esta pose en el coito permite a los amantes besarse, acariciarse y mantener el contacto visual; la penetración puede ser superficial o profunda y el ritmo puede variar de lento y sensual a rápido y muy apasionado. El principal inconveniente de esta postura es que limita los movimientos de la mujer en el control de la velocidad del acto sexual (Roberts A,Padgett-Yawn B. Amor y sexualidad. Círculo de lectores, Barcelona. 1999 p. 78)

POSTURA FETAL: En los últimos meses del embarazo el feto adopta una postura característica descrita como actitud o hábito. Como regla general, el feto forma una masa ovoide que se corresponde aproximadamente con la forma de la cavidad uterina. El feto se pliega o se dobla sobre sí mismo de forma tal que la espalda se hace marcadamente convexa; la cabeza se encuentra fuertemente flexionada de manera que el mentón se halla casi en contacto con el tórax; los muslos están flexionados sobre el abdomen, las piernas están encorvadas en las rodillas y los arcos plantares descansan sobre la superficie anterior de las piernas. En todas las presentaciones cefálicas los brazos suelen estar cruzados sobre el tórax o se hacen paralelos a los costados y el cordón umbilical yace en el espacio entre ellos y las extremidades inferiores. (Obstetrics and Gynecology Clinics of North America. Normal Labor: Mechanism and Duration. 32 (2005) 145 – 164).

PRECIGOTO: Es el periodo de 24 a 48 horas transcurrido entre la penetración del espermatozoide y el comienzo del intercambio del material genético entre ambos gametos. En la actualidad se considera que el verdadero cigoto empieza cuando se mezclan los materiales genéticos del espermatozoide y del óvulo. (Moore, K. Persaud, T. Inicio del desarrollo embrionario: Primer semana. Embriología Clínica. México. McGraw-Hill Interamericana. 6° edición. 2001. pg. 17 – 49).

PREECLAMPSIA: Síndrome asociado al embarazo caracterizado por hipoperfusión orgánica que afecta principalmente la placenta, el riñón, el hígado y el cerebro. El síndrome se presenta con 3 condiciones características: vasoespasmo, activación del sistema de coagulación y

alteración de factores humorales que controlan la tensión arterial y el volumen plasmático. Se realiza diagnóstico de Preeclampsia con tres condiciones indispensables: a-se documentan tensiones sistólicas iguales o mayores de 140 mm Hg y/o tensiones diastólicas iguales o mayores a 90 mmHg, b-por encima de la semana 20 de gestación, en mujeres normotensas antes de la semana 20 de amenorrea y c-proteinuria significativa(mayores de 300 mg y menores de 2 gramos, en orina de 24 horas) . (Report of the National High Blood Pressure Education program Working Group on High Blood Pressure in Pregnancy. Bethesda, Maryland. American Journal of Obstetrics and Gynecoloy. 2000; 183 (1): 1 – 16)

PREECLAMPSIA LEVE: Síndrome de preeclampsia caracterizado por cifras tensionales por encima de 140/90 mm Hg pero menores de 160/110 mm Hg, asociado a niveles de proteinuria en orina de 24 horas mayores de 300 mg y menores de 2 gramos. . (Report of the National High Blood Pressure Education program Working Group on High Blood Pressure in Pregnancy. Bethesda, Maryland. American Journal of Obstetrics and Gynecoloy. 2000; 183 (1): 1 – 16)

PREECLAMPSIA SEVERA: Síndrome de preeclampsia caracterizado por cifras tensionales por encima de 160/110 mm Hg, asociado a proteinuria en orina de 24 horas mayor de 2 gramos o evidencia de síntomas premonitorios, oliguria(gasto urinario < 500 ml/día o < 0.5 cc/kg/hora), trombocitopenia (recuento de plaquetas < 10.0000 cél/mm^3), elevación de encimas hepáticas (ASAT > 70 U/L), creatinina > 1.2 mg/dl o hallazgos ecográficos de Restricción de Crecimiento Intrauterino, oligohidramnios o ecografía Doppler alterado. (Report of the National High Blood Pressure Education program Working Group on High Blood Pressure in Pregnancy. Bethesda, Maryland. American Journal of Obstetrics and Gynecoloy. 2000; 183 (1): 1 – 16) // Gifford RW, August PA, Cunningham FG, at el. The sixth report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure in Pregnancy. Am J Obstet Gynecol 2000;183:S1-S22. 39. Sibai BM. Biomarker for hypertension-preeclampsia: are we close yet? Am J Obstet Gynecol 2007; 197:1-2

PREECLAMPSIA SOBREAGREGADA A HIPERTENSIÓN CRÓNICA: Trastorno hipertensivo detectado antes de la semana 20 de gestación sin proteinuria, que desarrolla excreción urinaria mayor o igual a 300 mg de proteínas en orina de 24 horas. En este grupo también se encuentran aquellas pacientes que presentan hipertensión arterial y proteinuria antes de la semana 20 de gestación con incremento súbito de la proteinuria, incremento súbito de la tensión arterial en pacientes previamente controladas, documentación de trombocitopenia o incremento de enzimas hepáticas. (Report of the National High Blood Pressure Education program Working Group on High Blood Pressure in Pregnancy. Bethesda, Maryland. American Journal of Obstetrics and Gynecoloy. 2000; 183 (1): 1 – 16)

PRE-EMBRIÓN: De acuerdo a los criterios de JacquesTestart, padre científico del primer bebé-probeta francés, la etapa de pre-embrión empieza cuando el cigoto empieza a dividirse por primera vez y culmina al final de la implantación en el endometrio (día 13 post fecundación cuando el trofoblasto, se pone en estrecho contacto nutricional con la decidua basal de la matriz y forma el espacio coriodecidual). De esta manera, los periodos de mórula y blástula constituyen el estadío de preembrión. El preembrión no aumenta de volumen pues las células se multiplican por clivaje, dando blastómeras más pequeñas cada vez hasta completar 108 al momento de empezar la etapa de embrión. (Moore, K. Persaud, T. Inicio del desarrollo embrionario: Primer semana. Embriología Clínica. México. McGraw-Hill Interamericana. 6° edición. 2001. pg. 17 – 49).

PRENSA ABDOMINAL: Fuerzas auxiliares de expulsión caracterizado por contracción voluntaria de músculos abdominales maternos con aumento de la presión intraabdominal. Se presenta en forma refleja y espontánea durante el segundo periodo del trabajo de parto o expulsivo.(Williams Obstetricia. Trabajo de Parto y Parto Normales. 21° edición. 265 – 271)

PRESENTACION FETAL: Es la parte del cuerpo fetal que se encuentra más avanzada en el interior del canal de parto o más cercana a él. Cuando la situación fetal es longitudinal, el feto puede presentar el polo cefálico (presentación cefálica) o el polo podálico (presentación de nalgas); cuando

la situación fetal es transversa, el feto presenta el hombro (presentación de hombros). (Liao, JB. Buhimschi, C. Normal Labor: Mechanism and Duration. Obstetrics and Gynecology Clinics of North America. 2005. 32: 145 – 164)

PRESENTACIÓN CEFÁLICA: La presentación es la porción del cuerpo del feto que entra primero en el canal de parto o bien la que se encuentra más cercana al mismo. Cuando la cabeza del feto ha entrado al canal vaginal o está muy cerca del orificio cervical interno, se denomina presentación cefálica. Las presentaciones cefálicas se clasifican según la relación de la cabeza con el cuerpo del feto. Normalmente la cabeza está fuertemente flexionada de modo que el mentón se encuentra en contacto con el tórax. El punto de reparo en estas circunstancias es la fontanela occipital y la presentación se denomina cefálica de vértice u occipital. En realidad el vértice se encuentra justamente adelante de la fontanela occipital y el occipucio justamente detrás de la fontanela. Aunque es menos frecuente, la nuca fetal puede encontrarse hiperextendida de modo que el occipucio y la espalda entran en contacto y la cara es la primera en ingresar al canal de parto (presentación de cara). La cabeza fetal puede adoptar una posición intermedia entre estos extremos, parcialmente flexionada en algunos casos, presentando la fontanela anterior (mayor) o bregma (variedad de presentación de sincipucio) o parcialmente extendida en otros casos, presentando la frente (presentación de frente). Estas dos últimas presentaciones suelen ser transitorias. A medida que progresa el trabajo de parto la variedad de presentación de sincipucio y la presentación de frente casi siempre se convierten en presentaciones de vértice o de cara por flexión o extensión, respectivamente. (Stitely, ML, Gherman, RB. Labor with Abnormal Presentation and Position. Obstetrics and Gynecology Clinics of North America. 2005; 32: 165 – 179)

PRESENTACIÓN DE NALGAS: Es una de las variantes de la presentación de pelvis. Cuando los glúteos son la parte fetal que primero entra al canal del parto, o son las únicas estructuras palpables cerca del orificio cervical interno durante el trabajo de parto, toma el nombre de presentación de nalgas. Puede ser: a-franca de nalgas y b-completa de nalgas. La franca de nalgas es aquella en la cual tanto los muslos como las piernas y los pies

están extendidos sobre la superficie anterior del cuerpo fetal. La presentación completa de nalgas es aquella en la cual los muslos están flexionados sobre el abdomen y las piernas sobre los muslos. (Stitely, ML, Gherman, RB. Labor with Abnormal Presentation and Position. Obstetrics and Gynecology Clinics of North America. 2005; 32: 165 – 179)

PRESENTACION DE PELVIS: Distocia de presentación caracterizada por la ubicación fetal en situación longitudinal con las piernas y la región glútea orientados hacia la pelvis materna. El polo cefálico se encuentra en el fondo uterino. Puesto que en el parto de pelvis se puede retener la cabeza, esta presentación se asocia a morbimortalidad fetal en los centros de atención que no disponen de obstetras experimentados. Se presenta con un incidencia de 3% a 4% de todos los embarazos a término y se asocia con factores como multiparidad, antecedente de parto de pelvis, polihidramnios, oligohidramnios, gestación múltiple, hidrocefalia, anencefalia, prematurez, anomalías uterinas y anomalías fetales. (Stitely, ML, Gherman, RB. Labor with Abnormal Presentation and Position. Obstetrics and Gynecology Clinics of North America. 2005; 32: 165 – 179) // Sinónimos: Presentación de nalgas // Presentación podálica (colombianismo).).// La presentación de pelvis puede ser Completa o Incompleta.

PRESENTACIÓN DE PELVIS COMPLETA: Toma este nombre cuando las estructuras que se pueden palpar al examen vaginal son las nalgas. La presentación de nalgas puede ser a-Franca de nalgas b- Completa de nalgas. // Distocia de presentación caracterizada por la ubicación fetal en situación longitudinal con las piernas extendidas sobre el abdomen y el torax. La región glútea está orientados hacia la pelvis materna. El polo cefálico se encuentra en el fondo uterino. (Stitely, ML, Gherman, RB. Labor with Abnormal Presentation and Position. Obstetrics and Gynecology Clinics of North America. 2005; 32: 165 – 179)

PRESENTACIÓN DE PELVIS INCOMPLETA: Toma este nombre cuando el feto viene en presentación de nalgas pero al canal vaginal entra uno o ambos pies, o una o ambas rodillas // Distocia de presentación caracterizada por la ubicación fetal en situación longitudinal con una o

ambas piernas orientadas hacia el exocérvix o el canal vaginal. La región glútea del feto está orientados hacia la pelvis materna. El polo cefálico se encuentra en el fondo uterino. Sinónimo: Presentación Podal de nalgas. (Stitely, ML, Gherman, RB. Labor with Abnormal Presentation and Position. Obstetrics and Gynecology Clinics of North America. 2005; 32: 165 – 179)

PRESHOCK: Es el primer estadío del shock, caracterizado por un estado de shock compensado. Durante esta etapa, los mecanismos homeostáticos del cuerpo rápidamente compensan la disminución de la perfusión. A pesar de una reducción en el 10% del volumen total plasmático efectivo, un adulto previamente sano, con este episodio, puede ser asintomático. Se caracteriza por la presencia de taquicardia, vasoconstricción periférica y una reducción leve en la presión arterial sistémica. (Barber, AE. Cell damage after shock. New Horiz 1996; 4:161 / Bone, RC. Toward an epidemiology and natural history of SIRS (systemic inflammatory response syndrome). JAMA 1992; 268:3452 / Balk, RA. Severe sepsis and septic shock. Definitions, epidemiology, and clinical manifestations. Crit Care Clin 2000; 16:179 / Levy, MM, Fink, MP, Marshall J. International Sepsis Definitions Conference. Crit Care Med 2003; 31:1250)

PRESION DE CIERRE URETRAL: Corresponde a la presión uretral total menos la presión intravesical. Esta diferencia de presiones representa el margen de continencia. Como la vejiga es un órgano intraabdominal, las actividades que representan aumento de presión intraabdominal incrementan también la presión intravesical en igual cantidad, y de forma parcial esta presión se transmite a la uretra proximal; por lo tanto, durante el ejercicio puede observa un deterioro en el margen de continencia o presión de cierre uretral. Si la presión de cierre uretral disminuye a cero durante las actividades de esfuerzo, se producirá como resultado, incontinencia urinaria de esfuerzo. (DeCherney, A. Diagnóstico y tratamiento ginecoobstétricos. Urología Ginecológica. Séptima edición. Bogotá, Colombia. Editorial Manual Moderno. 1994. 1049-1067)

PRESIÓN SUPRAPÚBICA: Primera maniobra realiza una vez diagnosticada la distocia de hombros que consiste en presión suprapubiana

moderada mientras se ejerce tracción hacia debajo sobre la cabeza fetal. (Cunningham, FG. Gant, NF. Leven, K. Gilstrap, L. Hauth., J. Wenstrom K. Distocia: Presentación, Posición y Desarrollo Anormales del feto. Williams Obstetricia. 21° edición. Montevideo, Uruguay: Editorial Panamericana. 2001: 390 - 402)

PRETÉRMINO: En sentido amplio pretérmino es el feto que no está a término, es decir, el que tiene menos de 37 semanas de gestación. Así pues el periodo de la vida de pretérmino empieza a la semana 20 y termina el último día de la semana 36. Al periodo de la vida fetal comprendido entre las semanas 20 y 24 se le llama pretérmino extremo o inmaduro extremo. Entre las semanas 25 y 28 se le denomina simplemente inmaduro o pretérmino tardío. Entre las semanas 28 y 36 se denomina prematuro. (Goldenberg, R. The management of preterm labor. Clinical Obstetrics and Gynecology. 2002; 100: 1020-1037)

PRIMER CORTE AXIAL PARA EVALUACIÓN ECOGRÁFICA DEL SNC FETAL: Corresponde al estudio de la anatomía del cerebro fetal mediante ultrasonografía bidimensional de tiempo real. Este primer corte axial de evaluación corresponde a un plano elevado de la calota fetal, que muestra un eco medio lineal ántero-posterior correspondiente a la cisura interhemisférica, y a cada lado de la línea media, se encuentran dos líneas ecogénicas que corresponden a ecos originados por las venas medulares profundas. (Fleischer, A. Manning, F. Jeanty, P. Romero, R. Ecografía en Obstetricia y Ginecología. Diagnóstico prenatal de malformaciones cerebro-espinales. Madrid, España. Ediciones Marban. Sexta edición. 2002. p 375-388)

PRIMER ESTADIO DEL TRABAJO DE PARTO : Periodo comprendido entre el inicio de la actividad uterina espontánea y regular hasta cambios cervicales completos definidos por dilatación de 10 cm y borramiento de 100%. Se divide en 2 fases: Fase Latente y Fase activa. (Liao, JB. Buhimschi, C. Normal Labor: Mechanism and Duration. Obstetrics and Gynecology Clinics of North America. 2005. 32: 145 – 164)

PRINCIPIO DE LA NAVAJA DE OCCAM (o de Ockham): Cuando existen varias explicaciones para un fenómeno desconocido, se debe preferir la más sencilla o la más lógica. Este principio se atribuye al monje inglés William Ockham (1285–1349) quien lo postuló en el siglo XIV. (*Ariew, Roger* Ockham's Razor: A Historical and Philosophical Analysis of Ockham's Principle of Parsimony*. Champaign-Urbana, University of Illinois. (1976).Sinónimo: Principio de la parsimonia científica.*

PRINCIPIO DE LA PARSIMONIA CIENTÍFICA*: Ver Principio de la navaja de Occam.*

PROCIDENCIA DEL CORDÓN: Ver Cordón Umbilical, Procedencia

PROCTAGRA: Hace referencia al dolor en el ano o en el recto. Es una molestia usualmente de origen muscular, que sigue un patrón y se relaciona con la dieta. También se puede presentar en forma secundaria a lesiones locales a nivel rectal. (Razi, A. Transanal repair of rectovaginal fistulas. Urol J. 2008; 5 (2): 111)

PROCTENCLEISIS: Estrechez del recto. Puede producirse como consecuencia de la plastia de corrección de una fístula recto-vaginal. (Razi, A. Transanal repair of rectovaginal fistulas. Urol J. 2008; 5 (2): 111)

PROCTODINIA: Ver Proctagra.

PROCTOMENIA: Menstruación vicaria que fluye a través del recto. Se produce por la presencia de focos de endometriosis en la luz del recto. (Botero, J. Júbiz, A. Henao, G. Obstetricia y Ginecología. Endometriosis y Adenomiosis. ISBN. Sexta edición. Bogotá, Colombia. 2002. 417-426)

PRÓDROMOS: Son los signos y síntomas que ante ceden a un fenómeno fisiológico, a una enfermedad o a un síndrome. Ej.: La mastalgia premenstrual, el aura que precede las convulsiones, etc. (Thomas, J. Surviving Founders. Byzantine Monastic Foundation. 2000; 21)

PROFILAXIS OFTÁLMICA DE CREDÉ: Es la profilaxis de la oftalmía gonococcica del recién nacido. En 1881 el DR Karl Siegmund Franz Credé estableció que la instilación de una gotas de nitrato de plata diluida 1: 50 en

cada ojo del recién nacido prevenía la oftalmía por Neisseria gonorhoeae. Este precepto de la profilaxis se mantiene vigente aunque en la actualidad se emplean otros medicamentos. (Cunningham, F. Gant, N. Williams Obstetricia. Trabajo de parto y parto normales. Buenos Aires, Argentina. Editorial Medica Panamericana. 2002. p 4-12)

PROGESTERONA: Es un esteroide de 21 átomos de carbono,con una cadena lateral en el carbono 17 del núcleo ciclopentano-perhidrofenantreno. En la mujer normal se produce en la suprarrenal a razón de 10 mg/día y en el cuerpo lúteo del ovario en la segunda fase del ciclo menstrual y durante las primeras 12 semanas de la gestación. En realidad se produce progesterona en el ovario durante todo el ciclo menstrual: en la primera fase del ciclo a razón de 3 mg/día. En la segunda fase a razón de 25 ng/ml. En el embarazo se producen 8 veces más: hasta llegar a 200 ng/ml. (Speroff, L. Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility. Sixth Edition. 1999. p 187)

PROLACTINA: La prolactina es una hormona polipeptídica de 198 aminoácidos sintetizada en el lóbulo anterior de la hipófisis en respuesta a la estimulación de las células lactotropas. La expresión de los genes de prolactina ocurre en los lactotropos de la hipófisis, en el endometrio decidualizado y en el miometrio. La secreción de prolactina está principalmente bajo el control de la dopamina, mediada por receptores que inhiben la adenilciclasa. Esta hormona se secreta de manera episódica, tiene una vida media aproximada de 20 minutos y exhibe un pico de secresión durante el sueño. En las pacientes con tumores hipofisiarios a menudo desaparece este ritmo circadiano y la concentración de prolactina se incrementa durante el día y la noche. A diferencia de la mayor parte de las hormonas hipofisiarias, la prolactina se regula básicamente a través de la inhibición que ocasiona el hipotálamo al secretar el factor inhibidor de la prolactina (prolactin-inhibiting factor, PIF) que es la dopamina.Tanto la dopamina como los fármacos dopaminérgicos (bromocriptina,etc) reducen la concentración sérica de PRL. Por el contrario, los medicamentos del tipo de la fenotiacina y otros tranquilizantes que bloquean los receptores dopaminérgicos, así como la reserpina y la alfametildopa que agotan la dopamina en las neuronas tuberoinfundibulares, aumentan la concentración

de prolactina. Algunas pacientes que consumen o suspenden los anovulatorios orales desarrollan galactorrea, pero en ningún estudio se ha logrado demostrar que exista una relación entre los anticonceptivos y el desarrollo de prolactinomas. El hipotiroidismo (con aumento de TRH y TSH) a menudo se acompaña de prolactina alta. (Schlechte, J. Prolactinoma. The New England Journal of Medicine. 2003; 349: 2035 – 2041) // Es una hormona polipeptídica de 198 aminoácidos, sintetizada en la hipófisis en las células lactotropas, en el endometrio decidualizado y en el miometrio. Su función básica es estimular la eyección láctea en el sistema de secreción mamario. La secreción de prolactina está principalmente bajo el control de la dopamina; este neurotransmisor aumenta la actividad biológica de los lisosomas, lo cual dificulta la secreción de los gránulos que contienen la prolactina. Además, bloquea la síntesis de fisfoinositol, el recambio de fosfolípidos y la liberación de ácido araquidónico, acciones que frenan la secreción de prolactina. Los estímulos que aumentan su secreción son la succión, el estrés, la TRH, la vasopresina, la oxitocina y los ritmos circadianos. Los estrógenos aumentan en forma importante la secreción de prolactina, efecto que puede ser reflejo de una acción hipotalámica por freno de la dopamina y otra a nivel hipofisiario, interviniendo directamente en el mecanismo lisosómico. La prolactina actuando a través de un sistema de retroalimentación negativa, no solo bloquea su propia síntesis sino la síntesis y liberación de GnRH. Buffet, C. Bouchad, P. The Normal Human Menstrual Cycle. Reviews in Endrocrine and Metabolic Disorders. 2002; 3: 173-183) // Sinónimo: PRL

PROLACTINOMA: Tumor de la adenohipófisis, productor de prolactina. Los prolactinomas se clasifican como microadenomas (<10 mm) y macroadenomas (>10 mm). En los casos con hiperprolactinemia funcional, el espectro de hallazgos es muy grande y va desde una hiperplasia leve de los lactotropos hasta microadenomas hipofisiarios pequeños que no se observan en los estudios de imágenes. Las pruebas de estimulación, de supresión y otros estudios neuroendocrinos se reservan para pacientes con macroadenomas, valoración preoperatoria o las enfermas con signos o

síntomas clínicos de hipopituitarismo. (Schlechte, J. Prolactinoma. The New England Journal of Medicine. 2003; 349: 2035 – 2041)

PROLAPSO COMPLETO (ó COMPUESTO) DE LA CÚPULA VAGINAL: Es la eversión masiva de la vagina, luego de una histerectomía, que cursa con entereocele, rectocele y/o cistocele. Ocurre en el 10% al 15% de los casos (Bafghi, A. Lannelli, A. Transvaginal repair of genital prolapse. J Ginecol Obstet. 2008; 24: 12)

PROLAPSO DE LA CÚPULA VAGINAL: Es la eversión masiva de la vagina, acompañada generalmente de enterocele y que puede cursar o no con rectocele y/o cistocele. Este tipo de prolapso puede ocurrir pocos días después de una histerectomía como consecuencia de un hematoma o de una infección que debilita las suturas que sostienen el techo de la vagina, pero es más frecuente la aparición meses o años después de extirpado el útero, como secuela de la inadecuada fijación de la cúpula o por la debilidad de los tejidos de la misma que ceden al pujo, principalmente en pacientes desnutridas o en las muy obesas con alta presión de las vísceras sobre el piso de la pelvis durante el mecanismo de valsalva. (Nichols D.H. Central compartment defects: Enterocele and massive eversion of the vagina. In: Thompson J, Rock JA. Te Linde Is operative gynecology. Eight edition Philadelphia. Edit Lippincott Raven 1997; 1003-1030), (Morley GW. Tratamiento para la eversión de la cúpula vaginal a través de la vía vaginal. In: Clínicas Obstétricas y Ginecológicas. México: Interamericana Mc Graw Hill. 1993; 4: 926-933). Sinónimos: Prolapso completo de la cúpula vaginal, Prolapso vaginal compuesto. El Prolapso de la cúpula vaginal puede ser Simple o Completo.

PROLAPSO DEL CORDÓN: Ver Cordón Umbilical, prolapso

PROLAPSO GENITAL TOTAL: Es el descenso simultáneo de la vejiga, uretra, útero y recto a través del introito vaginal, hasta llegar al grado máximo o grado III. Esta entidad es la máxima expresión de la debilidad del piso pélvico y ocurre generalmente en mujeres con gran multiparidad y/o

con defectos en la calidad del tejido conjuntivo.// Sinónimo: Cisto-uretro-histero-rectocele grado III. (Bafghi, A. Lannelli, A. Transvaginal repair of genital prolapse. J Ginecol Obstet. 2008; 24: 12)

PROLAPSO SIMPLE DE LA CÚPULA VAGINAL: Es la eversión masiva de la vagina, luego de una histerectomía, que cursa sin enterocele o con el mismo, pero no se acompaña de rectocele ni de cistocele.Ocurre en el 85-90% de los casos. (Nichols D.H. Central compartment defects: Enterocele and massive eversion of the vagina. In: Thompson J, Rock JA. Te Linde Is operative gynecology. Eight edition Philadelphia. Edit Lippincott Raven 1997; 1003-1030), (Morley GW. Tratamiento para la eversión de la cúpula vaginal a través de la vía vaginal. In: Clínicas Obstétricas y Ginecológicas. México: Interamericana Mc Graw Hill. 1993; 4: 926-933) // Sinónimo: Prolapso puro de la cúpula vaginal.

PROLAPSO VAGINAL: El prolapso de la cúpula es la eversión masiva de la vagina, que generalmente está acompañado de enterocele y puede o no estar acompañado de rectocele y/o cistocele. Se clasifica en tres grados: Grado I: No llega al introito, Grado II: llega al introito, Grado III Va más allá del introito. La incidencia de prolapso vaginal consecutivo a cualquier tipo de histerectomía va del 0.5% al 2%. Es más frecuente en mujeres blancas que en las negras. Bafghi, A. Lannelli, A. Transvaginal repair of genital prolapse. J Ginecol Obstet. 2008; 24: 12)

PROLAPSO RECTAL: Salida de una parte de la mucosa del conducto anal, a través del orificio anal. Bafghi, A. Lannelli, A. Transvaginal repair of genital prolapse. J Ginecol Obstet. 2008; 24: 12)

PROLAPSO URETRAL: Se define como la eversión parcial o circular de la mucosa uretral secundaria a debilidad congénita o adquirida de la pared uretral y la fascia pubocervical de la pared anterior de la vagina. La forma congénita se manifiesta en la infancia y la forma adquirida en la post-menopausia. El diagnóstico es clínico y el tratamiento de elección es la resección circunferencial de la mucosa prolapsada mediante bisturí eléctrico. Es necesario tener la precaución de insertar una sutura atraumática a nivel de la línea de resección para evitar la retracción de la

mucosa uretral; posterior a la resección de la mucosa prolapsada, se tracciona con unas pinzas del hilo reabsorbile colocado al inicio de la cirugía, se saca fuera la uretra y se corta por la mitad y luego se anudan ambas mitades. Si el prolapso es leve, la perforación en sentido circular puede ser suficiente para producir la retracción de la mucosa prolapsada. (Hirsh, A. Käser, O. Atlas de Cirugía Ginecológica. Cirugía del tracto urinario. Editorial Marbán Libros. Madrid, España, 2000. pp 539-583)

PROLAPSO UTERINO: Ver Histerocele.

PROLAPSO VESICAL: Ver Cistocele

PROMONTORIO: Accidente óseo de la columna vertebral. Es la articulación entre la quinta vértebra lumbar y la primera sacra (L5-S1). Entre ellas se interpone un disco vertebral cartilaginoso. Cuando estas dos vértebras están fusionadas toman el nombre de sacralización de la columna lumbar. Normalmente no debe ser palpable ya que está separada 12 a 13 cm del vértice del ángulo subpúbico. En la paciente con pelvis platipeloide, en las cuales el promontorio sí es palpable, se evidencia una estrechez ósea que les impedirá el descenso del feto por el canal vaginal. El ligamento de la cara anterior del promontorio o el disco intervertebral suelen ser aprovechados como punto de apoyo en algunas cirugías de corrección del prolapso de la cúpula vaginal. (Alarcón, M. Anatomia Clínica del aparato genital femenino. Anatomía clínica de la pelvis. Primera edición. Editorial Manual Moderno. Bogotá, Colombia. 2005. pp 318)

PRONÓSTICO DE UNA ENFERMEDAD: **1**. Del latín prognosticum, y éste del griego *prognvstikon* (conocimiento anterior), lo define el Diccionario de la Real Academia como “juicio que forma el médico respecto a los cambios que pueden sobrevenir durante el curso de una enfermedad, y sobre su duración y terminación por los síntomas que la han precedido o la acompañan”.// **2**. Es la predicción del curso del proceso patológico a partir de su comienzo, deducida en observaciones e investigaciones previas. El pronóstico depende de los factores de riesgo que estaban presentes antes del comienzo de la enfermedad como la edad, el estado nutricional, etc y de los factores que modifican el curso clínico tales como el aporte de

medicamentos, intervenciones quirúrgicas, etc. Hay factores de riesgo que se convierten en determinantes pronósticos como la vejez, la desnutrición, la pobreza, etc. // **3.** Manera de prever el futuro de una enfermedad, basado en la experiencia con los pacientes que han estado en iguales condiciones. Las enfermedades son de pronóstico bueno, malo y reservado. Una salpingitis adecuadamente tratada es de buen pronóstico, la ruptura prematura de membranas en una gestante de 20 semanas es de mal pronóstico y el shock por un aborto séptico es de pronóstico reservado pues el desenlace depende del estado inmunológico y nutricional, del tiempo de evolución, de la respuesta a los fármacos administrados, de la disponibilidad de unidad de cuidados intensivos, etc. (Thomas, J. Surviving Founders. Byzantine Monastic Foundation. 2000; 21)

PROPAGACIÓN DE LAS CONTRACCIONES UTERINAS: La onda contráctil normal del trabajo de parto se origina cerca del extremo uterino de una de las trompas de Fallopio,así, éstas áreas actúan como "marcapasos". Habitualmente predomina el marcapaso derecho sobre el izquierdo, y es el que inicia la gran mayoría de las ondas contráctiles. La contracción se disemina desde el marcapaso a lo largo del útero a 2 cm /seg, despolarizando todo el órgano en 15 segundos. Esta onda de despolarización se propaga hacia abajo en dirección al cuello. El trabajo de parto normal se caracteriza por un mínimo de 3 contracciones cada diez minutos. Puesto que la intensidad promedio de las contracciones es de 40 mmHg, la actividad uterina equivale a 3x40= 120 Unidades Montevideo. (Norwitz, E. Robinson, J. Induction of labor. Gabbe Obstetrics. 4th ed. New York: Churchill Livingstone. 2002. 353 – 394)

PROSENCÉFALO: Corresponde a una de las tres vesículas cerebrales primarias que se forman a la semana seis de gestación y dan origen a las estructuras cerebrales(las otras dos son el rombencéfalo y el mesencéfalo). El prosencéfalo se subdivide en a- telencéfalo y b- diencéfalo aproximadamente a los 34 días de gestación. El telencéfalo da origen a los hemisferios cerebrales y los ventrículos laterales y el diencéfalo da origen al tálamo – hipotálamo – epitálamo y tercer ventrículo. Los trastornos de la división del prosencéfalo dan origen a la holoprosencefalia. (Cafici,D.

Mejides, A. Sepúlveda, W. Ultrasonografía en obstetricia y diagnóstico prenatal. Evaluación ultrasonográfica del primer trimestre de la gestación. Buenos Aires, Argentina. Ediciones Journal. 2003. p 16-41)

PROTEINURIA PATOLÓGICA: Excreción urinaria mayor de 300 mg en orina de 24 horas que usualmente se correlaciona con la presencia de proteínas en muestra aislada de orina > 30 mg/dl o > 1+, sin evidencia de infección del tracto urinario. (Roberts, J. Pearson, G. Lindhermier. M. Summary of the NHLBI Working Group on Research on Hipertensión During Pregnancy. Hypertension. 2003; 41: 437 - 445) //

Sinónimo: Proteinuria significativa.

PROTEINURIA SIGNIFICATIVA: Ver Proteinuria patológica

PRUEBA DE EMBARAZO: Ver test de embarazo.

PRUEBA DE LA NITRAZINA: Ver test de la nitrazina

PRUEBA DEL APLICADOR: Ver test del aplicador.

PRUEBA DEL ESFUERZO URINARIO: Es una prueba empleada para la evaluación de las pacientes con incontinencia urinaria de esfuerzo. Consiste en instilar en la vejiga, a través del cateterismo de la misma, un volumen conocido de líquido (usualmente 300 ml); posteriormente se le indica a la paciente la realización de una maniobra de valsalva (tos con vigor de 8 a 10 veces) estando en posición de pie, con los pies separados a lo ancho de los hombros. El perineo se inspecciona para evaluar si existe escape de orina. La incontinencia se produce con el esfuerzo y termina poco después, sugiere un soporte abdominal deficiente como causa probable; el escape de orina demorado o continuado sugiere trastornos en el control del músculo detrusor. Esta prueba sólo es sugestiva de algún tipo de incontinencia, no es diagnóstica; por lo tanto, una prueba negativa no elimina la posibilidad de incontinencia o sugiere un grado leve del trastorno. (DeCherney, A. Diagnóstico y tratamiento ginecoobstétricos. Urología Ginecológica. Séptima edición. Bogotá, Colombia. Editorial Manual Moderno. 1994. 1049-1067)

PRUEBA DE LA PROGESTERONA: Es una de las pruebas de evaluación de la amenorrea, para reconocer la capacidad de respuesta del endometrio ante el estímulo y posterior supresión de la progesterona. Se administra una carga de medroxiprogesterona por vía oral o parenteral; si la paciente tiene un endometrio preparado por los estrógenos y no está embarazada, tendrá un sangrado entre 3 y 10 días después de la supresión del progestágeno. (Lobo, R. Mishell, D. Paulson, R. Shoupe, D. Secondary Amenorrhea without hyperprolactinemia or hyperandrogenism. Mishell´s Textbook of Infertility, Contraception, and Reproductive Endocrinology. Blackwell Science. Fourth edition. 1991. 311-321)

PRUEBA DE PAPANICOLAU PARA DETECCIÓN DEL CÁNCER CERVICAL: Ver Test de Papanicolau.

PRUEBA DEL Q-TIP: Ver test del aplicador

PSEUDOCIESIS (gr, Pseudo, falso y Kýesis, embarazo):**1.** Falso embarazo // **2.** Falsa preñez que produce sintomatología similar al verdadero embarazo, en mujeres con leve trastorno psicológico, cuyo vehemente deseo de gravidez las hace entrar en amenorrea, le hace aumentar el volumen abdominal, sentir los malestares de la gestación e incluso llegan a percibir contracciones similares a las del trabajo de parto.// (Whelan CI, Stewart DE. Pseudocyesis--a review and report of six cases.Int J Psychiatry Med. 1990;20(1):97-108). Sinónimos: Embarazo imaginario, embarazo psicológico, pseudopreñez, pseudoembarazo.

PSEUDOHERMAFRODITISMO FEMENINO: Es la presencia de genitales ambiguos en la recién nacida 46,XX con masculinización por alteraciones metabólicas, que toma el aspecto de hermafrodita sin serlo realmente puesto que solamente presenta ovarios. Por el contrario, los hermafroditas tienen tejidos tanto testiculares como ováricos. Las dos causas más frecuentes de pseudohermafroditismo femenino son la hiperplasia supra-renal congénita(HSRC) y la exposición a andrógenos administrados a la madre antes de la decimocuarta semana de la gestación. La hiperplasia suprarrenal congénita es consecuencia del aumento de los niveles de hormona adreno-corticotropa (ACTH), producido por el bloqueo en la

síntesis de cortisol en fetos femeninos con deficiencia de una o más de las siguientes enzimas en la corteza suprarrenal: 21-hidroxilasa, 11 beta hidroxilasa, deshidrogenasa de 3 beta hidroxiesteroide. Estas enzimas son mediadoras en las diferentes etapas que llevan a la producción de cortisol. Si no se produce este corticoide, se aumentan los niveles de ACTH, aumenta el volumen de la glándula, la ruta metabólica se desvía hacia la producción de andrógenos, que conllevan a virilización y producción de genitales ambiguos en la recién nacida. El consumo de andrógenos por parte de la gestante se constituye en la segunda causa de pseudo-hermafroditismo femenino. Las principales manifestaciones clínicas de esta entidad se ubican en los genitales externos que son de aspecto indeterminado por fusión de los labios menores, presencia o no de clitoromegalia, hasta la presencia de un órgano semejante a un pene con fusión de los labios mayores más la presencia de rugosidades en los pliegues labiales que simulan un escroto. En las recién nacidas con HSRC se debe estudiar el metabolismo renal puesto que en el 75% de las pacientes tienen pérdida de sal como consecuencia de un trastorno del intercambio de los electrolitos que llevan a hiponatremia, hipercalemia y acidosis metabólica// **2.** Es una de las anormalidades de la diferenciación sexual(Ver este término). Las características más importantes de este trastorno son: a- Cariotipo 46,XX. b- Los genitales externos son ambiguos y en ellos se describen: b1-. Tubérculo genital hipertrófico (sobrepasa las dimensiones normales del clítoris: longitud < 20 mm y ancho < 6 mm, con piel redundante y brida ventral que termina en la uretra). c-. Formaciones labio-escrotales con distintos grados de fusión, pigmentación y rugosidad. d. Puede haber independencia urogenital o presencia de seno urogenital. e. Ausencia de gónadas a nivel exterior (en los labios, el escroto o el canal inguinal). f- Los genitales internos son normales. // **2.** Las causas de pseudohermafroditismo femenino son A- La Hiperplasia supra-renal congénita, B-La administración de medicamentos teratogénicos C-Por exceso de andrógenos circulantes de origen tumoral del ovario o la supra-renal maternos D-Por trastornos de la aromatasa placentaria. A su vez la hiperplasia supra-renal congénita (grupo A de esta clasificación), puede ser causada por A1-Exceso de andrógenos fetales, A2- por Deficiencia de 21-

hidroxilasa, A3- por Deficiencia de 11ß hidroxilasa), A4-(por Deficiencia de 3ß-hidroxiesteroideshidrogenasa, A5- Deficiencia de 17 α-hidroxilasa).Ver cada uno de estos términos. (Conte, F. Diagnosis and Management of ambiguos external genitalia. The endocrinologist. 2003; 13 (3): 260)

PSEUDO-HERMAFRODITISMO FEMENINO POR ANDRÓGENOS MATERNOS DE ORIGEN TUMORAL: Es la presencia de genitales ambiguos en la recién nacida, como consecuencia de hormonas virilizantes circulantes durante la gestación, originados en un luteoma ovárico o en un tumor supra-renal materno, secretor de andrógenos. (Leonel J.González, Grady L. Fonseca, y col. Ambigüedad sexual. Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría vol. 64 nº 2, abril - junio 2001), (Ximena Cuello A. Virilización total en una mujer: forma poco usual de presentación de la hiperplasia suprarrenal congénita. Rev. Chil. Pediatr. 59 (5); 329-333, 1988 Volumen 59

Numero 5).

PSEUDOHERMAFRODITISMO FEMENINO POR AROMATASA PLACENTARIA: Es la presencia de genitales ambiguos en la recién nacida, como consecuencia de hormonas virilizantes circulantes durante la gestación, originados en un trastorno de la aromatasa placentaria, causada por un neurofibroma, un linfangioma o un fibroma de la placenta. Este diagnóstico debe buscarse por descarte cuando no se han encontrado tumores maternos ni fetales virilizantes. (Leonel J.González, Grady L. Fonseca, y col. Ambigüedad sexual. Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría vol. 64 nº 2, abril - junio 2001), (Ximena Cuello A. Virilización total en una mujer: forma poco usual de presentación de la hiperplasia suprarrenal congénita. Rev. Chil. Pediatr. 59 (5); 329-333, 1988 Volumen 59 Numero 5).

PSEUDO-HERMAFRODITISMO FEMENINO POR FÁRMACOS: Es la presencia de genitales ambiguos en la recién nacida, como consecuencia de la administración de andrógenos o ciertos progestágenos androgénicos durante el embarazo. Pueden ser de origen iatrogénico por administración de derivados de la 19 nor-testosterona, como los encontrados en los

anticonceptivos orales, danazol y metiltestosterona. No necesita tratamiento médico y lo indicado es la corrección quirúrgica para los genitales externos. (Leonel J.González, Grady L. Fonseca, y col. Ambigüedad sexual. Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría vol. 64 nº 2, abril - junio 2001), (Ximena Cuello A. Virilización total en una mujer: forma poco usual de presentación de la hiperplasia suprarrenal congénita. Rev. Chil. Pediatr. 59 (5); 329-333, 1988 Volumen 59

Numero 5).

PSEUDO-HERMAFRODITISMO FEMENINO POR HIPERPLASIA SUPRA-RENAL CONGÉNITA: Ver Hiperplasia supra-renal congénita.

PSEUDOHERMAFRODITISMO MASCULINO: Corresponde a una alteración del desarrollo genital caracterizado por caritipo 46 XY, genitales externos ambiguos (tubérculo genital hipertrófico, formaciones labioescrotales fusionadas, seno urogenital, gónadas palpables) o femeninos, con genitales internos correspondientes con el cariotipo, es decir, masculinos. Como factores etiológicos se encuentra: el síndrome de insensibilidad androgénica, deficiencia de 5 alfa reductasa, errores en la síntesis de testosterona, gonadogénesis anormal, agenesia de las células de leydig, persistencia de los derivados de los conductos de Müller. (Mejías, Y. Rev Cubana Pediatr. 2007; 79 (3): 48)

PSEUDOHERMAFRODITISMO MASCULINO (Por Error en el metabolismo de la testosterona: deficiencia de 5α-reductasa). Es un defecto autosómico recesivo. En pacientes con esta deficiencia enzimática el conducto de Wolff se viriliza en forma masculina normal pero el seno urogenital y el tubérculo genital persisten como estructuras femeninas. Las estructuras dependientes de testosteronas están presentes: vesículas seminales, conductos eyaculadores, epidídimo y conducto deferente. Sin embargo, las estructuras dependientes de la dihidrotestosterona como los genitales externos, la uretra y la próstata no se desarrollan a lo largo de patrones masculinos. Un fondo de saco vaginal ciego de tamaño variable se abre en el seno urogenital o en la uretra por detrás del orifico uretral. Los labios pueden parecer normales. Los derivados de los conductos de Müller

están ausentes. Se manifiesta clínicamente como una hipospadia perineoescrotal pseudovaginal. Estos cambios pueden producir una modificación en la asignación del sexo. La realización de la gonadectomía antes de la pubertad permite que estas niñas continúen con su identidad femenina . (Leonel J.González, Grady L. Fonseca, y col. Ambigüedad sexual. Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría vol. 64 nº 2, abril - junio 2001).

PSEUDO-HERMAFRODITISMO MASCULINO (por Insensibilidad periférica a los andrógenos por defecto del órgano terminal). Es la presencia de genitales ambiguos en el recién nacido con cariotipo 46,XY como consecuencia de la ausencia funcional de los andrógenos. Representa la primera causa de pseudohermafroditismo masculino. Fue descrito por Morris en 1953. Su frecuencia es 1 en 20.000-60.000 recién nacidos masculinos. Presenta dos variedades:**1. Completa (Feminización testicular):** la más frecuente (90% de los casos), es causada por la ausencia de receptores citosólicos para los andrógenos, la falta de unión de los andrógenos al receptor citosólico en los tejidos blanco o la falta de acoplamiento del receptor androgénico al ADN nuclear. Se hereda como un rasgo autosómico recesivo ligado al cromosoma X en dos tercios de los casos. El tercio restante tiene antecedentes familiares negativos y representa nuevas mutaciones. También puede observarse como un trastorno autosómico dominante ligado al cromosoma X con transmisión a través de la madre. La sustancia anti-mülleriana es producida por los testículos fetales y explica la falta de genitales internos femeninos, pero la insensibilidad de los órganos blanco determina un desarrollo incompleto de los genitales externos. Los genitales externos son de aspecto femenino, pero con labios menores hipotróficos, no existe membrana himeneal y la vagina generalmente no supera los 2 cm. A temprana edad, puede ocurrir la presencia de hernia inguinal uni o bilateral, cuyo contenido es la gónada. La insensibilidad periférica a los andrógenos representa la tercera causa de amenorrea primaria, después de la disgenesia gonadal y la agenesia mülleriana. Existe la posibilidad de trauma psicológico o de conflicto grave de identidad sexual. En general, la paciente debe ser informada de que sus

gónadas no se desarrollaron adecuadamente y que, por esta razón carece de útero y no podrá tener hijos. Los testículos, que pueden estar localizados en el abdomen, el conducto inguinal o los labios, tienen un potencial cercano al 30% de malignidad (gonadoblastoma y disgerminoma son las transformaciones malignas más comunes). Por tanto, la gonadectomía debe realizarse después de la pubertad para permitir los cambios hormonales de esta etapa. Después se requiere tratamiento de reposición hormonal con estrógenos. **2. Parcial** (10% de los casos): forma leve de insensibilidad a los andrógenos. Representa un grado variable de ambigüedad de los genitales externos debido a una respuesta parcial del receptor. La presentación clínica varía de una falta casi completa de virilización hasta una masculinización fenotípica prácticamente completa. A diferencia de la total, se debe practicar gonadectomía bilateral para el momento del diagnóstico . (Leonel J.González, Grady L. Fonseca, y col. Ambigüedad sexual. Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría vol. 64 nº 2, abril - junio 2001).

PSEUDOHERMAFRODITISMO MASCULINO (por errores en la síntesis de testosterona). Aunque raros, los defectos en la biosíntesis de la testosterona explican aproximadamente 1 de cada 20 casos de pseudohermafroditismo masculino (4% de las causas). Los defectos pueden presentarse en cualquiera de los pasos que conducen a la producción de testosterona y los defectos anatómicos resultantes pueden variar desde una separación mínima del fenotipo masculino normal hasta un pseudohermafroditismo completo. Las deficiencias enzimáticas comprenden la 20-22 desmolasa (P450 scc) denominada hiperplasia suprarrenal congénita lipoidea, 3ß-hidroxiesteroideshidrogenasa (3ß-OH deshidrogenasa Δ-4, 5-isomerasa), 17-hidroxilasa (P50c17), 17-20 desmolasa (P450c17) y 17ß-hidroxiesteroide deshidrogenasa. Son heredadas en forma autosómica recesiva. El diagnóstico se realiza por la demostración de niveles elevados en sangre de androstenediona y estrógenos, mientras que el nivel de testosterona es bajo. (Leonel J.González, Grady L. Fonseca, y col. Ambigüedad sexual. Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría vol. 64 nº 2, abril - junio 2001).

PSEUDO-PORENCEFALIA: Corresponde a una lesión cerebral que produce destrucción de la masa encefálica. Puede ser de origen infeccioso, traumático o vascular. No tiene el origen embriológico de la verdadera poroencefalia, que es un trastorno que consiste en alteración del desarrollo cerebral con falla en la migración de células nerviosas destinadas a formar la corteza cerebral. El diagnóstico de la pseudo-poroencefalia se realiza por ultrasonografía a través de la visualización de cavidades quísticas usualmente unilaterales en el parénquima cerebral, habitualmente asociado con hidrocefalia; también se pueden presentar a nivel del cerebelo y médula espinal. El pronóstico de la entidad depende de la extensión y la localización de la lesión. (Fleischer, A. Manning, F. Jeanty, P. Romero, R. Ecografía en Obstetricia y Ginecología. Diagnóstico prenatal de malformaciones cerebro-espinales. Madrid, España. Ediciones Marban. Sexta edición. 2002. p 375-388)

PSEUDO-PRECOCIDAD ISOSEXUAL: Es el desarrollo de características sexuales propios de la adolescente en una niña menor de ocho años, por la producción de estrógenos a partir de un tumor ovárico o de un adenoma suprarrenal. En la verdadera precocidad isosexual los estrógenos se producen por estímulo de la LH y FSH que a su vez se producen por la producción temprana de GnRH en el hipotálamo. (DiVall, S. Endocrinology of female puberty. Cur Opin Endocrinol Diabetes. 2209; 16 (1): 1-4)

PUBERTAD: Es el proceso de crecimiento biológico que involucra la aparición de los caracteres sexuales secundarios, el estirón del crecimiento y el desarrollo de la capacidad reproductiva. Los cambios que se presentan durante la adolescencia son el resultado de la activación del eje hipotálamo – hipófisis que inducen la liberación de gonadotropinas con acción gonadal para la síntesis de esteroides sexuales. El cambio más temprana asociado con la maduración puberal es la secreción de andrógenos suprarrenales entre los 6 y los 8 años de edad (adrenarquia), proceso que representa sólo cambios bioquímicos más no cambios biológicos. Alrededor de los 8 años de edad, aumenta la secreción de Hormona Liberadora de Gonadotropinas durante el sueño con aumento posterior en la secreción de Gonadotropinas (FSH y LH). La LH estimula las células de la teca interna ovárica para

sintetizar precursores androgénicos, iniciar la ovulación, la formación del cuerpo lúteo, la producción de progesterona y es la reguladora de la producción de estradiol luego de la ovulación. La FSH estimula el crecimiento y maduración folicular e incrementa la actividad de la enzima aromatasa, para la conversión de andrógenos a estrógenos. Estos cambios bioquímicos representan cambios físicos cuyo primer signo es la Telarquia (aparición del botón mamario); posteriormente se presenta la Pubarquia (aparición del vello púbico) y por último se presenta la Menarca (primera menstruación). La telarquia suele preceder a la pubarquia aproximadamente en 6 meses. El intervalo telarquia – menarca se espera máximo de 5 años. La regularización de los ciclos menstruales toma aproximadamente 14 a 24 meses; en los primeros dos años después de la menarca, entre un 55 y un 88% de los ciclos ováricos son anovulatorios, a los 3 años el 50% y a los 5 años sólo el 10 al 20% de los ciclos. Cuando la mujer llega al estadio de maduración sexual 2, se inicia el periodo de crecimiento rápido; inicialmente el crecimiento representa un aumento en la longitud de los huesos largos con poca variación en la longitud del tronco, lo que representa aumento en la longitud el segmento corporal inferior. Posteriormente, en la fase final del estirón, el crecimiento de la columna sobrepara el crecimiento del segmento corporal inferior y se obtiene la proporción corporal adulta. La velocidad de crecimiento en esta fase puede llegar alrededor de 8 cm/año. (DiVall, S. Endocrinology of female puberty. Cur Opin Endocrinol Diabetes. 2009; 16 (1): 1-4)

PUBERTAD PRECOZ CONTRASEXUAL: Es el desarrollo de las características sexuales propias de la adolescente pero en niñas menores de 8 años, con el problema agregado de una virilización en la niña o de feminización el niño. Es más frecuente en niñas y se debe a excesiva producción de andrógenos suprarrenales u ováricos que secundariamente producen, acné, hirsutismo y virilización. Se debe hacer diagnóstico diferencial con el síndrome de Cushing, con exceso de andrógenos ligados a un tumor, o a tumores suprarrenales y tumores ováricos secretores de andrógenos, como el de células lipoides y el arrenoblastoma. El concepto de contrasexual se opone al de isosexual. Ver Pubertad Precoz Isosexual.

(DiVall, S. Endocrinology of female puberty. Cur Opin Endocrinol Diabetes. 2209; 16 (1): 1-4)

PUBERTAD PRECOZ ISOSEXUAL: Es el crecimiento de estructuras sexuales propias de la adolescente pero en niñas menores de 8 años, debido a la producción temprana de GnRH a nivel hipotalámico. La GnRH estimula la producción de LH y FSH que a su vez provoca la producción de estrógenos que a su vez desencadena el desarrollo de las mamas y del vello pubiano. Se llama isosexual para indicar que aunque la niña parece de mayor edad, se mantienen todas las características del mismo sexo, en contraposición de la pubertad precoz contrasexual en la cual la pequeña paciente toma características del sexo masculino. Un estudio de Herrman y Giddens, hecho en los Estados Unidos entre 17.000 adolescentes de 3 a 17 años de edad, mostró que el 6,7% de las niñas de raza blanca y hasta el 27,2% de niñas de raza afroamericana, presentaban algún rasgo de pubertad precoz isosexual antes de los 8 años de edad. La pubertad precoz isosexual puede dividirse en dos categorías: precocidad isosexual verdadera y seudoprecocidad isosexual. Ver estos términos. (DiVall, S. Endocrinology of female puberty. Cur Opin Endocrinol Diabetes. 2209; 16 (1): 1-4)

PUBERTAD PRECOZ ISOSEXUAL VERDADERA ó CENTRAL: Es el crecimiento de estructuras sexuales propias de la adolescente pero en niñas menores de 8 años debido a la producción adelantada de la hormona liberadora de gonadotropinas (GnRH) que se secreta de manera pulsátil en el hipotálamo La hipófisis responde a estas pulsaciones de GnRH con la producción y liberación de gonadotropinas hipofisarias (hormona estimulante del folículo, FSH y hormona luteinizante, LH), que a su vez, estimulan a los folículos ováricos para que produzcan estrógenos. En respuesta a los estrógenos, la niña crece, sus mamas se desarrollan y comienza a menstruar. Al establecerse un sistema de retroalimentación positiva estrogénica que tiene como resultado el pico cíclico de LH a la mitrad del ciclo, la niña ovula y puede ser fértil. Por consiguiente, en la pubertad precoz central, el proceso hormonal es el de una pubertad completamente normal que se presenta a una edad más temprana. La

pubertad precoz es mucho más común en niñas que en niños, con una relación aproximada de 23:1. Si bien la mayor parte de los casos de pubertad precoz central en las niñas es idiopático, la tomografía computarizada y la resonancia magnética del sistema nervioso central (SNC) han permitido identificar una serie de anormalidades en el SNC como hamartomas hipotalámicos en algunos casos de precocidad sexual antes de los tres años. En la pseudoprecocidad isosexual (pubertad precoz periférica), un tumor o quiste ovárico o rara vez un adenoma suprarrenal, produce estrógenos de manera autónoma. (DiVall, S. Endocrinology of female puberty. Cur Opin Endocrinol Diabetes. 2209; 16 (1): 1-4)

PUBERTAD PRECOZ ISOSEXUAL FALSA: Es el desarrollo de características sexuales propios de la mujer adolescente en una niña menor de ocho años, por la producción de estrógenos a partir de un tumor ovárico o de un adenoma suprarrenal. En la verdadera precocidad isosexual los estrógenos se producen en el ovario por estímulo de la LH y FSH, que a su vez se producen por la producción temprana de GnRH en el hipotálamo.// Sinónimos: Pubertad precoz isosexual periférica, Pseudo-precocidad isosexual, Pseudo pubertad precoz isosexual. (DiVall, S. Endocrinology of female puberty. Cur Opin Endocrinol Diabetes. 2209; 16 (1): 1-4)

PUBERTAD TARDIA Y TRASTORNOS MENSTRUALES: La llegada de la primera menstruación a los 16 años se denomina menarquia tardía; si a los 18 años no ha llegado la primera menstruación se califica como amenorrea primaria (algunos autores sitúan la amenorrea primaria a partir de los 16 años). SE asocian de manera importante a la pubertad tardía: 1. Antecedentes heredofamiliares: talla de la familia; edad de la menarca y fertilidad de hermanas, madre, abuelas y tías (algunos trastornos familiares comprenden menarca tardía, falta de sensibilidad a los andrógenos, hiperplasia suprarrenal congénita y algunas variedades de disgenesia gonadal); antecedente de tumores ováricos (p.ej., gonadoblastomas en trastornos de intersexo), y antecedente de enfermedades endocrinas (autoinmunitarias) como tiroiditis y enfermedad de Addison.2. Antecedentes neonatales: ingestión materna de hormonas como andrógenos o progestágenos en dosis altas que pueden ocasionar clitoromegalia. Los

antecedentes maternos de abortos, bajo peso al nacimiento, anomalías congénitas, linfedema (síndrome de Turner) y problemas neonatales que sugieran hipopituitarismo como hipoglicemia.3. Cirugías, radioterapia o quimioterapia previa. 4. Enfermedades crónicas, dolor abdominal diarrea, cefaleas, síntomas neurológicos, olfato, cambios de peso, desórdenes de la alimentación, actividad sexual, medicamentos, abuso de sustancias, tensión emocional, deportes de competencia e hirsutismo. 5. Edad tardía al iniciar el desarrollo de la pubertad, si es que existe, y velocidad del desarrollo más lenta de los normal. (DiVall, S. Endocrinology of female puberty. Cur Opin Endocrinol Diabetes. 2209; 16 (1): 1-4)

PUBIS: (Latín tardío Pubis que a su vez se derivó del latín clásico Pubes: vello masculino, bajo vientre, la parte privada. // Blanquez opina que a su vez Pubes se originó del griego Phoibe: pelo rizado, signo de pubertad, joven en estado de llevar las armas. El primer registro de la palabra Pubis aparece en 1817. (Alarcón, M. Anatomia Clínica del aparato genital femenino. Anatomía clínica del perine. Primera edición. Editorial Manual Moderno. Bogotá, Colombia. 2005. pp 318)

PUDOR: (La raíz Pudendus tiene tres orígenes del latín: a-*Pudendus: Vulva*. b-Pudendum:deshonroso, que causa vergüenza c-Pudoris: timidez / Pudicia: Diosa de la mitología griega que personificaba la virtud. Su estatua era adorada en un altar del templo de la fortuna representando la castidad femenina y la fidelidad conyugal. Hay una escultura en el museo Vaticano de la diosa Pudicia, con velo y ropajes que cubren todo su cuerpo).**1.** El pudor es la vergüenza, timidez o recato que impiden exibir los genitales o que mantiene la castidad. **2.** Es el recato y la vergüenza que orientan el comportamiento sexual de toda persona según los pricipios de delicadeza y respecto por sus órganos sexuales y su cuerpo. **3.**Es un movimiento natural que hace que se rechace lo obseno con sentimiento de repugnancia y se proteja la propia intimidad corporal. **4.** Es la tendencia natural del ser humano a obrar en cuanto a las acciones de sus órganos sexuales y su cuerpo, de manera pulcra y ordenada respecto a las normas éticas y morales vigentes en el medio, con sujeción a los fines y naturaleza de los órganos de su aparato reproductor y de su impulso sexual. Los

comportamientos llamados impúdicos son mutantes a través de tiempo en la misma región, o son diferentes al mismo tiempo pero en diferentes zonas de la misma región, lo cual hace que las sanciones sociales y penales sean cambiantes o sean circunstanciales. Por ejemplo las buenas costumbres de la sociedad rechazan la exhibición de los glúteos en la oficina, pero acepta el mismo acto en la playa. (Alarcón, M. Anatomia Clínica del aparato genital femenino. Anatomía clínica del perine. Primera edición. Editorial Manual Moderno. Bogotá, Colombia. 2005. pp 318)

PUDOR, ATENTADO AL: Acto sexual abusivo sin penetración, realizado a una persona que esté en estado de indefención o en inferioridad de condiciones físicas o mentales o que esté bajo una amenaza (El código de procedimiento penal colombiano presume que el consentimiento no es válido cuando la persona es menor de catorce años de edad o el individuo de cualquier edad se encuentra en estado de inconciencia por causa física o por acción de una sustancia farmacológica). La indefención es la situación espacio-temporal del sujeto pasivo, que dificulta u obstaculiza su reacción defensiva. La inferioridad es el desequilibrio ostensible entre la fuerza o los medios de ataque y la posibilidad o medios defensivos de la víctima. La legislación de cada país establece sanciones penales para este tipo de delito. (Alarcón, M. Anatomia Clínica del aparato genital femenino. Anatomía clínica del perine. Primera edición. Editorial Manual Moderno. Bogotá, Colombia. 2005. pp 318)

PULSO-OXIMETRÍA FETAL: Es una tecnología de apoyo diagnóstico del bienestar fetal, que consite en ele seguimiento contínuo de la saturación de oxígeno fetal en presencia de un nonreassuring fetal heart-rate pattern patrón de la frecuencia cardiaca fetal. En Mayo del año 2000 la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos, aprobó el dispositivo llamado OxiFirst Fetal Oxygen Saturation Monitoring System como auxiliar del seguimiento del bienestar fetal. Con esta tecnología se inserta un sensor en el cérvix dilatado, que entra en contacto con la cara fetal una vez las membranas se han roto. Una vez que el dispositivo entra en contacto con la piel, se puede medir la saturación de oxígeno durante el trabajo de parto. Aunque uno de los objetivos con esta tecnología es

disminuir el número de cesáreas, no se ha logrado completamente pues aún hay fallas en la colocación del sensor que induce artificios que producen alarma en el obstetra.(*Steven L. Bloom, M.D., Catherine Y. Spong, M.D., ElizabetThom, Ph.D., Michael W. Varner.* Fetal Pulse Oximetry and Cesarean Delivery. November 23, Number 21,2006: Volume 21 355: 95-2202), (Yam J, Chua S, Arulkumaran S. Intrapartum fetal pulse oximetry. Part I: principles and technical issues. Obstet Gynecol Surv 2000;55:163-172).

PUNTAJE DE GONIK-CREASY, FACTORES DE RIESGO PARA PARTO PRETÉRMINO: El sistema más utilizado para la valoración de los factores de riesgo (FR) para presentar parto pretérmino es el sistema de cuantificación de riesgo de Papiernik, modificado por Gonik y Creasy que asigna puntos del 1 al 10 para valorar los siguientes FR: a-factores socioeconómicos que incluye estado civil, nivel socioeconómico, edad, talla y peso materno; b-historia médica previa que comprende abortos, pielonefritis o parto pretérmino; c-hábitos cotidianos como el consumo de cigarrillo > 10/día y d-trabajo duro y estresante; d- aspectos del embarazo actual como la ganancia de peso, placenta previa, hidramnios o cuello corto. Una paciente con puntuación > 10 se clasifica como de alto riesgo de trabajo pretérmino. (Gonik B, Creasy RK. Preterm labor: its diagnosis and management. Am J Obstet Gynecol 1986;154:3-8)//(Cuartas-Calle, Adriana M. Prediction of spontaneous preterm delivery. *Rev Colomb Obstet Ginecol*, out./dez. 2002, vol.53, no.4, p.341-354. ISSN 0034-7434).

PUNTAJE DE LODS (LOGISTIC ORGAN DYSFUNCTION SYSTEM): Es un sistema de puntuación para aplicación en pacientes con Síndrome de Falla Orgánica Multisistémica. Este sistema de caracteriza por la evaluación seis sistemas: sistema neurológico con la escala de Glasgow, sistema respiratorio con niveles de PaO_2 o PaFI, sistema cardiovascular con Frecuencia Cardíaca o Tensión arterial sistólica, sistema renal con creatinina sérica, BUN sérico o diuresis diaria, sistema hematológico con recuento leucocitario o recuento plaquetario, sistema hepático con niveles de bilirrubina total o tiempo de protrombina. Este sistema a diferencia de otros sistemas tiene varias variables para la evaluación de cada uno de los

sistemas, de tal forma que la puntuación final asignada a cada sistema evaluado será la peor obtenida con la aplicación de cada una de las variables individuales. Es decir, cada sistema orgánico sólo recibe puntos por la variable que tiene la mayor puntuación. La máxima puntuación por órgano o sistema son cinco puntos y la máxima puntuación total es de 22 puntos. Este sistema de puntuación es un método objetivo de valoración de la disfunción orgánica en los pacientes ingresados a la unidad desde el primer día de estancia. Identifica tres niveles de disfunción para cada órgano. Es un sistema que permite cuantificar la disfunción orgánica basada en criterios objetivos de gravedad y además es un modelo basado en una ecuación de regresión logística que puede utilizarse para traducir la puntuación obtenida en probabilidad de muerte. (Le Gall, J. Lemeshow, S. The Logistic Organ Dysfunction System: a new way to asses organ dysfunction in the intensive care unit. JAMA. 2000; 276: 802-810)

PUNTAJE DE MARSHALL (MARSHALL SCORE): Es un sistema de puntuación para evaluación de pronóstico y mortalidad en pacientes con Síndrome de Disfunción Orgánica Múltiple. Este sistema emplea la evaluación de 6 órganos o sistemas: sistema respiratorio con PaFI, sistema renal con niveles de creatinina sérica, sistema hepático con niveles de bilirrubina total, sistema cardiovascular con evaluación de la PAR que corresponde a la relación entre Presión Venosa Central y Tensión Arterial Media x Frecuencia Cardíaca, sistema hematológico con recuento plaquetario, sistema neurológico con escala de Glasgow. Este sistema de puntuación describe la disfunción orgánica utilizando variables fisiológicas objetivas en lugar de variables que miden la respuesta a un tipo específico de intervención. Dentro de las ventajas descritas para la aplicación de este sistema se encuentran: la puntuación obtenida deriva de una estratificación de alteraciones en la fisiología de seis órganos diferentes, se correlaciona con mortalidad aún desde el primer día de ingreso a la unidad, se correlaciona con los costos de atención, demuestra que la mortalidad se correlaciona no sólo con el número de órganos alterados sino con el grado de disfunción, demuestra que las anomalías precoces, así como los cambios que tienen lugar en disfunción multiorgánica tras el ingreso,

predicen el resultado. La limitación es que es un sistema que derivó de la evaluación de pacientes postquirúrgicos, sin embargo, evaluaciones posteriores establecen que puede ser aplicado en pacientes médicos. (Marshall, J. Christou, N. Multiple Organ Disfunction Store: a reliable descriptor of a complex clinical outcome. Critical Care Medicine. 1995; 23: 1638-1652 / Bone R. Measurements of medicine. Critical Care Medicine. 1998; 23: 1619-1620)

PUNTAJE DE MOF (INSUFICIENCIA ORGANICA MULTIPLE): Es un sistema de puntuación en el Síndrome de Disfunción Orgáncia Múltisistémica. Se basa en la evaluación de cuatro órganos o sistemas: sistema pulmonar mediante la evaluación en puntaje del Síndrome de Dificultad Respiratoria Aguda, que a su vez depende cuatro factores (hallazgos radiológicos, PaFI, ventilación minuto, PEEP necesitado y adaptabilidad estática), sistema renal con niveles de creatinina, sistema hepático con niveles de bilirrubina total y sistema cardiovascular con requerimiento de inotrópico. Cada uno de los sistemas evaluados es clasificado en tres grupos de acuerdo al grado de disfunción y la sumatoria de cada uno de ellos estable la puntuación final. En comparación con otros puntajes tiene la desventaja de que es necesaria la aplicación de dos tablas (la propia del índice y la de patología o disfunción pulmonar). Con este sistema se define como disfunción un puntaje mayor o igual a 2. . (Marshall, J. Christou, N. Multiple Organ Disfunction Store: a reliable descriptor of a complex clinical outcome. Critical Care Medicine. 1995; 23: 1638-1652 / Bone R. Measurements of medicine. Critical Care Medicine. 1998; 23: 1619-1620)

PUNTEADO FINO: Es una alteración del examen colposcópico relacionado con el patrón de vasculatura. El término punteado fino se refiere a las asas capilares vistas de frente que presentan un pequeño calibre y se hallan próximas entre sí, produciendo un efecto de punteado delicado. Los mosaicos finos son una red de vasos sanguíneos de pequeño calibre que aparecen muy próximos entre sí, según un patrón de mosaico, cuando se los observa con el colposcopio. Estos dos aspectos vasculares pueden coexistir y hallarse en las lesiones de bajo grado (NIC 1). Los patrones no

necesariamente aparecen en toda la lesión. (Walter, P. Dexeus, S. Internacional Terminology of colposcopy: an updated report from the internacional federation for cervical pathology and colposcopy. Obstet Gynecol. 2003; 101 (1): 175-177)

PUNTEADO GRUESO: Es una alteración del examen colposcópico relacionado con el patrón de vasculatura. Los punteados gruesos y los mosaicos gruesos están formados por vasos de mayor calibre con distancias intercapilares más grandes, en contraposición a los cambios finos correspondientes. Ambos tienden a ocurrir en las lesiones neoplásicas más graves, como la NIC 2, la NIC 3 y el cáncer invasor preclínico temprano. A veces, los dos patrones se superponen en algunas zonas, de modo que las asas capilares se observan en el centro de cada placa de mosaico. Este aspecto se denomina umbilicación. (Walter, P. Dexeus, S. Internacional Terminology of colposcopy: an updated report from the internacional federation for cervical pathology and colposcopy. Obstet Gynecol. 2003; 101 (1): 175-177)

PUNTEADO: Es un hallazgo colposcópico anormal del patrón de vasculatura. Los capilares aferentes y eferentes dentro de las vellosidades del epitelio cilíndrico se comprimen durante el proceso metaplásico normal y no se incorporan al epitelio escamoso neoformado. En cambio, forman una red fina debajo de la membrana basal. Cuando la NIC se desarrolla como resultado de la infección por el VPH o a partir de la metaplasia atípica, el sistema capilar aferente y eferente puede estar atrapado (incorporado) en el epitelio displásico enfermo en varias papilas estrómicas alargadas y una delgada capa de epitelio puede quedar sobre estos vasos. Esto forma la base de los patrones vasculares de punteado y de mosaico. Los vasos terminales en las papilas estrómicas que subyacen al delgado epitelio aparecen en una vista frontal con el colposcopio como un patrón de puntos negros, constituyendo lo que se denominan zonas punteadas. (Walter, P. Dexeus, S. Internacional Terminology of colposcopy: an updated report from the internacional federation for cervical pathology and colposcopy. Obstet Gynecol. 2003; 101 (1): 175-177)

PUNTO G : Ver Área de Gräfenberg.

PUNTO DE GRÄFENBERG: Ver Área de Gräfenberg

PUNTOS DE B-LYNCH: Ver Sutura compresiva de B-Lynch.

PUNTOS DE COLCHONERO: Sutura de superficie que se realiza en heridas penetrantes, con hilos no absorbibles, con el propósito de cerrar el espacio muerto profundo y de afrontar superficialmente los labios de la herida, lo más estéticamente posible. Los puntos de colchonero se utilizan con mayor frecuencia en la piel. (Sola, V. Histerectomía: una mirada desde el suelo pélvico. Rev Chil Obstet Ginecol. 2006; 71 (5): 364)

PUNTOS DE HALSTED: Corresponde a la sutura que se realiza en forma de cruz o en forma de 8. Se emplean para realización de hemostasia, principalmente en la rafia uterina. (Sola, V. Histerectomía: una mirada desde el suelo pélvico. Rev Chil Obstet Ginecol. 2006; 71 (5): 364)

PUNTOS DE Mc CALL: Hace referencia a la sutura que se realiza para prevenir el prolapso de cúpula vaginal secundario a histerectomía, de acuerdo a la técnica descrita por McCall en 1956. Consiste en la suspensión del saco vaginal a los ligamentos uterosacros, con el cierre del fondo de saco de Douglas, aproximando ambos ligamentos a la línea media con tres suturas. (Sola, V. Histerectomía: una mirada desde el suelo pélvico. Rev Chil Obstet Ginecol. 2006; 71 (5): 364)

PUNTOS DE MOSCHOWITZ: Son los puntos de sutura, colocados para cerrar el fondo de saco de Douglas, con los cuales se forma una jareta o bolsa de tabaco al apoyarse en la cara anterior del colon sigmoide, en las paredes laterales de la pelvis, en la cara posterior de la vagina y en los ligamentos úterosacros cuando sus muñones son abordables. Estos puntos se colocan al final de una histerectomía para evitar el enterocele o el prolapso de la cúpula vaginal. Los cirujanos prefieren suturas no absorbibles para este efecto. (Sola, V. Histerectomía: una mirada desde el suelo pélvico. Rev Chil Obstet Ginecol. 2006; 71 (5): 364)

PUNTOS DE SMEAD-JONES: Corresponde a la sutura que se realiza en forma de 8 a nivel de la fascia en la técnica de cierre por planos de Smead-Jones. Las principales desventajas de este tipo de cierre residen en el gran

consumo de sutura y el mayor gasto de tiempo en su realización, ya que se trata de una sutura interrumpida y con puntos redundantes. (Miranda, R. Cierre en masa de la pared abdominal. Cirujano General. 2005; 27 (4): 318)

PUNTOS DE STURMDORF: Corresponde a la sutura que se realiza para realización de hemostasia luego de conización con bisturí frío. La técnica consiste en realiza puntos alrededor del orificio cervical de adentro hacia fuera y posteriormente de afuera hacia adentro, quedando la sutura por fuera del orificio. El ejercicio se realiza primero en la region anterior del cuello uterino y luego en el labio posterior, anudando los cabos en la región lateral. (Hoffman, M. Conization. Uptodate. 2005)

PUNTOS EN JARETA: Son los puntos en bolsa de tabaco, es decir, en los cuales la sutura entra y sale a espacios regulares, para formar un círculo sobre una estructura o sobre una zona del cuerpo. Al apretar el nudo, el círculo se cierra y se logra controlar una hemorragia, presionar un órgano o cerrar el espacio que estaba rodeado por el hilo quirúrgico. Los puntos en jareta más conocidos son los de Moschowitz. (Sola, V. Histerectomía: una mirada desde el suelo pélvico. Rev Chil Obstet Ginecol. 2006; 71 (5): 364)

PUNTUACIÓN DE BISHOP: (PARA EL CERVIX DE LA GESTANTE A TÉRMINO): Es una medida subjetiva de las condiciones del cuello uterino para calcular la posibilidad de que una inducción del parto tenga éxito en las siguientes 24 horas. De acuerdo al puntaje se puede predecir de una manera aproximada la posibilidad de que el niño nazca el mismo día o que la inducción tome muchas horas o dias para ser exitosa. Esta aproximación temporal es importante por cuanto el médico debe decidir si la madre y/o el feto pueden esperar a una inducción larga o si el caso amerita el nacimiento en pocas horas.Un ejemplo del primer caso es la madre multípara en buenas condiciones generales que llega con un óbito fetal sin ningún tipo de distocia y con el cuello largo, posterior y cerrado: aunque el cuello está inmaduro no hay tanta prisa por desembarazar la materna el mismo día. Un ejemplo para el segundo caso es la paciente con gestación a término, con preeclampsia severa, con anasarca e insuficiencia renal progresiva, con el cuello largo, posterior y cerrado cuyo monitoreo muestra

desaceleraciones variables. En este caso la conducta adecuada es llevar la paciente a cesárea en el menor tiempo posible por cuanto la inducción tomaría muchas horas, tantas que daría ocasión a mayores complicaciones maternas o fetales. El índice creado por el Dr E. H. Bishop en 1964 considera 5 calidades: 1-Estación de la parte fetal presentada 2-Dilatación del cuello 3-Borramiento del cuello 4-Consistencia del cuello y 5-Posición del cuello. Ver tabla de Bishop. // Escala de puntuación establecida por Bishop desde 1964 para evaluar la condición cervical previo al inicio de la inducción del trabajo de parto . Se evalúan cinco parámetros (dilatación, borramiento, estación, posición y consistencia cervicales) y a cada parámetro se da una puntuación entre 0 y 3. Una puntuación de Bishop de 9 o más establece una condición cervical ideal para la inducción con oxitocina; sin embargo, se pueden tomar puntuaciones mayores de 6 para definir inicio de inducción con oxitocina con alta probabilidad de éxito. (Sánchez-Ramos, L. Induction of Labor. Obstetrics and Gynecology Clinics of North America. 2005. 32: 181-200)

PUNTUACIÓN DE LANGE:(PARA EL CERVIX DE LA GESTANTE A TÉRMINO): Es una modificación del índice de Bishop que es una medida subjetiva de las condiciones del cuello uterino para calcular la posibilidad de que una inducción del parto tenga éxito en las siguientes 24 horas. En este índice Askel P. Lannge y col de la Universidad de Odense en Copenhage, Dinamarca, suprimieron dos ítems: la consistencia y la posición del cuello y modificaron los puntajes para los ítems restantes como se muestra en la Tabla 4. Los propósitos de este índice son los mismos del índice de Bishop. Ver tabla de puntuación de Lange. Cuando la sumatoria es igual ó menor a 4 puntos la inducción se prevee larga y podría ser fallida. Si es de 5 a 7 la posibilidad de éxito para las siguientes 24 horas es del 75%. Si el puntaje suma 8 a 12 puntos hay una alta probabilidad de una inducción exitosa para las siguientes 24 horas. (Sánchez-Ramos, L. Induction of Labor. Obstetrics and Gynecology Clinics of North America. 2005. 32: 181-200)

PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICA TROMBÓTICA DEL EMBARAZO: Corresponde a una patología descrita por Moschowitz en 1925,

caracterizada por trombocitopenia, fiebre, alteraciones neurológicas, daño renal y anemia hemolítica. La fisiopatogenia consiste en la formación de microtrombos formados por plaquetas y pequeñas cantidades de fibrina que producen isquemia e infartos en diversos órganos. El cuadro clínico incluye sangrado por trombocitopenia, anemia hemolítica y disfunción de diversos órganos; puede existir un pródromo viral hasta en el 40% de los casos y presentarse síntomas neurológicos como cefalea, alteración de la conciencia, convulsiones o accidentes cerebrovasculares hasta en el 90% de los casos. El pronóstico materno y fetal es pobre, con tasas de mortalidad fetal del 80% y mortalidad materna del 65%; la madre puede desarrollar falla renal progresiva que requiera diálisis o transplante renal. El manejo debe incluir la terminación del embarazo antes de recurrir a la plasmaféresis, exanguinotransfusión o corticoides en dosis masivas. (Cunningham, FG. Gant, NF. Leven, K. Gilstrap, L. Hauth., J. Wenstrom K. Complicaciones médicas y quirúrgicas durante el embarazo. Williams Obstetricia. 21° edición. Montevideo, Uruguay: Editorial Panamericana. 2001. 1078-1105).



QUELOIDE: Corresponde a un tumor benigno del tejido fibroso también conocido como cicatriz hipertrófica. Consiste en una proliferación excesiva de tejido fibroso o cicatrizal. La cicatriz hipertrófica se mantiene limitada al lugar de la lesión original, mientras que el queloide sobrepasa dichos límites, invadiendo la piel circundante. El queloide puede desarrollarse posterior a una lesión cutáneo o en forma espontánea. Clínicamente se presenta como un tumor firme, de color rosado o violáceo, de aspecto abollonado, usualmente sobre una zona de piel lesionada; pueden ser pruriginosos o dolorosos. Afecta principalmente a mujeres de raza negra. La localización usual incluye hombros, porción superior de tórax y espalda, área pre-esternal, zonas de piel en las que las cicatrices quedan sometidas a tensión. Desde el punto de vista histopatológico la lesión se presenta en la dermis con haces de tejido fibrosos y fibroblastos distribuidos en espiral o al azar, con bandas gruesas eosinófilas acelulares de colágeno. El tratamiento consiste en terapia tópica con corticoides o resección quirúrgica con posterior infiltación de corticoides. (Winton, GB, Lewis, CW. Dermatoses of pregnancy. J Am Acad Dermatol 2002; 6:977)

QUERATOSIS: Es un proceso patológico que se caracteriza por un crecimiento excesivo y engrosamiento del epitelio escamoso queratinizado. La queratosis del epitelio cervical representa una lesión de apariencia blanca a la inspección visual, previo a la aplicación de ácido acético; puede localizarse dentro o fuera de la zona de transformación y usualmente representa cambios epiteliales benignos o asociados con trauma, pero en casos poco comunes puede estar asociado a infección por Virus del Papiloma Humano o incluso asociado con Carcinoma Escamoso Queratinizante. Por lo anterior cuando se encuentran estos cambios en el examen colposcópico se recomienda biopsia dirigida para establecer el diagnóstico exacto. (Wright, T. Cox, J. Massad, L. Consensos

Guidelines for the management of women with cervical cytological abnormalities. JAMA. 2002. 287: 2120) / Walter, P. Dexeus, S. Internacional Terminology of colposcopy: an updated report from the internacional federation for cervical pathology and colposcopy. Obstet Gynecol. 2003; 101 (1): 175-177)

QUERATORIS SEBORREICA: Corresponde a un tumor benigno de la epidermis también denominada queratosis senil o verruga seborreica. Es el tumor epitelial benigno de la dermis más frecuente. Usualmente se presenta en personas mayores de 40 años con localización en cabeza, cuello y tronco. Las lesiones pueden ser únicas o en la mayoría de los casos, lesiones múltiples. Se presentan como lesiones aplanadas, bien delimitadas, de color amarillento o marrón, en estadio inicial; posteriormente, adquieren un aspecto sobre-elevado, verrugoso, de superficie untuosa o hiperqueratósica. El tamaño de las lesiones oscila entre 0.5 y 2 cm de diámetro. Cuando presentan pigmentació excesiva es necesario hacer diagnóstico diferencial con el carcinoma basocelular pigmentado y melanoma maligno. La sospecha clínica se confirma a través de estudio histológico que documenta distinto grado de hiperplasia epidérmica con presencia de pseudoquistes. Desde el punto de vista histológico se diferencian variantes acantósica, hiperqueratósica, reticulada, clonal, irritada y melanoacantoma. El tratamiento consiste en electro-coagulación o resección quirúrgica. (Gulias-Cañizo, R. Aranda, J. Seborrheic Keratosis. Arch Soc Esp. 2006; 81: 217-220).

QUINTO CORTE PARA EVALUACIÓN ECOGRÁFICA DEL SNC FETAL: Corresponde al estudio de la anatomía del cerebro fetal mediante ultrasonografía bidimensional de tiempo real. Este quinto plano corresponde a un corte oblicuo de la calota fetal y se emplea para evaluar las estructuras de la fosa posterior. Este corte se obtiene rotando la porción caudal del transductor al nivel del segundo corte axial; en ese momento se identifican las estrucuturas de la fosa posterior que comprenden los hemisferios cerebelosos, el vermis cerebeloso y la cisterna magna. (Fleischer, A. Manning, F. Jeanty, P. Romero, R. Ecografía en Obstetricia y Ginecología. Diagnóstico prenatal de malformaciones cerebro-espinales. Madrid, España. Ediciones Marban. Sexta edición. 2002. p 375-388)

QUISTE ARACNOIDEO: Es una malformación del SNC fetal consistente en una cavidad delimitada por membranas meníngeas. Los quistes aracnoideos se subclasifican en a-Quiste subaracnoideo cuando se encuentra delimitado por la aracnoides y la piamadre y b- Quiste intra-aracnoideo cuando se encuentra delimitado por ambas capas de la aracnoides. Corresponden al 1% de las masas intracraneales. Pueden ser primarios o congénitos y secundarios o adquiridos por traumatismo, infección, hemorragia e infarto. El diagnóstico se realiza por ultrasonografía a través de la identificación de una masa quística intracerebral que puede situarse en la línea media o de forma excéntrica. Se puede asociar con hidrocefalia si la masa obstruye la circulación del líquido cefalorraquídeo. El pronóstico es variable pudiendo ser asintomático o causar trastornos epilépticos, trastornos motores o hidrocefalia severa. (Fleischer, A. Manning, F. Jeanty, P. Romero, R. Ecografía en Obstetricia y Ginecología. Diagnóstico prenatal de malformaciones cerebro-espinales. Madrid, España. Ediciones Marban. Sexta edición. 2002. p 375-388)

QUISTE CERVICAL:Ver Quistyes de Naboth.

QUISTE DE BARTHOLIN: Colección encapsulada de material mucoso que ocupa la luz de una o ambas glándulas vestibulares mayores (glándulas de Bartholin). La obstrucción del conducto único de salida de esta glándula retiene el moco que se produce en su capa de revestimiento y agranda el tamaño de la misma, que pasa de 4 ó 5 mm de diámetro a varios centímetros de diámetro. El quiste de Bartholin puede ser aséptico desde su inicio o puede ser la fase final de una colección purulenta que se resolvió hasta convertirse en una colección de moco luego de varias semanas de evolución. Los quistes de las glándulas vestibulares mayores suelen ser indoloros por lo cual son tolerados por mucho tiempo por las pacientes. Los abscesos crónicos de Bartholin (de contenido purulento) también son asintomáticos por lo cual son indistinguibles clínicamente de los quistes. (Berek JS,Adashi EY,Hillard PA. Ginecología de Novak. Interamericana. México. 1997 p. 384).

QUISTE DE GARDNER: Colección encapsulada de material sero-mucoso de la cara anterior de la vagina, que aparece en la juventud o en la edad adulta. Es un remanente de los conductos de Wolff, los cuales se reabsorben en los fetos

de sexo femenino pues su función es producir órganos masculinos. Por su aspecto redondeado, por su color rosado, por su tamaño y localización, se confunden a simple vista con un cistocele.

QUISTE CEBÁCEO GENITAL: Colección encapsulada de material sebáceo que compromete uno o ambos labios mayores de la vulva. Son asintomáticos pues no producen reacción alérgica ni inflamatoria.

QUISTE DE LOS PLEXOS COROIDEOS: Corresponden a un atrapamiento de líquido cefalorraquídeo en los pliegues del neuroepitelio primitivo en los plexos coroideos. Inicialmente fueron considerados variantes normales de la anatomía cerebral, sin embargo, ya se ha establecido una fuerte asociación con aneuploidías de tipo trisomía 18. Se presentan en el 1 al 2% de los fetos normales y desaparecen en el 95% de los casos de forma espontánea, antes de la semana 26 de gestación. El riesgo ajustado por edad para trisomía 18 aumenta un 0.03% si el feto presenta quistes de los plexos coroideos como único hallazgo; pero si se encuentra un marcador adicional el riesgo aumenta un 0.4% a 20.5% si existen dos o más anomalías asociadas. El diagnóstico se realiza por ultrasonografía a través de la documentación de una imagen anecoica, redondeada, dentro del plexo coroideo en el ventrículo lateral. El hallazgo de un quiste de plexo coroideo indica la realización de una evaluación ultrasonográfica detallada para establecer anomalías asociadas, de las cuales depende el pronóstico de la entidad. (Viora, E. Zamboni, C. Trisomy 18: Fetal ultrasound findings at different gestational ages. **:** Am J Med Genet A. 2007 ,143 (6):553-7 // Hurt, K. Sottner, O. Choroid plexus cysts and risk of trisomy 18. Modifications regarding maternal age and markers. Ceska Gynekol. 2007; 72(1):49-52)

QUISTE DE MORGAGNI: Formación apendicular que se desprende de una de las fimbrias del extreme infundibular de una o ambas trompas de Fallopio. El quiste de Morgagni es un recuerdo embrionario de los conductos de Wolff que se reabsorben en las primeras semanas del desarrollo embriológico. Debe su nombre al Dr. Giovanni Battista Morgagni(1682-1771), anatomista y patólogo italiano de la Universidad de Padua.

QUISTE DE LAS GLÁNDULAS DE SKENE: Es una colección mucosa de las glándulas de Skenne que se aprecian como una masa redondeada y a un lado del meato urinario femenino. Tanto los quistes como los abscesos de Skene son de rarísima ocurrencia. Lleva este nombre en honor al Dr. Alexander Skene, ginecólogo escocés que describió las glándulas mucosas que abrazan la uretra y se proyectan a los lados del meato urinario. Berek JS,Adashi EY,Hillard PA. Ginecología de Novak. Interamericana. México. 1997 P384

QUISTE DEL PARAÓFORO: El paraóforo es una pequeña estructura ubicada en el ligamento del meso-ovario. Se trata de un remanente de los conductos de Wolff que puede llenarse de líquido seroso y alcanzar un volumen de 6 a 10 cm. Aunque hay alguna dificultad en el diagnóstico ecográfico (suelen confundirse con quistes ováricos), es muy fácil identificarlos en la laparoscopia o en la laparotomía pues dejan indemnes la trompa y el ovario ipsilaterales.

QUISTE DE NABOTH: Son quistes formados en una glándula de Naboth que corresponden a las pequeñas glándulas secretoras de moco del cuello uterino. Usualmente se producen como consecuencia de obstrucción de los conductos de estas glándulas por el epitelio escamoso metaplásico suprayacente, de tal forma que se produce acumulación de moco cervical en su luz. Se presentan como lesiones quísticas de color amarillo de diversos centímetros de diámetro. Usualmente se localizan dentro de la zona de transformación y se asocian con vasculatura prominente recubriendo la superficie epitelial atenuada del quiste. En el estudio colposcópico, con una inspección más cercana, los vasos se observan normales en forma y apariencia. Este hallazgo se considera normal y no requiere ningún tratamiento // Colección encapsulada de contenido mucoso, única o múltiple, que se localiza en uno o ambos labios del cuello uterino. Los quistes cervicales se conocen con el nombre de quistes o huevos de Naboth en honor al Dr. Martin Naboth(1675-1721), anatomista alemán que los describió. Sinónimos: Folículos de Naboth, folículos cervicales de Montgomery (Wright, T. Cox, J. Massad, L. Consensos Guidelines for the management of women with cervical cytological abnormalities. JAMA. 2002. 287: 2120 / Walter, P. Dexeus, S. Internacional Terminology of colposcopy: an updated report from the internacional federation for cervical pathology and colposcopy. Obstet Gynecol. 2003; 101 (1): 175-177)

QUISTE DE SKENE: Ver Quiste de las glándulas de Skene-

QUISTE MAMARIO: Corresponden a lesiones benignas de la mama caracterizadas por la presencia de masas de bordes delgados, regulares, y de contenido líquido. Se presentan con frecuencia en mujeres entre la cuarta y quinta décadas de la vida; son raros en menores de 30 años. Usualmente son indoloros y de aparición súbita. Se consideran una anormalidad en el proceso de involución del tejido mamario, originado a partir de los lóbulos, aunque algunos autores consideran que los cambios son secundarios a la presencia de epitelio metaplásico apocrino que lleva a la obstrucción del drenaje del lóbulo mamario. El diagnóstico se realiza por historia clínica y por examen físico; se puede realizar evaluación ecográfica complementaria o punción de la masa para evaluar desaparición de la masa inmediata a la punción. Se ha documentado un riesgo de recurrencia hasta del 30%; si esto ocurre, se recomienda nuevamente aspiración. // Hacen parte de la denominada condición fibroquística de la mama, presente en el 90% de las mujeres, sintomática en el 20% de los casos y que requiere tratamiento tan sólo en el 5%.El nódulo mamario palpable debido a condición fibroquística puede ser único o múltiple y cambiante o fluctuante con los cambios del ciclo menstrual. Se diferencia claramente del tejido mamario vecino. En ocasiones un nódulo mamario definido se debe a una placa fibrosa de la condición fibroquística y puede estar asociado a microquistes. La etiología del quiste mamario es multicausal, y se relaciona con el estímulo estrogénico exagerado y permanente de la glándula mamaria. Otros autores sugieren que se deben a estados de hiperprolactinemia prolongados, retención hídrica, disbalance entre estrógenos y progesterona, o a dietas ricas en metilxantinas como las incluídas en el té, el café y el chocolate.(Santen, RJ, Mancel, R. Benign breast disorders. N Engl J Med 2005; 353:275).

QUISTE OVÁRICO: ES una colección serosa o mucosa que afecta la superficie de uno o ambos ovarios. Puede ser único o múltiple, al punto que puede constituir un ovario poliquístico. Con frecuencia se mencionan erróneamente como quistes a los folículos ováricos, cuyo diámetro puede alcanzar hasta 3 cm. Los quistes ováricos gigantes toman el nombre de cisto-adenomas. Una variedad de quistes son los teratomas, llamados quistes

dermoides, cuyo contenido suele incluir pelos, huesos, cartílago, dientes y moco amarillo. Ver Teratomas.

QUISTE PLACENTARIO: Formaciójn de contenido líquido que se aprecia en algunas placentas, por la cara fetal de la misma. Este quiste es raro y más cuando es de la cara materna de la placenta.

QUISTE TUBÁRICO: Ver Quiste de Morgagni

QUISTE VAGINAL: Los quistes vaginales corresponden a formaciones saculares cubiertas por mucosa vaginal. La presencia de un quiste en la vagina está estimada en un 1%. La mayoría son asintomáticos, benignos y no requieren manejo quirúrgico. Las lesiones quísticas benignas de la vagina frecuentemente son asintomáticas y únicas. Muy ocasionalmente son múltiples y se acompañan de síntomas inespecíficos y variables como masa palpable, dolor, dispareunia, sensación de presión o bulto vaginal, y síntomas urinarios como incontinencia urinaria intermitente o permanente, infecciones urinarias recurrentes y disfunción miccional. Por lo anterior, su presencia frecuentemente se denota como un hallazgo incidental en el examen físico.(Wai C, Corton M, Miller M, Sailors J, Schaffer J. Multiple vaginal wall cysts: Diagnosis and surgical management. Part II. Obstet Gynecol 2004;103(5): 1099-102.// Laufer MR. Congenital anomalies of the vagina. In: UpToDate, Rose BD (Ed), Waltham MA, 2005).



RABDOMIOSARCOMA: De acuerdo a la definición de la OMS, el rabdomiosarcoma es un sarcoma de tejidos blandos originado en el músculo esquelético. Desde el punto de vista histopatológico se clasifica en tres grupos: Rabdomiosarcoma Embrionario, Rabdomiosarcoma Alveolar y Rabdomiosarcoma Pleomórfico. Se presenta en diferentes etapas de la vida de acuerdo a la clasificación y compromete diferentes estructuras dentro de las cuales se incluye cabeza, cuello, vejiga, vagina, miembros superiores, miembros inferiores, tronco. El rabdomiosarcoma también puede encontrarse en zonas donde los músculos estriados son muy pequeños o no existen como por ejemplo, en la próstata, el oído medio y el sistema de conductos biliares. Es un tumor maligno de comportamiento agresivo con diseminación metastásica en un porcentaje alto. (Parham, D. Barr, FG. Rhabdomyosarcoma. Skeletal Muscle tumours. World Health Organization. 2001: 130-142)

RABDOMIOSARCOMA EMBRIONARIO: Es el tipo histológico más común de rabdomiosarcomas. Se define como un sarcoma de tejidos blandos con características fenotípicas de músculo esquelético embrionario. Se presenta en niños y adolescentes, usualmente niños menores de 15 años con aproximadamente un 46% de los pacientes menores de 5 años, auque también puede ser encontrado en pacientes adultos en casos raros. Es más común en hombres comparado con las mujeres en relación 2:1 y en pacientes de raza blanca. El 47% se localiza en cabeza y cuello y el 28% se localiza en Tracto Genitourinario incluyendo vagina, vejiga, próstata y región paratesticular. Se manifiesta clínicamente como una masa visible o palpable, dolorosa o no, con efecto compresivo de masa como primer signo, que varía de acuerdo a la localización; desde el punto de vista ginecológico, los principales síntomas compresivos incluyen obstrucción urinaria,

sensación de masa en vagina, dispareunia, sangrado vaginal. Macroscópicamente se presenta como una masa poco circunscrita que invade estructuras adyacentes. A nivel microscópico se caracteriza por la presencia de células mesenquimales primitivas en diferentes estadíos de miogénesis. Histológicamente se subdivide en cuatro grupos: rabdomiosarcoma embrionario puro, rabdomiosarcoma de células fusiformes, rabdomiosarcoma botriode y rabdomiosarcoma anaplásico. El pronóstico está dado por la edad, teniendo los pacientes de mayor edad peor pronóstico, la variante histológica con mal pronóstico en presencia de anaplasia difusa y la localización, siendo los parameníngeos y en extremidades superiores o inferiores, de peor pronóstico. (Parham, D. Barr, FG. Rhabdomyosarcoma. Skeletal Muscle tumours. World Health Organization. 2001: 146-149)

RADIOCIRUGÍA: Es la ejecución de procedimientos quirúrgicos mediante el uso de instrumentos que cortan, cauterizan y vaporizan mediante la utilización de ondas eléctricas emitidas a una frecuencia similar a las ondas de radio. El nombre de radiocirugía hace pensar de manera equivocada, que se utilizan ondas de radio.La frecuencia de las ondas eléctricas se produce en rangos de 2 a 4 megahertz (2-4 MHz) modificables a necesidad del médico y que fluctúan de manera similar a la frecuencia sonora de las bandas AM y FM de las emisoras de radio(de ahí el nombre equívoco de radiocirugía). La frecuencia óptima para cirugías de alta precisión es de 4 MHz. Una vez que el emisor genera la señal con la frecuencia de 2 a 4 Mhz, la onda es transmitida a través del electrodo hasta llegar al tejido. El asa del instrumento focaliza el flujo de electrones en la punta de tal manera que al contacto con los tejidos volatilizan y vaporizan las células sin alterar las capas de células circundantes. Los equipos de radiocirugía tienen las siguientes opciones:1- Para fulguración solamente, corriente pulsante. 2- Para coagulación y hemostasia, corriente parcialmente rectificada. 3- Para corte y coagulación, corriente totalmente rectificada. 4- Para corte puro, corriente totalmente rectificada y filtrada. // Ver electrocirugía. (Hirsh, A. Käser, O. Atlas de Cirugía Ginecológica. Laparoscopia e histeroscopia. Editorial Marbán Libros. Madrid, España, 2000. pp 32-46)

RADIOCIRUGÍA CON FUENTE DE ENERGÍA ELÉCTRICA: Es la ejecución de procedimientos quirúrgicos mediante el uso de instrumentos que cortan, cauterizan y vaporizan mediante la utilización de ondas eléctricas emitidas a una frecuencia similar a las ondas de radio. El nombre de radiocirugía hace pensar de manera equivocada, que se utilizan ondas de radio. La frecuencia de las ondas eléctricas se produce en rangos de 2 a 4 megahertz (2-4 MHz) modificables a necesidad del médico y que fluctúan de manera similar a la frecuencia sonora de las bandas AM y FM de las emisoras de radio(de ahí el nombre equívoco de radiocirugía). La frecuencia óptima para cirugías de alta precisión es de 4 MHz. Una vez que el emisor genera la señal con la frecuencia de 2 a 4 Mhz, la onda es transmitida a través del electrodo hasta llegar al tejido. El asa del instrumento focaliza el flujo de electrones en la punta de tal manera que al contacto con los tejidos volatilizan y vaporizan las células sin alterar las capas de células circundantes. Los equipos de radiocirugía tienen las siguientes opciones: a- Para fulguración solamente, corriente pulsante. b- Para coagulación y hemostasia, corriente parcialmente rectificada. c- Para corte y coagulación, corriente totalmente rectificada. d- Para corte puro, corriente totalmente rectificada y filtrada. // Ver electrocirugía. (Trujillo A.I. y col. ¿Radiocirugía o criocirugía en condiloma acuminado de localización anal? Dermatol. peru., abr./jun. 2008, vol.18, no.2, p.98-105.).

RADIOINMUNOANÁLISIS ó RIA: Es una técnica analítica que reúne la especificidad de la reacción antígeno-anticuerpo y la sensibilidad de los métodos radioquímicos. El principio de esta prueba es la competencia por los sitios de enlace en un antisuero, entre la sustancia estudiada (una hormona,una proteína,etc) y una pequeña cantidad de la misma sustancia pero marcada con un isótopo radiactivo. Cuando se ponen a incubar la muestra con la sustancia estudiada(SE), la misma sustancia marcada con radioisótopo(SM) y el antisuero(AS): la cantidad de SM que se liga al AS es inversamente proporcional a la cantidad de SE en la muestra. (Khan, J, Bittner, ML, Chen, Y, et al. DNA microarray technology: The anticipated impact on the study of human disease. Biochim Biophys Acta 2000: 1423)

RADIOCIRUGÍA CON FUENTES DE RADIACIÓN IONIZANTE: El término radiocirugía para este tipo de terapia fue acuñado por el neurocirujano sueco Lars Leksell en 1951 y el fue el primero que en 1968 trató a un paciente con un sistema que había diseñado y que obtenía la energía ionizante a partir de muchas fuentes de cobalto y lo denominó Unidad Gamma (Gamma Knife, bisturí Gamma, GK). Existen otras fuentes de energía como los protones, neutrones, átomos de Helio, etc, pero su costo es muy elevado y su efectividad es comparable a los otros métodos convencionales . Se trata de aplicar una dosis muy elevada de radiación ionizante de manera exclusiva en el volumen de la lesión que se va a tratar, sin afectar las estructuras aledañas o el trayecto de los rayos. Para conseguir este efecto, se requiere un sistema seguro que guíe los haces de radiación de manera exacta con precisión entre 0.8 y 1 mm. y que estos se concentren de manera que la radiación acumulada en la zona de mayor efectividad abarque solo el volumen del tumor o la lesión vascular y resulte inocuo a los tejidos adyacentes; por esta razón está indicada en las metástasis pequeñas y de alto riesgo con el método quirúrgico. (Ortiz de Urbina D. Tumores cerebrales: radiocirugía estereotáxica o radioterapia intraoperatoria. *Oncología (Barc.)*. [online]. 2004, vol. 27, no. 6 [citado 2008-11-03], pp. 38-41.)

RADIOCIRUGIA CEREBRAL ESTEREOTACTICA (RCE) : Es un procedimiento mínimamente invasivo y ambulatorio mediante el cual se concentra en una región determinada del cerebro una dosis elevada de radiación, para tratar lesiones como tumores, malformaciones arteriovenosas y en algunos casos problemas funcionales (Parkinson, dolor, epilepsia), afecciones del sistema nervioso como tumores y malformaciones vasculares que por sus características, localización, tamaño, etc., son de alto riesgo quirúrgico o inoperables. Hay dos modalidades: la radiocirugía en una sola dosis (RCE), en la cual se administra en una sola sesión y por única vez la dosis total de radiación que debe recibir la lesión de acuerdo al planeamiento que se efectúe; la radiocirugía fraccionada (RCF), se efectúa en varias sesiones (en promedio 20 sesiones, una por día), en pacientes con lesiones muy grandes (mayores de 5 cms), o situadas en zona de alto riesgo, que exigen la aplicación fraccionada de la dosis total calculada.

(Ortiz de Urbina D. Tumores cerebrales: radiocirugía estereotáxica o radioterapia intraoperatoria. *Oncología (Barc.)*. [online]. 2004, vol. 27, no. 6 [citado 2008-11-03], pp. 38-41.)

RADIOTERAPIA ADYUVANTE: Es una forma de tratamiento basado en la emisión de radiaciones ionizantes que se emplea como complemento de un tratamiento primario, usualmente quirúrgico. Puede ser neoadyuvante, si se realiza previo a la intervención quirúrgica o puede ser adyuvante si se realiza posterior a la intervención quirúrgica. (Shinglenton HM,Fowler WC,Jordan JA,Lawrence WD. Gynecologic oncology. Current diagnosis and treatment. W Saunders,London. 1996.pp 81)

RADIOTERAPI CONCOMITANTE: Es una forma de tratamiento basado en la emisión de radiaciones ionizantes que se emplea de manera simultánea con otro tratamiento, usualmente quimioterapia, del tal manera que en conjunto se aumenta la potencia del tratamiento. (Shinglenton HM,Fowler WC,Jordan JA,Lawrence WD. Gynecologic oncology. Current diagnosis and treatment. W Saunders,London. 1996.pp 81)

RADIOTERAPIA CURATIVA: Es una forma de tratamiento basado en la emisión de radiaciones ionizantes en la cual se emplean dosis altas de radiación, con el objetivo de eliminar el tumor. Estas dosis se encuentran cerca del límite de tolerancia del resto de tejidos no afectados por el tumor, de tal manera que puede lesionarlos, sin embargo, el beneficio de curación de la transformación neoplásica supera estos riesgos. (Shinglenton HM,Fowler WC,Jordan JA,Lawrence WD. Gynecologic oncology. Current diagnosis and treatment. W Saunders,London. 1996.pp 81)

RADIOTERAPIA EXCLUSIVA: Es una forma de tratamiento basado en la emisión de radiaciones ionizantes que se realiza en forma exclusiva, es decir, es el único tratamiento oncológico que recibe el paciente. (Shinglenton HM,Fowler WC,Jordan JA,Lawrence WD. Gynecologic oncology. Current diagnosis and treatment. W Saunders,London. 1996.pp 81)

RADIOTERAPIA PALIATIVA: Es una forma de tratamiento basado en la emisión de radiaciones ionizantes en la cual se emplean dosis menores de

radiación para aliviar o calmar el dolor que presentan los pacientes con cáncer. También puede ser empleada con fines hemostáticos, descomprensivos, entre otros. (Shinglenton HM,Fowler WC,Jordan JA,Lawrence WD. Gynecologic oncology. Current diagnosis and treatment. W Saunders,London. 1996.pp 81)

RADIOTERAPIA PARA EL CÁNCER GINECOLÓGICO: Corresponde a la aplicación de la radiación ionizante para el tratamiento del cáncer del tracto genital femenino. Se emplea principalmente como terapia adyuvante en el manejo del cáncer de cerviz y cáncer de endometrio. (Shinglenton HM,Fowler WC,Jordan JA,Lawrence WD. Gynecologic oncology. Current diagnosis and treatment. W Saunders,London. 1996. p. 65)

RAMAS ISQUIOPUBIANAS: Formadas respectivamente por las ramas oblícuas de los huesos isquion y pubis. Sirven de soporte a los brazos del clítoris y de inserción a los músculos isquio-cavernosos. (Alarcón, M. Anatomia Clínica del aparato genital femenino. Anatomía clínica del perine. Primera edición. Editorial Manual Moderno. Bogotá, Colombia. 2005. pp 218)

RAMÍREZ MERCHÁN, RAFAEL: Obstetra colombiano, profesor emérito del Instituto Materno Infantil Concepción Villaveces de Acosta, adscrito a la Universidad Nacional de Colombia, en la ciudad de Bogotá, quien se hizo famoso en el mundo por su maniobra de rotación de la cabeza fetal con los fórceps. El Dr. Merchán tuvo su mayor desempeño docente entre los años 1950 y 1980. // Ver maniobra de Ramírez-Merchán

RASPADO ENDOMETRIAL: Ver Legrado

RASPADO UTERINO: Ver Legrado

RAYO LASER: Una propiedad bastante especial, es que un rayo de laser pueda ser emitido de forma continua o pulsátil dependiendo del tiempo de exposición que requiera el tejido y de la potencia que este tenga para lograr su efecto, como ocurre con el rayo laser de CO2. Este rayo tiene una unidad de energía medida en Julios (joule), que es el producto de la potencia aplicada por el tiempo. Un julio es igual a un Watt (W)

multiplicado por un segundo, donde la energía corresponde al volumen de tejido eliminado por el laser y la densidad de la potencia es la rapidez con la cual es eliminado el tejido (volumen por unidad de tiempo). El rayo de onda continua por durar mas tiempo en los tejidos, puede causar suficiente calor y ser cedido a los tejidos vecinos produciendo una lesión térmica y necrosis coagulativa, mientras que el rayo pulsátil utiliza menor tiempo en su exposición con menos producción de calor, presentando una zona pequeña de necrosis por coagulación y hemostasia disminuida; en cambio, en forma mas típica se utiliza el método conocido como Pulsación Rápida, que exige seccionar o coagular tejidos de manera definida mediante una serie de pulsos. El uso médico ha dado la preferencia a las ondas contínuas reguladas por un operador que controla la duración de exposición Aspectos sobresalientes de la física del laser son: Absorción: Se denomina así el proceso mediante el cual un átomo en reposo al interactuar con un fotón, pasa a un estado de energía superior. Emisión Espontánea: Cuando un átomo en estado de energía superior, emite un fotón y decae a su estado atómico estable. Emisión Estimulada: Cuando un átomo que ya se encuentra en estado de energía superior, interactúa con un fotón, se libera otro fotón y el átomo decae a su estado de reposo. Longitud de onda: Es el equivalente a la distancia entre dos crestas de la onda, es medida en nanómetros, es decir, 1x10m. Un nanómetro es una billonésima del metro, o una mil millonésima de un milímetro. Dependiendo de esta longitud de onda hay rayos ultravioleta (menos de 400 NM), laser visibles (400-700 NM), y laser infrarrojos (mas de 700 NM). Potencia: Es medida en vatios y es graduada manualmente por el cirujano en el tablero de equipo. A mayor potencia, mayor poder de interacción del laser con el tejido. Concentración del Foco: Es el diámetro de enfoque del rayo, puede variarse por la distancia entre la terminal del laser y el tejido. En algunos sistemas es graduable mecánicamente y en la mayoría solo depende del manejo del cirujano acercando o alejando la mano del tejido. Tiempo de contacto con el tejido: El tiempo es un factor determinante del laser para su interacción con el tejido. Es también graduable en el tablero del equipo y puede ir desde disparos muy cortos e intermitentes con duración de millonésimas de

segundo, hasta disparos continuos en algunos equipos. (Poblete, A. Cirugía Láser endoscopica. Rev Chil Obstet Ginecol. 2003; 68 (6): 503-507)

RAYO LASER ABSORCIÓN: Se denomina así el proceso mediante el cual un átomo en reposo al interactuar con un fotón, pasa a un estado de energía superior. (Poblete, A. Cirugía Láser endoscopica. Rev Chil Obstet Ginecol. 2003; 68 (6): 503-507)

RAYO LASER, **CONCENTRACIÓN DEL FOCO:** Es el diámetro de enfoque del rayo, puede variarse por la distancia entre la terminal del laser y el tejido. En algunos sistemas es graduable mecánicamente y en la mayoría solo depende del manejo del cirujano acercando o alejando la mano del tejido. (Poblete, A. Cirugía Láser endoscopica. Rev Chil Obstet Ginecol. 2003; 68 (6): 503-507)

RAYO LASER, **EMISIÓN ESPONTÁNEA:** Cuando un átomo en estado de energía superior, emite un fotón y decae a su estado atómico estable. (Poblete, A. Cirugía Láser endoscopica. Rev Chil Obstet Ginecol. 2003; 68 (6): 503-507)

RAYO LASER, **EMISIÓN ESTIMULADA:** Cuando un átomo que ya se encuentra en estado de energía superior, interactúa con un fotón, se libera otro fotón y el átomo decae a su estado de reposo. (Poblete, A. Cirugía Láser endoscopica. Rev Chil Obstet Ginecol. 2003; 68 (6): 503-507)

RAYO LASER EN CIRUGÍA GINECOLÓGICA: Es la utilización de fuentes de laser para realizar corte, hemostasia o coagulación de los tejidos con esta fuente de energía en vez de la electroquirúrgica mono o bipolar. Las indicaciones más frecuentes para uso del laser se relacionan con los síntomas y el tratamiento de endometriosis y sus complicaciones. Otros procedimientos endoscópicos en los cuales se utilizan rayos laser son: la planificación definitiva (corte de las trompas o interrupción de la luz), la ablación de focos de endometriosis, la adherenciolisis, la resección de endometriomas, la cistectomía ovárica, la salpingectomía parcial o total, la salpingostomía, la plastia tubárica, la salpingo-ooforectomía, la extirpación del embarazo tubárico, la miomectomía, la histerectomía vaginal auxiliada

por laparoscopia, la histero-suspensión y la cistopexia. Las fuentes de rayos laser más frecuentemente utilizadas han sido la fibra de Nd:YAG rematada con punta de zafiro, el de KTP y el laser de dióxido de carbono CO2. (Poblete, A. Cirugía Láser endoscopica. Rev Chil Obstet Ginecol. 2003; 68 (6): 503-507)

RAYO LASER, **LONGITUD DE ONDA:** Es el equivalente a la distancia entre dos crestas de la onda de emisión. Se mide en nanómetros (Un nanómetro es una billonésima del metro, o una mil millonésima de un milímetro). Dependiendo de esta longitud de onda hay rayos ultravioleta (menos de 400 NM), laser visibles (400-700 NM), y laser infrarrojos (más de 700 nm). (Poblete, A. Cirugía Láser endoscopica. Rev Chil Obstet Ginecol. 2003; 68 (6): 503-507)

RAYO LASER, **TIEMPO DE CONTACTO CON EL TEJIDO:** El tiempo es un factor determinante del laser para su interacción con el tejido. Es también graduable en el tablero del equipo y puede ir desde disparos muy cortos e intermitentes con duración de millonésimas de segundo, hasta disparos continuos en algunos equipos. (Poblete, A. Cirugía Láser endoscopica. Rev Chil Obstet Ginecol. 2003; 68 (6): 503-507)

RCIU: Es la sigla del Retardo del Crecimiento Intrauterino o de Restricción del Crecimiento Intra Uterino, que son sinónimas. Ver este término en Restricción del Crecimiento Intrauterino

RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA: Corresponde al número de defunciones maternas por cada 100.000 nacidos vivos; en algunas ocasiones se usa como denominador 1.000 o 10.000 nacidos vivos. La razón de mortalidad materna mide el riesgo que tiene una mujer gestante de morir durante el embarazo o el puerperio. La razón de mortalidad materna es la medida de mortalidad materna más empleada y representa uno de los principales indicadores de desarrollo de una nación. La razón de mortalidad materna en América Latina se encuentra en 270/100.000 nacidos vivos; específicamente en Sur América se encuentra en 280/100.000 nacidos vivos y en Colombia se encuentra en 285/100.000 nacidos vivos. La razón de mortalidad materna mide el progreso de una nación en los servicios de

maternidad que incluye la competencia y capacitación del personal encargado de control prenatal, trabajo de parto y atención de parto, habilidad para referir cuando surgen complicaciones, disponibilidad de transporte para la referencia y los recursos humanos y materiales disponibles en el centro de referencia. (Christiansen, L. Collins, K. Pregnancy-associated deaths. A 15-year retrospective study and overall review of maternal pathophysiology. The American Journal of Forensic Medicine and Pathology. 2006; 27 (1): 11-19)

REACCIÓN CORTICAL DEL OVOCITO: Es un mecanismo que permite que un solo espermatozoide una su pro-núcleo con el ovocito, ocurriendo en este despolarización de la membrana e incremento del pH celular. Se han planteado dos hipótesis para explicar la reacción cortical del ovocito: la hipótesis del receptor que estable que la GTP une los receptores de membranas a enzimas que generan segundos mensajeros intracelulares, o la hipótesis del factor espermático soluble que activa los ovocitos. El primer evento de la reacción es la despolarización de la membrana plasmática; el espermatozoide induce una corriente hacia fuera en la membrana citoplasmática del ovocito por la activación de los canales de potasio. El mecanismo de la reacción cortical es el siguiente: cuando el espermatozoide se fusiona con la membrana plasmática del ovocito, se activa la vía del fosfatidil-inositol que causa incremento del calcio citoplasmático; este incremento del calcio activa una reacción cortical inicial en la cual los gránulos corticales liberan su contenido por exocitosis. (Bellido, P. Mecanismo de Fertilización. Ginecol Obstet. 2000; 43 (3): 183-90)

REACCIÓN DE ARIAS STELLA: Es un conjunto de cambios celulares y glandulares del endometrio que se observan con frecuencia en el embarazo ectópico. Sin embargo estos cambios son propios también del embarazo normal y del adenocarcinoma del endometrio. Por fuera del endometrio puede haber reacción de Arias Stella en el cérvix y ocasionalmente en la adenosis vaginal de tipo tubo-endometrial. Característicamente se observan glándulas hipersecretorias alineadas; estas glándulas están estrechamente apiñadas con grandes núcleos hipercromáticos que sugieren

lesión maligna. El epónimo de esta reacción se debe a Javier Arias-Stella, patólogo peruano quien describió los cambios histológicos mencionados. (Grases, P. Reacción de Arias Stella, una visión en perspectiva. Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela. 2005; 65:3)

REACCIÓN DE POLIMERASA EN CADENA . Aunque su sigla en español es RPC, se utiliza la sigla en inglés PCR (de Polimerase Chain Reaction). El método de PCR se basa en ciclos de amplificación exponencial de un fragmento especifico de ADN. Este fragmento está determinado por secuencias introducidas en la reacción, denominadas "partidores", y a partir de los cuales la enzima ADN polimerasa, realiza la síntesis exponencial. Cada ciclo de amplificación consta de tres etapas: denaturación, alineamiento y extensión. La denaturación se realiza a 95^{o} C y la separación conseguida permitirá que cada hebra sirva como molde o templado para la síntesis de una nueva molécula de ADN. El tiempo de denaturación depende del largo del templado, y generalmente dura entre 30 segundos y 1 minuto. En general se ha calculado que la ADN polimerasa es capaz de incorporar 60 nucleótidos por segundo a 70^{o} C,[15] por lo que un minuto es tiempo suficiente para incorporar alrededor de 1.000 pares de bases. En la práctica, este método permite identificar secuencias presentes entre 10 y 50 copias en una muestra clínica y sin condiciones especiales de mantención. Aunque la PCR permite la amplificación de ácidos nucleicos, la visualización del producto amplificado requiere de otras metodologías posteriores a la amplificación. El método más utilizado es la electroforesis de agarosa. Uno de los mayores problemas de la amplificación por PCR es la inhibición, esto porque existen numerosos factores que anulan la actividad de la ADN polimerasa. En general la proporción de inhibición reportado es de alrededor del 5%, sin embargo, esta varía desde 3% para muestras de sangre periférica hasta 18,5% para muestras de anatomía patológica (tejido fijado en formalina e incluido en parafina) .Una variación y automatización de la PCR es la amplificación en tiempo real o *Light-Cycler System*. Esta tecnología desarrollada en 1996 se basa en la emisión de fluorescencia durante la extensión de la ADN polimerasa, lo cual permite el monitoreo continuo en cada ciclo de amplificación. Dado que la cantidad de

fluorescencia emitida es proporcional a la cantidad de amplificación, este método es ideal para la cuantificación de ADN y ARN. Además una vez generado el producto, es posible monitorear su secuencia dado que la cinética de denaturación / renaturación del producto es secuencia dependiente y por lo tanto no son necesarios métodos adicionales para su visualización. En este método también es posible introducir sondas específicas para confirmar el producto amplificado lo cual aumenta su especificidad. Dado que este sistema utiliza tubos capilares, cada etapa de amplificación es significativamente más corta que en la amplificación convencional, reduciendo el tiempo total de amplificación a sólo 30 minutos. (Corvalán R., Alejandro. Biología molecular en Infectología: Parte I: Desarrollo y metodologías. Rev. Chil. Infectol., 2002, vol.19, no.1, p.14-24).

RECAMIER, JOSEPH CLAUDE ANTHÉLME: Cirujano y ginecólogo francés (1774-1853). En 1846 introdujo el raspado de la matriz en la ginecología, con una cucharilla similar a la descrita por René Croissant de Garengeot a comienzos del siglo XVIII para limpiar heridas. Recamier la utilizó por primera vez para limpiar la cavidad endometrial. Debido a la inexperiencia y a las complicaciones, la cureta fue rechazada inicialmente. Nuevamente estimuló el uso de la cureta en 1850 “para limpiar los hongos de la matriz” pues consideraba que eran los causantes de las hemorragias uterinas anormales. Diseñó las curetas fenestradas que hoy llevan su nombre. Recamier ejerció durante 40 años en el Hotel Dieu de Paris. Realizó cauterizaciones, amputaciones del cuello e histerectomías vaginales (Granadoa E. Crónica de la Medicina Plaza y Janés Editores. Barcelona, 1994 p. 283)

RECAMIER, CURETAS FENESTRADAS: Instrumentos metálicos utilizados para realizar limpieza de la cavidad endometrial. Son legras con una ventanilla(o fenestra) que tienen un borde cortante para raspar la superficie endometrial. Fueron diseñadas en el siglo XIX por Joseph Recamier, a partir de las cucharillas que René Croissant utilizara un siglo antes para limpiar heridas infectadas de la piel. (Granadoa E. Crónica de la Medicina Plaza y Janés Editores. Barcelona, 1994 p. 283)

RECIEN NACIDO ADECUADO PARA LA EDAD GESTACIONAL: Ver Neonato con adecuado peso

RECIEN NACIDO CON BAJO PESO AL NACER: Ver Neonato con bajo peso

RECIEN NACIDO GRANDE PARA LA EDAD GESTACIONAL: Ver Neonato macrosómico

RECIEN NACIDO PEQUEÑO PARA LA EDAD GESTACIONAL: Ver Neonato de bajo peso

RECIÉN NACIDO VIVO: Aunque el sentido común nos permite saber qué es un recién nacido vivo, se debe revisar la legislación de cada país sobre ese tópico pues pueden haber sorpresas. Veamos dos ejemplos: ”Debido a que en España se consideran nacidos vivos los recién nacidos que sobreviven como mínimo 24 horas (el artículo 30 del Código Civil dice que: «Para efectos civiles, sólo se reputará nacido el feto que tuviere figura humana y viviere veinticuatro horas enteramente desprendido del seno materno»). En Colombia el Código civil no exige que tenga figura humana, ni pone un tiempo más allá que el que necesita para inspirar al menos una vez, con la condición de que ha sido separado de la madre. Dice así el articulo 90. <existencia legal de las personas:. La existencia legal de toda persona principia al nacer, esto es, al separarse completamente de su madre. La criatura que muere en el vientre materno, o que perece antes de estar completamente separada de su madre, o que no haya sobrevivido a la separación un momento siquiera, se reputará no haber existido jamás. // La importancia de este concepto biológico y jurídico es la capacidad de heredar o de adquirir derechos. Si un recién nacido cumple los criterios para ser considerado vivo, adquiere la capacidad de heredar bienes de su familia o de adquirir derechos del país donde ha nacido. Si muere una vez ha sido “nacido vivo”, transfiere los bienes a sus padres o hermanos, según lo estipule la ley. Los bienes a los cuales se refiere esta norma pueden ser muy diferentes según el país: por ejemplo la posibilidad de adquirir la nacionalidad del país de nacimiento, de facilitar la nacionalización de sus

padres, etc. (Goldenberg, R. The management of preterm labor. Clinical Obstetrics and Gynecology. 2002; 100: 1020-1037)

RECTOCELE: Corresponde a la protrusión o hernia del recto que se presenta hacia la apertura vaginal. Se presenta como consecuencia de la capacidad del piso pélvico para sostener estructuras secundario a factores como partos vaginales múltiples, partos intrumentados con fórceps, desgarros perineales durante el parto, tos crónica, estreñimiento crónico y debilitamiento muscular por hipoestrogenismo relacionado con la edad. Los síntomas incluyen sensación de masa vaginal, dolor o presión en el recto, dificultad para evacuación intestinal, sensación de evacuación intestinal incompleta. El diagnóstico es clínico con la documentación de protrusión de recto al realizar maniobras de valsalva durante el examen vaginal. El tratamiento incluye una dieta adecuada para mejorar el proceso de evaluación y de acuerdo al tamaño y los síntomas, es susceptible de manejo quirúrgico con colporrafia posterior // Es la protrusión del recto por la vagina.Cuando la paciente hace un esfuerzo, se forma una saculación del recto en la cara posterior de la vagina. No se debe confundir con el prolapso rectal (ver este término). El rectocele se clasifica en tres grados: Grado 1: El pujo de la paciente hace evidente una leve saculación del recto que protruye a la luz de la vagina, pero sin alcanzar el nivel del introito vaginal. Grado 2: La saculación formada por el recto que protruye a la luz de la vagina llega a nivel del introito vaginal pero sin sobrepasarlo. Grado 3: La saculación formada por el recto que protruye a la luz de la vagina es visible con el pujo de la paciente, y además sobrepasa el nivel del introito vaginal hacia el vestíbulo o hacia el exterior de la vulva. (Iklé. Käser. Hirsch. Atlas de Cirugía Ginecológica. Cirugía vaginal en prolapsos pélvicos. Primera edición. Madrid, España. Marbán Libros, S, L. 2000. 256-287)

RED DE HALLER: Ver Signo de Haller

REDUCCIÓN DE FETOS EN EL EMBARAZO MÚLTIPLE: Eliminación quirúrgica de uno o más embriones o fetos con o sin defectos demostrables, con el propósito de mejorar las condiciones de desarrollo del o de los fetos restantes. Esta práctica se inició en la década de los años 80 para

embarazos gemelares múltiples, por ejemplo seis a ocho, para garantizar la viabilidad y calidad de vida a por lo menos dos de ellos. Las técnicas utilizadas han sido la aspiración temprana de los tejidos embrionarios, la inyección de cloruro de potasio en el corazón del feto, la electrocoagulación con mono y bipolar del cordón umbilical, la embolización del cordón con sustancias esclerosantes, la coagulación del cordón o de la aorta con Nd:YAG laser, la endoligadura del cordón por fetoscopia, etc. Aunque técnicamente el procedimiento es seguro en la actualidad, tiene serias connotaciones éticas por cuanto le quita la oportunidad de supervivencia a los demás fetos sanos que fueron sacrificados para garantizar el normal desarrollo del o de los fetos sobrevivientes. Sinónimo: Interrupción selectiva del embarazo múltiple. (Bush, M. Eddelman, K. Reducción e interrupción selectiva en embarazos múltiples. Clínicas de peritnatología. 2003; 20 (3): 86)

REFLEXIÓN (en ecografía): Es el fenómeno físico en el cual parte del haz de ultrasonido que incide en la interfase, retorna o rebota. La cantidad de sonido reflejado está determinado por la diferencia de impedancia entre dos capas de tejido y por el ángulo con el cual el haz de ultrasonido incide sobre la interfase. El ángulo crítico para la reflexión total depende de la velocidad del sonido en el medio en que se origina y de la velocidad en que es transmitido. Teniendo en cuenta que el ángulo de incidencia es igual al ángulo de reflexión, la situación ideal para una imagen bidimensional en ultrasonografía diagnóstica, se da cuando el órgano evaluado se encuentra perpendicular al haz incidente, es decir, paralelo a la piel; en estas condiciones todos los ecos de retorno impactarán en el transductor y no se perderá información procedente de la interfase. (Walton, P. Jamieson, A. The expanding role of diagnostic ultrasound in obstetrics and gynecology. Surg Gynecol Obstet. 2001; 137 (5): 753-757)

REFLEXUS: Raíz latina que menciona aquello que reproduce, muestra o pone de manifiesto otra cosa.

REFRACCIÓN (en ecografía): Es el fenómeno físico en el cual parte del haz de ultrasonido que incide una interfase, cambia la dirección de

incidencia o desvía su trayecto original una vez entra en contacto con la interfase. (Walton, P. Jamieson, A. The expanding role of diagnostic ultrasound in obstetrics and gynecology. Surg Gynecol Obstet. 2001; 137 (5): 753-757)

REGLA: Ver Menstruación.

REGLA DE LA PROBABILIDAD TOTAL: Es la combinación de probabilidades de eventos independientes que pueden hacer interacción entre sí. Ejemplo: La prevalencia de infarto cardíaco para hipertensos es del 0,3% y para no hipertensos del 0,1%. Si la prevalencia de hipertensión en una cierta población es del 25% ¿Cuál es la prevalencia del infarto en esa población? Para entender este ejemplo se debe entender que una partición es un conjunto de sucesos(por ejemplo el número de personas hipertensas) independiente de otro conjunto de sucesos (por ej el número de pacientes con infarto del miocardio). A_1 = {ser hipertenso} A_2 = {no serlo} estos sucesos constituyen una partición. B = {padecer infarto} $p(B|A_1)$probabilidad del infarto en hipertensos = 0,003 $p(B|A_2)$ probabilidad de infarto en no hipertensos = 0,001 $p(A_1)$ prevalencia de hipertensión = 0,25 $p(A_2)$ prevalencia de habitantes sin hipertensión =100-0,25= 0,75 Prevalencia de infarto en esa población: p(B) = 0,003x0,25 + 0,001 x 0,75 = 0,0015 (quince diezmilésimos)= $15x10^{-4}$ Luego al interactuar las dos variables, la prevalencia de infarto en esa población es de 15 por cada 10.000 habitantes (incluidos los hipertensos y los no hipertensos). (Hernandez, M. Garrido, F. Diseño de estudios epidemiológicos. Salud Pública de México. 2000; 42 (2): 144-154)

RELAXINA: Hormona polipeptídica secretada por la placenta al final del embarazo, para facilitar la apertura del cuello. La relaxina en su estado natural tiene pocos efectos farmacológicos para inducir el parto, por lo cual se investiga la utilidad de la relaxina humana recombinante. Aún no hay evidencia de su efecto en este campo, debido quizás a un probable efecto miorelajante del útero. Se ha demostrado la secreción de relaxina en el cuerpo amarillo, en las células deciduales y en la placenta (Bogic y col., 1995). Este péptido se sintetiza en la forma de una molécula de pre-pro-

relaxina única de 105 aminoácidos que da lugar a la formación de dos cadenas (A y B) después del clivaje de la preprorrelaxina. La relaxina actúa sobre el músculo liso miometrial para estimular la adenilato ciclasa y promover la relajación del útero. Sin embargo, los conocimientos acerca de la síntesis y la acción de la relaxina son incompletos. ***//*** Hormona polipeptídica similar a la insulina producida por los ovarios, la decidua y el corion. Induce remodelación del tejido conectivo y ha sido estudiada como agente de maduración cervical. La relaxina humana tiene pocos efectos en el cérvix humano, sin embargo, la relaxina porcina purificada y la humana recombinante están siendo investigadas como agentes inductores de maduración cervical. (Sánchez-Ramos, L. Induction of Labor. Obstetrics and Gynecology Clinics of North America. 2005. 32: 181-200)

RESECTOSCOPIO: Instrumento utiilizado en la histeroscopia quirúrgica para resecar una masa o hacer una biopsia de una lesión de la cavidad endometrial. (Hirsh, A. Käser, O. Atlas de cirugía ginecológica. Laparoscopia e histeroscopia. Editorial Marbán Libros. Madrid, España. 2000. pp 32-46)

RESECCIÓN OVÁRICA EN CUÑA: Extirpación de una parte del ovario, en forma de una cuña, con el propósito de facilitar la ovulación o con el propósito de hacer una biopsia para estudio histopatológico. Es un método empleado en el manejo quirúrgico de las pacientes con sindrome de ovario poliquístico, aunque su empleo ha caído en desuso. (Builes, C. Días, I. Castañeda, J. Péres, L. Caracterización Clínica y Bioquímica de la mujer con Síndrome de Ovario Poliquístico. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. 2006; 57: 36-44)

RESERVA OVÁRICA: Hace referencia a la cantidad y calida de folículos que tiene una mujer en diferentes etapas de la vida. Se emplea principalmente en la etapa reproductiva para evaluar la probabilidad de embarazo que tiene una pareja o la capacidad de respuesta que puede tener la mujer en los ciclos de estimulación, ya que la falla ovárica es una de las principales causas de infertilidad femenina. Al nacer, el ovario contiene entre 260.000 y 470.000 folículos; de manera fisiológica se

produce una disminución progresiva de estos secundario a los fenómenos de atresia e inicio del desarrollo, de tal manera que en la menopausia quedan menos de 1.000 folículos. En mujeres menores de 35 años con reserva folicular disminuida, se presenta esterilidad y se manifiesta con niveles anormalmente altos de FSH evaluado en el tercer día del ciclo. (Silverberg, K. Evaluation of the couple with infertility in a managed care environment. Clinical Obstetrics and Gynecology. 2000; 43: 844-853)

RESISTENCIA BACTERIANA: Es el proceso a través del cual los microorganismo desarrollan mecanismos para eludir la acción bactericida o bacterióstatica de los antimicrobianos. La resistencia bacteriana puede ser intrínseca (natural) o adquirida; a su vez, la resistencia adquirida puede ser cromosómica o extracromosómica. La resistencia bacteriana se manifiesta en una de las siguientes formas: a) producción de enzimas que inactivan el antimicrobiano; b) alteración de la permeabilidad de la membrana celular al antimicrobiano; c) cambios en la estructura del receptor bacteriano con el fin de disminuir la afinidad del mismo al microorganismos; d) generación de "bypass" metabólicos para evadir el antimicrobiano. (Isaza, CA. Fundamentos de Farmacología en Terapéutica. Generalidades de Quimioterapia. Tercera edición. Bogotá, Colombia. Editorial Panamericana. 1993. 475-486 // DeCherney, A. Diagnóstico y tratamiento ginecoobstétricos. Quimioterapia antimicrobina. Séptima edición. Bogotá, Colombia. Editorial Manual Moderno. 1994. 189-1009)

RESISTENCIA DE LAS SUTURAS QUIRÚRGICAS: Se define como la cantidad de peso necesaria para el romper el material de sutura, dividida por el área de corte transversal, de tal manera que la carga produce su ruptura se cuadriplica por el doble del diámetro del material de sutura. Un material de sutura quirúrgica anudado posee alrededor de un tercio de la resistencia de uno no anudado. La técnica quirúrgica también afecta la resistencia a la tensión; la pérdida de un nudo en un material de sutura disminuye la resistencia a la tensión en un 17% y la manipulación con pinzas o portaagujas la reduce en forma dependiente de la dosis. (Bennet, RG. Selection of wound clousure materials. J Am Acad Dermatol. 2004; 68: 742)

RESISTENCIA DE UN NUDO DE SUTURA: Corresponde a la fuerza necesaria para que un nudo de material de sutura quirúrgica se deslice, ya sea en forma parcial o total. Depende del coeficiente de fricción del material y de su capacidad de estiramiento. (Bennet, RG. Selection of wound clousure materials. J Am Acad Dermatol. 2004; 68: 742)

RESOLUCIÓN: Hace referencia a la capacidad que tiene un equipo para identificar estructuras pequeñas con precisión o la capacidad para reconocer como separados dos objetos que se encuentran a una distancia mínima. Existen tres tipos de resolución: resolución temporal, resolución por detalle, resolución por contraste. (Walton, P. Jamieson, A. The expanding role of diagnostic ultrasound in obstetrics and gynecology. Surg Gynecol Obstet. 2001; 137 (5): 753-757)

RESOLUCIÓN (en ecografía): Hace referencia a la capacidad que tiene un equipo para identificar estructuras pequeñas con precisión o la capacidad para reconocer como separados dos objetos que se encuentran a una distancia mínima. Existen tres tipos de resolución: resolución temporal, resolución por detalle, resolución por contraste. (Walton, P. Jamieson, A. The expanding role of diagnostic ultrasound in obstetrics and gynecology. Surg Gynecol Obstet. 2001; 137 (5): 753-757).

RESOLUCIÓN POR CONTRASTE (en ecografía): Corresponde a la resolución que se relaciona con la escala de grises. Cuanta mayor tonalidad exista entre el blanco y el negro, mayor será la posibilidad de diferenciar los detalles de diversos tejidos. (Walton, P. Jamieson, A. The expanding role of diagnostic ultrasound in obstetrics and gynecology. Surg Gynecol Obstet. 2001; 137 (5): 753-757).

RESOLUCIÓN POR DETALLE (en ecografía): Corresponde la resolución que incluye dos variedades: axial y lateral. En la resolución por detalle axial, también llamada resolución longitudinal, consiste en la distancia mínima en la cual dos objetos que se encuentran en la misma dirección del haz de ultrasonido pueden discriminarse como separados. Este tipo de resolución requiere frecuencias de onda altas con longitud de ondas pequeñas; sin embargo, a medida que la frecuencia de onda aumenta se pierde

profundidad, de tal forma que en la resolución por detalle variedad axial se requiere estar cerca del órgano o estructura evaluado para obtener una adecuada resolución. La resolución por detalle variedad lateral, también llamada resolución transversal, consiste en la distancia mínima en que se pueden discriminar dos puntos de manera aislada en el sentido perpendicular al haz de ultrasonido. La mayor resolución lateral se logra cuando el órgano o estructura evaluada se encuentra en el foco seleccionado del haz de ultrasonido. (Walton, P. Jamieson, A. The expanding role of diagnostic ultrasound in obstetrics and gynecology. Surg Gynecol Obstet. 2001; 137 (5): 753-757)

RESOLUCIÓN TEMPORAL (en ecografía): Corresponde a la resolución en la cual se logra diferenciar imágenes separadas en el tiempo y se relaciona con la cantidad de cuadros por segundo (frame-rate). Para obtener una imagen en tiempo real se requiere un frame-rate adecuado. (Walton, P. Jamieson, A. The expanding role of diagnostic ultrasound in obstetrics and gynecology. Surg Gynecol Obstet. 2001; 137 (5): 753-757)

RESPIRACIÓN ASISTIDA: Es una respiración que ayuda al esfuerzo respiratorio del paciente. Una respiración asistida se inicia cuando el esfuerzo inspiratorio del paciente llega al punto de sensibilidad y dispara una respiración con los parámetros programados, independiente del esfuerzo del paciente. Puede reemplazar o adicionarse a las respiraciones controladas. (American Collage of Chest Physicians. Concensus Conference: Mechanical Ventilation beyond the intensive care unit. Chest 2005; 113: 289-344 / Tobin, M. Advances in Mechanical Ventilation. New England Journal of Medicine. 2001; 344 (26): 1986-1994)

RESPIRACIÓN CONTROLADA: Es el tipo de respiración donde el ventilador libera una presión, volumen o flujo al paciente de acuerdo a lo prefijado por el operador, es decir, controlada por presión o controlada por volumen/flujo, en una frecuencia respiratoria fija. En ausencia de esfuerzos respiratorios por el paciente, el ventilador proporciona el total de la respiración. Las respiraciones se completan cuando la variación de ciclo

prefijada se alcanza, es decir, cuando la presión, el volumen y el tiempo se alcanza. (American Collage of Chest Physicians. Concensus Conference: Mechanical Ventilation beyond the intensive care unit. Chest 2005; 113: 289-344 / Tobin, M. Advances in Mechanical Ventilation. New England Journal of Medicine. 2001; 344 (26): 1986-1994)

RESPIRACIÓN ESPONTÁNEA: Es la respiración basada en la demanda del paciente. El volumen y el flujo son determinados por el esfuerzo inspiratorio del paciente. Una respiración espontánea se termina cuando la demanda del paciente finaliza. (American Collage of Chest Physicians. Concensus Conference: Mechanical Ventilation beyond the intensive care unit. Chest 2005; 113: 289-344 / Tobin, M. Advances in Mechanical Ventilation. New England Journal of Medicine. 2001; 344 (26): 1986-1994)

RESTRICCIÓN DEL CRECIMIENTO INTRAUTERINO (RCIU): Corresponde a la alteración del crecimiento fetal en el cual se presenta una disminución en la tasa de crecimiento con falla en el desarrollo del potencial de crecimiento genéticamente establecido y documentación de peso fetal estimado menor del percentil 10 para la edad gestacional. Esta complicación del embarazo representa mayores tasas de morbimortalidad perinatal con mayor riesgo de muerte súbita intrauterina tanto en los fetos pretérmino como en los fetos a término y mayores secuelas a largo plazo como alteraciones neurológicas, menor coeficiente intelectual y alteraciones emocionales y de comportamiento. Tiene una incidencia global del 5-10% y representa la segunda causa de muerte perinatal. Dentro de los factores de riesgo establecidos para el desarrollo de RCIU se encuentran factores maternos (hipertensión materna, enfermedad renal, diabetes con vasculopatía, enfermedades autoinmunes, trombofilias, asma, hemoglobinopatías, desnutrición), estilos de vida materno (tabaquismo, alcohol, consumo de sustancias psicoactivas), factores fetales (aneuploidías, malformaciones fetales, parto pretérmino, gestación múltiple), factores infecciosos (infecciones virales, parasitarias y bacterianas), factores placentarios (placenta previa, abrupcio, acretismo placentario). La RCIU se clasifica en dos categorías: RCIU simétrico y RCIU asimétrico.

(Maulik, D. Fetal Growth Restriction: the etiology. Clinical Obstetrics and Gynecology. 2006; 49 (2): 228-235)

RESTRICCIÓN DE CRECIMIENTO INTRAUTERINO ASIMÉTRICO: Hace referencia al proceso de alteración del crecimiento fetal que se instaura en forma tardía, usualmente después de la semana 28 de gestación, comprometiendo el tamaño celular más no el número celular; con efecto final al nacer de peso bajo para la edad gestacional con talla normal y parámetros antropomètricos normales excepto el perímetro abdominal que se encuentra menor del esperado para la edad gestacional. Usualmente afecta en mayor medida el crecimiento del abdomen fetal secundario a disminución del tamaño hepático y del tejido celular subcutáneo abdominal. El diagnóstico se realiza con la documentación del peso fetal estimado menor del percentil 10 para la edad gestacional, con alteración de los parámetros biométricos evaluados por ultrasonografía, principalmente la circunferencia abdominal. La restricción de crecimiento intrauterino asimétrico representa mayor riesgo de complicación intraparto y pero resultado perinatal. (Maulik, D. Fetal Growth Restriction: the etiology. Clinical Obstetrics and Gynecology. 2006; 49 (2): 228-235)

RESTRICCIÓN DE CRECIMIENTO INTRAUTERINO SIMÉTRICO: Hace referencia al proceso de alteración del crecimiento intrauterino que se instaura de forma temprana, afectando la división celular y comprometiendo el crecimiento esquelético, crecimiento de la cabeza y el abdomen fetal, con efecto final al nacer de talla y peso bajo para la edad gestacional, con medidas antropomètricas proporcionales pero menores de las esperadas para la edad gestacional. El diagnóstico se realiza con la documentación de un peso fetal estimado menor del percentil 10 para la edad gestacional, que es clínicamente evidenciado antes de la semana 28 de gestación o evidencia clínica posterior con compromiso de todos los parámetros biométricos principalmente cabeza y abdomen fetal. Presenta mayor riesgo de complicaciones fetales anteparto e intraparto comparado con la población general, pero menores de tasas de complicación intraparto comparado con la restricción de tipo asimétrico. (Maulik, D. Fetal Growth

Restriction: the etiology. Clinical Obstetrics and Gynecology. 2006; 49 (2): 228-235)

RETARDO DEL CRECIMIENTO INTRAUTERINO (RCIU): Ver Restricción del Crecimiento Intrauterino

RETRACTORES VAGINALES: Son instrumentos metálicos utilizados para rechazar una o dos paredes vaginales y de esta manera mejoran la visibilidad del campo quirúrgico cuando se realizan suturas o procedimientos en las paredes de esta cavidad o en el exocervix. Los más utilizados constan de una lámina roma doblada, con aspecto lateral de una L. De este tipo de separadores son los retractores de Heaney. Otros retractores son los de Briesky-Navratil cuya forma recuerda una bayoneta. El modelo de Remine tiene una bola pesada en la región que le corresponde al mango y separa el piso de la vagina por gravedad; el modelo de Rigby tiene dos valvas y un mecanismo de seguridad con dientes similar al de las pinzas de Rochester, que le permite mantenerse abierto. (Iklé. Käser. Hirsch. Atlas de Cirugía Ginecológica. Cirugía vaginal en prolapsos pélvicos. Primera edición. Madrid, España. Marbán Libros, S, L. 2000. 256-287)

RETRASO I: Ver Muerte Perinatal, Retraso I

RETRASO II: Ver Muerte Perinatal, Retraso II

RETRASO III: Ver Muerte Perinatal, Retraso III

RETROFLEXIÓN UTERINA: Corresponde a la flexión del cuerpo uterino hacia atrás, con respecto al cuello, formando un ángulo de 120°. (Alarcón, M. Anatomía Clínica del aparato genital femenino. Anatomía clínica del útero. 2005. Editorial Manual Moderno. Bogotá, Colombia. pp 213-253)

RETROVERSIÓN UTERINA: Corresponde a la inclinación del cuerpo uterino sobre el recto, formando un ángulo de 90°. (Alarcón, M. Anatomía Clínica del aparato genital femenino. Anatomía clínica del útero. 2005. Editorial Manual Moderno. Bogotá, Colombia. pp 213-253)

RETROVERSOFLEXIÓN UTERINA: Corresponde a la inclinación del cuerpo uterino hacia atrás en relación tanto con el cervix como con el recto. (Alarcón, M. Anatomía Clínica del aparato genital femenino. Anatomía clínica del útero. 2005. Editorial Manual Moderno. Bogotá, Colombia. pp 213-253)

RETZIUS, ANDERS ADOLPH: Anatomista sueco nacido en 1796. Murió a los 64 años. Describió el espacio retropubiano que lleva su nombre. Además de este espacio describió las fibras del oido y las venas intestinales que llevan su nombre. (Alarcón, M. Anatomía Clínica del aparato genital femenino. Anatomía clínica del útero. 2005. Editorial Manual Moderno. Bogotá, Colombia. pp 213-253)

.

REVERBERACIÓN (en ecografía): Es el artefacto más común en ultrasonografía. Corresponde a la reflexión del ultrasonido en una interfase y a su retorno al transductor, donde una parte del impulso es absorbida por el mismo para producir el verdadero eco y otra parte es reflectada por la interfase piel-transductor, produciéndose múltiples ecos que se ubican por detrás de la estructura real evaluada. El eco real se posiciona normalmente, pero los ecos que se van generando posteriormente, se van localizando a una distancia mayor del primero. La reverberación es un artefacto que se observa comúnmente en la evaluación de la vejiga materna y del parietal fetal más próximo al transductor. (Filly, R. Crane, J. Routine obstetrics sonography. J Ultrasound Med. 2002; 21: 713 – 718

RIÑÓN ECTÓPICO: Corresponde a una malformación del sistema urinario fetal caracterizado por una localización anómala del riñón fetal. Ocurre como consecuencia de una falla en el ascenso del riñón hasta su posición definitiva en la semana 11 de gestación. Esta alteración presenta una incidencia de 1:500 hasta 1:2000 fetos. Tiene tres presentaciones: riñón pélvico, riñón en herradura y riñón torácico. El riñón pélvico es la forma más común y su diagnóstico ultrasonográfico prenatal se establece con la visualización de una masa de origen renal en la pelvis fetal; el riñón en herradura corresponde a una fusión de los polos inferiores de los riñones en

la línea media y el riñón torácico usualmente corresponde a la presencia de vestigios del primer sistema renal desarrollado o pronefros. La ectopia renal tiene un riesgo alto de obstrucción del sistema urinario con desarrollo posterior de hidronefrosis y falla renal. El pronóstico es favorable, si no se presentan malformaciones asociadas. (Damen-Elias, HA, De Jong, TP, Stigter, RH, et al. Congenital renal tract anomalies: outcome and follow-up of 402 cases detected antenatally between 1986 and 2001. Ultrasound Obstet Gynecol 2005; 25:134)

ROBIN, SECUENCIA: También conocida como Síndrome de Pierre Robin, se caracteriza por hipoplasia mandibular que ocurre antes de la novena semana de desarrollo. La hipoplasia mandibular resulta en una disposición posterior de la lengua, evitando el cierre del paladar y produciendo hendiduras en el mismo. La causa del trastorno es desconocido. La secuencia Robin es usualmente una anormalidad aislada, sin embargo, en algunos casos puede ocurrir como parte de un síndrome con múltiples malformaciones. El espectro clínico de la secuencia Robin incluye micrognatia, glosoptosis y paladar hendido; el prolapso de la lengua resulta en una obstrucción de la vía aérea y el compromiso respiratorio puede llevar a hipoxia, hipertensión pulmonar. La mortalidad se presenta en el 10 al 60% de los casos en infantes a término y pretérmino, respectivamente. La tasa de mortalidad aumenta a medida que la anormalidad se presenta asociada con otras malformaciones. (Van den, Elzen AP, Semmekrot, BA, Bongers, EM, Huygen, PL. Diagnosis and treatment of the Pierre Robin sequence: results of a retrospective clinical study and review of the literature. Eur J Pediatr 2001; 160:47)

ROMBENCÉFALO: Corresponde a una de las tres vesículas cerebrales primarias que se forman a la semana seis de gestación y dan origen a las estructuras cerebrales. El rombencéfalo se divide a los 34 días de gestación en el metencéfalo y el mielencéfalo. El metencéfalo da origen al cerebelo, la protuberancia y parte del cuarto ventrículo; el mielencéfalo da origen a la médula y parte del cuarto ventrículo. (Cafici,D. Mejides, A. Sepúlveda, W. Ultrasonografía en obstetricia y diagnóstico prenatal. Evaluación

ultrasonográfica del primer trimestre de la gestación. Buenos Aires, Argentina. Ediciones Journal. 2003. p 16-41)

RUPTURA ARTIFICIAL DE MEMBRANAS: Es la amniotomía que realiza la persona que atiende a la materna, durante el trabajo de parto. Se realiza mediante el uso de un instrumento metálico corto-punzante y estéril. Si la ruptura artificial ocurre antes de los 5 cm de dilatación del cervix se denomina temprana; si se realiza con más de 5 cm de dilatación del cuello uterino, se le llama tardía. En ninguno de los casos debe realizarse con el feto flotante por el riesgo de prolapso del cordón umbilical que pone en serio peligro la vida del feto. El concepto de ruptura artificial se opone al de ruptura espontánea de las membranas, que ocurre como consecuencia de la presión intrauterina, sin participación de personas ni instrumentos. Ver amniotomía. (Norwitz, E. Robinson, J. Induction of labor. Gabbe Obstetrics. 4th ed. New York: Churchill Livingstone.. 2002. 353 – 394)

RUPTURA ESPONTÁNEA DE LAS MEMBRANAS: Es la formación de un orificio en las membranas ovulares que permite la salida del líquido amniótico, por efecto de la presión intrauterina durante las contracciones del trabajo de parto. El concepto de ruptura espont{anea se opone al de amniocentesis o ruptura artificial de las membranas, en la cual el orificio es realizado con un instrumento por la persona que atiende a la materna. (Norwitz, E. Robinson, J. Induction of labor. Gabbe Obstetrics. 4th ed. New York: Churchill Livingstone.. 2002. 353 – 394)

RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS: Ruptura espontánea de las membranas corioamnióticas antes del inicio de la actividad uterina. Complica aproximadamente el 5% de todas las gestaciones y se puede presentar al término o antes del término (pretérmino). Existen 2 teorías acerca del desarrollo de RPM: infección ascendente de microorganismos patógenos que colonizan tracto genital inferior o la presencia de infección intraamniótica subclínica que posteriormente lleva a RPM. Los factores de riesgo RPM son: bajo nivel socioecómico, índice de masa corporal bajo, tabaquismo, antecedente de RPM en embarazos previos, antecedente de parto pretérmino en gestaciones previas, antecedente de TPP en el actual

embarazo, infecciones del tracto genital inferior, sobredistensión uterina, manipulación cervical, procedimientos invasivos intraamnióticos, hemorragia anteparto. La RPM representa complicaciones maternas como corioamnionitis, endometritis, bacteremia y riesgo de cesárea corporal y complicaciones fetales asociadas a prematurez como Síndrome de Distrés respiratorio, hemorragia intraventricular, sepsis neonatal, meningitis y neumonía neonatal, hipoplasia pulmonar, deformidades músculoesqueléticas, enterocolitis necrotizante. (Mercer. B. Preterm Premature Ruptura of the Membranas Obstetrics and Gynelogy. 2003; 101 (1): 178 -193)// Sinónimos: RPM, Ruptura prematura de las membranas ovulares.

RUPTURA PREMATURA DE LAS MEMBRANAS OVULARES: Ver Ruptura prematura de las membranas.

RUPTURA PREMATURA DE LAS MEMBRANAS EN EL FETO PRE-VIABLE: Es la ruptura espontánea de membranas que se presenta antes de la semana 23 de gestación. Teniendo en cuenta que el proceso de maduración pulmonar no se ha completado, las probabilidades de supervivencia de estos fetos es mínima asociado principalmente al desarrollo de hipoplasia pulmonar. Las pacientes con RPM previable deben ser hospitalizadas para realizar seguimiento ecográfico del índice de líquido amniótico y evaluar viabilidad del embarazo o posibilidad de manejo con amnioinfusión si las condiciones maternas y fetales no lo contraindican. (Mercer. B. Preterm Premature Ruptura of the Membranas. Obstetrics and Gynelogy. 2003; 101 (1): 178 -193)

RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS CERCA DEL TÉRMINO: Es la ruptura espontánea de membranas que se presenta entre la semana 32 y la semana 34 de gestación. El manejo de esta condición incluye la documentación de madurez pulmonar momento en el cual se debe desembarazar la paciente. Si no se documenta madurez pulmonar, se debe realizar manejo expectante, con esquema de maduración pulmonar y tocolisis si es necesario hasta completar esquema. Si la condición materna y fetal lo permite el embarazo puede ser llevado hasta la semana 34 de

gestación. (Mercer. B. Preterm Premature Ruptura of the Membranas. Obstetrics and Gynelogy. 2003; 101 (1): 178 -193)

RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS LEJOS DEL TÉRMINO: Es la ruptura espontánea de membranas que se presenta entre la semana 23 y la semana 31 de gestación. Estas pacientes deben permanecer hospitalizadas con manejo expectante realizando evaluación continua de criterios infecciosos clínicos y paraclínicos con CH, PCR y PBF diario; se debe iniciar maduración pulmonar con corticoides y esquema de antibióticos profilácticos. Si las condiciones maternas y fetales lo permiten, el embarazo puede ser llevado hasta la semana 32 de gestación. (Mercer. B. Preterm Premature Ruptura of the Membranas. Obstetrics and Gynelogy. 2003; 101 (1): 178 -193)

RUPTURA UTERINA: Es la disrupción del miometrio (solución de continuidad) como consecuencia de una sobrepresión inducida por las contracciones uterinas, por sobredistensión uterina, maniobras de presión externas o manipulaciones para hacer una versión, instrumentación del parto, etc. // La ruptura del útero puede comunicar la cavidad peritoneal directamente con la cavidad uterina (ruptura uterina completa) o la cavidad uterina puede quedar separada de la cavidad peritoneal por el peritoneo visceral o el ligamento ancho (ruptura uterina incompleta). (Cunningham, FG. Gant, NF. Leven, K. Gilstrap, L. Hauth., J. Wenstrom K. Hemorragia Obstétrica. Williams Obstetricia. 21° edición. Montevideo, Uruguay. 2001. 547-568) / La ruptura uterina es la apertura de una herida uterina antigua a lo largo de la mayor parte de su longitud, con la apertura de las membranas fetales de modo que se comunican la cavidad uterina y la cavidad peritoneal. En estas circunstancias, por lo general una parte o todo el feto resulta proyectado dentro de la cavidad peritoneal. (Shipp, TD. Vaginal Birth alter previous caesarean. Clinical Obstetrics and Gynecology. 2004. Volume 47. Number 2. 365 – 377)



SACO GESTACIONAL: Corresponde a una denominación ultrasonográfica que comprende el embrión, el saco vitelino, el corion y el amnios. Es la primera forma de visualización del embarazo intrauterino por ultrasonografía. La ecografía transvaginal de alta frecuencia permite detectar el saco gestacional cuando éste alcanza un tamaño de dos a tres milímetros, que corresponde aproximadamente a cuatro semanas y media de amenorrea. Morfológicamente el saco gestacional se visualiza como una estructura anecoica con un reborde periférico altamente ecogénico que corresponde al trofoblasto. De forma usual el saco gestacional se encuentra en localización central y en el fondo uterino, de tal forma que la alteración en el contorno o la localizacion corresponden a signos de mal pronóstico del embarazo. (Cafici,D. Mejides, A. Sepúlveda, W. Ultrasonografía en obstetricia y diagnóstico prenatal. Evaluación ultrasonográfica del primer trimestre de la gestación. Buenos Aires, Argentina. Ediciones Journal. 2003. p 16-41)

SACO VITELINO: (latín,saccus: bolsa y latín vitellum: yema de huevo). **1.** Es una bolsa que se origina en el intestino medio y que actúa inicialmente en la transferencia de nutrientes al embrión durante las semanas segunda y tercera; a principios de la tercera semana da comienzo a la formación de la sangre en el mesodermo extraembrionario que recubre el saco, hasta tanto se inicia la función hematopoyética en el hígado hacia la semana sexta de la gestación. Durante la tercera semana de desarrollo, en el recubrimiento endodérmico de la pared del saco, aparecen las células germinativas primordiales que más tarde migran hacia las glándulas sexuales que se están formando, para diferenciarse en espermatogonias o en oogonias según el sexo del embrión. Hacia la cuarta semana, el endodermo del saco vitelino se incorpora al embrión como intestino primitivo y dará origen a los epitelios del árbol respiratorio y del tubo digestivo. El saco vitelino suele ser visible

ecográficamente desde la semana quinta hasta la semana 20 cuando desaparece. En raras ocasiones persiste durante todo el embarazo y es visible en el parto como una masa pequeña en la cara fetal de la placenta, cerca de la inserción del cordón umbilical. En resumen, a través de la vida embrionaria y algunas semanas de la fetal el saco vitelino participa en la nutrición, hemopoiesis, en la formación de las células gonadales y en la formación de los epitelios respiratorio y digestivo.// **2.** Es una estructura embrionaria que reemplaza la cavidad del blastocisto hacia el décimo día de gestación constituyendo el saco vitelino primario. Posteriormente, hacia el día doce de gestación a medida que se produce una segunda oleada de proliferación del hipoblasto, esta estructura se desintegra y colapsa, y el espacio que lo constituyó forma el saco vitelino secundario o definitivo. Esta estructura embrionaria es el segundo evento que se observa por ultrasonografía en el embarazo precoz. El saco vitelino que se observa por ultranosografía corresponde al saco vitelino secundario. Se visualiza como un anillo ecogénico con centro anecoico. Aparece aproximadamente a la cinco semanas de amenorrea con un diámetro de 1 – 2 mm para un diámetro sacular medio de 5 mm. El tamaño discriminatorio del saco gestacional para la visualización del saco vitelino por vía transvaginal es de 8 – 10 mm, que corresponde a cinco semanas y media de gestación. Por vía transabdominal, el tamaño discrimatorio de saco gestacional para la visualización del saco vitelino es de 20 mm. El saco vitelino crece hasta alcanzar un diámetro máximo de 5 – 6 mm, a la semana 10 de gestación y posteriormente involuciona. La identificación del saco vitelino por ultrasonografía es de utilidad para confirmar que la imagen líquida intrauterina corresponde a un saco gestacional, otorga una idea aproximada de la edad gestacional, sirve de referencia para la ubicación del embrión y su actividad cardíaca y para detectar mal pronóstico del embarazo precoz con alteración de su morfología y tamaño. (Efrat, Z. Akinfenwa, O. First trimestre identification of fetal gender by ultrasound. Ultrasound Obstet Gynecol. 1999; 13: 305-307)// El divertículo ileal o divertículo de Meckel, es un remanente embrionario del saco vitelino.// **3.** Es una bolsa que se origina en el intestino medio y que actúa inicialmente en la transferencia de nutrientes al embrión durante las semanas segunda y tercera;

a principios de la tercera semana da comienzo a la formación de la sangre en el mesodermo extraembrionario que recubre el saco, hasta tanto se inicia la función hematopoyética en el hígado hacia la semana sexta de la gestación. Durante la tercera semana de desarrollo, en el recubrimiento endodérmico de la pared del saco, aparecen las células germinativas primordiales que más tarde migran hacia las glándulas sexuales que se están formando, para diferenciarse en espermatogonias o en oogonias según el sexo del embrión. Hacia la cuarta semana, el endodermo del saco vitelino se incorpora al embrión como intestino primitivo y dará origen a los epitelios del árbol respiratorio y del tubo digestivo. El saco vitelino suele ser visible ecográficamente desde la semana quinta hasta la semana 20 cuando desaparece. En raras ocasiones persiste durante todo el embarazo y es visible en el parto como una masa pequeña en la cara fetal de la placenta, cerca de la inserción del cordón umbilical. En resumen, a través de la vida embrionaria y algunas semanas de la fetal el saco vitelino participa en la nutrición, hemopoiesis, en la formación de las células gonadales y en la formación de los epitelios respiratorio y digestivo.// El divertículo ileal o divertículo de Meckel, es un remanente embrionario del saco vitelino(Moore, Keith L., Persaud, T.V.N. Embriología Clínica. McGraw-Hill Interamericana: México. 6ª ed. 1999, pág. 160, 161.).// Sinónimos: Bolsa vitelina, Saco de Yolk

SACROCOLPOPEXIA: Ver Colposacropexia

SADE, MARQUÉS DE. *(Francia, 1740-1814)*. Escritor que pagó con la prisión su libertinaje desenfrenado, y que se convirtió en el prototipo de quienes gozan con la crueldad. Pero para él, el sexo era un elemento revolucionario. Parte de sus libros, como La filosofía en el tocador (La philosophie dans le boudoir, 1795), utilizan la obscenidad y el dolor como medios para contribuir al cambio de la sociedad.// Donatien Alphonse François, apodado el Divino Marqués, fue un escritor nacido el 2 de junio de 1740 en París, en el seno de la familia formada por Jean Baptista de Sade y Marie Eléonore de Mailleé, quienes estaban emparentados con la casa de Borbón. Inicia su educación en el monasterio benedictino de Saint-Léger d'Ebreuil y posteriormente en el colegio Jesuita d'Harcourt de París, en donde un sacerdote y tío suyo, el abad

Jacques-François de Sade, será su tutor. A los diez años de edad observa las continuas orgías que su tío celebra en el castillo de Saumane. Ingresó en la escuela de Caballería de la Guardia Real y participó en la guerra de los Siete Años con el Ejército francés. A los veintitrés años, abandona el ejército y contrae matrimonio con Renée Pélagie Cordier de Launay de Montreuil, la hija de un nuevo rico, de París. Su esposa lo acompañó en sus frecuentes huidas de la ley, escribiéndole y visitándole frecuentemente en las diferentes cárceles en las que estuvo recluido. Su primera detención por el delito de actos de perversión sexual en una mujer, blasfemias y profanación sexual con la imagen de Jesucristo, se produce tan sólo cuatro meses después de su boda, y es desterrado, por su condición de noble, a las tierras que tiene su familia en la Provenza. Posteriormente se convierte en cliente asiduo de los prostíbulos de Madame Brissault, de Mme. Hecquet, y de los teatros del gran París, en los cuales se provee de sucesivas amantes. En 1772, varias prostitutas lo acusan de haberlas golpeado y sodomizado y por envenenamiento a una de ellas con un afrodisíaco extraido de la mosca española. Aunque nadie murió por ese afrodisíaco, fue condenado a muerte y que su cuerpo sea quemado y sus cenizas esparcidas al viento. Escapó entonces a Italia acompañado de su cuñada y amante, Mademoiselle Anne-Prospère de Launay, abadesa de un convento. Por influencia de su suegra, quien lo odiaba, son apresados y encarcelados en la fortaleza de Miolans, de la que se fuga. En muchos de sus escritos, como Justina o los infortunios de la virtud (1791), Juliette o las prosperidades del vicio (1796), Los ciento veinte días de Sodoma (publicada póstumamente) y La filosofía en el tocador (1795), describe con detalle sus diversas prácticas sexuales. Así, el término sadismo se emplea en psiquiatría para designar el tipo de neurosis que consiste en obtener placer sexual infligiendo dolor a otros. Su filosofía considera naturales tanto los actos criminales como las desviaciones sexuales. Sus obras fueron calificadas de obscenas y hasta bien entrado el siglo XX estuvo prohibida su publicación. Encarcelado en Vincennes. pasó seis años en esta prisión, después se le trasladó a la Bastilla y en 1789 al hospital psiquiátrico de Charenton. Abandonó el hospital en 1790 pero fue detenido otra vez en 1801. Rodó de prisión en prisión y en 1803 ingresó otra vez a Charenton, donde murió y fue

enterrado en 1814. Pidió ser enterrado anónimamente en el bosque para que "…todos los vestigios de mi tumba desaparezcan de la faz de la tierra, así como también espero que todo vestigio de mi memoria sea borrado de la memoria de los hombres…" (http://www.sade. iwebland.com // Colette Verger Michael. The Marquis de Sade: the man, his works, and his critics: an annotated bibliography. (1986). // Ver Sadismo. // Ver Sadomasoquismo. // Ver Masoquismo. // Ver Masoch

SÁDICO (A): Persona que practica el sadismo (Real Academia de la lengua española. XXII edición. Madrid, 2001).

SADISMO. Palabra derivada del apellido Sade (del marqués de Sade) La excitación producida por el acto de humillar, infligir dolor o torturar al compañero(a) o compañeros de los juegos sexuales. (James Cleugh. The Marquis and the Chevalier : A Study in the Psychology of Sex As Illustrated by the Lives and Personalities of the Marquis de Sade. Edit. Greenwood Press. Reprint July 1972)// Perversión sexual de quien provoca su propia exitación cometiendo actos de crueldad en otra persona. // Crueldad refinada con placer de quien la ejecuta (Real Academia de la lengua española. XXII edición. Madrid, 2001). // Ver Sadomasoquismo. // Ver Masoquismo // Ver Masoch

SADOMASOQUISMO: 1. Mezcla de elementos sádicos y masoquistas en la relación sexual. // **2.** Relación sexual entre una persona con trastorno de la sexualidad del tipo sadismo, con otra persona que tiene trastorno de la sexualidad del tipo masoquismo. **3.** Tendencia sexual morbosa de quien goza causando y recibiendo humillación y dolor (Real Academia de la lengua española. XXII edición. Madrid, 2001) **4.** Es la relación íntima de pareja en la que el dolor y el sufrimiento (mediante golpes y otras formas de trauma) son factores estimulantes en uno o ambos compañeros sexuales (James Cleugh. The first Masochist: A biography of Leopold von Sacher-Masoch (1836-1895). Edit Blond, ciudad, 1967).// Deleuze, Gilles “Coldness and Cruelty” 1967, Zone Books 1991). // Sinónimo: Algolagnia // Ver Sadismo, Masoquismo , Masoch

SADOMASOQUISTA: Persona que practica el sadomasoquismo (Real Academia de la lengua española. XXII edición. Madrid, 2001).

SALPINGECTOMÍA . Es la extirpación quirúrgica de una o ambas trompas de Falopio. Puede hacerse mediante laparotomía o mediante laparoscopia. Puesto que se consideran la trompa y el ovario bajo la denominación común de “anexo”, la salpingo-ooforectomía se puede mencionar como anexectomía.

SALPINGITIS AGUDA: Inflamación de las trompas, percibida en las últimas 48 horas. // Corresponde a la inflamación aislada de las trompas de Falopio, cuyos síntomas se desarrollan en forma aguda o rápida, usualmente en las primeras 48 horas. Forma parte de la Enfermedad Pélvica Inflamatoria y generalmente es secundaria a proceso infeccioso por ascenso de gérmenes adquiridos localizados a nivel vaginal, como gonococo y clamidia. Afecta principalmente a mujeres en edad reproductiva, entre 15 y 25 años, con promedio de presentación a los 20 años. La salpingitis aguda presenta sintomatología que inicia usualmente después de la menstruación, con dolor abdomino-pélvico, náuseas, vómito, fiebre, secreción vaginal fétida, dolor a la movilización del cérvix y palpación de anexos en el tacto bimanual, de instauración rápida. El diagnóstico es clínico, los exámenes de laboratorio documentan leucocitosis y neutrofilia; la ecografía transvaginal que se realiza como parte del estudio de las pacientes con dolor pélvico agudo, se emplea para descartar la presencia de una complicación como absceso tubárico. En la fase aguda de la infección, se evidencia edema marcado y eritema de la serosa de las trompas de Falopio, con secreción de material purulento y evidencia de salida del mismo al realizar expresión de la fimbria. El tratamiento consiste en antibióticos sistémicos, analgésicos, antiinflamatorios; si se documenta complicación como absceso tubárico se indica drenaje quirúrgico del mismo. (Workowski, KA, Berman, SM. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2006. MMWR Recomm Rep 2006; 55:1)

SALPINGITIS CRÓNICA:1. Corresponde a la inflamación aislada de las trompas de Falopio, cuyos síntomas persisten más allá de una semana. Forma parte de la Enfermedad Pélvica Inflamatoria y generalmente es secundaria a proceso infeccioso por ascenso de gérmenes adquiridos localizados a nivel vaginal, como gonococo y clamidia. Afecta principalmente a mujeres en edad reproductiva, entre 15 y 25 años, con promedio de

presentación a los 20 años. Clínicamente se presenta con dolor abdomino-pélvico persistente, nauseas, vómito, diarrea, masa palpable a nivel de fosa iliaca, flujo vaginal fétido y dolor a la palpación de anexos con sensación de masa hacia territorio anexial que corresponde a la presencia de hidrosalpinx. Aproximadamente 2 a 3 semanas el material purulento tubárico se torna estéril en el 50% de los casos, y aproximadamente en 2 meses, el 80 al 90% constituyen un hidrosalpinx; sin embargo, en muchas ocasiones es posible cultivar gonococo del líquido coleccionado en la trompa. // 2. Se denomina asi a la inflamación de las trompas de mas de 4 semanas de evolución pudiendo durar años, por lo general provocada por microorganismos invasores secundarios a la infección aguda por gonococo, tanto aerobios como anaerobios, o por una infección primaria con clamydia trachomatis, se caracteriza por estar acompañada de un síndrome adherencial, pudiendo evolucionar como consecuencia del proceso inflamatorio a hidrosalpinx, piosalpinx y finalmente abceso tubarico. Su principal sintomatología es dolor pélvico intenso persistente y progresivo habitualmente bilateral o lateralizado, dispareunia severa. / por el compromiso de tejido pélvico que ocasiona la infección y el síndrome adherencial con dolor pélvico intenso difuso persistente también es llamada enfermedad pélvica inflamatoria crónica.(John A. Rock. Jhon D Thompson. Te Linde. Ginecologia Quirurgica. Octava edición. Pag 694-695 // 2-Workowski, KA, Berman, SM. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2006. MMWR Recomm Rep 2006; 55:1)

SALPINGITIS SUBAGUDA: Corresponde a la inflamación aislada de las trompas de Falopio, cuyos síntomas se desarrollan entre 48 horas y 1 semana. Forma parte de la Enfermedad Pélvica Inflamatoria y generalmente es secundaria a proceso infeccioso por ascenso de gérmenes adquiridos localizados a nivel vaginal, como gonococo y clamidia. Afecta principalmente a mujeres en edad reproductiva, entre 15 y 25 años, con promedio de presentación a los 20 años. La sintomatología consiste en dolor abdominal y pélvico de inicio insidioso, náuseas, vómito, diarrea, fiebre, flujo vaginal fétido y dolor a la palpación de anexos en examen bimanual con palpación de masa anexial usualmente correspondiente a colección abscedada. En la fase

subaguda de la enfermedad, se presenta marcado edema de las trompas de Falopio, con colección de material purulento en su interior, que causa distensión; esta condición se conoce con el nombre de abscedo tubárico. El diagnóstico es clínico, la ecografía transvaginal documenta trompas de Falopio fácilmente visibles, con edema de pared y contenido hipoecogénico en su interior que corresponde al material purulento coleccionado. El tratamiento consiste en antibióticos sistémicos, analgésicos, antiinflamatorios; si se documenta complicación como absceso tubárico se indica drenaje quirúrgico del mismo. (Workowski, KA, Berman, SM. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2006. MMWR Recomm Rep 2006; 55:1)

SALPINGITIS: Es la inflamación de una ó ambas trompas. Puede ser aguda,subaguda o crónica.

SALPINGOCELE: Protrusión herniaria de la trompa de Fallopio. Ocurre con cierta frecuencia luego de histerectomía en la cual han dejado una pequeña ventana en la cúpula de la vagina para drenaje de la sangre y/o la linfa. Por esa ventana de la cúpula vaginal puede sobresalir la fimbria de una de las trompas.

SALPINGOLITIASIS: Entidad de rara ocurrencia en la cual las paredes tubarias contienen formaciones cristaloides a manera de cálculos.

SALPÌNGO-NEOSTOMÍA: Corresponde al procedimiento quirúrgico empleado para el tratamiento del hidrosalpinx, usualmente en relación con infertilidad. En estos casos la oclusión distal completa de la trompa, con varios grados de formación de hidrosalpinx, se asocia a disfunción tubárica por daño de la mucosa. La técnica consiste en crear un nuevo ostium tubárico incidiendo la serosa y la pared uterina; la eversión del endosalpinx se puede lograr mediante suturas microquirúrgicas, electrocauterio o láser. El procedimiento puede realizarse por vía laparoscópica o por laparotomía, con técnicas de microcirugía; Gomel es unos de los padres de la salpingo-neostomía microquirúrgica y establece tasas de embarazo entre 29% y 47% al año del procedimiento, con tasa de embarazo ectópico del 7-8%. Los factores que influyen en el resultado de la salpingo-neostomía por técnica microquirúrgica

han sido descritos por Boer-Meisel, quien señala que la extensión de las adherencias peritubáricas, el grosor de la pared y la condición macroscópica del endosalpinx son variables que permiten diferenciar tres grupos de severidad con diferente pronóstico para embarazo que de menor a mayor severidad, se encuentra en 59%, 16% y 3% de probabilidad de embarazo.// también llamada salpingostomia, consisteen una cirugía reconstructiva para la creación de un nuevo estoma en una trompa de falopio con un extremo distal completamente ocluido (hidrosalpinx). Puede ser terminal, ampular o itsmica, segun la ubicación anatomica en la cual se va a construir el nuevo estoma. El éxito de este procedimiento quirúrgico depende de la longitud de la trompa principalmente de la ampolla lugar anatomico mas recomendado para realizarse*. (John A. Rock. Jhon D Thompson. Te Linde. Ginecologia Quirurgica. Octava edición. Pag 694-69 // 2*-Durruty, G. Vera, C. Resultados de la salpingo-neostomía laparoscópica en infertilidad por hidrosalpinx. Rev Chil Obstet Ginecol. 2002; 67 (6): 488 – 493). *(John A. Rock. Jhon D Thompson. Te Linde. Ginecologia Quirurgica. Octava edición. Pag 694-695)*

SALPINGO-OOFORECTOMÍA: Extirpación quirúrgica de la trompa y el ovario del mismo lado . Puede ser derecha, izquierda o bilateral. Las siglas acostumbradas para estas cirugías son: SOD,SOI y SOB respectivamente.

SALPINGO-OOFORITIS: Inflamación simultánea de las trompas y de los ovarios, o de al menos una trompa y un ovario.

SALPINGO-OOFOROCELE: Herniación de la trompa y el ovario simultáneamente. Entidad poco frecuente ,se puede presentar luego de una histerectomía en la cual han dejado una pequeña ventana en la vagina para drenaje de la sangre y/o la linfa . Por esta ventana de la cúpula pueden herniarse la trompa y el ovario.

SALPINGOPLASTIA: Corrección quirúrgica de la trompa que le devuelve sus características anatómicas, lo más próximas a lo normal.

SALPINGORRAFIA: Sutura de la trompa, luego de una herida quirúrgica o inmediatamente después de un desgarro.

SALPINGOSCOPIA: Consiste en la evaluación diagnóstica de la luz de las trompas de Falopio que se emplea en las técnicas de fertilización in vitro o transferencia intratubárica de gametos. Esta técnica se realiza a través del canal de trabajo del laparoscopio operatorio, utilizando un endoscopio rígido o flexible. La técnica consiste en sujetar la porción ampular de la trompa, cerca de la fimbria, con una pinza atraumática y se introduce el salpingoscopio. La trompa se distiende mediante la infusión de solución de Ringer. El procedimiento permite la visualización de la mucosa tubárica que puede ser aumentada hasta 80 veces; al mismo tiempo se puede realizar liberación de adherencias con el salpingoscopio. (Hirsh, A. Käser, O. Atlas de Cirugía Ginecológica. Laparoscopia e histeroscopia. Editorial Marbán Libros. Madrid, España, 2000. pp 32-46). ***//*** Corresponde a un procedimiento de cateterización tubárica por via laparoscópica. El procedimiento consiste en insertar un endoscopio rígido o flexible, de 5 mm para visualizar las porciones fímbrica y ampular de la trompa de Falopio, que corresponden a las porciones más importantes desde el punto de vista reproductor. Por medio de esta técnica se pueden visualizar lesiones epiteliales, vasculares, así como adherencias o pólipos intraluminales que generen infertilidad. (Optimal evaluation of the infertile female. Fertil Steril 2004; 82 Suppl 1:S169).

SALPINGOSTOMÍA: Apertura de un orificio en la tuba que se convierte en una boca, como ocurre por ejemplo cuando se extrae la masa ectópica de una trompa, mediante corte en el borde anti-mesosalpinx, sin hacer sutura de los bordes.

SALPINGOSTOMÍA: Es la apertura de una boca en la trompa. // Es la cirugía realizada a la trompa de Falopio en la cual se realiza un corte, por ejemplo para extraer un embarazo ectópico, y se deja abierta la herida a manera de una boca, sin sutura para cierre por segunda intención. La salpingostomía suele hacerse en el borde antimesosalpinx pues en esta región la vasculatura es menor, lo cual facilita la hemostasia con leve trauma para los tejidos. (John A. Rock. Jhon D Thompson. Te Linde. Ginecologia Quirurgica. Octava edición. Pag 694-695).

SALPINGOTOMÍA: Es la cirugía realizada a la trompa de Falopio en la cual se

realiza un corte, por ejemplo en el borde anti-mesosalpinx para extraer un embarazo ectópico, y luego se cierra la herida quirúrgica mediante puntos de sutura que comprometan toda la pared del oviducto o solo la serosa. // **2**. Sutura de la tuba inmediatamente después de una herida quirúrgica, como ocurre por ejemplo cuando se extrae la masa ectópica de una trompa, mediante corte en el borde anti-mesosalpinx, con sutura de los bordes serosa-serosa o seromuscular-seromuscular.

SÁNDWICH PARA LA ATONÍA UTERINA: (Del ingl. *sandwich,* y este de J. Montagnu, 1718-1792, cuarto conde de *Sandwich*, de quien se cuenta que se alimentó de esta clase de comida para no abandonar una partida de cartas).**1.** m. Emparedado hecho con dos rebanadas de pan de molde entre las que se coloca jamón, queso, embutido, vegetales u otros alimentos (Real Academia de la Lengua Española).// Es la combinación de la sutura de B-Lynch más el balón intrauterino de Bakri, para el tratamiento de la hemorragia uterina post parto por atonía uterina, cuando otras medidas han fallado. (Wendy L. Nelson, MD ,John M. O'Brien, MD. The uterine sandwich for persistent uterine atony: combining the B-Lynch compression suture and an intrauterine Bakri balloon. American Journal of Obstetrics and Gynecology - Volume 196, Issue 5 (May 2007)) // Ver Sutura compresiva de B-Lynch // Ver Balón de Bakri

SARCOMA (Griego Sarx, Sarkós, carne y Oma, tumor ó tumefacción): **1.** Tumor maligno originado de los tejidos mesenquimales. Son carnosos y tienen poco estroma de tejido conjuntivo. // **2.** Es un tumor maligno que se origina en tejidos derivados del mesodermo embrionario que en el útero incluye músculo liso, tejido conjuntivo cérvico-uterino y endotelio vascular o linfático. Frecuencia : 0,05 a 2,3 por cada 100 mil mujeres estudiadas. La edad de ocurrencia casi siempre es por encima de los 40 años. El sarcoma uterino más frecuente es el mesodérmico mixto, que constituye el 3 al 6% de todos los cánceres del útero. Factores de riesgo: Un factor de riesgo de sufrir sarcoma es la irradiación pélvica ya que hasta en el 29% de las pacientes con sarcoma se encontró este antecedente con un periodo de latencia de 2 a 30 años post irradiación. Otros factores de riesgo aparentes son la multiparidad y el primer parto a edad temprana. Signos y síntomas de los sarcomas: a-La hemorragia

uterina anormal se presenta entre el 77y 95% de los casos b-Dolor pélvico se presenta del 20 al 43% de los casos. c-Masa abdominal de crecimiento más rápido que un mioma. A un grupo de pacientes se les puede demostrar crecimiento uterino o masa pélvica palpable (20-50%de los casos).d-Tejido neoplásico visible en el orificio cervical hasta en 70% de casos. La triada de hemorragia post-menopáusica dolorosa con prolapso de tejido friable a través del cuello uterino dilatado es muy sugestiva de sarcoma.

SARCOMA BOTRIOIDES: Constituye una neoplasia maligna sarcomatosa derivada del músculo estriado. Estos rabdomiosarcomas ocurren principalmente en la infancia, de los cuales el 70% ocurre en la primera década de la vida; en el adulto representan el 5-10% de los sarcomas de tejidos blandos. Se localizan usualmente en cabeza y cuello (30-40%), siendo menos frecuentes en el tracto genitourinario (20%), extremidades (15-20%), tórax (10%) y retroperitoneo (5%). De acuerdo a su forma histológica se clasifican en rabdomiosarcomas embrionarios, botrioides, alveolar y pleomórfico. El sarcoma botrioides tiene baja incidencia, se presenta usualmente en niñas antes de los cinco años de edad. Clínicamente se presenta como un racimo de masas gelatinosas que protuyen por la vagina. Tiene un crecimiento rápido y presenta alta posibilidad de necrosis y sobreinfección. (Hurel, E. Evans, G. Rabdomiosarcomas del tracto genital. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología. 2003; 68 (4): 315-317)

SARCOMA DE LA VAGINA: Corresponde a una variante histológica del carcinoma de vagina que incluye subtipos como leiomiosarcoma, tumores müllerianos mixtos malignos y rabdomiosarcomas. El subtipo más común de sarcoma de vagina es el rabdomiosarcoma embrionario tipo sarcoma botrioides, que corresponde a un tumor con alto potencial de malignidad que afecta a las niñas en infancia temprana. La edad media de presentación es de 3 años. Se manifiesta con lesiones tipo nódulo en forma de racimo de uvas localizado a nivel vaginal. El tratamiento incluye resección quirúrgica, quimioterapia y radioterapia. El pronóstico es malo y depende de la extensión de la lesión. (Grigsby, PW. Vaginal cancer. Curr Treat Options Oncol 2002; 3:125).

SARCOMA DE LA VULVA: Corresponde a un tumor maligno de la vulva que corresponde al 1%-2% de todos los carcinomas de este órgano. Tiene diferentes presentaciones: leiomiosarcoma, rabdomiosarcoma, liposarcoma, angiosarcoma, neurofibrosarcoma, histiocitoma fibroso y sarcoma epiteliode. Es una patología poco frecuente que se caracteriza por una apariencia histológica no clásica de tumor maligno, lo que puede generar errores en el diagnóstico; por lo anterior se considera que la visualización histológica de mas de 10 mitosis por campo debe ser considerada neoplasia maligna. El sarcoma de vulva tiene un comportamiento agresivo con crecimiento rápido, necrosis y ulceración de la zona central del tumor. La cirugía radical es la opción de tratamiento pero si se tiene en cuenta la alta tendencia a la recidiva local y las metástasis hematógenas, el tratamiento debe incluir radioterapia y quimioterapia. (Fox, H, Wells, M. Recent advances in the pathology of the vulva. Histopathology 2003; 42:209).

SARCOMA DEL ESTROMA ENDOMETRIAL: Es un tumor mesenquimal maligno de cuerpo uterino que representa el 3% de todas las neoplasias malignas del cuerpo uterino y 0.2% de neoplasias del Tracto Genital Femenino. Es un tumor con infiltración miometrial y/o compromiso del espacio vascular y diseminación metástasica a distancia. Afecta principalmente a mujeres de raza negra entre la cuarta y quinta décadas de la vida con edad promedio de 48 años; el 25% con mujeres premenopáusicas. A nivel macroscópico se caracteriza por la presencia de una masa única con bordes delimitados, de localización intramural con extensión a miometrio y serosa en el 50% de los casos; puede presentar degeneración quística, necrosis tumoral y hemorragia hasta en el 40% de los casos. Histológicamente presenta vasculatura plexiforme con atipia celular mínima, figuras mitóticas infrecuentes con cambios mixoides y fibrosos. La clasificación histológica previa tenía en cuenta el número de mitosis por campo estableciendo dos grupos: Sarcoma del estroma endometrial de bajo grado: < 10 mitosis/campo y Sarcoma del estroma endometrial de alto grado: > 10 mitosis /campo. La nueva clasificación no tiene en cuenta criterios histológicos y establece dos grupos: Sarcoma del Estroma Endometrial (Bajo grado) y Sarcoma Indiferenciado (alto

grado). La clasificación clínica incluye cuatro estadíos: Estadío I: limitado al endometrio, Estadío IA: con cavidad uterina menor de 8 cm y estadío IB con cavidad uterina mayor de 8 cm. Estadío II: compromete fondo uterino o endocérvix, Estadío III: extensión fuera del útero, confinado a la pelvis, Estadío IV: extensión fuera de la pelvis, vejiga o recto. Tiene sobrevida a 5 años entre 67 y 90%; la metástasis a distancia es infrecuente y el tratamiento que se plantea es histerectomía + salpingooforectomía bilateral, aunque esto depende del estadío histopatológico y clínico determinado. (Parham, D. Barr, FG. Rhabdomyosarcoma. Skeletal Muscle tumours. World Health Organization. 2001: 130-142)

SARCOMA ENDOMETRIAL INDIFERENCIADO: Es un sarcoma endometrial de algo grado, con comportamiento clínico agresivo y sobrevida a 5 años menor del 10%. Afecta principalmente a mujeres de raza negra entre la quinta y sexta décadas de la vida. Microscópicamente se caracteriza por la presencia de masa única o múltiples tumoraciones de tipo polipoide con superficie amarillenta o gris y cambios de necrosis tumoral y hemorragia. Microscópicamente se presentan células que semejan estroma endometrial con figuras mitóticas abundantes, atipia celular marcada, vasculatura plexiforme. (Parham, D. Barr, FG. Rhabdomyosarcoma. Skeletal Muscle tumours. World Health Organization. 2001: 130-142)

SARCOMA VAGINAL: Corresponde a una variante histológica del carcinoma de vagina que incluye subtipos como leiomiosarcoma, tumores müllerianos mixtos malignos y rabdomiosarcomas. El subtipo más común de sarcoma de vagina es el rabdomiosarcoma embrionario tipo sarcoma botrioides, que corresponde a un tumor con alto potencial de malignidad que afecta a las niñas en infancia temprana. La edad media de presentación es de 3 años. Se manifiesta con lesiones tipo nódulo en forma de racimo de uvas localizado a nivel vaginal. El tratamiento incluye resección quirúrgica, quimioterapia y radioterapia. El pronóstico es malo y depende de la extensión de la lesión. (Grigsby, PW. Vaginal cancer. Curr Treat Options Oncol 2002; 3:125)

SARCOMAS UTERINOS, Clasificación del Gynecologic Oncology Group-GOG-) ha clasificado los sarcomas en: a- Leiomiosarcomas b- Sarcomas

estromales endometriales c- Sarcomas müllerianos mixtos homólogos d- Sarcomas müllerianos mixtos heterólogos e-Otros //. Los dos principales tipos de sarcoma uterino son: el leiomiosarcoma (orginado en el músculo liso) y el sarcoma del estroma endometrial (originado en las células del tejido conjuntivo). ESTADIO I: El sarcoma uterino en estadio I se divide en estadios IA, IB y IC según la extensión que haya alcanzado en la pared del útero en que el cáncer se ha diseminado. En el estadio IA, el cáncer está solo en el endometrio. En el estadio IB, el cáncer se ha diseminado hacia la mitad interna del miometrio (capa muscular del útero). En el estadio IC, el cáncer se ha diseminado hacia la mitad exterior del miometrio. ESTADIO II: El sarcoma uterino en estadio I se divide en estadios IA, IB y IC según la extensión que haya alcanzado en la pared del útero en que el cáncer se ha diseminado. En el estadio IA, el cáncer está solo en el endometrio. En el estadio IB, el cáncer se ha diseminado hacia la mitad interna del miometrio (capa muscular del útero). En el estadio IC, el cáncer se ha diseminado hacia la mitad exterior del miometrio. El sarcoma uterino en estadio II se divide en estadios IIA y IIB según la distancia hacia el cuello uterino en que el cáncer se ha diseminado. En el estadio IIA, el cáncer se ha diseminado hacia las glándulas donde se encuentran el cuello uterino y el útero. En el estadio IIB, el cáncer se ha diseminado hacia el tejido conjuntivo del cuello uterino. ESTADIO III: El sarcoma uterino en estadio III se divide en estadios IIIA y IIIB según la extensión que el cáncer ha alcanzado dentro de la pelvis (la parte más baja del abdomen entre los huesos de la cadera). En el estadio IIIA, el cáncer se ha diseminado a la capa externa del útero o hacia los tejidos justo fuera del útero o hacia el peritoneo. En el estadio IIIB, el cáncer se ha diseminado a los ganglios linfáticos de la pelvis o cerca del útero. ESTADIO IV: El sarcoma uterino en estadio IV se divide en estadios IVA y IVB. En el estadio IVA, el cáncer se ha diseminado hacia la vejiga o la pared del intestino. En el estadio IVB, el cáncer se ha diseminado hacia otras partes del cuerpo más allá de la pelvis, incluso hacia los ganglios linfáticos del abdomen y la ingle.

SARCOMAS, CLASIFICACIÓN DE OBER: 1-Sarcomas puros a-Homólogos b- Heterólogos. Los homólogos son el leiomiosarcoma, el angiosarcoma y el

sarcoma del estroma endometrial. Los heterólogos son el liposarcoma, el rabdomiosarcoma y el condrosarcoma. 2-Mixtos:Sarcoma mesodérmico mixto 3-Müllerianos mixtos. //

SCHAUTA, FRIEDRICH: Connotado ginecólogo de la segunad mitad del siglo XIX y de la primera mitad del siglo XX, pionero de la cirugía vaginal para el tratmiento del cáncer de cérvix. El profesor Friedrich Schauta en 1901, director de la Frauenklinic de Viena, postuló que todas las histerectomías se deberían realizar por vía vaginal, incluidas las que se hacían por cáncer de cérvix. Se mantuvo esta técnica hasta la aparición de la técnica del Dr Ernst Wertheim, alumno de Schauta, quien bajó las cifras de mortalidad cuando demostró que la histerectomía con linfadenectomía por vía abdominal bajaba las cifras de mortalidad por cáncer de cérvix. (Wertheim E. *Die erweiterte abdominale Operation bei Carcinoma colli uteri (auf Grund von 500 Fällen).* Berlin and Vienna, 1911).

SCREEENING ó Cribado ó Tamizaje: Es la aplicación sistemática de una prueba diagnóstica a una población con uno o más criterios de selección, considerados criterios de riesgo para presentar un desorden o enferrmedad, con el objetivo último de seleccionar a la población que requiere una investigación complementaria, o emprender una acción preventiva o terapéutica directa. Por ejemplo en un sistema de salud se decide hacer la prueba de HIV para todas las embarazadas. Una vez se detectan las gestantes con la primera prueba positiva (tamizaje) se les realiza las pruebas de confirmación y a quienes finalmente son positivas (segundo tamizaje) se las derivan hacia el grupo especializado en el tratamiento del HIV.

SCREENING PRENATAL DE CROMOSOMOPATÍAS: es el término que se usa para describir las pruebas de cribado llevadas a cabo para identificar, entre la población general de gestantes aparentemente sanas, aquellas que tienen mayor riesgo de que el feto porte una cromosomopatía**,** que podría ser reconocida mediante una prueba diagnóstica.

SECUENCIACIÓN. Es un método de laboratorio en biología molecular que permite leer el código genético de un microorganismo. Las principales

aplicaciones de la secuenciación en Infectología están en la identificación de nuevos patógenos, la caracterización de brotes epidémicos y la identificación de patrones genéticos que determinan la resistencia a terapia. Específicamente, la resistencia de la transcriptasa reversa y proteasa a fármacos antivirales en pacientes VIH, resistencia a ganciclovir en citomegalovirus y resistencia a rifampicina en *Mycobacterium tuberculosis*, son algunas las aplicaciones clínicas más importantes de la secuenciación. Finalmente la secuenciación ha permitido conocer el genoma completo de microorganismos tales como *Neisseria menigitidis*, *M. tuberculosis, Clostridium perfringens*, *Streptococcus pyogenes* y *Helicobacter pylori.* La posibilidad de analizar el genoma completo de micro-organismos está permitiendo estudiar las interacciones microorganismo-huésped y con la ayuda de herramientas computacionales (bioinformática) desarrollar nuevos agentes terapéuticos y vacunas. (Corvalán R., Alejandro. Biología molecular en Infectología: Parte I: Desarrollo y metodologías. *Rev. chil. infectol.*, 2002, vol.19, no.1, p.14-24)

SEGMENTO UTERINO INFERIOR: Es la porción inferior del útero durante el trabajo de parto normal. Comprende la porción inferior del útero y el cuello uterino. Es el segmento pasivo del útero, representa la porción distendida del mismo, se desarrolla gradualmente a medida que avanza el embarazo y se adelgaza significativamente durante el trabajo de parto para formar un tubo muscular y fibromuscular que facilita el pasaje del feto hacia la vagina. (Cunningham, FG. Gant, NF. Leven, K. Gilstrap, L. Hauth., J. Wenstrom K. Trabajo de parto y Parto Normales. Williams Obstetricia. 21° edición. Montevideo, Uruguay: Editorial Panamericana. 2001: 215 – 251)

SEGMENTO UTERINO SUPERIOR: Es la porción superior del útero durante el trabajo de parto normal. Corresponde al fondo y cuerpo uterinos y se caracteriza por ser la porción activamente contráctil del útero que adquiere mayor espesor a medida que avanza el trabajo de parto . (Cunningham, FG. Gant, NF. Leven, K. Gilstrap, L. Hauth., J. Wenstrom K. Trabajo de parto y Parto Normales. Williams Obstetricia. 21° edición. Montevideo, Uruguay: Editorial Panamericana. 2001: 215 – 251)

SEGREGACIÓN ADYACENTE: Los cromosomas que están uno al lado del

otro en el cuadrivalente pasan al mismo gameto durante la meiosis. La segregación adyacente uno ocurre cuando pasan los cromosomas con centrómeros no homólogos. La adyacente dos ocurre cuando pasan los cromosomas con centrómeros homólogos al ocurrir la meiosis.

SEGUNDO CORTE AXIAL PARA EVALUACIÓN ECOGRÁFICA DEL SNC FETAL: Corresponde al estudio de la anatomía del cerebro fetal mediante ultrasonografía bidimensional de tiempo real. Este segundo corte axial se obtiene por debajo del primer corte axial mediante una sección transtalámica de la calota fetal. Este plano de corte es el plano de medición habitual del diámetro biparietal y la circunferencia cefálica en la evaluación de la biometría fetal. Ecográficamente se observa la cabeza fetal con morfología ovoide, divida en dos porciones o hemisferios por la línea media o cisura interhermisférica, que aprecia como una línea ecogénica que partiendo desde la región occipital se interrumpe en su parte media por la presencia del tercer ventrículo. En la región más frontal se observa la imagen del cavum del septum pellucidum, como dos pequeñas líneas ecogénicas, paralelas al eco medio interrumpido a ese nivel. A cada lado de la línea media se observan dos estructuras hipoecogénicas que corresponden a los tálamos y en medio de ellos en la región central, se observa el tercer ventrículo. En este corte en ocasiones es posible apreciar los cuernos anteriores de los ventrículos laterales y la cisura de Silvio en una situación más periférica. (Fleischer, A. Manning, F. Jeanty, P. Romero, R. Ecografía en Obstetricia y Ginecología. Diagnóstico prenatal de malformaciones cerebro-espinales. Madrid, España. Ediciones Marban. Sexta edición. 2002. p 375-388)

SEGUNDO ESTADIO DEL TRABAJO DE PARTO : Periodo de tiempo en el trabajo de parto comprendido desde que el cuello se ha dilatado 10 centímetros y se ha borrado en el 100%, hasta que se expulsa el feto.// También se conoce con el nombre de fase expulsiva. (Liao, JB. Buhimschi, C. Normal Labor: Mechanism and Duration. Obstetrics and Gynecology Clinics of North America. 2005. 32; 145 – 164)

SEMIOLOGÍA GINECOLÓGICA: (gr.Seemeion: signos y síntomas,Logos: estudio) **1.** Es la rama de la medicina que se ocupa de los signos y de los

síntomas del aparato genital femenino. // **2**. Es la ciencia del diagnóstico ginecológico.

SENO: Sinónimo de mama o teta. Ver Mama.

SENO MARGINAL DE LA PLACENTA: Término utlizado en la antigüedad para señalar un supuesto canal venoso que rodeaba la placenta, al que se pensaba que fluía toda la sangre materna antes de abandonar la placenta. Los estudios radiológicos realizados a mediados de los años 50 y 60 del siglo XX, demostraron la inexistencia del mencionado seno.

SENSIBILIDAD: 1. Es el porcentaje de enfermos detectado mediante una prueba positiva. // **2.** Es la capacidad de detectar a los verdaderos enfermos mediante una prueba diagnóstica // **3.** Es la relación que guardan los individuos enfermos positivos respecto a la totalidad de enfermos. Puesto que una prueba puede detectar a un grupo de verdaderos positivos, pero puede ser incapaz de detectar a otros enfermos e informarlos como negativos (falsos negativos), la sensibilidad establece la relación de los enfermos que fuero detectados, respecto a la totalidad de enfermos. // **4.** En la tabla de 2x2 la columna n1 es la de los enfermos, la columna n2 es la de los sanos. La casilla A es la de los individuos realmente enfermos en quienes la prueba es positiva, la casilla C es la de los enfermos en quienes la prueba es negativa (falsos negativos), la casilla B es la del grupo de individuos sanos en los cuales la prueba es positiva(falsos positivos), la casilla D es la de los individuos realmente sanos, en los cuales la prueba es negativa. // Matemáticamente la Sensibilidad se calcula en la tabla de 2x2, al dividir los Verdaderos enfermos entre la totalidad de enfermos. Veamos un ejemplo: A un grupo de 540 individuos se les hizo una prueba que fue positiva en 85 casos de los 100 que eran realmente enfermos: N=540 A=85 n1=100 , por lo tanto la Sensibilidad de esa prueba es de 85/100=0,85 que se interpreta como: Sensibilidad del 85%. (Greenberg, S. Raymond MD, PhD, Daniels, Stephen MD, PhD. Epidemiologia Clínica. Manual Moderno: México. 2a ed. 1998, Cap. 6: p. 93 – 104) // **5.** Es la capacidad de una prueba de detectar los verdaderos enfermos mediante una prueba positiva. Matemáticamente se calcula dividiendo los verdaderos enfermos detectados por la prueba(casilla A), divididos por el total

de enfermos(casilla n1): A /(A+C) ó A / n1// // **6.** Es el porcentaje de personas con la enfermedad de interés que tienen resultados positivos en la prueba(Greensberg R. Epidemiología clínica. Manual Moderno, México, 2da edición 1998, p.95) // Términos afines: Especificidad, Test Predictivo Positivo, Test Predictivo Negativo.

SEPSIS: Es un síndrome de respuesta inflamatoria sistémica en respuesta a una infección. Los signos clínicos de Síndrome de Respuesta Inflamatoria Sistémica están presentes asociados a la evidencia y documentación de un proceso infeccioso concomitante. Desde el punto de vista gasimétrico la sepsis en estadíos tempranos, se asocia con alcalosis respiratoria debido a la estimulación de la ventilación en respuesta al proceso infeccioso. (Balk, RA. Severe sepsis and septic shock. Definitions, epidemiology, and clinical manifestations. Crit Care Clin 2000; 16:179 / Levy, MM, Fink, MP, Marshall J. International Sepsis Definitions Conference. Crit Care Med 2003; 31:1250 / Martin, GS, Mannino, DM, Eaton, S, Moss, M. The epidemiology of sepsis in the United States from 1979 through 2000. N Engl J Med 2003; 348:1546)

SEPSIS SEVERA: Es la presencia de sepsis asociada a disfunción de un órgano, más hipoperfusión o hipotensión, que responde al manejo convencional con terapia hídrica. Las manifestaciones de hipoperfusión pueden incluir acidosis láctica, oliguria o alteración aguda del estado mental. (Balk, RA. Severe sepsis and septic shock. Definitions, epidemiology, and clinical manifestations. Crit Care Clin 2000; 16:179), (Levy, MM, Fink, MP, Marshall J. International Sepsis Definitions Conference. Crit Care Med 2003; 31:1250),(Martin, GS, Mannino, DM, Eaton, S, Moss, M. The epidemiology of sepsis in the United States from 1979 through 2000. N Engl J Med 2003; 348:1546).

SERMs: Sigla del inglés Selective Estrogen Receptor Modulators, Moduladores selectivos de los receptores estrogénicos. Deben su nombre por el sitio de acción, sobre los receptores de estrógenos. Los SERMs se unen a los receptores estrogénicos y regulan la transcripción genética mediada por estas hormonas.La misma sustancia actúa como agonista sobre unos receptores, como antagonista sobre otros receptores y agonista/antagonista

sobre los mismos receptores, por esto se les clasifica como moduladores de la acción de los estrógenos que se ponen en contacto con estos receptores.Por ejemplo: el tamoxifen actúa como inhibidor en la mama, pero es un activador de los receptores en el útero. Los SERMs se desarrollaron inicialmente como antiestrógenos para el tratamiento médico del carcinoma de seno. Posteriorente se descubrió su utilidad en otras disfunciones orgánicas, malestares corporales(dolores, oleadas de calor) y en su capacidad de modificar los niveles séricos de sustancias como el colesterol, los triglicéridos, la FSH. Por esta razón se utilizan en la Terapia de Reemplazo Hormonal en la pre y postmenopausia,para manejo de la mastalgia resistente, para prevención de la ginecomastia en los físico-culturistas que consumen esteroides anabólicos, etc. Algunos de los SERMs más utilizados son el Tamoxifeno y el Raloxifeno. El Tamoxifeno es útil para el manejo del cáncer de mama estrógeno-dependiente, y puede perevenirlo en mujeres con alto riesgo de presentarlo, pero también se usa con mucha eficacia para el dolor mamario en mujeres sanas que no responden a las demás terapias conocidas. Por su efecto agonista sobre el útero, parece aumentar el riesgo de cáncer endometrial (lo cual no ocurre con el Raloxifeno ni el Femarelle).El Raloxifeno es útil para la prevención del cáncer de mama, pero también es de notoria utilidad en el tratamiento de la osteoporosis postmenopáusica. Otros SERMs utilizados son el clomifeno y el ormeloxifeno. (Riggs BL, Hartmann LC. Selective estrogen receptor modulators, mechanism of action and aplication to cliniacl practice. N Engl. J Med. 2003, Vol 348 No. 7, p. 618-629).

SEUDOCIESIS: Ver Pseudociesis.

SEUDOHERMAFRODITISMO FEMENINO: Ver Pseudo-hermafroditismo feme- nino.

SEUDOQUISTE LINFÁTICO: Ver Pseudoquiste linfático

SEXO ANAL: Es la penetración del pene en el conducto anal y el recto a través del ano. Es una práctica habitual entre hombres homosexuales, utilizada con alguna frecuencia en parejas de hombre-mujer. Algunos hombre encuentran excitante ser penetrado analmente porque estimula la próstata,

que en términos sexuales equivale al área G de la vagina. Muchas mujeres encuentran la penetración anal dolorosa, puesto que el ano, a diferencia de la vagina, no produce su propia lubricación durante el estímulo sexual. A menos que el esfínter anal esté muy relajado, pueden producirse fisuras o desgarros, particularmente dolorosos después del coito. Para evitar las infecciones vaginales y urinarias, especialmente por Escherichia coli, debe evitarse la penetración en la vagina luego de una penetración anal. The Kinsey Institute New Reports on Sex (1990) recomienda: todo aquel que sea penetrado analmente(hombre o mujer heterosexual, bisexual u homosexual) debe someterse a revisiones periódicas que incluyan el exámen del ano y del recto. // Bajo la estricta ley islámica del Corán el sexo anal es una falta *contra natura* y como tal se penaliza con la muerte (Roberts A,Padgett-Yawn B. Amor y sexualidad. Círculo de lectores,Barcelona. 1999 p. 86 y 238). // 2- Es la realización del coito mediante penetración del orificio anal.

SEXO ANATÓMICO: El aspecto exterior de los genitales constituye el sexo anatómico. Si hay pene y testículos el individuo se considera de sexo masculino; si tiene vulva se considera de sexo femenino. En los casos en los cuales hay dificultades en la asignación del sexo anatómico por ambigüedad sexual, se deben hacer pruebas cromosómicas y semiológicas que precisen la carga genética y el estado de los genitales internos. El sexo anatómico suele estar estrechamente relacionado con el sexo de crianza.

SEXO CROMOSÓMICO: Se refiere al cariotipo 46,XX y 46,XY que en circunstancias normales determinan si el individuo es femenino o masculino. La determinación del sexo cromosómico se considera el estándar de oro para aclarar las dudas en los casos de ambigüedad sexual. De manera más específica el sexo cromosómico se refiere a la presencia de la dupla XX o la dupla XY para asignar el tipo de género al cual pertenece la persona estudiada. Cuando se aparean los cromosomas durante la primera meiosis post fecundación, la ausencia o anormalidad (mutaciones, deleciones, etc) de la región SRY, en el brazo corto del cromosoma Y, determina la diferenciación de las gónadas para formar ovarios. Si está presente y es normal la región SRY, las gónadas se convierten en testículos. La región SRY, llamada

determinadora del sexo, activa la transcripción de genes en los cromosomas sexuales y en los autosomas. El gen SRY es específico al cromosoma Y de todos los mamíferos estudiados. (Gustafson y Donahoe, 1994), y el gen SRY se expresa en el cigoto humano, es decir, inmediatamente después de la fertilización del óvulo. Este gen no se expresa en los espermatozoides (Fiddler y col, 1995). Al parecer la presencia de dos cromosomas X constituyen un factor importante para el desarrollo de los ovarios y de la producción de sus hormonas puesto que las mujeres con cariotipo 45,X sufren atresia de los oocitos durante la segunda mitad de la vida intrauterina y en los años prepuberales. El mapeo del cromosoma X ha permitido la identificar zonas relacionadas con la función ovárica y el mapeo del cromosoma Y ha mostrado genes relacionados con la espermatogénesis .

SEXO DE CRIANZA: Es el rol social de niño o niña que se le asigna al individuo desde su nacimiento, acuerdo a las características del sexo anatómico. Puede ocurrir que algunos casos de ambigüedad sexual produzcan asignación equivocada del sexo de crianza por parte de los padres del niño. Antes del siglo XIX, en algunas comunidades indígenas colombianas se acostumbraba asignar el rol de niña a un varón desde la infancia temprana, en familias que solo habían tenido varones.

SEXO DEFINICIÓN EMBRIONARIA DEL: Es la asignación biológica y social, que permite diferenciar al individuo como perteneciente al género masculino o femenino. Existen cuatro componentes principales que definen el sexo:1. Sexo genético o cromosómico: estructura de los cromosomas, se establece en la fecundación.2. Sexo gonadal: Estructura de las gónadas, diferenciación de la gónada en testículo (día 43) u ovario (día 63), de lo cual dependerá el desarrollo de los conductos mesonéfricos o de Wolff (en el varón) o de los conductos para-mesonéfricos o de Müller (en la hembra). 3. Sexo genital: morfología de los genitales externos e internos, diferenciación del seno urogenital en genitales externos masculinos (9-16 semanas) o femeninos (11-15 semanas). 4. Sexo de crianza social: asignado al recién nacido de acuerdo con la apariencia de los genitales externos. (Leonel J.González, Grady L. Fonseca, y col. Ambigüedad sexual. Archivos Venezolanos de Puericultura y

Pediatría vol. 64 nº 2, abril - junio 2001).

SEXO FENOTÍPICO: El fenotipo es el conjunto de características físicas de un individuo, de origen genético o no.// **1**.Conjunto de individuos de aspecto semejante pero de diferente origen genético. Como es obvio, la mayor parte de las características físicas y fisiológicas de un individuo son heredadas de sus padres. Como consecuencia de la carga genética del individuo y de la cadena de fenómenos bioquímicos de las hormonas sexuales, se desarrolla el conjunto de estructuras internas y exteriores que diferencian sexualmente a un individuo de sexo masculino de otro de sexo femenino. // **2.** El sexo fenotípico es el conjunto de estructuras internas y externas que diferencian a los individuos de género masculino del femenino. Tanto los órganos internos(próstata, vesículas seminales, ovarios, trompas, ovarios, etc) como los órganos exteriores (vulva, pene, testículos) determinan el sexo fenotípico. (Emans, Jean Herriot; Laufer, Marc; Goldstein, Donald Peter. Ginecologia en Pediatria y la Adolscente. McGraw-Hill Interamericana: México. 4ª ed. 2000, pág. 40)

SEXO GONADAL: La presencia de testículos o de ovarios en el embrión establece el sexo gonadal. Entre la quinta y la sexta semanas de la gestación la gónada es bipotencial y se diferencia de acuerdo a la presencia de los cromosomas sexuales, de la región determinadora del sexo en el cromosoma Y, etc según la asignación que le corresponda en el sexo cromosómico. En el proceso de diferenciación gonadal, los genes presentes en el cromosoma Y son de importancia fundamental para determinar la diferenciación de la gónadas primordiales en testículos. El gen que se conoce como SRY, localizado en el brazo corto del cromosoma Y, codifica un factor de transcripción que actúa para regular la velocidad de transcripción de diversos genes implicados en la diferenciación gonadal. La contribución del sexo cromosómico al sexo gonadal puede ilustrarse más claramente mediante la explicación de la aparente paradoja representada por el varón XX. La incidencia de humanos de sexo masculino con el fenotipo 46,XX se estima en el orden de aproximadamente 1 cada 20.000 a 40.000 hombres. En ellos, a pesar de tener carga genética estrictamente femenina, se formaron gónadas

masculinas como consecuencia del intercambio de un sector del cromosoma Y (donde está el gen SRY), con otro sector del cromosoma X. La translocación de una región determinante testicular del cromosoma Y al cromosoma X durante la mitosis de la célula germinativa masculina da lugar a esta posibilidad (George y Wilson, 1988). Los principales experimentos destinados a establecer el papel desempeñado por los testículos en la diferenciación sexual masculina fueron llevados a cabo por un anatomista francés, Alfred Jost. Este investigador llegó a la conclusión de que en última instancia el fenotipo inducido es masculino y que para la diferenciación femenina no se requiere secreción desde las gónadas. Dicho de otro modo, el ovario fetal no es necesario para la diferenciación sexual femenina. (Emans, Jean Herriot; Laufer, Marc; Goldstein, Donald Peter. Ginecologia en Pediatria y la Adolscente. McGraw-Hill Interamericana: México. 4ª ed. 2000, pág. 38)

SEXO HORMONAL: El fenotipo final, ya sea masculino o femenino, depende de una cadena de eventos que se inician con la asignación del sexo cromosómico durante la fecundación. Varias semanas después se diferencian los testículos o los ovarios que deben producir hormonas claves en el desarrollo de órganos y de funciones masculinas o femeninas. El conjunto de hormonas mediadoras en esta función constituye el llamado sexo hormonal. La testosterona y la hormona anti-conductos de Müller (antiMüllerian hormone ó AMH), secretadas en las células de Leydig y en las células de Sertoli de los testículos, respectivamente, inducen la diferenciación de los primordios genitales hasta producir el fenotipo masculino.. Para que se produzca un fenotipo masculino hace falta no solo la presencia de los testículos sino el desarrollo de un metabolismo androgénico con buenos receptores para este tipo de hormonas, el bloqueo del desarrollo de los conductos de Müller por acción de la AMH (octava semana de gestación), más la actividad de la testosterona secretada en las células de Leydig que favorece el progreso de los conductos de Wolf hacia la formación de conductos deferentes, vesículas seminales y epidídimo. El desarrollo de los genitales externos es necesario que la 5 alfa reductasa convierta a la testosterona en dihidrotestosterona (DHT). Bajo la acción de esta última hormona el seno urogenital origina la

próstata y el tubérculo urogenital origina el glande del pene, los pliegues labiouretrales originan la uretra y los pliegues labioescrotales se transforman en el escroto. En el embrión femenino la ausencia de la AMH da vía libre al desarrollo de los conductos de Müller y por ende de las trompas de Falopio, del útero y del tercio superior de la vagina. Este fenómeno hormonal induce a la regresión de los conductos de Wolf. La ausencia de testosterona, de receptores androgénicos y de 5 alfa reductasa, facilitan la formación del clítoris a partir del tubérculo genital; el seno urogenital origina los dos tercios inferiores de la vagina, los pliegues labiouretrales forman los labios menores y los pliegues labioescrotales originan los labios mayores de la vulva.

SEXO ORAL: Es la estimulación sexual de los genitales con los labios y la lengua o con la cavidad bucal. Cuando se estimula la vulva con la lengua se llama cunnilingüe ó cunnilingus. Cuando se estimulan los testículos o se introduce el pene en la boca simulando los movimientos del coito, se llama felatio o felación (Roberts A,Padgett-Yawn B. Amor y sexualidad. Círculo de lectores, Barcelona. 1999 p. 84).

SEXO PREMARITAL: Relaciones sexuales en parejas que tienen planeado el vínculo matrimonial.

SEXO SEGURO: Slogan que busca la promoción de las relaciones sexuales protegidas por el uso del condón.

SEXO SIN PENETRACIÓN: Estimulación sexual que no incluye la introducción del pene por ningún orificio corporal.

SEXO, CONCEPTOS TÁNTRICOS: El tantra(que significa expansión) es una disciplina originada en la India, que data del año 3.000 aJC. Se considera el camino para que sus discípulos y adeptos aprendan a alcanzar un estado de iluminación o conciencia cósmica con la cual puedan lograr el sexo sin eyaculación. Con la orientación espiritual de un maestro o gurú, los discípulos se inician en una serie de prácticas entre las que se incluye el yoga, la meditación, el conocimiento de la respiración, el canto de mantras, la contemplación de diseños llamados mandalas y las posiciones sexo-yóguicas. El propósito de estos rituales es que la persona consiga un estado superior de

conciencia y autorrealización, “donde el sentido del ego individual pueda disolverse con una unidad extática con la conciencia cósmica”. El tantra defiende la idea de que la pareja que establece una agradable relación íntima, puede aunar la sexualidad con la espiritualidad. El sexo tántrico hace hincapié en la relación sexual meditativa sin orgasmo; considera la eyaculación y el clímax como una pérdida de energía vital necesaria para la fortaleza espiritual de los amantes. La relación sexual meditativa pretende logar el control del deseo y de las fantasías que son consideradas como interferencias en el proceso de fusión física, emocional, energética y espiritual.

SEXO: Término que se utiliza para establecer la condición orgánica que diferencia el hombre de la mujer y el macho de la hembra entre los animales. Conjunto de individuos que tienen la condición de pertenecer al sexo masculino y sexo femenino. En la actualidad se considera que esta acepción es sinónima de género, por lo cual se habla de géneros masculino y femenino. // En el argot popular suelen confundirse el sexo con la sexualidad o actividad sexual. .// Los genitales // Desde el punto de vista médico deben distinguirse el sexo cromosómico, el sexo gonadal, el sexo hormonal, el sexo anatómico y el sexo de crianza.

SEXUAL, COMERCIO: Es la mercantilización del comportamiento sexual que incluye la posibilidad de vender su propio cuerpo, con fines de lucro personales o ajenos. Hay dos formas de comercio sexual: la prostitución y el proxenetismo. La prostitución voluntaria se considera como una forma inadecuada de usar su libertad sexual, sin penalización en el código penal colombiano. Se tipifica el delito de proxenetismo en dos circunstancias: la primera cuando se induce el comercio sexual o la venta de individuos menores de catorce años; la segunda cuando se induce la prostitución en adultos para obtener beneficio económico o satisfacción de deseos eróticos de manera personal o de terceros

SEXUAL, LIBERTAD: Es la facultad de autodeterminación y autoregulación voluntaria, intencional y conciente del ser humano la frente a los actos y relaciones inherentes a su vida sexual. Está unida de manera natural a las finalidades específicas de la sexualidad humana y al concepto de dignidad que

gravita sobre todo hombre. Es la facultad y derecho de elegir, aceptar, rechazar y autodeterminar el propio comportamiento sexual, con necesaria sujeción a los conceptos éticos que prevalezcan en la comunidad y al respeto de los derechos ajenos correlativos. Algunas conductas como la prostitución, la pornografía, la homosexualidad y la relación heterosexual contra natura, que aunque degradan la naturaleza, dignidad y finalidad de la vida sexual, no conlleva alarma social ni perturba el orden externo de la comunidad y frente al consentimiento válidamente expresado, no lesiona los derechos ajenos (se presume invalidez del consentimiento expresado por persona menor de catorce años, o por individuo de cualquier edad que se encuentre en estado de inconciencia por causa física o psíquica). Estas conductas quedan en la esfera interna del sujeto que ha hecho mal uso de su libertad, ámbito en el cual no se puede inmiscuir el derecho penal como ciencia dogmática y objetiva.

SEXUAL, PUDOR: Ver pudor.

SEXUALES ABUSIVOS, ACTOS: Conductas y actividades de tipo sexual realizados bajo el aprovechamiento de circunstancias en las cuales la víctima mayor de catorce años está en inferioridad de condiciones psíquicas o físicas por el uso de la fuerza, las amenazas o la acción de psicofármacos. Según las normas del código penal colombiano, cuando la inducción o realización de actos ó prácticas sexuales se realiza con persona menor de catorce años o en su presencia, el delito se llama corrupción de menores (Emans, Jean Herriot; Laufer, Marc; Goldstein, Donald Peter. Ginecologia en Pediatria y la Adolscente. McGraw-Hill Interamericana: México. 4ª ed. 2000, pág. 580)

SEXUALES, ACTOS VIOLENTOS: Es la realización de conductas sexuales diferentes al acceso carnal, mediante el uso de la fuerza física o moral e idónea para vencer la oposición del sujeto pasivo, que obligan a la víctima a realizar sobre el cuerpo del agresor, a realizarlos sobre sí mismo o permitir manipulación ó maniobras lujuriosas sobre su cuerpo por parte del agente, sin que se realice un coito. Los actos sexuales que no tengan como propósitos la satisfacción sexual se excluyen de esta categoría: es el caso del agente que toca las partes pudendas de la víctima, o la desnuda con el propósito de

injuriarla, ponerla en ridículo, vengarse de una ofensa previa, etc

SEXUALES, AYUDAS ó JUGUETES: Son objetos utilizados para aumentar la excitación sexual. Los huevos del amor se conocen en China desde hace centenares de años. Son pequeños objetos ovalados o circulares, de madera o de porcelana, que se introducen en la vagina para producir sensaciones eróticas mientras la mujer camina. Hoy en día los modernos huevos del amor normalmente son huecos y llevan bolitas en su interior . Uno de los objetos más conocidos en la actualidad es el consolador, elemento con forma de pene, hecho de madera, porcelana, caucho o acero, útil tanto para mujeres que tiene relaciones con personas del mismo sexo que emulan el papel sexual del hombre, o para hombres que practican el sexo anal. La versión moderna del consolador es el vibrador, elemento peniforme, accionado con pilas, que cumple el mismo papel mencionado para el consolador. Este elemento es especialmente útil para la estimulación genital de la mujer, puesto que el periné femenino es muy sensible sexualmente a las vibraciones, con las cuales puede lograr intensa excitación y orgasmo. Los fabricantes recomiendan cubrirlos con un preservativo desechable.

SHIRODKAR, VITHALRAO NAGESH: Gineco-obstetra nacido en Shiroda, India el 27 de Abril de 1899. Se hizo famoso en el mundo con su técnica de cerclaje del cérvix para la profilaxis del aborto o del parto prematuro en las pacientes con incompetencia del cérvix. Se desempeñó como investigador y docente del Grant Medical College de Bombay, India. Presentó su técnica de cerclaje en el festival de películas científicas de París en 1951. Murió el 7 de Marzo de 1971. // (www.whonamedit.com) // (R. Romero, J. Espinoza, O. Erez, S. Hassan The role of cervical cerclage in obstetric practice: Can the patient who could benefit from this procedure be identified?. American Journal of Obstetrics and Gynecology, Volume 194, Issue 1, Pages 1-9)

SHOCK CARDIOGÉNICO: Es un tipo de shock que se caracteriza por falla de bomba, manifestado clínicamente como disminución de la función sistólica y gasto cardíaco bajo. Las causas del shock cardiogénico son diversas y pueden dividirse en cuatro categorías: miopática, arrítmica, mecánica y extracardíaca. Dentro de las cardiomiopatías se incluyen el infarto miocárdico

que compromete más del 40% del ventrículo izquierdo, infarto del ventrículo derecho, cardiomiopatías dilatadas, depresión miocárdica en estado avanzado del shock séptico. Dentro de las causas arritmogénicas se encuentran tanto las arritmias atriales como ventriculares, fibrilación auricular, flutter auricular que producen disminución del gasto cardíaco; la fibrilación ventricular produce abolición total del gasto cardíaco. Dentro de las causas mecánicas se encuentran los defectos valvulares de tipo insuficiencia aórtica aguda y estenosis aórtica severa, defectos del septum ventricular o defectos obstructivos como el mixoma cardíaco; adicionalmente la ruptura de un aneurisma ventricular puede producir falla de bomba de tipo mecánico, es decir, shock cardiogénico, así como shock hipovolémico. Dentro de las causas extracardíacas u obstructivas se encuentran el embolismo pulmonar masivo, neumotórax a tensión, pericarditis constrictiva severa, taponamiento pericárdico, hipertensión pulmonar severa. (Barber, AE. Cell damage after shock. New Horiz 1996; 4:161),(Bone, RC. Toward an epidemiology and natural history of SIRS -systemic inflammatory response syndrome- JAMA 1992; 268:3452),(Balk, RA. Severe sepsis and septic shock. Definitions, epidemiology, and clinical manifestations. Crit Care Clin 2000; 16:179),(Levy, MM, Fink, MP, Marshall J. International Sepsis Definitions Conference. Crit Care Med 2003; 31:1250)

SHOCK DISTRIBUTIVO: Este tipo de shock también conocido como shock vasodilatador es consecuencia de una disminución severa de la resistencia vascular sistémica, usualmente asociado a incremento del gasto cardíaco. Dentro de las causas del shock distributivo se encuentran el shock séptico, activación de respuesta inflamatoria sistémica secundario, por ejemplo, a pancreatitis, quemaduras, injuria traumática múltiple; el síndrome del shock tóxico, anafilaxia y reacciones anafilactoides, crisis addisonianas, coma mixedematoso y shock neurogénico posterior a lesión del sistema nervioso central o lesión medular usualmente alta. (Barber, AE. Cell damage after shock. New Horiz 1996; 4:161),(Bone, RC. Toward an epidemiology and natural history of SIRS -systemic inflammatory response syndrome- JAMA 1992; 268:3452),(Balk, RA. Severe sepsis and septic shock. Definitions,

epidemiology, and clinical manifestations. Crit Care Clin 2000; 16:179),(Levy, MM, Fink, MP, Marshall J. International Sepsis Definitions Conference. Crit Care Med 2003; 31:1250)

SHOCK HIPOVOLÉMICO: Es un tipo de shock que se produce como consecuencia de una disminución en la precarga y por lo tanto se genera disminución en el gasto cardíaco. El shock hipovolémico se divide en dos categorías de acuerdo a su etiología: hemorrágico o por pérdida de fluidos. Dentro de las causas de hemorragia se encuentran trauma, sangrado gastrointestinal alto, ruptura de aneurisma aórtico o ventricular, ruptura de hematomas, pancreatitis hemorrágica y fracturas. La pérdida de fluidos puede ser el resultado de diarrea, vómito, inadecuada reposición de pérdidas insensibles, quemaduras y formación de terceros espacios que puede ocurrir en casos de obstrucción intestinal, pancreatitis y cirrosis. (Barber, AE. Cell damage after shock. New Horiz 1996; 4:161),(Bone, RC. Toward an epidemiology and natural history of SIRS -systemic inflammatory response syndrome- JAMA 1992; 268:3452),(Balk, RA. Severe sepsis and septic shock. Definitions, epidemiology, and clinical manifestations. Crit Care Clin 2000; 16:179),(Levy, MM, Fink, MP, Marshall J. International Sepsis Definitions Conference. Crit Care Med 2003; 31:1250)

SHOCK SEPTICO: Es definido como la presencia de sepsis asociado a hipotensión que no responde a la terapia hídrica convencional y que presenta alteración de la perfusión que puede incluir, pero no está limitado, a acidosis láctica, oliguria o alteración aguda de la esfera mental. Los pacientes que requieren inotrópicos o soporte vasopresor a pesar de una adecuada resucitación con líquidos endovenosos, en presencia de una respuesta inflamatoria sistémica con foco infecciosos definido, se consideran en shock séptico. El shock séptico es una de las formas de shock vasodilatador o distributivo y es resultado de una marcada disminución in la resistencia vascular sistémica usualmente asociado a un incremento en el gasto cardíaco. (Danai, PA, Moss, M, Mannino, DM, Martin, GS. The epidemiology of sepsis in patients with malignancy. Chest 2006; 129:1432 / Balk, RA. Severe sepsis and septic shock. Definitions, epidemiology, and clinical manifestations. Crit Care

Clin 2000; 16:179),(Levy, MM, Fink, MP, Marshall J. International Sepsis Definitions Conference. Crit Care Med 2003; 31:1250),(Martin, GS, Mannino, DM, Eaton, S, Moss, M. The epidemiology of sepsis in the United States from 1979 through 2000. N Engl J Med 2003; 34)

SHOCK: Se caracteriza por la presencia de taquicardia, taquipnea, acidosis metabólica, oliguria y piel fría. Estos síntomas son secundarios a una reducción en el volumen plasmático total efectivo, una reducción del gasto cardíaco a menos de 2.5 L/min/m^2 y activación de innumerables mediadores del síndrome de sepsis. Es definido como una etapa en la cual los mecanismos de compensación son sobrepasados, y los síntomas y signos de disfunción orgánica se hacen presentes. (Barber, AE. Cell damage after shock. New Horiz 1996; 4:161),(Bone, RC. Toward an epidemiology and natural history of SIRS -systemic inflammatory response syndrome- JAMA 1992; 268:3452),(Balk, RA. Severe sepsis and septic shock. Definitions, epidemiology, and clinical manifestations. Crit Care Clin 2000; 16:179),(Levy, MM, Fink, MP, Marshall J. International Sepsis Definitions Conference. Crit Care Med 2003; 31:1250)

SIAMESES: *Epónimo de Siam, país ubicado en el Asia meridional al sur de China y de Viet-Nam,que recobró su antiguo nombre de Tailandia en 1939.*// **1.** Son los gemelos unidos uno al otro por la cabeza(cefalópagos), por la espalda(*piópagos*), por la cara anterior del torax(*toracópagos*), por el abdomen (*onfalópagos*), por las caderas(natópagos), etc // **2**. El término siamés proviene de Siam, país en el cual nacieron Chan y Eng, los más famosos siameses conocidos en la historia. (Alarcón NMA. Los gemelos, una curiosidad histórica. Rev Col Obstet Ginecol. 2001, Vol 52(1): 19-27). // **3.** Se definen como gemelos monocoriónicos y monoamióticos unidos por alguna parte de su cuerpo como resultado de una división incompleta del disco embrionario. El proceso de desarrollo de los siameses ocurre por un error en la división de las células de los embriones monocigóticos, es decir, gemelos producto de un mismo óvulo y un mismo espermatozoide. La división de los embriones de unos gemelos normales ocurre normalmente en los primeros diez días después de la fecundación, con los gemelos siameses esta división de

embriones ocurre más tarde, hacia el día 13 despúes de la fecundación; este retraso en el proceso de división embrionario hace que no se dividan correctamente y compartan órganos. Mientras más tarde se efectúe el proceso se división embrionaria, más órganos compartirán. No existen factores conocidos que predispongan a su presentación, aunque se han señalado condiciones como defectos propios de la línea primitiva o envejecimiento del óvulo que puede resultar por disminución de la capacidad de diferenciación normal, formando dos centros de diferenciación, ninguno capaz de suprimir al otro. Además de los factores genéticos señalados, se mencionan dificultades en la nutrición y desarrollo del embrión debido a infecciones o deficiente irrigación sanguínea. Los gemelos siameses tienen una alta probabilidad de presentar malformaciones y muchas de ellas están relacionadas con el sitio de unión aunque otras no están anatómicamente relacionadas con ella. Los gemelos siameses se clasifican de acuerdo con la parte del cuerpo a través de la cual están unidos. (Spitz L. Pren Diagn. 2005; 25: 814-819

SIAMESES PARASITARIOS EPICEFÁLICO: (Gr. Epi, encima de)**.** El siamés parásito que está incluido encima de la cabeza del huésped. Equivale a un fetus in fetu.// Sinónimo: Monstruo parasitario epícome. (.(*Lattus J.O., Almuna RV,Paredes AV.* Siameses o gemelos unidos toraco-onfalópagos y revisión de la literatura nacional e internacional. Rev. chil. obstet. ginecol. v.67 n.5 Santiago 2002)/).Sinónimo: Feto asimétrico epícome.

SIAMESES PARASITARIOS EPIGNATO: (Gr. Epi, Encima de y Gnatós, mandíbula).El siamés parásito que está suspendido del maxilar superior del huésped.(*Lattus J.O., Almuna RV,Paredes AV.* Siameses o gemelos unidos toraco-onfalópagos y revisión de la literatura nacional e internacional. Rev. chil. obstet. ginecol. v.67 n.5 Santiago 2002)// Sinónimos: Monstruo parasitario epignato, Feto asimétrico epignato.

SIAMÉS PARASITARIO HETERÓPAGO: El siamés parásito que está suspendido de la cara anterior del tórax del huésped.// Sinónimo: Monstruo parasitario heterópago. (*Lattus J.O., Almuna RV,Paredes AV.* Siameses o gemelos unidos toraco-onfalópagos y revisión de la literatura nacional e internacional. Rev. chil. obstet. ginecol. v.67 n.5 Santiago 2002). Sinónimo:

Feto asimétrico toracópago.

SIAMÉS PARASITARIO HETERÓTOPO: el siamés parásito está suspendido en la parte anterior del abdomen del huésped. (*Lattus J.O., Almuna RV,Paredes AV.* Siameses o gemelos unidos toraco-onfalópagos y revisión de la literatura nacional e internacional. Rev. chil. obstet. ginecol. v.67 n.5 Santiago 2002). // Sinónimo: Monstruo parasitario heterotopo. Sinónimo: Feto asimétrico onfalópago.

SIAMÉS PARASITARIO HIPOGNATO: (Griego Hipó, debajo de y Gnatós, mandíbula) el siamés parásito está suspendido del maxilar inferior del huésped. *(Lattus J.O., Almuna RV,Paredes AV.* Siameses o gemelos unidos toraco-onfalópagos y revisión de la literatura nacional e internacional. Rev. chil. obstet. ginecol. v.67 n.5 Santiago 2002). Sinónimo: Monstruo parasitario hipognato. Sinónimo: Feto asimétrico mandibular.

SIAMÉS PARASITARIO: El siamés que tuvo muy poco desarrollo corporal, y quedó agregado como un apéndice de su hermano. Por esta razón Potter los llamó teratomas. (*Lattus J.O., Almuna RV,Paredes AV.* Siameses o gemelos unidos toraco-onfalópagos y revisión de la literatura nacional e internacional. Rev. chil. obstet. ginecol. v.67 n.5 Santiago 2002).// Sinónimo: Monstruo parasitario, Feto asimétrico

SIAMESES ONFALÓPAGOS: (griego *Onphalós*: ombligo y *Pagos*,unido por) Son los gemelos unidos uno al otro por la pared anterior del abdomen, a nivel del ombligo. (Alarcón NMA.Los gemelos, una curiosidad histórica. Rev Col Obstet Ginecol. 2001, Vol 52(1): 19-27)// Son gemelos siameses simétricos que se encuentran unidos por debajo del cordón umbilical. Representan el 33% de los gemelos siameses. Comparten el hígado en el 80% de los casos y el íleon terminal y colon en el 33% de los casos. (Spitz L. Prenat Diagn. 2005; 25: 814-819 / Kingston CA, et al. RadioGraphics. 2001; 1:1187–1208)

SIAMESES ASIMÉTRICOS: 1. Siameses en los cuales uno de los gemelos es parásito del otro, debido a su detención del desarrollo, que lo obliga a nutrirse de su hermano bien desarrollado. Toma el nombre de parásito por su

inviabilidad, entendida como la incapacidad de vivir independiente de su huésped. Puede estar unido a su cabeza, tórax, o abdomen. ***//* 2.** Son gemelos siameses en los cuales uno es más pequeño que el otro, con importante dependencia el pequeño del grande. El gemelo de menor tamaño constituye una especie de "parásito" del primero. Se han descrito en la literatura aproximadamente 60 casos con una alta tasa de sobrevida. (Spitz L. Prenat Diagn. 2005; 25: 814-819 / Kingston CA, et al. RadioGraphics. 2001; 1:1187–1208). Sinónimos: Feto parásito, Feto parasitario.

SIAMESES CHANG Y ENG: Sus nombres completos eran Chan-Chun y Eng-In. 1811.Estos siameses, los más famosos de la historia, nacieron unidos por el tórax en Mae-Klong, reino de Siam (hoy Tailandia) unas 60 millas al occidente de Bangkok, capital del país, el 11 de Mayo de 1811. Fueron escondidos por sus familiares pues según la costumbre, debían ser sacrificados públicamente para ahuyentar el diablo. En 1829 fueron llevados a Boston y luego exhibidos por todo el mundo. Se instalaron en Carolina del Norte donde adoptaron el apellido Bunker; allí vivían felices hasta que se casaron a la edad de 44 años con dos hermanas inglesas(Sallie y Adelaide Yates). Los problemas de convivencia entre ellas los obligó a vivir en casas separadas que visitaban alternativamente. Tuvieron 21 hijos: Chang 11 y Eng 10, ninguno tuvo gemelos. Murieron a los 63 años de edad en el año 1874, con 3 horas de diferencia. La necropsia reveló que no había dependencia orgánica entre ellos pues solo estaban unidos por la piel. (Alarcón NMA.Los gemelos, una curiosidad histórica. Rev Col Obstet Ginecol. 2001, Vol 52(1): 19-27 // Alarcón NMA. Las malformaciones congénitas, punto de encuentro entre la historia, la antropología, el arte y la medicina. Rev. Medicas UIS 1994; 8(3): 163-8)

SIAMESES CON DUPLÍCITAS BISIMÉTRICA: Son siameses simétricos. Están unidos de manera ventro-ventral, desde ombligo al apéndice xifoides (xifópagos), con cavidades torácicas independientes. *(Lattus J.O., Almuna RV,Paredes AV.* Siameses o gemelos unidos toraco-onfalópagos y revisión de la literatura nacional e internacional. Rev. chil. obstet. ginecol. v.67 n.5 Santiago 2002).

SIAMESES CON DUPLÍCITAS MONOSIMÉTRICA: Son siameses asimétricos que tienen rotación de los planos medios. Están unidos de manera ventro-lateral, desde el abdomen al tórax, las cavidades abdominal y torácica se comunican entre sí. (*Lattus J.O., Almuna RV,Paredes AV.* Siameses o gemelos unidos toraco-onfalópagos y revisión de la literatura nacional e internacional. Rev. chil. obstet. ginecol. v.67 n.5 Santiago 2002).

SIAMESES CRANEÓPAGOS PARCIALES: De acuerdo a la clasificación de O´Connel en 1976, los gemelos siameses craneópagos parciales son aquellos cuya área de superficie de unión en la cabeza es limitada; el cráneo está intacto o presentan defectos que no sobrepasan la duramadre. (Walker M, Browd SR. Childs Nerv Syst. 2004; 20:554–566)

SIAMESES CRANEÓPAGOS TOTALES: Son gemelos siameses unidos a través de la cabeza, que comparten un área extensa de la superficie craneal y presentan defectos que sobrepasan la duramadre e incluso llegan hasta las leptomeninges. Se clasifican a su vez en tipo I cuando las caras tienen la misma dirección, tipo II cuando las caras se encuentran en lados opuestos del cráneo; el eje de una de las cabezas está rotada 140° o más, y tipo III cuando las caras tienen un ángulo intermedio de rotación. (Walker M, Browd SR. Childs Nerv Syst. 2004; 20:554–566)

SIAMESES CRANEÓPAGOS: *latín, Cranium y gr. Pagos,unido por* // Son los gemelos unidos por la cabeza, ya sea por los huesos frontales(metópagos) o por los parietales u occipitales (Alarcón NMA.Los gemelos, una curiosidad histórica. Rev Col Obstet Ginecol. 2001, Vol 52(1): 19-27)// Son gemelos siameses simétricos que se encuentran unidos a través de la cabeza. Representan el 2% de los gemelos siameses. Comparten cráneo, senos venosos y meninges en el 100% de los casos y corteza cerebral en el 37% de los casos. Este tipo de gemelos siameses se clasifican en parciales o totales. Otra clasificación propuesta para este tipo de gemelos siameses consiste en hacer la diferenciación de acuerdo al sitio específico de unión así: frontal cuando la unión tiene el mismo eje del cuerpo, parietal cuando se fusionan por el vértex, temporo-parietal cuando están unidos sobre el meato auditivo externo, occipital cuando están unidos sobre la protuberancia occipitial. (Spitz

L. Prenat Diagn. 2005; 25: 814-819 / Kingston CA, et al. RadioGraphics. 2001; 1:1187–1208)

SIAMESES DERADELFOS: (Gr. Dere,cuello y Adelphós, hermano). Son siameses lambdoides, con una sola cabeza, cuatro braoz y cuatro piernas, unidos ventralmente desde el cuello hasta el ombligo. (*Lattus J.O., Almuna RV,Paredes AV.* Siameses o gemelos unidos toraco-onfalópagos y revisión de la literatura nacional e internacional. Rev. chil. obstet. ginecol. v.67 n.5 Santiago 2002).

SIAMESES DERÓPAGOS: (Gr. Dere, cuello y *Pagos,*unido por). Los que están unidos desde el ombligo hasta el cuello. (*Lattus J.O., Almuna RV,Paredes AV.* Siameses o gemelos unidos toraco-onfalópagos y revisión de la literatura nacional e internacional. Rev. chil. obstet. ginecol. v.67 n.5 Santiago 2002).

SIAMESES DICÉFALOS: (Latín. *di,*dos / gr. *kephalé,*cabeza):Son siameses con dos cabezas. Comparten el tórax y abdomen que es único, tres o cuatro miembros superiores y dos miembros inferiores.(Alarcón NMA.Los gemelos, una curiosidad histórica. Rev Col Obstet Ginecol. 2001, Vol 52(1): 19-27)

SIAMESES FAMOSOS: Además de Chan y Eng, otros siameses famosos han sido las hermanas Daisy y Violet Hilton(1908) (piópagas), los hermanos Ronnie y Bonnie Gaylon(1952), unidos por el abdomen(onfalópagos) y las hermanas Lori y Dori Schappel(1961), unidas por la frente y el ojo izquierdo(craneópagas); otras siamesas famosas fueron Masha y Dacha Krivoshyapovy(1950) quienes tenían un solo cuerpo con dos cabezas (dicéfalas), dos piernas y cuatro brazos. Pero quienes en la actualidad han causado mayor curiosidad en el mundo son las hermanas Abigail y Brittany Hensel(marzo 7, 1990), cuyo aspecto externo es el de un solo cuerpo con dos cabezas(dicéfalas). En el siglo XV, los hermanos escoceses Scottish vivieron 28 años unidos de la cintura hacia abajo, iliotoracópagos. Entre las gemelas unidas más antiguas que se conocen se encuentran las gemelas unidas Mary y Eliza Chulkhurst, isquiópagos, también conocidas como las doncellas Biddenden, nacidas en el año 1100 en Kent, Inglaterra, los cuales vivieron 34

años con un solo par de extremidades superiores e inferiores, un solo recto y una sola vagina. Un bajorrelieve en la iglesia de la Scala representa a los gemelos florentinos, nacidos en el siglo XIV, con tres extremidades inferiores y superiores.. Posiblemente las gemelas unidas más famosas en tiempos pasados fueron las húngaras Helen y Judith nacidas en Szoony, en 1701, las que resultaron objeto de gran curiosidad al ser presentados en muchos países. Se hallaban unidas por la espalda, pigópagos (región lumbar) y tenían un ano y vagina comunes, vivieron 22 años. Pero sin lugar a dudas de los gemelos unidos masculinos más conocidos fueron Chang y Eng Bunker, xifópagos de Siam (hoy Tailandia), nacidos en 1811, aunque pasaron la mayor parte de su existencia en los Estados Unidos. Vivieron una vida llena de acontecimientos hasta los 63 años; y los médicos de su tiempo rechazaron la operación por tener un hígado común. Ambos se casaron y tuvieron 10 y 12 hijos respectivamente. Desde entonces el término "siameses" sirve para designar tipos de gemelos semejantes. Luckhout describió su vida y fisiología con todos los detalles. Otras no menos importantes son las pigópagos Millie y Cristina McKoy, nacidas en 1851, en Nightingale, vivieron hasta 1912, una vida difícil, ya que fueron secuestradas en varias oportunidades por bandidos, uno llamado Smith, las usó en exhibiciones, las llamaban la dama de dos cabezas. Giacomo y Giovanni Tocci, italianos, nacieron en 1877, del tipo de dicéfalo, compartían parte del tórax, el abdomen y con sólo dos piernas, iliotoracópagos fallecieron en el año 1940, les llamaron los gemelos benditos, o el joven de dos cabezas, fueron estudiados desde los dos meses de vida por la Real Academia de Medicina de Turín por gentileza de sus padres, nunca pudieron caminar sin ayuda, se casaron con dos hermanas y vivieron en Venecia, luego de retirarse de la farándula. La vida de las gemelas unidas pigópagos Rosa y Josefa Blazek, nacidas en 1878, por parto vaginal, en Checoslovaquia, vivieron una larga vida hasta los 43 años, una de ellas logró embarazarse y tuvo un parto normal, dando a luz un sano varón que se crió en orfanatos por tener su madre compromisos internacionales de presentación en circos y teatros, ejecutando con su hermana canciones en violín y flauta. Daisy y Violeta Hilton, pigópagos, nacidas en 1908 en Brighton, Inglaterra y vivieron hasta 1969, tempranamente fueron vendidas por su madre, sus padres

adoptivos, tiranos, las sometieron a preparación a la fuerza para presentaciones en farándulas en pública, bailaban, tocaban el saxofón y el violín, sufrieron toda su vida, que fue dramática y escandalosa, a los 20 años se escaparon y lograron liberarse en la corte de justicia, luego de exponer su largo sufrimiento con sus padres adoptivos. Filmaron una película en 1932 Freaks y varios años actuaron en la sensacionalista novela Encadenadas de por vida. Se casaron, pero sin éxito en sus matrimonios. Murieron en el año 1969 por complicaciones de una influenza. Otras gemelas unidas Ivonne e Ivette McCarther, nacidas en 1949, unidas por la cabeza cefalópagos, vivieron 43 años, su padre se negó a usarlas como número de circo, pero las deudas que mantenía, hicieron que ellas mismas decidieron hacer un tour por el mundo en un circo por dos años para juntar dinero con el cual pagaron las deudas de su padre y luego decidieron volver a su hogar y establecerse para estudiar enfermería, pero meses antes de su egreso murieron en Long Beach, California. Masha y Dacha Krivoshyapovy, nacidas en 1950, en Moscú, actualmente vivas, como único ejemplo de gemelas unidas dicéfalo tetrabraquio dipus, dos cabezas, cuatro brazos y dos piernas, aprendieron a caminar a los cinco años, demoraron varios años ya que cada una dominada sólo una pierna (Revista Life, Abril de 1966). Otros son Ronnie y Donnie Galyon, nacidos en 1952, viven, norteamericanos y Lori y Dori Schappell, vivos y no separados, nacieron en 1961. Köning refiere que la primera separación de gemelos unidos se llevó a cabo en 1689, en los cuales el sitio de unión era el ombligo. A partir de entonces han sido numerosos los casos de separación con supervivencia de uno o ambos gemelos, tal como se informa en la literatura. Giuseppina y Santina Foglia, nacieron en 1959, en Turín Italia, Isquiópagos, fueron separadas a los seis años, 24 especialistas participaron en la operación que fue un éxito, las niñas se recuperaron, pero debieron aprender a caminar de nuevo (Revista Life, Junio 1995). En septiembre de 1974, en el hospital de Niños de Philadelphia, un cirujano y 23 ayudantes decidieron separar una gemela unida isquiópagos, de 13 meses, nacida en República Dominicana, Clara y Altagracia Rodríguez, compartían el hígado y el parte del colon, luego de cinco horas de operación el procedimiento fue exitoso. En 1988, se separaron exitosamente las gemelas unidas craniópagos

o cefalópagos, Mpho y Mphonyana Mathibela, de Sud Africa, al año de vida, compartían parte de su tejido cerebral, y se espera, según los médicos, que sus habilidades mentales no sean las normales cuando sean adultas, actualmente vivas (de South African Panorama, Sept 1988). En Junio de 1993, Angela y Amy Lakeberg, nacidas en Indiana, toracópagos que compartían el corazón y el hígado, debía sacrificarse una de ellas, Angela la más fuerte fue la elegida para sobrevivir, la operación tuvo lugar en el Hospital de niños de Philadelphia, a las siete semanas de vida, Angela murió en el hospital diez meses después, de neumonía. Su muerte planteó por primera vez la cuestiones éticas y el costo económico de la separación (más de un millón de dólares), sin contar con el sufrimiento y sus padres, parientes y amigos cercanos. En agosto de 2002, son separados en EEUU, Los Angeles, California las siamesas guatemaltecas María Teresa y María de Jesús Quiej - Alvarez, craneópagas. (Lattus J.O., Almuna RV,Paredes AV. Siameses o gemelos unidos toraco-onfalópagos y revisión de la literatura nacional e internacional. Rev. chil. obstet. ginecol. v.67 n.5 Santiago 2002 // Alarcón NMA.Los gemelos, una curiosidad histórica. Rev Col Obstet Ginecol. 2001, Vol 52(1): 19-27 // Alarcón NMA. Las malformaciones congénitas, punto de encuentro entre la historia, la antropología, el arte y la medicina. Rev. Medicas UIS 1994; 8(3): 163-8)

SIAMESES ILIÓPAGOS: (Hueso Ilion+ Gr.*Pagos,*unido por). Son siameses ipsiloides, con dos miembros inferiores únicos y compartidos, unidos lateralmente por los huesos ílion. Sus troncos están separados. (*Lattus J.O., Almuna RV,Paredes AV.* Siameses o gemelos unidos toraco-onfalópagos y revisión de la literatura nacional e internacional. Rev. chil. obstet. ginecol. v.67 n.5 Santiago 2002).

SIAMESES ÍLIO-TORACÓPAGOS: *Hueso Ilion+ Gr.Pagos,unido por*.// Son siameses ipsiloides, con dos miembros inferiores únicos y compartidos, unidos lateralmente por los huesos ílion y parcialmente por el tórax. Tienen tres o cuatro miembros superiores(*Lattus J.O., Almuna RV,Paredes AV.* Siameses o gemelos unidos toraco-onfalópagos y revisión de la literatura nacional e internacional. Rev. Chil. obstet.ginecol, 2002,Vol 67, No.5).

SIAMESES INIODIMOS: *Gr. Inión, oxipucio y Dídymo, doble//* . Los siameses unidos lateralmente por el occipucio, que tiene una o ambas caras incompletas, y con cuatro ojos. (*Lattus J.O., Almuna RV,Paredes AV.* Siameses o gemelos unidos toraco-onfalópagos y revisión de la literatura nacional e internacional. Rev. chil. obstet. ginecol. v.67 n.5 Santiago 2002). Sinónimo: Diprosopus tetraoftalmus.

SIAMESES IPSILOIDES APODIMOS: (*Gr. Apodus, sin pies*). Aquellos siameses unidos en la parte inferior del cuerpo, con solo dos extremidades inferiores compartidas, con tres o cuatro extremidades superiores, pero separados desde la cintura hacia arriba y con dos cabezas, cuyos troncos ayudan a formar la letra griega ípsilon "Y". Los apódimos no tienen pies o les faltan las piernas. (*Lattus J.O., Almuna RV,Paredes AV.* Siameses o gemelos unidos toraco-onfalópagos y revisión de la literatura nacional e internacional. Rev. chil. obstet.ginecol. v.67 n.5 Santiago 2002).

SIAMESES IPSILOIDES ATLÓDIMOS: Ver Siameses ipsiloides atloides.

SIAMESES IPSILOIDES ATLOIDES *(La raíz Atlo hace referencia al dios Atlas, cuya apariencia al cargar el mundo en sus hombros, simula tener dos cabezas):* Aquellos siameses unidos por todo el borde interno del cuerpo, con solo dos extremidades inferiores compartidas, con tres o cuatro extremidades superiores, con dos cabezas que ayudan a formar la letra griega ípsilon "Y". Se diferencian de los siameses bicéfalos en que estos solo tienen dos miembros superiores. (*Lattus J.O., Almuna RV,Paredes AV.* Siameses o gemelos unidos toraco-onfalópagos y revisión de la literatura nacional e internacional. Rev. chil. obstet. ginecol. v.67 n.5 Santiago 2002). // Sinónimos: Siameses ipsiloides deródimos, siameses ipsiloides atlódimos

SIAMESES IPSILOIDES DERÓDIMOS: Ver Siameses ipsiloides atloides

SIAMESES IPSILOIDES EXTERNÓDIMOS: *(Griego externon y Dídymo, doble).* Aquellos siameses unidos en la parte inferior del cuerpo, con solo dos extremidades inferiores compartidas, unidos simultáneamente por el tronco, por su cara anterior hasta el externón, con tres o cuatro extremidades superiores, cuyos cuellos y cabezas ayudan a formar la letra griega ípsilon "Y".

// (*Lattus J.O., Almuna RV,Paredes AV.* Siameses o gemelos unidos toraco-onfalópagos y revisión de la literatura nacional e internacional. Rev. chil. obstet. ginecol. v.67 n.5 Santiago 2002).

SIAMESES IPSILOIDES TORACÓDIMOS: (Tórax +Gr.Dídymo, doble). Aquellos siameses unidos en la parte inferior del cuerpo, con solo dos extremidades inferiores compartidas, separados desde el tórax hacia arriba, con dos cabezas y tres o cuatro brazos, cuyo tórax doble, más las cabezas ayudan a formar la letra griega ípsilon "Y". (*Lattus J.O., Almuna RV,Paredes AV.* Siameses o gemelos unidos toraco-onfalópagos y revisión de la literatura nacional e internacional. Rev. chil. obstet. ginecol. v.67 n.5 Santiago 2002).

SIAMESES IPSILOIDES XIFÓDIMOS: (Xifo, hueso xifoides y Dídimo, doble) Aquellos siameses fusionados ventralmente casi en su totalidad, que comparten las cavidades abdominal y torácica, cuyo extremo superior del xifoide está duplicado, con dos extremidades inferiores compartidas, con tres o cuatro extremidades superiores, cuyos cuellos y cabezas ayudan a formar la letra griega ípsilon "Y". (*Lattus J.O., Almuna RV,Paredes AV.* Siameses o gemelos unidos toraco-onfalópagos y revisión de la literatura nacional e internacional. Rev. chil. obstet. ginecol. v.67 n.5 Santiago 2002).

SIAMESES IPSILOIDES: Aquellos siameses unidos en la parte inferior del cuerpo, con solo dos extremidades inferiores compartidas, con tres o cuatro extremidades superiores, pero separados desde la cintura hacia arriba y con dos cabezas, cuyos troncos ayudan a formar la letra griega ípsilon "Y". (*Lattus J.O., Almuna RV,Paredes AV.* Siameses o gemelos unidos toraco-onfalópagos y revisión de la literatura nacional e internacional. Rev. chil. obstet. ginecol. v.67 n.5 Santiago 2002). // Sinónimo: Siameses teratódimos, monstruos teratódimos.

SIAMESES ISQUIÓPAGOS: (Hueso isquion+Griego.*pagos,*unidos por). Siameses unidos ventalmente por la pelvis, con ombligo y órganos pelvianos fusionados y poseen tres o cuatro extremidades inferiores más cuatro extremidades superiores. .(Alarcón NMA.Los gemelos, una curiosidad histórica. Rev Col Obstet Ginecol. 2001, Vol 52(1): 19-27), (Spitz L. Prenat

Diagn. 2005; 25: 814-819),(Kingston CA, et al. RadioGraphics. 2001; 1:1187–1208)

SIAMESES JÁNICEPS: Ver Siameses Janus.

SIAMESES JANUS IMPERFECTOS: *(En la mitología romana Jano (en latín Janus) era un dios que tenía dos caras mirando hacia ambos lados de su perfil. Jano era el dios de las puertas, los comienzos y los finales. Por eso le fue consagrado el primer mes del año que en español pasó del latín Ianuarius a Janeiro y Janero, y de ahí derivó a Enero. Su representación habitual es bifronte, esto es, con las dos caras mirando en sentidos opuestos).* Son gemelos lambdoideos, que tienen una sola cabeza(sincéfalos) y dos cuerpos, con cuatro brazos y cuatro piernas que forman en su conjunto la letra griega lambda: λ. Una o ambas caras están deformadas pero miran en sentido opuesto. (Alarcón NMA. Las malformaciones congénitas, punto de encuentro entre la historia, la antropología, el arte y la medicina. Rev. Medicas UIS 1994; 8(3): 163-8). Sinónimos: Siameses jániceps imperfectos, siameses iníopes imperfectos.

SIAMESES JANUS: *(En la mitología romana Jano (en latín Janus) era un dios que tenía dos caras mirando hacia ambos lados de su perfil. Jano era el dios de las puertas, los comienzos y los finales. Por eso le fue consagrado el primer mes del año que en español pasó del latín Ianuarius a Janeiro y Janero, y de ahí derivó a Enero. Su representación habitual es bifronte, esto es, con las dos caras mirando en sentidos opuestos). //* Son gemelos lambdoideos, que tienen una sola cabeza(sincéfalos) y dos cuerpos, con cuatro brazos y cuatro piernas que forman en su conjunto la letra griega lambda: λ. Sus caras están bién formadas y mirando en sentido opuesto. (Alarcón NMA. Las malformaciones congénitas, punto de encuentro entre la historia, la antropología, el arte y la medicina. Rev. Medicas UIS 1994; 8(3): 163-8). Sinónimos: Siameses jániceps, siameses iníopes.

SIAMESES LAMBDOIDES INÍOPES: Ver Siameses Janus.

SIAMESES LAMBDOIDES SINOTOS: Son gemelos que tienen una sola cabeza(sincéfalos) y dos cuerpos, con cuatro brazos y cuatro piernas que

forman en su conjunto la letra griega lambda: λ, pero no tienen cara. (*Lattus J.O., Almuna RV,Paredes AV.* Siameses o gemelos unidos toraco-onfalópagos y revisión de la literatura nacional e internacional. Rev. chil. obstet. ginecol. v.67 n.5 Santiago 2002).

SIAMESES LAMBDOIDES: Son gemelos que tienen una sola cabeza(sincéfalos) y dos cuerpos, con cuatro brazos y cuatro piernas que forman en su conjunto la letra griega lambda: λ (*Lattus J.O., Almuna RV,Paredes AV.* Siameses o gemelos unidos toraco-onfalópagos y revisión de la literatura nacional e internacional. Rev. chil. obstet. ginecol. v.67 n.5 Santiago 2002).

SIAMESES METÓPAGOS: *(Gr Métopon, frente y Pagos,unido por.// Contracción de la palabra metoponópago)* Los que están unidos por los huesos frontales. Son una variedad de los craneópagos. (*Lattus J.O., Almuna RV,Paredes AV.* Siameses o gemelos unidos toraco-onfalópagos y revisión de la literatura nacional e internacional. Rev. chil. obstet. ginecol. v.67 n.5 Santiago 2002).

SIAMESES MONOCÉFALOS: Los siameses que tienen cabeza única o aparentemente simple. Hacen parte de los monocéfalos también los deradelfos(monocéfalos unidos hasta el ombligo), los toracodelfos(monocéfalos unidos por la el tórax). Estos últimos solo tienen dos miembros superiores. Los psoadelfos son monocéfalos unidos hasta la región lumbar y los pelviadelfos son monocéfalos unidos hasta la pelvis. (Alarcón NMA.Los gemelos, una curiosidad histórica. Rev Col Obstet Ginecol. 2001, Vol 52(1): 19-27)

SIAMESES PARÁPAGOS: Son gemelos siameses simétricos que se encuentran unidos por un lado del cuerpo. Se subclasifican en dos grupos: bicéfalos cuando tienen dos cabezas y diprosopos cuando tiene dos caras. (Spitz L. Prenat Diagn. 2005; 25: 814-819 / Kingston CA, et al. RadioGraphics. 2001; 1:1187–1208)

SIAMESES PELVIADELFOS: (Pelvi, Pelvis y Adelphós, hermano). Son gemelos que tienen una sola cabeza(sincéfalos) y dos cuerpos, con cuatro

brazos y cuatro piernas que forman en su conjunto la letra griega lambda: λ, unidos ventralmente hasta la pelvis. *(Lattus J.O., Almuna RV,Paredes AV.* Siameses o gemelos unidos toraco-onfalópagos y revisión de la literatura nacional e internacional. Rev. chil. obstet. ginecol. v.67 n.5 Santiago 2002).

SIAMESES PIGODELFOS: (griego, *Pygué, nalgas y* Adelphós, hermano) Son gemelos que tienen una sola cabeza(sincéfalos) y dos cuerpos, con cuatro brazos y cuatro piernas que forman en su conjunto la letra griega lambda: λ, unidos dorsalmente hasta las nalgas. (*Lattus J.O., Almuna RV,Paredes AV.* Siameses o gemelos unidos toraco-onfalópagos y revisión de la literatura nacional e internacional. Rev. chil. obstet. ginecol. v.67 n.5 Santiago 2002).

SIAMESES PIGÓPAGOS: (griego, *pygué*,nalgas y *pagos*,unido por): Son los gemelos con cuatro miembros superiores y cuatro miembros inferiores, unido un siamés al otro por las nalgas y cara posterior de la región lumbosacra. (Alarcón NMA.Los gemelos, una curiosidad histórica. Rev Col Obstet Ginecol. 2001, Vol 52(1): 19-27)// Son gemelos siameses simétricos que se encuentran unidos a través del sacro y el cóccix. Representan el 19% de los gemelos siameses en general. Comparten el tracto gastrointestinal inferior en el 25% de los casos y el tracto genitourinario en el 15% de los casos. (Spitz L. Prenat Diagn. 2005; 25: 814-819 / Kingston CA, et al. RadioGraphics. 2001; 1:1187–1208)

SIAMESES PSOADELFOS: (Griego, Psoai, lomos y Adelphós, hermano). Son siameses lambdoides, con cuatro miembros superiores y cuatro miembros inferiores, unidos dorsalmente hasta la región región de los lomos ó lumbar *(Lattus J.O., Almuna RV,Paredes AV.* Siameses o gemelos unidos toraco-onfalópagos y revisión de la literatura nacional e internacional. Rev. chil. obstet. ginecol. v.67 n.5 Santiago 2002).

SIAMESES RINODIMOS: (Gr. Rhinós, naríz y Dídymo, doble) Los siameses que tienen las cabezas fusionadas lateralmente y deformadas, con cuatro ojos y dos narices. (*Lattus J.O., Almuna RV,Paredes AV.* Siameses o gemelos unidos toraco-onfalópagos y revisión de la literatura nacional e internacional. Rev. chil. obstet. ginecol. v.67 n.5 Santiago 2002).

SIAMESES SIMÉTRICOS: Son gemelos siameses generalmente del mismo tamaño que mantienen simetría en espejo sin tener en cuenta el sitio a través del cual están unidos. A este grupo de gemelos siameses pertenecen los gemelos toracópagos, craneópagos, isquiópagos y pigópagos. Su incidencia oscila entre 1:50000 y 1:200.000 nacidos vivos. (Jones KL. 4 ed. Philadelphia: W.B. Saunders, 1988: 91-601)

SIAMESES SINCÉFALOS: (Griego Syn, unido y Kephalé, cabeza). Los que tienen las dos cabezas unidas, de tal manera que forman una sola. A este grupo pertenecen los siameses lambdoides con dos caras bien formadas(janus), los que tiene una o ambas caras deformadas(janus imperfectos) y los que no tienen caras (sinotos). (Alarcón NMA.Los gemelos, una curiosidad histórica. Rev Col Obstet Ginecol. 2001, Vol 52(1): 19-27)

SIAMESES TERATÓDIMOS: Ver Siameses ipsiloides.

SIAMESES TORACODELFOS: (Lat,Thórax + Adelphós, hermano). Son siameses lambdoides, unidos ventralmente hasta el tórax. (*Lattus J.O., Almuna RV,Paredes AV.* Siameses o gemelos unidos toraco-onfalópagos y revisión de la literatura nacional e internacional. Rev. chil. obstet. ginecol. v.67 n.5 Santiago 2002).

SIAMESES TÓRACO-ONFALÓPAGOS: (lat,Thórax + Gr. Onphalós, ombligo + *pagos,*unido por). Los que están unidos entre sí por el tórax y el ombligo. (Alarcón NMA.Los gemelos, una curiosidad histórica. Rev Col Obstet Ginecol. 2001, Vol 52(1): 19-27).// Son gemelos siameses simétricos que se encuentran unidos a través del tórax y cordón umbilical. Su incidencia representa la sumatoria de las incidencias por separados y representan el 70%. Usualmente se presentan mayores casos de fusión de la masa cardíaca con un aumento de la mortalidad por difícil separación. (Spitz L. Prenat Diagn. 2005; 25: 814-819 / Kingston CA, et al. RadioGraphics. 2001; 1:1187–1208)

SIAMESES TORACÓPAGOS: (latin *thórax* /griego, *pagos,*unido por):Son los gemelos unidos uno al otro por el tórax. // Son gemelos siameses simétricos que se encuentran unidos a través del tórax. Usualmente comparten tórax, corazón, esternón, diafragma y pared abdominal superior. Representan la

mayor parte de los gemelos siameses simétricos, con una incidencia del 40%. Comparten el hígado en el 100% de los casos, pericardio en el 90%, presentan corazón fusionado en el 75%, comparten intestino superior en el 50% de los casos y el árbol biliar en el 25%.(Alarcón NMA.Los gemelos, una curiosidad histórica. Rev Col Obstet Ginecol. 2001, Vol 52(1): 19-27) (Spitz L. Prenat Diagn. 2005; 25: 814-819 / Kingston CA, et al. RadioGraphics. 2001; 1:1187–1208)

SIAMESES XIFÓPAGOS: .(Gr. Xypos + *pagos,*unido por). Los que están unidos por el apéndice xifoides. Son una variedad de siameses toracópagos. (Alarcón NMA.Los gemelos, una curiosidad histórica. Rev Col Obstet Ginecol. 2001, Vol 52(1):19-27).

SIGNO: Es la manifestación objetiva de una enfermedad o de un evento fisiológico que puede ser percibida por la paciente y/o por su examinador. Los signos pueden ser físicos como la anasarca, la hipertensión, el ablandamiento del cuello durante el embarazo; pueden ser paraclínicos como la leucocitosis, la hiperglicemia, las masas abdominales percibidas por ecografía o rayos X, etc.

SIGNO DE AARON: **1.** Es el dolor en el epigastrio, que se percibe en las primeras etapas de la apendicitis. // **2.** Es el dolor del epigastrio que se percibe al comprimir la región del punto de McBurney, en los pacientes con apendicitis.// Recibe este nombre en honor al Dr. Charles Aaron(1866-1051), médico norteamericano, que lo describió. *(http://www.iqb.es/diccio/e/eponimor.htm)*

SIGNO DE AHLFELD 1: Es la presencia de dolor episódico que se presenta a nivel uterino después de la semana doce de la gestación. //

SIGNO DE AHLFELD 2: Es un signo que avisa el inicio del alumbramiento. Tan pronto ocurre la expusión del feto, se coloca una pinza (por ej de Rochester)en el cordón umbilical, en el punto más cercano a la vulva. Cuando esta pinza fijada al cordón se empieza a alejar de la vulva de manera espontánea, se evidencia el inicio de la expulsión de la placenta. (*J González-Merlo, J.R. del Sol. Obstetricia. Editorial Masson Elsevier España, 1610, 5ª*

ed.pag 327)

SIGNO DE ALTCHULLER: La compresión de la fosa iliaca derecha produce contractura de la pared abdominal cuando hay irritación peritoneal .

SIGNO DE ALVAREZ: Ver Contracciones de Alvarez.

SIGNO DE ARNOUX: Sonido cardiaco fetal doble que se ausculta en el embarazo gemelar, que simula el trote de un caballo. (Antonio Suros Batllo, juan Suros Batllo; Semiología Medica y Técnica Exploratoria, Editorial Masson. Espana, 2001,pag 618.)

SIGNO DE BALLANCE: Percusión mate en el flanco izquierdo y en el cuadrante superior izquierdo durante el hemoperitoneo. (Círculo Médico Argentino y Centro Estudiantes de Medicina, Buenos Aires,1928v.28pt.1,1928.,Pag,1237.Digitalizado el 14 Feb 2008.)

SIGNO DE BECLARD(radiológico): Aspecto radiológico que ofrece la osificación de la epífisis inferior del fémur como indicativo de madurez fatal. La ecografía desplazó a los rayos X para calcular el grado de madurez fetal. (*Raúl Paz Soldán, Medicina Legal, Editorial juventud, Texas 1991,pag 113.digitalizado el 26 de octubre del 2007)*

SIGNO DE BENZADON: Ver maniobra de Benzadon.

SIGNO DE BLUMBERG: **1.** Es un signo de irritación del peritoneo. Para hacer evidente esta señal de alarma de la cavidad peritoneal, es necesario que el enfermo esté colocado en decúbito dorsal; el examinador presiona la pared anterior del abdomen a nivel del cuadrante inferior derecho; el dolor se produce cuando descomprime súbitamente. // **2.** Recibe este nombre en honor al Dr. Jacob Moritz Blumberg, (1873-1955) cirujano alemán que lo describió en los albores del siglo XX. (*Luis Jimenez-Murillo, FJ Montero Perez. Medicina de urgencias: Guia diagnostica y protocolos de actuación. España, 2004, pag 263).*

SIGNO DE BLUMBERG DUDOSO: es dudoso cuando al examinador no le queda claro si la descompresión de la cavidad peritoneal es dolorosa o no.

SIGNO DE BLUMBERG NEGATIVO: El signo es negativo cuando hay ausencia de dolor al retirar la mano

SIGNO DE BLUMBERG POSITIVO: Es el dolor producido por el examinador que comprime la cavidad peritoneal del enfermo, mediante presión por undimiento de la mano a nivel del cuadrante ínfero-externo y la retira de manera súbita.El signo es positivo cuando hay peritonitis licalizada como ocurre en la apendicitis, en el absceso tobárico, en el absceso pélvico, etc.

SIGNO DE BRAUN-FERNWALD: El crecimiento de la placenta a un lado del fondo uterino le confiere asimetría al mismo, que es interpretado como un signo de embarazo. (*Enciclopedia Universal Ilustrada Europeo-americana Etimologias, Espasa Calpe, 1927,pag 88)*

SIGNO DE BRAXTON-HICKS: Ver Contracciones de Braxton-Hicks.

SIGNO DE CABEZA DE MEDUSA: Es el aumento del calibre de las venas de la pared abdominal anterior como consecuencia secundaria del aumento de la presión de las venas profundas. El aspecto de las venas dilatadas en su conjunto forman una trama similar a la formada por las serpientes que formaban la cabeza de Medusa. Este signo es propio de la hipertensión portal, del carcinoma del ovario, de la carcinomatosis pélvica,etc. // Hace referencia a Medusa, que junto a sus hermanas Esteno y Euríale formaban las tres gorgonas, divinidades griegas marinas de las cuales la única mortal era Medusa, a quien la diosa Atenea le transformó los cabellos en serpientes por haber rivalizado con su belleza. // En la mitología griega, Medusa (en griego antiguo Μέδουσα *Médousa*, de μέδω *medō*, 'mandar', 'reinar') era un monstruo femenino cuya mirada convertía a la gente en piedra. Algunas referencias clásicas la describen como una de las tres hermanas Gorgonas, la única mortal de ellas. Medusa, Esteno y Euríale eran despiadados monstruos de manos metálicas, colmillos afilados y cabellera de serpientes venenosas vivas, lo que indicaba su naturaleza ctónica. Las Gorgonas y sus otras hermanas las Greas (y posiblemente las Hespérides) eran hijas de Forcis y Ceto. En la versión más conocida del mito, Medusa era originalmente una hermosa mujer humana. Poseidón se enamoró de ella, y la sedujo (o violó) en un templo

dedicado a Atenea. Ambos dioses eran rivales desde que compitieran por el patronazgo de Atenas y los habitantes de la ciudad prefiriesen el olivo de Atenea a la fuente o los caballos de Poseidón. Tras descubrir la profanación de su templo, Atenea transformó a Medusa como castigo hasta tener la misma forma de sus hermanas Gorgonas. Sus cabellos se convirtieron en serpientes y su mirada tenía el poder de petrificar a cualquier criatura viva (según algunas versiones, fue Afrodita quien, celosa de su cabellera, la cambió por serpientes). Fue desterrada allende las tierras hiperbóreas. Mientras Medusa estaba embarazada de Poseidón, fue decapitada por el héroe Perseo con la ayuda de Atenea y Hermes. De la sangre que cayó al suelo o, según las versiones, de su cuello brotó su descendencia: el caballo alado Pegaso y el gigante Crisaor. Perseo usó la cabeza de Medusa para rescatar a Andrómeda, matar a Polidectes y, en algunas versiones, petrificar al titán Atlas. Entonces se la ofreció a Atenea, quien la colocó en su escudo, la égida. Según cuenta Pausanias en el libro II de su *Descripción de Grecia*, dedicado a Corinto, el mito de Medusa es una versión novelada de la historia de una reina quien, después de la muerte de su padre, habría recogido ella misma el cetro, gobernando a sus súbditos cerca del lago Tritonide, en Libia. Habría muerto de noche durante una campaña contra Perseo, un príncipe del Peloponeso.(Wikipedia, la enciclopedia libre. http://es.wikipedia.org/wiki/Medusa-mitolog).

SIGNO DE CALKIN: Forma englobada del útero en el intervalo de las contracciones, contrastando con la forma discoide o achatada, cuando la placenta todavía se encuentra adherida a la pared uterina.

SIGNO DE CULLEN: Es el oscurecimiento de la piel en el ombligo y en su alrededor, que se aprecia en mujeres con hemoperitoneo y hernia umbilical como ocurre por ejemplo en el embarazo ectópico roto. Suele apreciarse mejor este signo si la paciente es de contextura delgada. // Es la aparición de lesiones equimóticas o amarillentas en región periumbilical, que se aprecia en mujeres con hemoperitoneo como ocurre por ejemplo en el embarazo ectópico roto. Suele apreciarse mejor este signo si la paciente es de contextura delgada. (Surós, J. Semiologia Médica y Técnica Exploratoria. Salvat Editores,

Barcelona: 6ª ed. 1978 pág. 350, 353 y 463)

SIGNO DE DANFORTH: Ver Signo del dolor en el hombro por hemoperitoneo(Edward C. Hughes, Terminologia en Obstetricia y Ginecologia. Salvat Editores, Barcelona, Espana 1975, pag 477.)

SIGNO DE DOLOR EN EL HOMBRO POR HEMOPERITONEO: Dolor irradiado en el hombro derecho o izquiero o en ambos, más hiperestesia cutánea, dado por la estimulación del diafragma que se irrita por la sangre que fluye de manera abundante por la ruptura de una víscera o de un vaso sanguíneo de alta presión. El hemoperitoneo irrita los nervios del diafragma, estos nervios transmiten el estímulo a las fibras nerviosas de la siguiente metámera y así de manera sucesiva, mediante transmisión metamérica, se manifiesta el dolor en uno o ambos hombros. Es más frecuente que ocurra el dolor en el hombro derecho (Signo de Danforth).El dolor en el hombro izquierdo (signo de Kher) ocurre raras veces. (Surós, J. Semiologia Médica y Técnica Exploratoria. Salvat Editores, Barcelona: 6ª ed. 1978 pág. 470) // Sinónimos: Signo de Danforth, Signo de Kher

SIGNO DE FINNERTY: Es el aspecto húmedo de la retina en las pacientes pre eclámpticas a quienes se les realiza evaluación del fondo de ojo. / Las alteraciones oftalmológicas en las gestantes afectadas de preeclampsia o eclampsia han sido numerosas en la literatura. Dentro de estas se incluyen: la retinopatía hipertensiva, el desprendimiento seroso de retina, la presencia de isquemia coroidea, y obstrucción de la vena central de la retina. Finnerty en 1956 , describe la presencia del "signo del resplandor húmedo", consistente en el aspecto húmedo, y brillante que evidencia la retina de la paciente preeclámptica al examen del fondo ocular, como la mejor evidencia oftalmoscópica de lesión retiniana en el diagnóstico de la preeclampsia. (Finnerty FA. Toxemia of pregnancy as seen by an Internist: An analysis of 1 081 patients. Ann Int Med 1956;44:358-375).Sinónimo: Signo del resplandor húmedo de la retina en las pre-eclámpticas.

SIGNO DE GAUSS: Signo probable del embarazo, consecuencia de la relajación del segmento uterino inferior, que puede desplazarse fácilmente en

el tacto vaginal.(Francisco Donat Colomer, Nancy A Didona ,Enfermería Maternal y Ginecología.Editorial Elsevier, Espana 2000, pag 144).

SIGNO DE GOLDEN: Corresponde a la palidez del cuello uterino. Es considerado un signo de embarazo ectópico tubárico. (Condous, G. Diagnosis of ectopic pregnancy. Seminars in reproductive medicine. 2007; 25 (2): 85 – 92)

SIGNO DE GOODELL: El verdadero significado de este signo es algo confuso ya que para unos autores es el ablandamiento del exocérvix durante el embarazo, que de consistencia cartilaginosa pasa a consistencia carnosa. Para otro autor es el color violeta del cérvix que se aprecia desde las primeras semanas de la gestación. Es sinónimo del signo de Hegar si se toma como ablandamiento del cérvix; es sinónimo del signo de Johnson si se toma como color violeta del cérvix durante el embarazo. (*Joaquin Cortes, Joaquín Cortés Prieto, Antonio D'Acunto. Obstetricia General. Editorial Ramón Areces, 2004, pag 57*)

SIGNO DE HALBAN: Corresponde a la presencia de vello a nivel facial, que se presenta durante el embarazo. Esta condición se presenta por una mayor proporción de pelos anágenos o en crecimiento, probablemente por estimulación estrogénica y androgénica. Durante el embarazo es frecuente encontrar un hirsutismo leve principalmente en cara, labios superiores y barbilla, y en areolas. En general, se resuelve poco tiempo después del parto o en el tercer trimestre de la gestación. (Vásquez, B. Vásquez, A. Piel y embarazo. MedUNAB. 2002; 5 (14): 83 – 94).

SIGNO DE HALLER: Es el aspecto reticular que toma el seno debido a la dilatación de las venas superficiales durante la gestación y la lactancia. // Sinónimo: Red de Haller. (*José Botella Llusiá, José A. Clavero Núñez, Jos A. Clavero N.ez. Tratado de Ginecología: Fisiologia, Obstetricia, Perinatologia, Ginecologia, reproducción. Ediciones Díaz de Santos, 14ª ed. 1993, pag 157).*

SIGNO DE HALSTED: 1. Es el punteado azuloso en el ombligo y a su alrededor,que se aprecia en mujeres con hemoperitoneo y hernia umbilical como ocurre por ejemplo en el embarazo ectópico roto. Suele apreciarse

mejor este signo si la paciente es de contextura delgada. // Es el punteado azuloso en el ombligo y a su alrededor, que se aprecia en mujeres con hemoperitoneo, como ocurre por ejemplo en el embarazo ectópico roto, se observa tardíamente. (Surós, J. Semiologia Médica y Técnica Exploratoria. Salvat Editores, Barcelona: 6ª ed. 1978 pág. 601) // 2- *Horacia Marcelo,Argente Alvarez. Semiologia Medica; Editorial Medica Panamericana. Buenos Aires, 2006. Pag: 689, 758)*

SIGNO DE HEGAR: Es un signo probable de embarazo. Consiste en el ablandamiento del istmo y del cérvix al tacto vaginal. Se explora con las dos manos mediante tacto abdómino-vaginal. El istmo uterino puede comprimirse entre los dedos colocados en el fórnix vaginal anterior y los dedos de la mano que se ha colocado en el abdomen. Aparece en multíparas a la sexta semana y en primigestantes a la octava semana. Desaparece cuando el útero aumenta de volumen y el istmo se hace inaccesible al tacto. (Surós, J. Semiologia Médica y Técnica Exploratoria. Salvat Editores, Barcelona: 6ª ed. 1978 pág. 609)

SIGNO DE HOCHNE: Inercia en el parto a pesar de las repetidas inyecciones de preparados hipofisarios; signo de rotura del útero

SIGNO DE HOFFSATTER-CULLEN: Hace referencia a la coloración azulada que se presenta a nivel periumbilical, es decir, cianosis periumbilical, que se encuentra asociada a hemorragia intraperitoneal o hemoperitoneo, generalmente secundaria a embarazo ectópico o pancreatitis aguda en mujeres muy delgadas. Fue descrito por primera vez por Cullen en 1918; ha sido tradicionalmente asociado a la pancreatitis hemorrágica. Este signo se produce por extensión del hematoma a través del ligamento redondo del hígado. Las condiciones en las que se puede observar este signo incluyen: ruptura de embarazo ectópico, pancreatitis, ruptura de aneurisma de aorta, ruptura de bazo, ruptura de conducto biliar común, úlcera duodenal perforada, carcinoma hepatocelular. (Condous, G. Diagnosis of ectopic pregnancy. Seminars in reproductive medicine. 2007; 25 (2): 85 – 92).// 2. Oscurecimiento de la piel alrededor del ombligo en las hemorragias peritoneales principalmente por rotura de embarazo ectópico.(*Surós, J. Semiologia Médica*

y Técnica Exploratoria. Salvat Editores, Barcelona: 6ª ed. 1978 pág. 350, 353 y 463).

SIGNO DE HORNER (ecográfico o radiológico**):** Deformación acusada del cráneo. Es un signo afirmativo en la sospecha de muerte fetal intrauterina. (Surós, J. Semiologia Médica y Técnica Exploratoria. Salvat Editores, Barcelona: 6ª ed. 1978 pág. 613)

SIGNO DE HUNTER: Es el aumento del diámetro e hiperpigmentación de la aréola mamaria durante la gestación y puerperio. Este cambio de la coloración facilita la lactancia del recién nacido. El aumento de la melanina produce hiperpigmentación en otras zonas del cuerpo durante la gravidez.(*Antonio Suros Batllo, juan Suros Batllo;Semiología Medica y Técnica Exploratoria, Editorial Masson. Espana, 2001,pag 607)*

***SIGNO DE JA*CKEMIER**: Color azul oscuro o purpúreo de la mucosa vaginal alrededor del introito,observada después de la cuarta semana de gestación debido a la congestión venosa pasiva y persistente. El primer obstetra en describir este signo fue Jackemier en 1846.// Sinónimos: A este mismo fenómeno se le conoce también con los nombres de Signo de Chadwick, de Kluge y de Lebhardt. (*Francisco Donat Colomer, Nancy A Didona ,Enfermería Maternal y Ginecología.Editorial Elsevier, Espana 2000, pag 144).*

SIGNO DE JACOB: Si hay una víscera lesionada en la fosa iliaca izquierda, como suele ocurrir en las lesiones del anexo izquierdo, o en la diverticulitis del colon descendente, se produce dolor en dicha zona mediante la compresión de la fosa iliaca derecha que desplaza parte de los intestinos, líquido y gas intestinal hacia la zona izquierda irritada.

SIGNO DE JOHNSON: Es la coloración violeta que toma el cuello uterino desde las primeras semanas de la gestación.

SIGNO DE KANTER: Corresponde a la ausencia de movimientos fetales, usualmente secundario a presión de la cabeza fetal. Es considerado un signo de muerte fetal. Para realizar el diagnóstico es necesario confirmar la ausencia de actividad cardiaca fetal. (Dalence, J. Muerte fetal intrauterina. Revista

Médica – Organo oficial del Colegio Médico de la Paz. 2005; 11 (2): 71 – 83 // *Edward C. Hughes, Terminologia en Obstetricia y Ginecologia. Salvat Editores, Barcelona, Espana 1975, pag 507)*

SIGNO DE KENNEDY: 1. Hace referencia a la presencia de dolor a la movilización del cérvix durante el tacto bimanual. Se considera un signo de enfermedad pélvica inflamatoria o embarazo ectópico. (Tejeda, M. El paciente agudo grave. Patología ginecológica. Primera edición. Editorial Elsevier. Madrid, España. 2005. Pp 658 – 684).// **2.** Corresponde al soplo del cordón o soplo funicular. Este soplo es causado por el paso de la sangre a través de los vasos umbilicales. Es sincrónico con el latido del corazón fetal. Puede ser audible con fonendoscopio o detectado a través de ultrasonografía doppler. (González, J. Obstetricia. Consulta prenatal. Primera edición. Editorial Elsevier. Madrid, España. 2005. pp 176 – 189).

SIGNO DE KERGARADEC: Corresponde al soplo uterino. Es causado por el paso de la sangre a través de los vasos uterinos. Es sincrónico con el latido del corazón materno. Puede ser audible con fonendoscopio o detectado a través de ultrasonografía doppler. (González, J. Obstetricia. Consulta prenatal. Primera edición. Editorial Elsevier. Madrid, España. 2005. pp 176 – 189).// **2**. francés Lejumeau, vizconde de Kergaradec, describió en 1821 la auscultación de tonos cardíacos fetales y del soplo uterino con la utilización del estetoscopio de Laennec2. Consideró, que la auscultación podría ser útil en el diagnóstico del embarazo, de las gestaciones múltiples, en la determinación del estado de salud fetal, para diagnosticar la posición y presentación fetal e incluso la aconsejó en el diagnóstico de gestación ectópica. Consisten en la percepción de dos ruidos diferentes, que se efectúan cuando el utero esta distendido por el producto de la concepción, de estos dos ruidos el uno análogo al murmullo del ruido respiratorio, pero mas débil y menos extenso, ha sido llamado por kergaradec ruido placentario, después llamado ruido de fuelle. La opinión médica concedió poco valor a esta descripción. (*François Joseph Moreau, tratado practico de partos. Editorial Imprenta de la Viuda de Jordan e Hijos, Madrid.1842. Pag 460)*

SIGNO DE KHER: Ver Signo del dolor en el hombro por hemoperitoneo.\\

Dolor intenso en el hombro izquierdo en algunos casos de rotura del bazo.(*Edward C. Hughes, Terminologia en Obstetricia y Ginecologia. Salvat Editores, Barcelona, Espana 1975, pag 477.)*

SIGNO DE KLUGE: Color azul oscuro o purpúreo de la mucosa vaginal alrededor del introito, observada después de la cuarta semana de gestación debido a la congestión venosa pasiva y persistente. A este mismo fenómeno se le conoce también con los nombres de Signo de Chadwick, de Jackemier y de Lebhardt.(*Francisco Donat Colomer, Nancy A Didona ,Enfermería Maternal y Ginecología.Editorial Elsevier, Espana 2000, pag 144).*

SIGNO DE KROBACH: Es el sangrado fácil del cuello uterino durante un examen cuando la paciente tiene allí un proceso tumoral.

SIGNO DE KUBLI: Es el único signo del monitoreo electrónico fetal con nombre propio. Es el patrón sinusoidal registrado durante el monitoreo de stress:la línea de base muestra poca variabilidad y un ciclo oscilatorio regular(2-5 ciclos/min) que da al trazado un aspecto ondulado. Este trazado es propio de los fetos gravemente comprometidos por lo cual el trazado sinusoidal es alarmante. *(Juana Macias Seda. Matronas Del Servicio Vasco De Salud-Osakidetza, Editorial Mad, S.L Espana, 2006 1ª ed pag* 170.)

SIGNO DE KÜSTNER: Una de las manos mantiene el cordón umbilical, la otra colocada en el hipogastrio (segmento inferior) desplaza hacia arriba el cuerpo uterino. Puede ser negativo (el cordón sube como consecuencia de la maniobra si la placenta todavía no descendió) o positivo (el cordón permanece inmóvil indicando que la placenta descendió).

SIGNO DE LA BANANA(ecográfico): Es un signo indirecto para el diagnóstico de espina bífida fetal observado por ultrasonografía. El signo se produce por un desplazamiento de los componentes de la fosa posterior, con elongación y aplanamiento del cerebelo adoptando un aspecto de banana. Es el signo indirecto más sensible para el diagnóstico de espina bífida y su detección obliga a realizar un examen exhaustivo de la columna vertebral fetal para detectar el disrafismo. (Cafici,D. Mejides, A. Sepúlveda, W. Ultrasonografía en obstetricia y diagnóstico prenatal. Sistema Nervioso Fetal:

evaluación mediante ultrasonido. Buenos Aires, Argentina. Ediciones Journal. 2003. p 207-236

SIGNO DE LA DOBLE BURBUJA(ecográfico): Corresponde a la visualización de la membrana amniótica por ultrasonografía en el embarazo temprano. Debido a que esta membrana es muy delgada, sólo puede verse en las zonas en las que el haz de ultrasonido incide de manera perpendicular. Se observa como un anillo anecoico de bordes ecogénicos, adyacente al embrión, del lado opuesto al saco vitelino. Esta imagen particular, consistente en dos estructuras circulares de tamaño similar, con el embrión en el medio, se describe como el signo ecográfico de doble burbuja. (Coulam, C. Britten, S. Early ultrasonographics measurements in normal pregnancies. Human Reproduction. 2006; 11: 1771-1774)

SIGNO DE LADIN: Es el ablandamiento de la cara anterior del útero en las primeras semanas de la gestación. // 2. Es el ablandamiento de la cara anterior del útero en las primeras semanas de la gestación. \\ En el embarazo, por el tacto vaginal se nota en la cara anterior del útero, en la unión del cuerpo con el cuello, una *zona* elástica circular que da sensación de fluctuación; esta *zona* aumenta en extensión a medida que progresa el embarazo. (*J González-Merlo, J.R. del Sol. Obstetricia. Editorial Masson Elsevier España, 1610, 5ª ed.pag149)*

SIGNO DE MAYOR: Es la auscultación de la fetocardia como signo de embarazo.

SIGNO DE Mc CLINTOCK: Es la taquicardia que se presenta después de una hora de puerperio por hemorragia anormal de origen uterino (por atonía, por retención de restos placentarios,etc) .

SIGNO DE MICHAELIS: Aumento de la temperatura corporal en el puerperio como una manifestación precoz de trombosis o de embolía. (*Ceferino Brache Espinal, Ludwig Frontier Ramos.Semiología quirúrgica: antología de experiencias, textos y casos, Editorial INTEC, 2006. Pag 275)*

SIGNO DE PINARD: Dolor a la presión del fondo uterino hacia la semana 28

de gestación, propio de la presentación fetal de pelvis. **(ampliar esta información con la biografia de Pinard que está en anexo de la letra P).NOTA: mencionar el Bolo de Seguridad de Pinard como uno de los signos.**

SIGNO DEL ABDOMEN EN TABLA: Es la rigidez de la pared abdominal como consecuencia del intenso dolor de un proceso irritativo y/o infeccioso de la cavidad peritoneal. Los músculos de la pared abdominal anterior se contraen de manera generalizada. Los músculos en contacto con una serosa inflamada entran en contracción.

SIGNO DE LEBHARDT: Color azul oscuro o purpúreo de la mucosa vaginal alrededor del introito, observada después de la cuarta semana de gestación debido a la congestión venosa pasiva y persistente. / Sinónimos: Signo de Chadwick, Signo de Jackemier, Signo de Kluge. (*Francisco Donat Colomer, Nancy A Didona ,Enfermería Maternal y Ginecología.Editorial Elsevier, Espana 2000, pag 144).*

SIGNO DE LESER-TRELAT: Corresponde a la erupción súbita de múltiples lesiones de queratosis seborreica. Este signo fue considerado durante mucho tiempo como un marcador cutáneo de neoplasia interna, sin embargo, actualmente se discute dicha relación, y la mayoría de los autores la considera un hallazgo casual. (Gulias-Cañizo, R. Aranda, J. Seborrheic Keratosis. Arch Soc Esp. 2006; 81: 217-220).

SIGNO DE MURPHY: La compresión manual del hipocondrio derecho o del cuadrante superior derecho produce dolor durante la inspiración profunda en un paciente con colecistitis*. (Horacia Marcelo,Argente Alvarez. Semiologia Medica; Editorial Medica Panamericana. Buenos Aires, 2006. Pag 698)*

SIGNO DE NOBLE-BUDIN: apreciación al tacto vaginal de los fondos de saco vaginal lateral ocupados, evidente a partir de la semana 8 de gestación, como signo de insercion normal (al centro y al fondo uterino). . (*Joaquin Cortes, Joaquín Cortés Prieto, Antonio D'Acunto. Obstetricia General. Editorial Ramón Areces, 2004, pag 56).// 2.* Corresponde a un signo presuntivo de embarazo. Consiste en un trayecto vaginal acortado, con abombamiento del útero

palpado a través de los fondos de saco de la vagina. Como consecuencia se palpa un aplanamiento de los fondos de saco vaginal, al adoptar una forma globulosa. (Sayle, AE, Wilcox, AJ, Weinberg, CR, Baird, DD. A prospective study of the onset of symptoms of pregnancy. J Clin Epidemiol 2002; 55:676).

SIGNO DE OBLITERACIÓN DE LA CISTERNA MAGNA(ecográfico): Es un signo indirecto para el diagnóstico de espina bífida fetal observado por ultrasonografía. El signo consiste en la desparición de la imagen de la cisterna magna secundario al descenso del cerebelo. (Cafici,D. Mejides, A. Sepúlveda, W. Ultrasonografía en obstetricia y diagnóstico prenatal. Sistema Nervioso Fetal: evaluación mediante ultrasonido. Buenos Aires, Argentina. Ediciones Journal. 2003. p 207-236).

SIGNO DE PINARD: Ver Bolo de seguridad de Pinard.

SIGNO DE PISKACEK: Crecimiento levemente asimétrico del cuerpo uterino como una evidencia de embarazo. // Es la deformación del útero que se produce en las primeras semanas del embarazo, producida en la zona del cuerpo donde se implanta la placenta. Esto puede confundir al examinador con un mioma. A medida que el útero va creciendo va tomando su forma ovoide y simétrica. (Surós, J. Semiologia Médica y Técnica Exploratoria. Salvat Editores, Barcelona: 6ª ed. 1978 pág. 607)

SIGNO DE PROUST-STAJANO: Es el dolor intenso que percibe la paciente al palpar el fondo de saco de Douglas en el embarazo ectópico roto.

SIGNO DE REBECA: 1. Es la percepción por primera vez de los movimientos fetales durante la gestación. // **2.** Hace referencia a la percepción de los movimientos de los gemelos Esaú y Jacob en el vientre de Rebeca,personaje bíblico, esposa de Isaac. Refiere el capítulo XVII del antíguo testamento que el patriarca Abraham de 100 años de edad, concibió un hijo con Sara de 90 años, el cual se llamó Isaac. Cuarenta años después Abraham encargó a uno de sus criados que consiguiera una esposa para su hijo en las tierras de Mesopotamia. Halló el criado a una joven doncella que portaba un cántaro para llevar agua de la fuente: era Rebeca, hija de Batuel y Nacor (por esto los artistas representan a Rebeca sacando agua de una fuente). Rebeca era

estéril por lo cual debió Isaac hacer muchas plegarias para lograr un embarazo 20 años después . Ella tuvo mucha alegría cuando percibió por primera vez los movimientos de sus gemelos (Signo de Rebeca): eran Esaú y Jacob que chocaban entre sí en el seno materno; el Señor le dijo: "Dos naciones en tu vientre y dos pueblos saldrán divididos desde tu seno en que están ahora y el un pueblo sojuzgará al otro pueblo y el mayor ha de servir al más joven" (esta parte del relato hace mención a la venta de la primogenitura que hizo Esaú a su hermano menor Jacob, a cambio de un plato de lentejas). Jacob habitaría las tierras de Canaán. Allí Dios le dijo: "Tú no te has de llamar ya Jacob ,sino en adelante tu nombre será Israel "// Rebeca, Rebekah o Rivka (רִבְקָה en Hebreo estándar Rivqa, en Hebreo Tiberio Riḇqāh) fue una matriarca bíblica y la mujer de Isaac. Su historia se narra en el Génesis. Rebeca fue la madre de los gemelos Esaú y Jacob, siendo este último su elegido. Era nieta del hermano de Abraham, Nahor. Abraham era el padre de Isaac. Fue hermana de Laban, el cual vivía en Padan Aram, en Mesopotamia. Abraham envió al jefe de sus sirvientes con el objetivo de encontrar una mujer para su hijo que no fuera cananea. El criado, impresionado por la amabilidad de Rebeca y la buena situación de su familia, la escogió y se la llevó para que fuera la mujer de Isaac. La primera vez que Rebeca vio a Isaac se enamoró enseguida y se fijó tanto en él que se cayó del camello. La tradición oral afirma que Rebeca está enterrada en la Cueva de los Patriarcas, en Hebrón.(Wikipedia, la enciclopedia libre. http://es.wikipedia.org/ wiki/Rebeca..

SIGNO DE REUSNER: Aumento de la pulsación de las arterias uterinas, propias de la gestación, perceptibles a través de los fórnices laterales de la vagina desde la semana 20 de amenorrea. (http://www.babylon.com)

SIGNO DE ROBERT(radiológico): Es un signo de muerte fetal. Corresponde a la presencia de aire en el feto, usualmente intracardiaco, aunque se puede evidenciar en grandes vasos y vísceras. Se observa por ultrasonografía de II o III nivel o por radiografía. Este signo se considera un signo de muerte fetal. (Dalence, J. Muerte fetal intrauterina. Revista Médica – Organo oficial del Colegio Médico de la Paz. 2005; 11 (2): 71 – 83).

SIGNO DE ROVSING: Si hay una víscera lesionada en la fosa iliaca derecha, como suele ocurrir en la apendicitis o en las lesiones de la trompa, se produce dolor en dicha zona mediante la compresión de la fosa iliaca izquierda que desplaza parte de los intestinos, líquido y gas intestinal hacia la zona derecha irritada. \\ La presión en el lado izquierdo sobre un punto correspondiente al de mac burney en el derecho, despierta el dolor en este punto en los casos de apendicitis, pero no en otras afecciones abdominales.(*Diego Luis Alvarez Montoya, Luis Guillermo Duque Ramírez, Humberto Rubio Vanegas. Semiología médica integral, Editorial Universidad de Antioquia, Medellin Colombia 2006, pag 276)*

SIGNO DE SAEGUSSER: Sensibilidad del borde posterior del esternocleido-mastoideo izquierdo por irritación del hemidiafragma del mismo lado por hemoperitoneo.

SIGNO DE SALMON: Dilatación unilateral de la pupila como una manifestación de ruptura o hemorragia del embarazo ectópico. (*Edward C. Hughes, Terminologia en Obstetricia y Ginecologia. Salvat Editores, Barcelona, Espana 1975, pag 477*)

SIGNO DE SCHNITKER(radiológico)*:* Apiñamiento general del esqueleto con angulación anormal del raquis, observado a los rayos X cuando el feto está muerto.

SIGNO DE SCHROEDER: A medida que la placenta se desprende, el útero se engloba más y sube arriba del ombligo, desplazándose levemente hacia el flanco derecho.

SIGNO DE SPALDING(radiológico): Acabalgamiento de los huesos de la bóveda craneana, (favorecida por el encogecimiento del cerebro). perceptible a los rayos X en los fetos muertos. Es un signo afirmativo importante en sospecha de muerte fetal intrauterina. Se presenta usualmente en la segunda semana de haberse producido el evento. El cabalgamiento de los huesos craneales se considera secundario a liquefacción cerebral. (Surós, J. Semiologia Médica y Técnica Exploratoria. Salvat Editores, Barcelona: 6ª ed. 1978 pág. 613 // 2- Dalence, J. Muerte fetal intrauterina. Revista Médica –

Organo oficial del Colegio Médico de la Paz. 2005; 11 (2): 71 – 83).

SIGNO DE STRASSMAN:Una de las manos mantiene el cordón umbilical, la otra determina movimientos en el fondo uterino. Puede ser negativo (la mano que mantiene el cordón recibe la propagación) o positivo (los movimientos del fondo uterino no se propagan al cordón, revelando descenso de la placenta).

SIGNO DE VON FERNWALD: Es el ablandamiento del sitio de implantación de la placenta en la región fundo-corporal del útero. . (*J González-Merlo, J.R. del Sol. Obstetricia. Editorial Masson Elsevier España, 1610, 5ª ed.pag 150)*

SIGNO DEL ABDOMEN EN TABLA: Es la rigidez de la pared abdominal como consecuencia del intenso dolor de un proceso irritativo y/o infeccioso de la cavidad peritoneal. Los músculos de la pared abdominal anterior se contraen de manera generalizada. Los músculos en contacto con una serosa inflamada entran en contracción. (*Isabel Oto Cavero, VV Staff, Miquel Sanz Moncusí, Montserrat Montiel Pastor. Enfermería médico-quirúrgica: Necesidad de nutrición y eliminación, Editorial Elseiver Masson. España, 2003, 2ª ed. Pag 36)*

SIGNO DEL DOBLE SACO(ecográfico): Corresponde a la visualización precoz del saco gestacional por ultranosografía, dentro de una de las caras de la decidua. Inicialmente el signo consiste en ver el saco gestacional sin desplazar el eco central generado por la interfase de ambas deciduas. A medida que el saco crece, desplaza la línea central correspondiente a la cavidad endometrial y se origina el signo del doble saco, que consiste en la presencia de dos líneas ecogénicas que rodean una porción del saco gestacional. La línea más próxima corresponde a la decidua refleja y la línea más externa, corresponde al complejo formado por el corion y la decidua parietal. El valor de este signo consiste en diferenciar un verdadero saco gestacional, de un pseudosaco formado en el embarazo ectópico o una colección endometrial. (Efrat, Z. Akinfenwa, O. First trimestre identification of fetal gender by ultrasound. Ultrasound Obstet Gynecol. 1999; 13: 305-307)

SIGNO DEL DOLOR DEL HOMBRO POR HEMOPERITONEO: Cuando hay abundante sangre en la cavidad peritoneal como ocurre con frecuencia en el

embarazo ectópico roto o en el ectópico abortado a la cavidad pélvica, se produce dolor irritativo en los hemidiafragmas, especialmente el derecho que se manifiesta como un dolor en el hombro homolateral por transmisión neuronal en cadena, de una metámera a la siguiente, hasta llegar a la metámera del hombro (de manera similar al llamado "efecto dominó"). No hay completo acuerdo para los epónimos dados a este signo. Sinónimos: Los nombres más frecuentes son: Dolor del hombro derecho por hemoperitoneo, Signo de Danforth y Signo de Kher. Algunos autores distinguen entre el dolor del hombro derecho (signo de Danforth) y el dolor del hombro izquierdo (signo de Kher). (*Edward C. Hughes, Terminologia en Obstetricia y Ginecologia. Salvat Editores, Barcelona, Espana 1975, pag 477.)*

SIGNO DEL HALO PERICEFÁLICO: Es un signo de muerte fetal**.** Corresponde a la presencia de un halo alrededor del encéfalo fetal, como consecuencia del desprendimiento del cuero cabelludo del hueso. Se observa por radiografía. Este signo se presenta aproximadamente 2 a 4 días después de la muerte fetal. (Dalence, J. Muerte fetal intrauterina. Revista Médica – Organo oficial del Colegio Médico de la Paz. 2005; 11 (2): 71 – 83).

SIGNO DEL LIMÓN(ecográfico): Es un signo indirecto para el diagnóstico de espina bífida fetal observado por ultrasonografía. El signo es resultado de una presión intracerebral negativa que produce un retracción de las porciones externas craneales a nivel del hueso frontal con prominencia de su porción central, que le da al cráneo un aspecto morfológico en limón. (Cafici,D. Mejides, A. Sepúlveda, W. Ultrasonografía en obstetricia y diagnóstico prenatal. Sistema Nervioso Fetal: evaluación mediante ultrasonido. Buenos Aires, Argentina. Ediciones Journal. 2003. p 207-236)

SIGNO RADIOLÓGICO DE SCHNITKER*:* Apiñamiento general del esqueleto con angulación anormal del raquis, observado a los rayos X cuando el feto está muerto.

SIGNO RADIOLÓGICO DE SPALDING: Acabalgamiento de los huesos de la bóveda craneana,con una franca angulacion de la columna vertebral, perceptible a los rayos X en los fetos muertos. Se evidencia mas fácilmente si

la paciente se encuentra en posición erecta. (*(Edward C. Hughes, Terminologia en Obstetricia y Ginecologia. Salvat Editores, Barcelona, Espana 1975, pag 255).*

SISIGNO DE OSIANDER: Aumento de las pulsaciones de la vagina como una manifestación del incremento de la irrigación de esta cavidad durante el embarazo.(Mateo José Buenaventura Orfila, Mateo Orfila y Rotger, Enrique Ataide, Mateo Orfila, José María Alonso.Tratado de medicina legal. Editorial Alonso, Espana, 1847.Pag 206)

SISIGNO DE KUSTNER: Es un signo de que la placenta aún no se ha desprendido. Al presionar profundamente por encima de la sínfisis el cordón umbilical se retrae hacia la vagina\\ Tumor *quístico* en la línea mediaanterior al útero, en los dermoides del ovario. (*J González-Merlo, J.R. del Sol. Obstetricia. Editorial Masson Elsevier España, 1610, 5ª ed.pag 327)*

SINCLITISMO: Posición intermedia de la sutura sagital del cráneo fetal entre la sínfisis púbica y el promontorio sacro. (Cunningham, FG. Gant, NF. Leven, K. Gilstrap, L. Hauth., J. Wenstrom K. Trabajo de parto y Parto Normales. Williams Obstetricia. 21° edición. Montevideo, Uruguay: Editorial Panamericana. 2001: 258 – 260)

SÍNDROME: Conjunto de signos y síntomas que obedecen a diferentes causas inespecíficas, modificadas por factores culturales y fisiológicos propios de cada paciente. Ej. síndrome premenstrual. // **2**. También recibe el nombre de síndrome al conjunto de fenómenos patológicos que se presentan simultánea mente en una entidad y que han sido descritos por un autor que le da el nombre .Ej.: Síndrome de Asherman-Fritsch, Síndrome de Down, Síndrome de Fitz-Hug-Curtis-Stajano

SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO: (SAF) Se caracteriza por la presencia de anticuerpos antifosfolípidos (anticardiolipina y anticoagulante lúpico) y una o más de las siguientes características: Muerte fetal, trombocitopenia y trombosis. Desorden trombofilico adquirido en que se producen anticuerpos contra una variedad de fosfolípidos y proteínas ligando de fosfolípidos. Por definición del Internacional Consensus Statement del 2006, los criterios de

clasificación como un SAF definitivo son la persistencia de títulos altos de anticuerpos antifosfolípidos asociado con una historia de trombosis venosas o arteriales (o ambas) o morbilidad durante el embarazo recurrente. (Baker WF Jr – The Clinical Spectrum of Antiphospholipid Syndrome *Hematol Oncol Clin North Am* - 01-Feb-2008; 22(1): 33-52, v-vi)

SINDROME CONSTITUCIONAL: Es un conjunto de trastornos que producen desnutrición significativa. Se caracteriza por la presencia de astenia, anorexia y pérdida de peso importante (más del 5% en 6-12 meses). Es importante en los ancianos por su frecuencia, por la posible gravedad de su etiología y por el efecto deletéreo de la pérdida de peso en sí misma. La desnutrición proteica produce pérdida de peso, desgaste muscular, inmunodepresión y aumento no sólo de la morbilidad sino también de la mortalidad. (Argonz, J. and E.B. del Castillo: "A syndrome chracterized by estrogenic insufficiency galactorrhea and decreased urinary gonadotropin". J. Clin. Endocrinol., 13:79-87, 1953).

SÍNDROME DE AHUMADA DEL CASTILLO: Recibe este nombre en honor al Dr. Juan Carlos Ahumada del Castillo, médico argentino**.** Corresponde a uno de los síndromes de amenorrea-galactorrea no puerperal, es decir, se presenta fuera del periodo post-parto. Es una alteración endocrinológica que afecta a mujeres adultas y se caracteriza por alteración en la función de la glándula hipofisiaria y del hipotálamo. Las manifestaciones clínicas son galactorrea, usualmente bilateral, y amenorrea por anovulación; se asocia a niveles estrogénicos bajos y disminución de niveles urinarios de gonadotropina. La etiología no está establecida, sin embargo, se considera que la entidad puede ser secundaria a la presencia de tumoraciones pequeñas a nivel hipotálamo-hipofisiario. (Falsetti, L, Gambera, A, Barbetti, L, Specchia, C. Long-term follow-up of functional hypothalamic amenorrhea and prognostic factors. J Clin Endocrinol Metab 2002; 87:500). Se desconoce la causa exacta del síndrome de Ahumada del Castillo aunque algunas investigaciones sugieren que pequeños tumores de la glándula pituitaria y del hipotálamo puedan ser en algunos casos los responsables de esta enfermedad. (Argonz, J. and E.B. del Castillo: "A syndrome chracterized by estrogenic insufficiency galactorrhea and decreased urinary gonadotropin". J. Clin. Endocrinol., 13:79-

87, 1953).

SÍNDROME DE ALBRIGHT:. Clínicamente caracterizado por la triada de endocrinopatia, pigmentación café con leche y displasia fibrosa poliósea. Se presenta en niños o adultos jóvenes, predomina en el sexo femenino. (Hannon, Tamara S. MD; Noonan, Ken MD; Steinmetz, Rosemary PhD; Eugster, Erica A. MD; Levine, Michael A. MD; Pescovitz, Ora Hirsch MD Is McCune-Albright syndrome overlooked in subjects with fibrous dysplasia of bone? Journal of Pediatrics. 142(5):532-538, May 2003. Sinónimo: Síndrome de McCune-Albright). Sinónimo: Síndrome de McCune-Albright.

SÍNDROME DE ALLEN MASTERS: Es el dolor pélvico causado por el desgarro del ligamento ancho con o sin desgarro de una parte de la capa peritoneal en la región ístmico-cervical del útero. Este síndrome se presenta por lo regular en multíparas. Se caracteriza por dolor en región pélvica, dolor durante las relaciones sexuales, dismenorrea y dolor en la espalda. Al examen físico el cuello uterino puede ser movilizado en todas direcciones sin movimiento interno. Se debe a la ruptura del ligamento ancho, con o sin formaciones de aspecto angiomatoso a ese nivel. En ocasiones la etiología es desconocida. Pero puede presentarse en el curso de un traumatismo quirúrgico o de un aborto en período avanzado de gestación. El diagnóstico de certeza puede hacerse rápidamente por laparoscopia, en el que se evidencia la lesión que ocasiona este síndrome. (Ventolini, Gary MD; Guy, Stephen R. MD; Duke, Janice M. MD; Barhan, Sheela M. MD The Allen-Masters Syndrome: A Cohort Study and Literature Review. Obstetrics & Gynecology. 105(4) Supplement:70S, April 2005.// 2-(Lukanova M, Diagnostic approach to Allen-Masters syndrome. Akush Ginekol (Sofiia). 2005;44 Suppl 2:7-15

SÍNDROME DE ARGONZ DEL CASTILLO: Ver Síndrome de Ahumada del Castillo.

SÍNDROME DE ASHERMAN: El síndrome de Asherman es una enfermedad ginecológica rara que se caracteriza por la presencia de sinequias intrauterinas que pueden ocasionar amenorrea, hipomenorrea e infertilidad. En 1894 Heinrich Fritsch describe por primera vez la presencia de sinequias

intrauterinas de tipo postraumático, en una paciente que desarrolló una amenorrea secundaria a un curetaje. Posteriormente en 1927 Bass informó de veinte casos de atresia cervical tras abortos inducidos, pero no fue hasta 1948, cuando Joseph G. Asherman recopiló la información hasta entonces existente y acuñó el nombre con el que se conoce actualmente a la enfermedad. Asherman describió originalmente dos tipos diferentes de amenorrea secundaria, en función de su etiología: la amenorrea traumática , debida a estenosis del orificio cervical interno y la amenorrea debida a adherencias intrauterinas. Posteriormente ambas entidades se agruparon en una única entidad bajo el nombre de síndrome de Asherman. Suele presentarse en mayor proporción tras dilataciones y curetajes uterinos de repetición y sobre todo si se realizan durante el embarazo o si existe infección uterina en el momento en el que se realizan estas intervenciones. (Johnson, Meredith MD; Schlaff, William MD Diagnosis and Treatment of Asherman Syndrome. Postgraduate Obstetrics & Gynecology. 26(6):1-6, March 31, 2006).Sinónimo: Síndrome de Fritsch-Bass-Asherman

SÍNDROME DE BALLANTYNE-RUNGE: Ver Síndrome de Clifford

SÍNDROME DE BASS: Ver Síndrome de Asherman

SINDROME DE BECKWITH-WIDEMANN: Ver Síndrome de Wiedemann-Beckwith-Coombs.

SÍNDROME DE CAPUTE-RIMOIN-KONIGMARK-ESTERLY-RICHARDSON: Anomalía congénita autosómica dominante con alta penetrancia y expresión variable. El acrónimo LEOPARD fui inicialmente usado por Gorlin en 1971 como una nemotecnia de las características mayores de este desorden: **L**entigos múltiples, anormalidades de conducción en el **E**KG, hipertelorismo **O**cular, estenosis **P**ulmonar, **A**nomalías genitales, **R**etardo en el crecimiento y sordera (**D**eafness) neurosensorial. También se conoce como el síndrome cardiocutaneo, síndrome de Moynahan, letiginosis profusa y cardiomiopatía lentiginosa progresiva. (Coppin, Brian D.; Temple, I. Karen Multiple lentigines syndrome (LEOPARD syndrome or progressive cardiomyopathic lentiginosis). Journal of Medical Genetics. 34(7):582-586, July 1997). Sinónimos: Síndrome

de Gorlin o síndrome LEOPARD.

SÍNDROME DE CARPENTER: Hipogonadismo congénito que puede acompañarse de enfermedad coronaria y retraso mental, acrocefalia, polidactilia y sindactilia. // Se caracteriza por acrocefalia, polisindactilia y desplazamiento de los cantos internos. Alteraciones craneofaciales: braquicefalia con sinostosis variable de las suturas coronal, sagital y lambdoidea. Anillos supraorbitarios estrechos. Desplazamiento lateral de los cantos internos de ambas hendiduras palpebrales con o sin epicanto. Manos: braquidactilia de las manos con clinodactilia, sindactilia parcial (tercero y cuarto dedos) y camptopdactilia. Pies: polidactilia preaxial con sindactilia parcial. Coxa valga: con pie baro. Otros defectos: bazo accesorio, hernias abdominales, baja talla, anomalías renales y sordera neurosensorial. Pueden presentar retardo mental. Presencia de enfermedad congénita cardiaca. Hipogenitalismo. Hipoplasia de maxilares superiores. Se supone que el defecto tenga etiología genética por mutación monogénica de tipo recesivo autosómica, pero no existen evidencias conocidas que expliquen los defectos del síndrome[i]. (Balci, S. 1; Onol, B. 2; Eryilmaz, M. 3; Haytoglu, T. 4 A case of Carpenter syndrome diagnosed in a 20-week-old fetus with postmortem examination. Clinical Genetics. 51(6):412-416, June 1997).

SÍNDROME DE CHAMPION-CREGAN-KLEIN: Malformaciones genitales acompañadas por anormalidades orofaciales(fístula del labio inferior), dermatológicas(piel agrietada), músculo-esqueléticas y a menudo asociadas a retraso mental. // **2**. También conocido como: síndrome Gorlin-Pindborg, síndrome Hecht-Jarvinen, síndrome Kopits-Matolcsy, Tumor de Pindborg y síndrome Trélat. Consiste en malformaciones genitales acompañadas por anormalidades orofaciales (fístula del labio inferior), dermatológicas (piel agrietada), musculoesqueléticas y a menudo asociadas a retraso mental. La herencia es probablemente autosómica dominante. Sinónimo: Síndrome de Trélat, R. J. Gorlin, H. O. Seldano, J. Cervenka: Popliteal pterygiym syndrome: a syndrome comprising cleft lip-palate, poplitetal and intracrural pterygia, digital and genital anomalies. Pediatrics, Evanston, Illinois, 1968, 41: 503-509.

SÍNDROME DE CHEMKE: Es un síndrome heredado con un patrón

autosómico recesivo que se caracteriza por la presencia de hidrocefalia, agiria, disgnesia cerebelosa y cefalocele occipital. (Cafici,D. Mejides, A. Sepúlveda, W. Ultrasonografía en obstetricia y diagnóstico prenatal. Sistema Nervioso Fetal: evaluación mediante ultrasonido. Buenos Aires, Argentina. Ediciones Journal. 2003. p 207-236).

SÍNDROME DE CHIARI-FROMMEL: Corresponde a uno de los tres síndromes de amenorrea-galactorrea no puerperal, es decir, fuera del periodo post-parto. Los otros dos síndromes corresponden al Síndrome de Ahumada-Del Castillo y el Síndrome de Forbes-Albright. Es una alteración endocrinológica que afecta a mujeres adultas y se caracteriza por alteración en la función de la glándula hipofisiaria y del hipotálamo. Esta condición usualmente se presenta después de un periodo de lactancia prolongada de muchos meses o incluso años. Se considera que la entidad es consecuencia de una secreción continua de prolactina asociado a un descenso en la síntesis de gonadotropinas. La etiología no está establecida, sin embargo, se considera que la entidad puede ser secundaria a la presencia de tumoraciones pequeñas a nivel hipotálamo-hipofisiario. (Falsetti, L, Gambera, A, Barbetti, L, Specchia, C. Long-term follow-up of functional hypothalamic amenorrhea and prognostic factors. J Clin Endocrinol Metab 2002; 87:500).

SÍNDROME DE CHIARI-FROMMEL: ver Síndrome de Ahumada del Castillo.

SÍNDROME DE CLIFFORD: Corresponde al síndrome de postmadurez fetal secundario a un estado de insuficiencia útero-placentaria severa con alteración del crecimiento fetal. Se presenta en pacientes primigestantes, usualmente mayores de 25 años, con embarazos mayores de 42 semanas de edad gestacional secundario a alteraciones anatómicas o endocrinas que no permiten el inicio del trabajo de parto en forma espontánea. El lactante post-maduro tiene un aspecto característico y único que incluye piel descamada y arrugada en parches, cuerpo largo y delgado que sugiere emaciación, madurez avanzada evidente con ojos abiertos en forma permanente, estado de alerta, mirada preocupada; la mayor parte de estos recién nacidos no presentan restricción en el crecimiento intrauterino ya que en forma rara el peso se encuentra por debajo del percentil 10 para la edad gestacional,

aunque un porcentaje no despreciable de ellos presentan asociación con RCIU. La incidencia del síndrome de Clifford se ha establecido en el 10% de los embarazos entre 41 y 43 semanas con incremento hasta el 33% en embarazos de 44 semanas. (Alexander, J. Leveno, K. Forty weeks and beyond: pregnancy outcomes by week gestation. Obstet Gynecol. 2000; 96: 291). // **2.** Corresponde a la entidad conocida como postmadurez fetal, que se presenta en recién nacidos de gestaciones prolongadas, con edad gestacional mayor de 42 semanas. Estos embarazos tienen mayor riesgo de insuficiencia placentaria, compresión del cordón umbilical, alteraciones del trazado de la frecuencia cardiaca fetal, aspiración de meconio, complicaciones neonatales a corto plazo como hipoglicemia, convulsiones, insuficiencia respiratoria y secuelas neurológicas a largo plazo. El recién nacido presenta bajo peso, piel descamada, asuencia de vérnix, piel y uñas de color amarillo o verde; usualmente el recién nacido presenta distrés respiratorio. La etiología es desconocida, sin embargo, los síntomas se atribuyen a insuficiencia útero-placentaria. La entidad fue descrita en 1954 por *Clifford*. El recién nacido presenta cambios cutáneos desde arrugas hasta descamación, ausencia de grasa corporal y tinción meconial. Se describen varios grados de acuerdo a las distintas etapas de envejecimiento y senescencia placentarios. El síndrome se presenta en el 15 al 25% de los embarazos prolongados, mayores de 42 semanas. Está asociado a una alta mortalidad perinatal. Sinónimo: Síndrome de post-madurez, Síndrome de Ballantyne-Runge. (ACOG Practice Bulletin #55: Management of Postterm Pregnancy. Obstet Gynecol 2004; 104:639).

SÍNDROME DE CLIFFORD GRADO I. Corresponde al síndrome de postmadurez fetal secundario a un estado de insuficiencia utero-placentaria severa con alteración del crecimiento fetal. Se presenta en pacientes primigestantes, usualmente mayores de 25 años, con embarazos mayores de 42 semanas de edad gestacional secundario a alteraciones anatómicas o endocrinas que no permiten el inicio del trabajo de parto en forma espontánea. El lactante post-maduro tiene un aspecto característico. De cuerpo largo, delgado, con piel que les viene grande y hace pliegues en brazos y nalgas (cutis de colodion) con descamación amplia en manos, pies y abdomen, sin

vernix caseosa; uñas largas y cabello abundante. Niño de aspecto “despierto” con los ojos abiertos (*little old man).*

SÍNDROME DE CLIFFORD GRADO II. Corresponde al síndrome de postmadurez fetal secundario a un estado de insuficiencia utero-placentaria severa con alteración del crecimiento fetal. Se presenta en pacientes primigestantes, usualmente mayores de 25 años, con embarazos mayores de 42 semanas de edad gestacional secundario a alteraciones anatómicas o endocrinas que no permiten el inicio del trabajo de parto en forma espontánea. El lactante post-maduro tiene un aspecto característico, Igual al anterior pero se presentó meconiorrea y nacieron teñidos de verde la piel y el cordón.

SÍNDROME DE CLIFFORD GRADO III. Corresponde al síndrome de postmadurez fetal secundario a un estado de insuficiencia utero-placentaria severa con alteración del crecimiento fetal. Se presenta en pacientes primigestantes, usualmente mayores de 25 años, con embarazos mayores de 42 semanas de edad gestacional secundario a alteraciones anatómicas o endocrinas que no permiten el inicio del trabajo de parto en forma espontánea. El lactante post-maduro tiene un aspecto característico l feto padeció distrés fetal y nace con tinción amarilla del cordón y uñas. Algunos autores consideran que este síndrome y el llamado síndrome de posmadurez tienen ciertos caracteres que permiten diferenciarlos, pero en cierto modo todos presentan cuadros clínicos semejantes. Examen físico. Retraso del crecimiento uterino después de las 30 semanas de embarazo, el feto es pequeño a pesar de que es a término. Con alguna frecuencia se produce la muerte fetal intrauterina. Este síndrome se debe a la disminución del flujo vascular placentario con incremento de la fibrosis del tejido placentario y reducción del tamaño de la placenta con peso menor de 200 g. El envejecimiento placentario origina disfunción con hipoxia e hiponutrición fetal, hemoconcentración e hipoglucemia. En el 40 % de los casos existen anomalías placentarias, tinción meconial y trastornos degenerativos; en algunos, aspiración meconial y neumonía; en 15 %, infecciones. (Runge, H.: “Die Langdaurnde Schwangerschaft”. Zlbl. Gynaek., 63:972, 1939).

SÍNDROME DE COOPER: Corresponde a un entidad caracterizada por

múltiples quistes benignos de las mamas. Los quistes son de color azulado, con diámetro promedio de 5 mm, de contenido seroso. Se considera que la presencia de los quistes es secundaria a una hiperplasia del epitelio de los conductos mamarios asociado a dilatación quística de los mismos. La enfermedad afecta a mujeres entre 30 y 35 años de edad. (Smith, RL, Pruthi, S, Fitzpatrick, LA. Evaluation and management of breast pain. Mayo Clin Proc 2004; 79:353). También se conoce como enfermedad quística crónica de la glándula mamaria (Javier Camacho Galindo, Juan Manuel Fernández Vázquez. Sir Astley Paston Cooper (1768-1841). Acta Ortopédica Mexicana 2006; 20(3): May.-Jun: 139-140) Sin: Enfermedad de Bloodgood, Enfermedad de Cooper, Enfermedad de Phocas.

SÍNDROME DE COUVELAIRE(pronunciado Cuveler): *(Epónimo del médico francés Alexandre Couvelaire- (1873–1948), obstetra de la clínica Baudelocque, y profesor de la Universidad de París.* // Es un trastorno del puerperio inmediato que se caracteriza por alteración de la perfusión del miometrio y sangrado genital aumentado, debida a la extravasación de sangre que aumenta levemente el volumen uterino y cambia la coloración rosada de la superficie por una de aspecto morado y se acompaña o no, de trastorno de la contracción fisiológica del puerperio(bolo de seguridad de Pinard). La causa de este conjunto de trastornos es el desprendimiento prematuro de la placenta normoinserta.(Couvelaire A. Traitment chirurgical des hémorrhagies ÚTERO-palcentaires avec décollement du placenta normalment inséreé. Ann de Gynec: 1911;8:591-608),(Speert H. Obstetric-gynecologic eponyms; Alexandre Couvelaire and ÚTEROplacental apoplexy. Obstet Gynecol. 1957 Jun;9(6):740-3),(Classic pages in obstetrics and gynecology: Alexandre Couvelaire.Am J Obstet Gynecol. 1973 Jul 15;116(6):875).// Sinónimos: Útero de Couvelaire, Apoplejía uterina.

SÍNDROME DE CURTIS: Ver Síndrome de Fitz-Hug-Curtis-Stajano,

SÍNDROME DE DANDY-WALKER: 1. Malformación congénita de tipo quístico que produce hidrocefalia por compromiso del cuarto ventrículo y el cerebelo. Las características centrales son el alargamiento del cuarto ventrículo (lo cual aumenta el volumen de la fosa posterior por interferencia de la circulación del

líquido cefalorraquídeo que no puede fluir por los agujeros de Luschka y de Magendie,), la agenesia parcial o total del vermis cerebeloso y la elevación del tentorio. Puede acompañarse de microgiria (circunvoluciones cerebrales más pequeñas de lo normal), agiria, (ausencia de circunvoluciones del cerebro), ausencia del cuerpo calloso. // **2.** Las características de este síndrome fueron descritas desde 1887. Dandy y Blackfan reconocieron la tríada típica en 1914; más tarde Taggart y Walker en 1942, señalaron que el defecto era debido a una atresia congénita de los agujeros de Luschka y de Magendie. Fue Benda quien, para distinguir este síndrome de otras alteraciones del desarrollo cerebelar, le denominó síndrome de Dandy Walker, después de estudiar seis casos comprobando que la entidad se debe a un desarrollo anormal y no necesariamente a la atresia de los citados agujeros. Hoy se sabe que la hidrocefalia se debe a la obstrucción de la salida del líquido cefalorraquídeo del sistema ventricular, a una menor absorción del líquido y menos frecuentemente a la producción excesiva de líquido por anomalías del plexo coroideo. (Mohanty, A. Biswas, A. Treatment options for Dandy-Walker malformation. J Neurosurg. 2006;105:348-56) // Sinónimos: Malformación de Dandy-Walker, Quiste de Dandy Walker, Deformidad de Dandy Walker, Hidrocefalia Interna tipo Dandy Walker, Hidrocefalia no Comunicante tipo Dandy Walker, Atresia de los forámina de Luschka y Magendie

SÍNDROME DE DERCUM: Corresponde al síndrome caracterizado por áreas dispersas de nódulos cutáneos dolorosos o de acumulaciones grasas. Este síndrome es conocido como Adiposis Dolorosa. Es una condición autosómica dominante, que se manifiesta por depósitos de grasa que causan compresión nerviosa, generando debilidad y dolor. El desarrollo de estos lipomas nodulares es gradual, con localización usual en antebrazos y muslos. Fue descrito por *Dercum Francis Xavier*, neurólogo americano, en 1922. Sin: Adiposis Dolorosa. (Mayor, M. Lipomatosis simétrica múltiple. An Sist Sanit Navar. 2006; 29 (3): 433 – 437). Es una enfermedad rara, caracterizada por la presencia de depósitos circunscritos de tejido adiposo doloroso que afectan preferentemente a las rodillas. Las lesiones tienen entre 0,5 y 5 cm de diámetro, asocian dolor y parestesias ya sean de forma espontánea o tras la

presión. En general se trata de pacientes obesos. Asocia debilidad, fatiga, inestabilidad emocional y a veces demencia. La hinchazón puede desaparecer sin tratamiento, produciéndose una fibrosis cutánea o de los pliegues cutáneos. Suele afectar predominantemente a las mujeres, con una frecuencia de 30:1 con respecto a los varones. Rara vez se inicia antes de la menopausia. ¿

SÍNDROME DE DISFUNCIÓN ORGÁNICA MÚLTIPLE: Es un conjunto de signos y síntomas que se relacionan en su patogenia, que están presentes por lo menos 24 a 48 horas y son causados por disfunción orgánica en grado variable de dos o más sistemas fisiológicos, con alteración de la homeostasis que requiere medidas de soporte avanzado. Este síndrome hace referencia a la presencia de disfunción de dos o más órganos o sistemas en un paciente agudamente comprometido. Es secundario a la respuesta inflamatoria sistémica excesiva y no controlada, sin tener como condición indispensable la presencia de un proceso infeccioso, es decir, puede ser de etiología infecciosa y no infecciosa. En el contexto de las definiciones de SRIS y sepsis, el síndrome de disfunción orgánica múltiple, representa la forma más severa del espectro de estas patologías. (Danai, PA, Moss, M, Mannino, DM, Martin, GS. The epidemiology of sepsis in patients with malignancy. Chest 2006; 129:1432),(Balk, RA. Severe sepsis and septic shock. Definitions, epidemiology, and clinical manifestations. Crit Care Clin 2000; 16:179).

SÍNDROME DE DISFUNCIÓN ORGÁNCIA MÚLTIPLE PRIMARIO: Es el resultado de una alteración o lesión bien definida en la cual la disfunción orgánica, ocurre de forma temprana y puede ser directamente atribuible a la lesión por sí sola. Ejemplo: falla renal asociado a rabdomiolisis. (Danai, PA, Moss, M, Mannino, DM, Martin, GS. The epidemiology of sepsis in patients with malignancy. Chest 2006; 129:1432),(Balk, RA. Severe sepsis and septic shock. Definitions, epidemiology, and clinical manifestations. Crit Care Clin 2000; 16:179).

SÍNDROME DE DISFUNCIÓN ORGÁNCIA MÚLTIPLE SECUNDARIO: Hace referencia a una falla orgánica que no es directamente responsable de la lesión primaria por sí sola, pero es consecuencia de la respuesta del

hospedero ante ella. Ejemplo: Síndrome de Dificultad Respiratoria Aguda secundario a Pancreatitis Severa. (Danai, PA, Moss, M, Mannino, DM, Martin, GS. The epidemiology of sepsis in patients with malignancy. Chest 2006; 129:1432),(Balk, RA. Severe sepsis and septic shock. Definitions, epidemiology, and clinical manifestations. Crit Care Clin 2000; 16:179).

SÍNDROME DE DISTRÉS RESPIRATORIO: Es el conjunto de signos clínicos, radiológicos e histopatológicos conocidos como membrana hialina, que presentan los recién nacidos cuya cantidad de surfactante pulmonar es insuficiente para despegar los alvéolos pulmonares y por tanto la ventilación, y con ella la oxigenación y el metabolismo celular se ven seriamente afectados. Sin estos neonatos no reciben surfactante sintético y ventilación asistida, pueden fallecer por asfixia. Keidel y Gluck (1975), así como Farrell y Avery (1975), reseñaron la historia de la identificación clínica del síndrome de distrés respiratorio. Los signos y síntomas de este trastorno fueron descritos por primera vez en 1903 por Hocheim, quien identificó una cubierta membranosa en los pulmones de dos neonatos que fallecieron poco tiempo después de su nacimiento. Las observaciones de este autor condujeron al término descriptivo de enfermedad de membrana hialina, el cual se usa para designar los rasgos patológicos del síndrome de distrés respiratorio. En 1929, Von Neergard comparó las curvas de presión -volumen de pulmones distendidos con aire con las curvas de pulmones distendidos con una solución de goma arábiga y llegó a la conclusión de que las fuerzas que promueven la deflación o el colapso de los pulmones llenos de aire son consecuencia principalmente de la tensión superficial a nivel de la interfaz aire-tejido de los alvéolos. Más adelante se demostró que las propiedades de la actividad superficial de los alvéolos eran atribuibles a los componentes de una lipoproteína compleja conocida con el nombre de surfactante pulmonar. // **2.** Es el conjunto de signos clínicos, radiológicos e histopatológicos conocidos como membrana hialina, que presentan los recién nacidos cuya cantidad de surfactante pulmonar es insuficiente para despegar los alvéolos pulmonares y por tanto la ventilación, y con ella la oxigenación y el metabolismo celular se ven seriamente afectados. También ha sido utilizado en el adulto para definir la injuria pulmonar aguda

(inflamación aguda y persistente pulmonar con aumento de permeabilidad vascular) con estados hipóxicos de mayor severidad: PaO2/FiO2 menores de 200mmHg sin importar el soporte con ventilación a presión positiva (PEEP).¿?

SÍNDROME DE DOWN: Epónimo del Dr. John Langdom Haydon Down, médico británico del asilo de Earlswood, para retrasados mentales, quien lo describió por primera vez en el año 1866, pero sin conocer las causas. En julio de 1958 el genetista francés Jérôme Lejeune, descubrió que el síndrome es una alteración en el número de cromosomas 21. // **1.** Conjunto de trastornos físicos y neurológicos causados por la trisomía en el par 21 // **2.** Es una aneuploidía caracterizada genéticamente por la presencia de 3 cromosomas en vez de 2 en el par 21 de los autosomas. El cromosoma supernumerario apareció allí por la no disyunción(no separación) de un cromosoma del par 21 durante la meiosis. Clínicamente se caracteriza por retraso mental, epicanto, talla baja, braquicefalia, microcefalia, orientación oblicua de los ojos, hipertelorismo, base nasal ancha ,orejas de implantación baja, macroglosia, pliegue palmar simiano, clinodactilia(desviación en el plano horizontal hacia la línea media) de la última falange del quinto dedo, hipotrofia mandibular o dentaria, malformaciones cardíacas, etc. Las enfermedades cardiacas y la enfermedad de Alzheimer son casi inevitables. En el recién nacido y en el lactante menor se aprecian las manchas de Brushfield en el iris. Estas manchas se pierden al aumentar la pigmentación con la edad.// La Incidencia 1/650-1/700 nacidos vivos.(Robins y Cotran. Patología estructural y funcional. Editorial Elsevier Saunders,Génova y Madrid,2005, p.177-178)(*JLH Down.* Observations on an ethnic classification of idiots*. Clinical Lecture Reports, London Hospital,1866;* Sinónimos: Síndrome de Lejeune-Down, Mongolismo, Trisomía 21

SÍNDROME DE EDWARDS: Es la presencia de 3 cromosomas en vez de 2 en el par 18 de los cromosomas autosómicos. Esta alteración produce la muerte en los dos primeros meses de vida. Se caracteriza por retardo mental, alteración de la forma del cráneo, implantación baja de las orejas,mandíbula pequeña,externón corto,flexión anormal de los dedos, hernia inguinal o diafragmática. Sinónimo: Trisomía 18. // Ocurre en 1 de cada 8000 nacidos

vivos. Afecta más a niñas que a niños 3:1 en los nacidos vivos, aunque en aquellos que son resultado de aborto u óbito la razón es de 1:1. El 80% de los casos es causado por problemas en la no disyunción primaria tipo 47, XX,+18 o 47, XY,+18, dando como resultado la presencia de 3 cromosomas en el par 18. Fenotípicamente estos niños se presentan con bajo peso y alteraciones cráneo-faciales y esqueléticas como microcefalia, micrognatia, occipucio prominente y orejas puntiagudas de baja implantación, además dedos superpuestos (V sobre IV o el II sobre III), esternón corto, pelvis angosta, dislocación de la cadera congénita, protrusion del calcaneo y hallux corto en dorsiflexion (dedo en martillo). Las anomalías cardiacas y renales también son comunes. Su sobrevida tan solo es de pocos meses.// La incidencia del Síndrome de Edwards es de 1:6.000 nacidos vivos Sinónimo: Trisomía 18.**FALTA BIBLIOGRAFÍA**

SÍNDROME DE FEMINIZACIÓN TESTICULAR: Es una enfermedad genética causada por mutaciones en el gen del receptor de andrógenos. Son individuos con un cariotipo 46, XY. El fenotipo consiste en genitales externos femeninos, vagina corta, estructuras mullerianas ausentes y testículos intrabdominales, inguinales o intralabiales. El 83% cursan con hernia inguinal y el diagnostico es sospechado por presencia de amenorrea primaria. Los pacientes tienen complemento cromosómico 44,XY, pero su aspecto externo es el de mujeres normales. Los tejidos de los genitales externos no reaccionan a los andrógenos elaborados por los testículos, y se desarrollan y diferencian como en la mujer normal, por efecto de los estrógenos: Poseen testículos y hay sustancia inhibidora de Müller, por tanto se produce la inhibición del sistema paramesonéfrico y no se observan las trompas de Falopio ni útero; la vagina es corta y termina en un saco ciego. A menudo se encuentran los testículos en la región inguinal o labial, pero no ocurre espermatogénesis. Es poco frecuente y se observa en uno de cada 20000 nacidos vivos. (Solari A, Groisman B, Bidondo MP, Cinca C, Alba L. Complete androgen insensitivity syndrome: diagnosis and clinical characteristics. Arch Argent Pediatr. 2008 Jun;106(3):265-8).

SÍNDROME DE FÈVRE-LANGUEPIN: Es una rara malformación congénita

caracterizada por una hendidura labiomaxilopalatina, anormalidades en los órganos reproductivos y pterigio bilateral[ii]. // 2. Corresponde a una malformación congénita poco frecuente caracterizada por fisura palatina labio-maxilar, asociado a alteración de órganos genitales internos y pterigion poplíteo bilateral (múltiples pliegues cutáneos localizados a nivel poplíteo). Es un trastorno con herencia autosómica recesiva descrito en familias de padres con consanguinidad. (Sasidharan, C. Popliteal pterygium syndrome. Indian J Pediatr. 2004; 71 (3): 269 -270). Z Orthop Ihre Grenzgeb.. Fèvre-Languepin syndrome. A case description Freiherr von Salis-Soglio G, Dufek P, Froster-Iskenius U. 1986 Mar-Apr; 124(2):144-7

SÍNDROME DE FITZ-HUGH-CURTIS-STAJANO: 1. Corresponde al síndrome caracterizado por adherencias en "cuerda de violín" entre el hígado y la pared abdominal anterior, secundaria a perihepatitis por salpingitis gonocóccica o por clamidia. Clínicamente se manifiesta por fiebre y dolor en hipocondrio derecho en el marco de una enfermedad pélvica inflamatoria; el dolor es secundario a irritación de la cápsula de Glisson y se exacerba durante el movimiento y la tos. Ecográficamente se puede evidenciar líquido libre en cavidad pélvica en el espacio hepato-renal derecho(espacio de Morrison), lo que puede ser considerado como una perinefritis. Este síndrome fue inicialmente descrito por el cirujano uruguayo *Carlos Stajano* en 1920; sin embargo en 1930 *Curtis* presentó el primer caso como adherencias fibrosas entre la superficie anterior del hígado y la pared abdominal y la relacionó con EPI de origen gonocóccico. Posteriormente en 1934, *Fitz-Hugh Jr.* corroboró la primera observación y la describió como una peritonitis aguda localizada de origen gonocóccico, en el cuadrante superior derecho del abdomen. Usualmente el hallazgo es incidental en cirugía abdominal, debido a una baja sospecha diagnóstica. Se considera que esta complicación se presenta en el 4 al 14% de los casos de salpingitis. // **2**.Sindrome adherencial perihepático, causado por una infección por el diplococo Neisseria gonorhoeae o por la Chlamydia trachomatis // **3.** Perihepatitis causada por la Chlamydia o el gonococo(aunque no haya adherencias) **.**El diagnóstico diferencial incluye colecistitis aguda o pancreatitis. El tratamiento consiste en manejo antibiótico para cubrir los

gémenes causales. (1-Soto-Dávalos, V. Bandera, A. Síndrome de Fitz-Hugh-Curtis y colelitiasis. Cir Gen. 2006; 28 (2): 118 – 121 // 2-Nishie, Akihiro MD y cols. Fitz-Hugh-Curtis Syndrome: Radiologic Manifestation. Journal of Computer Assisted Tomography. 27(5):786-791, September/October 2003). S. de perihepatitis gonocócica. S. subcostal de Stajano. //.Sinónimos: Síndrome de Curtis, perihepatitis gonocóccica, perihepatitis por Chlamydia.

SÍNDROME DE FLEISHER: Corresponde a una condición hereditaria caracterizada por deficiencia de hormonas del crecimiento y niveles sanguíneos bajos de anticuerpos. Clínicamente se caracteriza por infecciones recurrentes, pubertad retardada, estatura baja, deficiencia de inmunoglobulinas y edad ósea retardada. Se considera una agamaglobulinemia asociada al cromosoma X y deficiencia de hormona del crecimiento. Esta condición es considerada una deficiencia inmune primaria, en la cual todas las cinco inmunoglobulinas, IgG, IgM, IgA, IgD, IgE y los linfocitos B circulantes están ausentes, pero con células T intactas. // **2**.*Síndrome* radioclínico pulmonar: zonas de *atelectasia* pulmonar planas, parcelarias, con imágenes típicas de colapso "dirigido", en bandas estrechas en las bases pulmonares. Son factores predisponentes la *atonía* diafragmática y la estasis secretoria bronquial. La causa reside en afecciones pulmonares, bronquiales o subdiafragmáticas. (Welte, K, Boxer, LA. Severe chronic neutropenia: Pathophysiology and therapy. Semin Hematol 1997; 34:267).

SÍNDROME DE FRITSCH: Ver Síndrome de Asherman

SINDROME DE FRITSCH-BASS-ASHERMAN: Ver Síndrome de Asherman

SÍNDROME DE GARDNER: Considerado como una variante de la poliposis adenomatosa familiar (enfermedad hereditaria caracterizada por la presencia de múltiples pólipos en el colon u otras áreas del tracto gastrointestinal), en la que hay presencia de manifestaciones extracolonicas como osteomas, lipomas, fibromas y otros tumores de tejidos blandos. En un 100% de los pacientes no tratados el adenocarcinoma de colon se desarrollará antes de los 40 años[iii]. // También conocido como Osteomatosis intestinal, es un trastorno autosómico dominante caracterizado por poliposis intestinal múltiple. Es un

trastorno hereditario autosómico dominante con 80% a 100% depenetrancia. Fue descrito por primera vez en 1936 por Thoma y en 1956 por por Fitzgeral, posteriormente referido por Gardner en 1954. El síndrome se caracteriza por osteomas múltiples, principalmente en huesos faciales (área mandibular y zona frontal), quistes epidermoides en piel, poliposis múltiple de intestino grueso y desmoides o fibromas cutáneos. El diagnóstico se sospecha por el examen físico y mediante ayudas imagenológicas como TAC o RNM; es necesario la toma de biopsia de las lesiones para confirmación histopatológica. El manejo es multidisciplinario con indicación de extirpación quirúrgica de las lesiones. (Barreto, M Síndrome de Gardner. Salud Militar. 2001; 29 (1): 17 – 32). Vaynsthein G, Gurlanik L, Markel A. Gardner's syndrome in a 75-year-old woman. Intern Med. 2008;47(16):1491-4. Epub 2008 Aug 15.

SÍNDROME DE GAUTHIER: Ver Síndrome de Morsier: Anosmia, hipoplasia ovárica, y por tanto subdesarrollo de los caracteres sexuales secundarios. La hipoplasia está con toda probabilidad relacionada con la receptividad de los ovarios que no responden a la estimulación de la anterohipófisis aunque ésta continúa su secreción normal. Bajo ciertas circunstancias los ovarios son capaces de reaccionar a la estimulación exógena en forma de gonadotropina humana extraída de la orina de mujeres menopáusicas. Desde el punto de vista práctico debe hacerse énfasis en la importancia de un examen rinológico en caso de hipoplasia ovárica severa y asimismo un examen ginecológico en mujeres con anosmia en quienes este trastorno puede ser de origen central. Ver Síndrome de Morsier. De Morsier, G.: "Median cranioencephalic dysraphias and olfactogenital dysplasia". World Neurol., 3:485-506, 1962.

SÍNDROME DE GORDAN-OVERSTREET: Corresponde al síndrome de androgenismo y disgnesia gonadal. Se caracteriza por signos de virilización con hipertrofia del clítoris e hirsutismo. Clínicamente las pacientes presentan sobrepesao u obesidad leve (grado I), hirsutismo, distribución masculina del vello púbico, hipertrofia del clítoris, trastornos menstruales, con cilclos anovulatorios y esterilidad. En muchos casos se encuentra condición de hiperandrogenismo en pacientes con disgnesia gonadal o síndrome de Tuner,

que tienen una línea celular que contiene cromosoma Y con cariotipos 45X/46XY, 45X/45X; teniendo el riesgo de presentar un gonadoblastoma es necesario investigar todas las pacientes con disgnesia gonadal e hiperandrogenismo o incluso realizar cariotipo en tejido gonadal, ya que pueden presentarse discordancias en el mismo. (Botella, J. El ovario: fisiología y patología. El ovario. Segunda edición. Ediciones Diaz de Santos. Madrid, España. 1995. Pp 260).

SÍNDROME DE GREGG: Síndrome de rubéola congénita. Incluye una gama de manifestaciones que va desde el aborto espontáneo pasando por la infección fetal, óbito y la restricción del crecimiento intrauterino. Para la definición de este síndrome se necesita cualquiera de las manifestaciones anteriores más datos de laboratorio como el aislamiento del virus, anticuerpos IgM o persistencia de títulos elevados de IgG de rubéola que no disminuyan 2 diluciones por mes. Las anomalías congénitas más comunes incluyen defectos audiológicos, predominantemente sordera senso-neural, anomalías oftalmológicas como cataratas y glaucoma congénito., malformaciones cardiacas como ductus arterioso persistente o estenosis de la arteria pulmonar, secuelas neurológicas que van desde la meningoencefalitis hasta el retardo mental. Otros hallazgos pueden ser la microcefalia, hepatoesplenomagalia, trombocitopenia y una púrpura característica que resulta de una apariencia de pastel de blueberry. (Steeger, Adalberto Y Kohan, Roberto. Síndrome de Gregg: (A propósito de un caso). Rev. Chil. Pediatr., Jun. 1955, vol.26, no.6, p.257-261.

SÍNDROME DE HEEFORDT: En 1909 Christian F. Heerfordt, oftalmólogo danés, describió por primera vez en tres pacientes un síndrome al que denominó fiebre uveo-parotídea, caracterizado por fiebre, afectación bilateral del tracto uveal, inflamación de las glándulas parótidas y con relativa frecuencia, parálisis de los nervios craneales especialmente del VII par. Sin embargo, hasta varias décadas después no se determinó que la etiología del síndrome de Heerfordt respondía a una manifestación inusual de la sarcoidosis sistémica. Clínicamente suele presentarse en adultos jóvenes y debutar con fiebre, cefalea y malestar general. En el examen físico se objetiva

una iridociclitis granulomatosa usualmente bilateral, acompañada de tumefacción parotídea de carácter autolimitado. En ocasiones también puede observarse parálisis facial periférica y más raramente una erupción cutánea que recuerda al eritema nodoso.// **2.** Corresponde a la fiebre úveo-parotídea, que es un manifestación de la sarcoidosis caracterizada por la inflamación crónica de la glándulas parótida y la úvea. La entidad fue descrita por *Christian F. Heerfordt* en 1909, en tres pacientes que presentaron fiebre, afectación bilateral del tracto uveal, inflamación de las glándulas parótidas y parálisis de nervios craneales, principalmente VII par. El diagnóstico se sospecha por historia clínica, examen físico, gammagrafía con galio y se confirma con demostración histopatológica de granulomas no caseificantes. El tratamiento se realiza con esteroides sistémicos y tópicos y midriáticos de acción corta. (Bertó, N. Fernández, G. Sindrome de Heerfordt. BMJ. 2004; 2: 861 -862).

SÍNDROME DE HIPOTIROIDISMO-DISGENESIA GONADAL: Corresponde a la entidad caracterizada por tiroiditis autoinmune, manifestada por hipotiroidismo, asociado a disgenesia gonadal. La entidad fue descrita por primera vez en 1912, pero fue hasta 1961 que *Engel y Forbes* describieron la presencia de tiroiditis en una paciente con disgenesia gonadal. El primer reporte de autoinmunidad en síndrome de Turner fue publicado en 1964, estableciendo la presencia de auto-anticuerpos tiroideos en 13 de 25 pacientes con síndrome de Turner. La prevalencia estimada de anticuerpos anti-tiroideos en pacientes con síndrome de Turner se encuentra entre 25 a 60%, en contraste con 1 a 2% en la población general. La incidencia de hipotiroidismo clínico es baja, pero se incrementa con la edad y se desarrolla en el 10 a 20% de todos los pacientes con Síndrome de Turner. // **2.** Afecta ambos sexos, edad de comienzo variable, las características son diversas de acuerdo con el número de hormonas en déficit. Todos los casos presentan retardo del crecimiento; la hipoglucemia sintomática es otro hecho siempre presente; hipotiroidismo, hipogonadismo e hipo-adrenalismo aparecen de modo variable. El síndrome puede ser de causa idiopática o secundario a un adenoma. También puede ser ocasionado por una lesión destructiva de la hipófisis o una patología diencefálica. (Rabkin, M.T. and A.G. Frantz: “Hypopituitarism: A study of growth hormone and other endocrine functions”.

Ann. Int. Med., 64:1197-1207, 1966. // 2-Fernández, T. Espinosa. T. Síndrome de Turner y tiroiditis autoinmune. Rev Cubana Endocrinol. 2003; 14 (3): 89).

SINDROME DE INTESTINO IRRITABLE: El Síndrome de Intestino Irritable (SII) es un trastorno funcional intestinal, ya que no existe ninguna anomalía estructural o bioquímica subyacente. Es causa del 20 a 50% de las remisiones al especialista. Se caracteriza por un grupo de síntomas en los que el dolor o molestias abdominales se relacionan con la defecación (constipación o diarrea), y pueden variar entre los pacientes o en un mismo paciente en distintos periodos. Los diferentes síntomas son: disfagia, dolor torácico no cardiaco, pirosis, dispepsia funcional y trastornos biliares funcionales; además de éstos síntomas se pueden presentar trastornos no gastro-intestinales como: fatiga, disfunción urológica y trastornos ginecológicos. Los pacientes con SII presentan también una elevada frecuencia de alteraciones psiquiátricas como ansiedad, depresión o histeria. Los criterios diagnósticos de acuerdo a último consenso realizado en Roma en 1990 son dolor o molestias abdominal de 12 semanas de duración en los últimos 12 meses de evaluación asociado con 2 de las siguientes 3 condiciones: 1) alivio de síntomas con la defecación 2) cambio en la frecuencia de las heces fecales que incluye deposición más de 3 veces al día o menos de 3 veces por semana 3) cambio en la consistencia de las que incluye heces grumosas, duras, blandas o acuosas. Para el diagnóstico es necesario descartar patologías como colitis, enfermedad inflamatoria intestinal, hipertiroidismo, infecciones gastrointestinales, intolerancia a la lactosa, síndrome de malabsorción, tumores de tipo endocrino. (Howard, F. Chronic Pelvic Pain. Clinical Gynecologic Series: an expert´s view. 2003; 101: 594 – 608)

SÍNDROME DE KALLMANN: Corresponde a una entidad hereditaria autosómica dominante, caracterizado por deficiencia de gonadotropinas, FSH y LH. Es un tipo de hipogonadismo hipo-gonadotrópico, que afecta a mujeres y hombres. Clínicamente se caracteriza por hábito eunucoide, desarrollo sexual deficiente y anosmia o hiposmia, por desarrollo defectuoso de los bulbos olfatorios. El síndrome es secundario a una deficiencia en la migración de las células productoras de GnRH al hipotálamo, luego de su formación en el bulbo

olfatorio. Las causas más frecuentes de deficiencia de gonadotropinas son tumores de la hipófisis como cráneo-faringioma, síndrome de la silla turca vacía. Se puede asociar con paladar hendido, convulsiones, acortamiento del cuarto metacarpiano, alteraciones cardíacas y ausencia de caracteres sexuales secundarios. La forma hereditaria generalmente es autosómica dominante, pero puede ser recesiva o ligada al cromosoma X. Los niveles séricos de FSH, LH y testosterona son bajos pero hay respuesta a la administración de hormona liberadora de gonadotropinas. Los casos de infertilidad se tratan con gonadotropina menopáusica humana y gonadotropina coriónica humana y la deficiencia androgénica se corrige con testosterona exógena. // **2.** El síndrome de Kallmann es una entidad poco frecuente donde hay una alteración en el desarrollo congénito y se caracteriza por hipogonadismo hipo-gonadotropo asociado a anosmia o hiposmia. Morfológicamente, se caracteriza por un desarrollo defectuoso del sistema olfatorio, con ausencia o extrema hipoplasia de los bulbos, cintillas y surcos olfatorios. Actualmente se han identificado dos genes responsables el KAL 1 en el Xp22.3 y el Receptor 1 del Factor de Crecimiento Fibroblastico. (Sato N . Kallmann syndrome: somatic and germline mutations of the fibroblast growth factor receptor 1 gene in a mother and the son. *J Clin Endocrinol Metab* - 01-APR-2006; 91(4): 1415-8// 2-Jubiz, W. Cruz, E. Síndrome de Kallman. Colombia Médica. 2006; 37 (4): 315 – 318)

SÍNDROME DE KLINEFELTER. Descrito en 1942 por Klinefelter y col, quienes reportaron 9 pacientes con ginecomastia, atrofia testicular, azoospermia y gonadotropinas elevadas //1. Es una trisomía de los cromosomas sexuales, que produce individuos altos, con físico ligeramente feminizado, cociente intelectual algo reducido, disposición femenina del vello del pubis, atrofia testicular y desarrollo mamario. Hay una mezcla de ambos sexos (individuos ginandromorfos).// **2.** Anomalía de diferenciación sexual más común, con cariotipo 47,XXY (u otras variantes, p. ej.,XXXY). Se presenta con infertilidad, ginecomastia, diverso grado de alteración de la maduración sexual y a veces hipo-androgenización. Su factor causal más común es la no disyunción(no separación) de los homólogos XX. // **3.** Este síndrome se

presenta en 1 de cada 400 nacimientos masculinos, se caracteriza por genitales externos e internos completamente masculinos. Los varones con síndrome de Klinefelter 47,XXY muestran talla alta, hábito eunucoide, ginecomastia, hipogonadismo, hiperplasia de las células de Leydig e infertilidad. Los niveles de gonadotrofinas séricas se encuentran elevados y la testosterona muy por debajo de los niveles normales. Estos individuos son azoospérmicos. El manejo comprende asesoramiento y la administración de tratamiento con testosterona si está indicado . // **4.** Corresponde a una forma de hipogonadismo masculino, secundario a esclerohialinosis testicular. Se caracteriza por atrofia testicular, azoospermia, niveles séricos de gonadotropinas elevadas y ginecomastia. La incidencia se encuentra en 1 de cada 1000 hombres. El síndrome se conoce también como Disgenesia de los túbulos seminíferos y se considera la anomalía gonosómica más común en los humanos. Los pacientes afectados presentan un cromosoma X supernumerario; esto lleva a una falla testicular primaria con infertilidad e hipoandrogenismo.. Las manifestaciones clínicas incluyen: ginecomastia, volumen testicular bajo, azoospermia, niveles elevados de gonadotropinas, disminución del tamaño del pene, vello púbico axilar y facial disminuido, disfunción sexual, eyaculación precoz, talla alta y fallas en el aprendizaje. El riesgo de recurrencia del síndrome es del 1% y se incrementa con edad materna mayor de 40 años. (Bojesen, A, Juul, S, Birkebaek, NH, Gravholt, CH. Morbidity in Klinefelter syndrome: a Danish register study based on hospital discharge diagnoses. J Clin Endocrinol Metab 2006; 91:1254 //Leonel J.González, Grady L. Fonseca, y col. Ambigüedad sexual. Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría vol. 64 nº 2, abril - junio 2001).

SÍNDROME DE KOFFERATH: Corresponde a una entidad caracterizada por parálisis del plexo braquial superior (raíces nerviosas de C5 a C8) asociado a parálisis del nervio frénico (raíces nerviosas C3 a C5). Esta entidad usualmente es secundaria a maniobras de tracción excesiva con flexión lateral exagerada del hombro, asociada a rotación del mismo y tracción secundaria del plexo braquial en la atención de partos vaginales, generalmente con uso de fórceps. Clínicamente se caracteriza por pérdida de la movilidad del brazo,

con o sin afectación de antebrazo y mano; la posición característica del brazo es en aducción y pronación. La parálisis del nervio frénico lleva a parálisis diafragmática, generalmente ipsilateral a la lesión del plexo braquial, generando elevación patológica del hemidiafragma, con hipoventilación y trastornos de la oxigenación. El pronóstico es variable y el tratamiento precoz es fundamental para recuperar la función nerviosa completa. // **2**.Parálisis unilateral del recién nacido usualmente causado por el uso de fórceps durante el parto (Pryse, W. Companion to clinical neurology. Primera edición. Oxford university press. 2003. Pp 519).

SÍNDROME DE LEJEUNE:46(5p).Sinónimo Síndrome del maullido de gato, Cri de chat

SÍNDROME DE MASTERS: Ver Síndrome de Allen- Masters.

SÍNDROME DE MAYER-ROKITANSKY-KUSTER-HAUSER: Ver Síndrome de Rokitanski.

SÍNDROME DE McCUNE-ALBRIGHT: Corresponde a una entidad poco frecuente caracterizada por displasia fibrosa polióstica, manchas color café en la piel e hiperfunción endocrina manifestada por pubertad precoz. Afecta en el 95% de los casos a pacientes de sexo femenino. La entidad fue descrita por *McCune y Albright* en 1937. Se considera que el síndrome en su forma clásica presenta 2 de 3 condiciones: displasia fibrosa polióstica, manchas café en la piel o hiperfunción autónoma endocrina. Es una entidad extremadamente rara cuya incidencia es desconocida. La etiología corresponde a una alteración genética en el brazo largo del cromosoma 20, implicado en la codificación de las llamadas proteínas G, involucradas en el desarrollo de las estructuras músculo-esqueléticas y hormonales. Las manchas usualmente se detectan al nacer, el sangrado vaginal se describe desde la infancia temprana y las manifestaciones óseas pueden ser de curso silente y se detectan cuando comienza la claudicación o como hallazgo incidental en estudios radiológicos; los niveles hormonales son generalmente elevados. El tratamiento consiste en regular los niveles séricos de hormonas sexuales. // Este síndrome se describió en la década de los treinta del siglo pasado y se define clásicamente

como la asociación de lesiones hiper-pigmentadas cutáneas únicas o múltiples de color café con leche, planas y con bordes irregulares, pubertad precoz y displasia fibrosa. Los pacientes con SMA pueden presentar, también, otras anomalías endocrinas y no endocrinas. Algunos pacientes presentan sólo 2 de los hallazgos de la tríada clásica o 1 y otra anomalía, endocrina o no endocrina. (Bajpai A. Platelet dysfunction and increased bleeding tendency in McCune-Albright syndrome. *J Pediatr* - 01-AUG-2008; 153(2): 287-9 //(Marrero, O. Enfermedad de McCune-Albright.// 2-Teilmann, G, Pedersen, CB, Jensen, TK, et al. Prevalence and incidence of precocious pubertal development in Denmark. Pediatrics 2005; 116:1323)

SÍNDROME DE MEADOWS: Corresponde a una cardiopatía que se presenta en mujeres gestantes durante el tercer trimestre de embarazo o el puerperio. Representa una forma de cardiomiopatía periparto. Se caracteriza por taquicardia paroxística, disnea, dolor precordial, hipertensión transitoria que puede progresar a embolismo pulmonar y falla cardiaca, inicialmente izquierda y posteriormente derecha. Se asocia frecuentemente a síntomas gastrointestinales como náuseas y vómito. La entidad fue descrita por *Roy* Meadow, en 1977. La etiología es desconocida. El diagnóstico es clínico y el tratamiento consiste en estabilización de signos vitales y monitorización invasiva para prevenir el desarrollo de falla cardiaca. // **2**. Insuficiencia cardiaca aguda del posparto inmediato o poco antes del parto: *miocarditis* gravídico-puerperal, de extrema gravedad sin antecedentes cardíacos; de origen hormonal y metabólico. (Meadow, W.R.: "Idiopathic myocardial failure in the last trimester of pregnancy and the puerperium". Circulation, 15:903-914, 1957. // 2-Delecour, M. Meadows syndrome. J Gynecol Obstet Biol Reprod. 2008; 7 (8): 1415)

SÍNDROME DE MECKEL-GRUBER: Es un síndrome heredado con un patrón autosómico recesivo que se caracteriza por la presencia de riñones poliquísticos, polidactilia y cefalocele occipital. (Chen, C. Meckel syndrome: genetics, perinatal findings, and differential diagnosis. Taiwan J Obstet Gynecol. 2007 Mar;46(1):9-14)

SÍNDROME DE MEMBRANA HIALINA: El Síndrome de distrés respiratorio

idiopático (SDRI), conocido también como enfermedad de membrana hialina, se origina en la deficiencia de surfactante pulmonar. Éste último, mezcla de fosfolípidos, principalmente dipalmitoil fosfatidil colina, es el responsable de la estabilización distal del alvéolo a volúmenes pulmonares bajos al final de la espiración, gracias a que reduce la tensión superficial. Cuando existe déficit de surfactante, el recién nacido puede no ser capaz de generar el aumento de la presión inspiratoria requerido para insuflar las unidades alveolares, lo que resulta en el desarrollo de atelectasia progresiva. José Luis Tapia I.; Maria Angélica Oto L.; Rodrigo Ramírez F.; Maria Teresa Henríquez H.; Pilar Fernández F.; Jorge Álvarez L. Impact of exogenous surfactant therapy in newborns with hyaline membrane disease. Rev. Chil. Pediatr. 65 (3); 137-142, 1994.

SÍNDROME DE MILLER-DIEKER: Ver Lisencefalia. En este síndrome hay historia prenatal de polihidramnios en el 30 % de los casos, disminución de los movimientos fetales y son recién nacidos pequeños para la edad gestacional. En el período perinatal presentan hipotonía, pero 6 semanas después son niños hipertónicos con opistótono evidente. A las 9 semanas desarrollan convulsiones y la muerte tiene lugar alrededor de los 6 meses en la mitad de los pacientes. El dismorfismo craneofacial se reconoce por microcefalia con occipucio prominente, gran fontanela anterior y depresión bitemporal. La piel en la región de la glabela está arrugada. El labio superior es fino, la nariz pequeña y con las fosas nasales en anteversión, las orejas son de baja implantación con rotación posterior y hélix anormal. Se han reportado cardiopatías congénitas en el 65 % de los casos. Malformación urogenital, opacidad corneal, polidactilia y camptodactilia. La lisencefalia ha sido descrita en las autopsias de estos casos. La lisencefalia puede ocurrir sola como una secuencia malformativa, como parte de un síndrome malformativo complejo o puede estar asociada con otros defectos estructurales del cerebro y región craneofacial no explicable por un defecto de migración. La lisencefalia ha sido definida como un grado completo (grado 1), casi completo (grado 2) o como una mezcla de agiria/paquigiria (grado 3). Su etiología ha sido referida como un síndrome con microdeleción, pequeña deleción y como síndrome de genes

continuos[iv]. Ver Lisencefalia tipo I // Sinónimos: Lisencefalia de Miller Dieker. Agiria paquigiria. Síndrome de lisencefalia clásica, Agiria tipo I, Síndrome de lisencefalia tipo I. Dobyns, W.B.: "Developmental aspects of lissencephaly and the lissencephaly syndrome". Birth Defects, 23 (1): 225-241, 1987.

SÍNDROME DE MORSIER ó SÍNDROME DE GAUTHIER ó DISPLASIA SEPTO-ÓPTICA: Corresponde a la displasia septo-óptica, también conocida como Síndrome Genito-olfatorio. Se caracteriza por ausencia de septum pellucidum, agenesia del cuerpo calloso, atrofia cerebelosa, porencefalia, dilatación ventricular, junto con neurohipófisis o hipófisis posterior ectópica, aplásica o hipoplásica. La entidad fue descrita inicialmente por Morsier en 1956. El síndrome se caracteriza por alteración de las estructuras de la línea media con la siguiente la triada clásica: 1) Ausencia o hipoplasia del septum pellucidum 2) Hipoplasia de uno o ambos nervios ópticos y 3) Alteración variable de la función hipotálamo hipofisiaria. Es una entidad infrecuente de etiología no establecida, en la que predomina la hipótesis genética. Las características clínicas e imagenológicas son variables dependiendo del grado de compromiso del nervio óptico, la función hipotalámica y las alteraciones asociadas. Neurológicamente los niños afectados pueden ser normales, aunque se presenta mayor incidencia de retardo mental, síndrome convulsivo y enfermedad motriz cerebral; el déficit hormonal, aunque no es el signo guía para el diagnóstico, consiste principalmente en alteración de la hormona del crecimiento. El pronóstico depende de la estructuras afectadas, pero en general, la condición se considera de buen pronóstico. (Lubinus, F. Castillo, C. Displasia septo-óptica (síndrome de Morsier). MedUNAB. 2003; 6 (17): 98 – 101)

SINDROME DE NONNE: (Linfedema congénita hereditario) Predomina en hembras, desde el nacimiento o temprana infancia. Su comienzo es gradual y asintomático. Al examen físico se encuentra**:** Edema maleolar unilateral o bilateral que asciende a la rodilla y eventualmente más arriba; al inicio de fácil manejo, desaparece con la elevación de la pierna. La piel es suave, firme y de color normal. Posteriormente el edema es duro, no desaparece con la elevación del miembro, la piel se torna áspera, pigmentada, en el sitio del

edema. Como hallazgos asociados: ascitis quilosa congénita, linfangiectasia intestinal con proteinorrea, derrame pleural. Este trastorno es congénito familiar autosómico dominante debido a una obstrucción linfática o defecto de la contractilidad, ausencia de válvulas, debilidad de la pared con extravasación. La etiología es genética. (Zbranca V, Aramă A, Mihăescu T, Covic M. Hereditary lymphedema (Nonne-Milroy-Meige syndrome) associated with chylothorax. Comments on 2 cases. Rev Med Chir Soc Med Nat Iasi. 1990 Jan-Mar;94(1):189-92)

SÍNDROME DE OVARIO POLIQUÍSTICO: No existe una definición precisa de este síndrome pero se conocen bien sus características: aumento de la producción de andrógenos de origen ovárico, de origen en las glándulas suprarrenales o de ambos orígenes. Las manifestaciones clínicas son una o más de las siguientes características: hirsutismo, obesidad, oligomenorrea, anovulación y trastorno de la fertilidad. ***//*** Es una patología descrita por primera vez en 1935 por Stein y Leventhal quienes publicaron una descripción de siete mujeres con amenorrea, hirsutismo, obesidad y apariencia de ovarios poliquísiticos. Tiene una incidencia del 4 al 8% de la población femenina entre los 18 y 45 años. Se caracteriza por un incremento en la pulsatilidad de la Hormona Luteinizante y mayor producción de andrógenos, aumento de los niveles de insulina circulante secundario a resistencia a la insulina y mayor respuesta adrenal ante el estímulo hormonal, llevando al desarrollo de características clínicas como hirsutismo, acné, amenorrea, anovulación, alopecia, entre otras. El diagnóstico se realiza con la presencia de 2 de 3 criterios propuestos en la reunión de Rótterdam en el 2003: 1) Oligoovulación o anovulación, caracterizado por ciclos mayores de 35 días o la presencia de menos de 9 ciclos al año, niveles de progesterona en el la fase lútea media menores de 5 ng/ml o infertilidad 2) Niveles elevados de andrógenos circulantes o manifestaciones clínicas del hiperandrogenismo que incluye hirsutismo, acné, piel grasosa, alopecia de patrón masculino 3) Morfología de ovarios poliquísticos establecida por estudio ultrasonográfico; se requiere realización de ecografía pélvica en la fase folicular temprana y el criterio se confirma con la documentación de más de 12 folículos astrales que varían en

diámetros entre 2 y 10 mm distribuidos en la periferia o en el centro, asociado con aumento del volumen ovárico. En caso de documentar la presencia de un folículo mayor de 10 mm de diámetro o un cuerpo lúteo, el ultrasonido debe repetirse en el siguiente ciclo. Se debe realizar diagnóstico diferencial con entidades como Hiperplasia Suprarrenal Congénita, Tumores adrenales u ováricos virilizantes, Síndrome de Cushing, Hiperprolactinemia, entre otros. La patología se asocia con condiciones como obesidad, intolerancia a la glucosa, diabetes mellitus, síndrome metabólico, enfermedades cardiovasculares e hiperplasia endometrial. (Builes, C. Días, I. Castañeda, J. Pérez, L. Caracterización Clínica y Bioquímica de la mujer con Síndrome de Ovario Poliquístico. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. 2006; 57: 36-44 / ACOG releases guidelines on diagnosis and management of polycystic ovary syndrome. Practice Guidelines. American Family Physician. 2003)

SÍNDROME DE PATAU: Descubierto por Patau y colaboradores en 1960. Genéticamente es la presencia de 3 cromosomas en vez de 2 en el par homólogo número 13 . Clínicamente se caracteriza por retardo mental,malformaciones de las orejas,paladar hendido,mandíbula pequeña y defectos cardíacos,intestinales y renales. La mayoría de estos pacientes mueren en los dos primeros años de vida. Sinónimo: Trisomía 13 // **2.** La incidencia es de 1 en 10 000 nacidos vivos. Relación de sexos: M:F, algo más frecuente el femenino. Dismorfología: cráneo pequeño, fontanela y suturas amplias. Microftalmía bilateral, nariz ancha y plana. Orejas de implantación baja. Hemangiomas en cara, frente o nuca, dedos de las manos flexionados. Pies con protrusión del calcáneo. Otras malformaciones: labio leporino, generalmente, bilateral con paladar hendido. Polidactilia posaxial de manos y pies. Anoftalmía. Arrinencefalia. Haloprosencefalia. Cardiopatías congénitas. Riñones poliquísticos, islotes heterotópicos de páncreas y bazo. Neurología: convulsiones, hipotonía. No sobreviven más de 130 días. Existe un disbalance cromosómico. El 80 % por trisomía libre del cromosoma 13 por no disyunción, 20 % mosaicismos, o por traslocación casi siempre t(13q14q), generalmente de novo. (Nanjiani, Aijaz M.D.; Hossain, Ashgar M.D.; Mahgoub, Nahla M.D. Patau Syndrome. Journal of Neuropsychiatry & Clinical

Neurosciences. 19(2):201-202, Spring 2007).

SÍNDROME DE POLAND: El síndrome de Poland es una enfermedad del desarrollo muscular extremadamente rara, congénita (que está presente en el nacimiento). Fue descrito por primera vez, en 1841, por Alfred Poland. Clínicamente se caracteriza por agenesia o hipoplasia (desarrollo defectuoso, o falta de alguna parte de un órgano) del músculo pectoral mayor, el brazo aparece unido por un relieve cutáneo al tórax, la glándula mamaria del mismo lado es más pequeña y se asocia a alteraciones de los dedos de la mano del mismo lado. En la mayoría de los casos, las anomalías físicas se limitan a un lado del cuerpo. Este síndrome es un defecto muscular congénito caracterizado por ausencia unilateral del pectoral mayor, sindactilia (fusión congénita o accidental de dos o más dedos entre sí) unilateral, hipoplasia o ausencia del pezón. No se ha observado en los pacientes deficiencia mental, ni trasmisión genética de la enfermedad. Se presenta con una frecuencia entre 1/20.000 y 1/32.000 nacidos. Esta anomalía está presente en el 10% de los pacientes que presentan sindactilia, de ellos el 75% pertenece al sexo masculino. Aproximadamente el 70% de los casos, afectan al lado derecho. Aunque la causa exacta del síndrome de Poland no se conoce, se cree que el defecto principal parece estar en el mesodermo (tejido embrionario, a partir del cual se formaran el tejido de sostén los músculos órganos genitourinarios, sistema cardiovascular y sangre), a partir del cual se desarrolla la zona pectoral hasta la parte distal del miembro superior, por disminución del flujo sanguíneo en dicha región pectoral. Esta disminución, que parece deberse a un posible defecto primario en el desarrollo de la arteria clavicular proximal produce localmente una disminución parcial del tejido. Clínicamente el síndrome de Poland es heterogéneo y se caracteriza por: ausencia unilateral de las porciones costal y esternal del músculo pectoral mayor, pectoral menor, cartílagos costales y sinbraquidactilia (unión y cortedad de los dedos) en la mano ipsilateral (del mismo lado). Hipoplasia de la piel y del tejido celular subcutáneo, de la pared anterior del tórax e hipoplasia o aplasia del pezón. Hipotricosis (falta total o parcial del pelo) pectoral y axilar, ausencia de falanges media y distal (más alejado de un centro tronco o línea media), con

sindactilia (fusión congénita o accidental de dos o más dedos entre sí) entre las falanges proximales (más cerca de un centro tronco o línea media) a expensas de las partes blandas, ya que no existe sinostosis (soldadura de varios huesos) ósea. La mano afectada suele ser más pequeña que la del lado sano. Pueden presentarse anomalías de otros músculos de la cintura escapular y es frecuente el pterigión (membrana cutánea que cruza una articulación) de axila; en algunos casos puede existir la llamada escápula elevada o deformidad de Sprengel. Puede acompañarse en un 15% de los casos del síndrome de Moebius, producido por la parálisis de los pares craneales VI y VII. Cuando el síndrome de Poland se asocia al síndrome de Moebius este tipo de malformaciones complejas recibe el nombre de síndrome o asociación de Poland Moebius. Excepcionalmente se han descrito asociaciones entre la secuencia de Poland y otras enfermedades como: atrofia muscular peroneal, neurofibromatosis de Von Recklinghausen, displasia facio aurículo vertebral, leiomiosarcoma, dextrocardia y aplasia de los dedos de la mano. El tratamiento consiste en apoyo psicológico y corrección quirúrgica de las malformaciones cuando sea posible. (David TJ. Nature and etiology of the Poland anomaly. N Engl J Med 1972; 287: 487-9).

SÍNDROME DE POST-MADUREZ: Ver Síndrome de Clifford

SÍNDROME DE POTTER I: Corresponde a la enfermedad conocida como Riñón Poliquístico autosómico recesivo infantila o enfermedad renal microquística. Tiene una incidencia de 1:6000 a 1:50.000 embarazos. Esta malformación se produce como consecuencia de una hiperplasia de los túmulos colectores del riñon fetal con desarrollo de dilatación quística y saculación de los mismos. Los quistes miden máximo dos milímetros de diámetro y se presentan de forma bilateral, simétrica y con distribución radial, es decir, de corteza hacia los cálices renales, induciendo aumento del tamaño y volumen renal. El diagnóstico ultrasonográfico se realiza al observar aumento de tamaño y volumen renal en forma bilateral, con riñones hiperecogénicos y con escasa o nula diferenciación córtico-medular. De acuerdo al grado de compromiso se desarrolla falla renal y como consecuencia, oligohidramnios. El diagnóstico prenatal se realiza después de

la semana 16 de gestación cuando deben observarse los riñones fetales. (Glassberg, KI. Normal and abnormal development of the kidney: a clinician's interpretation of current knowledge. J Urol 2002; 167:23-39)

SÍNDROME DE POTTER II: Corresponde al Displasia Renal Multiquística y se considera la primera causa de masa abdominal en el periodo neonatal. Afecta a 1 de cada 1000 recién nacidos vivos y es más común en el sexo masculino con una relación H:M de 2:1. Se divide en dos subtipos: Potter IIA cuando ocurre obstrucción de las vías urinarias en forma precoz, alrededor de la semana 8-10 de gestación y Potter IIB cuando ocurre alteración del desarrollo del blastema mesonéfrico en la formación de las neuronas. Teniendo en cuenta que la obstrucción ocurre de forma precoz durante la embriogénesis, se produce de forma asociada atresia de la pelvis renal y tercio proximal ureteral. Como existen algunas neuronas funcionantes en el momento de la obstrucción, ellas continúan con la formación de orina y se produce acumulación de la misma en el fondo de saco posterior formando la dilatación quística típica del síndrome. El diagnóstico ultrasongráfico se realiza a través de la visualización de una masa paraespinal que corresponde a múltiples quiste macroscópicos de diferentes tamaños a modo de racimo de uvas. El compromiso renal puede ser bilateral o unilateral pudiendo existir oligoamnios o líquido amniótico normal, respectivamente. El riesgo de recurrencia es de alrededor del 3 -5%; la afección unilateral tiene un pronóstico favorable mientras que la afección bilateral es letal. (Glassberg, KI. Normal and abnormal development of the kidney: a clinician's interpretation of current knowledge. J Urol 2002; 167:23-39)

SÍNDROME DE POTTER III: Corresponde a la enfermedad conocida como Riñón Poliquísitco Autosómico Dominante o Riñón Poliquístico del adulto. Afecta aproximadamente 1 de cada 1000 adultos y es considerada la tercera causa más frecuente de Insuficiencia Renal Crónica. La etiología de la malformación se encuentra en un desarrollo anormal de la porción distal del botón ureteral que lleva a dilatación de los conductos colectores y la porción tubular de la neurona; esto produce formación de microquistes. Se presenta usualmente entre la tercera y quinta décadas de la vida pero puede ser

diagnosticada en forma prenatal. El diagnóstico ultrasonográfico incluye el aumento de volumen y tamaño renal, con hiperecogenicidad renal y poca diferenciación córtico-medular. Esta enfermedad se asocia con la formación de quistes en otros órganos como el hígado, el bazo y el páncreas. El pronóstico depende del momento de la presentación del cuadro, variando desde muerte neonatal precoz, hipertensión arterial y presencia de aneurismas de Berry, hasta una vida completamente asintomática. (Glassberg, KI. Normal and abnormal development of the kidney: a clinician's interpretation of current knowledge. J Urol 2002; 167:23-39)

SÍNDROME DE POTTER IV: Corresponde a la enfermedad conocida como Displasia Renal Quística. Esta malfomación es un tipo de disgenesia renal que se produce como consecuencia de la obstrucción del sistema urinario fetal después de la semana 10 de gestación. La obstrucción lleva a un aumento de la presión tubular durante la nefrogénesis, llevando progresivamente a una reducción de la función renal. El diagnóstico ultrasonográficos depende del grado de obstrucción del tracto urinario. Usualmente se observan ambos riñones levemente aumentados de volumen, hiperecogénicos; la presencia de quistes corticales es muy frecuente y su presencia confirma la malformación pero su ausencia no la descarta. Adicionalmente los índices de velocidad de flujo de la arteria renal están disminuidos. El pronóstico de la malformación depende del grado y duración de la obstrucción de las vías urinarias. Los fetos con compromiso bilateral, ascitis u oligohidramnios presentarán peor pronóstico y fallecerán en el periodo neonatal temprano. (Glassberg, KI. Normal and abnormal development of the kidney: a clinician's interpretation of current knowledge. J Urol 2002; 167:23-39)

SÍNDROME DE POTTER: Es una secuencia de anomalías fetales secundarias al estado de oligohidramnios que usualmente se asocia con agenesia renal bilateral u otras malformaciones del sistema urinario feta. La secuencia consiste en la presencia de determinadas anomalías fetales como hipoplasia pulmonar, deformidades en extremidades y fascies típica; la deformidad en extremidades incluye posición anómala de manos y pies, extremidades inferiores arqueadas y displasia de cadera; la facies típica

consiste en inserción baja del pabellón auricular, nariz y mentón aplanados, hipertelorismo y piel arrugada. El pronóstico de estos fetos es pobre. (Glassberg, KI. Normal and abnormal development of the kidney: a clinician's interpretation of current knowledge. J Urol 2002; 167:23-39)

SÍNDROME DE RECLUS: Enfermedad de la mama que se caracteriza por la aparición de múltiples quistes de pequeño tamaño, asociados al desarrollo de tejido fibroso (mastopatía fibroquística). (Marković Lj, Ivanović S, Dordevic M Reclus' disease--cystic disease on the breastSrp Arh Celok Lek. 1976 Oct;104(10):747-9).

SÍNDROME DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTÉMICA: Es definido como una respuesta inflamatoria excesiva y no controlada, ante una variedad de lesiones clínicas severas. Este síndrome es clínicamente reconocido ante la presencia de dos o más de los siguientes condiciones: 1) Temperatura >= 38° o < 36°. 2) Frecuencia Cardíaca >= 90 lat/min. 3) Frecuencia Respiratoria >= 20 resp/min o $PaCO_2$ < 32 mm Hg. 4) Recuento de leucocitos >= 12.000 cél/mm^3 o < 4.000 cél/mm^3, o presencia de >= 10% de formas inmaduras o bandas. (Martin, GS, Mannino, DM, Eaton, S, Moss, M. The epidemiology of sepsis in the United States from 1979 through 2000. N Engl J Med 2003; 348:1546)

SÍNDROME DE ROKITANSKI, TIPOS DE : Este síndrome puede estar aislado (Tipo I), o estar asociado con otros defectos renales, vertebrales y cardíacos. (Tipo II) En las pacientes con útero didelfo se puede presentar aplasia unilateral del útero, entidad llamada por algunos autores como Síndrome de Rokitansky unilateral.(Acien P, Acien M, Sanchez-Ferrer M. Complex malformations of the female genital tract. New types and revision of classification.Hum Reprod. 2004 Oct;19(10):2377-84. Epub 2004 Aug 27).

SÍNDROME DE ROKITANSKI: **1**-Conjunto de trastornos anatómicos de los genitales internos, descritos por los médicos alemanes August-Franz-Joseph-Karl Mayer en 1929, Karl-Freiherr von Rokitansky en 1838, Hermann Küster en 1910,G. A. Hauser en 1961. // **2**. Se caracteriza por la aplasia congénita del útero y de los dos tercios superiores de la vagina, en mujeres con desarrollo

normal de las características femeninas secundarias, con anatomía y funcionamiento normal de los ovarios y con cariotipo 46,XX. (Orphanet J MRKH Syndrome. Rare Dis. 2007; 2: 13.). Este síndrome afecta aproximadamente a una de cada 4.500 mujeres. El primer síntoma que acompaña al síndrome es la amenorrea primaria. Debido al aumento creciente de esta anomalía en las familias, se ha pensado que tenga algún grado de causalidad genética. Se ha observado una asociación transmitida de forma autosómica dominante, con penetrancia incompleta y expresividad variable. Esto sugiere algún tipo de mutación en una gene de expresión mayor o un imbalance cromosómico limitado. Sin embrago, la etiología de este síndrome continúa sin conocerse completamente. La creación de una neovagina, es una solución parcial, que favorece la vida sexual, aunque obviamente, no se puede ofrecer una solución para lograr un embarazo. (1-Lotan G, Mashiach R, Halevy A Total endoscopic vaginal reconstruction in a case of Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser syndrome . J Laparoendosc Adv Surg Tech A. 2005 Aug;15(4):435-8). // 2- Doyle JO. Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser (MRKH) Syndrome with a Single Septate Uterus: A Novel Anomaly with Treatment Options. *J Pediatr Adolesc Gynecol* - April 2008; 21(2); 98-108. Sinónimo: Síndrome de Mayer-Rokitanski-Küster-Hauser

SÍNDROME DE ROKITANSKY UNILATERAL: Es la aplasia de uno de los úteros, con o sin agenesia renal, en las pacientes con útero didelfo. .(Acien P, Acien M, Sanchez-Ferrer M. Complex malformations of the female genital tract. New types and revision of classification.Hum Reprod. 2004 Oct;19(10):2377-84. Epub 2004 Aug 27).

SÍNDROME DE ROSENFELD KLOEPFER: Conocido también como paquidermoperiostosis, genodermatosis rara caracterizada por el encorvamiento de los dedos, engrosamiento de la piel de la cara (paquiderma) e hiperhidrosis. Típicamente aparece durante la niñez o adolescencia, usualmente alrededor de la pubertad y progresa lentamente por unos 10 años. Síntomas específicos incluyen el aumento de tamaño de los dedos (encorvamiento), en los cuales el periostio sufre un proceso de fibrosis (periostosis), fascies toscas, aumento del grosor de la piel del cuero cabelludo,

formando dobleces y depresiones del mismo (cutis verticis gyrata) y sudoración excesiva de las manos y pies. La paquidermo-periostosis es la forma primaria o completa de un desorden más común conocido como osteoartropatía hipertrófica primaria Idiopática. (Castori, M, Sinibaldi, L, Mingarelli, R, Lachman, R, Rimoin, D, Dallapiccola, B. Pachydermoperiostosis: an update. Clinical Genetics. 68(6):477-486, December 2005).

SÍNDROME DE ROSSI: También conocido como Artrogriposis, siendo este un nombre dado a un grupo de desordenes músculo-esqueléticas caracterizados por contracturas articulares múltiples en todo el cuerpo presentes desde el nacimiento. Las más común es la amioplasia. Su etiología es variada, siendo en un 30% genética, otras incluyen el uso durante el embarazo de alcohol, Fenitoína y drogas ilícitas. // Corresponde a u na entidad caracterizada por alteración de la condición muscular con limitación de la movilidad de las articulaciones. La condición es conocida como artrogriposis. Se considera que puede afectar una o múltiples articulaciones, con diversos grados de limitación del movimiento. Es una enfermedad poco frecuente. Se han descrito casos de artrogriposis congénita, caracterizado por contracturas congénitas no progresivas de múltiples articulaciones; se puede asociar con alteraciones cardiacas, renales o pulmonares. Afecta a 1 de cada 30000 recién nacidos vivos y es considerada una forma de displasia esquelética. (Muller, JS, Mihaylova, V, Abicht, A, Lochmuller, H.Congenital myasthenic syndromes. Expert Rev Mol Med 2007; 9:1)

SÍNDROME DE SILVESTRINI-CORDA: Corresponde a una entidad caracterizada por descenso en los niveles de andrógenos y aumento en los niveles de estrógenos, secundario a disfunción hepatocelular, con alteración de la desactivación de múltiples hormonas, tanto peptídicas como estoroideas. El exceso de estrógenos es responsable de los signos de feminización como ginecomastia, atrofia testicular, disminución de la líbido, amenorrea; se presentan alteraciones cutáneas conocidas como arañas vasculares y eritema palmar. La localización característica de las arañas vasculares es a nivel de cara y zona superior de la pared anterior del tórax. El exceso de estrógenos es consecuencia de un defecto de su degradación a nivel hepático al igual que un

incremento en la síntesis de estrona y estradiol a partir de testosterona y androstenodiona, que no han sido metabolizados por los hepatocitos. // Este síndrome se caracteriza por la asociación de una cirrosis atrófica con síntomas de deficiencia endocrina. Estos síntomas difieren en ambos sexos. Sexo masculino: Pérdida del vello axilar y corporal, impotencia, disminución de la libido, ginecomastia y arañas vasculares. Sexo femenino: Alteraciones del ciclo menstrual, esterilidad, cambios atróficos característicos por ausencia de la función ovárica falta de actividad estrogénica y disminución de la excreción de andrógenos, 17-cetosteroides y hormona foliculoestimulante. Además, todos los síntomas característicos de la cirrosis en fase avanzada, se pueden observar en ambos sexos. Los síntomas endocrinos se explican por la deficiencia en la producción hormonal y/o la falta de inactivación de las hormonas por las células hepáticas lesionadas. El exceso de hormonas estrogénicas no conjugadas en el hígado permite su acumulación en la sangre y esto inhibe la hormona foliculoestimulante de la hipófisis, que por supuesto ocasiona la sintomatología en la mujer. (Brailski Kh, Chernev K, Stoĭnov S [Case of a patient with liver cirrhosis and Silvestrini-Corda syndrome] Vutr Boles. 1984;23(6):64-7)

SÍNDROME DE SIMONART: (Bridas amnióticas) Defecto fetal tipo disrupción en la cual bandas fibrosas originadas del saco amniótico rodean y constriñen ciertas áreas fetales ya formadas alterando su morfología, y en los casos más severos, amputando el segmento comprometido. Estas bridas pueden estar asociadas a ruptura prematura de membranas, salida crónica de líquido y oligohidramnios. Las deformaciones son extremadamente variables y dependerán del tiempo durante la gestación en la cual la brida fue formada. Las más comunes son amputación o alteración de miembros inferiores y superiores, defectos faciales y viscerales[v].***//*** **2.**Corresponde al llamado Síndrome de Bandas Amnióticas; es un complejo de anomalías congénitas secundario a alteración de un proceso de desarrollo originalmente normal. La etiología consiste en una ruptura prematura del amnios con formación de bandas que comprimen las partes fetales. Su incidencia varía entre 1 en 1500 a 1 en 15000 recién nacidos vivos. La presentación clásica consiste en la

presencia de anillos de constricción en los miembros, amputaciones digitales asimétricas y pseudosindactilia. Adicionalmente se han descrito alteraciones faciales y defectos de la pared abdómino-torácica. El pronóstico depende de la severidad de las anormalidades y la naturaleza y severidad de las mismas se encuentran en relación con el tiempo de gestación en que se presenta el defecto. (Da Silva, G. Cammarata, F. Síndrome de bridas amnióticas. Rev Chil Pediatr. 2008; 79 (2): 172 – 180)

SÍNDROME DE STEIN-LEVENTHAL: (Síndrome de ovario poliquístico) Epónimo de los gineco-obstetras norteamericanos nacidos en Chicago, Irvin Freiler Stein(1887-1976), médico de la Northwestewrn University, y Michel Leo Leventhal(1901-1971), del Michael Reese Hospital. // Tríada descrita que se compone de ovarios grandes y poliquísticos, alteraciones del ciclo menstrual y esterilidad anovulatoria. La descripción de este síndrome condujo al conocimiento del conjunto de trastornos metabólicos que hoy se engloban bajo el nombre de síndrome de ovario poliquístico (SOP).// Síndrome descrito por Stein y por Leventhal en 1935, caracterizado por alteraciones del ciclo, ovarios grandes, poliquísticos y esterilidad anovulatoria // 2. Clásicamente reportado en 1935 por Stein y Leventhal como una serie de casos de mujeres con amenorrea y ovarios poliquisticos. Según el consenso de Rótterdam en el 2003 los criterios diagnósticos de inclusión son: Oligo/Anovulación, hiperandrogenismo evidenciado clínicamente (hirsutismo, acné) o bioquímicamente y ovarios poliquísticos. La Sociedad de Exceso de Andrógenos en el 2006 la define como la presencia de disfunción ovárica (oligo/anovulación, ovarios poliquísticos) e hiperandrogenismo (Stein IF. and Leventhal ML. Amenorrhea associated with bilateral polycistic ovaries. Am. J. Obstet. Gynecol.1935;29: 181-191), Sinónimo: Síndrome de Ovario Poliquístico. //

SÍNDROME DE STEWART-TREVES: Angiosarcoma desarrollado sobre un linfedema crónico asociado a post-mastectomía. Se presenta en el 0.45% de las pacientes que sobreviven mas de 5 años después de la intervención (tanto hombres como mujeres). El intervalo entre el tratamiento del cáncer de mama y la aparición de esta entidad oscila entre los 10 y los 21 años. Clínicamente,

sobre la piel edematosa del brazo afectado van apareciendo sucesivamente nódulos rojizos o violáceos, duros, que pueden ocasionar hemorragias espontáneas, que crecen, hacen metástasis y se multiplican con rapidez, casi siempre a los pulmones y la cavidad pleural. La supervivencia a los cinco años es inferior al 5%, independientemente del tipo de tratamiento instaurado. El fallecimiento suele ocurrir en un plazo medio de uno a dos años desde el diagnóstico[vi].// Angiosarcoma en el miembro superior homolateral que aparece de manera tardía y secundaria a una mastectomía radical. Debe diferenciarse del carcinoma metastásico y del sarcoma de Kapossi. (N. Maldonado-Fernández y col.. Síndrome de Stewart-Treves: linfangiosarcoma en linfedema crónico posmastectomía. Angiología 2002; 54 (6): 467-471).

SÍNDROME DE SWYER (Disgenesia gonadal pura XY**).** Estos individuos tienen un cariotipo masculino normal 46,XY. Está caracterizado por falta del desarrollo testicular que conduce a la aparición de genitales externos e internos femeninos. En el sitio en que normalmente se encuentran los ovarios hay bandas fibrosas. El diagnóstico se efectúa en la pubertad debido a la amenorrea primaria y la falta de desarrollo de las características sexuales secundarias. La presencia de vagina, útero y trompas de Falopio normales se produce debido a falta de MIF en el medio ambiente fetal temprano; esta ausencia de MIF distingue el síndrome de Swyer del síndrome de insensibilidad completa a los andrógenos. Las pacientes con síndrome de Swyer tienen un fenotipo completamente femenino, la talla es normal y en ocasiones con proporciones eunucoides y pueden presentarse estigmas turnerianos. Al igual que las pacientes con insensibilidad a los andrógenos deben ser manejadas cuidadosamente para mantener su identidad femenina. Está indicado en el tratamiento de reposición hormonal cíclico para permitir el desarrollo de las características sexuales secundarias y una menstruación normal. Debe realizarse gonadectomía para prevenir la malignización (riesgo de 30%) . // **2.** Disgenesia gonadal pura XY. La designación de pura distingue esta condición de otras formas de disgenesia gonadal que no son de origen cromosómico y están asociadas a anormalidades somáticas. Los pacientes afectados tienen estatura normal y fenotipo femenino, incluyendo vagina, útero

y trompas de Falopio, pero a edad puberal, el desarrollo mamario y la menarquia no ocurren. Las pacientes se presentan en la pubertad con amenorrea primaria hipergonadotropica. Casos familiares sugieren una transmisión ligada al cromosoma X o autosómica dominante. La mayoría tienen mutaciones en el gen SRY. Las gónadas primitivas no pueden llevar a cabo ninguna función testicular, incluyendo la supresión de los conductos mullerianos. Puede haber algunas celulas hiliares en las gónadas capaces de producir algunos andrógenos, por lo que alguna virilización puede ocurrir como clitoromegalia durante la pubertad. Estas gónadas atróficas pueden tener cambios neoplásicos, como gonadoblastomas y disgerminomas y deben ser retirados pronto después del diagnostico sin importar la edad. La disgenesia gonadal pura también puede ocurrir en pacientes XX(Leonel J.González, Grady L. Fonseca, y col. Ambigüedad sexual. Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría vol. 64 nº 2, abril - junio 2001)

SÍNDROME DE TENSIÓN PREMENSTRUAL: Es un trastorno recurrente mensual caracterizado por retención de líquidos y cambios del comportamiento. Compromete al 30%-40% de las mujeres nulíparas entre la tercera y cuarta décadas de la vida especialmente entre quienes tienen hipersensibilidad emocional. El trastorno dura uno a cinco días.

SÍNDROME DE TRANSFUSION GEMELO A GEMELO: (STGG) es una rara condición que afecta el 15 por ciento de los gemelos que comparten la misma placenta (gemelos monocoriónicos). La causa del STGG se atribuye al flujo de sangre desequilibrado a través de los canales vasculares que conectan los sistemas circulatorios de cada gemelo por medio de la placenta en común. El desvío de sangre a través de las comunicaciones vasculares conduce un nuevo flujo sanguíneo de un gemelo (el donante) al otro gemelo (el receptor). El gemelo donante desarrolla oligohidramnios (bajo líquido amniótico) y crecimiento fetal pobre, mientras que el gemelo receptor desarrolla polihidramnios, falla cardiaca e hidrops. Si no se trata, puede haber pérdida de embarazo debido a la falta de obtención de sangre del gemelo más pequeño, exceso de líquido y falla en el corazón en el gemelo más grande y/o parto prematuro que lleva a un aborto de todo el embarazo. (Norton ME, Evaluation

and management of twin-twin transfusion syndrome: still a challenge. *Am J Obstet Gynecol* - 01-MAY-2007; 196(5): 419-20)

SÍNDROME DE TURNER: Epónimo del Dr. Henry Hubert Turner, nacido en Illinois(1892-1970), profesor de endocrinología de la Universidad de Oklahoma. Aunque se habían reportado casos con este síndrome por los médicos alemanes J. Olivet en 1923 y G. Pich en 1937, tomó el nombre por el Dr. Turner, quien hiciera una descripción completa del trastorno en 1938. // **1.** Conjunto de trastornos físicos y fisiológicos propios de las pacientes a quienes les falta el segundo cromosoma X del par sexual(aneuploidía X0) // **2.** Es un complejo de trastornos físicos de la apariencia externa y sistémica, que incluyen disgenesia gonadal, alteraciones cardiovasculares, uro-renales, gastro-intestinales, endocrinos y algunas deficiencias intelectuales. El síndrome de Turner tiene una frecuencia aproximada de uno por cada 2.000 mujeres nacidas vivas y uno por cada 15 abortos espontáneos. Las características de este síndrome son estatura baja, tórax ancho, cuello alado, inserción baja del pelo, cuarto y quinto metacarpos cortos, cubitus valgus, genu valgum, ptosis, inserción baja de pabellones auriculares, paladar estrecho y abovedado, micrognatia, liinfedema y nevos pigmentados múltiples. Algunas de estas anormalidades como cuello alado, inserción baja del pelo, aurícula rotada, manos y pies hinchados y displasia ungueal al parecer son secundarias a la obstrucción linfática. La talla final promedio de las niñas con síndrome de Turner que no reciben tratamiento con hormona del crecimiento es de 1,42 a 1,46 metros; en dos estudios muy grandes el promedio es de 1,43 m. Se ha observado una relación directamente proporcional entre la desviación estándar de la talla en los mosaicos y la frecuencia de una constitución cromosómica normal, así como una relación inversamente proporcional entre la talla y la frecuencia de las células con 45,X. Anormalidades cardiovasculares: El 33% de las enfermas pueden presentar válvula aórtica bicúspide, hipertensión, coartación de la aorta, prolapso mitral y aneurismas disecantes. Anomalías uro-renales: El 35-70% de las pacientes presentan riñones en herradura, riñón pélvico unilateral, anormalidades de la rotación, sistemas colectores dobles y rara vez obstrucción pélvica ureteral e

hidronefrosis. Trastornos auditivos: Audición deficiente, otitis media y mastoiditis en 33%. Alteraciones endocrinas: Aclorhidria, intolerancia a la glucosa,, osteopenia, diabetes mellitus y tiroiditis de Hashimoto. Dentro de los diagnósticos gastrointestinales es necesario tomar en cuenta las malformaciones vasculares, que muchas veces se manifiestan por hemorragia y quizá una mayor frecuencia de enfermedad inflamatoria intestinal. Características intelectuales: Al parecer la inteligencia es normal en la mayor parte de los estudios de pacientes con síndrome de Turner, aunque es posible que haya deficiencias específicas del procesamiento espacio-temporal, la coordinación motora y visual y determinadas habilidades y aprendizaje. En niñas con un cromosoma X pequeño en anillo se ha reportado una frecuencia alta de retraso mental. Algunas niñas incluso se atrasan en la escuela por su falta de madurez y su estatura reducida y tanto padres como maestros esperan menos de ellas.// **3.** El síndrome de Turner o disgenesia gonadal se produce por una alteración cromosómica en que se pierde un cromosoma Y o X, o parte de él y afecta al fenotipo femenino, con una incidencia entre 1/1500 y 1/5000 recién nacidas vivas. Esta es la alteración de los cromosomas sexuales más frecuente en el fenotipo femenino y se estima que afecta a 3% de los embriones femeninos, que en su mayoría se resuelven como abortos espontáneos, llegando a término sólo 1 de cada 1.000 embriones afectados. En un estudio prospectivo danés, se estudió el cariotipo de todas las recién nacidas vivas durante un período de 13 años, encontrando una incidencia de aneuploidia XO de 1:1893. Entre los abortos espontáneos clínicamente detectables, la aneuploidia XO se encuentra en 15% de ellos. La talla baja es el signo más constante, afectando entre 90 y 100% de las pacientes y podría estar relacionada con la pérdida de un gen *homeobox* denominado con la sigla en inglés SHOX (gen que contiene el mensaje de talla baja en el cromosoma X). Habitualmente la talla baja es el primer motivo de consulta y es una de las principales inquietudes de las pacientes y sus padres. El seguimiento de la progresión de la talla de estas pacientes debe hacerse en cada país con tablas de crecimiento específicas para este desorden. (Turner HH. A syndrome of infantilism, congenital webbed neck, and cubitus valgus. *Endocrinology* 1938; 28: 566 // Román R, Vallejos M.E, Muñoz M, *et al*.

Síndrome de Turner: Crecimiento y descripción clínica en 83 niñas chilenas. *Rev. méd. Chile*. set. 2002, vol.130, no.9, p.977-984). Sinónimos: Disgenesia gonadal, Aneuploidía X0.

SÍNDROME DE ULLRICH-FEICHTIGER: Afecta ambos sexos por igual. Se caracteriza por alopecia localizada, nariz prominente, microcórnea, cataratas congénitas con ruptura espontánea y absorción, ocasionalmente glaucoma. Hay enanismo armónico, atrofia de piel. Retardo del desarrollo psicomotor. Posiblemente se trasmite por herencia autonómica recesiva, aunque parece ser que todos los casos reportados son esporádicos. Se ha planteado infección viral en el embarazo o alteraciones producidas por sustancias teratogénicas. Se sugiere la etiología genética. (Cohen, M.M. Jr.: "Hallermann-Streiff syndrome: a review". Am. J. Med. Genet., 41:488-499, 1991)

SÍNDROME DE VESTIBULITIS VULVAR: **1.** Dolor intenso de la vulva a nivel de la región que sirve de entrada a la vagina. // **2.** Hipersensibilidad a la presión de la cara interna de las paredes que conforman el vestíbulo y eritema de diferente grado // **3.** Es un conjunto de síntomas que consiste en dolor o ardor intenso al tocar el vestíbulo vulvar o al intentar la entrada a la vagina. No se ha dilucidado su etiología por lo cual el tratamiento es empírico. En algunas pacientes en las cuales se reconoce la causa es por vagina corta de manera congénita, cistitis intersticial y uretritis (Berek JS,Adashi EY,Hillard PA. Ginecología de Novak. Interamericana. México. 1997 P. 385 y 424 // 2-Bazin S, Bouchard C., et al. Vulvar vestivulitis syndrome: an exploratory case-control study. Obstet Gynecol 1994; 83: 47-50)

SÍNDROME DE WERMER: Conocido con las siglas de MEN (Múltiples Endocrine Neoplasia). Consiste en dos categorías el MEN 1 y el MEN2 (2a y 2b). El MEN 2 es conocido como el síndrome de Sipple. La característica del MEN 1 es la presencia de tumor de paratiroides, islotes pancreáticos, hiperplasia pituitaria o tumor pituitario. Su prevalencia es de 0.02 – 0.2 por cada 1000 habitantes. El hiperparatiroidismo es la manifestación clínica más común y se presenta con urolitiasis, anomalías óseas y en casos severos con debilidad generalizada y disfunción cognitiva. Se diferencia de las otras causas de hiperparatiroidismo por su presentación temprana y las otras

endocrinopatias causadas por los tumores en otros sitios. Entre los tumores enteropancreáticos se encuentran los gastrinomas, insulinomas y glucagonomas, que en algunos casos pueden ser de origen maligno. A nivel pituitario los prolactinomas son los más comunes. También pueden localizarse en otros órganos aparte de los anteriormente mencionados, son tumores de tipo carcinoide y en las mujeres el sitio más común de estas zonas atípicas es el pulmón[vii]. // Es un trastorno hereditario poco común que afecta las glándulas endocrinas, asociado con la presencia de tumores en la glándulas tiroides, paratiroides, hipófisis, suprarrenales y páncreas. Se considera que la entidad es secundaria a una cantidad mayor de tejido glandular con la posterior formación de una tumoración. Estas lesiones neoplásicas usualmente son benignas y funcionales, con aumento en la síntesis hormonal respectiva. La condición también se conoce como Adenomatosis Endocrina Múltiple. La etiología corresponde a un defecto en el gen RET localizado en el brazo largo del cromosoma 11, que genera la aparición de múltiples tumores; la enfermedad es hereditaria, puede ocurrir a cualquier edad y afecta en igual proporción a hombres y mujeres. La incidencia se encuentra en 2 por cada 100.000 individuos. Las manifestaciones son múltiples de acuerdo a la glándula comprometida. El tratamiento consiste en extirpación quirúrgica de la glándula afectada o manejo médico para disminuir síntesis hormonal. (Agarwal, SK, Lee Burns, A, Sukhodolets, KE, et al. Molecular pathology of the MEN1 gene. Ann N Y Acad Sci 2004; 1014:189) Sinónimos: Adenomatosis Endocrina Múltiple, Neoplasia Endocrina Múltiple tipo 1.

SÍNDROME DE WIEDEMANN II: Es un síndrome congénito caracterizado por una amplia variedad de malformaciones, caracterizado por asimetrías de las manos y de los pies, hemihipertrofia de un lado de la cara, engrosamiento de la piel, masas de tejidos subcutáneos, nevos epidérmicos y macrodactilia. Durante los primeros años de la vida se observa un crecmiento acelerado, con anormalidades pulmonares y viscerales, lipomatosis pélvica, escoliosis, cifosis, atrofia muscular y convulsiones. La etiología es desconocida. Afecta a ambos sexos por igual y no muestra preferencias raciales o étnicas. (Forfar, JO, Nelson, MM. Epidemiology of drugs taken by pregnant women: drugs that may

affect the fetus adversely. Clin Pharmacol Ther 2003; 24:632).

SÍNDROME DE WIEDEMANN-BECKWITH-COOMBS: Corresponde a una entidad congénita caracterizada por un gran tamaño de las adrenales que aparece lobuladas. Los síntomas más importantes son gigantismo, macroglosia y malformaciones umbilicales, hepato y esplenomegalia, hiperplasia de las adrenales y de los riñones, anomalías congénitas del tracto urinario, ligera microencefalia, convulsiones clónicas y a menudo onfalocele. En algunos pacientes se desarrolla hemihipertrofia con un mayor riesgo de aparición de un carcinoma adrenal. También son frecuentes en estos sujetos, tumores de Wilm y otros neoplasmas abdominales. En algunos casos se puede observar retraso mental. (Maher ER, Reik W. Beckwith-Wiedemann syndrome: imprinting in clusters revisited. J Clin Invest 2000 Feb; 105 (3): 247-52).

SÍNDROME DE WIEDEMANN-LENZ: Corresponde a la embriopatía que ocurre en los hijos de madres tratadas con talidomida. Se caracteriza por graves malformaciones de las extremidades. Las malformaciones dependen del momento de la gestación en el que se administre el medicamente, siendo más crítico durante los días 37 a 50 de la gestación. Usualmente se afectan las extremidades superiores en forma bilateral; las alteraciones varían desde la amelia hasta anomalías únicamente de los pulgares. Otras alteraciones incluyen alteraciones craneales, hidrocefalia, meningocele, macroftalmia o anoftalmia, fisura palatina, hemangiomas faciales, alteraciones cardiovasculares y malformaciones en tracto genito-urinario y gastrointestinal. // **2.** Malformación embriopatica asociada al consumo materno de Talidomida. Consiste en dismorfia craneofacial dada por ojos prominentes con relativa hipoplasia infraorbital, *nevus flammens.* Capilar en frente y párpados, cresta metópica, fontanelas grandes, occipucio prominente, maloclusión con tendencia al prognatismo mandibular. Pliegues lineales característicos en el lóbulo de las orejas. Desde el punto de vista clínico este síndrome se caracteriza por: macrosomía con grandes masas musculares y tejido subcutáneo grueso, macroglosia y onfalocele. Riñones grandes con displasia medular renal, hiperplasia pancreática con exceso de islotes, citomegalia

adrenocortical fetal que es un hecho consistente. Hiperplasia celular intersticial de las gónadas y anfofílica de la pituitaria. Otras malformaciones: eventración diafragmática posterior, cardiomegalia, hepatomegalia, microcefalia ligera, hemihipertrofia, tumor de Wilms, hepatoblastoma, clitorimegalia, ovarios grandes, útero hiperplásico y bicórneo, hamartoma cardiaco. Inmunodeficiencia. Retardo mental moderado, ligero o inteligencia normal. La historia natural de la enfermedad puede comenzar por hidramnios y alta incidencia de prematuridad, el peso medio al nacimiento es de 4 Kg. y la longitud de 52,6 cm. Hay dificultad de adaptación neonatal, puede ocurrir apnea, cianosis y convulsiones, la lengua grande ocluye el tracto respiratorio y dificulta la alimentación. La hipoglucemia responde a tratamientos con análogos de la hidrocortisona y se requiere sólo 1 a 4 meses. (Maziri, M. e*t al*.: "Abnormality of chromosome 11 in patients with features of Beckwith-Wiedemann syndrome". J. Pediatr., 102:873-975, 1983). Sinónimo: Embriopatía por Talidomida:

SÍNDROME DE WIEDEMANN-RAUTENSTRAUCH: Es un síndrome congénito caracterizado por un retraso en el crecimiento intrauterino, bajo peso al nacer, estatura corta, suturas craneanas abiertas, aspecto similar al observado en la progeria, hipotonia, pseudohidrocéfalo, lipoatrofía y retraso mental. La cara tiene forma triangular, se presentan escasos cabellos, ojos y orejas mal posicionadas, cejas poco pobladas, hipoplasia de los huesos de la cara, venas del cuero cabelludo prominentes, micromaxilar, nariz picuda, prognatismo y lipodistrofia subcutánea. Los niños afectados usualmente fallecen antes de los 6 años. Se considera un trastorno de caracter autosómico recesivo. (Pardo, R. Progeria. Rev Chil Pediatr. 73 (1): 5-8)

SÍNDROME DE WINTER-KOHN-MELLMANN-WAGNER: Síndrome congénito que consiste en hipoplasia o aplasia renal, anomalías en genitales internos, especialmente atresia de vagina y anomalías en la cadena de huesecillos del oído medio. Abreo K, Steele TH (1982) Simultaneous medullary sponge and adult polycystic kidney disease. Arch Intern Med 142:163–165).

SÍNDROME DE YOUSSEF: 1. Conjunto de signos y síntomas causados por una fístula vesicouterina consecuente a una lesión de la pared supraístmica

del útero durante la cesárea. Tien este nombre en honor al ginecólogo egipcio Abdel Fattah Youssef. Los síntomas se dan unas semanas luego de la cesárea, hematuria cíclicas periódicas sin otras molestias, por regla general ninguna incontinencia urinaria. Su diagnóstico es con radiografía de la fístula vesicouterina, mediante instilación de opacificante en la cavidad uterina. // **2.** Corresponde a una entidad caracterizada por la presencia de una fístula vésico-uterina que afecta al istmo, amenorrea y antecedente de cesárea. Se considera consecuencia de la intervención cesárea y se caracteriza por la presencia de hematurias periódicas que coinciden con la menstruación. Este tipo de fístulas corresponden al 1 al 4% de todas las fístulas génito-urinarias. Los mecanismos implicados en el desarrollo del defecto incluyen la lesión directa de la vejiga durante el procedimiento, necrosis secundaria a la presión de la cabeza fetal sobre las paredes vesicales, infección, formación de hematomas. El orificio uterino suele ser ístmico o cervical y de manera menos frecuente, se sitúa en el cuerpo uterino; el orifico vesical se localizas por detrás del trígono. Clínicamente puede cursar con tres variantes: fístulas con incontinencia urinaria, fístulas con hematuria cíclica asociada a amenorrea o combinación de las situaciones anteriores. El tratamiento consiste en corrección quirúrgica del defecto. (Ramos, M. Fístula vésico-uterina, una rara complicación del parto por cesárea. Actas Urol Esp. 2003; 27 (3): 244 – 247). // Este síndrome se caracteriza por hematurias cíclicas, ausencia de hemorragia vaginal durante la menstruación y a veces incontinencia urinaria. Se debe a una comunicación entre el útero y la vejiga después de intervenciones quirúrgicas, en cesáreas bajas, por ejemplo, con las características de que la lesión es de tipo valvular, pasando sangre del útero a la vejiga, pero no a la inversa. (Medeiros, A. de S., et al.: “Youssef’s syndrome”. J. Urol., 109: 828, 1973).

ÍNDROME DEL FETO EVANESCENTE: Síndrome en el cual uno de los fetos gemelos desaparece del útero durante el embarazo, dando como resultado un embarazo normal y monocigoto. Esto ocurre generalmente durante el primer trimestre, y el tejido fetal es absorbido por el otro feto, por la placenta o por la madre, dando así la sensación de que se desvanece. Sin embargo, puede

darse el caso de que exista un sangrado vaginal, como un aborto común. Recientemente se asegura que después de la semana 20, el feto sobreviviente tiene un riesgo mayor de parálisis cerebral o retardo mental, así como la muerte asincrónica puede elevar el peligro si los gemelos son monocigoticos y comparten alguna conexión vascular[viii].// Corresponde a la muerte de un feto en un embarazo gemelar, que se presenta en el primer trimestre de embarazo. La pérdida temprana de un gemelo no afecta en forma significativa al gemelo sobreviviente, de tal forma que el embarazo continúa con un feto único. Este síndrome es más frecuente en los embarazos gemelares monocoriónicos comparados con los embarazos gemelares bicoriónicos. Los estudios en los cuales se evaluaron embarazos con ecografía en el primer trimestre han mostrado que un gemelo se pierde o desaparece antes del segundo trimestre en el 21% al 63% de las concepciones gemelares espontáneas. Las manifestaciones clínicas incluyen sangrado genital espontáneo en el primer trimestre que podrían ser considerados amenazas de aborto pero que en realidad son abortos reales de un embrión, mientras que el otro continúa su crecimiento y desarrollo. (McClure, EM, Nalubamba-Phiri, M, Goldenberg, RL. Stillbirth in developing countries. Int J Gynaecol Obstet 2006; 94:82.// 2- Newton R, Casabonne D, Johnson A, Pharoah P. A case-control study of vanishing twin as a risk factor for cerebral palsy. Twin Res. 2003 Apr;6(2):83-4

SÍNDROME DEL FOLÍCULO LUTEINIZADO Y NO ROTO: Corresponde a un tipo de disfunción ovulatoria en presencia de ciclos menstruales regulares. se caracteriza por la presencia de folículos pre-ovulatorios que no responden al pico de LH para la extrusión ovocitaria y por lo tanto, genera anovulación. Es una entidad de etiología desconocida, sin embargo, se ha asociado a endometriosis y esterilidad de causa desconocida. Esta condición se puede presentar hasta en el 4.9% de los ciclos espontáneos en la población general, pero sólo el 9% de estas pacientes, se repite en un segundo ciclo lo que establece el criterio diagnóstico del síndrome. Se considera que esta entidad representa una descarga inadecuada de LH y por lo tanto, el tratamiento plantea la inducción de la extrusión ovocitaria en forma exógena, empleando

hCG (gonadotropina coriónica humana). (Groff, AA, Covington, SN, Halverson, LR, et al. Assessing the emotional needs of women with spontaneous premature ovarian failure. Fertil Steril 2005; 83:1734).

SÍNDROME DEL OVARIO REFRACTARIO: Este trastorno de la función ovárica se caracteriza por la incapacidad de lograr un embarazo y por la insuficiencia de estrógenos debido a que estas pacientes carecen de receptores de la LH y de la FSH a nivel del ovario. En este raro síndrome, los ovarios tienen aspecto normal en la laparoscopia y la ecografía o la biopsia revelan numerosos folículos primordiales no estimulados hormonalmente. Más aún, muchas de estas mujeres pueden ser hipergonadotrópicas. Una manera de confirmar el diagnóstico es mediante la administración de gonadotropinas exógenas para descartar la posibilidad de que en realidad el problema sea que la LH y FSH de la paciente sean inactivas biológicamente. (Rodriguez Rodriguez, S; Castillo Castorena, L. E; Orta Garcia, H; Rodriguez Jurado, P. Sindrome de ovario refractario. Informe de tres casos. Ginecol. obstet. Méx;50(297):11-4, 1982).

SÍNDROME FEBRIL POST-OPERATORIO: Temperatura igual o mayor a 38º C que se presenta durante un periodo de 48 horas ó más en el postoperatorio e indica la presencia de una colección sanguínea o de un foco séptico a localizar. (Rybak, Eli A. MD, MPH 1; Polotsky, Alex J. MD, MS 1; Woreta, Tinsay MD 4; Hailpern, Susan M. DrPH, MS 2; Bristow, Robert E. MD 3 Explained Compared With Unexplained Fever in Postoperative Myomectomy and Hysterectomy Patients. Obstetrics & Gynecology. 111(5):1137-1142, May 2008).

SÍNDROME GÉNITO-OLFATORIO: Ver Síndrome de Morsier.

SÍNDROME HELLP*(sigla del inglés Hemolisis Enzimes Low Platelets): H(Hemólisis), EL (Enzimas Hepáticas Elevadas) y LP (Plaquetas bajas). Este síndrome, descrito por Weinstein en 1982, es una forma severa de preeclampsia que lleva implícito, Hipertensión Arterial, Disfunción Renal y Hemólisis Microangiopática.//* Síndrome caracterizado por la presencia de hemólisis establecida por la documentación de anemia hemolítica

microangiopática en extendido de sangre periférica o evidencia de elevación de LDH > 600 mg/dl o niveles de bilirrubina total > 1.2 + elevación de enzimas hepáticas ASAT > 70 U/L + recuento de plaquetas < 150.000 cél/mm^3. Es un síndrome que ha sido asociado a preeclampsia durante muchas décadas aunque se puede presentar Síndrome Hellp sin documentación de Preeclampsia. La mayoría de las pacientes experimentan dolor en cuadrante superior derecho o epigástrico, náuseas, vómito, cefalea en aproximadamente el 30-90% de los casos. La mayoría de las pacientes desarrollan hipertensión y el 50% de ellas desarrollan hipertensión leve. La mayoría de las pacientes presentan proteinuria, aunque se ha reportado ausente en el 15% de los casos. El Síndrome Hellp está asociado con incremento del riesgo de resultados adversos tanto para la madre como para el feto. La patogénesis de esta entidad no está bien dilucidada parece que todo se debe a una adhesividad molecular al endotelio vascular por activación neutrofílica a nivel placentario. Se encuentran alteraciones en la actividad del factor reológico sanguíneo, así como activación en la cascada enzimática de la coagulación y una fuerte disfunción endotelial como ocurre en la preclampsia-eclampsia. Se ha podido determinar además una movilización anormal y deposito de colesterol y triglicéridos a nivel vascular que podrían empeorar el cuadro. Laboratorio: Hemograma: Hay una anemia hemolítica aguda con presencia de blastos puede haber presencia de leucocitosis con desviación izquierda. Lámina Periférica: Hay hipocromía, anisocitosis, target cells , fragmentocitos y otras alteraciones. Creatinina y Urea: Suelen estar elevadas en 20 % de los casos como elementos de fallo renal agudo. Bilirrubina: Elevada a expensas de la indirecta como sinónimo de la presencia de un proceso hemolítico. Enzimas: Constituyen uno de los elementos hemoquímicos a tener en cuenta y parte inseparable del síndrome: TGO: Muy elevada > 70 U/l. , LDH : >600 U/l Determina la fragmentación de eritrocitos. Lipidograma: Colesterol(CH), triglicéridos(TGs), apolipoproteinas: de alta(HDL), media(IDL), baja(VLDL); se encuentran incrementadas principalmente el Colesterol sérico. Calcio Sérico: disminuido. Conteo de plaquetas: Hay trombocitopenia <$100x10^3/mm^3$ con prolongación del tiempo de sangría. Puede existir reducción de la Antrombina III. Parcial de Orina:

suele haber proteinuria así como hipercalciuria con depósitos de sales. Estudios Imagenológicos: Se recomienda realizar T.A.C pudiéndose hallar en los casos más graves presencia de infarto hepático y derrames serosos. La ecografía hepática puede mostrar derrame periférico y aumento de la ecogenicidad del órgano. En resto de los estudios Imagenológicos son de menos importancia o relevancia.(Westein L. Syndrome of hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelet count: a severe consequence of hypertension in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1982; 142: 159-67. // 2-Sibai, B. Diagnosis, controversies and Management of Syndrome of Hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelet count. Clinic Obstetric and Gynecology. 2004. 103 (5): 981 – 991).

SÍNDROME HELLP CLASE I: Cuando el conteo de las plaquetas es menor de 50.000/ml. Martin JN Jr, Blake PG, Lowry SL, et al. Pregnancy complicated by preeclampsia-eclampsia with syndrome of hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelet count. How rapid is postpartum recovery? *Obstet Gynecol* 1990; 76: 737-41.

SÍNDROME HELLP CLASE II: Cuando el conteo de las plaquetas está entre 50.000 y 100.000/ml. Martin JN Jr, Blake PG, Lowry SL, et al. Pregnancy complicated by preeclampsia-eclampsia with syndrome of hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelet count. How rapid is postpartum recovery? *Obstet Gynecol* 1990; 76: 737-41.

SÍNDROME HELLP CLASE III: Cuando el conteo de las plaquetas es mayor a 100.000 pero menor de 150.000/ml. Martin JN Jr, Blake PG, Lowry SL, et al. Pregnancy complicated by preeclampsia-eclampsia with syndrome of hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelet count. How rapid is postpartum recovery? *Obstet Gynecol* 1990; 76: 737-41.

SÍNDROME HELLP INCOMPLETO: Aquel en el cual hace falta uno de los componentes de la triada. Martin JN Jr, Blake PG, Lowry SL, et al. Pregnancy complicated by preeclampsia-eclampsia with syndrome of hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelet count. How rapid is postpartum recovery? *Obstet Gynecol* 1990; 76: 737-41.

SÍNDROME HEPATO-GENITAL: Síndrome caracterizado por la presencia de pubertad precoz a causa de un tumor hepático productor de hormonas.

SÍNDROME HEPATO-OVÁRICO: Masson y Theriault y Garneu y Cabanne describieron celulas parecidas a hepatocitos en el cistadenocarcinoma mucinoso ovárico y en el cistadenoma mucinoso respectivamente. Mas recientemente, se han encontrado celulas similares en tumores germinales, particularmente los tumores de saco vitelino hepatoides. También se han reportado casos de tumores de celulas de la granulosa asociados a diferenciacion hepática con estudios de inmunohistoquimica confirmatorios. Ahmed, Essam M.D.; Young, Robert H. M.D.; Scully, Robert E. M.D. Adult Granulosa Cell Tumor of the Ovary With Foci of Hepatic Cell Differentiation: A Report of Four Cases and Comparison With Two Cases of Granulosa Cell Tumor With Leydig Cells. American Journal of Surgical Pathology. 23(9):1089, September 1999.

SÍNDROME LEOPARD: Corresponde a una entidad hereditaria poco frecuente que se caracteriza por alteraciones en la piel, alteraciones en la estructura y función cardiaca, alteración del oído interno, defectos craneofaciales y trastornos genitales. LEOPARD es la sigla de las diferentes alteraciones que se presentan: L de lentigos, con múltiples manchas negras o marrones en la piel; E, defectos en la conducción electrocardiográfica con alteración de la actividad eléctrica y contractilidad cardiaca; O, de hipertelorismo ocular; P, de estenosis pulmonar con obstrucción a la salida del ventrículo derecho; A, de alteraciones genitales; R, de retraso del crecimiento, con talla baja; D, de sordera, por disfunción del oído interno, es decir, sordera neurosensorial. La entidad puede presentarse en forma aislada o heredarse en forma autosómica dominante, con alta penetración y expresividad variable. El acróstico LEOPARD fue introducido por Gorlin y col en 1969 y permite memorizar las afecciones sistémicas que se presentan en el síndrome. El manejo se debe realizar por un equipo multidisciplinario integrado por cardiólogo, neuropediatra, dermatólogo, oftalmólogo, ortopedista, odontólogo y pediatra general. // **2.** Es un desorden autosómicos dominante cuyas características incluyen: múltiples léntigos, manchas café con leche,

anormalidades en la conducción electrografica, hipertelorismo ocular, cardiomiopatía obstructiva, estenosis pulmonar, genitales anormales masculinos, retardo en el crecimiento y sordera. Los pacientes no necesariamente presentan todas las características clínicas al principio y se pueden ir desarrollando hasta la pubertad. Se ha visto asociado a una mutación sin sentido en el PTPN11, un gen de codifica la proteína tirosin fosfatasa SHP – 2 localizada en el cromosoma 12q22. Su diagnostico puede ser clínico. (Galvan, O. Síndrome de lentiginosis múltiple. Arch Pediatr Urug. 2004; 75 (4): 316 – 319)// Sinónimos: : Síndrome de Lentiginosis Múltiple, Síndrome de Moynaham.

SÍNDROME PREMENSTRUAL (SPM): Aunque no hay una definición aceptada universalmente, se considera el SPM como un conjunto de trastornos físicos y psicológicos, no reunidos todos en la misma paciente. Los síntomas que se presentan con mayor frecuencia son dolor e inflamación de los senos, dolores musculares, cólicos, cefalea, dolor pélvico y malestar general, acompañados de alteraciones psicológicas que en su conjunto constituyen el llamado Trastorno Disfórico Premenstrual. Para que se conforme el SPM se requieren dos componentes: temporalidad y severidad. Temporalidad porque los malestares descritos empiezan después de la ovulación y terminan al inicio de la menstruación o en los tres días siguientes. Una paciente que tiene estos síntomas durante todo el ciclo menstrual no tiene SPM. El segundo componente es la severidad: los síntomas del SPM son lo suficientemente severos que causan molestias que interfieren las actividades diarias de la mujer. Rapkin, Andrea J a; Mikacich, Judith A a,b Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder in adolescents. Current Opinion in Obstetrics & Gynecology. 20(5):455-463, October 2008.

SÍNDROME URETRAL: Es un complejo sintomático consistente en disuria, micción frecuente y necesidad urgente de orinar, malestar suprapúbico y a menudo dispareunia, en ausencia de anomalías de la uretra o de la vejiga. No está clara la etiología pero se atribuye a infección subclínica, obstrucción uretral y a factores psicógenos y alérgicos . (Berek JS,Adashi EY,Hillard PA. Ginecología de Novak. Interamericana. México. 1997 p 219)

Sinónimo: Síndrome de Allen-Masters

SINFISIOTOMIA: Separación de la sínfisis púbica para permitir la desimpactación del hombro anterior en casos de distocia de hombros. Es una técnica que ha sido aplicada con éxito desde 1986. Goodwin y col (1997) comunicaron tres casos de sinfisiotomía después del fracaso de la maniobra de Zavanelli en los cuales los tres fetos murieron y hubo morbilidad materna significativa asociada a lesión del tracto urinario. (Cunningham, FG. Gant, NF. Leven, K. Gilstrap, L. Hauth., J. Wenstrom K. Distocia: Presentación, Posición y Desarrollo Anormales del feto. Williams Obstetricia. 21° edición. Montevideo, Uruguay: Editorial Panamericana. 2001: 390 - 402)

SÍNFISIS PUBIANA: Es una articulación fibrocartilaginosa que se forma al unirse los dos cuerpos de los huesos del pubis en la línea media. Tiene algo de flexibilidad ,aspecto de gran importancia durante el descenso del feto en el trabajo de parto. (Berek JS,Adashi EY,Hillard PA. Ginecología de Novak. Interamericana. México. 1997 ,p73)

SINMASTIA: 1.Unión estrecha de las dos mamas en la línea media. 2- Variante anatómica en la cual las dos mamas están unidas en la línea media, sin dejar el usual espacio entre ellas a nivel de la región esternal. 3. Complicación tardía de la cirugía plástica mamaria en la cual las dos prótesis se desplazan en línea media y se ponen en contacto a nivel de la línea esternal.

SÍNTOMAS: Son las molestias o sensaciones subjetivas que experimenta el pacien te. Por lo tanto no son perceptibles por el médico. Por ejemplo la cefalea, el dolor epigástrico, la visión borrosa y el malestar general que son propios de la preeclampsia severa.

SINUSORRAGIA: Lat, Sinus, cavidad y del gr, Regnýnai, reventar. ***//*** **1.** Sangrado genital asociado al coito. // **2.** Sangrado genital, proveniente del cérvix o del endometrio, que ocurre durante o inmediatamente después del coito. (Hatasaka, H. The evaluation of Abnormal Uterine Bleeding. Clin Obstet Gynecol. 2005; 48: 258-273)

SIRENOMELIA: Síndrome en el cual la formación de mesodermo es insuficiente en la región más caudal del embrión, por tanto los individuos afectados presentan un espectro variable de defectos que incluyen hipoplasia y fusión de los miembros inferiores, anomalías vertebrales, agenesia renal, ano imperforado y anomalías de los órganos genitales. En el ser humano esta malformación se asocia con diabetes materna y otras causas. Su génesis se ubica en la tercera semana del desarrollo. (Pedro Pinto Núñez. Malformaciones congénitas. Editorial Universidad del Norte, Barranquilla Colombia,1998. Pag 31)

SIRINGOCISTOADENOMA PAPILÍFERO: Corresponde a un tumor benigno de las glándulas sudoríparas apocrinas. Es un tumor congénito que se localiza fundamentalmente en cuero cabelludo y cara, aunque también se han descrito casos localizados en tronco, genitales y región inguinal. Usualmente se presenta en la pubertad, localizado sobre un nevus sebáceo y/o epidérmico. En los primeros años de vida se manifiesta como una placa formada por pequeñas pápulas; en la adolescencia aumenta de tamaño, presentándose como un cráter central de superficie costrosa. El diagnóstico es histopatológico en el cual se encuentra una invaginación epitelial quística originada en la epidermis ocupada por proyecciones papilares recubiertas por células apocrinas. En la periferia de la lesión se disponen células mioepiteliales características de los tumores de origen apocrino. Adicionalmente se presentan múltiples células plasmáticas en el estroma. El tratamiento es quirúrgico. (Winkelman, R. Muller, S. Sweat Gland Tumors. Arc Derm. 2002; 89: 827-831).

SIRINGOMA: Corresponde a un tumor benigno de las glándulas sudoríparas ecrinas. Se caracteriza por lesiones populares, generalmente múltiples, de color amarillento, recubiertas por piel normal. Afecta principalmente a mujeres a partir de la pubertad. Las lesiones se localizan usualmente en párpados y mejillas, aunque también pueden aparecer en abdomen, axila y vulva. Se presenta en el 20% de las mujeres con síndrome de Down. El estudio histopatológico documenta múltiples formaciones ductales, en el espesor de un estroma fibroso, limitadas por dos capas de células epiteliales con cordones epiteliales dispuestos en la periferia con forma de “cola de renacuajo”. El tratamiento consiste en electrocoagulación, crioterapia o resección con bisturí

frío; en la actualidad se está empleando láser de CO2 ultrapulsado. (Villalón, G. Monteagudo, C. Siringoma: revisión clínica e histológica de 8 casos. 2006; 97: 573-577)

SITUACION FETAL: Es la relación que guardan el eje mayor del feto con el eje mayor de la madre. Puede ser longitudinal, transversa y oblícua. El mayor eje es el que va desde la cabeza hasta los pies. Si el feto está colocado de tal forma que su eje mayor coincide con el eje mayor de la madre, se dice que está en situación longitudinal. Tanto la presentación cefálica como la presentación de pelvis son variedades de situación longitudinal. Las situaciones longitudinales se presentan en más del 99% de los trabajos de parto de término. La situación longitudinal con presentación cefálica son las más frecuentes y las que favorecen el parto normal, pues se ajustan a la forma del canal del parto y favorecen la dilatación y borramiento del cuello y el descenso de la presentación por los estrechos de la pelvis. Si el feto está colocado de tal manera que forma un ángulo de 90° con el eje de la madre, se dice que está en situación transversa. En ocasiones los ejes longitudinales de la madre y el feto pueden cruzarse en un ángulo de 45 grados para formar una situación oblicua, la cual es anómala pues impide que la presentación del feto se introduzca en el canal del parto. (Stitely, ML. Gherman, RB. Labor with Abnormal Presentation and Position. Obstretrics and Gynecology Clinics of North America. 2005. 32: 165 – 179)

SITUACIÓN LONGITUDINAL DEL FETO: La situación es la relación que guardan el eje mayor del feto con el eje mayor de la madre. Si el feto está colocado de tal forma que su eje mayor coincide con el eje mayor de la madre, se dice que está en situación longitudinal. Tanto la presentación cefálica como la presentación de pelvis son variedades de situación longitudinal. Las situaciones longitudinales se presentan en más del 99% de los trabajos de parto de término. (Stitely, ML. Gherman, RB. Labor with Abnormal Presentation and Position. Obstretrics and Gynecology Clinics of North America. 2005. 32: 165 – 179)

SITUACIÓN OBLICUA DEL FETO: La situación es la relación que guardan el eje mayor del feto con el eje mayor de la madre. Los ejes longitudinales de la

madre y el feto pueden cruzarse en un ángulo de 45 grados, que impiden que la presentación se introduzca en el canal del parto. La situación oblicua con frecuencia es inestable y tiende a hacerse longitudinal o transversa. (Stitely, ML. Gherman, RB. Labor with Abnormal Presentation and Position. Obstretrics and Gynecology Clinics of North America. 2005. 32: 165 – 179)

SITUACIÓN TRANSVERSA DEL FETO: La situación es la relación que guardan el eje mayor del feto con el eje mayor de la madre. Si el feto está colocado de tal manera que su eje mayor forma un ángulo de 90° con el eje de la madre (como si formara un signo +), se dice que está en situación transversa, ya sea que tenga el dorso hacia delante, hacia atrás, hacia arriba o hacia abajo. Los factores que predisponen a las situaciones transversas incluyen multiparidad, placenta previa, hidramnios y anomalías uterinas. (Gemer y Segal,1994). Esta situación se presenta cuando el eje mayor del feto es perpendicular al eje mayor de la madre. En la situación transversa los hombros suelen hallarse sobre la apertura superior de la pelvis, con la cabeza apoyada en una fosa iliaca y las nalgas en la otra. (Cunningham, FG. Gant, NF. Leven, K. Gilstrap, L. Hauth., J. Wenstrom K. Distocia: Presentación, Posición y Desarrollo Anormales del feto. Williams Obstetricia. 21° edición. Montevideo, Uruguay: Editorial Panamericana. 2001: 390 - 402) // La presentación transversa se presenta en aproximadamente el 0.3% de todos los embarazos y los factores de riesgo incluyen placenta previa, multiparidad, polihidramnios, contracción pelviana, prematurez y anomalias uterinas. (Stitely, ML. Gherman, RB. Labor with Abnormal Presentation and Position. Obstretrics and Gynecology Clinics of North America. 2005. 32: 165 – 179)

SITUACION TRANVERSA DESCUIDADA: Sinónimo: Hombro abandonado. Prolapso de uno de los hombros del feto cuando persiste actividad uterina y se presenta ruptura de membranas en una situación fetal transversa. Después de cierto descenso el hombro queda detenido por los márgenes del estrecho superior de la pelvis, con la cabeza en una fosa ilíaca y las nalgas en la otra. Si el útero se sigue contrayendo en el intento de superar el obstáculo, se desarrolla un anillo de retracción patológico llegando finalmente a ruptura uterina con muerte fetal y riesgo elevado de muerte materna. (Cunningham, FG. Gant, NF. Leven, K. Gilstrap, L. Hauth., J. Wenstrom K. Distocia:

Presentación, Posición y Desarrollo Anormales del feto. Williams Obstetricia. 21° edición. Montevideo, Uruguay: Editorial Panamericana. 2001: 390 - 402)

SKENE, ALEXANDER JOHNSON CHALMERS: Médico escocés-norteamericano, uno de los pioneros de la ginecología en los Estados Unidos en la segunda mitad del siglo XIX. Nació en Aberdeen, Escocia en 1838 y murió en Nueva York a los 62 años de edad. Llegó a los 19 años a Míchigan y allí logró el título de médico. Se vinculó como profesor de ginecología del hospital de Long Island y como consultor de varios hospitales por lo cual fue uno de los ginecólogos más reconocidos de la época. Escribió varios textos y tratados de medicina y describió las glándulas que llevan su nombre (The anatomy and pathology of two important glands in the female urethra. Am. J. Obstet. Dis. Women Child, 1880). // Ver Glándulas de Skene.

SOB: Sigla de uso corriente para mencionar la salpingo-ooforectomía bilateral.

SOD: Sigla de uso corriente para mencionar la salpingo-ooforectomía derecha.

SODOMÍA: Según los estudios de los arqueólogos Graham Harris y Tony Beardow, el término sodomía provendría de la ciudad de Sodoma, en la que se describen actos sexuales que no conducían al embarazo, como la masturbación, la felación, el cunnilingus y el sexo anal.

SOI: Sigla de uso corriente para mencionar la salpingo-ooforectomía izquierda

SOLUCIÓN DE MONSEL: Es subsulfato férrico. Es el agente hemostático más común empleado posterior a biopsias del tracto genital inferior o excisión de lesiones genitales. (American Society for Colposcopy and Cervical Pathology. Practice Recommendations. Colposcopy: Indications. 2007)

SOMATOPAUSIA: Es el periodo de la vida que sigue después que se suspende el crecimiento corporal en talla. La hormona del crecimiento(GH), principal responsable del aumento de la talla corporal, disminuye un 14% en cada década de la vida, aunque nuestra una gran variabilidad a través de lols años. Por otra parte, la globulina transportadora de la hormona del crecimiento (GHBP), también disminuye en el adulto. Después de los 30 años de edad disminuyen la somatomedina C (SmC) y disminuye la respuesta anabólica de la GH. El comportamiento bioquímoco de estas dos hormonas se atenúa aún más

con la obesidad. (Gomez T Gustavo, Onatra H Wiliam, Sánchez E Fabio. Climaterio y menopausia. Edit Catorce, 2004, cali, Colombia.)

SONDA URETROVESICAL DE CORTO PLAZO: Es la cateterización de la vejiga, por vía uretral, por un tiempo menor o igual a treinta días . Este periodo de tiempo, tomado de manera convencional, se ajusta al tiempo calculado en que una paciente sea colonizada solo de manera parcial por bacterias en su tracto urinario, asumiendo que la colonización se realiza con un minimo del 3% diario pero que puede llegar al 10% al día . Esta colonización puede ocacionar solo bacteriuria o convertirse en una verdadera infección del tracto urinario . Ver estos términos.

SONDA VESICAL DE LARGO PLAZO: Es la cateterización de la vejiga, por vía uretral, por un tiempo mayor a treinta días . Este periodo de tiempo, tomado de manera convencional, se ajusta al tiempo calculado en que una paciente tiene una muy importante colonización de bacterias en su tracto urinario, asumiendo que la colonización se realiza con un mínimo del 3% diario pero que puede llegar al 10% al día . Esta colonización puede ocasionar solo bacteriuria, pero la sonda colocada por más de un mes tiene alto riesgo de convertirse en una verdadera infección del tracto urinario ,ya sea por episodios repetidos de bacteriuria, por persistencia de un germen durante todo el tiempo de la sonda o por invasión de varios tipos de cepas bacterianas (E. coli, P. aeruginosa, P. mirabilis, etc) al tracto urinario.

SONIDO: Es una onda mecánica que se propaga a través de un medio material. Presenta un esquema de onda sinusoidal y puede representarse graficando las variaciones de presión que produce en el medio en que se desplaza, es decir, una elevación de la presión inicial con un posterior descenso de la misma hasta llevar al punto de partida. La onda del sonido se propaga de manera longitudinal, es decir, en forma paralela a la vibración de las partículas. (Cafici,D. Mejides, A. Sepúlveda, W. Ultrasonografía en obstetricia y diagnóstico prenatal. Principios físicos del ultrasonido. Buenos Aires, Argentina. Ediciones Journal. 2003. p 1-15)

SONOLUCENCIA NUCAL: La sonolucencia nucal (SNu)es un edema ubicado entre la columna cervical y la piel de la nuca, que aparece usualmente a partir

de la semana 9 de gestación y permanece hasta la semana 12-16 y en algunos casos hasta la semana 20, pero el periodo ideal para detectarlo es en la semana 12 de gestación.Para la trisomía 21, la media de la SNu se encuentra alrededor de 2 mm por encima de la media en la población normal; en la trisomía 18, 4 mm por encima de la media; en la trisomía 13, 2.5 mm por encima de la media ; en la triploidía, 1.5 mm por encima de la media y en el síndrome de Turner, 7 mm por encima de la media. La SNu es una prueba que está en desarrollo epidemiológico todavía, por lo cual no hay en el año 2009 una tabla de valores absolutos que permita asociar la medida de la sonolucencia nucal (SNu), la edad gestacional y el % de riesgo para una u otra cromosomopatía. // La aparición de este engrosamiento de la piel de la nuca fetal se asocia a anomalías cromosómicas, con la siguiente frecuencia: 80% de los recién nacidos con síndrome de Down,0.06 % de los fetos normales; y en menor grado en las siguientes alteraciones cromosómicas: síndrome 13q, síndrome 48 XXXX (bastante raro), síndrome 49 XXXXY (variante del Síndrome de Klinelfelter 47 XXY), síndrome de Edwards , trisomía 47,+18 , síndrome 18p- . También se asocia a otras enfermedades sin alteración cromosómica: Síndrome de Escobar , Síndrome de Klippel-Feil , Síndrome de Zellweger. Algunos expertos recomiendan hacer la amniocentesis entre las semanas 14 y 16 pues ofrece las mejores posibilidades de obtener células fetales viables para hacer el estudio genético. En la actualidad, a la sonolucencia nucal se agregan otras pruebas ecográficas (como el estudio del hueso nasal) y bioquímicas (como el PAPP-A ,pregnancy associated plasma protein A) para mejorar el diagnóstico de los trastornos cromosómicos. Sinónimo: Traslucencia nucal. (Hewitt B. Nuchal translucency in the first trimester. Aust NZ J Obstet Gynecol 1993; 33: 389-91 // Axt-Fliedner R, Hartge D, Chiriac A, Krapp M, Berg C, Geipel A, Germer U, Gembruch U Long-Term Outcome for Children Born After a First-Trimester Measurement of Increased Nuchal Translucency with a Normal Karyotype: A Retrospective Analysis. Ultraschall Med. 2009 Jan 9.

SUCUSIÓN HIPOCRÁTICA: Latín: succusionis, sacudimiento // Hipócrates, médico griego de los siglos IV y III aJC, Padre de la Medicina // El nombre se originó en la costumbre de hacer sacudimientos de todo el cuerpo o de una

parte, en cualquier posición para detectar acumulación de líquidos corporales y de colgar a las mujeres con prolapso genital total, suspendidas de los tobillos, mediante un mecanismo que permitía sacudir a la paciente para que el órgano se ubicara en su lugar correcto // Forma de detectar la presencia de líquido en la cavidad pleural mediante sacudimientos del paciente a nivel del hombro al tiempo que se lo ausculta.. Ver Hipócrates.

SUFRIMIENTO FETAL: 1. Es la presencia de manifestaciones anormales en la frecuencia cardiaca, en la calidad del líquido amniótico, en la actividad fetal,etc como reflejo de un trastorno metabólico que pone en riesgo la integridad o la vida del feto. No existe aún un consenso de las condiciones precisas que determinan el sufrimiento fetal, lo cual implica que su interpretación está sujeta a la experiencia y pericia de quien atiende a la paciente gestante. Algunos elementos diagnósticos son aceptados de manera universal como señales de sufrimiento: la bradicardia fetal, las desaceleraciones prolongadas y la presencia de meconio espeso. Otros signos son muy circunstanciales y dependen del contexto particular de cada caso: por ejemplo la hipomotilidad del feto, la taquicardia y la disminución de los movimientos respiratorios observados en la ecografía. Esto hace que los patrones que determinan el diagnóstico de sufrimiento fetal sean amplios y vagos, lo cual les quita precisión y repetitividad a la hora de hacer comparaciones. La falta de certeza del diagnóstico de sufrimiento fetal basado en la interpretación de patrones de frecuencia cardíaca fetal ha dado origen al uso de descripciones tales como tranquilizantes o intranquilizantes. "Tranquilizante" sugiere una recuperación de la confianza dada por un patrón particular, mientras que "intranquilizante" sugiere una incapacidad para eliminar las dudas. Estos patrones durante el trabajo de parto son dinámicos, de tal modo que pueden cambiar rápidamente de tranquilizantes a intranquilizantes y viceversa. En estas situaciones, los obstetras experimentan de manera invariable oleadas de confianza y dudas. Dicho de otro modo, la mayoría de los diagnósticos de sufrimiento fetal usando los patrones de frecuencia cardíaca fetal surgen cuando los obstetras pierden la confianza o no pueden calmar sus dudas acerca de la condición fetal. Estas valoraciones fetales son juicios clínicos totalmente subjetivos inevitablemente sujetos a imperfección y deben ser reconocidos como tales.// **2.** Los criterios

diagnósticos para SFA con la FCF son los dips II persistentes, los DIP III graves y persistentes (sobre todos aquellos que muestran un retorno lento a la FCF basal, o las desaceleraciones prolongadas (las que duran al menos 2 minutos). La taquicardia puede considerarse el primer signo de SFA, cuya asociación más frecuente es con los dips II . La pérdida de meconio, debe ser considerado como signo de alarma solo cuando se asocia a modificaciones de la FCF . Los valores de pH del cuero cabelludo de 7,20 o menos deben considerarse patológicos. Si los valores son ligeramente superiores, debe repetirse la muestra, y si el pH tiene tendencia a bajar o se mantiene bajo, el diagnóstico se refuerza. Los datos del equilibrio ácido-base del cordón umbilical son más útiles para entender asfixias recientes, sobre todo las ocurridas durante el parto y su relación con problemas en la etapa neonatal .Mención aparte debe hacerse de la oximetría de pulso fetal, que mide el porcentaje de saturación de oxígeno (SPO_2). El sensor del oxímetro de pulso se coloca a través del cuello uterino después de la rotura de membrana y se aplica en el carrillo fetal. Éste método, a diferencia del monitoreo fetal electrónico que usa la FCF como reflejo del estado de oxigenación del cerebro y por lo tanto es una medida indirecta de la oxigenación fetal, tiene la capacidad de medir directamente el estado del oxígeno en tiempo real y valorar minuto a minuto la oxigenación fetal. La SPO_2 varia entre el 30 y el 70 %, usándose como valor límite una SPO_2 del 30 % para diferenciar un feto con oxigenación normal de uno hipóxico. Este umbral clínico del 30 % de SPO_2 tiene correlación con un pH bajo del cuero cabelludo (< 7,20). La utilidad de éste método radica en que existe un grupo intermedio de pacientes que muestran trazos de FCF que no son normales pero tampoco compatibles con SFA, pudiendo utilizarse la oximetría para distinguir al feto que requiere nacimiento de aquel que no, ya que en el contexto de un trazado anormal de FCF, una SPO_2 normal indica que el feto no sufre hipoxia significativa que requiera interrupción del embarazo.No se han comunicado efectos adversos con el oxímetro de pulso fetal además de las impresiones temporales en la piel. Actuelmente se hacen estudios para saber si la oximetría de pulso fetal combinada con vigilancia tradicional por FCF puede aminorar la incidencia de cesárea por sufrimiento fetal.// Schwarcz RL, Duverges CA, Díaz AG, Fescina RH. Obstetricia. 5$^{ta.}$ Edición. Buenos Aires: Editorial El Ateneo, 1995; cap. 12:477-487.// Huddleston J.F., MD. Valoración fetal intraparto. Clínicas de

Perinatología. 1999 Sep; 26(3): 549-568.// Boehm F.H., MD. Vigilancia intraparto de la frecuencia cardíaca fetal. Clínicas de Obstetricia y Ginecología. 1999 Dec; 26(4): 613-627 // Penning S., DO, Garite T.J., MD. Tratamiento del Sufrimiento Fetal. Clínicas de Obstetricia y Ginecología. 1999 Jun; 26(2): 259-274.

SUPERSONIDOS: 1. Corresponde a los sonidos que se encuentran por encima de 100 MegaHertz (100 millones de ondas por cada segundo) en el espectro electromagnético. // **2.** Los supersonidos se encuentran en el rango de la Muy Alta Frecuencia (Very high frequency ó VHF) que va de los 30 MHz a los 300 MHz del espectro electromagnético. // Por encima de los supersonidos están los sonidos de Ultra Alta Frecuencia (Ultra-high frequency (UHF), que va de 300MHz a 3 GHz. La VHF y la UHF se utilizan en la transmisión de imágenes y sonidos en la televisión(500 a 900 MHz), radiodifusión en frecuencia modulada, banda aérea, la telefonía móvil(900 a 1800 MHz) y transmisión desde los satélites. Entre más alta sea la frecuencia, menor la distancia a la cual se percibe la señal de buena calidad(Azimi, F. Bryan, P. Ultrasonography in obstetrics and gynecology: historial notes, basic principles, safety considerations, and practical applications. Crit Rev Clin Radiol Nucl Med. 2000. 8 (2): 153-253)

SURFACTANTE PULMONAR: Es una sustancia que se produce en el interior de los alvéolos pulmonares y que al salir por secreción merocrina de los neumocitos tipo II (ó células epiteliales alveolares de tipo II) se deposita sobre la superficie alveolar como una película que disminuye la tensión superficial en la interfase entre el epitelio alveolar y el aire y por lo tanto disminuye entre 2 y 10 veces la fuerza de atracción de las paredes de estas cavidades pegadas entre sí. La tensión superficial es una fuerza de atracción de las moléculas una con otra en la superficie del agua donde se pone en interfase con el aire;esta fuerza trata de contraer las moléculas entre sí ,fenómeno que evita por ejemplo la disgregación de las moléculas de una gota de lluvia. En la superficie de los alvéolos ocurre igual fenómeno cuando no hay surfactante. La composición aproximada del surfactante pulmonar es: 85% lìpidos,13% proteínas y 2% entre carbohidratos y ácidos nucléicos. Los lípidos se componen principalmente de lecitina,fosfatidilglicerol y otros fosfolípidos menores. Desde el punto de vista

de la fisiología de la ventilación las sustancias más importantes son el fosfolípido dipalmitoil-fosfatidil-colina,las apoproteínas y los iones de calcio. Las apoproteínas y el calcio cumplen una función facililitadora y aceleradora de la distribución de la dipalmitoil-fosfatidil-colina(el verdadero agente tensioactivo) sobre la superficie de los alvéolos . El efecto tensioactivo facilita la entrada de aire,el intercambio gaseoso y evita la atelectasia pulmonar (colapso de los alvéolos). Cuando el feto nace prematuramente no tiene suficiente surfactante pulmonar por lo cual puede hacer síndrome de membrana hialina. .

SUTURA COMPRESIVA DE B-LYNCH: 1. Técnica propuesta por el Dr Christopher B-Lynch, Gineco-obstetra consultante del Milton Keynes General Hospital NHS Trust, de Oxford, Inglaterra, que abraza el útero para comprimirlos y suspende el sangrado, cuando hay atonía que no responde al tratamiento farmacológico.(Adeyemi Coker.The B-Lynch surgical technique for the control of massive postpartum haemorrhage: an alternative to hysterectomy? Five cases reported. British Journal of Obstetrics and Gynaecology March 1997, Vol. 104, pp.372—375) // **2.** Es una técnica que utiliza una sutura de Vicryl No. 1, con el cual se colocan puntos que envuelven parcialmente al útero, superficialmente en todos los ejes, como si se intentara formarle una caparazón. La disposición de la sutura debe comprimir el mayor volumen posible de útero, cuando se ha producido una hemorragia por atonía post-parto o post-cesárea. Por la manera como se comprime el útero, tiene riesgo de hacer hipoperfusión y aún de hacer necrosis. (Wendy L. Nelson, MD ,John M. O'Brien, MD. The uterine sandwich for persistent uterine atony: combining the B-Lynch compression suture and an intrauterine Bakri balloon. American Journal of Obstetrics and Gynecology - Volume 196, Issue 5 -May 2007-) Sinónimo: Puntos de B-Lynch.

SUTURAS ESPECIALES EN GINECO-OBSTETRICIA: Las más usadas son: 1-Cervix-set (Dagrofil). Esta sutura está especilamente diseñada para la incompetencia del cuello uterino. Viene en forma de cinta de 50 cm,anchura 0,5 cm y dos agujas HRN 65. También viene en presentación de 3 tipos de suturas verdes con aguja HRN 45,HRN 65 y HRT 48. 2-Poliéster cinta(Poliéster) también diseñada apara cerclaje del cuello. 3-Lyodura□. Es una cinta elaborada con duramadre cerebral humana liofilizada y esterilizada mediante

irradiación con rayos gamma. Esta sutura se coloca en forma de hamaca por debajo de la uretra para corregir la incontinencia urinaria en pacientes especiales en las cuales hay que recostruir el diafragma pélvico. Después de su implantación se convierte en tejido conjuntivo autógeno. La estructura tridimencional del colágeno proporciona una alta resistencia al desgarro en todas las direcciones. 4-Ventrofil. Es una sutura de acero recubierto de plástico,utilizada para cierre de laparotomías en los casos mencionados en el numeral 1c.

SUTURAS MÁS UTILIZADAS EN GINECOLOGÍA: Se muestran en la tabla que está a continuación:

SUTURAS QUIRÚRGICAS ABSORBIBLES: Corresponde a suturas de cirugía que mantienen la aproximación del tejido en forma temporal y terminan siendo digeridas por enzimas o hidrolizadas por los fluidos tisulares. Pueden de tipo monofilamento cuando se componen de un solo hilo o multifilamento cuando presentan varios hilos trenzados. Estas suturas se preparan a partir de colágeno derivado de mamíferos sanos constituyendo las suturas absorbibles orgánicas o naturales o pueden ser polímeros sintéticos. Algunos materiales se absorben en forma rápida mientras que otros son tratados o químicamente estructuradas para prolongar el tiempo de absorción. Es importante tener en cuenta que la fuerza tensil y la velocidad de absorción de la sutura son elementos diferentes; una sutura puede perder rápidamente su fuerza tensil en el tejido pero es absorbida muy lentamente, por el contrario, puede retener su fuerza tensil durante el tiempo necesario para lograr la cicatrización y luego ser absorbida rápidamente. (Bennet, RG. Selection of wound clousure materials. J Am Acad Dermatol. 2004; 68: 742)

SUTURAS QUIRÚRGICAS NO ABSORBIBLES: Corresponde a suturas quirúrgicas que no son digeridas o hidrolizadas por los tejidos. Son de carácter permanente y pueden ser monofilamento, es decir, compuestas de un solo hilo, o multifilamento o compuestas por varios hilos trenzados. Pueden ser diseñadas a partir de fibras orgánicas o filamentos sintéticos. Se caracterizan por su alta resistencia y baja capilaridad. Pueden ser incoloras o teñidas y se presentan en hilos finos utilizados en cierres de contención. (Bennet, RG.

Selection of wound clousure materials. J Am Acad Dermatol. 2004; 68).

SUTURAS QUIRÚRGICAS: Corresponde a hilos de diferente material empleados para ligar vasos sanguíneos o aproximar tejidos. La evolución del material ha llegado a un grado de refinamiento tal que en este momento existen suturas específicas para un procedimiento quirúrgico. Las propiedades de las suturas quirúrgicas incluyen: fuerza tensil alta y uniforme, diámetro suave uniforme a lo largo de la sutura, flexibilidad, aceptación óptima del tejido, libre de sustancias irritantes o impurezas, comportamiento biológico predecible. De acuerdo a las propiedades específicas de los materiales de suturas quirúrgicas, se clasifican en suturas absorbibles y no absorbibles. (Bennet, RG. Selection of wound clousure materials. J Am Acad Dermatol. 2004; 68: 742)

SWIM-UP: Corresponde a una técnica de capacitación espermática realizada en el laboratorio, como parte del proceso de preparación del semen en las técnicas de reproducción asistida. Esta técnica se fundamenta en el principio d que solamente los espermatozoides móviles serán capaces de ascender al sobrenadante. Los pasos de la técnica son: lavado del eyaculado con medio en relación 1:1 y posterior centrifugación durante 10 mintuos, posteriormente se decanta el sobrenadante, dejando únicamente el poso formado; se añade medio de cultivo de pellet 0.3 a 0.5 ml resbalando por las paredes del tubo; se deja el tubo en el incubador durante 45 minutos con una inclinación de 45º y a 37º de temperatura; se recupera el sobrenadante donde se van a encontrar los espermatozoides móviles; por último, se prepara la cánula para la inseminación. (Gorus, F. A rapid method for the fraction of human spermatozoa acording to their progresive motility. Feril Steril. 2000; 85: 663)



TABIQUE RECTO-VAGINAL: (Septum recto-vaginale) Corresponde a la pared que separa la vagina del recto. Es un sitio común de extensión de neoplasias malignas del tracto genital femenino, principalmente el cáncer de cervix, con posterior compromiso de la mucosa rectal, caso en el cual el estadío del carcinoma llega a IV. La evaluación clínica incluye la realización de un tacto vagino-rectal, es decir, la introducción del dedo índice del evaluador en la vagina de la paciente y el dedo anular en el recto, estableciendo la consistencia y movilidad del tejido. (Alarcón, M. Anatomia Clínica del aparato genital femenino. Anatomía clínica de la vagina. Primera edición. Editorial Manual Moderno. Bogotá, Colombia. 2005. pp 118)

TABIQUE VAGINAL LONGITUDINAL: Es un defecto de la fusión lateral de los conductos de Müller. Puede ser completo o parcial y usualmente acompaña al útero didelfo. Si ésta condición está asociada, un hemicuerpo uterino está menos desarrollado y existe más riesgo de infertilidad o pérdidad gestacional recurrente. Las pacientes usualmente manifiestan dismenorrea progresivo o sensación de masa pélvica; la enfermedad pélvica inflamatoria puede ocurrir como resultado de invasión por microorganismos en el hematocolpos retenido en un septum obstruido. No es común la asociación con anomalía renales. El tratamiento consiste en excisión septal completa con posterior aproximación de la mucosa vaginal // Es la presencia de una banda de mucosa a lo largo de la vagina, que la divide en derecha e izquierda. Puede ser completa o incompleta. Casi en todos los casos en los cuales el tabique es completo la paciente tiene dos cuellos y dos úteros(útero didelfo); en las pacientes con tabique longitudinal incompleto suele haber un solo útero pero deben investigarse otras

alteraciones del útero, de los anexos y del aparato urinario. (Croak, A. Gebbart, J. Congenital anomalies of the female urogenital tract. Pelvic medicine & surgery. 2005; 11(4): 165-180)

TABIQUE VAGINAL TRANSVERSO: Es la presencia de una banda de mucosa vaginal que ocluye total o parcialmente el conducto vaginal. Suele ubicarse en la unión del tercio superior con los dos tercios inferiores de la vagina, lugar donde se unen las dos porciones vaginales de diferente origen (el tercio superior que se origina en los conductos paramesonéfricos de Mûller y los dos tercios inferiores que se originan en el seno urogenital). El tabique vaginal transversal completo es raro y se puede localizar en el tercio inferior o superior de la vagina, pero los genitales externos son de aspecto normal. Es más frecuente el tabique vaginal transverso que deja un pequeño espacio de comunicación con la porción superior de la vagina. (Croak, A. Gebbart, J. Congenital anomalies of the female urogenital tract. Pelvic medicine & surgery. 2005; 11(4): 165-180)

TABLA DE 2X2: Esquema estadístico utilizado para mostrar los resultados de una investigación en la cual se han comparado los resultados de una prueba en un grupo de individuos sanos y enfermos. La distribución numérica dentro de la tabla permite identificar los verdaderos enfermos identificados, los verdaderos sanos identificados, los falsos positivos y los falsos negativos. Además permite hacer otros cálculos para identificar la sensibilidad, especificidad, valores predictivos, coeficiente de los falsos positivos y negativos y los coeficientes de error de las pruebas. Además permite calcular el OR. (Greenberg R.S. Daniels S.R. y col. Epidemiología médica. Manual Moderno, México, 1998, p.),(Dawson-Saunders B. Bio-estadística médica. Edit manual Moderno, México, 1993, p. 54).

TABLA DE CARDIFF: Dispositivo que permite inclinar la paciente embarazada 15 – 30° hacia la izquierda con el objetivo de evitar la compresión aorto-cava del útero grávido y sus efectos adversos hemodinámicas, durante las maniobras de reanimación cardiopulmonar. Como su superficie es plana y rígida, permite a su vez la realización de maniobras de ventilación y compresión torácicas de forma más sencilla.

(Vasco, M. Resucitación cardiopulmonar en la embarazada. Revista Colombiana de Anestesiología. 2004; 32: 243-251)

TABLA DE LILEY: Ver Gráfica de Liley

TAMIZAJE : Ver Screening

TANNER, JAMES MOURILYAN: Médico pediatra, profesor de la London University, es profesor emérito del Institute of Child Health de la mencionada Universidad y miembro de la American Academy of Arts and Sciences. Nació el 1 de Agosto de 1920 en Camberley,Surrey, Inglaterra. Ha publicado numerosos estudios relacionados con los patrones de crecimiento normal y anormal de cada una de las partes del cuerpo. Los estudios más conocidos de este autor han sido los relacionados con el crecimiento de las mamas y del vello pubiano. Sus obras más conocidas son: Growth. Time Life, 1965// A history of the study of human growth, Cambridge, Cambridge University Press, 1981 //El hombre antes del hombre : el crecimiento físico desde la concepción hasta la madurez. México, 1986. 284 pages // J. M. Tanner and Michael A. Preece, editors:The Physiology of Human Growth.Cambridge, Cambridge University Press, 1989. 232 pages.Society for the Study of Human Biology. Symposium 29.// Foetus into Man : Physical Growth from Conception to Maturity.Harvard University Press, 1990. 280 pages // Phyllis B. Eveleth, James M. Tanner: Worldwide Variation in Human Growth. Second edition, 1991. 409 pages.

TANNER DEL VELLO PUBIANO: Escala que identifica el grado de desarrollo sexual de la joven, publicada por los Drs. Marshall y Tanner para el vello pubiano, publicada en 1969, las etapas de aparición y distribución del vello en los labios mayores de la vulva, el Monte de Venus y la cara interna de los muslos, guarda estrecha relación con el grado de madurez del árbol endocrino que regula las demás características sexuales de la joven. La escala para el vello del pubis se muestra en la tabla T1. (Emans, Jean Herriot; Laufer, Marc; Goldstein, Donald Peter. Ginecologia en Pediatria y la Adolscente. McGraw-Hill Interamericana: México. 4ª ed. 2000, pág. 89) // Sinónimo: Índice de maduración sexual para el vello pubiano.

TANNER MAMARIO: En 1969, Willyam Marshall y James Tanner registraron el desarrollo puberal de 192 niñas y jóvenes escolares inglesas y crearon la escala numérica de clasificación del crecimiento y aspecto de las mamas respecto a la edad. Estas fases constituyen principios importantes para valorar si una adolescente se está desarrollando normalmente. Las fases de Tanner también llamadas índices de maduración sexual para el desarrollo mamario se muestran en la tabla T2. (Emans, Jean Herriot; Laufer, Marc; Goldstein, Donald Peter. Ginecologia en Pediatria y la Adolscente. McGraw-Hill Interamericana: México. 4ª ed. 2000, pág. 89) Sinónimo: Índice de maduración sexual para las glándulas mamarias.

TAQUICARDIA FETAL: **1.** Es la frecuencia cardiaca fetal basal mayor o igual a 161 latidos por minuto durante 15 minutos o más. La causa más frecuente de taquicardia fetal es la taquicardia materna, que a su vez puede producirse como efecto colateral de medicamentos útero-inhibidores(terbutalina,etc). Otra causa frecuente de taquicardia fetal es la fiebre de la madre por la presencia de una infección que la comprometa solo a ella(por ejemplo una pielonefritis) o la fiebre por una infección que comprometa tanto al feto como a la madre(por ejemplo una corioamnionitis). La taquicardia es leve si la línea de base en el monitoreo electrónico se encuentra entre 161 y 180; es severa si supera los 181 latidos por minuto. ***//*** Corresponde a un trastorno del ritmo cardiaco fetal con frecuencia cardiaca por encima de 160 latidos/minuto. Usualmente no se asocia con malfomaciones cardiacas congénitas, en cuyo caso puede llegar a tener frecuencias tan altas como 240 – 280 latidos/min, que generalmente se asocian con diversos grados de insuficiencia cardiaca. La taquicardia fetal puede ser ocasional o sostenida, siendo la sostenida la que con mayor frecuencia se asocia con manifestaciones de falla cardíaca. Los tipos de taquicardia fetal más frecuentemente diagnosticados in útero son: taquicardia supraventricular representado el 60% y fibrilación auricular representando el 40% restante. El pronóstico depende de la presencia de falla cardíaca con hidrops fetal no inmune asociado, ya que los fetos con esta complicación responden menos al tratamiento instaurado y usualmente requieren asociación farmacológica. El manejo médico se ha planteado con

el uso de antiarrítmicos, siendo la primera elección Digoxina y en segundo lugar, Flecainide. La vía de administración usualmente es oral a la madre, pero puede ser transplacentaria, intravascular por cordocentesis o intraperitoneal fetal. Las taquicardias ventriculares son extremadamente infrecuentes, usualmente asociadas con malformaciones cardiacas mayores y con pronóstico ominoso. (Mizrahi, A. Pathophysiology, Management, and Outcomes of Fetal Hemodynamic Instability During Prenatal Cardiac Intervention. Pediatr Res. 2007; 4: 210-4)

TAQUICARDIA FETAL MODERADA: Es el ascenso de la frecuencia cardíaca fetal por encima de 160 pero no mayor de 180 latidos / min. (Royal Collage of Obstetricians and Gynaecologists. The use of Electronic Fetal Monitoring. Evidence-based clinical guidelines. 2001. Number 8: 1 – 144)

TAQUISITOLIA: Taquisistolia se definió como seis o más contracciones en diez minutos durante dos períodos consecutivos de diez minutos. (Royal Collage of Obstetricians and Gynaecologists. The use of Electronic Fetal Monitoring. Evidence-based clinical guidelines. 2001. Number 8: 1 – 144)

TASA: Es la relación numérica entre dos poblaciones, que se utiliza para evaluar la frecuencia comparativa de un evento. La población más pequeña, la que tiene el evento, va en el numerador y la más grande que sirve de comparación, va en el denominador. El resultado de esta división se multiplica por múltiplos de 10 (por 100, por 1.000, por 10.000, por 100.000, etc), de acuerdo con la magnitud del evento. Si la población que se toma como punto de comparación en el denominador es pequeña, el cociente obtenido se multiplica por múltiplos pequeños, si la población es grande, se multiplica por múltiplos grandes. Ejemplo, si analizo la tasa de mortalidad infantil en una población de 100.000 habitantes, el resultado obtenido se debe multiplicar por 1.000 o por 10.000 es decir, con qué frecuencia se presenta el evento por cada 1000 habitantes o por cada 10.000 habitantes. Si comparo el evento con la población total del país, un múltiplo muy adecuado es 1´000.000. Las tasas más frecuentemente analizadas de interés en gineco-obstetricia son la de fecundidad, fertilidad, natalidad,

mortalidad, supervivencia y crecimiento demográfico. (Smith, G. Fretts, R. The Lancet. 2007; 370; 1715-1725)

TASA BRUTA: En general una tasa bruta compara un evento (natalidad, mortalidad, etc) con respecto al total de la población general, entendida como tal la que se compone de niños y adultos de todas las edades. (Smith, G. Fretts, R. The Lancet. 2007; 370; 1715-1725)

TASA BRUTA DE FECUNDIDAD (TBF): Es una medida general de la fecundidad poblacional. Relaciona a los recién nacidos vivos y muertos, con respecto a la masa poblacional total. Se utiliza para calcular todos los aspectos de interés que tengan que ver con el número total de partos, costos de atención prenatal y hospitalización por maternidad, costos relacionados con las licencias de maternidad etc. Se calcula así: TBF = Número total de recién nacidos en un año/Número de habitantes en la región estudiada. El cociente obtenido se multiplica x1.000. Cuando en esta fórmula solo se tiene en cuenta los recién nacidos vivos se habla de la Tasa Bruta de Natalidad. (Smith, G. Fretts, R. The Lancet. 2007; 370; 1715-1725)

TASA BRUTA DE NATALIDAD (TBN): también se conoce simplemente como Tasa de Natalidad: El concepto filosófico de esta tasa es la capacidad biológica que tiene una comunidad humana de mantener la cadena biológica de la reproducción. Por eso relaciona solo a los recién nacidos vivos(que en el futuro se reproducirán), con respecto a la masa poblacional. Se calcula así: TBN = Número total de recién nacidos vivos en un año/Número de habitantes en la región estudiada. El cociente obtenido se multiplica x1.000, por 10.000, etc, de acuerdo a la cantidad de población que haya en el denominador. Cuando en esta fórmula se tiene en cuenta los recién nacidos vivos y muertos se habla de la Tasa Bruta de Fecundidad. (Smith, G. Fretts, R. The Lancet. 2007; 370; 1715-1725)

TASA DE CRECIMIENTO DEMOGRÁFICO (TCD): Es la percepción numérica del crecimiento de una población (municipio, departamento, etc). Se calcula así: TCD= número de habitantes nuevos en un año /total de la población al final del periodo en la región estudiada. El cociente se multiplica x100. Luego la tasa en este caso se expresa como un porcentaje.

La TCD puede ser negativa si los muertos más los emigrantes superan a los recién nacidos más los inmigrantes. (Smith, G. Fretts, R. The Lancet. 2007; 370; 1715-1725)

TASA DE FECUNDIDAD (T. Fec): Es una medida parcial de la fecundidad poblacional. Relaciona todos los recién nacidos (vivos y muertos) con las mujeres fértiles. Se calcula así: TF = Número total de recién nacidos en un año/Número de mujeres de 15 a 49 años. El cociente obtenido se multiplica x1.000. Cuando solo relaciona los recién nacidos vivos se llama Tasa de Fertilidad. (Smith, G. Fretts, R. The Lancet. 2007; 370; 1715-1725)

TASA DE FERTILIDAD (T. Fer): Es una medida parcial de la fecundidad poblacional. Relaciona todos los recién nacidos vivos con las mujeres fértiles. Se calcula así: T.Fer = Número total de recién nacidos vivos en un año/Número de mujeres de 15 a 49 años. El cociente obtenido se multiplica x1.000. Cuando relaciona el total de recién nacidos vivos y muertos se llama Tasa de Fecundidad. (Smith, G. Fretts, R. The Lancet. 2007; 370; 1715-1725)

TASA DE MORTALIDAD INFANTIL: Corresponde al número de defunciones de niños menores de 1 años sobre el total de nacidos vivos al año por 1.000. [(Defunciones niños < 1año / Total de nacidos vivos) x 1.000]. Es un indicador demográfico que representa el grado de desarrollo en una nación. Usualmente se emplea la tasa de mortalidad infantil con niños menores de 1 año, pero en ocasiones se amplía el rango a niños menores de 5 años. La mortalidad infantil incluye la mortalidad fetal y la mortalidad perinatal, es decir, las muertes intrauterinas y muertes de niños menores de 1 año de edad. La tasa de mortalidad infantil en países desarrollados se encuentra en 4.5/1.000 nacidos vivos, en Colombia se encuentra en 20.3/1.000 nacidos vivos. La tasa de mortalidad infantil ha disminuido aproximadamente un 35% entre 1985 y 2002. (Smith, G. Estimating risks of perinatal death. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 2005; 192: 17-22)

TASA DE MUERTE MATERNA: Corresponde al número de defunciones maternas por 100.000 mujeres en edad reproductiva(No.

defunciones/100.000 mujeres en edad reproductiva), definida esta última como mujeres entre 10 y 44 años, 15 y 44 años o 15 y 49 años dependiendo del sistema de clasificación empleado en cada país. La tasa de mortalidad materna evalúa el riesgo que tiene una mujer gestante de morir durante el embarazo y el puerperio e incluye la posibilidad de quedar embarazada. La tasa de mortalidad materna es un indicador del progreso y la calidad de los servicios de salud reproductiva y representa un indicador de desarrollo de un país determinado. (Christiansen, L. Collins, K. Pregnancy-associated deaths. A 15-year retrospective study and overall review of maternal pathophysiology. The American Journal of Forensic Medicine and Pathology. 2006; 27 (1): 11-19)

TASA DE MORTALIDAD FETAL: Ver Mortalidad fetal, Tasa.

TECNICAS DE REPRODUCCION ASISTIDA: 1. Son aquellos procedimientos que excluyen el coito como forma para lograr la fusión de gametos. Estas técnicas incluyen los diferentes tipos de inseminación artificial y las técnicas de fertilización in vitro con sus variantes. La inseminación artificial corresponde a la manipulación de los espermatozoides para posteriormente ubicarlos a nivel cervical, uterino o tubárico con el objetivo de lograr la fusión con el ovocito. La técnica de inseminación artificial más empleada es la Inseminación Intrauterina. Cuando se realiza micro-manipulación de gametos tanto masculinos como femeninos para lograr la fertilización en el laboratorio, se denomina Fertilización In Vitro. // **2.** Corresponde a las técnicas empleadas para lograr embarazo en pacientes con diagnóstico de infertilidad. Estas técnicas se dividen en dos grandes grupos: Técnicas de Baja Complejidad, en las cuales no se realiza micro-manipulación de gametos y Técnicas de Alta Complejidad, que incluyen micro-manipulación de gametos. Dentro de las técnicas de baja complejidad se encuentran el coito programado y las diferentes técnicas de inseminación artificial. Dentro de las técnicas de alta complejidad se encuentran la Fertilización in vitro convencional, ICSI, donación ovocitaria, útero subrogado y transferencia de embriones congelados. Las tasas de éxito en este tipo de técnicas se encuentran entre el 25 y el 30%. (Shevell, T. Malone, F. Vidaver, J. Porter, T. Assited

Reproductive Technology and Pregnancy Outcome. Obstetrics and Gynecology. 2005; 101 (5): 1039-1045 // 2. De Ziegler, D. Romoscano, I. Ventura, P. Ibecheloe, V. In Vitro Fertilization. Clinical Obstetrics and Gynecology. 2006; 49 (1): 93—16)

TELARCA PRECOZ: Se define como el desarrollo mamario durante la infancia, sin otros signos de pubertad. Suele presentarse en niñas menores de ocho años de edad. Algunas veces la hipertrofia mamaria neonatal no sufre regresión dentro de los primeros 10 meses después del nacimiento; este desarrollo mamario persistente también se clasifica como telarca precoz. La niña con esta condición de manera típica posee botones mamarios bilaterales de 2 a 4 cm. de diámetro con muy pocos cambios en el pezón o la areola. El tejido mamario se palpa granular y a veces es ligeramente doloroso. En algunos casos el desarrollo es asimétrico; un lado se desarrolla entre seis y 12 meses antes que el contralateral. Este crecimiento no es acelerado y la edad ósea es normal para la edad y la talla. No se acompaña de otros cambios propios de la pubertad; los labios de la vulva casi siempre permanecen prepúberes sin evidencia de efecto estrogénico. El frotis vaginal con índice de maduración muestra atrofia o datos ligeros de estrogenización. Así mismo, en algunos casos se incrementa discretamente el estradiol en suero. Algunas enfermas con telarquia precoz terminan por desarrollar pubertad precoz central verdadera. En niñas con telarca precoz las concentraciones de LH y FSH basales y después de administrar GnRH se encuentran dentro de los límites prepuberales, aunque su respuesta al estímulo experimental con GnRH es mayor que en las niñas normales. Esto hace suponer que la telarca precoz es ocasionada por alguna alteración en la maduración del eje hipotálamo-hipófisis-ovario, con una secreción mayor de FSH e hipersensibilidad periférica a las hormonas sexuales. Esta hipótesis explicaría este problema principalmente en niñas de uno a cuatro años de edad. La telarquia precoz es relativamente común en lactantes de muy bajo peso al nacer, lo cual hace pensar que los ovarios de estas recién nacidas recibieron estímulo transitorio in útero de la LH y FSH, mediado por la GnRH. Al caer los niveles circulantes de estrógenos en el periodo post-natal temprano, el

crecimiento de las mamas se detiene o regresa. // (Emans, Jean Herriot; Laufer, Marc; Goldstein, Donald Peter. Ginecologia en Pediatria y la Adolscente. McGraw-Hill Interamericana: México. 4ª ed. 2000, pág. 107, 118) // Sinónimo: Telarquia precoz.

TELARQUIA PRECOZ: Ver Telarca precoz.

TELORREA: Corresponde a la secreción a través del pezón. La secreción puede ser de diversas características: leche, sangre, líquido seroso, material purulento, entre otros. Usualmente es secundaria a patologías benignas de la mama, especialmente cuando se presenta en forma unilateral; sin embargo, siempre se recomienda descartar patología maligna de la mama a través de la mamografía o la biopsia de masas si existen. (Emans, Jean Herriot; Laufer, Marc; Goldstein, Donald Peter. Ginecologia en Pediatria y la Adolscente. McGraw-Hill Interamericana: México. 4ª ed. 2000, pág. 107, 118)

TEMPERATURA BASAL CORPORAL: Es la medición del calor corporal mediante un termómetro oral o axilar al despertarse en las horas de la mañana y antes de iniciar las actividades físicas. La curva de seguimiento de la temperatura basal durante el ciclo menstrual es útil para detectar el día de la ovulación. (Hamilton, D. Taylor, A. Anovulation. BMJ. 2003; 327: 546 – 549)

TEORÍA DE LOS CAMBIOS DE PRESIÓN EN MUERTE DE UN GEMELO: Corresponde a la teoría aceptada actualmente para explicar los efectos adversos que se presentan en el gemelo sobreviviente cuando un embarazo gemelar se complica con muerte de un gemelo. Esta teoría establece que en el momento en el que ocurre la muerte o inmediatamente después se presenta un fenómeno de flujo reverso desde el feto sobreviviente hacia el feto que murió, a través de las anastomosis vasculares placentarias que de forma usual existen en los embarazos gemelares monocoriales; esta transfusión gemelo-gemelo lleva a un estado de hipotensión y anemia severos en el gemelo sobreviviente que produce un daño orgánico multisistémico de tipo isquémico irreversible, principalmente a nivel neurológico lo cual desencadena la encefalomalacia multiquística. Esta

teoría plantea que las secuelas isquémicas del feto sobreviviente son resultado del estado de anemia severo pero transitorio una vez ocurre la muerte. A diferencia de los embarazos monocoriales, los embarazos bicoriales no presentan comunicaciones vasculares placentarias de tal manera que cuando estos embarazos se complican con muerte de un gemelo, el gemelo sobreviviente no está en mayor riesgo de secuelas isquémicas y el embarazo puede continuar sin ningún evento adverso. (Pasquini, L, Wimalasundera, RC, Fisk, NM. Management of other complications specific to monochorionic twin pregnancies. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol 2004; 18:577)

TERATOMA OVÁRICO: (griego Teraton, monstruo, -oma, tumor). El significado de la palabra teratoma es el de tumor monstruoso. Aunque los teratomas se identifican fácilmente por ecografía o al examen macroscópico, la confirmación y clasificación se basa en criterios microscópicos: la evaluación histológica refleja la proporción de tejidos maduros e inmaduros. La característica histológica más importante es la presencia de tejidos de morfología y origen muy diferentes, observándose en un mismo tumor tejidos procedentes de las tres capas germinales(ectodermo, mesodermo y endodermo), en medo de los cuales sobresale la llamada cresta de Rokitanski.Usualmente, un teratoma no contiene ningún órgano, sino partes de órganos o tejidos; predominan los dientes, partes de hueso, pelos y moco de color amarillento, altamente irritante al punto de producir peritonitis química si se extravasa por accidente al momento de la cirugía. Los teratomas pueden ser sólidos (extraordinariamente raros) o quísticos: a los teratomas se les llama quistes dermoides debido a que la mayoría son de contenido semilíquido, recubierto de un cascarón similar a la piel. Los teratomas pueden contener en menor porcentaje tejidos de cerebro, tiroides, hígado y pulmón. Los teratomas ováricos se clasifican en maduros, inmaduros y de tejidos especializados según el grado de diferenciación de sus componentes; la principal característica de los maduros es la presencia de múltiples tejidos especializados. La principal característica de los inmaduros es la presencia de tejidos embrionarios primitivos. La principal característica de los

monodérmicos (los altamente especializados) es el predominio de un solo tipo de tejido: tiroides, o tejido neuroectodérmico, o tejido vascular, o tejido cebáceo. // Los teratomas maduros tiene probabilidad de malignizarse en el 2% de los casos, los inmaduros tiene la probabilidad de ser malignos en el % de los casos. Sinónimo: Quiste dermoide. (Hirsh, A. Käser, O. Atlas de Cirugía Ginecológica. Patología ovárica. Editorial Marbán Libros. Madrid, España, 2000. pp 28-36)

TERATOMA OVÁRICO QUÍSTICO MADURO: Corresponde a un tipo histológico de teratoma ovárico que se caracteriza por una Masa con un gran quiste que ocupa la mayor parte de ella; en su cavidad hay material sebáceo y pelos. La pared, en general de pocos milímetros de espesor, tiene la estructura de piel, con su superficie epidérmica hacia la cavidad. Por este desarrollo preponderante de estructuras cutáneas se le suele denominar quiste dermoide. Los tejidos que componen el tumor son bien diferenciados (maduros o de tipo adulto); aparte estructuras cutáneas se pueden observar muchos otros tejidos, particularmente en un engrosamiento o espolón que hace eminencia hacia la cavidad, en el que con frecuencia hay dientes, cartílago y hueso. (Hirsh, A. Käser, O. Atlas de Cirugía Ginecológica. Patología ovárica. Editorial Marbán Libros. Madrid, España, 2000. pp 28-36)

TERATOMA OVÁRICO INMADURO, CLASIFICACIÓN HISTOLÓGICA: Corresponde a la clasificación de los tumores ováricos de células germinales, de acuerdo a las características histopatológicas. Ver Tabla T4. (Shinglenton HM,Fowler WC,Jordan JA,Lawrence WD. Gynecologic oncology. Current diagnosis and treatment. W Saunders,London. 1996 p.195)

TERATOMA OVÁRICO SÓLIDO INMADURO: Corresponde a un tipo histológico de teratoma ovárico que se encuentra principalmente en testículo y región sacra. Está constituido por tejidos poco diferenciados que recuerdan a los del embrión; a veces además de inmaduros algunos tejidos son francamente heterotípicos, con aspecto de sarcoma o de carcinoma, según el caso. Los teratomas inmaduros son potencialmente malignos;

pueden dar metástasis hematógenas en las que se observa uno o varios de los tejidos que componen el tumor primario. (Hirsh, A. Käser, O. Atlas de Cirugía Ginecológica. Patología ovárica. Editorial Marbán Libros. Madrid, España, 2000. pp 28-36)

TERATOMA OVÁRICO SÓLIDO MADURO: Corresponde a un tipo histológico de teratoma ovárico que se puede encontrar, por ejemplo, en ovario, testículo, mediastino. Macroscópicamente es sólido, aunque puede tener múltiples quistes de pocos milímetros, generalmente de estructura y consistencia desigual. Microscópicamente, está constituido por mezcla de tejidos adultos bien diferenciados. (Hirsh, A. Käser, O. Atlas de Cirugía Ginecológica. Patología ovárica. Editorial Marbán Libros. Madrid, España, 2000. pp 28-36)

TERATOMA OVÁRICO, ORIGEN: La teoría más aceptada en la actualidad es la partenogénesis: origen de tejidos complejos sin la fecundación del gameto femenino por parte del masculino. Se acepta que los teratomas surgen de células madre totipotenciales, ubicadas en el ovario con la capacidad de madurar y originar sistemas complejos en el organismo una vez han sido fecundados por el espermatozoide. El teratoma produce tejidos complejos pero desordenados, como consecuencia del disparo de la información de estas células madre por u factor desconocido, que ocurre casi siempre durante la vida fértil. (Ferrer MS,Costa G. Tejido tiroideo con carcinoma papilar en teratoma quístico maduro de ovario. Rev. Venez. Oncol., set. 2007, vol.19, no.3, p.251-254),(Kurtman R. Blaustein´s pathology of the female genital tract. Fifth edition, Springer-Verlag, New York, Berlín, 2001)

TERATOMA OVÁRICO, CARIOTIPO: Todos los teratomas ováricos maduros estudiados han tenido cariotipo 46,XX. (Hirsh, A. Käser, O. Atlas de Cirugía Ginecológica. Patología ovárica. Editorial Marbán Libros. Madrid, España, 2000. pp 28-36)

TERATOMA OVÁRICO MALIGNIZACIÓN: el comportamiento maligno se relaciona con la cantidad de tejido y su grado de madurez El 2% de los quistes dermoides pueden malignizarse(a partir de su componente

escamoso), frecuentemente bajo la forma de carcinoma epidermoide. Los teratomas quísticos maduros de ovario se malignizan en un 2 %; pudiendo encontrar tejido tiroideo en el 5 % a 15 % de los casos, el cual ocasionalmente, presenta cualquier tipo de tumor diferenciado papilar o folicular de tiroides, por lo que el estudio histopatológico debe ser extenso, de encontrar carcinoma tiroideo, se realizará protocolo de ovario para una correcta estadificación, la cual dará la pauta para el tratamiento complementario a la cirugía con radioterapia y/o quimioterapia. Los teratomas inmaduros se malignizan en el 3% de los casos. (Ferrer MS,Costa G. Tejido tiroideo con carcinoma papilar en teratoma quístico maduro de ovario. Rev. Venez. Oncol., set. 2007, vol.19, no.3, p.251-254),),(Kurtman R. Blaustein´s pathology of the female genital tract. Fifth edition, Springer-Verlag, New York, Berlín, 2001

TERATOMA OVÁRICO, CRESTA DE ROKITANSKI: Corresponde a una porción del tumor dermoide o teratoma ovárico, que se localiza hacia un polo caracterizado por una zona elevada, revestida generalmente por piel, en cuyo estroma se observa cartílago, hueso, dientes y tejido nervioso. (Hirsh, A. Käser, O. Atlas de Cirugía Ginecológica. Patología ovárica. Editorial Marbán Libros. Madrid, España, 2000. pp 28-36)

TERATOMA OVÁRICO ALTAMENTE ESPECIALIZADO: Es el tumor dermoide en el cual predomina un solo tipo de tejido: tiroides, tejido neuroectodérmico, tejido vascular, tejido sebáceo. (Hirsh, A. Käser, O. Atlas de Cirugía Ginecológica. Patología ovárica. Editorial Marbán Libros. Madrid, España, 2000. pp 28-36)

TERATOMA MONODÉRMICO: STRUMA OVARII: Se llama Struma ovarii al teratoma que contiene tejido tiroideo en un porcentaje que varía entre el 50% y el 100%. Microscópicamente se encuentra tejido sólido y marrón, histológicamente similar al tiroides normal o un adenoma macro o microfolicular, pudiendo presentar hiperplasia o tiroiditis. Hay folículos de varios tamaños tapizados por un epitelio columnar o plano y en los folículos más activos pueden encontrarse formaciones papilares. También se encuentran cambios degenerativos como fibrosis, calcificación y presencia de hemosiderófagos. La incidencia de malignización del estruma ovárico es

menor del 1% y deben considerarse como malignos los que tengan evidencias claras de anaplasia y signos de invasión. (Hirsh, A. Käser, O. Atlas de Cirugía Ginecológica. Patología ovárica. Editorial Marbán Libros. Madrid, España, 2000. pp 28-36)

TERATOMA MONODÉRMICO MALIGNIZADO: ESTRUMOSIS: El hallazgo de implantes omentales y peritoneales de tejido tiroideo bien diferenciado en un paciente con Struma Ovarii se llama estrumosis, el cual es secundario a la ruptura del tumor ovárico. Los criterios para diferenciar la estrumosis del carcinoma folicular bien diferenciado son clínicos. La malignización de un Struma ovarii puede conducir a una estrumosis o a un carcinoma folicular . Los tumores malignos de este origen crecen de modo aislado y nunca invaden todo el ovario; las metástasis no han sido bien documentadas. (Ferrer MS,Costa G. Tejido tiroideo con carcinoma papilar en teratoma quístico maduro de ovario. Rev. Venez. Oncol., set. 2007, vol.19, no.3, p.251-254). Sinónimo: Strumosis

TERATOZOOSPERMIA: Hace referencia al excesivo número de formas anormales de espermatozoides. Generalmente se encuentra asociado a varicocele. (Tournaye, H. Evidence-based management of male subfertility. Curr Opin Obstet Gynecol. 2006; 18: 253-259)

TERCER CORTE AXIAL PARA EVALUACIÓN ECOGRÁFICA DEL SNC FETAL: Corresponde al estudio de la anatomía del cerebro fetal mediante ultrasonografía bidimensional de tiempo real. Este tercer corte axial se encuentra ligeramente por debajo del segundo corte axial, a nivel del piso del cavum del septum pellucidum, en donde el eco medio producido por la cisura interhermisférica no se interrumpe a ese nivel, de tal forma que el cavum del septum pellucidum se observa como tres líneas ecogénicas en la región anterior de la calota fetal. En este nivel se observa el atrium ventricular con el plexo coroideo en su interior. Este plano de corte es el empleado para hacer la evaluación del atrium ventricular para detectar los casos de alteraciones y ventriculomegalia. (Fleischer, A. Manning, F. Jeanty, P. Romero, R. Ecografía en Obstetricia y Ginecología. Diagnóstico prenatal de malformaciones cerebro-espinales. Madrid, España. Ediciones Marban. Sexta edición. 2002. p 375-388)

TERCER ESTADIO DEL PARTO: 1.Tiempo que toma la expulsión de la placenta (alumbramiento) una vez ha sido expulsado o extraído el feto. // **2.** Periodo de tiempo comprendido entre el nacimiento del feto y la expulsión de la placenta. (Liao, JB. Buhimschi, C. Normal Labor: Mechanism and Duration. Obstetrics and Gynecology Clinics of North America. 2005. 32: 145 – 164). Sinónimo: Fase de Alumbramiento.

TEST DE BONNEY: Corresponde a un test descrito para evaluar incontinencia urinaria de esfuerzo. Consiste en colocar los dedos índice y medio a ambos lados del cuello vesical a través de la vagina elevando la vagina, de esta manera se situa el aparato vesicouretral a su nivel anatómico normal. Se le pide a la paciente que tosa y se observa si persiste escape de orina; si no se documenta escape de orina, la etiología de la incotinencia es anatómica, mientras que si se documenta escape de orina, la etiología de la lesión es neurológica. (Ramirez, J. Distopias del aparato genital e incontinencia urinaria femenina. Rev Chil Obstet. 2004; 12: 86)

TEST DE BIENESTAR FETAL: Ver Perfil Biofísico Fetal

TEST DE CLEMENTS: Es una prueba de la madurez pulmonar fetal realizada en líquido amniótico de poco uso en la actualidad por la llegada de técnicas de evaluación menos subjetivas. Sin embargo puede ser de utilidad en las zonas donde no se cuenta con un laboratorio tecnificado. Consiste en mezclar líquido amniótico sin hacer burbuja con solución salina y alcohol absoluto (tres cantidades diferentes de etanol) en cuatro tubos; se tapan los tubos y se agitan durante 15 segundos. La interfase aire-líquido de los tubos debe observarse contra un fondo negro. Se valora un tubo como positivo si en el menisco existe un anillo continuo de burbuja y como negativo si no existen burbujas o estas no forman un anillo completo; si los cuatro tubos son positivos, el test es positivo; si tres tubos son positivos y uno negativo, el resultado es intermedio; si dos tubos son positivos y dos negativos, el test es dudoso; si los cuatro tubos son negativos, el test es negativo. (ACOG Practice Bulletin. Fetal Lung maturity. Obstet Gynecol. 2008; 112 (3): 717)

TEST DE COLLINS: Es una prueba de coloración para la vulva. Cuando se desea precisar el sitio de mayor probabilidad de lesiones malignas en este órgano se aplica azul de toluidina y a continuación ácido acético. La zona

que retenga el color azul tiene disqueratosis o paraqueratosis por lo cual se hace sospechosa y de allí se debe tomar la biopsia. Esta prueba tiene un elevado número de falsos positivos // Es una prueba de coloración para la vulva. El test de Collins consiste en la aplicación de azul de toluidina sobre la zona sospechosa de malignidad en los labios mayores. Luego se hace lavado y decoloración con ácido acético. Se considera sospechosa de malignidad la zona con paraqueratosis o disqueratosis que retiene el color azul luego del lavado y de allí se debe tomar la biopsia. El resultado histopatológico sirve de "patrón de oro" (gold standard). Nauth recomienda tomar fotos de las lesiones a las cuales se ha decidido dejar en observación , para posteriores controles, sobre todo las pigmentarias y aquellas a las cuales se les va a tomar biopsia. Un problema de la prueba de Collins es el elevado número de falsos positivos por lo cual ha perdido interés en muchos centros // Sinónimos: Test de Hewitt, Test epicutáneo, Test del azul de Toluidina. (Wright, T. Cox, J. Massad, L. Consensos Guidelines for the management of women with cervical cytological abnormalities. JAMA. 2002. 287: 2120) / Walter, P. Dexeus, S. Internacional Terminology of colposcopy: an updated report from the internacional federation for cervical pathology and colposcopy. Obstet Gynecol. 2003; 101 (1): 175-177)

TEST DE EMBARAZO: Es una prueba que detecta la presencia de gonadotropina coriónica en sangre u orina. Algunas pruebas rudimentarias no cuantifican la gonadotropinas sino la formación de critales de ácido clorhidrico en la saliva. Estas pruebas están diseñadas de manera dicotómica: Si se detectan 20 mg o más de gonadotropina se da como Positiva; por debajo de ese valor se da como Negativa. Si desea saber no solo el estado de gestación sino la cantidad de gonadotropina (por ejemplo en la enfermedad trofoblástica), se solicita la cuantificación de la beta HCG. (Cunningham, F. Gant, N. Williams Obstetricia. Embarazo: generalidades, organización y diagnóstico. Buenos Aires, Argentina. Editorial Medica Panamericana. 2002. p 4-12)

TEST DE NITRAZINA,: Prueba de laboratorio empleada para el diagnóstico de RPM. El test consiste en tomar una muestra de líquido obtenido del fórnix posterior de la vagina para luego aplicar sobre éste, la tira de nitrazina

y evaluar el pH del líquido obtenido. Normalmente el pH del líquido amniótico se encuentra entre 7.0 y 7.7, mientras que el pH del moco cervical es ácido entre 3.8 y 4.2. Si el pH obtenido de la muestra es alcalino, el test es positivo. Sin embargo, pueden existir falsos positivos cuando la muestra se encuentra contaminada con sangre, semen, flujo vaginal patológico u orina patológica que pueden alcalinizar el fluido cervical. (Mercer, B. Preterm Ruptura of the Membranas: diagnosis and management. Clinical Perinatology. 2004; 31: 765 – 782)

TEST DE SCHILLER: Consiste en la aplicación de solución de Lugol durante el examen colposcópico. Es empleado para detectar áreas deficientes de glucógeno, que están relacionados con infección por VPH o displasia en mucosa no glandular. Este principio se basa en que las células que contienen glucógeno van a tomar el yodo y se tornan marrón-oscuro, mientras que las células no glicogenadas como el epitelio glandular normal, lesiones escamosas de alto grado y lesiones escamosas de bajo grado, no toman el yodo y permanecen amarillas. De esta forma es posible la diferenciación en casos que establezcan dificultad. (American Society for Colposcopy and Cervical Pathology. Practice Recommendations. Colposcopy: Indications. 2007)

TEST POSTCOITAL: Es un método de evaluación de las parejas con infertilidad que permite establecer la receptividad del moco cervical a los espermatozoides y la capacidad de los espermatozoides para alcanzar dicha secreción tras la eyaculación, así como evaluar la supervivencia espermática dentro de la secreción. La OMS ha establecido unas condiciones adecuadas para la realización del test postcoital que incluyen: realización del test 24 a 48 horas previas a la ovulación, abstinencia de 2 días previos al procedimiento, coito 2 a 8 horas antes de la evaluación, no uso de duchas vaginales pre o postcoitales o lubricantes. Los parámetros considerados normales incluyen: cantidad > 0.1 ml, color claro, filancia > 8 cm, número de espermatozoides por campo de alto poder > 5, con mínimo 10% de ellos con motilidad tipo A, es decir, lineal progresiva, número de células blancas por campo de alto poder < 5 y ausencia de fenómeno de “shaking” o vibración espermática. El test postcoital pueden predecir la

presencia de anticuerpos antiespermatozoides si se encuentran alterados el número de espermatozoides o su movilidad y si el fenómeno de shaking se encuentra presente. La graduación de la motilidad espermática en el test postcoital se realiza en cuatro categorías: A: vigorosa progresiva cuando el espermatozoide atraviesa de manera rectilínea un campo de microscopio de un extremo al otro. B: errática o perezosa, cuando el espermatozoide se mueve de manera lineal pero lenta y no termina de salir del campo de visón observado. C: no progresiva, cuando la motilidad es in situ, es decir, el espermatozoide está vivo pero no se desplaza y D: inmóvil, cuando el espermatozoide no presenta ningún tipo de movimiento que se debe confirmar posteriormente con tinciones de vitalidad específicas. (Oei, S. Helmerhorst, M. Bloemenkaump, W. Hollants, A. Effectiveness of postcoital test: randomised, controled trial. Britis Medical Journal. 1998; 347: 502-505 / Mathur, S. Williamson, HO. Baker, ME. Sperm motility on postcoital test correlates with male autoimmnunity to sperm. Fertil Steril. 1994; 41 (5): 703 – 708 / Daru, J. Williamson, HO. Rust, PF. A computerized postcoital test sperm motility: a comparison with clinical postcoital test and correlations wiith sperm antibodies. Arch Androl. 1998; 21 (3): 189-203)

TETRALOGÍA DE FALLOT: Es una malformación cardíaca congénita caracterizada por: comunicación interventricular, estenosis pulmonar, hipertrofia del ventrículo izquierdo y aorta dilatada que cabalga sobre el septum interventricular. Esta malformación usualmente está asociada con otras malformaciones cardíacas, en especial canal AV y agenesia de la válvula pulmonar. La severidad de la patología depende de la severidad de la hipoplasia del tracto de salida del ventrículo derecho, que produce disminución del flujo pulmonar, sobrecarga del ventrículo derecho y flujo derecha-izquierdo a través de la comunicación interventricular, de tal forma que el recién nacido permanecerá en estado de hipoxemia persistente. El diagnóstico ecográfico se realiza ante la documentación de un defecto del septum interventricular + ventrículo izquierdo hipertrófico + aorta que cabalga sobre el septum interventricular; la velocimetría Doppler color confirma la presencia de estenosis pulmonar. (Poon, L. Tetralogy of Fallot in the fetus in the current era. Ultrasound Obstet Gynecol. 2007;29(6):625-7)

TETRAPLOIDÍA: **1.** Fórmula cromosómica de una célula que contiene 4 veces el número haploide de cromosomas. // **2.** Estado o alteración de tener cuatro grupos completos de cromosomas homólogos. El cariotipo humano normal es diploide, es decir tiene dos veces el número 23. La fórmula cromosómica de la tetraplodía es 4 veces el número 23, por lo tanto es 92,XXXX, lo que equivale a la carga genética de dos células somáticas en una sola. La triploidía y tetraploidía son letales en el hombre, se encuentran en alrededor del 5% de los abortos espontáneos con anomalías cromosómicas. Son más frecuentes las triploidías. // La tetraploidía es una forma de poliploidía (pues el cariotipo es más que diploide), pero también es una aneuploidía (como es cualquier cariotipo que no sea diploide). (Van de Peer, Y. and Meyer, A. Large-scale gene and ancient genome duplications. In The Evolution of the Genome , Edit T.R. Gregory, Elsevier, San Diego, Año 2005, pp.329-368)

TEST DE HEWITT: Ver Test de Collins.

TEST DEL APLICADOR: Es una prueba que se realiza para detectar pacientes con incontinencia urinaria de esfuerzo. Esta prueba evalúa el descenso uretral durante las actividades de esfuerzo. Consiste en colocar una aplicar con punta de algodón lubricado en la uretra, llegando a la unión uretro-vesical; la paciente se pone en posición supina, se mide el ángulo que forma el aplicador con una línea imaginaria paralela al piso, con la paciente en reposo y posteriormente realizando una maniobra de valsalva (exhalación forzada contra la glotis cerradas, tos o pujo). Un ángulo menor de 15 grados, durante el reposo y la maniobra de valsalva, constituye un buen resultado y representa un soporte anatómico adecuado; un ángulo mayor de 30 grados indica un soporte anatómico deficiente y por lo tanto, una prueba anormal; un ángulo entre 15 y 30 grados se considera un resultado no concluyente. (DeCherney, A. Diagnóstico y tratamiento ginecoobstétricos. Urología Ginecológica. Séptima edición. Bogotá, Colombia. Editorial Manual Moderno. 1994. 1049-1067)// Sinónimos: Prueba del Q-tip, test del Q-tip

TEST DEL AZUL DE TOLUIDINA: Ver Test de Collins.

TEST DEL Q-TIP: Es una prueba que se realiza para detectar pacientes con incontinencia urinaria de esfuerzo. Esta prueba evalúa el descenso uretral durante las actividades de esfuerzo. Consiste en colocar una aplicar con punta de algodón lubricado en la uretra, llegando a la unión uretro-vesical; la paciente se pone en posición supina, se mide el ángulo que forma el aplicador con una línea imaginaria paralela al piso, con la paciente en reposo y posteriormente realizando una maniobra de valsalva (exhalación forzada contra la glotis cerradas, tos o pujo). Un ángulo menor de 15 grados, durante el reposo y la maniobra de valsalva, constituye un buen resultado y representa un soporte anatómico adecuado; un ángulo mayor de 30 grados indica un soporte anatómico deficiente y por lo tanto, una prueba anormal; un ángulo entre 15 y 30 grados se considera un resultado no concluyente. (DeCherney, A. Diagnóstico y tratamiento ginecoobstétricos. Urología Ginecológica. Séptima edición. Bogotá, Colombia. Editorial Manual Moderno. 1994. 1049-1067)

TEST DE PAPANICOLAU: Ver Papanicolau

TEST EPICUTÁNEO: Ver Test de Collins

TEST DE O´SULLIVAN: Ver O´Sullivan test

TET: Ver Transferencia intratubárica de embriones

TETRAPLOIDÍA: Fórmula cromosómica de una célula que contiene 4 tipos de cariotipo en vez de uno. Es un trastorno cromosómico muy raro que se caracteriza por la presencia de cuádruple carga haploide en una célula . En los seres humanos la carga haploide es 23,X ó 23,Y como ocurre en los gametos. Un gameto con tetraploidía se obtiene de a- La unión de un gameto con una carga triploide (69,XXY) más un gameto con carga haploide (23,X) b-La unión de dos gametos diploides (46,XX más 46,XY). Por lo tanto al hacerle cariotipo a este embrión se obtienen 92 cromosomas en sus células (92,XXXY). Los embriones con tetraploidías son abortados. (Manual Merck de información médica. Sección 1. Capitulo 2: Genética. Madrid, España. 2005)

TETRASOMÍAS Y PENTASOMÍAS: Fórmula cariotípica extremadamente

rara en la cual las células tienen cuatro o cinco cromosomas en vez de dos ,lo cual puede ocurrir en una de las parejas homólogas autosómicas o en el par sexual. // 2. Son cariotipos extremadamente raros en los cuales se repite la serie del cromosoma sexual , siempre con la presencia de cromosomas X, pues la repetición pura del cromosoma Y no es compatible con la vida. Para la fórmula se suman los 22 pares de cromosomas somáticos más el número de cromosomas sexuales. Ejemplos de tetrasomías: 26,XXXX; 26,XXYY, 26,XXXY, 26,XYYY. Ejemplos de pentasomías: 27,XXXXX, 27,XXXXY, 27,XXXYY, 27,XYYYY, 27,XXYYY. En las tetrasomías y pentasomías que afectan los cromosomas sexuales, solo se repite uno o ambos cromosomas sexuales, sin afectar los demás cromosomas somáticos. (Manual Merck de información médica. Sección 1. Capitulo 2: Genética. Madrid, España. 2005)

TIPOS DE RESPIRACION: Hace referencia al esfuerzo realizado por el paciente durante el proceso respiratorio. Existen tres tipos básicos de respiración: controlada, asistida y espontánea. (American Collage of Chest Physicians. Concensus Conference: Mechanical Ventilation beyond the intensive care unit. Chest 2005; 113: 289-344 / Tobin, M. Advances in Mechanical Ventilation. New England Journal of Medicine. 2001; 344 (26): 1986-1994)

TIROIDES: Es una glándula endocrina de color pardo rojizo y consistencia blanda situada en la profundidad de los músculos esternocleidosmatoideo y esternohioideo y encargada de la producción de hormonas tiroideas (tiroxina y triyodotironina) por el estímulo de la TSH o tirotropina. Está compuesta por dos lóbulos, derecho e izquierdo, unidos en la línea media por el istmo. La glándula tiroides es la mayor de todas las glándulas endocrinas y cubre la cara anterior y lateral de la faringe, esófago y tráquea en forma de escudo. Está irrigada por la Arteria Tiroidea Superior e Inferior y el drenaje venoso lo realizan las Venas Tiroideas Superiores, Medias e Inferiores. La producción de hormonas tiroideas por las células foliculares de la glándula tiroides está regulada por el eje hipotálamo-hipófisis a través de la Hormona Liberadora de Tirotropina (TRH) que estimula la producción y liberación de Hormona Estimulante de Tiroides (TSH) que a su vez

estimula la glándula tiroides para la producción de Tiroxina y Triyodotironina; estas hormonas por último se encargan de la regulación del metabolismo corporal. (Rashid, M. Rashid, M. Obstetric Management of thyroid disease. Obstetrical and Gynecological survey. 2007; 62 (10): 680-688)

TIROIDES, CAMBIOS FISIOLÓGICOS DEL EMBARAZO: Corresponde a los cambios que de forma normal se presentan en la anatomía y funcionamiento de la glándula tiroides durante el estado de embarazo que se resumen en cinco aspectos: 1) Anatómicamente la glándula tiroides presenta incremento en tamaño y peso en forma moderada secundario a hiperplasia glandular e incremento en la vascularización. 2) Se presenta incremento marcado en los niveles de proteina transportadora de tiroxina, secundario a mayor producción hepática por estímulo estrogénico. 3) Existe incremento en la producción de factores estimulantes de tiroides de origen placentario, principalmente, Gonadotropina Coriónica Humana, durante el primer trimestre de la gestación. 4) Se presenta incremento dos veces por encima del valor normal de T3 y T4 total durante todo el embarazo, sin embargo, los niveles de TSH y T4 libre permanecen dentro del rango de normalidad con respecto a la población no embarazada. 5) Existe una disminución de yoduro disponible para la tiroides materna por una desviación de los mismos hacia la unidad fetoplacentaria. (Rashid, M. Rashid, M. Obstetric Management of thyroid disease. Obstetrical and Gynecological survey. 2007; 62 (10): 680-688)

TIROIDITIS DE HASHIMOTO: Es una inflamación de la glándula tiroides de origen autoinmune. Se produce como consecuencia de una reacción autoinmunológica con anticuerpos que atacan la glándula tiroides. La tiroiditis de Hashimoto es la causa más común de Hipotiroidismo Clínico Primario tanto en las mujeres embarazadas como en la población general. Clínicamente se manifiesta con bocio, fatiga, constipación, debilidad muscular, calambres, aumento de peso, intolerancia al frío, entre otros. El diagnóstico se realiza con niveles altos de TSH y niveles bajos de fracción libre de tiroxina. El tratamiento médico consiste en reemplazo de hormona tiroidea con levotiroxina con el objetivo de mantener niveles normales de

tiroxina. (Rashid, M. Rashid, M. Obstetric Management of thyroid disease. Obstetrical and Gynecological survey. 2007; 62 (10): 680-688)

TIROIDITIS POSTPARTO: Corresponde a un tipo de patología tiroidea que se presenta en el período postparto caracterizado por dos fases: una fase de hipertiroidismo entre el primer y el cuarto mes postparto y una fase de hipotiroidismo en el cuarto y el octavo mes postparto. La tiroiditis postparto afecta al 10% de las pacientes sin antecedente de patología tiroidea y hasta el 50% de las pacientes con algún tipo de enfermedad tiroidea. La primera fase de hipertiroidismo se caracteriza por la presencia de bocio doloroso, pequeño asociado a fatiga y palpitaciones; los síntomas son de instauración abrupta. La fase de hipotiroidismo se presenta en el 5% de las pacientes y se caracteriza por tiromegalia, intolerancia al frio, constipación. Se considera que el tratamiento médico en la fase de hipertiroidismo en inefectivo, mientras que si la paciente desarrolla fase de hipotiroidismo sí se justifica el reemplazo de tiroxina durante 6 a 12 meses, ya que el riesgo de presentar hipotiroidismo persistente es del 30%. (Casey, B. Leveno, K. Thyroid disease in pregnancy. Obstetrics and Gynecology. 2006; 108 (5): 1283-1294)

TIROTOXICOSIS NEONATAL: Corresponde a una patología tiroidea que afecta al 1-2% de los recién nacidos de madres con enfermedad de Graves e hipertiroidismo clínico, caracterizado por niveles bajos de TSH y niveles elevados de fracción libre de tiroxina en el recién nacido. La tirotoxicosis neonatal se produce como consecuencia del paso de anticuerpos estimulantes de tiroides de la madre al feto incluso aunque la madre permanezca eutiroidea con tratamiento médico. Las manifestaciones clínicas incluyen piel moteada, taquicardia, arritmias, falla cardiaca congestiva, hiperfagia con pobre ganancia de peso, diarrea, irritabilidad no explicada, anomalías craneales (craneosinostosis, microcefalia), hepatoesplenomegalia y bajo peso al nacer. Usualmente las manifestaciones se presentan 8 – 9 días postnacimiento; en la mayoría de los casos el bocio neonatal regresa espontáneamente, con test físicos y de función tiroidea normales hacia los 6 meses de edad. La tirotoxicosis neonatal es una enfermedad transitoria que usualmente dura entre 3 y 12

meses y los recién nacidos diagnosticados requieren manejo específico con tiomaidas, corticoides y beta bloqueadores. (Casey, B. Leveno, K. Thyroid disease in pregnancy. Obstetrics and Gynecology. 2006; 108 (5): 1283-1294)

TORMENTA TIROIDEA DEL EMBARAZO: Corresponde a una patología en el espectro de la enfermedad tiroidea considerada como emergencia tiroidea que se caracteriza por niveles bajos de TSH y niveles altos de fracción libre de tiroxina, asociado a síntomas como fiebre, taquicardia, temblor, nauseas, vómito, diarrea, deshidratación y alteración del estado de conciencia. Es una patología poco frecuente en el embarazo y su diagnóstico se realiza con la documentación de los síntomas clínicos en una paciente con criterios paraclínicos de hipertiroidismo. Como se considera una emergencia tiroidea, las pacientes requieren manejo en unidad de cuidado intensivo y el tratamiento específico consiste en el uso de propiltiuracilo en altas dosis, yodo sódico, corticoides, beta bloqueadores, fenobarbital y carbonato de litio, si se presenta anafilaxia al yodo. (Casey, B. Leveno, K. Thyroid disease in pregnancy. Obstetrics and Gynecology. 2006; 108 (5): 1283-1294)

TRIÁNGULO DE PAWLICK: Bifurcación del tubérculo vaginal en la cara anterior de la vagina, fue mencionado por primera vez por Karel J. Pawlik, ginecólogo de Praga (1849-1914).// 2. Es la proyección en la vagina del trígono vesical de Lietaud. En cada esquina superior se une el uréter con la vejiga, en el ángulo inferior se une la vejiga y la uretra. El ángulo inferior del triángulo de Pawlick corresponde al punto G o Área de Gräfenberg. // Ver más información del punto G en “Area de Gräfenberg”. (Araujo, AB, Mohr, BA, McKinlay, JB. Changes in sexual function in middle-aged and older men. J Am Geriatr Soc 2004; 52:1502)

TOXEMIA: Uno de los nombres dados al cuadro clínico complejo de la preeclampsia-eclampsia. Ver Preeclampsia.

TOXOPLASMOSIS: Es una enfermedad infecciosa ocasionada por el parásito Toxoplasma Gondii, que es un protozoario intracelular obligado. La toxoplasmosis puede ser aguda o crónica, sintomática o asintomática. La

infección aguda recientemente adquirida suele ser asintomática en niños mayores y adultos; y en caso de presentar síntomas y signos (enfermedad aguda) estos suelen ser de corta duración y autolimitados. La toxoplasmosis es una zoonosis de distribución mundial. Se infectan animales herbívoros, omnívoros o carnívoros, incluyendo casi todos los mamíferos. La infección se puede transmitir por vía oral a través de la ingesta de carnes o alimentos contaminados con ooquistes; la segunda forma de transmisión es la materno-fetal o congénita dando origen a la toxoplamosis congénita; otras formas de transmisión, menos frecuentes, son las transmisiones por transfusión de hemoderivados o recepción de órganos. El diagnóstico se realiza por la detección de títulos elevados de anticuerpos tipo Ig G o Ig M para establecer infección antigua o reciente. (SU, Ch., Howe, D., ET AL. Identification of quantitative trait loci controlling acute virulence in *Toxoplasma gondii.* Microbiology. 2002; 45: 285-9)

TOXOPLASMOSIS CONGÉNITA: Es una enfermedad infecciosa ocasionada por el parásito Toxoplasma Gondii que afecta entre 2 y 10 RN vivos. La infección es transmitida por vía transplacentaria y el riesgo de infección fetal depende de la edad gestacional de infección materna; si la infección ocurre en las primeras 10 semanas de gestación, el riesgo de infección congénita es del 2%. Si la infección ocurre entre semana 11 y 15, el riesgo de infección fetal es del 15%-20%. Si la infección ocurre entre semanas 16 a 28, el riesgo de infección fetal es del 30% al 55%. Si la infección ocurre entre semana 29 y 42, el riesgo de infección fetal es del 60% al 65%. Las consecuencias de la infección fetal en el primer trimestre son: aborto espontáneo en el 90% de los casos o signos de infección severa con el desarrollo de la triada clásica (Triada de Sabin) en el 10% restante. Las consecuencias de la infección fetal en el segundo y tercer trimestre incluye: retinocoroiditis en el 85% al 90% de los casos, calcificaciones intracerebrales, mastoiditis e infección del oido interno, retardo mental leve a moderado, infección de septos alveolares, septum interventricular, ventrículo derecho cardiaco, glomerulonefritis focal o restricción de crecimiento intrauterino. El diagnóstico se realiza a través de pruebas positivas maternas, con alteraciones fetales documentadas por

ultrasonografía y confirmación con PCR en líquido amniótico. El tratamiento incluye tres esquemas: 1) Espiramicina 3 millones de UI c/8 horas durante 3 semanas, sufadoxina+pirimetamina c/8 horas + ácido folínico 10 g/día, una vez por semana durante dos semanas; posteriormente se reinicia el ciclo con espiramicina. El tratamiento se realiza desde la semana 20 hasta el final de la gestación. 2) Sulfadoxina 500 mg + Pirimetamina 25 mg c/8 horas + acido folínico 10 gramos /día; el esquema se realiza cada 4 días desde la semana 20 hasta el final del embarazo. 3) Pirimetamina 2 tabletas c/12 horas los dos primeros días + sufadiazina 50 -100 mg/kg en dos dosis + ácido folínico 10 -20 mg/día; el esquema se realiza desde el segundo trimestre hasta el final del embarazo. (Peyron, F, Wallon, M, Liou, C, Garner, P. Treatments for toxoplasmosis in pregnancy. Cochrane Database Syst Rev 2000; :CD001684)

TOXOPLASMOSIS MATERNA: Es una enfermedad infecciosa ocasionada por el parásito Toxoplasma Gondii, que afecta a las mujeres en estado de embarazo. Se considera que el 47% de las mujeres gestantes en Colombia tiene anticuerpos positivos contra el parásito. La toxoplasmosis materna puede llevar a infección fetal conocida como Toxoplasmosis Congénita, que afecta entre 2-10 de cada 1000 RN vivos. La infección materna ocurre por exposición a ooquistes de heces secas de los gatos, ingesta de carne cruda infectada con quistes o, menos común, por transfusión de hemoderivados. Las manifestaciones clínicas incluyen varios cuadros clínicos: 1) Infección subclínicas, con mínimos síntomas o ausencia de síntomas. 2) Linfadenitis febril: desarrollo de linfadenopatía generalizada, malestar general, cefalea, fiebre, con duración de 4 semanas. 3) Cuadro gripal: síntomas gripales con duración aproximada de 10 días. 4) Meningoencefalitis: convulsiones, alteración del estado de conciencia, fiebre y linfadenopatías. 5) Forma exantemática: es la forma menos común pero la más severa, ocasionando la muerte materna en la mayoría de los casos. El diagnóstico se realiza con título de Ig G > 300 UI/ml o incremento en niveles seriados, Ig M positiva. El tratamiento de la infección materna se realiza con Espiramicina 3 mill UI c/8 horas via oral, desde la semana 11 de gestación hasta el final del embarazo. (Urueña, C. Flórez, D. Guía Práctica Clínica para el diagnóstico y

manejo de la toxoplasmosis gestacional. Revista colombiana de obstetricia y ginecología. 2003; 54 (3): 164-170)

TRABAJO DE PARTO: Evento fisiológico que se caracteriza por contracciones fuertes del útero, con cambios de dilatación y borramiento, después de cumplir las 20 semanas de gestación. // Proceso que se caracteriza por un patrón de contracciones uterinas regulares, sincrónicas con frecuencia, intensidad y duración adecuadas que generan cambios cervicales progresivos. // Es una secuencia coordinada de contracciones uterinas que tienen como objetivo la expulsión de los productos de la concepción. (Cunningham, FG. Gant, NF. Leven, K. Gilstrap, L. Hauth., J. Wenstrom K. Trabajo de parto y Parto Normales. Williams Obstetricia. 21° edición. Montevideo, Uruguay: Editorial Panamericana. 2001: 215 - 248)

TRABAJO DE PARTO FASE ACTIVA: Es la segunda fase del primer estadio del Trabajo de Parto comprendida entre dilatación cervical de 4 cm en las nulíparas y 5 cm en las multíparas hasta dilatación cervical completa (10 cm). Se divide en tres fases: fase de aceleración, fase de máxima pendiente y fase de desaceleración.// El trabajo de parto activo es el conjunto de cambios anatómicos y fisiológicos del útero que favorecen la expulsión del feto y el alumbramiento de la placenta. (Cunningham, FG. Gant, NF. Leven, K. Gilstrap, L. Hauth., J. Wenstrom K. Trabajo de parto y Parto Normales. Williams Obstetricia. 21° edición. Montevideo, Uruguay: Editorial Panamericana. 2001: 215 - 248)

TRABAJO DE PARTO, ANALGESIA EPIDURAL: Es la liberación del dolor producido por las contracciones uterinas, mediante la aplicación de un analgésico o de un anestésico en el espacio epidural o peridural. La vía de administración de la analgesia obstétrica es a través del espacio intervetebral lumbar, o a través del hiato sacro y el canal sacro para la analgesia epidular caudal. Usualmente se coloca un catéter en el espacio escogido para suministrar el medicamento de manera periódica, pues el periodo de efectividad del fármaco es menor al tiempo que dura el trabajo de parto. Otra variante es la infusión continua utilizando una bomba volumétrica. La analgesia epidural solo debe aplicarse a pacientes

escogidas que no toleren los dolores de las contracciones, pues no está exenta de potenciales inconvenientes relacionados con la prolongación del periodo expulsivo y con intolerancia al medicamento. Ver Analgesia Obstétrica. (Philip, J, Sharma, SK, Gottumukkala, VN, et al. Transient neurologic symptoms after spinal anesthesia with lidocaine in obstetric patients. Anesth Analg. 2001; 92:405)

TRABAJO DE PARTO ANALGESIA Y SEDACIÓN: Es la administración de uno o más medicamentos durante el trabajo de parto, con el propósito de aliviar el dolor y la angustia de la paciente. Aunque la mayor parte de las maternas tolera el dolor que se produce en el momento de máxima contracción uterina, muchas de ellas se muestran incapaces de soportar este tipo de malestares. Ocurre más frecuentemente entre las primigestantes, especialmente cuando comparten la sala de trabajo de parto con otra u otras pacientes que gritan durante las contracciones. Cuando la actividad uterina y la dilatación cervical producen mucho disconfort, generalmente es adecuado el uso de un narcótico como la meperidina más una de las drogas tranquilizantes, como la prometazina para aliviar el dolor. La madre debe descansar tranquila entre las contracciones bajo la guía de la persona que la atiende durante este periodo. Un aspecto importante al elegir el tipo de medicamento analgésico o sedante, es que el mismo sea completamente inocuo para el feto y no le produzca depresión respiratoria en el periodo post-nacimiento, pues le dificultaría la expulsión de las secreciones y la ventilación pulmonar normal. (Philip, J, Sharma, SK, Gottumukkala, VN, et al. Transient neurologic symptoms after spinal anesthesia with lidocaine in obstetric patients. Anesth Analg. 2001; 92:405)

TRABAJO DE PARTO, BLOQUEO PARACERVICAL: Es la aplicación de un anestésico local en las caras laterales del cuello, muy cerca de los parametrios, para aliviar los dolores y el malestar que producen las contracciones uterinas durante el trabajo de parto. Si se compara el cuello con un reloj, se aplican 5 a 10 ml de lidocaína o de cloroprocaína a las 3 y a las 9 horas. Un inconveniente de esta técnica es la necesidad de repetir la aplicación de los anestésicos pues el efecto es relativamente corto. Ha habido comunicaciones que muestran la asociación entre este tipo de

anestesia, la disminución del Apgar y algunas muertes fetales, aunque no se ha podido demostrar la relación causa efecto entre ellas. El problema podría originarse como consecuencia de la transferencia placentaria del agente anestésico o de sus metabolitos, con la consecuente depresión de la función miocárdica fetal. (Philip, J, Sharma, SK, Gottumukkala, VN, et al. Transient neurologic symptoms after spinal anesthesia with lidocaine in obstetric patients. Anesth Analg. 2001; 92:405)

TRABAJO DE PARTO, BLOQUEO PUDENDO: Es la anestesia del territorio perineal inervado por el nervio pudendo interno, con el propósito de procurar analgesia en el trabajo de parto. Puede utilizarse solo o como complemento de la analgesia peridural. Se emplea un trocar especialmente diseñado para este fin, por entre el cual se guía una aguja calibre 22 de 15 cm. de longitud que permita que sobresalga 1 a 5 cm afuera de su extremo, a través de la cual se aplica lidocaína o cloroprocaína, muy cerca de las espinas isquiáticas. Este método es relativamente fácil y eficaz. Hay dos riesgos conocidos para esta técnica: que el anestésico se aplique por vía intravascular, en cuyo caso puede producir convulsiones a la madre por toxicidad sistémica severa y estimulación cortical; la otra probabilidad indeseable es la producción de un hematoma por la punción de los vasos próximos al nervio pudendo. (Philip, J, Sharma, SK, Gottumukkala, VN, et al. Transient neurologic symptoms after spinal anesthesia with lidocaine in obstetric patients. Anesth Analg. 2001; 92:405)

TRABAJO DE PARTO, CONDUCCIÓN: El refuerzo o incremento o conducción, se refieren a la estimulación de las contracciones mediante el uso de oxitocina en infusión, cuando la actividad uterina espontánea ha producido cambios en el cuello, pero la frecuencia es menor de tres en 10 minutos, o la intensidad es de mala calidad o la duración es mucho menor de 40 segundos y se prevé un trabajo de parto muy lento. Cuando se decide iniciar la conducción y la presentación ya está fijada en el canal del parto, parece ventajoso romper membranas para acelerar el trabajo de parto. Si la presentación está flotante debe evitarse la amniotomía por el grave riesgo de prolapso del cordón. . En el único estudio al azar realizado hasta la fecha Rouse y col. (1994) hallaron que el agregado de una

amniotomía al incremento con oxitocina acortaba el trabajo de parto en 44 minutos, pero también aumentaba en forma significativa la incidencia de corioamnionitis.// Sin. Refuerzo del trabajo de parto, Incremento del trabajo de parto. (Cunningham, FG. Gant, NF. Leven, K. Gilstrap, L. Hauth., J. Wenstrom K. Trabajo de parto y Parto Normales. Williams Obstetricia. 21° edición. Montevideo, Uruguay: Editorial Panamericana. 2001: 215 - 248)

TRABAJO DE PARTO, DETENCIÓN DEL: Es la falta de dilatación o de borramiento una vez que se habían logrado avances en una o ambas modificaciones del cuello como consecuencia de las contracciones uterinas, en una materna que había empezado la fase activa del trabajo de parto. Se ha llegado a la conclusión de que una clasificación más práctica consiste en dividir las anormalidades del ritmo del trabajo de parto en a- Más lento que lo normal (trastorno de prolongación) y b- Detención completa de la progresión (trastorno de detención). Friedman (1972) definió la detención como el cese completo de la dilatación o del descenso. La detención de la dilatación fue definida como 2 horas sin cambio cervical y la detención del descenso como 1 hora sin descenso fetal. Para calificar adecuadamente una paciente con uno de estos trastornos, debe tener por lo menos 4 cm de dilatación y estar en la fase activa del trabajo de parto, con el fin de evitar la confusión en las señoras que se encuentran en la fase de latencia. Algunos autores emplean el término “falta de progresión” como sinónimo de detención del trabajo de parto. Friedman encontró que el 45% de las pacientes con detención del trabajo de parto tenían desproporción cefalopélvica. (Norwitz, E. Robinson, J. Induction of labor. Gabbe Obstetrics. 4th ed. New York: Churchill Livingstone. 2002. 353 – 394)

TRABAJO DE PARTO, DISFUNCIÓN UTERINA: Es el trastorno o conjunto de trastornos relacionados con la fisiología miometrial, que llevan a detención del avance de la dilatación y borramiento, ya que una de las principales característica del trabajo de parto normal es su progreso. En la actualidad se definen dos tipos de disfunción uterina: a- La hipotónica, en la cual la frecuencia de las contracciones es normal y sincrónica pero la intensidad de cada una de ellas es incapaz de ejercer presión efectiva sobre el cuello y por lo tanto el borramiento y la dilatación son muy lentos. b- La

hipertónica, en la cual el tono basal y las contracciones tienen adecuada intensidad, pero son ineficaces pues el patrón de desplazamiento de la fuerza contráctil está distorsionado por trastorno del gradiente de presión que lleva por ejemplo a que la contracción del segmento medio sea mayor que la del fondo uterino, o que las fuerzas originadas en los cuernos sean asincrónicas y no se sumen entre sí. En esta segunda opción se pueden presentar ambas alteraciones simultáneamente. El diagnóstico de disfunción uterina durante la fase de latencia es difícil y algunas veces sólo puede establecerse en forma retrospectiva. Uno de los errores más comunes consiste en tratar por una disfunción uterina a mujeres que todavía no están en trabajo de parto activo. La principal ventaja de identificar a tiempo una disfunción uterina es evitar un trabajo de parto prolongado que inadecuadamente manejado, conduce al incremento de complicaciones que se manifiestan en mayor morbilidad materna y fetal. (Norwitz, E. Robinson, J. Induction of labor. Gabbe Obstetrics. 4th ed. New York: Churchill Livingstone. 2002. 353 – 394)

TRABAJO DE PARTO EN FASE ACTIVA: Es la segunda fase del primer estadio del Trabajo de Parto comprendida entre dilatación cervical de 4 cm en las nulíparas y 5 cm en las multíparas hasta dilatación cervical completa (10 cm). Se divide en tres fases: fase de aceleración, fase de máxima pendiente y fase de desaceleración. Luego de la fase de latencia el trabajo de parto entra en la fase activa cuando la dilatación es de 4 cm y el ritmo de dilatación alcanza 1,2 cm / hora en las mujeres nulíparas y 1,5 cm / hora en las multíparas. De esta manera se considera que la fase de latencia es el umbral para la fase activa. Durante este periodo el borramiento y la dilatación son más activos. El descenso comienza durante un estadio más avanzado de la dilatación activa, se inicia aproximadamente a los 7-8 cm en las nulíparas y se torna más rápido después de los 8 cm. Es necesario tener en cuenta que la paciente debe tener las características de dinámica uterina del trabajo de parto, es decir, tener mínimo 3 contracciones en 10 minutos de buena intensidad y duración. (Norwitz, E. Robinson, J. Induction of labor. Gabbe Obstetrics. 4th ed. New York: Churchill Livingstone. 2002. 353 – 394)

TRABAJO DE PARTO EN FASE DE LATENCIA: Es la primera fase del primer estadio del Trabajo de Parto comprendida entre el inicio de la actividad uterina espontánea y regular hasta dilatación cervical de 4 cm en las nulíparas y 5 cm en las multíparas. El comienzo de la fase de latencia del trabajo de parto se define de acuerdo con Friedman (1972) como el punto en el cual la madre percibe contracciones regulares y el cuello tiene 3 a 4 cm de dilatación. Esta fase suele acompañarse de ablandamiento y leve a moderado borramiento del cuello. La fase de latencia normal dura alrededor de 8 horas con un máximo 20 horas en las nulíparas y máximo 14 horas en las multíparas. Cuando supera el tiempo mencionado se habla de fase de latencia prolongada. (Norwitz, E. Robinson, J. Induction of labor. Gabbe Obstetrics. 4th ed. New York: Churchill Livingstone. 2002. 353 – 394)

TRABAJO DE PARTO, ESTADIOS: Un estadio es cada uno de los tres periodos en que se divide el trabajo de parto. Cada estadio tiene eventos propios y tiempos límites para ser considerados normales. El primer estadio del trabajo de parto se inicia en el momento en que aparecen las contracciones capaces de borrar y dilatar el cuello y termina cuando el cuello se ha dilatado hasta 10 cm y se ha borrado al 100%. El segundo estadio del trabajo de parto se inicia con la dilatación completa y el borramiento del 100% y termina con la expulsión del feto. El tercer estadio empieza en el momento que se expulsa completamente el feto y termina en el momento en que se expulsan o se extraen la placenta y sus membranas. (Norwitz, E. Robinson, J. Induction of labor. Gabbe Obstetrics. 4th ed. New York: Churchill Livingstone. 2002. 353 – 394)

TRABAJO DE PARTO EUTÓCICO: (gr. eu: normal, verdadero; gr. tokos: parto).Conjunto de características y eventos que acompañan al trabajo de parto normal. Para que un trabajo de parto eutócico conduzca a un parto sin dificultades se requieren: a-Pelvis de la madre ginecoide, b-Feto de características anatómicas y peso normales, c-Contracciones uterinas eficaces, d-Borramiento y dilatación cervical adecuadas.e-Descenso del feto por el canal del parto sin tropiezos. (Norwitz, E. Robinson, J. Induction of labor. Gabbe Obstetrics. 4th ed. New York: Churchill Livingstone. 2002. 353 – 394)

TRABAJO DE PARTO, FASE DE LATENCIA PROLONGADA: Friedman y Sachtleben (1963) definieron una fase prolongada de latencia como la presencia de contracciones regulares, con dilatación de 3 a 4 cm, que dura más de 20 horas en la mujer nulípara y más de 14 horas en la mujer multípara. (Norwitz, E. Robinson, J. Induction of labor. Gabbe Obstetrics. 4th ed. New York: Churchill Livingstone. 2002. 353 – 394)

TRABAJO DE PARTO, INDUCCIÓN: Es el inicio de las contracciones uterinas y de los cambios cervicales mediante el uso de medicamentos, en una gestante que ingresa con el cuello largo, posterior y cerrado y sin evidencia de actividad uterina. En la actualidad se realiza la inducción con misoprostol más oxitocina, prostaglandina más oxitocina, o solo con oxitocina. La inducción del trabajo de parto implica la estimulación de las contracciones antes del comienzo espontáneo del trabajo de parto, con membranas rotas o sin éstas. (Norwitz, E. Robinson, J. Induction of labor. Gabbe Obstetrics. 4th ed. New York: Churchill Livingstone. 2002. 353 – 394)

TRABAJO DE PARTO NORMAL: El trabajo de parto normal se caracteriza por un mínimo de tres contracciones cada 10 minutos que promedian más de 25 mm Hg y menos de 4 minutos de intervalo entre contracciones. Una actividad uterina de menor frecuencia o calidad de las contracciones se asocia con la detención del trabajo de parto activo. Hauth y col. (1986) cuantificaron las presiones de contracción uterinas en 109 mujeres de término que recibieron oxitocina para inducir el trabajo de parto o aumentarlo. La mayoría de estas mujeres con trabajo de parto exitosamente estimulado alcanzaron 200 a 225 unidades Montevideo, y el 40% tuvieron hasta 300 unidades Montevideo para efectuar el parto. Los autores sugirieron que estos niveles de actividad uterina deben ser controlados antes de considerar la cesárea por presunta distocia, recomendación adoptada por el American College of Obstetricians and Gynecologists (1995). (Norwitz, E. Robinson, J. Induction of labor. Gabbe Obstetrics. 4th ed. New York: Churchill Livingstone. 2002. 353 – 394)

TRABAJO DE PARTO PRETÉRMINO: Dinámica uterina igual o mayor a la descrita para la definición de amenaza de parto prematuro, pero con

modificaciones cervicales tales como borramiento del cérvix mayor al 50% y una dilatación de 4 cm. o más. (Revista. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá 2003, 22 (1))// (Oyarzún E. Parto Prematuro. Clínicas Perinatológicas Argentinas 1996/1997; 1:32-76).

TRABAJO DE PARTO, PARTOGRAMA: Es un plano gráfico en el cual se van introduciendo hora a hora los datos de dilatación, borramiento y descenso de la presentación al lado de la paciente que está en trabajo de parto. Este partograma ideado por la Organización Mundial de la Salud tiene por objetivo principal la detección oportuna de los trastornos de la fase de latencia, o de cualquiera de las características de la fase activa del trabajo de parto, mediante la elaboración de una curva que incluye líneas de alerta y de acción, para facilitar la toma de decisiones por parte de quien atiende a la materna. En el partograma debe ser fácil detectar el retardo en la dilatación (menos de 1 cm/hora durante un mínimo de 4 horas), la fase de latencia prolongada(cuya duración promedio debe ser de 8 horas), y el descenso de la presentación (mínimo 1 cm/hora). (Norwitz, E. Robinson, J. Induction of labor. Gabbe Obstetrics. 4th ed. New York: Churchill Livingstone. 2002. 353 – 394)

TRABAJO DE PARTO, PERIODO EXPULSIVO ó SEGUNDO PERIODO: Es el periodo comprendido entre el momento en que la dilatación llega de 10 cm y ocurre el nacimiento. Su duración media es de 50 minutos en nulíparas y de 20 minutos en multíparas, pero también es altamente variable. En una mujer con mayor paridad y una vagina y un periné previamente dilatados dos o tres pujos después de la dilatación cervical completa pueden ser suficientes para el parto completo. Por otra parte en una mujer con una pelvis contraída o un feto grande o con alteración de la fuerza expulsiva por analgesia de conducción o una intensa sedación, el segundo estadio puede ser anormalmente prolongado. Kilpatrick y Laros (1989) informaron que el segundo estadio antes de la expulsión fetal espontánea, era alargado en promedio aproximadamente 25 minutos por la analgesia regional. pag.392-393-394 Kilpatrick y Laros (1989) informaron que la duración media del primero y segundo estadio del trabajo de parto era de aproximadamente 9 horas en las mujeres nulíparas sin anestesia

regional y que el límite superior del percentilo 95 era de 18,5 horas. Los tiempos correspondientes a las mujeres multíparas consistieron en una media de aproximadamente 6 horas con un percentilo 95 era de 13,5 horas. Estos autores definieron el comienzo del trabajo de parto como el momento en que la mujer registró contracciones dolorosas regulares cada 3 a 5 minutos y que llevaron a una modificación cervical. No se indicó la dilatación cervical en el momento de la internación. (Norwitz, E. Robinson, J. Induction of labor. Gabbe Obstetrics. 4th ed. New York: Churchill Livingstone. 2002. 353 – 394)

TRABAJO DE PARTO POSICIÓN MATERNA: Es la actitud corporal que asume la materna durante el la fase activa del trabajo de parto o durante el periodo expulsivo. No hay acuerdo entre los expertos acerca de los beneficios potenciales que aporte una u otra posición sobre el progreso del trabajo de parto, la percepción del dolor y el bienestar fetal (Carlson y col.,1986). De acuerdo con Miler (1983), las contracciones uterinas ocurren con mayor frecuencia pero con menor intensidad con la madre en posición supina en comparación con el decúbito lateral. Hay informes contradictorios acerca de este tema. Unos investigadores informan mejoría de la intensidad de las contracciones en la posición sentada, en decúbito lateral y de pie. Otros (Lupe y Gross, 1986) encuentran que ni una ni otra posición modifican el curso del trabajo de parto. Durante el acmé de la contracción uterina en el periodo expulsivo, las maternas asumen instintivamente la posición semiacostada (Fowler). Entre las indígenas es común la posición de cuclillas al momento del parto. (Norwitz, E. Robinson, J. Induction of labor. Gabbe Obstetrics. 4th ed. New York: Churchill Livingstone. 2002. 353 – 394)

TRABAJO DE PARTO PRECIPITADO: Reciben este nombre el trabajo de parto y el parto que ocurre de manera inusualmente rápida, antes de 3 horas de iniciado. Las causas del mismo pueden ser la baja resistencia del piso pélvico en las grandes multíparas o en las maternas con trastornos que aumentan la relajación del tejido colágeno, las contracciones uterinas muy fuertes y la excesiva respuesta a la infusión de oxitocina. El parto precipitado puede tener consecuencias no deseadas sobre el recién nacido y sobre la madre. Se ha informado mayor frecuencia de hemorragias

intracraneanas en estos recién nacidos respecto a quienes han tenido un parto de duración normal. Existe la posibilidad de que hagan un parto que los expulse fuera de la camilla del parto y sufran trauma corporal. La madre puede sufrir ruptura uterina, desgarros cervicales, vaginales o perineales de gran extensión y aún embolía del líquido amniótico. Otra complicación rara es la atonía uterina postparto. (Cunningham, FG. Gant, NF. Leven, K. Gilstrap, L. Hauth., J. Wenstrom K. Distocia: Trabajo de parto Anormal y Desproporción Fetopelviana. Williams Obstetricia. 21° edición. Montevideo, Uruguay: Editorial Panamericana. 2001: 367 – 375)

TRABAJO DE PARTO PRIMER ESTADIO (DILATACIÓN): Es el periodo del trabajo de parto en el cual el cervix disminuye su longitud (borramiento) y aumenta la dilatación del canal cervical que llegará a su máximo nivel cuando alcance los 10 cm. Este primer estadio del trabajo de parto se conoce como estadio de dilatación y borramiento y se subdivide en dos fases: Fase activa y Fase de Latencia. Friedman dividió la fase de dilatación en tres estadios: a-Fase preparatoria b-fase de dilatación y c-fase pelviana. En la fase de preparación ocurren cambios bioquímicos del tejido conjuntivo en el cuello que facilitan su adelgazamiento y dilatación sin desgarrarse. En la fase de dilatación el canal expulsa el tapón mucosanguíneo y aumenta su diámetro a razón de 1,2 a 1,5 cm por hora. La fase pelviana es de desaceleración de la dilatación, durante la cual ocurren el encaje, la flexión, el descenso, la rotación interna, la extensión y la rotación externa de la cabeza fetal. Se definen dos fases de dilatación cervical: la fase de latencia corresponde a la división preparatoria y la fase activa de la dilatación. A su vez Friedman subdividió la fase activa en tres momentos: la fase de aceleración, la fase de pendiente máxima y la fase de desaceleración. (Norwitz, E. Robinson, J. Induction of labor. Gabbe Obstetrics. 4th ed. New York: Churchill Livingstone. 2002. 353 – 394)

TRABAJO DE PARTO PROLONGADO O CON TRASTORNO DE LA PROLONGACIÓN: Es el progreso de la dilatación, borramiento y descenso de la presentación a un ritmo menor al normal. Para calificar adecuadamente una paciente con uno de estos trastornos, debe tener por lo menos 4 cm de dilatación y estar en la fase activa del trabajo de parto, con

el fin de evitar la confusión en las señoras que se encuentran en la fase de latencia. Friedman (1972) definió la prolongación en las nulíparas como un ritmo lento de dilatación cervical menor a 1,2 cm/hora o un descenso de la presentación menor a 1 cm/hora. En las multíparas definió el trabajo de parto prolongado como dilatación cervical menor a 1,5 cm/hora o descenso de la presentación menor a 2cm/hora. Friedman halló que aproximadamente el 30% de las mujeres con trastornos de prolongación tenían una desproporción cefalopelviana. (Norwitz, E. Robinson, J. Induction of labor. Gabbe Obstetrics. 4th ed. New York: Churchill Livingstone. 2002. 353 – 394)

TRABAJO DE PARTO, PUJO DURANTE EL: Una vez iniciado el segundo periodo del trabajo de parto, la paciente realiza intensos esfuerzos de pujo cada vez que el útero se contrae. Este es el mecanismo de valsalva, tan importante en este evento fisiológico. Típicamente la mujer en trabajo de parto inhala profundamente, cierra la glotis y contrae la musculatura abdominal repetidamente con energía para generar una mayor presión intraabdominal durante las contraccione. La fuerza generada por las contracciones del útero y la musculatura abdominal impulsa el feto hacia abajo. La maniobra de Kristeller, bien realizada por una persona con experiencia, resulta de mucha utilidad en los casos en que la paciente llega agotada al parto. (Norwitz, E. Robinson, J. Induction of labor. Gabbe Obstetrics. 4th ed. New York: Churchill Livingstone. 2002. 353 – 394)

TRANSEXUALISMO: Es la firme creencia que tiene un individuo de pertenecer al sexo anatómicamente contrario. Parece ser más frecuente en hombres que se sienten mujeres dentro del cuerpo que no les corresponde. Estos individuos mentalmente viven como del sexo opuesto, por esta razón suelen solicitar que se les haga cambios quirúrgicos en los genitales. Puesto que el género no se establece solo por la apariencia de los genitales, estas personas deben ser asesoradas no solo por los cirujanos que intervienen en las cirugías de cambio de apariencia externa (ginecólogos, urólogos, cirujanos plásticos, etc) sino por psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales, etc que deben participar como equipo no solo antes de la reasignación quirúrgica del sexo sino en la etapa posterior

de adaptación a las nuevas condiciones sociales. // Una persona transexual encuentra que su identidad sexual está en conflicto con su anatomía sexual. Es decir, se produce una disconformidad entre su sexo biológico y su sexo social y el sexo psicológico. Una mujer transexual es aquella que nace con anatomía masculina y un hombre transexual es el que nace con anatomía femenina. Es decir, se les designa por el sexo con el que se sienten identificados y no por el sexo al que al nacer corresponden, por ejemplo, sus genitales. En estas personas suele darse el deseo de modificar las características sexuales que no se corresponden con el sexo con el que se sienten identificados. Por eso, algunas de estas personas suelen pasar por un proceso de reasignación de sexo, que puede incluir o no una cirugía de reconstrucción genital, mal llamada operación de "cambio de sexo". Los términos y conceptos en torno a la transexualidad no están muy consensuados de momento, sobre todo porque se trata de una minoría poco atendida y estudiada. De hecho, probablemente los mayores esfuerzos por avanzar en su estudio están surgiendo por parte de la misma comunidad de personas transexuales. Sin embargo, en esta misma comunidad tampoco existe un consenso con respeto a los términos.Hasta las características para considerar a una persona como persona transexual son debatidas. Algunos piensan que para considerar a alguien transexual debe haber pasado por operaciones quirúrgicas de reconstrucción genital o -al menos- haber comenzado la terapia hormonal. Otros incluso consideran que una persona transexual es aquella que ha completado su proceso de reasignación de sexo. Sin embargo, lo más común es que se considere transexual a la persona que simplemente encuentra una disconformidad entre su sexo psicológico y algunos o todos los demás caracteres sexuales.El género gramatical de los términos utilizados para describir a las personas transexuales siempre se refieren al sexo de destino, es decir, al sexo con el que se sienten identificados. Por ejemplo, un hombre transexual es alguien que fue identificado como mujer al nacer debido a sus genitales, pero que se identifica como hombre. Sinónimos: Se debate si la forma más correcta de denominar a la transexualidad es transexualismo, transgénero, transgenerismo o incluso síndrome de Harry Benjamin(en honor al médico alemán-1885-1986-, pionero en la cirugía para reasignación del sexo

anatómico). La palabra "travesti" en general es considerada ofensiva, ya que confunde los términos de travestismo y transexualidad. En vez de "transexual", algunas personas prefieren decir "transexualizada/o", puesto que piensan que el término *-sexual* (contenido en "transexual") da lugar a confusiones. Otra justificación dada para esta preferencia es que sienten que es una palabra más en línea con el término "intersexual", dado que muchos grupos transexuales acogen a las personas intersexuales en su grupo puesto que piensan tienen mucho en común. (Pera-Bajo FJ, Marote-Gonzalez RM, Baladia-Olmedo C, Garcia-Andrade C. Current aspects of transsexuality and their medicolegal implications. Med Clin (Barc). 2006 May 20;126(19):750-3)

TRANSFERENCIA INTRA-TUBÁRICA DE CIGOTOS (ZIFT): Corresponde a una técnica de reproducción asistida que consiste en la colocación de cigotos en las trompas de Falopio. Esta técnica fue descrita por *Devroey* en 1986. Esta técnica requiere la aspiración ovocitaria por vía transvaginal y el inicio de fecundación in vitro, de tal forma que los pre-embriones alcancen las primeras 24 horas de desarrollo, momento en el que se han formado 2 pronúcleos y se han extruido 2 corpúsculos polares, que caracteriza la fase del desarrollo conocida como cigoto. Una vez obtenidos los cigotos se realiza la transferencia; este procedimiento se puede realizar por vía transvaginal o por vía laparoscópica. (Guidelines on the number of embryos transferred. Fertil Steril 2004; 82:773)

TRANSFERENCIA INTRA-TUBÁRICA DE EMBRIONES (TET): Corresponde a una técnica de reproducción asistida que consiste en la colocación de embriones a nivel de las trompas de Falopio. Es una variante de la transferencia intratubárica de cigotos, que fue introducida por *Balmaceda* en 1988. Esta técnica requiere la aspiración ovocitaria por vía transvaginal y el inicio de fecundación in vitro, y se permite a los cigotos que continúen su crecimiento hasta alcanzar la etapa de embriones, es decir, 4 a 6 células o blastómeras; de esta forma se realiza la transferencia aproximadamente 48 horas después de la aspiración ovocitaria. (Guidelines on the number of embryos transferred. Fertil Steril 2004; 82:773).// Es una técnica que consiste en realizar un proceso de fertilización in vitro

convencional pero con posterior transferencia embrionaria a nivel tubárica mediante laparoscopia o histeroscópica de acuerdo a la preferencia del grupo de intervención. (Shevell, T. Malone, F. Vidaver, J. Porter, T. Assited Reproductive Technology and Pregnancy Outcome. Obstetrics and Gynecology. 2005; 101 (5): 1039-1045 / De Ziegler, D. Romoscano, I. Ventura, P. Ibecheloe, V. In Vitro Fertilization. Clinical Obstetrics and Gynecology. 2006; 49 (1): 93—16)// Sinónimo: TET

TRANSFERENCIA INTRA-TUBARICA DE GAMETOS (GIFT): Corresponde a una técnica de reproducción asistida que consiste en la colocación de gametos masculinos (espermatozoides) a nivel de la trompa de Falopio, para permitir la unión de los gametos o fecundación en forma natural. Esta técnica fue realizada por primera vez por *Asch* y popularizada en 1985. La técnica se fundamenta en facilitar la inseminación cerca del lugar donde normalmente ocurre la fecundación natural, permitiendo de esta manera el desarrollo y crecimiento del embrión in vivo. El proceso requiere la capacitación del semen en el laboratorio aproximadamente 2 horas antes de su inseminación y es necesario obtener mínimo 150000 espermatozoides por ovocito. La transferencia se puede realizar por vía transvaginal, a través de la inserción de un catéter que se lleva hasta el ostium de la trompa permeable, o por vía laparoscópica. (Guidelines on the number of embryos transferred. Fertil Steril 2004; 82:773).// Es una técnica diseñada por el grupo de Ricardo Asch en San Antonio, Texas en 1986. Consiste en inyectar dentro de la trompa uterina un conjunto de ovocitos y espermatozoides previamente capacitados, con el objetivo de facilitar su fusión y lograr la fertilización de forma espontánea. Requiere una evaluación tubárica previa completamente normal, pero tiene la desventaja de no poder evaluar el proceso de fertilización en el laboratorio para escoger los mejores embriones y por lo tanto es susceptible de formación de preembriones con anomalías. (Shevell, T. Malone, F. Vidaver, J. Porter, T. Assited Reproductive Technology and Pregnancy Outcome. Obstetrics and Gynecology. 2005; 101 (5): 1039-1045 / De Ziegler, D. Romoscano, I. Ventura, P. Ibecheloe, V. In Vitro Fertilization. Clinical Obstetrics and Gynecology. 2006; 49 (1): 93—16)// Sinónimo: GIFT

TRANSFERENCIA INTRATUBARICA DE ZIGOTOS O DEL ESTADO PRONUCLEAR (ZIFT o PROST): Es una variante de la GIFT en combinación con la fertilización in vitro convencional. Consiste en realizar la transferencia de los cigotos formados en las trompas uterinas, justamente en el momento en que la fecundación ha existido, pero sin haberse completado la primera división celular del pre-embrión. (Shevell, T. Malone, F. Vidaver, J. Porter, T. Assited Reproductive Technology and Pregnancy Outcome. Obstetrics and Gynecology. 2005; 101 (5): 1039-1045 / De Ziegler, D. Romoscano, I. Ventura, P. Ibecheloe, V. In Vitro Fertilization. Clinical Obstetrics and Gynecology. 2006; 49 (1): 93—16)

TRANSFERENCIA INTRA-UTERINA DE EMBRIONES: Corresponde a una técnica de reproducción asistida que permite la colocación de embriones obtenidos por Fertilización In Vitro, a nivel de la cavidad uterina. El proceso consiste en pasar una guía a través del cérvix llegando hasta el fondo uterino, a través del cual se pasa el catéter que se encuentra conectado a una jeringa de insulina que contiene los embriones e instilar la solución para dejarlo a nivel del fondo uterino o 2 cm antes. Este proceso se indica usualmente cuando los embriones se encuentran en el periodo de 4 a 6 células o blastómeras, es decir, aproximadamente 2 a 3 días después de la fecundación realizada in vitro. Actualmente se tiene por norma la transferencia de máximo 2 embriones de buena calidad, con el fin de disminuir la tasa de embarazo múltiple y todos los riesgos que este conlleva. Este procedimiento se lleva a cabo en el 74% de los casos de reproducción asistida. (Guidelines on the number of embryos transferred. Fertil Steril 2004; 82:773).

TRANSFUSIÓN GEMELO-GEMELO: Ver Síndrome de Transfusión Gemelo-Gemelo

TRANSLUCENCIA NUCAL: Ver Sonolucencia nucal

TRANSLOCACIÓN CROMOSÓMICA: Es una mutación cromosómica en la cual dos cromosomas no homólogos intercambian segmentos cromosómicos. Afecta a 1 de cada 5000 individuos. En ginecología la translocación cromosómica es una de las principales causas de pérdida del

embarazo antes de la semana 10 de gestación. Afectando al 2 – 4% de las parejas en edad reproductiva. Se subclasifica en Translocaciones Recíprocas (60%) y Robertsonianas (40%) (Regan, L. Recurrent miscarriage. The Lancet. 2006; 368: 601-611)

TRANSLOCACIÓN CROMOSÓMICA RECÍPROCA: Hace referencia al intercambio recíproco entre dos cromosomas no homólogos; es decir, los cromosomas implicados son donantes y a su vez, receptores de material genético de cada uno de ellos. Los cromosomas anormales resultantes reciben el nombre de cromosomas derivados. Los cromosomas implicados usualmente son el 13-14 o 14-21. El portador de este tipo de mutación cromosómica es por lo común, fenotípicamente normal, pero existe riesgo de producción de gametos desequilibrados y alteraciones fenotípicas en la descendencia. (Regan, L. Recurrent miscarriage. The Lancet. 2006; 368: 601-611)

TRANSLOCACIÓN CROMOSÓMICA ROBERTSONIANA: Hace referencia al intercambio no recíproco de material genético entre dos cromosomas no homólogos. Esta mutación cromosómica está restringida a los cromosomas 13, 14, 15, 21 y 22. Usualmente los portadores presentan un fenotipo normal, porque los brazos cortos de los cromosomas acrocéntricos implicados tienen copias redundates de los genes de RNA ribosómico; sin embargo, existe el riesgo de fenotipo anormal en la descendencia. Cuando un gameto con translocación robertsoniana se combina con un gameto normal del otro progenitor, el resultado es un embrión desequilibrado que es parcialmente monosómico para un cromosoma y parcialmente trisómico para el otro. (Regan, L. Recurrent miscarriage. The Lancet. 2006; 368: 601-611)

TRANSPOSICIÓN DE GRANDES VASOS FETALES: Es un defecto cardíaco congénito con un incidencia estima en 2 por 10.000 RN vivos. Se caracteriza por una discordancia aurículas-ventrículos o ventrículo – arteria, de acuerdo al tipo. Se clasifica en dos grupos: a-Completa y b- Corregida. El diagnóstico se realiza in útero a través de la combinación de ultrasonografía en modo B + Doppler color identificando la discordancia

presente en la imagen de cuatro cámaras y eje largo del corazón fetal; se observan los grandes vasos saliendo en forma paralela de la base del corazón. In útero, ninguno de los dos defectos presenta compromiso hemodinámico, sin embargo, en la vida postnatal, la TGV completa está asociado con hipoxemia severa no compatible con la vida extrauterina, mientras que la TGV corregida no presenta implicaciones hemodinámicas mayores, ya que la sangre que entra a la aurícula izquierda, termina saliendo por la arteria aorta y de allí distribuída, a pesar de que la arteria salga del ventrículo incorrecto. (Atallah, J. Robertson, M. Images in Congenital Heart disease. Right arch and bilateral arterial ducts in a patient with discordant atrioventricular connections with pulmonary atresia and non-confluent pulmonary arteries. Cardiol Young. 2007;17(1):111-2)

TRANSPOSICIÓN DE GRANDES VASOS FETALES, VARIEDAD COMPLETA: Es un defecto cardíaco congénito con un incidencia estima en 2 por 10.000 RN vivos. Se caracteriza por una discordancia aurículas-ventrículos o ventrículo – arteria, de acuerdo al tipo. La variedad completa se caracteriza por una discordancia aurícula–ventrículo con concordancia ventrículo – arteria, es decir, la aurícula derecha se comunica con el ventrículo izquierdo del cual sale la arteria aorta, y la aurícula izquierda se comunica con el ventrículo derecho del cual sale la arteria pulmonar. (Atallah, J. Robertson, M. Images in Congenital Heart disease. Right arch and bilateral arterial ducts in a patient with discordant atrioventricular connections with pulmonary atresia and non-confluent pulmonary arteries. Cardiol Young. 2007;17(1):111-2)

TRANSPOSICIÓN DE GRANDES VASOS FETALES, VARIEDAD CORREGIDA: Es un defecto cardíaco congénito con un incidencia estima en 2 por 10.000 RN vivos. Se caracteriza por una discordancia aurículas-ventrículos o ventrículo – arteria, de acuerdo al tipo. En la variedad corregida hay discordancia aurícula – ventrículo y ventrículo – arteria, es decir, la aurícula derecha se comunica con el ventrículo izquierdo del cual emerge la arteria pulmonar, y la aurícula izquierda se comunica con el ventrículo derecho del cual emerge la arteria aorta. (Atallah, J. Robertson, M. Images in Congenital Heart disease. Right arch and bilateral arterial

ducts in a patient with discordant atrioventricular connections with pulmonary atresia and non-confluent pulmonary arteries. Cardiol Young. 2007;17(1):111-2)

TRANSFUSIÓN GEMELO A GEMELO: Ver Síndrome de transfusión gemelo a gemelo.

TRANSMISIÓN (en ecografía): Es el fenómeno físico en el cual parte del haz de ultrasonido que incide una interfase, atraviesa dicha interfase y continúa con la misma dirección con la cual incidió. (Walton, P. Jamieson, A. The expanding role of diagnostic ultrasound in obstetrics and gynecology. Surg Gynecol Obstet. 2001; 137 (5): 753-757)

TRANSVESTISMO: Es una conducta en que la persona experimenta placer sexual vistiendo prendas del sexo opuesto. A medida que la moda ha hecho que hombres y mujeres luzcan prendas similares el transvestismo se ha hecho más selectivo a prendas de uso íntimo. La mayor parte de los transvestistas son hombres heterosexuales. Hay una referencia en la biblia que condena esta práctica por "ser abominable a los ojos de Dios" (Deuteronomio 22:5). // Sinónimo: Eonismo. (Pera-Bajo FJ, Marote-Gonzalez RM, Baladia-Olmedo C, Garcia-Andrade C. Current aspects of transsexuality and their medicolegal implications. Med Clin (Barc). 2006 May 20;126(19):750-3)

TRAQUELECTOMÍA: Ablación quirúrgica del cuello uterino redundante cuando la paciente presenta un traquelocele. // Extirpación quirúrgica del cuello uterino cuando la longitud del mismo lo hace sobresalir por el introito vaginal. El traquelocele se favorece cuando la conformación del útero es de aspecto fetal pues el cuello es más largo que el cuerpo. (Hirsh, A. Käser, O. Atlas de Cirugía Ginecológica. Cirugía en utero y cervix. Editorial Marbán Libros. Madrid, España, 2000. pp 38-46)

TRAQUELO: Se refiere al cuello de la cabeza, al cuello de la vejiga y al cérvix. En este caso se usa para referirse al traquelocele y a la traquelectomía. Tráquelo es la forma prefija del griego Tráchelos: cuello,

pescuezo ,nuca. (Hirsh, A. Käser, O. Atlas de Cirugía Ginecológica. Cirugía en utero y cervix. Editorial Marbán Libros. Madrid, España, 2000. pp 38-46)

TRAQUELOCELE: Protrusión del cuello a través del introito vaginal cuando la longitud cervical es mayor de la normal, de forma tal que supera la longitud del cuerpo como ocurre en los llamados úteros de aspecto fetal. (Hirsh, A. Käser, O. Atlas de Cirugía Ginecológica. Cirugía en utero y cervix. Editorial Marbán Libros. Madrid, España, 2000. pp 38-46)

TRAQUELORRAFIA: Sutura del cuello uterino luego de desgarro como en el parto o luego de una incisión quirúrgica. // Sinónimo: Cirugía de Emmet. (Hirsh, A. Käser, O. Atlas de Cirugía Ginecológica. Cirugía en utero y cervix. Editorial Marbán Libros. Madrid, España, 2000. pp 38-46)

TRASTORNO DISFÓRICO PREMENSTRUAL (TDPM): Conjunto de alteraciones psicológicas cíclicas que acompañan al síndrome premenstrual. Los síntomas disfóricos más frecuentes de este trastorno son la ansiedad, tensión, depresión, sensación de culpabilidad, sensación de no tener esperanzas, pensamientos de autocompasión y mal humor e irritabilidad. El TDMP empieza después de la ovulación y termina con el inicio de la menstruación o en los tres días siguientes. Una paciente que presenta estos síntomas durante todo el periodo menstrual no tiene un TDMP. (Ziaei, S. Treatment of menstrual migraine. Med Monit. 2009; 15 (1): 16)

TRASTORNO DISFÓRICO TARDÍO DE LA FASE LUTEAL: Nombre con que se conocía anteriormente al Trastorno Disfórico Premenstrual. Ver Trastorno Disfórico Premenstrual

TRENDELEMBURG: Ver Posición de Trendelemburg

TRÍGONO DE LIETAUD: Ver Trígono vesical.// Ver Triángulo de Pawlick

TRÍGONO VESICAL: Figura geométrica triangular formada por la bifurcación de la carina uretral. Esta bifurcación forma el triángulo de Pawlick, que corresponde al área que ocupa el trígono vesical. (Alarcón, M. Anatomia Clínica del aparato genital femenino. Anatomía clínica de la

mama. Primera edición. Editorial Manual Moderno. Bogotá, Colombia. 2005. pp 318)

TREACHER, SINDROME: Es un síndrome también conocido como disostosis mandibulofacial. Es un trastorno autosómico dominante del desarrollo craneofacial con grados variables de compromiso. Se presenta en alrededor de 1 en 25000 a 50000 nacimientos. La alteración se presenta como consecuencia del desarrollo del primer y segundos arcos branquiales secundario a mutación en el gen TCOF1. El espectro clínico incluye hipoplasia malar, colobomas, ausencia de pestañas, la cara tiene un aspecto convexo con retracción mandibular; las alteraciones del oído externo son comunes. La corrección quirúrgica se inicia alrededor de los 7 años de edad cuando un grado significativo de crecimiento facial se ha completado (Jones, NC, Farlie, PG, Minichiello, J, Newgreen, DF. Detection of an appropriate kinase activity in branchial arches I and II that coincides with peak expression of the Treacher Collins syndrome gene product, treacle. Hum Mol Genet 1999; 8:2239)

TRIADA DE SABIN: Corresponde a las manifestaciones fetales de la infección congénita por Toxoplasma Gondii. Las alteraciones incluyen hidrocefalia, corioretinitis y calcificaciones intracerebrales. Es importante tener en cuenta que los hallazgos ultrasonográficos son sugestivos más no diagnósticos de toxoplasmosis congénita. Otros hallazgos asociados incluyen: aumento del grosor placentario, aumento del tamaño hepático, calcificaciones intrahepáticas, dilatación ventricular, ascitis, efusión pleural y/o pericárdica. (Urueña, C. Flórez, D. Guía Práctica Clínica para el diagnóstico y manejo de la toxoplasmosis gestacional. Revista colombiana de obstetricia y ginecología. 2003; 54 (3): 164-170)

TRIPLE GRADIENTE DESCEDENTE: Desplazamiento sucesivo de la onda contráctil en tres zonas anatómicas del útero: los cuernos, el fondo y el segmento inferior(istmo y cérvix), durante el parto. Uno de los cuernos actúa como marcapasos// Parámetro cualitativo de evaluación de las contracciones uterinas caracterizado por inicio de la contracción en uno de los cuernos uterinos con posterior desplazamiento hacia el cuerno

contralateral, seguido de unión de las ondas de excitación a través del fondo uterino y descenso de las mismas de segmento uterino superior a inferior. (Cunningham, FG. Gant, NF. Leven, K. Gilstrap, L. Hauth., J. Wenstrom K. Distocia: Trabajo de parto Anormal y Desproporción Fetopelviana. Williams Obstetricia. 21° edición. Montevideo, Uruguay: Editorial Panamericana. 2001: 367 – 375)

TRIPLOIDÍA: 1. Fórmula cromosómica de una célula que contiene 3 veces el número haploide de cromosomas. // **2.** Estado o alteración de tener tres grupos completos de cromosomas homólogos. El cariotipo humano normal es diploide, es decir tiene dos veces el número 23. La fórmula cromosómica de la triplodía es 3 veces el número 23, por lo tanto es 69,XXX. La triploidía y tetraploidía son letales en el hombre, se encuentran en alrededor del 5% de los abortos espontáneos con anomalías cromosómicas.// **3.** La triploidía es una forma de poliploidía (pues el cariotipo es más que diploide), pero también es una aneuploidía (como es cualquier cariotipo que no sea diploide).// 4. Presencia de triple carga haploide en una célula . En los seres humanos la carga haploide es 23,X ó 23,Y como ocurre en los gametos. Cuando se unen de manera aberrante dos gametos haploide con otro haploide se conforma un embrión con triploidía. Los estudios en estos embriones con marcadores de sus cromosomas indican que en el 83% de las veces el padre aporta 46 cromosomas(polispermia: dos espermatozoides de 23 cromosomas se unen a un óvulo de 23 cromosomas); en el 17% de los casos el padre solo aporta 23 cromosomas y la madre 46 cromosomas. Por lo tanto al hacerle cariotipo a una de las células del embrión con tetraploidía se obtenen 69 cromosomas (69,XXX ó 69,XXY)//. La mixoploidía es una entidad exclusiva de los pre-embriones fecundados in vitro, que consiste en la presencia de una carga haploide más una carga diploide de cromosomas(lo cual la hace homóloga a una triplodía), o son diploides más triploides(lo cual genera una pentaploidía), pero estos pre-embriones no pueden implantarse por lo cual no generan una entidad patológica. (Griffiths, A. J. et al.. An introduction to genetic analysis, año 2000,7th ed. Edit. W. H. Freeman, New York), (Snustad, P. et

al.. Principles of Genetics, año 200, 64th ed. Edit. John Wiley & Sons, Inc. Hoboken, NJ)

TRISOMÍA: Fórmula cariotípica en la cual las células tienen tres cromosomas en vez de dos, lo cual puede ocurrir en una de las parejas homólogas autosómicas o en el par sexual. Las trisomías más frecuentes son la del par de cromosomas No. 21 (ó Síndrome de Down), la del par 13 (ó Trisomía D ó Síndrome de Patau), la del par 18 (ó Síndrome de Edward) y las trisomías 8 y 20. La mayoría de los fetos con trisomías son abortados espontáneamente. Un ejemplo de trisomía en el par sexual (gonosomas) es el Síndrome de Klinefelter cuya fórmula cariotípica es 47,XXY. (Griffiths, A. J. et al.. An introduction to genetic analysis, año 2000,7th ed. Edit. W. H. Freeman, New York),

TRISOMÍA 8: Presencia de tres cromosomas en el par 8 de los cromosomas somáticos. Clínicamente se caracteriza por anomalías en la cara, cuello corto y ancho, tronco estrecho y cilíndrico, y múltiples defectos en las articulaciones y en los dedos. (Griffiths, A. J. et al.. An introduction to genetic analysis, año 2000,7th ed. Edit. W. H. Freeman, New York),

TRISOMÍA 13. Ver Síndrome de Patau.

TRISOMÍA 18: Ver Síndrome de Edward

TRISOMÍA 20: Es la presencia de 3 cromosomas en vez de 2 en el par homólogo número 20. Se caracteriza por un retardo mental profundo, anomalías en la boca en la lengua y defectos esqueléticos. (Griffiths, A. J. et al.. An introduction to genetic analysis, año 2000,7th ed. Edit. W. H. Freeman, New York)

TRISOMIA 21: Corresponde a una aneuploidía conocida con como Síndrome Down. Se produce como consecuencia de una traslocación no balanceada entre los brazos largos del cromosoma 21 durante la primera o segunda división meiótica, generando gametos con una copia extra del cromosoma que al ser fecundado representa la trisomía. Este síndrome es uno de los defectos genéticos congénitos más comunes y afecta aproximadamente a uno cada 800 a 1000 niños. Según el Instituto Nacional

de Síndrome de Down (National Down Syndrome Society), existen más de 350.000 individuos que padecen este síndrome en Estados Unidos. La expectativa de vida de adultos con síndrome de Down es de 55 años aproximadamente, aunque el período de vida promedio varía. Las características clínicas de estos niños incluyen retardo del crecimiento, retardo mental de diverso grado, anomalías craneofaciales que comprenden hendiduras palpebrales oblicuas, epicanto (pliegue de la piel en el ángulo interno del ojo), cara aplanada, orejas pequeñas, defectos cardíacos e hipotonía. El noventa y cinco por ciento de los casos de síndrome de Down se produce por la Trisomía 21. En algunas ocasiones, el cromosoma 21 adicional, o una porción de ella, se adhiere a otro cromosoma del óvulo o el espermatozoide; esto puede conducir a lo que se denomina síndrome de Down por "translocación" que corresponde al 3-4% de los casos; en otras circunstancias se presenta un reordenamiento cromosómico que no afecta la condición clínica denominado translocación balanceada, donde el cromosoma 21 se adhiere a otro cromosoma. Con poca frecuencia, tiene lugar un tipo de síndrome de Down llamado el síndrome de Down con alteración cromosómica en "mosaico", cuando ocurre un error en la división celular después de la fertilización (1-2% de los casos); estas personas tienen algunas células con un cromosoma 21 adicional y otras con el número normal. El diagnóstico del síndrome Down puede ser realizado de forma prenatal a través de la ecografía obstétrica realizada entre las 14 y 16 semanas de gestación, siendo un método sensible para la detección de la patología fetal. Las variables evaluadas son: translucencia nucal (mayor del P95 para la edad gestacional), longitud de fémur y húmero cortos, intestino hipercoico, hipoplasia del quinto dedo de la mano. La ecografía es una herramienta útil para la detección del síndrome en aquellas pacientes con alto riesgo de presentarla; la confirmación se realiza a través de la realización de cariotipo fetal. (Crossley, JA. Aitken, DA. Combined ultrasound and biochemical screening for Down's syndrome in the first trimester: a Scottish multicentre study. BJOG. 2002;109(6):667-76)

TROFOBLASTO: Es la capa de células que rodea el embrioblasto y forma el blastocisto. Desde el punto de vista morfológico, el trofoblasto se divide

en celular y sincitial. En el proceso de implantación, algunos citotrofoblastos o células de Langhans, contiguas al endometrio e invasoras a este, se unen para convertirse en una membrana amorfa multinucleada y continua, sin límites celulares establecido y sin figuras mitóticas en su interior. Estas células diferenciadas es la porción sincitial del trofoblasto encargado del proceso de implantación e invasión del endometrio y liberación de hormonas proteicas y esteroideas. La porción celular del trofoblasto está conformado por una capa de células con límites celulares establecidos y figuras mitóticas en su interior. (Cunningham, FG. Gant, NF. Leven, K. Gilstrap, L. Hauth., J. Wenstrom K. La placenta y las membranas fetales. Fisiología del embarazo. 21° edición. Montevideo, Uruguay: Editorial Panamericana. 2001. 72-91).

TROMBOCITOPENIA: Corresponde al recuento de plaquetas por debajo del nivel normal, es decir, < 150.000 plaq/mm^3. El nivel normal de plaquetas se encuentra entre 150.000 y 450.000 plaq/mm^3. Las manifestaciones clínicas incluyen el desarrollo de equimosis sin causa explicable, petequias generalizadas y en casos más severos, gingivorragia, hemorragia nasal, menorragia, sangrado urinario o gastrointestinal. El diagnóstico se realiza con el cuadro clínico, el recuento plaquetario, tiempos de coagulación y extendido de sangre periférica. La trombocitopenia puede ser secundaria a defectos en la producción tanto congénitos (síndrome de Fanconi, síndrome de Wiskott-Aldrich, anomalía de May-Hegglin, síndrome de Alpont) o adquiridos (aplasia medular total secundario a fármacos, estrógenos, alcohol, diuréticos tiazídicos, deficiencia de vit B12, hierro y ácido fólico y estados preleucémicos); también puede ser secundaria a aumento en la destrucción que incluye condiciones congénitas no inmunológicas (eritroblastocitos fetal, trombosis de la vena renal, cateterización de la vena umbilical) o inmunológicas (púrpura trombocitoénica autoinmune) y condiciones adquiridas como coagulación intravacular diseminada, embolismo graso, enfermedad valvular aórtica, hipertensión pulmonar severa, hematomas gigantes o síndrome de Hellp. El manejo se realiza con transfusión de plaquetas si el recuento es menor de 50.000 asociado a sangrado activo o menor de 20.000 no asociado a sangrado; también se ha

planteado la opción de manejo con corticoides a dosis altas en el síndrome Hellp. (Barton, J. Sibai, B. Diagnosis and management of hemolysis, elevated liver enzymes and low platelets syndrome. Clinics in Perinatology. 2004; 31: 807-833)

TROMBOEMBOLISMO PULMONAR: Es el enclavamiento en el árbol arterial pulmonar de material procedente de trombos formados en el lecho venoso sistémico. De forma menos frecuente los trombos pueden ser secundarios a embolismos sépticos, usualmente como complicación de un foco de sepsis en territorio venoso o por endocarditis, embolismo de líquido amniótico, embolismo graso, embolismo metastásico, embolismo gaseoso o trombosis pulmonar. Desde el punto de vista práctico, se puede enfocar el Tromboembolismo Pulmonar como una complicación de una Trombosis Venosa Profunda en extremidades inferiores, ya que de manera excepcional, entre el 5 y el 8% de los casos, se produce embolización pulmonar desde otros territorios (venas pélvicas, aurícula derecha y extremidades superiores). En la actualidad, la trombosis venosa profunda y el tromboembolismo pulmonar se consideran dos manifestaciones diferentes de un mismo proceso denominado enfermedad tromboembólica venosa. El tromboembolismo pulmonar es una enfermedad grave que compromete la vida de la paciente y que es responsable hasta del 25% de las muertes intrahospitalarias; los émbolos son con mayor frecuencia múltiples (57.4%) y predominan con compromiso del pulmón derecho y lóbulos inferiores. Los signos y síntomas más comúnmente encontrados en estas pacientes son disnea (81%), dolor pleurítico (72%), taquipnea (88%), taquicardia (42%) y estertores audibles (54%); también se pueden encontrar aunque con menor frecuencia sensación de muerte, tos, hemoptisis, síncope, hipertermia, diaforesis, arritmias, hipotensión. La anamnesis y los hallazgos físicos asociados con la evolución de los factores de riesgo establecen la determinación de la probabilidad clínica de la enfermedad. Dentro de los factores de riesgo mayores se encuentran: cirugía mayor de rodilla, cirugía de fémur o cadera, paraplejía o hemiplejía, antecedente de trombosis venosa profunda o tromboembolismo pulmonar, quemaduras, enfermedades neoplásicas, shock, coagulopatías; dentro de los factores de

riesgo menores se encuentran: obesidad, inmovilización, cirugía abdominal, parto y puerperio, uso de anticonceptivos, procedimientos anestésicos prolongados, insuficiencia cardíaca, edad avanzada. Desde el punto de vista práctica, la clasificación del Tromboembolismo Pulmonar se realiza dependiendo si coexiste inestabilidad hemodinámica o no: TEP sin repercusión hemodinámica, que corresponden a la mayoría de los casos (85%) y TEP con inestabilidad hemodinámica, que corresponde al 15% restante. Con la sospecha clínica de TEP es necesaria complementar el estudio con las siguientes pruebas diagnósticas: 1) Dímero D: es una molécula que resulta de la degeneración de las redes de fibrina. El punto de corte se encuentra en 500 ng/ml. Es una prueba muy sensible pero poco específica. Por lo anterior, esta prueba con resultado negativo asociado con baja probabilidad clínica, descarta la enfermedad. 2) Gases arteriales: se pueden encontrar gran variedad de resultados, desde una gasimetría normal hasta franca hipoxemia e hipocapnia. Lo más característico es encontrar alcalosis respiratoria, es decir, niveles bajos de CO_2. 3) Rx tórax: es inespecífica. Se puede encontrar una radiografía normal con auscultación normal hasta alteraciones inespecíficas como infiltrados, atelectasias, derrame pleural. 4) EKG: también inespecífico, sin embargo, es usual encontrar la condición S1Q3T3. 5) Angio TAC: es un TAC helicoidal que se realiza con contraste venoso, tiene alta sensibilidad y especificidad para la detección de trombos pero de tipo central, lobar o segmentaria, de tal forma que no puede no ser útil para visualizar trombos a nivel periférico. 6) Gamagrafía de ventilación-perfusión: evalúa la vascularización y la distribución del aire en los pulmones. Es de gran utilidad en pacientes que no tienen compromiso de la conciencia. 7) Arteriografía pulmonar: es la prueba más sensible y más específica para diagnóstico de TEP. El tratamiento de TEP se inicia con medidas generales de monitorización asociado al inicio de esquema de anticoagulación con heparina no fraccionada o heparinas de bajo peso molecular. Adicionalmente si la paciente presenta TEP masivo con inestabilidad hemodinámica está recomendada la realización de trombolisis en la unidad de cuidado intensivo. Posteriormente se realizará profilaxis antitrombótica por tres a seis meses y en pacientes de muy alto riesgo, de por vida.

(Esparza, M. Navarro, C. Tromboembolismo Pulmonar. Manuales SEPAR 2004; 2: 1027-1050)

TROMBOFILIA: Se define como una tendencia a la trombosis o hipercoagulabilidad, con variabilidad en las manifestaciones clínicas dependiente de la región vascular afectada, secundaria a ausencia de flujo sanguíneo. Forma parte de la tríada de Virchow que caracterizada por daño de la pared vascular, estasis y cambios en la composición de la sangre o trombosis. La trombosis venosa es una de las principales manifestaciones de la trombofilia con una incidencia de 1:100.000 en edad escolar y 1:100 en edad avanzada, es decir un promedio de incidencia en la población general de 1:1000. Las trombofilias se pueden clasificar como hereditarias o adquiridas de acuerdo a su origen. En el grupo de las trombofilias heredadas se encuentran el factor V de Leiden, la protrombina G20210A, la metilenetetrahidrofolato reductasa G677T, las deficiencias de los anticoagulantes naturales tipo antitrombina III, proteina C, proteína S, las disfibrinogenemias y la homocisteinuria. Dentro de las trombofilias adquiridas se encuentran el síndrome antifosfolípido, la resistencia a la proteína C activada y la hiperhomocisteinemia leve o moderada. (Castañeda, S. Cardona W. Cadavid, A. Trombofilias heredadas y pérdida gestacional recurrente. IATREIA. 2002; 15(3): 170-177)

TROMBOFILIA ADQUIRIDA: Se define como un estado de hipercoagulabilidad asociado con un incremento del riesgo trombótico. Dentro de las causas más comunes se encuentra el síndrome de anticuerpos antifosfolípidos, hiperhomocisteinemia, síndromes mieloproliferativos y neoplasias. . (Scotchie, J. Fritz, M. Early Pregancy Loss. Postgraduate Obstetrics & Gynecology. 2006; 25 (9): 1-10)

TROMBOFILIA HEREDADA: Corresponde a la tendencia a estados trombóticos de origen congénito; es decir, es un estado de hipercoagulabilidad primario. Dentro de las alteraciones genéticas predisponentes se encuentran: mutación del factor V Leiden, Variante del gen de la protrombina, hiperhomocisteinemia, déficit de antitrombina III, déficit de proteína C, déficit de proteína S, disfibrinogenemia y niveles

elevados de factor VIII. (Scotchie, J. Fritz, M. Early Pregancy Loss. Postgraduate Obstetrics & Gynecology. 2006; 25 (9): 1-10)

TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA: Es una entidad que hace parte del complejo de enfermedad tromboembólica venosa que incluye a esta entidad y al tromboembolismo pulmonar. Tiene una incidencia aproximada de 1-2 por mil habitantes año; esta incidencia depende de la edad siendo muy rara en la población infantil, con un aumento significativo en la incidencia en población mayor de 40 años. La trombosis venosa profunda se puede presentar en miembros inferiores, a nivel pélvico, tórax y en menor frecuencia, en miembros superiores; la TVP en miembros inferiores es la más común y usualmente se inicia en las piernas, en los repliegues y cúspides valvulares, debido a que en estos sitios existe un ambiente reológico propico, la velocidad del flujo sanguíneo es menor y la corriente local presenta rotaciones helicoidales y casi estáticas, lo cual favorece el encuentro de más factores de coagulación y procoagulantes sobre el endotelio. Luego de formado el trombo se propaga por yuxtaposición en forma proximal y en forma distal; la parte más peligrosa del trombo es la de más reciente formación, que usualmente se encuentra en su parte cefálica, la cual tiene una posibilidad bastante alta de desprenderse y producir tromboembolismo principalmente pulmonar. (Uresandi, F. Blanquer, J. Conget, F. Guía para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la tromboembolia pulmonar. Arch Bronconeumol. 2004; 40 (12): 580-594)

TROMPA UTERINA (Latín tuba,Griego Salpinx. La palabra Trompa llegó a la península ibérica proveniente del francés Trompe. Al francés había llegado de otro idioma no definido, probablemente del alemán o de otra lengua eslava. Al inglés también llegó como galicismo. Tuba viene del latín Tubus: caño, conducto. Salpinx viene del latín y significa trompeta. El término Trompa de Falopio hace referencia al Dr. Gabriello Fallopio, sacerdote, anatomista y médico italiano del siglo XVI, quien hizo una excelente descripción de estas estructuras. El término Oviducto fue empleado por primera vez por el anatomista parisiense Reinier de Graaf a mediados del siglo XVII. Hidátide viene del latín Hydatidis que significa botón de rosa, papila y pezón. La primera descripción de la hidátides fue

hecha en Italia por el notable profesor de anatomía y patología Giovanni Batista Morgagni en el siglo XVII // Las trompas de Falopio son conductos musculares, pares, de 10 a 14 cm de longitud, situados en el borde libre del ligamento ancho. Capturan y conducen los óvulos, dan paso a los espermatozoides y sirven de lugar para la fecundación. La trompa tiene cuatro segmentos: a-La porción cornual o intramural o intersticial que está ubicada dentro del cuerno uterino. b-La porción ístmica. La palabra Istmo viene del latín isthmus ó isthmos, estrecho o angostura. c-La porción ampular o ampolla. Esta palabra viene del latín ampula: dilatación. d- La porción infundibular que posee unas prolongaciones similares a festones llamadas fimbrias. Infundíbulo viene del latín infundibulum, embudo. Fimbria significa orlas, franjas. Cada trompa tiene dos ostia: el ostium uterino u orificio interno tiene 1 mm de diámetro, el orificio infundibular o externo tiene 3 a 5 mm de diámetro. Ostium (el orificio de la trompa) viene del latín puerta, entrada, fauces. El plural de ostium es ostia y no ostiums Las capas de la trompa son la serosa, la muscular(capa circular y capa longitudinal) y la mucosa; no existe submucosa por lo cual no hay glándulas desarrolladas. Las fimbrias de la porción infundibular suelen presentar unos remanentes embriológicos de los conductos de Wolf, llamadas hidátides de Morgagni, semejantes a pequeñas bolsas ovaladas de 1 a 5 mm de diámetro . // (Alarcón NMA, Amaya MV, Alarcón AMA. Anatomía clínica del aparato genital femenino. Edit Manual Moderno, México 2005, p.// Sinónimos: Tuba uterina, oviducto, trompa de Falopio.

TUBÉRCULO GENITAL: Es una estructura embrionaria que da origen al falo y posteriormente a los genitales externos fetales, de acuerdo al estímulo hormonal. Por vía ultrasonográfica, la evaluación del tubérculo genital y específicamente la dirección del falo permite reconocer de forma precoz el sexo del embrión. La técnica consiste en obtener un adecuado corte sagital medio del feto con el abdomen orientado hacia el transductor, de manera que pueda individualizarse la dirección del falo. Si la orientación del falo están en sentido cefálico con respecto al abdomen fetal sugiere la presencia de genitales masculinos; por el contrario, si la dirección del falo se encuentra en sentido caudal, sugiere la presencia de genitales

femeninos. (Coulam, C. Britten, S. Early ultrasonographics measurements in normal pregnancies. Human Reproduction. 2006; 11: 1771-1774)

TUMOR CARDÍACO FETAL: Corresponden a la presencia de masas cardíacas detectadas in útero a través de ultrasonografía en modo B. Estos defectos cardiacos representan el 0.5% de las malformaciones cardíacas congénitas. Su localización puede ser intracavitario, intramural o pericardíaco. Los tumores cardíacos fetales más comunes son: 1) Rabdomiomas, que corresponde al 60% de los tumores cardiacos, con un comportamiento especial de involución espontánea alrededor del inicio del tercer trimestre de gestación, sin requerir tratamiento quirúrgico. 2) Teratomas, representan el 25% de los tumores cardiacos. 3) Fibromas, representan el 12% de los tumores cardiacos detectados in útero, con un comportamiento contrario al rabdimioma, con crecimiento progresivo y obstrucción de la cavidad comprometida. El pronóstico depende del grado de obstrucción del tracto de salida o de la cavidad comprometida. (Fleischer, A. Manning, F. Jeanty, P. Romero, R. Ecografía en Obstetricia y Ginecología. Diagnóstico prenatal de enfermedades cardíacas congénitas. Madrid, España. Ediciones Marban. Sexta edición. 2002. p 375-388)

TUMOR DE OVARIO BORDERLINE: Corresponde al tumor de ovario con bajo potencial de malignidad o de histología limítrofe. Es un subgrupo de neoplasia ovárica cuyo potencial de malignidad es dudoso, en parte por las dificultades que ofrece su diagnóstico. La mayoría de las pacientes con este tipo de tumor son mujeres premenopáusicas y generalmente la enfermedad se encuentra en estado I o II. Dentro de este subgrupo los tumores serosos son más frecuentes que los mucinosos o endometrioides. La bilateralidad es relativamente común dependiendo del tipo histológico del tumor. El tratamiento quirúrgico es el mismo que se plantea para el cáncer franco de ovario: resección del tumor + histerectomía pero esto depende de la edad de la paciente y se deseo de fertilidad. El tratamiento coadyuvante usualmente no es necesario pero puede estar indicado en pacientes en las que los hallazgos de la citometría de flujo sugiera malignidad. (Marcickiewicz, J. Brannstrom, M. Fertility Preserving Surgical Treatment of

Borderline Ovarian Tumor: Long-term Consequence for Fertility and Recurrence**.** Obstetrical & Gynecological Survey. 2007; 62(3):178-180)

TUMOR DEL SENO ENDODÉRMICO: Es un tumor de ovario derivado de células multipotenciales primitivas, que se diferencia en estructuras del saco vitelino. El tumor es unilateral, sólido o quístico, muy agresivo y se da en mujeres jóvenes. Histológicamente presenta estructuras conectivas perivasculares revestidas por epitelio cuboideo, similares a las que se hallan en el divertículo endodérmico del saco vitelino de la placenta de la rata (seno de Duval o seno endodérmico). Produce a-feto-proteína, siendo éste su marcador tumoral. Usualmente se presenta en mujeres menores de 20 años. Este tumor se caracteriza por una diseminación rápida de tipo linfática y hematógena. El tratamiento consiste en resección quirúrgica del tumor, histerectomía, salpingooforectomía bilateral, linfadenectomía y quimioterapia coadyuvante. (Munkarah, A. Tainsky, M. Update on ovarian cancer. Current Opinion in Obstetrics & Gynecology. 2007; 19(1):22-26)

TUMOR DEL ESTROMA ENDOMETRIAL: Son los tumores mesenquimales malignos más frecuentes del cuerpo uterino. Este grupo incluye los Tumores del Estroma Endometrial y el Leiomiosarcoma. Es más frecuente en mujeres de raza negra en la quinta década de la vida. La incidencia es de 5/100000 mujeres. Clínicamente se presenta con hemorragia uterina anormal, aumento de tamaño uterino de forma gradual y dolor pélvico crónico, aunque se puede presentar en forma asintomática. Histológicamente se caracterizan por la presencia de células que semejan estroma endometrial en fase proliferativa, con vasos sanguíneos de tipo arteriolar o plexiforme. Se clasifican como tumores benignos con márgenes tumorales delimitados (nódulo del estroma endometrial) y malignos con patrón de crecimiento infiltrativo (sarcomas del estroma endometrial). (Hendrickson, MR. Tavassoli, FA. Kempson, RL. Mesenchymal tumours and related lesions. World Health Organization. 2001: 233-244).

TUMOR DEL SITIO DE IMPLANTACIÓN PLACENTARIA: Es una neoplasia de características malignas de muy rara ocurrencia descrita por R. J. Kurman en 1976, en la cual se infiltra el trofoblasto en la capa

miometrial . Debido al poco conocimiento de este tumor se tienen dudas sobre la malignidad en los casos en los cuales el número de mitosis anormales es menor a 2 por cada campo de gran aumento. En cierta manera equivale como a la malignización de un acretismo placentario. Afecta solo a mujeres en edad reproductiva aunque hay un caso reportado en 1991 por R. McLellan en una paciente post-menopáusica. Casi siempre compromete solo al útero aunque en el 10% de las veces hace matástasis a distancia. (Jain, K. Gestational Trophoblastic Disease. Ultrasound Quarterly. 2005; 21: 245 – 252)

TUMOR DESMOIDE: Corresponde a un tumor benigno del tejido fibroso que afecta a adultos jóvenes, en la mayoría de los casos, mujeres. Es un tumor solitario, originado de la aponeurosis muscular, con tendencia a invadir el músculo. La forma clínica más frecuente afecta a mujeres y se origina del músculo recto anterior del abdomen, posterior a un embarazo; en otras ocasiones se desarrolla sobre cicatrices de intervenciones abdominales. El tumor desmoide puede originarse a partir de cualquier músculo esquelético..// Aunque no se conoce su etiología, han sido asociados a factores genéticos, trauma e influjo estrogénico. Afectan principalmente la pared abdominal(49%), extremidades, asas intestinales y mesenterio. Los tumores desmoides abdominales suelen ser más frecuentes durante y después del parto. Aunque no dan metástasis, se manejan clínicamente como fibrosarcomas de bajo grado. (Barrera, E. García, A. Tumor Desmoide. Revi Gastroenterol Perú. 2005; 25: 288-290)

TUMOR EPITELIAL DE ENDOMETRIO: Son lesiones tumorales benignas y malignas originadas del epitelio endometrial. La OMS clasifica estas lesiones en cuatro grandes categorías: 1) Carcinoma Endometrial 2) Hiperplasia Endometrial 3) Pólipos Endometriales 4) Lesiones tumorales asociadas con tamoxifeno. (Silverberg, S. Kurman, R. Nogales, F. Epithelial Tumours and related lesions. Tumours of the Uterine Corpus. World Organization Health. 2001: 221 - 248)

TUMOR FILODES: (gr. phyllodes, parecido a una hoja. Recibe este nombre por su apariencia histológica en forma de hojas). Corresponde a un tumor

fibroepitelial de la mama, poco común y con un rango amplio de comportamiento biológico. En un espectro se encuentra el tumor filodes con comportamiento benigno similar a los fibroadenomas benignos con alta recurrencia posterior a la resección quirúrgica; en el otro lado del espectro se puede encontrar un tumor con metástasis a distancia, con degeneración sarcomatosa sobre un componente epitelial. Fue descrito por primera vez por Johanes Muller en 1838 denominándolo cistosarcoma filodes. El tumor filodes representa el 0.5% de todas las neoplasias malignas de la mama. La edad media de presentación es de 45 años con un rango entre 10 y 82 años. Clínicamente se manifiesta como una masa mamaria pequeña o grande de consistencia renitente, multinodular, de crecimiento rápido y dolorosa; aproximadamente el 20% se presenta como una lesión no palpable confirmada por mamografía. Histológicamente se clasifica en a-tumores benignos, b-borderline o de baja malignidad y c-malignos; los criterios histológicos empleados para esta clasificación incluyen: el grado de atipia celular estromal, actividad mitótica, infiltración de los márgenes tumorales y la presencia o ausencia de sobre-crecimiento estromal. Algunos tumores filodes benignos tienen potencial maligno. El tratamiento consiste en excisión local amplia con margen tumoral mínimo de 1 cm; se plantea mastectomía con vaciamiento ganglionar en las formas malignas. Usualmente no se requiere manejo complementario con Radioterapia o Quimioterapia. El pronóstico es bueno posterior al tratamiento quirúrgico; se ha observado recurrencia local en el 15% al 20% tanto de los casos benignos como malignos. La re-excisión está indicada si es posible. (Trent II, JC 2nd, Benjamin, RS, Valero, V. Primary soft tissue sarcoma of the breast. Curr Treat Options Oncol 2001; 2:169) // Sinónimos: Tumor Phyllodes , Cistosarcoma filodes maligno.

TUMORES CONGÉNITOS: Son aquellos que se encuentran presentes desde la vida fetal. Existen tres grandes grupos de tumores congénitos: los hamartomas(tumores cuya composición histológica es la misma del órgano donde se originan), los teratomas(tumores de células germinales) y los embriomas(que so tumores primitivos). (Fleischer, A. Manning, F. Jeanty, P. Romero, R. Ecografía en Obstetricia y Ginecología. Diagnóstico prenatal de

enfermedades cardíacas congénitas. Madrid, España. Ediciones Marban. Sexta edición. 2002. p 375-388)

TUMORES MÜLLERIANOS MIXTOS DEL CUELLO UTERINO: Son neoplasias que presentan un componente epitelial y estromal. Derivan de los conductos paramesonéfricos o de Müller. Durante el período embrionario estos conductos dan origen al endometrio (epitelio mülleriano), al miometrio y serosa uterina (mesénquima mülleriano).El grupo de los tumores müllerianos mixtos uterinos está compuesto por el carcinosarcoma, el adenosarcoma, el adenofibroma, el adenomioma y el adenomioma atípico polipoideo. El espectro abarca desde tumores con ambos componentes epitelial y estromal benignos (adenofibroma), un solo componente maligno (adenosarcoma) y los dos componentes malignos (carcinosarcoma o tumor mülleriano mixto maligno). El componente sarcomatoso, cuando está presente, puede presentar elementos homólogos (fibrosarcoma, leiomiosarcoma) o heterólogos (cartílago, tejido muscular estriado, etc.) (Mount S, Cooper K. Tumours with divergent müllerian differentiation of the uterine corpus. Curr Diagnos Pathol 2005;11:349-55) // Los tumores müllerianos mixtos malignos (TMMM) de cuello uterino conforman, junto con el neuroendocrino, adenoescamoso, linfoma, melanoma, los sarcomas puros (leiomiosarcoma), etc., el grupo de tumores cervicouterinos de rara ocurrencia. El primer caso de carcinosarcoma de cuello uterino es reportado por Ferreira en 1951. Esta localización corresponde a menos del 3% de los tumores mixtos müllerianos malignos que se presentan en el útero. El adenosarcoma mülleriano es una variante de los tumores müllerianos mixtos del útero, compuesto por un componente epitelial benigno y un componente estromal maligno. Su ubicación en el cuello uterino es extremadamente infrecuente y es descrito por primera vez por Roth y cols en 1976.Existe controversia acerca de la histogénesis de los tumores müllerianos mixtos malignos del tracto genital femenino; han sido propuestas algunas teorías como la de "colisión", la de "combinación" y la de "composición". La teoría de "colisión" postula que hay un origen bifásico con dos proliferaciones neoplásicas sincrónicas, separadas, que luego se fusionan formando un solo tumor. La teoría de "combinación" sugiere que

los componentes epitelial y sarcomatoso comparten un mismo origen. La teoría de "composición" plantea un origen monoclonal y que el componente mesenquimático es producto de un fenómeno de metaplasia del tejido carcinomatoso. Por último, una cuarta teoría, la "teoría del carcinoma metaplásico", postula un origen en común con metaplasia de ambos componentes resultando en una diferenciación neoplásica divergente. Esta última teoría ha ganado mayor aceptación dados los resultados de algunos estudios inmunofenotípicos .(Siebald C, Enrique, Puga S, Oscar E Madrid S, Patricio. Tumores Müllerianos Mixtos del Cuello Uterino. *Rev. Chil. Obstet. Ginecol.*, 2008, Vol.73, No.2, P.128-132).

TUMORES OVÁRICOS DE LAS CÉLULAS GERMINALES: Son tumores ováricos que se originan de las células germinales primitivas del ovario que dan lugar al Disgerminoma o a tumores de células pluripotenciales que pueden diferenciarse en estructuras extraembrionarias como el seno endodérmico o el coriocarcinoma, o estructuras embrionarios como los teratomas. Estos tumores representan el 5% de los tumores ováricos y constituyen el 60% de los tumores malignos del ovario en pacientes menores de 20 años. (Munkarah, A. Tainsky, M. Update on ovarian cancer. Current Opinion in Obstetrics & Gynecology. 2007; 19(1):22-26)

TUMORES OVÁRICOS DEL ESTROMA GONADAL: Son las neoplasias ováricas originadas de la células de la teca-granulosa, de las células de la granulosa o de las células de Sertoli-Leydig. Representan el 3% de las neoplasias malignas del ovario y se derivan de las células del mesénquima de la corteza ovárica. Son funcionales y pueden producir estrógenos y andrógenos, y la producción hormonal varía mucho de tumor a tumor. Pueden malignizarse hasta en el 10% de los casos. El tratamiento consiste generalmente en histerectomía con salpingooferectomía bilateral, con resección tumoral y linfadenectomía. La cirugía conservadora está indicada en pacientes jóvenes con lesines limitadas al ovario y con deseo de preservar la fertilidad. (Munkarah, A. Tainsky, M. Update on ovarian cancer. Current Opinion in Obstetrics & Gynecology. 2007; 19(1):22-26)

TUMORES OVÁRICOS EPITELIALES: Son las neoplasias ováricas originadas en el mesotelio celómico, que es capaz de diferenciarse en

tumores benignos y malignos, realizando una transición por la categoría limítrofe. Los tumores epiteliales del ovario representan el 82% de las neoplasias malignas del ovario. Se clasifican en serosos, mucinosos, endometriodes. (Munkarah, A. Tainsky, M. Update on ovarian cancer. Current Opinion in Obstetrics & Gynecology. 2007; 19(1):22-26)



ÚLCERA: Llaga que se forma en la superficie de la piel o de las mucosas como consecuencia de un trauma físico, bioquímico, etc.

ULCERAS CERVICALES: Son lesiones en las cuales se presenta pérdida del epitelio con exposición del estroma cervical subyacente. Pueden presentarse secundario a trauma, como por ejemplo, la inserción del espéculo o el uso de tampones, o secundario a procesos infecciosos como Herpes Virus o Virus del Papiloma Humano; sin embargo, en algunas ocasiones las úlceras cervicales pueden ser secundarias a una neoplasia invasiva subyacente y por lo tanto, la biopsia dirigida es necesaria, especialmente cuando se presentan de forma persistente. (Wright, T. Cox, J. Massad, L. Consensos Guidelines for the management of women with cervical cytological abnormalities. JAMA. 2002. 287: 2120 / Walter, P. Dexeus, S. Internacional Terminology of colposcopy: an updated report from the internacional federation for cervical pathology and colposcopy. Obstet Gynecol. 2003; 101 (1): 175-177)

ÚLCERA VULVAR: Lesión superficial de la piel o de una de las mucosas de la vulva. La úlcera de la piel se caracteriza por la pérdida completa de la epidermis con compromiso de la dermis subyacente, mientras que erosión describe la pérdida parcial de la epidermis sin compromiso de la dermis. Su etiología es variada y puede ir desde una infección hasta un carcinoma vulvar. La mayoría de mujeres sexualmente activas que tengan ulceras vulgares tendrán infección por el virus herpes simple, sífilis, chancroide, pero solo unas pocas tendrán linfogranuloma venéreo o granuloma inguinal. Estas se relacionan con un aumento del riesgo de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. (Hollier, LM. Treatment of Sexually Transmitted Infections in Women. Infect Dis Clin North Am. December, 2008; 22(4); 665-

691// 2-Risser, JM. Epidemiology of Infections in Women. Infect Dis Clin North Am. December, 2008; 22(4); 581-599).

ULTRASONIDOS: Corresponde a los sonidos cuya frecuencia es mayor de 20 kiloHertz y abarca el rango hasta los 100 megaHerz (donde empiezan los supersonidos). Los emisores de ultrasonidos de mayor utilización en ecografía fluctúan entre 3 y 15 megaHertz. (Azimi, F. Bryan, P. Ultrasonography in obstetrics and gynecology: historial notes, basic principles, safety considerations, and practical applications. Crit Rev Clin Radiol Nucl Med. 2000. 8 (2): 153-253)

UNIDADES MONTEVIDEO: Se refieren a las unidades de medida de la actividad uterina diseñadas por el grupo de Caldeyro-Barcia y Poseiro en 1960 en la ciudad de Montevideo, Uruguay. Los elementos para calcular la actividad uterina son el número de contracciones durante diez minutos y la intensidad de las contracciones medida en mmHG. Por ejemplo 1 contracción de 20 mmHg equivale a 20 Unidades Montevideo, como ocurre con las contracciones de Braxton-Hicks. En el preparto la actividad uterina fluctúa entre 30 y 80 Unidades Montevideo. El trabajo de parto empieza cuando la actividad uterina alcanza entre 80 y 120 Unidades Montevideo. Cuando la actividad está en su apogeo tiene una frecuencia de 3 cada diez minutos, con una duración de sesenta segundos y una intensidad de 40 mmHg. Así pues, de acuerdo a los criterios de Caldeyro-Barcia y Poseiro, el trabajo de parto en su fase activa tiene 3 contracciones x40 mmHg= 120 Unidades Montevideo(UM). No se tiene en cuenta la duración de las contracciones para este cálculo. (1- Leveno, KJ. Cunningham, FG - Williams Obstetrics. 22 edition, McGraw-Hill. 2005 // 2- Mancuso, MS. Cesarean delivery for abnormal labor. Clin Perinatol. September,2008; 35(3): 479-90)

ULTRASONIDOS: Ondas acústicas con una frecuencia mayor a 20.000 Hz, no audibles al oído humano. Su uso más común en la medicina es la ecografía. Para fines diagnósticos se usan frecuencias entre 3.5 y 20MH (tres y medio millones de ondas por cada segundo, hasta 20 millones de ondas por cada segundo). Se ha usado ampliamente en la ginecología en el estudio de los órganos pélvicos y en la obstetricia en el estudio del embrión y el feto debido a que no representan un peligro para estos como si lo hacen los rayos X. En la medicina se ha explotado el uso del ultrasonido como tecnología diagnostica

con aplicaciones como el Doppler, Doppler color, ecografía 3D.(Levine, D. Obstetric Ultrasound. *Ultrasound Clin*. April 2006; 1(2); Tarsa, M. 3-Dimensional Obstetric Ultrasound: Tips of the Trade. *Ultrasound Clin*. April 2006; 1(2); 321-334*)*

UREOPLASMA: (*Ureaplasma*) Bacterias pertenecientes a la clase Mollicutes que está compuesta por cinco géneros (Mycoplasma, Ureaplasma, Acholeplasma, Anaeroplasma, and Asteroloplasma). Ureaplasma *urealyticum* y Ureaplasma *parvum* son las más inusuales porque ambas requieren e hidrolizan Urea para la producción de energía, CO_2, y NH_3. Ningún otro microorganismo tiene tales requerimientos. Además solo crecen en medios con pH de 6.5 o menor, son pequeñas (0.2 a 0.3 µm), y tienen un genoma pequeño (580 a 1170 kb), no tienen pared celular. Los ureaplasmas son altamente prevalentes en el tracto genital femenino de mujeres con vida sexual activa con tasas de infección de un 60% a 70%. La prevalencia de ureaplasmas en la uretra masculinas es menor de 10% al 20%. Los niños pueden infectarse con el ureaplasma en el momento del nacimiento. Estos microorganismos persisten y pueden desaparecer alrededor de los 2 años. Empiezan a ser prevalentes tanto en hombres como en mujeres con el inicio de la actividad sexual. Mandell, GL. Bennett, JE. Dolin, R. Mandell´s Principles and Practice of Infectious Disease. 6th edition. Churchill Livingstone, 2005.// Trigg BG. Sexually transmitted infections and pelvic inflammatory disease in women. *Med Clin North Am*. September,2008; 92(5): 1083-113*.*

URÉTER: Es un tubo muscular expansible, de paredes gruesas con una luz estrecha. Tiene una longitud total aproximada de 25 cm. El uréter es retroperitoneal en toda su longitud. Se adhiere estrechamente al peritoneo, por su color pálido y semejante a un vaso sanguíneo se encuentra en peligro durante las cirugías de abdomen inferior y pelvis. Desciende casi verticalmente a lo largo del psoas, anterior a los extremos de las apófisis transversas de las vértebras L2 a L5. La irrigación sanguínea del uréter proviene de diversas arterias, existen tres fuentes principales: La arteria renal (extremo superior), la iliaca común o la aorta, y las arterias vesicales. Pero las ramas pueden surgir de las siguientes arterias: arteria renal, testicular u ovárica, ilíaca común e interna, vesical, uterina o de la aorta. La inervación proviene de los plexos

autónomos adyacentes (renal, testicular u ovárico, e hipogástrico inferior) que constan de fibras simpáticas y parasimpáticas. Las fibras aferentes llegan a la médula espinal a través de las raíces dorsales de T11, T12 y L1. El plexo renal está formado por fibras de los nervios esplácnicos menor e inferior que caminan con la arteria renal. Los vasos linfáticos de la porción superior del uréter pueden unirse con los del riñón o pasar directamente hacia los ganglios linfáticos aórticos laterales. Los vasos linfáticos de la porción media del uréter habitualmente drenan en los ganglios ilíacos comunes, mientras que los vasos linfáticos de la porción inferior del uréter drenan en los ganglios linfáticos iliacos comunes, externos o internos. (Moore, Keith L. Anatomía con orientación clínica. Panamericana: Madrid. 2ª ed. 1986, pág. 740, 745, 859)

URGENCIA URINARIA: Es el deseo intenso y súbito de orinar. Aproximadamente el 80% de las pacientes evaluadas por sintomatología urinaria presentan éste síntoma. Es común en los trastornos de incontinencia urinaria por inestabilidad del detrusor. (DeCherney, A. Diagnóstico y tratamiento gineco-obstétricos. Urología Ginecológica. Séptima edición. Bogotá, Colombia. Editorial Manual Moderno. 1994. 1049-1067. Lozano, J. Semiología General: Interpretación de los hallazgos clínicos. Enfermedad Actual en relación con el sistema urinario. Quinta edición. Manizales, Colombia. Editorial Andina. 1990. 317-324)

URETERECTASIA: Dilatación de uno o ambos ureteres como consecuencia de un agente que obstruya la salida de la orina hacia la vejiga. Puede ser secundaria a un cálculo distal, a la acodadura accidental o a la franca obstrucción por un punto quirúrgico durante una histerectomía, una cesárea complicada ,etc. **URETERECTASIA:** Dilatación de uno o de los dos uréteres como consecuencia de una obstrucción distal, que ocluya el flujo de la orina de la pelvis renal a la vejiga. Las obstrucciones se deben generalmente a neoplasias que compriman la porción distal de los uréteres, un cálculo, inserción anómala de los uréteres en la vejiga, etc. Esta patología predispone a infecciones renales recurrentes.*Lin EP. Sonography of* Urolithiasis and Hydronephrosis. Ultrasound Clin. January 2007; 2(1); 1-16 // 2-Eisner BH. Differences in stone size and ureteral dilation between obstructing proximal and distal ureteral calculi. *Urology,* September,2008; 72(3): 517-20

URETRALGIA: Dolor de la uretra

URETRISMO: Irritabilidad o espasmo de la uretra.// Parafilia que consiste en la introducción de objetos por la uretra. *Jost WH, Merkle W, Müller-Lobeck H. Urethrismus accounting for voiding disorder.* Urology. *1998 Aug;52(2):352*

URETRITIS: Inflamación de la uretra. En los hombres se debe principalmente a la infección por el gonococo. El diagnostico de uretritis en hombres se basa en uno de los siguientes criterios: secreción purulenta o mucopurulenta del pene, coloración de gram de la uretrorrea que demuestre más de 5 leucocitos, y diplococos gram negativos; o estereasa leucocitaria positiva en un uroanalisis. La tinción de gram tiene una especificidad del 99% y una sensibilidad del 95%. (Frenkl TL. Sexually transmitted infections. *Urol Clin North Am*. February,2008; 35(1): 33-46).

URETROCELE: Prolapso de la uretra en la vagina. El uretrocele hace parte de un complejo de problemas de relajación del piso pélvico, por lo cual se acompaña casi siempre de otros celes de la vejiga, recto, etc.(Alarcón NMA, Amaya MV, Alarcón AMA. Anatomía clínica del aparato genital femenino. Edit Manual Moderno, México 2005. pág. 199.)

URETROLITIASIS: Presencia de cálculos en la uretra. Se produce cuando el cálculo es pequeño e intenta salir por la uretra impulsado por la fuerza de la micción, esto ocasiona uretralgia y hematuria macroscópica.Eisner BH. Differences in stone size and ureteral dilation between obstructing proximal and distal ureteral calculi. *Urology,* September,2008; 72(3): 517-20

URETRORREA: Salida de secreciones por la uretra. Pueden ser fisiológicas o patológicas como la que se presenta en la infección por Neisseria gonorrheae.

URETROSPASMO: Ver Uretrismo. Espasmo del conducto uretral.Jost WH, Merkle W, Müller-Lobeck H. Urethrismus accounting for voiding disorder. Urology. 1998 Aug;52(2):352

ÚTERO: (*Latín úterus,matriz, Griego:Metra, histera,hystera):.//* **1.** Órgano genital femenino ubicado entre la vagina y las trompas. // **2.** En la mujer nulípara es una víscera hueca de músculo liso en forma de pera, que

normalmente mide 7 a 8 cm de largo, 4 a 5 cm de ancho y 3 a 3, 5 cm en sentido anteroposterior . El espesor de la pared en el útero normal es de unos 15 mm . Su cavidad está tapizada de una mucosa llamada endometrio que presenta importantes modificaciones durante el ciclo menstrual y durante la gravidez. Este órgano está ubicado en la parte media de la cavidad pelviana por detrás de la vejiga, por delante del recto y por arriba de la vagina. Pesa 30 a 50 gramos. Está dividido en fondo, cuerpo, istmo y cuello. Desde el punto de vista clínico el fondo equivale al techo del útero, desde los orificios internos de las trompas hacia arriba. El istmo es una pequeña banda o cintura que separa el cuerpo del cuello, se hace más ancho durante el embarazo y toma el nombre de segmento. La división entre cuerpo y fondo es utilizada principalmente entre los ecografistas, especialmente para localizar la ubicación de la placenta, la localización de un mioma, etc . El cuello es la porción inferior del útero. Forma un canal cervical con un orificio colocado en el extremo superior llamado orificio cervical interno, cuya sigla es OCI; el otro orificio, opuesto, en el extremo inferior se llama orificio cervical externo, cuya sigla es OCE. Los soportes del útero están dados por el diafragma pelviano y por los ligamentos útero-sacros y por los ligamentos cervicales laterales (de McKenrodt). Los ligamentos redondos mantienen la orientación del órgano y evitan la incarceración(torción en torno a su eje). Está irrigado por las arterias uterinas, provenientes de las hipogástricas e inervado por los plexos hipogástrico superior e inferior (plexo de Frankenhauser). Sus funciones principales son la selección de los espermatozoides (capacitación), la implantación del blastocisto, el crecimiento del embrión y feto y la expulsión del feto a término. // **2.** (Alarcón NMA, Amaya MV, Alarcón AMA. Anatomía clínica del aparato genital femenino. Edit Manual Moderno, México 2005)// Sinónimo: Matriz

ÚTERO, ALQUILER DE: Es el desarrollo de un preembrión implantado en el útero de una mujer no vinculada de manera alguna con el origen de los gametos, que acepta recibirlo en calidad de madre de alquiler mediante un contrato que termina el día del nacimiento. Este tipo de desarrollo fetal ha creado controversia desde que la señora Mary Beth en New Jersey, Estados

Unidos, aceptara que su útero sirviera de órgano de desarrollo del preembrión obtenido de los gametos de los señores William y Elizabeth Stern de 41 años quienes llegaron a la conclusión de que un embarazo normal pondría en riesgo la salud de Elizabeth quien padecía de esclerosis múltiple. Una vez nació la niña (conocida para la prensa con el pseudónimo Baby M) se inició un juicio legal pues la señora Mary Beth reclamaba derechos sobre la recién nacida. Finalmente la corte de New Jersey dejó la custodia de Baby M a los señores Stern, Mary Beth consiguió un régimen de visitas y se declaró ilegal la compra y venta de bebés mediante el alquiler de úteros.

ÚTERO, ALQUILER: Es el desarrollo de un preembrión implantado en el útero de una mujer no vinculada de manera alguna con el origen de los gametos, que acepta recibirlo en calidad de madre de alquiler mediante un contrato que termina el día del nacimiento. Este tipo de desarrollo fetal ha creado controversia desde que la señora Mary Beth en New Jersey, Estados Unidos, aceptara que su útero sirviera de órgano de desarrollo del preembrión obtenido de los gametos de los señores William y Elizabeth Stern de 41 años quienes llegaron a la conclusión de que un embarazo normal pondría en riesgo la salud de Elizabeth quien padecía de esclerosis múltiple. Una vez nació la niña (conocida para la prensa con el pseudónimo Baby M) se inició un juicio legal pues la señora Mary Beth reclamaba derechos sobre la recién nacida. Finalmente la corte de New Jersey dejó la custodia de Baby M a los señores Stern, Mary Beth consiguió un régimen de visitas y se declaró ilegal la compra y venta de bebés mediante el alquiler de úteros.Graw, Allan. Bioquimica clinica. 2 edición. Elsevier España, 2000.

UTERO, ANTEVERSIÓN: Cuando el eje largo del útero está doblado hacia adelante sobre el eje mayor de la vagina, formando un ángulo de 90 grados. (Snell, Richard. Anatomía Clínica. Interamericana: México. 2ª ed. 1984, pág. 295.)

UTERO, ANTEFLEXIÓN: Cuando el eje se dobla hacia adelante a nivel del os interno con el eje largo del cuello, formando un ángulo de 170 grados. (Snell, Richard. Anatomía Clínica. Interamericana: México. 2ª ed. 1984, pág. 295.)

ÚTERO,ANTEVERSOFLEXIÓN: Es la sumatoria de la anteversión y la

anteflexión. El eje del cuello con el cuerpo del útero está inclinado hacia delante, y de manera simultánea el eje del útero está inclinado hacia delante con respecto al eje de la vagina. **UTERO, ANTEVERSOFLEXION:** Es la sumatoria de la anteflexión y la anteversión. En las mujeres adultas es común encontrar que el cuerpo uterino forme un ángulo agudo con el eje de la vagina y a su vez forme un ángulo obtuso con el eje del cérvix. Berek, JS. Berek&Novak´s Gynecology. 14th edition. Lippincott Williams & Wilkins, 2007

UTEROARCUATO: Malformación congénita en la cual el útero tiene una depresión en la región fundo-corporal que le da aspecto de silla de montar. *// Sinónimo: Útero arqueado*.*Semin Reprod Med. Congenital malformations of the uterus: the role of ultrasound. 2008 May;26(3):223-31. Review // Berek, JS. Berek&Novak´s Gynecology. 14th edition. Lippincott Williams & Wilkins, 2007*

UTERO BICAMERAL: Estado patológico en el cual se acumula un líquido en el canal cervical con distensión notoria del mismo por cierre de sus dos orificios, que le da aspecto al útero de doble cámara: la endometrial y la cervical.Semin Reprod Med. Congenital malformations of the uterus: the role of ultrasound. 2008 May;26(3):223-31. Review

UTERO BICORNE: Malformación congénita en la cual el útero tiene una depresión profunda en la región fundo-corporal con la cual toma la forma de dos cuernos. La región istmo cervical es normal por lo cual hay un solo cuello.Semin Reprod Med. Congenital malformations of the uterus: the role of ultrasound. 2008 May;26(3):223-31. Review

UTERO BIFORIS: Malformación muy poco frecuente en la cual el cuerpo e istmo del útero son normales pero el cuello está dividido en dos canales por un tabique.Semin Reprod Med. Congenital malformations of the uterus: the role of ultrasound. 2008 May;26(3):223-31.

UTERO COCLEADO: Toma este nombre cuando los contornos uterinos , vistos de perfil en la ecografía ,se parecen a un caracol o a la cóclea del oído interno.

UTERO CORDADO: Es sinónimo de útero bicorne. La forma del órgano semeja un corazón esquemático, con dos lóbulos y una punta.Semin Reprod

Med. Congenital malformations of the uterus: the role of ultrasound. 2008 May;26(3):223-31. Review

UTERO DE ASPECTO FETAL: Es aquel que tiene el cuello más largo que el cuerpo, como ocurre normalmente en el periodo fetal. Este tipo de cuello favorece el traquelocele. Berek, JS. Berek&Novak´s Gynecology. 14th edition. Lippincott Williams & Wilkins, 2007

ÚTERO DE COUVELAIRE: Ver Síndrome de Couvelaire

ÚTERO,DEXTROFLEXIÓN: Ver Dextroflexión.

UTERO DIDELFO O UTEROBICORNIS-BICOLLIS: Malformación congénita en la cual el útero tiene una franca división central que lo separa en dos hemi-úteros, cada uno con una trompa y un ovario. Hay dos cuellos y con frecuencia se acompaña de un tabique vaginal longitudinal que constituye una doble vagina.

Figura U-2. A. Útero didelfo con doble vagina debido a un tabique vaginal B. Útero didelfo con una sola vagina.*Semin Reprod Med. Congenital malformations of the uterus: the role of ultrasound. 2008 May;26(3):223-31. Review*

ÚTERO, HISTORIA: Mondino de Luzzi fue autorizado para iniciar la disección de cadáveres en el año 1315 en la Universidad de Bolonia, Italia. Este acontecimiento marcó el final del oscurantismo en el conocimiento de la anatomía humana, mantenido por la prohibición de la iglesia católica de hacer autopsias. Las disecciones de Mondino permitieron desechar la creencia de que el útero podía caminar sin rumbo por el cuerpo, pero aceptó el concepto de que la sangre menstrual retenida durante el embarazo salía por los senos en forma de leche. Berengario de Carpi demostró en el siglo XVI que el útero tenía una sola cavidad y no siete como se creía hasta entonces, concepto que había sido postulado por Galeno de Pérgamo en el siglo II, quien suponía que los embriones masculinos se desarrollaban en las cavidades derechas, los embriones femeninos en las izquierdas y los hermafroditas en el centro. Las disecciones de cadáveres de Andreas Vesalio, (anatomista y cirujano flamenco de la Universidad de Padua en la segunda mitad del siglo XVI ,médico de la

corte del rey Carlos V y luego de Felipe II), mejoraron el conocimiento de los ligamentos uterinos. Vesalio describió la capa decidual y utilizó por primera vez la palabra útero para referirse a este órgano. Escribió sus hallazgos en el libro De humani Corporis Fabrica publicado en 1543

ÚTERO INCARCERADO: *Ver también incarceración uterina.* Cuando el útero se encuentra en retroflexión y empieza a crecer durante el embarazo puede encontrarse restringido su crecimiento debido a que se aprisiona en el hueco pélvico, esto es lo que se conoce como incarceración uterina. La presión contra la vejiga aumenta y produce paso involuntario de la orina, pero nunca queda completamente vacía, produciendo una incontinencia paradójica. Puede ocurrir un cuadro de retención urinaria aguda y también una nefropatía obstructiva. Incarceracion Uterina. Hamoda H, Chamberlain PF, Moore NR, et al: Conservative treatment of an incarcerated gravid uterus. Br J Obstet Gynaecol 109:1074, 2002

ÚTERO,LATEROFLEXIÓN: Inclinación de todo el cuerpo uterino hacia la derecha o hacia la izquierda. Por ejemplo: si está inclinado hacia la derecha se dice “útero laterodesviado a la derecha”.

UTERO PARVICOLLIS: Cuando este órgano tiene el cuerpo normal pero el cuello es notoriamente pequeño. Berek, JS. Berek&Novak´s Gynecology. 14th edition. Lippincott Williams & Wilkins, 2007

UTERO,RETRO-FLEXIÓN: Si el fondo y el cuerpo del útero se doblan hacia atrás sobre la vagina de manera que queden en el fondo del saco rectouterino (de Douglas), pero además el cuerpo del útero esta doblado hacia atrás sobre el cuello se dice que el útero esta en retroflexión. (Snell, Richard. Anatomía Clínica. Interamericana: México. 2ª ed. 1984, pág. 308.)

UTERO, RETRO-VERSIÓN: Si el fondo y el cuerpo del útero se doblan hacia atrás sobre la vagina de manera que queden en el fondo del saco rectouterino (de Douglas) se dice que el útero esta en retroversión. (Snell, Richard. Anatomía Clínica. Interamericana: México. 2ª ed. 1984, pág. 308.)

ÚTERO,RETRO-VERSO-FLEXIÓN: Ver Retroversoflexión **UTERO RETROVERSOFLEXION:** *Ver también Retroflexión.* En un 10 a 15% de las

mujeres el útero se inclina hacia atrás y se dice que esta retrovertido. Y cuando el ángulo entre el cuerpo uterino y el cérvix se forma hacia atrás se dice que está en retroflexión. Standring, S. Gray´s Anatomy. 39th edition. Churchill Livingstone, 2005.

UTERO SEPTADO: Es aquel que tiene un tabique medial en la cavidad uterina sin deformación del contorno del órgano. Ese tabique hace que la cavidad endometrial sea bicameral. Berek, JS. Berek&Novak´s Gynecology. 14th edition. Lippincott Williams & Wilkins, 2007 // Clin Obstet Gynecol. Müllerian anomalies. 2008 Jun;51(2):214-22. Review.

UTERO UNICORNIS: Útero con un solo cuerno por ausencia del conducto paramesonéfrico homolateral o por atrofia de un cuerno en un útero didelfo.

Figura U-5. Utero unicorne. Clin Obstet Gynecol. Müllerian anomalies. 2008 Jun;51(2):214-22. Review.

ÚTERUS: Latín,matriz, Griego:Metra, histera,hystera.



VACUUM: Elemento empleado para la instrumentación del parto caracterizado por un dispositivo de tracción tipo copa que se adhiere a la cabeza fetal diseñado de forma que la succión crea un caput artificial dentro de la copa y permite una tracción adecuada. La ventajas teóricas del extractor de vacuum sobre otros elementos usados para la instrumentación del parto son: evitar la inserción de hojas de acero que ocupan espacio dentro de la vagina y su colocación sobre la cabeza fetal, la capacidad de rotar la cabeza fetal sin friccionar los tejidos blando de la madre y la menor presión intracraneala durante el proceso de tracción. Existen copas de silicona y copas de metal, cada una asociada con ventajas y desventajas específicas. La copa debe ser aplicada equidistante de la sutura sagital del cráneo fetal justo por delante de la fontanela posterior y una vez aplicada se inicia el proceso de tracción. (Gilstrap III, LC. Cunningham, F. VanDorsten, J. Parto Asistido con ventosa. Urgencias en Sala de Partos y Obstetricia Quirúrgica. Montevideo, Uruguay. Editorial Panamericana. 2° edición. 2002. 123 - 145)

VAGINA (*Latín ,vagina /griego Kolpos,*vaina, estuche, envoltura). // Conducto genital que se encuentra entre la vulva y el cuello de la matriz. La palabra vagina fue utilizada por primera vez por Colombo de Cremona(1516-1559),quien además describió las rugosidades de su mucosa y fue el primero en publicar un caso congénito de ausencia de útero y vagina, entidad que a partir del siglo XIX sería estudiada por Mayer, Rokitanski, Kuster y Hauser. Algunos historiadores dan la paternidad de la palabra vagina a Fallopio, quien era contemporáneo de Colombo. En la península ibérica se la mencionaba como vaína hasta 1817 cuando la academia la reemplazó por vagina. / 2. Es una cavidad virtual fibromuscular de 7.5 a 10 cm de longitud, contráctil. La pared anterior tiene una longitud aproximada de 6 – 8 cm y la pared posterior

mide aproximadamente 8 – 10 cm; se considera una cavidad virtual ya que en posición erecta las paredes anterior y posterior se encuentran fusionadas. Posee una porción pélvica que representa los dos tercios superiores y una porción perineal que corresponde al tercio inferior. Forma la porción inferior del tracto genital femenino y se extiende desde el cervix hasta el introito. En la parte anterior limita con la vejiga y la uretra de las cuales se encuentra separada por la presencia de un tabique vesico-vaginal y uretra-vaginal cuya alteración o debilitamiento favorece la presencia de cisto-uretrocele; en la porción posterior limita con el recto y canal anal, separados por el tabique rectovaginal. La vagina se encuentra suspendida gracias a la presencia del diafragma pélvico y diafragma urogenital así como de las estructuras suspensorias del cervix. La irrigación de la vagina está divida en tercio, recibiendo el tercio superior irrigación de las arterias vesico-vaginales y cérvico-vaginales ramas de la arteria uterina que a su vez es rama de la arteria hipogástrica; el tercio medio recibe irrigación de la arteria vaginal larga que puede ser rama de la arteria uterina o rama directa del arteria hipogástrica; el tercio inferior recibe irrigación de ramas de la arteria vaginal larga y arteria hemorroidal, rama de la arteria hipogástrica. El drenaje venoso llega a las venas uterinas, venas pudendas internas y hemorroidales medias. El drenaje linfático se realiza a los ganglios hipogástricos, iliacos externos, iliacos comunes y presacros. La inervación depende del plexo útero-vaginal originado del plexo hipogástrico con un componente simpático representado por el nervio hipogástrico superior o presacro, formado por los segmentos medulares T10 – T11 – T12 – L1 – L2, y un componente parasimpático representado por el nervio hipogástrico inferior o pélvico y el nervio pudendo formado por las raíces nerviosas S2 – S3 – S4. (Moore, K. Anatomía con orientación clínica. El periné. Tercera edición. Winnipeg, Canadá. Editorial Panamericana. 1993. 311-336 / Alarcón, MA. Anatomía Clínica de la Vagina. Anatomía Clínica del aparato genital femenino. Primera edición. Bogotá, Colombia. Editorial Manual Moderno. 2005. Pags. 181-208)

VAGINECTOMÍA: Extirpación de la vagina. Puede hacese de manera parcial o total. La única causa de vaginaectomía total es un cáncer de vagina o metastásico a la vagina. Se hace vaginectomía parcial en la cleisis vaginal.

VAGINISMO:Espasmo doloroso involuntario y recurrente o persistente de los músculos perineales que rodean el tercio inferior de las paredes de la vagina, que se presenta durante el coito o durante el examen médico. El vaginismo es un reflejo involuntario precipitado por intentos imaginarios o reales de penetración vaginal. (Berek JS,Adashi EY,Hillard PA. Ginecología de Novak. Interamericana. México.1997 p. 288).

VAGINISMO GLOBAL ó PERMANENTE: Es el que se presenta de manera permanente, no solo durante el coito. Estas pacientes no permiten la exploración vaginal durante el examen ni la auto colocación de un óvulo pues el dolor se lo impide.Kammerer-Doak D. Female sexual function and dysfunction. *Obstet Gynecol Clin North Am*. June,2008; 35(2): 169-83

VAGINISMO PRIMARIO: Es el espasmo doloroso de la vagina que le ha impedido a la paciente tener relacione sexuales por primera vez. Suele presentarse en pacientes con temor fóbico al sexo, considerado consciente o inconscientemente como una agresión. Amato P. Categories of female sexual dysfunction. *Obstet Gynecol Clin North Am.* December,2006; 33(4): 527-34

VAGINISMO SECUNDARIO: Es el espasmo doloroso de la vagina durante el coito que se presenta de manera adquirida en pacientes que ya han tenido relaciones sexuales indoloras. Berek, JS. Berek&Novak´s Gynecology. 14th edition. Lippincott Williams & Wilkins, 2007

VAGINISMO SITUACIONAL: Es el espasmo doloroso de las paredes vaginales que se presenta solo durante el coito, pero que permite la exploración de la cavidad sin dolor durante el examen médico. Es contrario al vaginismo global o permanente.Kammerer-Doak D. Female sexual function and dysfunction. Obstet Gynecol Clin North Am. June*,2008; 35(2): 169-83.*

VAGINITIS: El termino vaginitis es el diagnostico dado a una entidad que se caracteriza por leucorrea anormal con quemazón, irritación o picazón vulvar.Berek, JS. Berek&Novak´s Gynecology. 14th edition. Lippincott Williams & Wilkins, 2007

VAGINITIS ATRÓFICA: Los estrógenos juegan un papel importante en el mantenimiento de la flora normal vaginal. La mujer menopáusica, aquella con

ooforectomia natural o secundaria a un procedimiento quirúrgico, puede desarrollar vaginitis inflamatoria, la cual puede acompañarse de una leucorrea purulenta. Adicionalmente, puede haber dispareunia y sinusorragia resultado de la atrofia del epitelio vulvar y vaginal. El examen físico revela una atrofia de los genitales externos, junto con la perdida de las rugosidades vaginales. El examen microscópico de la secreción vaginal muestra un predominio de células epiteliales parabasales y aun aumento del número de leucocitos. El tratamiento consiste en aplicar cremas vaginales de estrógenos. Se puede usar 1 gramo de crema de estrógenos conjugados intravaginal diario por 1 a 2 semanas logrando buenos resultados. La terapia estrogenica sistémica puede considerarse para prevenir recurrencias. Owen MK, Clenney TL. Management of vaginitis. Am Fam Physician. 2004 Dec 1;70(11):2125-32. Review.

VAGINITIS INFLAMATORIA DESCAMATIVA: Es un síndrome clínico caracterizado por una vaginitis exudativa difusa, exfoliación de células epiteliales y leucorrea purulenta. La causa de esta vaginitis es desconocida, pero las tinciones de Gram revelan una relativa ausencia de bacilos gram-positivos (lactobacilli) y su reemplazo por cocos gram-positivos especialmente Streptococos. Las mujeres con vaginitis inflamatoria descamativa tienen una leucorrea purulenta, quemazón o irritación Vulvovaginal y dispareunia. Menos frecuentemente se encuentra prurito vulvar. El eritema vaginal se presenta y está asociado a eritema vulvar, puntos equimoticos vulvovaginales y colpitis macularis. El pH de la secreción vaginal es mayor a 4.5 en estas pacientes. La terapia inicial es el uso de Clindamicina crema al 2% diaria por 7 días. Las recaídas ocurren en un 30% de las pacientes, quienes pueden ser retratadas con Clindamicina crema al 2% intravaginal por 2 semanas. Si ocurre recaídas en mujeres post-menopáusicas debe considerarse terapia de suplencia hormonal. Owen MK, Clenney TL. Management of vaginitis. Am Fam Physician. 2004 Dec 1;70(11):2125-32.

VAGINITIS POR CÁNDIDAS ó CANDIDIASIS VULVOVAGINAL: Se estima que un 75% de las mujeres ha experimentado al menos un episodio de candidiasis Vulvovaginal durante si vida. Cerca de un 45% de las mujeres experimentan dos o más episodios. Afortunadamente pocas tienen infecciones recurrentes o crónicas. La Candida albicans es responsable del 85 a 90% de

los casos. Otras especies de candida como la *C.* glabrata y la C*.* tropicalis pueden causar síntomas vulvovaginales y tienden a ser resistentes a la terapia. La candida es un hongo di mórfico que existe como blastoconidias que son responsables de la transmisión y la colonización, el micelio resultante de la germinación de las blastoconidias aumentan la colonización y facilitan la invasión histica. Aéreas extensivas de inflamación y prurito a menudo se asocian con una mínima invasión de las células epiteliales del tracto genital inferior sugieren que una toxina o una enzima extracelular puede tener un papel en la patogénesis de la enfermedad. Un fenómeno de hipersensibilidad también puede ser responsable de los síntomas irritativos asociados con al CVV, especialmente en pacientes con infección crónica o recurrente. Las pacientes con una enfermedad sintomática usualmente tienen una concentración elevada de estos microorganismos (>10^4/mL) comparadas con pacientes asintomáticas (<10^3/mL). Los factores que predisponen a desarrollar una CVV sintomática incluyen: uso de antibióticos, embarazo y diabetes. El embarazo y la diabetes están asociados con una disminución cualitativa de la inmunidad celular, conduciendo a una alta incidencia de candidiasis. Nyirjesy P. Vulvovaginal Candidiasis and Bacterial Vaginosis. *Infect Dis Clin North Am*. December, 2008; 22(4); 637-652

VAGINITIS POR TRICHOMONAS: Es causada por un parasito flagelado, de transmisión sexual: *Trichomonas vaginalis*. La tasa de transmisión es alta, un 70% de los hombres contraen la enfermedad con una sola exposición con una mujer infectada, lo cual sugiere que la tasa de transmisión hombre-mujer es alta. El parasito solo existe en la forma de trofozoito, es un anaerobio que tiene la capacidad para generar hidrogeno, que combinado con oxigeno crea un ambiente anaerobio. A menudo se acompaña de vaginosis bacteriana, la cual puede diagnosticarse en un 60% de pacientes con vaginitis por trichomonas. Clínicamente se caracteriza por una leucorrea amarillenta, fétida y espumosa; se asocia con un gran componente inflamatorio. (Berek JS,Adashi EY,Hillard PA. Ginecología de Novak. Interamericana. México. 1997 p. 431).

VAGINOCELE: Es el prolapso de la cúpula vaginal en pacientes con histerectomía total. Sinónimo: Colpocele.

VAGINOSIS BACTERIANA: Este síndrome común y complejo refleja una flora

anormal. Vaginosis bacteriana había sido referida antiguamente como vaginitis no especifica o vaginitis por Gardnerella. Es una alteración de la flora normal de la vagina que resulta en una pérdida del peróxido de hidrogeno producidos por los lactobacios y por lo tanto lleva a un sobrecrecimiento de bacterias anaerobias predominantemente. Las bacterias anaerobias forman menos del 1% de la flora normal. En mujeres con vaginosis bacteriana la concentración de anaerobios o de Gardnerella vaginalis, Mycoplasma hominis puede ser 100 a 1000 veces mayor que la de una mujer con flora bacteriana vaginal normal. Usualmente en este síndrome los lactobacilos están ausentes. Schorge JO, Cunningham, FG - Williams Gynecology. 1 edition, McGraw-Hill. 2008 // 2- Nyirjesy P. Vulvovaginal Candidiasis and Bacterial Vaginosis. *Infect Dis Clin North Am*. December, 2008; 22(4); 637-652

VALOR P: Es una cifra en números decimales que permite identificar si dos variables comparadas son similares o diferentes. Cuando esa cifra es menor o igual a 0,05 (por ejemplo 0,05 ó 0,006) se entiende que las dos variables son diferentes y que la diferencia entre ellas es "significativa", es decir estadísticamente importante.// Porcentualmente 0,05 equivale al 5%, que es el valor máximo que el azar puede influir en los resultados.// Cuando el valor P es mayor a 0,05 (por ejemplo 0,07), se entiende que las dos variables son similares y que entre ellas no hay diferencia estadística.// Si por ejemplo la mejoría para una enfermedad es del 37% con el medicamento A y del 39% con el medicamento B, con un valor P:0,00003, se interpreta que hay diferencia en los dos resultados, que la diferencia es significativa y que el resultado favorece al medicamento A. Si el valor P para este mismo ejemplo fuera p: 0.09 se entendería que los resultados son similares estadísticamente y que la mejoría de la enfermedad se logra alrededor del 38% con cualquiera de los dos medicamentos. // Antes de iniciar un estudio el investigador se fija un límite superior (un valor de significancia Alfa) para la cantidad de azar tolerable en los resultados que va a obtener. Generalmente se fija un máximo del 5%, es decir un alfa:0.05. Una vez ha concluido el estudio analiza la influencia del azar en los resultados obtenidos mediante el valor P, que no debe exceder el 5%, por lo tanto p: 0.05. Si el valor P sobrepasa el 5%, por ejemplo 7%, los resultados han sido influenciado por el azar más allá de lo esperado y su valor debe ser

tomado con reserva por quien interpreta los datos. // El valor P asociado a un resultado observado es la probabilidad de obtener un valor como el observado o más extremo, si la hipótesis nula es cierta// Un valor P se relaciona siempre con una prueba de hipótesis; este es la probabilidad de obtener un resultado tan extremo o más extremo que el observado, si la hipótesis nula es verdadera. (Dawson-Sauders B. Bioestadística médica, Manual Moderno, México 1993 p.108)

VALOR PREDICTIVO DE UNA PRUEBA NEGATIVA: Es la probabilidad, medida en porcentaje, de estar sano, cuando la prueba que se le ha realizado es negativa. Responde a la pregunta: ¿Qué probabilidad tiene una persona de estar realmente sano si esta prueba le ha salido negativa?. Se calcula en una tabla de 2x2, al dividir los realmente sanos(casilla D) entre el total de personas con la prueba negativa(casilla M2). Ejemplo: 325/340=0,95 El resultado se multiplica por 100. En este caso el VPN es del 95%. En este esquema M1 es la sumatoria de A+B, M2 es la sumatoria de C+D, n1 es la sumatoria de A+C, n2 es la sumatoria de B+D. La letra N es la sumatoria de M1+M2 (que también es la sumatoria de n1+n2).

// Sinónimos: Valor Predictivo Negativo ó VPN. Es el porcentaje de personas con resultado negativo que no tiene la enfermedad de interés. (Greensberg R. Epidemiología clínica. Manual Moderno, México, 2da edición 1998, p.96) (Dawson-Sauders B. Bioestadística Médica, Manual Moderno, México 1993 p.269-271).

VALOR PREDICTIVO DE UNA PRUEBA POSITIVA: Es la probabilidad, medida en porcentaje, de estar enfermo, cuando la prueba que se le ha realizado es positiva. Responde a la pregunta: ¿Qué probabilidad tiene una persona de estar realmente enfermo si esta prueba le ha salido positiva?. Se calcula en una tabla de 2x2, al dividir los enfermos diagnosticados(casilla A) entre el total de personas con la prueba positiva(casilla M1): Ejemplo: 85/200=0,42 El resultado se multiplica por 100. En este caso el VPP es del 42%. En este esquema M1 es la sumatoria de A+B, M2 es la sumatoria de C+D, n1 es la sumatoria de A+C, n2 es la sumatoria de B+D. La letra N es la sumatoria de M1+M2 (que también es la sumatoria de n1+n2). // Sinónimos:

Valor Predictivo Positivo ó VPP. Es el porcentaje de personas con resultado positivo que en realidad tiene la enfermedad de interés. (Greensberg R. Epidemiología clínica. Manual Moderno, México, 2da edición 1998, p.96), (Dawson-Sauders B. Bioestadística médica, manual Moderno, México 1993 p.108)

VPN: Ver valor predictivo de una prueba negativa.

VALOR PREDICTIVO NEGATIVO: Ver valor predictivo de una prueba negativa.

VPP: Ver Valor predictivo de una prueba positiva.

VALOR PREDICTIVO POSITIVO: Ver Valor predictivo de una prueba positiva.

VAPORIZACIÓN CON LASER: Es una aplicación en la medicina del laser de CO2. La interacción en el tejido cuando el rayo del laser impacta es el siguiente: la energía es absorbida por el agua intracelular, causando que hierva instantáneamente. La celula explota y sale un vapor (de ahí el termino de vaporización con laser). Las proteínas y el contenido mineral son incinerados por el calor y deja un aspecto carbonizado en la base de la zona expuesta. La profundidad de la destrucción del laser es una función del poder del rayo (en vatios), el área de contacto del rayo (en milímetros cuadrados) y el tiempo de incidencia del rayo sobre el tejido. El rayo debe moverse uniformemente en la superficie del tejido para evitar una quemadura profunda. El laser vaporiza un área central y deja una pequeña zona de necrosis por calor que rodea el cráter central. La meta de la vaporización por laser es la disminución del área de necrosis del tejido. La mayor ventaja de la vaporización con laser es la habilidad para controlar exactamente la profundidad y anchura de la vaporización por medio de una visión colposcopica directa. Rock, JA. Jones III, HW. TeLinde´s Operative Gynecology. 10th edition. Lippincott Williams&Wilkins, 2008.

VARIABILIDAD: Cambio de la frecuencia cardiaca fetal (FCF) en diferentes segmentos del monitoreo fetal. La variabilidad refleja los cambios instantáneos en la frecuencia cardiaca fetal de un latido (u onda R) al siguiente. La variabilidad puede estar Ausente (no hay cambios en la frecuencia cardiaca

fetal), o ser Mínima (los cambios de la frecuencia fetal son menores a 5 latidos por minuto); puede ser Normal (los cambios de la frecuencia cardiaca fetal fluctúan entre 6 y 25 latidos por minuto); o estar Aumentada(los cambios de la frecuencia cardiaca fetal son mayores a 25 latidos por minuto). Puesto que la variabilidad se evalúa en el monitoreo fetal electrónico, debe cuantificarse el cambio de la FCF con respecto a la línea de base. // Normalmente la línea de base de la FCF exhibe cierto grado de oscilación o irregularidad que reflejan cambios de frecuencia latido a latido en el registro gráfico, los que se denominan variabilidad de la línea de base de la FCF. Esta variabilidad puede ser interpretada como variabilidad de largo y corto plazo. // La variabilidad puede ser de corto y de largo plazo. ACOG Practice Bulletin. Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists, Number 70, December 2005. Intrapartum fetal heart rate monitoring.

VARIABILIDAD DE CORTO PLAZO: La variabilidad de corto plazo, es la que refleja los cambios de la FCF entre un latido y el siguiente y es la medida de un intervalo de tiempo entre sístoles cardiacas ocurridas sucesivamente.// Es una medida del intervalo entre las sístoles cardíacas en el trazo de un monitoreo fetal electrónico. La variabilidad refleja los cambios instantáneos en la frecuencia cardiaca fetal de un latido (u onda R) al siguiente. Se determina con mayor confiabilidad por estar normalmente presente solo cuando los ciclos electro-cardiacos se miden directamente con un electrodo en el cuero cabelludo. Los métodos de registro externo por Doppler con ultrasonido pueden crear artefactos de variabilidad "normal". A la inversa, la ausencia de variabilidad durante el registro externo por Doppler del corazón fetal puede sugerir falta de variabilidad de latido a latido. cambios de la FCF entre un latido y el siguiente y es la medida de un intervalo de tiempo entre sístoles cardiacas ocurridas sucesivamente.// Es una medida del intervalo entre las sístoles cardíacas en el trazo de un monitoreo fetal electrónico. La variabilidad refleja los cambios instantáneos en la frecuencia cardiaca fetal de un latido (u onda R) al siguiente. Se determina con mayor confiabilidad por estar normalmente presente solo cuando los ciclos electro-cardiacos se miden directamente con un electrodo en el cuero cabelludo. Los métodos de registro externo por Doppler con ultrasonido pueden crear artefactos de variabilidad "normal". A la

inversa, la ausencia de variabilidad durante el registro externo por Doppler del corazón fetal puede sugerir falta de variabilidad de latido a latido. ACOG Practice Bulletin. Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists, Number 70, December 2005. Intrapartum fetal heart rate monitoring.

VARIABILIDAD DE LARGO PLAZO: La variabilidad de largo plazo, son los cambios oscilatorios de la frecuencia cardiaca fetal, entre una y otra sístole cardiaca, que ocurren en 1 minuto o más. Esta fluctuación puede ser descrita en términos de rango y frecuencia de los cambios oscilatorios.Esta característica depende de la integridad del SNC y del equilibrio de los sistemas simpático-parasimpático del feto. ACOG Practice Bulletin. Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists, Number 70, December 2005. Intrapartum fetal heart rate monitoring.

VARIANTE DE DANDY-WALKER: Corresponde a una de las entidades que forma parte del complejo malformativo de Dandy-Walker y se caracteriza por la presencia de hipoplasia variable del vermis cerbeloso con o sin aumento de tamaño de la cisterna magna. (Mohanty, A. Biswas, A. Treatment options for Dandy-Walker malformation. J Neurosurg. 2006 Nov;105(5 Suppl):348-56)

VARIEDAD DE PRESENTACIÓN FETAL: La presentación es la porción del cuerpo del feto que entra primero en el canal de parto o bien la que se encuentra más cercana al mismo, o la porción del feto que se palpa a través del cuello uterino durante el examen vaginal. Los tipos de presentación probables son a-Cefálica b-De pelvis etc. La variedad de presentación es la ubicación de un punto de reparo en cada tipo de presentación, que a su vez puede estar ubicado adelante o atrás y a la derecha o a la izquierda. En la presentación cefálica el punto de reparo es el hueso occipital, que se identifica por la sutura lambdoidea, en cuyo caso las variedades probables son: occípito izquierda anterior (OIA), occípito derecha anterior(ODA), occípito izquierda posterior (OIP), occípito derecha posterior (ODP), occípito transversa derecha(OTD) y occípito transversa izquierda(OTI). Las presentaciones cefálicas se clasifican según la relación de la cabeza con el cuerpo del feto. Normalmente la cabeza está fuertemente flexionada de modo que el mentón se encuentra en

contacto con el tórax. El punto de reparo en estas circunstancias es la fontanela occipital y la presentación se denomina cefálica de vértice u occipital. En realidad el vértice se encuentra justamente adelante de la fontanela occipital y el occipucio justamente detrás de la fontanela. Aunque es menos frecuente, la nuca fetal puede encontrarse hiperextendida de modo que el occipucio y la espalda entran en contacto y la cara es la primera en ingresar al canal de parto (presentación de cara). La cabeza fetal puede adoptar una posición intermedia entre estos extremos, parcialmente flexionada en algunos casos, presentando la fontanela anterior (mayor) o bregma (variedad de presentación de sincipucio) o parcialmente extendida en otros casos, presentando la frente (presentación de frente). Estas dos últimas presentaciones suelen ser transitorias. Gabbe, SG. Obstetrics: Normal and Problem Pregnancies, 5th ed.Churchil Livingstone, 2007

VÁRICES VULVARES: Se producen como el resultado de un embarazo o embarazos repetidos, generalmente se acompañan de varicosidades en los miembros inferiores. Uno de los factores primarios en su aparición es el enlentecimiento del retorno venoso debido al aumento de la presión intrapelvica. Generalmente se afectan las venas de los labios mayores. Se presentan como tortuosidades que son perfectamente visibles en bipedestación y que pueden desaparecer duran el decúbito. Berek, JS. Berek&Novak´s Gynecology. 14th edition. Lippincott Williams & Wilkins, 2007

VASA PREVIA: Cuando el cordón umbilical tiene inserción velamentosa (es decir se ha insertado en las membranas corio-amnióticas y no en el disco placentario), y se acompaña de placenta previa, pueden anteponerse los vasos sanguíneos entre la presentación fetal y el orificio cervical, condición llamada vasa previa.(Danforth. Tratado de Obstetricia y Ginecología. 8ª ed. McGraw-Hill Interamericana. México, 2000).

VEJIGA: Es una visera hueca con paredes musculares robustas, se caracteriza por sus distensibilidad. Es un deposito pasajero de orina, cuyo tamaño, forma, posición y relación varían según su contenido y el estado de las vísceras adyacentes. Cuando esta vacía, se sitúa en las pelvis menor, posterior y algo superior a los huesos del pubis. Queda separada de estos huesos por el

espacio retro púbico virtual que se encuentra debajo del peritoneo; se apoya en el suelo de la pelvis. Esta sostenida en el cuello por los ligamentos pubovesicales. Tiene una morfología tetraédrica, caracterizada por: el vértice de la vejiga apunta hacia el borde superior de la sínfisis del pubis, el cuerpo de la vejiga es la parte situada entre el vértice y el fondo. La base o fondo está formada por la pared posterior, algo convexa. El fondo y las superficies inferolaterales se reúnen en el cuello de la vejiga, La úvula vesical es una ligera proyección del trígono de la vejiga.Standring, S. Gray´s Anatomy. 39th edition. Churchill Livingstone, 2005.

VEJIGA NEURÓGENA: Estado en el que la inervación de la vejiga está alterada y por lo tanto no le llegan los estímulos de las raíces nerviosas de la medula espinal. En este caso la vejiga es incapaz de contraerse para vaciarse, ocasionando un cuadro de globo vesical. Stern M. Neurogenic bowel and bladder in the older adult. *Clin Geriatr Med*. May,2006; 22(2): 311-30

VELAMEN VULVAE: Variedad anatómica de los labios menores que son redundantes en comparación con la mayoría de mujeres en los cuales estos tienen una superficie que los mantiene ocultos por los labios mayores. Solo algunas mujeres con este tipo de hipertrofia los perciben como un cuerpo extraño en la vulva especialmente durante la relación sexual. No producen incomodidad en la mayoría de quienes tienen esta variante. Se le conoce con el sinónimo de labios hotentotes. El nombre de Hotentote proviene de este grupo humano mezcla de bosquimanos y camitas que habita los países del suroeste del África. Estas mujeres tienen notorios acúmulos de grasa en los glúteos, en el abdomen (delantal hotentote) y en los glúteos; además de manera frecuente sus labios menores son redundantes (por eso se les llama labios hotentotes). (Alarcón NMA, Amaya MV, Alarcón AMA. Anatomía clínica del aparato genital femenino. Edit Manual Moderno, México 2005, p. Sinónimos: labios menores hipertróficos, labios hotentotes, velo del pudor.

VELASCO, ESPÁTULAS DE-: Ver también Espátulas. Consta de tres partes: la cuchara con una longitud de 10.5cm, en forma ovalada, no fenestrada y con borde romo, que se adosa al maxilar fetal durante su aplicación. El tallo de 10cm de longitud con un ancho distal de 3.5cm que se reduce hasta 2.2cm en

su parte proximal son rectos con ligera curva para evitar el contacto con el cráneo fetal. El mango es una porción vertical corta, se inserta perpendicularmente en los tallos, tiene una angulacion externa. Tiene varias funciones: funcion rotadora: se realiza con una o con dos ramas, función tractora: si riesgo de tracción craneana por el diseño de lasespatulas, función extensora: ayuda a la defleccion cefálica para obtener desprendimiento final de la cabeza. Sanchez Torres, Fernando. Historia de la ginecobstetricia en Colombia. 1 edicion. Giro editores, Santafé de Bogotá, 1993

VELO DEL PUDOR: Ver "Velamen vulvae ".

VELOCIDAD DE PROPAGACIÓN DE ONDA: Corresponde a la velocidad con la cual una onda sonora se propaga en un medio específico. Las ondas sonoras se propagan con diferente velocidad en los tejidos. Para la ultrasonografía diagnóstica se establece una velocidad de propagación de onda constante de 1540 m/seg. (Walton, P. Jamieson, A. The expanding role of diagnostic ultrasound in obstetrics and gynecology. Surg Gynecol Obstet. 2001; 137 (5): 753-757).

VELLO PUBIANO: *Ver también Tanner del vello pubiano ó índice de maduración sexual para el vello del pubis.* Vello que sale en la región perineal y pubiana como resultado de la acción de las hormonas en la pubertad, formando parte de los caracteres sexuales secundarios. Según su distribución y sus características se da una graduación en la escala Tanner. Berek, JS. Berek&Novak´s Gynecology. 14th edition. Lippincott Williams & Wilkins, 2007

VELLO PUBIANO DE DISTRIBUCIÓN ANDROIDE: En este caso el vello pubiano no se distribuye en forma de triangulo con la punta hacia abajo como en una mujer, sino que se extiende de forma lineal hacia el abdomen. Berek, JS. Berek&Novak´s Gynecology. 14th edition. Lippincott Williams & Wilkins, 2007

VENTRICULOMEGALIA FETAL: Consiste en un aumento de volumen de los ventrículos laterales fetales secundario a una acumulación anormal de líquido cefalorraquídeo, que genera como consecuencia aumento de la presión intracraneana. La ventriculomegalia fetal en la práctica clínica se conoce con el

nombre de hidrocefalia y se puede producir por cuatro mecanismos: obstrucción en la circulación del LCR, disminución de la reabsorción del LCR, aumento en la producción de LCR o destrucción del tejido cerebral. La prevalencia de la ventriculomegalia fetal se encuentra entre 0.3 y 1.5 por 1.000 nacimientos y se considera secundaria a múltiples causas dentro de las cuales se encuentran, causas genéticas, infecciosas, teratogénicas y neoplásicas. El diagnóstico se realiza por evaluación ecográfica empleando el tercer plano de corte axial para evaluación del SNC fetal en el cual se observa el atrium ventricular. La evaluación se puede realizar de forma subjetiva que consiste en la observación del plexo coroideo llenado por completo el ventrículo lateral. Si esto no se presenta, se procede a la medición del ventrículo, teniendo como punto de corte aceptado 10 mm como normal. Uno o ambos ventrículos laterales por encima de 10 mm establece el diagnóstico de ventriculomegalia unilateral o bilateral según sea el caso. La ventriculomegalia se ha dividido en dos subgrupos: ventriculomegalia leve cuando los ventrículos laterales miden entre 10 – 15 mm, y ventriculomegalia definida cuando el diámetro ventricular es mayor a 15 mm. La importancia de la diferenciación entre los subtipos de ventriculomegalia se establece en la definición de pronóstico, teniendo mejor pronóstico aquellos fetos de sexo masculino con tamaños ventriculares entre 10 y 12 mm. La detección de ventriculomegalia fetal conlleva una secuencia de estudios complementarios que incluyen estudio ecográfico fetal detallado y seriado, ecocardiograma fetal, cariotipo y rastreo para TORCH. (Gupta, J. Bryce, F. Lilford, R. Management of isolated fetal ventriculomegaly. Obstet Gynecol Surv. 2004; 49: 716-721 / D´Addario, V. Pinto, V. Sonographic diagnosis of fetal cerebral ventriculomegaly: an update. J Matern Fetal Neonatal Med. 2007; 20(1):7-14).

VENTROFIL. Ver suturas especiales en ginecología.

VENUS: Es el nombre romano de Afrodita, diosa griega de la belleza y del amor. Hija de Urano(el cielo) y de Gea(la tierra), esposa de Vulcano(ó Hefestos), amante de los dioses Ares, Dionicio, Hermes y Poseidón y de los mortales Anquises y Adonis. Sus hijos más conocidos son Cupido (Eros), Anteros, Himen y Hermafroditus . Esta diosa había provenido inicialmente de Fenicia y se le adoraba en múltiples países de Europa, Asia y el norte de África

por lo cual se le conocía con unos 100 nombres que mencionan su poder sobre la tierra, los cielos, la fecundidad ,la vida, la muerte, el amor, la belleza y aún de la prostitución. Los nombres más frecuentes eran Astarté, Venus Victrix, Venus Genitrix, Venus Myrtea y Venus Ericina. Entre las plantas consagradas en su honor estaban el mirto, la rosa y la manzana. Se dedicaba la paloma en su honor por ser un ave prolífica y se le sacrificaba dicho animal como principal ofrenda. Entre los israelitas se llegó a ofrendarle sacrificios de niños. En su honor se bautizaron el día viernes y al planeta Venus por ser considerada la diosa de este cuerpo celeste. Las enfermedades venéreas (enfermedades del amor) tomaron su nombre en Roma de esta diosa que había llegado de Grecia. Por ser una divinidad venida de afuera la Afrodita griega se conocía en Roma con el nombre popular de Venere, por esto las enfermedades adquiridas al hacer el amor se llaman venéreas . Los artistas han rendido homenaje a esta diosa a través de la historia de la pintura y la escultura. Son particularmente famosas las dos pinturas sobre el nacimiento de Venus, “La nascita di Venere” de Sandro Boticelli (galería degli Uffizi,Florencia) y “La naissance de Vénus” de Alexandre Cabanel (musée d´Orsay,Paris). Hay muchas versiones sobre el juicio de Paris, donde se la representa recibiendo la manzana por su belleza. Entre las esculturas sobresalen La Venus de Willendorf, estatuilla de piedra caliza elaborada unos 25 siglos aJC, representante de la fertilidad; La Venus de Milo (museo de Louvre,Paris), escultura sin brazos encontrada en la isla griega de Milo, en el mar Egeo, al parecer esculpida por Scopas en el siglo IV y la Venus de Praxiteles de la cual hay copias en los museos de Munich y El Vaticano. (Pierre Grimal, profesor de U. Sorbona *Diccionario de mitología griega y romana*. Ediciones Paidós Ibérica, S.A. 1986),(Alarcón NMA, Amaya MV, Alarcón AMA. Anatomía clínica del aparato genital femenino. Edit Manual Moderno, México 2005, p.

VESTIBULAR: Que pertenece al vestíbulo o se relaciona con él. En los genitales externos femeninos son vestibulares el meato uretral, las glándulas de Bartholin, etc, pues drenan su contenido al vestíbulo. También reciben este nombre las glándulas vestibulares pues están a lado y lado del vestíbulo.),(Alarcón NMA, Amaya MV, Alarcón AMA. Anatomía clínica del aparato genital femenino. Edit Manual Moderno, México 2005, .

VESTIBULITIS VULVAR: Inflamación de la vulva, a nivel del vestíbulo (la región de la vulva que sirve de entrada a la vagina), manifestada por eritema de diferente grado y dolor intenso e hipersensibilidad a la presión de la cara interna de los labios menores y de la fosa navicular. (Alarcón NMA, Amaya MV, Alarcón AMA. Anatomía clínica del aparato genital femenino. Edit Manual Moderno, México 2005)

VESTÍBULO DE LA VAGINA (lat. Vestibulum vaginae): Vestíbulo: Atrio o portal que está a la entrada de una casa o edificio. La palabra vestíbulo se originó del honor que se le hacía a la entrada de las casa y de los edificios a la diosa Vesta o Cibeles, diosa de los hogares. Las vestales eran mujeres vírgenes en Roma, con investidura religiosa ,cuya función era venerar a la diosa Vesta y guardar y preservar el fuego perpetuo en el lugar donde se le hacían sacrificios. Si por desgracia el fuego se apagaba era motivo de gran escándalo por lo cual eran castigadas severamente. Solo se podía reponer mediante el fuego producido utilizando los rayos del sol. Las vestales ingresaban al servicio desde los 16 años y debían permanecer en el mismo durante 30 años. Si durante ese lapso tenían relaciones sexuales eran enterradas vivas. El culto a la diosa Vesta fue instituido por Numa Pompilio, segundo rey de Roma (siglo VII aJC). // **1.** Es el conducto vulvar o espacio de la vulva que está entre el borde superficial de los labios mayores y menores, y la membrana himeneal. // Espacio de la vulva que está antes de la entrada a la vagina. El piso del vestíbulo es la fosa navicularis. // **3.** Es el espacio comprendido entre los labios menores. Al vestíbulo drenan la uretra, la vagina y los conductos de las glándulas vestibulares mayores.El vestíbulo vaginal no es una estructura de la vagina sino de la vulva. (Pierre Grimal, profesor de la Sorbona *Diccionario de mitología griega y romana*. Ediciones Paidós Ibérica, S.A. 1986). (Alarcón NMA, Amaya MV, Alarcón AMA. Anatomía clínica del aparato genital femenino. Edit Manual Moderno, México 2005 // Sinónimo: Vestíbulo vulvar.

VESTIBULO VAGINAL: Es el espacio de la vulva que antecede la entrada de la vagina. Este espacio está delimitado por la cara interna de los labios menores y mayores. Se inicia en el borde superficial ded los labios vulvares y termina a nivel del himen. En el vestíbulo están ubicadas las glándulas

vestibulares mayores, las glándulas vestibulares menores, el meato urinario y el clítoris. A los lados del vestíbulo están los bulbos vestibulares. (Alarcón N. Miguel A; Amaya F María V; Alarcón A. Miguel A. Anatomía Clínica del aparato genital femenino. Primera edición. México, Bogotá, Colombia. Editorial Manual Moderno. 2005.)

VESTÍBULO VULVAR: Ver vestíbulo vaginal .

VIDEO-LAPAROSCOPIA QUIRÚRGICA: El uso de videocámara y monitor ha constituido un paso importante en el desarrollo de la laparoscopia quirúrgica avanzada. Sin el sistema de video, el cirujano tiene que estar de pie, con la cabeza baja y muy inclinada hacia un lado, un ojo cerrado y las manos y brazos extendidos al frente. No hay labor de equipo posible en este tipo de cirugía. Sólo el cirujano se mantiene erecto y opera en una posición cómoda. El campo quirúrgico entiende la intervención. Es muy ilustrativo presenciar la cirugía por el monito. Rock, JA. Jones III, HW. TeLinde´s Operative Gynecology. 10th edition. Lippincott Williams&Wilkins, 2008.

VIOLACIÓN SEXUAL: Es la relación sexual forzada con personas de su mismo sexo o del contrario. Se obliga al coito mediante amenaza o violencia. Las leyes que castigan este delito son más severas cuando el agredido(a) es menor de edad. Muchas mujeres víctimas de violación son agredidas por hombres que adicionan el sadismo. // Aunque la definición legal de la agresión sexual varía de un lugar a otro, la mayor parte de las definiciones de violación incluyen la penetración oral, vaginal o rectal del pene, de un dedo o de un objeto, mediante el empleo de la fuerza física, la agresión de hecho, el engaño, la intimidación, la amenaza de daño corporal o psicológico(que debe ser idónea y creíble), la falta de consentimiento, la incapacidad para otorgarlo, el trastorno de las funciones psicológicas o la pérdida del conocimiento por una enfermedad o por una sustancia farmacológica. // Acto carnal violento. // Acto carnal con persona puesta en incapacidad de resistir. Doctrinalmente se ha afirmado que el acto carnal violento implica la introducción parcial o total del miembro viril por cualquiera de las cavidades naturales de la víctima(boca,ano, vagina), por lo cual solo el varón puede ser sujeto activo de este ilícito punible. Esta definición excluye la introducción del pene en cavidades quirúrgicas o en

orificios de malformaciones congénitas. El sujeto pasivo debe ser un individuo vivo de la especie humana. Con esta precisión se excluyen el bestialismo y la zoofilia, conductas que toman connotación penal cuando se realizan en presencia de menores de catorce años. Cuando el acto sexual se realiza con una persona muerta toma el nombre y las connotaciones legales de la necrofilia y de la profanación de cadáveres. Reglamento técnico para el abordaje forense integral de la víctima en la investigación del delito sexual r.t inml-cf- 01 versión 02, agosto 2006 instituto nacional de medicina legal y Ciencias Forenses

VIOLACIÓN SEXUAL: Es la relación sexual forzada con personas de su mismo sexo o del contrario. Se obliga al coito mediante amenaza o violencia. Las leyes que castigan este delito son más severas cuando el agredido(a) es menor de edad. Muchas mujeres víctimas de violación son agredidas por hombres que adicionan el sadismo. // Aunque la definición legal de la agresión sexual varía de un lugar a otro, la mayor parte de las definiciones de violación incluyen la penetración oral, vaginal o rectal del pene, de un dedo o de un objeto, mediante el empleo de la fuerza física, la agresión de hecho, el engaño, la intimidación, la amenaza de daño corporal o psicológico(que debe ser idónea y creíble), la falta de consentimiento, la incapacidad para otorgarlo, el trastorno de las funciones psicológicas o la pérdida del conocimiento por una enfermedad o por una sustancia farmacológica. // Acto carnal violento. // Acto carnal con persona puesta en incapacidad de resistir. Doctrinalmente se ha afirmado que el acto carnal violento implica la introducción parcial o total del miembro viril por cualquiera de las cavidades naturales de la víctima(boca,ano, vagina), por lo cual solo el varón puede ser sujeto activo de este ilícito punible. Esta definición excluye la introducción del pene en cavidades quirúrgicas o en orificios de malformaciones congénitas. El sujeto pasivo debe ser un individuo vivo de la especie humana. Con esta precisión se excluyen el bestialismo y la zoofilia, conductas que toman connotación penal cuando se realizan en presencia de menores de catorce años. Cuando el acto sexual se realiza con una persona muerta toma el nombre y las connotaciones legales de la necrofilia y de la profanación de cadáveres.

VIOLADOR DOMINANTE: Aquel individuo con trastorno mental, inseguro de

su virilidad y con poco amor propio, que realiza una violación sexual bajo el control de la voluntad de la víctima bajo amenazas, con poco uso de la fuerza que produce leve o ningún daño físico diferente a la violación misma. Ocurre en el 25% de los casos de este tipo de delito. Garrido Genovés, Vicente. Técnicas de tratamiento para delincuentes. Editorial Centro de Estudios Ramón Areces. Madrid,1993

VIOLADOR IRACUNDO: Aquel individuo con trastorno mental, irritado o deprimido que busca retribución por las injusticias que le han hecho otras personas, en especial las mujeres. Suele golpear a la víctima y emplea más fuerza física de la necesaria para dominarla. Ataca mujeres muy jóvenes o muy ancianas. Ocurre en el 40% de los casos de este tipo de delito. Garrido Genovés, Vicente. Técnicas de tratamiento para delincuentes. Editorial Centro de Estudios Ramón Areces. Madrid,1993

VIOLADOR OPORTUNISTA: Aquel individuo con trastorno de la personalidad que aprovecha una situación impulsiva, generalmente con una mujer conocida, puesta en indefención o como resultado de una situación no planeada. Suelen emplear poca o ninguna fuerza o agresión física diferente a la violación. Ocurre en el 30% de los casos de este tipo de delito.Garrido Genovés, Vicente. Técnicas de tratamiento para delincuentes. Editorial Centro de Estudios Ramón Areces. Madrid,1993

VIOLADOR SÁDICO: Aquel individuo con serio trastorno mental en que el psicópata obtiene placer sexual al producir daño físico y psicológico a la víctima. Suelen atacar mujeres no conocidas a las cuales llevan a cautiverio, a tortura o a actos extraños aún por periodos prolongados. La sobreviviente suele sufrir lesiones genitales o extragenitales y quizás resulte mutilada o asesinada. Otros violadores pueden actuar con absoluta falta de control como cuando atacan a la víctima durante otro delito como un atraco o un secuestro. Algunos violadores creen que están predestinados hacia la víctima como ocurre con una persona subordinada conocida o el incesto entre padre e hija. Este tipo de violación ocurre en el 5% de los casos de este tipo de delito.

VIRUS VPH: El virus Papiloma infecta una variedad de especies (1), siendo específico para cada una de ellas. El Virus Papiloma Humano, presenta un

DNA de doble cadena, con aproximadamente 8.000 pares de bases (2). El genoma puede dividirse en una región temprana (E), una región tardía (L) y una región control .La tipificación viral se realiza de acuerdo a la diferencia en el genoma presente entre ellos, de modo tal que un nuevo tipo se identifica al encontrar una secuencia génica E_6, E_7 y L_1 que difiera en más del 10% respecto de otro conocido. Un subtipo o variante se define por una diferencia génica entre 2-5% .La infección por HPV es considerada como la enfermedad de transmisión sexual más frecuente en el mundo (4). Más de 100 tipos de HPV han sido identificados, alrededor de 30 están asociados a lesiones anogenitales intraepiteliales e invasoras . De principal interés son los tipos considerados de alto riesgo oncogénico, principalmente 16 y 18, vinculados a cánceres ginecológicos y no ginecológicos. PREVALENCIA: La prevalencia máxima de HPV cervical estudiada por técnica de PCR se presenta entre los 20 y 25 años de edad, 10-20% de las mujeres HPV positivas en Cérvix presentan alteraciones citológicas; 20% de las mujeres jóvenes sin actividad sexual presentan HPV en cérvix y el 60% de las mujeres sexualmente activas. Las mujeres con PAP (-) presentan una prevalencia de HPV variable entre 3,7-47,9% según método y población estudiada; 40-60% de los hombres cuyas parejas presentan HPV cervical tienen lesiones clínicas o subclínicas. Un 50% de los hombres cuyas parejas femeninas presentan Condilomas Acuminados tienen lesiones visibles, 25% adicional presenta lesiones subclínicas. TRANSMISIÓN: Infecta piel y algunas mucosas, presentando selectividad según tipo de HPV. Ingresa al epitelio a través de varios mecanismos: 1- Micro-trauma, durante la relación sexual. 2- Contacto directo con piel u objetos infectados. 3-- En el embarazo y período perinatal es posible el paso ascendente y vertical. El período de latencia es variable hasta su expresión clínica (meses a años. TIPOS DE LESIONES CAUSADAS POR EL VPH: Las lesiones más frecuentes son las verrugas cutáneas, las lesiones ano-genitales,y los tumores benignos de cabeza y cuello. // (Rivera Z., René, Aguilera t., Jorge y Larrain H, Angélica. Epidemiología del virus papiloma humano (HPV). Rev. Chil. Obstet. Ginecol., 2002, vol.67, no.6, p.501-506. issn 0717-7526).

VIRUS VPH Y CÁNCER DE CÉRVIX: Los virus papiloma son un género de virus agrupados juntos por su tumorigenicidad y homogeneidad de DNA, que afectan a vertebrados. Actualmente se conocen más de 70 tipos de virus papiloma humanos (HPV), mostrando cada tipo un tropismo particular por sitios anatómicos específicos, siendo comunes las infecciones de piel y de mucosas del tracto oral, respiratorio y anogenital (14). La International Agency for Research on Cancer (IARC) de la OMS los clasifica como "carcinogénicos" (tipos 16 y 18), "probablemente carcinogénicos" (tipos 31 y 33), y "posiblemente carcinogénicos" (otros excepto 6 y 11). Se ha encontrado una fuerte asociación entre infección ano-genital por HPV y desarrollo de neoplasia cervical intraepitelial y cáncer cérvico-uterino invasor. En 2.600 frotis cervicales se encontró DNA del tipo virus altamente oncogénico 16 en el 47% de las NIE de alto grado y en el 47% de los cánceres cérvico-uterinos invasores . En un estudio prospectivo en más de 18.000 mujeres se encontró, mediante técnicas de inmunología molecular, que la presencia de anticuerpos contra HPV16 confiere un riesgo 12 veces mayor que el resto de la población de desarrollar cáncer cérvico-uterino o carcinoma *in situ,* encontrándose además que el riesgo es más alto para las neoplasias desarrolladas 5 años o más después de la toma de muestra sanguínea para el estudio de anticuerpos, lo que apoya fuertemente al concepto de que la infección persistente por HPV16 (y probablemente por cualquier HPV oncogénico) está implicada casualmente en la etiología del cáncer cérvico-uterino. Desde el punto de vista genómico, el DNA del HPV se divide funcionalmente en 2 tipos de genes: los tempranos (E), y los tardíos (L). Los tempranos son responsables de la replicación del DNA, regulación transcripcional, y transformación del DNA de la célula infectada. Los genes tardíos codifican las proteínas de la cápside viral. Los productos de los genes tempranos actúan como oncoproteínas. Estas, expresadas en todos los tumores, inactivan a los productos génicos celulares supresores de tumores p53 y pRb, causando proliferación celular descontrolada . En los cánceres cérvico-uterinos asociados con HPV frecuentemente se encuentra una pérdida o disminución de la expresión alélica de las críticas moléculas clase I del complejo mayor de histo-compatibilidad, que están íntimamente involucradas en el reconocimiento y presentación de antígenos de superficie. Su downregulation causada por el HPV podría explicar por qué algunos cánceres

escapan a la vigilancia inmunológica mediada por células. La infección por HPV clínica y subclínica es la enfermedad de transmisión sexual (ETS) más común actualmente. La infección asintomática del cuello uterino por HPV se detecta en el 5 a 40% de las mujeres en edad reproductiva . La infección por HPV es un fenómeno transitorio o intermitente; sólo a una pequeña proporción de mujeres positivas para un determinado tipo de HPV se le encuentra el mismo en especímenes posteriores. El riesgo de NIE subsecuente es proporcional al número de especímenes positivos para HPV, lo que sugiere que el desarrollo carcinogénico resulta de infecciones persistentes. Actualmente está bien establecido que el principal factor causa de cáncer cérvico-uterino es la infección por HPV. La mayoría de la investigación epidemiológica de los años recientes se ha focalizado en la comprensión del rol de factores de riesgo que influirán en la adquisición de infección persistente por tipos oncogénicos de HPV, o el de factores coexistentes que mediarían la progresión en el continuo de los grados de lesión. Entre éstos tenemos: tabaquismo, polimorfismo del HLA o del gen p53, uso de anticonceptivos orales, paridad, otras ETS, y déficit nutricionales. El riesgo relativo de la asociación entre infección por HPV y neoplasia cérvico-uterina es de alta magnitud, en el rango de 20 a 70. Este rango es mayor que para la asociación entre tabaquismo y cáncer pulmonar y es comparable solamente al de la asociación entre hepatitis B crónica y cáncer hepático, relaciones causales que son indiscutibles. Evidencia reciente usando meticulosas pruebas diagnósticas con reacción de cadena de polimerasa en una gran colección de especímenes de cáncer cérvico-uterino ha mostrado que el DNA del HPV está presente en el 99,7% de los casos. Este hallazgo indica que la infección por HPV podría constituir una causa necesaria de neoplasia cérvico-uterina, evidencia con obvias implicancias para la prevención primaria y secundaria. (Serman, Felipe. Cáncer cérvico-uterino: Epidemiología, historia natural y rol del virus papiloma humano: perspectivas en prevención y tratamiento. Rev. Chil. Obstet. Ginecol., 2002, vol.67, no.4, p.318-323. ISSN 0717-7526.) // En el desarrollo del cáncer, la integración del DNA viral al genoma de la célula huésped es de particular importancia, produciéndose una interrupción en la región de lectura abierta (ORF) E1-E2, lo que impide un adecuado efecto inhibitorio de E2 en la región de control TATA box, vecina al promotor P97, produciéndose la unión de factores de transcripción (SP1 y

Complejo de Transcripción TFIID), activando la expresión de proteínas E6 y E7. La proteína E6 se une a P53, formando un complejo con proteínas celulares (Proteína ligante de E6, Proteína Kinasa, Proteína ligante de Calcio) sobre el cual actúa un complejo enzimático (Ubiquitina), degradando a P53, el efecto final es un aumento en la transcripción del DNA dañado (por inhibición de gen P21 o WAF1), activando etapa G1 y bloqueando apoptosis de células mutadas (por inhibición de gen Bax). La proteína E7 se une a la proteína del Retinoblastoma (PRB), liberando el Factor de Transcripción E2F, el cual se encuentra unido basalmente en fase G1. Como resultado se activan genes de proliferación (c-myc, Timidina kinasa, Polimerasa Alfa). Una diferencia significativa entre los tipos de HPV de bajo y alto riesgo oncogénico estaría en la afinidad diferencial de sus respectivas proteínas E6 y E7 con las proteínas P53 y PRB. También importaría que el DNA viral se integre al genoma de la célula huésped (HPV de bajo riesgo no se integraría). Existe, sin embargo, un 30% de Cánceres Cervicales HPV, 16 positivos cuyo DNA permanece episomal, pudiendo explicarse el efecto proliferante a través de mutaciones en sitios de control YY1 (los que basalmente inhiben la expresión del promotor P97) de este modo, se activaría la expresión de E6 y E7.// FACTORES DE RIESGO PARA LA INFECCIÓN Y PROGRESIÓN DE LESIONES CERVICALES POR HPV: El inicio precoz de actividad sexual ha sido reconocido como un factor de riesgo central en la infección por HPV. Respecto al número de parejas sexuales, se ha demostrado la presencia de HPV, cervical o vulvar en 17-21% de las mujeres con 1 pareja sexual y en 69-83% de aquellas con 5 o más parejas sexuales (3). Al considerar las relaciones homosexuales entre mujeres se ha encontrado la presencia de HPV, cervical en 13% de éstas parejas (15). En población de prostitutas, la seroprevalencia y detección de HPV, en cérvix tipos, 16, 18, 31 y 58 es de 14 y 10 veces mayor respecto población general. La paridad ha sido asociado a un mayor riesgo de infección por HPV. Respecto a factores nutricionales, el déficit de Folato sérico ha sido vinculado como factor de riesgo independiente. El consumo de cigarrillo aumenta el riesgo de NIE II-III 2,6 veces con efecto dosis dependiente. El uso de anticonceptivos orales (ACO) por 5 a 9 años, en presencia de HPV, cervical, aumenta el riesgo de Ca de cérvix a 2,82 y a 4,03 con el uso por más de 10 años. Madelaine y col., establecen que el uso de ACO por más de 12 años, en

presencia de HPV cervical se asocia a un aumento del riesgo de adenocarcinoma *in situ* de 5,5 veces. Al considerar la inmunodeficiencia, se ha establecido que pacientes con HIV presentan prevalencias de HPV cervical entre 38 a 75%. Mujeres HIV positivas sintomáticas y recuentos de linfocitos CD4 bajos (< 200 cel/microlitro) tienen prevalencias de HPV cervical de 71% . Estas pacientes tienen un riesgo 2 veces mayor de presentar HPV de alto riesgo con una persistencia viral 2 veces mayor, 76% de las mujeres HIV positivas presentan infección por HPV. Anal. La circuncisión masculina reduce la infección por HPV en pene en 37% y se asocia a una disminución de carcinoma cervical del 50%. Respecto al sistema HLA, el antígeno DR15-DQ6, en presencia de HPV 16 cervical aumenta el riesgo de NIE (24). HLA - DRB1 y DQB1, se encuentran elevados en Ca cervical con DNA positivo para HPV 16.(Rivera Z., René, Aguilera t., Jorge y Larrain H, Angélica. Epidemiología del virus papiloma humano (HPV). Rev. Chil. Obstet. Ginecol., 2002, vol.67, no.6, p.501-506. issn 0717-7526).

VOYEURISMO: (Francés “voyeur”, mirar) o es la compulsión a mirar a hurtadillas los genitales o el acto sexual de los demás. Una variante de esta conducta es el troilismo,en la cual se comparte la pareja sexual para disfrutar observando el coito. // Sinónimo: escopofilia (Griego scopein, mirar).Abel GG. Sexual arousal patterns: normal and deviant. Psychiatr Clin North A. December,*2008; 31(4): 643-55* // Moore & Jefferson. Handbook of Medical Psychiatry. 2 edition, Mosby, 2004

VULVA: (Latín: Pudendus, Vulva, Cunnus. Griego: Episeyo , Episio). *Origen de la palabra:* probablemente viene de la palabra Episeyo que significa excitarse y que haría mención a este órgano como centro erógeno. *En latín la palabra vulva significa al mismo tiempo vulva y matríz, siendo dos órganos tan diferentes. Dos formas de mencionar la vulva en latín son Pudendum muliere y Feminae pudenda. La raíz Pudendus tiene dos orígenes: a-Pudendum: deshonroso, que causa vergüenza b-Pudoris: timidéz, vergüenza. Pudicia: Diosa de la mitología griega que personificaba la virtud. Su estatua era adorada en un altar del templo de la fortuna representando la castidad femenina y la fidelidad conyugal.*// Órgano genital externo de la mujer. Comprende a-los labios menores o ninfas,ubicados interormente en relación a

los labios mayores,b-los labios mayores,cubiertos de bello. Son más gruesos que los labios menores y usualmente los ocultan, c-el clítoris,órgano de respuesta erógena por excelencia, compuesto por el cuerpo, el glande y las dos raíces que acompañan a las ramas isquiopubians de la pelvis,d-la horquilla,confluencia de los dos labios mayores y aveces de los dos labios menores, e- el vestíbulo vaginal, espacio formado por la cara interna de los labios menores, que precede la entrada de la vagina. Su piso es llamado fosa navicular, y f-las glándulas vestibulares mayores y menores, que producen moco. // (Alarcón NMA, Amaya MV, Alarcón AMA. Anatomía clínica del aparato genital femenino. Edit Manual Moderno, México 2005). Sinónimos: 1. Pudendo femenino 2. Cunnus,raíz usada principalmente por los sexólogos al referirse al Cunnilingus: estimulación lingual de la vulva durante la relación sexual. 3. Episio: raíz griega utilizada por ejemplo para la palabra episiotomía; proviene de las raíces Epision y Episeion que hacen referencia al pubis.

VULVAR: que se relaciona con la vulva.

VULVECTOMÍA RADICAL: Corresponde a un procedimiento quirúrgico empleado en el manejo del carcinoma de vulva cuyos principios básicos de extirpación son: 1) extirpación de un margen amplio de tejido sano que rodee la lesión tumoral; un margen de 2 cm reduce de manera importante el riesgo de recidiva local. 2) el margen debe ser adecuado, tanto lateral como medialmente. 3) debe extirparse toda la piel distrófica con la muestra. La técnica incluye la realización de una incisión en el pliegue labio-crural que se extiende en dirección caudal y lateral a la vulva, para terminar al lado del ano, en forma bilateral. Se profundizan las incisiones laterales hasta la fascia profunda y el periostio y se extirpa la vulva completa. Se realiza hemostasia principalmente de las arterias pudendas internas y el tejido eréctil vascular. Se realiza cierre primario de las incisiones dejando dren de succión inquinal bilalteral y cateter vesical. (Hirsh, H. Käser, O. Iklé, F. Atlas de cirugía ginecológica con cirugía de mama. Carcinoma de vulva y vagina. Quinta edición. Editorial Marbán. Madrid, España. 2000. 411-423).

VULVITIS: Inflamación de la vulva. // Proceso inflamatorio que produce dolor,eritema y edema de las estructuras vulvares.// Sinónimos: Episiotis, Edeítis (griego: aidoia, órganos genitales).

VULVODINIA: Es un término usado para describir un dolor vulvar inexplicable, disfunción sexual y una discapacidad psicológica. En octubre de 2003 la Sociedad Internacional para el estudio de la Enfermedad Vulvovaginal, (ISSVD por sus siglas en ingles) definió vulvodinia como un"Disconfort vulvar, más a menudo descrito como un dolor quemante, que ocurre en la ausencia de hallazgos físicos visibles o de una enfermedad neurológica clínicamente identificable". El dolor de la vulvodinia es descrito como espontaneo (no provocado) o desencadenado con presión física (provocado) tales como el contacto sexual, inserción de tampón o presión digital. Además el termino vestibulitis fue eliminado de la terminología del ISSVD porque estos cambios inflamatorios no han sido consistentemente documentados. El dolor vulvar fue clasificado por la ISSVD como sigue:

Dolor Vulvar como parte de una entidad definida	Vulvodinia (dolor no localizada, referido en toda la vulva)	Dolor vulvar localizado: Vestibulodinia, Clitorodinia, hemivulvodinia, etc.
a. Infeccioso b. Inflamatorio c. Neurológico d. Neoplásico	a. Generalizada b. No provocada c. Provocada d. Mixta	a. No provocado b. Provocado c. Mixto

Tabla V-1. Clasificacion del dolor vulvar seguna la ISSVD. Kammerer-Doak D. Female sexual function and dysfunction. *Obstet Gynecol Clin North Am*. June,2008; 35(2): 169-83

VULVOVAGINITIS: Proceso inflamatorio de origen bacteriano, micótico o parasitario que se inicia en la vagina y por contigüidad compromete la vulva o viceversa. Esta entidad es muy frecuente en las niñas y adultas.Owen MK, Clenney TL. Management of vaginitis. Am Fam Physician. 2004 Dec

1;70(11):2125-32. Review.

VYCRIL: Ver *también suturas más utilizadas en gineco-obstetricia.* Nombre comercial del poliglactin 910, Es una sutura sintética absorbible, copolímero de ácidos lácticos y glicólidos, los cuales existen en forma natural en el cuerpo, como parte del proceso metabólico. Se combinan entre sí para producir una estructura molecular que mantiene la fuerza tensil para lograr eficientes aproximaciones de los tejidos durante el periodo oxítico de cicatrización de la herida. Acto seguido es absorbida rápidamente. Su fuerza tensil se mantiene en un 60% después de 14 días de ser implantado, y a los 21 días todavía persiste en un 30%. La absorción se completa entre los 60 y 90 días, a través de una hidrólisis lenta en presencia de los fluidos del tejido.



WALCHER, GUSTAV ADOLF(1856-1935): Médico gineco-obstetra alemán, nació y murió en Ellwangen. Realizó sus estudios de Medicina en Berlín y en Leipzig. Fue aceptado en al Frauenklinik (clínica de señoras) de Tubingen, con una disertación sobre el prolapso genital en las mujeres(1886). Posteriormente fue nombrado director de la escuela de Stutgart, cargo que ocupó por 30 años. De su labor profesional se recuerda su intensa campaña a favor de la lactancia materna, la posición de Walcher para la atención del parto y el diseño de un dilatador del cuello uterino. Una frase suya que se recuerda en Stutgart es: "Stillfahigkeit ist stillwille" (cuyo significado es: desear ser una enfermera la hace capaz de serlo". (Speert Harold. Obstetric and gynecologic milestones. The Parthenon publishing group, New York, 1996).

WALCHER, POSICIÓN: Con soporte en las observaciones anatómicas de las modificaciones que sufre la pelvis al cambiar las posiciones del cuerpo, realizadas por su amigo y contemporáneo, el DR John Zaglas, el Dr Gustav Walcher impuso la costumbre de poner las piernas colgando (en decúbito dorsal semi-arqueado), para facilitar el parto, sobre todo en las mujeres obesas. (Zaglas J. Mechanism of the pelvic articulation. Month J.M. Sc.13:289-91,1851).

WALTHARD, ISLOTES: Restos embrionarios de epitelio plano de los conductos de Wolff o de Müller. De apariencia urotelial puede encontrarse en el ligamento ancho, en la superficie de la trompa y más raramente en la superficie del ovario. Habitualmente no producen problemas clínicos, pero pueden presentar transformación quística que contiene material grumoso y eosinofílico, las lesiones suelen ser minúsculas pero múltiples a veces se pierde su

apariencia transicional cuando su contenido aplana el revestimiento, cuando hay abundantes células su núcleo muestra un apariencia de grano de café.(Pedro J. Galofré G, Grases P, Casas F, Roque H. Patología ginecológica: Bases para el diagnóstico morfológico Elsevier España 2002)

WASSERMAN, TEST: Debe su nombre al diseñador de la prueba para diagnóstico de la sífilis, el bacteriólogo alemán August von Wasserman. Se basa en la fijación de complemento: una muestra de sangre periférica o de líquido céfalo-raquídeo se pone en contacto con el antígeno lipídico llamado cardiolipina extraído del miocardio de un animal bovino. Si la amuestra obtenida del(la) paciente tiene reaginas(anticuerpos específicos IgG o IGM contra la sífilis), se forma una reacción de antígeno-anticuerpo que es medida en intensidad de 1 a 4, de acuerdo a la severidad de la infección. (Widemann F.K. Serrano B. Interpretación clínica de las pruebas de laboratorio. Edit JIMS,Barcelona.,1981)

WATKINS, THOMAS JAMES(1863-1925): Ginecólogo neoyorkino, cuya vida profesional tuvo énfasis en la cirugía de interposición uterina, que era una manera de conservar este órgano en pacientes con prolapso genital. (Watkins T. J. Treatment of cases of extensive cystocele and uterine prolapse. Surg. Gynecol. and Obstet. J. 2:659-67,1906).

WATKINS, CIRUGÍA: Operación llamada también interposición del útero, por cuanto luxaba el útero en sentido anterior, hacía una apertura en la cara anterior de la vagina y cubría el cuerpo del útero con la mucosa vaginal. Finalmente el útero quedaba invertido, el cuerpo aplicado contra la vejiga, interpuesto entre la mucosa vaginal y la vejiga, con el fondo uterino muy cerca del introito vaginal. Algunas modificaciones incluyeron la amputación del cérvix. Por la posición final del útero no se hizo esta cirugía en mujeres en edad fértil. Esta cirugía fue ideada al comienzo del siglo XX para conservar el útero en pacientes con histerocele o con prolapso genital total, pero perdió vigencia por los inconvenientes acarreados con la patología endometrial que se hacía de difícil diagnóstico y tratamiento. (Watkins T. J. Treatment of cases of extensive cystocele and uterine prolapse. Surg. Gynecol. and Obstet. J. 2:659-67,1906)

WEBSTER, JOHN CLARENCE: (1863-1950). Ginecólogo canadiense

nacido en Chediac. Fue asistente del Dr. Alexander Simpson, obstetra del Royal Victoria Hospital. Luego ocupó el cargo de gineco-obstetra del Rush Medical College, en Chicago. Su aporte más importante a la cirugía ginecológica fue el diseño de la histero-suspensión, junto al Dr John Montgomery Baldy, técnica conocida como "Histerosuspensión de Baldy-Webster". Ver cirugía de Baldy-Webster.

WERMER, **SÍNDROME**: Es una Neoplasia Endocrina Múltiple, también llamada NEM I, es la asociación de hiperplasia o tumores tiroideos, pancreáticos e hipofisiarios, descrita por primera vez en 1954 y clasificada en 1968 como entidad propia. Otras manifestaciones menos frecuentes de este síndrome son los tumores carcinoides, tiroideos, suprarrenales y lipomas. La manifestación clínica, el diagnostico y el tratamiento, dependen del tumor que se esté manifestando. (Moreno E. Fernández G, M. López T. Endocrinología: Diagnóstico y tratamiento. Ediciones Díaz de Santos 1994;500-4)

WERTHEIM, ERNEST: Ginecólogo austriaco nacido en Graz (1864-1920). Estudió la carrera de Medicina en Graz. En 1890 se trasladó a Praga a la Clinica de la mujer, como asistente del Dr. Friedrich Schauta. Regresó a Viena en 1891 cuando el Dr Schauta fue nombrado jefe de la Frauenklinic de esta ciudad. Para entonces se imponía en Europa la técnica de Schauta, por vía vaginal, para la histerectomía por cáncer de cérvix. En 1897 Wertheim fue nombrado jefe del Departamento de Cirugía del *Bettina Pavilions der Elisabeth-Klinik*, En 1899 fue nombrado profesor de ginecología e impuso la histerectomía radical por vía abdominal para el tratamiento del cáncer de cérvix (llamada técnica de Wertheim que se impuso y sigue vigente), con la cual logró bajar la mortalidad del 72% al 38%, por esta causa. En 1910 fue nombrado director de la Frauenklinik de Viena. Hizo aportes importante en la fisiopatología de los gonococos en la cavidad peritoneal y en el cultivo de estos diplococos en agar. (1-http://www.whonamedit.com // 2- Die aszendierende Gonorrhoe beim Weibe. Bakteriologische und klinische Studien zur Biologie des Gonococcus. Archiv für Gynäkologie, Berlin, 1892, 42: 1-86 // 3- Wertheim E. *Die erweiterte abdominale Operation bei Carcinoma colli uteri (auf Grund von 500 Fällen).* Berlin and Vienna, 1911.

WERTHEIM-MEIGS, HISTERECTOMÍA: Debe su nombre al aporte que hicieron a la histerectomía los ginecólogos Ernst Wertheim, austríaco, director de la Frauenklinik de Viena, y Joe Vincent Meigs, ginecólogo norteamericano, cuya vida profesional estuvo dedicada a la gineco-oncología en el Cancer Hospital de Massachussets.// **1,** Es una histerectomía radical más linfadenectomía para tratamiento quirúrgico del cáncer de cérvix ***//*** **2.** Intervención quirúrgica utilizada para el tratamiento de cáncer de cuello uterino, consiste en extirpar en bloque junto con la lesión primaria del cuello uterino el tejido circundante hasta la pelvis incluyendo los ligamentos cardinales y útero sacros, más la mitad superior de la vagina, más linfadenectomía pélvica de los ganglios que acompañan a la aorta en la zona cercana a su bifurcación, las arterias iliacas y la fosa obturatriz.. (Razetti L. La histerectomía y la lucha contra el cáncer. Gac Méd Caracas. 1916;23:137-144.)

WERTHEIM II, CIRUGÍA: Técnica operatoria realizada al comienzo del siglo XX por el Dr Ernst Wertheim para tratamiento del prolapso uterino. Era la combinación de la amputación del cuello del útero y reubicación del cuerpo uterino invertido, entre la mucosa vaginal y la vejiga, para lo cual se disecaba la mucosa de la vagina y luego se suturaba por delante del útero para cubrirlo con mucosa vaginal. Esta técnica operatoria había sido diseñada en 1909 (10 años antes de Wertheim) por el Dr Thomas Watkins// (E. Wertheim: Die operative Behandlung des Prolapses mittelst Interposition und Suspension des Uterus. Berlin, 1919. // Sinónimos: Interposición uterina de Wertheim, Cirugía de Watkins.

WHARTON, GELATINA: Tejido conectivo laxo mucoso de apariencia gelatinosa, se encuentra ubicado en el cordón umbilical, está conformado por células mesenquimatosas y tejido conectivo laxo, que luego se convertirán en fibroblastos inmaduros. Fue descrito en el siglo XVII por el anatomista inglés Thomas Wharton, por lo cual se le asignó este epónimo.(Pedro J. Grases G, Grases P, Casas F, Roque H. Patología ginecológica: Bases para el diagnóstico morfológico. Elsevier España 2002; Capitulo 14)

WHARTON, THOMAS(1614-1673): Médico inglés nacido en Winston-on-tees. Fue estudiante de Cambridge y Oxford. Se vinculó como médico del

Saint Thomas Hospital donde laboró toda su vida. Al Dr Wharton se le recuerda especialmente por sus aportes a la anatomía: en su libro “Adenographia” describió los conductos salivares que llevan su nombre(que drenan la saliva de la glándula sub-mandibular) y por la descripción de la gelatina del cordón umbilical que conserva su epónimo. (Wharton T. Adenographia: glandularum totius corporis descriptio, London, 1656. Pp. 243-44).

WHITE,(**clasificación de la diabetes gestacional):** Descrita por Priscilla White, es una clasificación pronostica basándose en la edad del comienzo, la duración del trastorno y las complicaciones. El defecto más grande de esta clasificación es que no contempla que la inestabilidad metabólica es el principal factor pronóstico en la gestante diabética insulinodependiente. En 1985, Freinkel modifica la clasificación de White, así: A- Diabetes gestacional A1-Glicemia en ayunas <105 mg/dl (normal), A2-Glicemia en ayunas entre 105 y 129 mg/dl (intolerante).B- Glicemia en ayunas > 130 mg/dl, B1-Si el diagnóstico es de primera vez (DMG), B2-Inicio después de los 20 años y evolución menor de 10 años, persistiendo entre los embarazos (DM2). Las Clases C-D-F-H-R corresponden a las DM1 y DM2.(Hare J.K, and White P., Gestational Diabetes and the White classification. Diabetes Care 1980; 3:394).

WIEDEMAN-LENZ SÍNDROME. Es un conjunto de malformaciones del embrión que ocurren en los nacidos de madres tratadas con talidomida durante el embarazo. Caracterizado sobre todo por las graves malformaciones de las extremidades. Las malformaciones dependen de las fechas en las que el fármaco fué administrado, siendo el período más crítico el situado entre los días 37 y 50 de la gestación. Varían desde la amelia hasta sólo malformaciones de los pulgares. Todas ellas predominan en las extremidades superiores y suelen se bilaterales. Otras anormalidades incluyen malformaciones craneales, hidrocéfalo, meningomielocele, macroftalmía o anoftalmia, fisura palatina, hemangiomas en la cara, anormalidades cardiovasculares y malformaciones en los tractos genitourinario e intestinal. (Knightley, Phillip; Evans, Harold. Potter, Elaine. Wallace, Marjorie. (1979). *Suffer The Children: The Story of Thalidomide*. New York: The Viking Press)

WIGAND-MARTIN-SMELLIE, MANIOBRA: Ver Maniobra de Martin-Wigand-Smellie para el parto en presentación de pelvis. Es una variante de la maniobra de Mauriceau. Una mano presiona la cabeza fetal a través de la pared abdominal en la pelvis.

WILLIAMS, JOHN WITRIDGE: (1866-1931). Profesor de gineco-Obstetricia de la Universidad de John Hopkins, en la cual ocupó el cargo de decano entre 1911 y 1923.Escribió el texto que organizó los conocimientos de la Obstetricia: La obstetricia de Williams". (Eastman, N. J. (1964). "The Contributions of John Whitridge Williams to Obstetrics." American Journal of Obstetrics and Gynecology 90: 561-565).

WOLFF, CASPAR FRIEDRICH: Nació en Berlín, Alemania en 1733. Estudió medicina en la Universidad de Halle y anatomía en la Escuela de Breslau. Descubrió los riñones primitivos (mesonefros o cuerpos de Wolff) y sus conductos excretores. Plasmó sus descubrimientos en un documento llamado "Theoria Generationis".(Frank J. Dye, Dictionary of Developmental Biology and Embryology, Wiley-Liss, New York, 2002).

WOLFF, CONDUCTOS: Es un conducto de origen mesonéfrico: un conducto embrionario que comienza con los rudimentos del riñón pronéfrico identificable a partir de la cuarta semana de desarrollo, con forma de tubo y que se desarrolla para formar el epidídimo, el conducto deferente y su ampolla, así como las vesículas seminales y el conducto eyaculatorio en el hombre. En la mujer se pueden formar vestigios de los conductos de Wolff: el quiste del paraóforos, el quiste de Gartner en la vagina, etc. También se denomina canal de Oken o conducto de Leydig. (Sadler TW. Embriología Médica (Langman). 7a Edición. Editorial Panamericana 1996 // Moore Persaud. "Embriología Básica" 5ta. Edición. Mc Graw-Hill. S:A. Interamericana. 2000)



Xerografía: (gr. Xerós, seco y grafos: escritura). Técnica diagnóstica radiológica que utiliza la impresión de los rayos X sobre una capa fina de selenio y aluminio. Mediante cargas eléctricas de fotoconductividad concentra cantidades de polvo coloreado en las zonas cargadas con electricidad estática. La composición de imágenes se transfiere a un papel mediante la aplicación de un proceso térmico.

Xeromamografia: Imagen diagnóstica de las mamas en las cual se utiliza la técnica de la xerografía, como complemento de la mamografía convencional. La xeromamografía identifica las anormalidades mediante realce de bordes de las tumoraciones en las partes blandas.Buchanan (JB, Jager RM. Contact spot xeromammography in early diagnosis of breast cancer. AJR Am J Roentgenol. 1978(6):1159-62, Jun;130)

Y

YODO, COLORACIÓN: Tinción utilizada para la detección de los cuerpos de inclusión de Chlamydia trachomatis debido a que estos contienen glucógeno, los cuales son coloreados por el yodo después de incubar 48 a 72 horas. La tinción con yodo tiene la dificultad de que el glucógeno solo esta presente en algunas fases del desarrollo de la Chlamydia y algunas células normales del cervix contienen glucógeno, lo cual da falsos positivos.(Guerrant R, Walker D, Weller P. Enfermedades infecciosas tropicales. Elsevier España, 200;280).

YODOPOVIDONA: La povidona (polivinilpirrolidona PVP) y el yodo forman un polímero soluble en agua con notorio efecto microbicida, por lo cual se utiliza para la limpieza de la zona de la piel que se va a intervenir quirúrgicamente, para el lavado de las manos del cirujano, para desinfección de la cavidad vaginal, para hacer limpieza de las heridas,etc. Tiene efecto contra bacterias gram positivas y gram negativas, hongos, los protozoos y algunos virus. Las concentraciones elevadas de yodo también destruyen las formas esporuladas. Los valores PH mas favorables para la actividad anti-microbiana optima de los yodoformos se encuentran entre 3.5 y 4. (Mirta Beatriz Reynaldo Eficacia de algunos biocidas contra estafilococos hospitalarios sensibles y resistentes a la meticilina en la provincia de Buenos Aires, Argentina Rev Panam Salud Publica vol.16 no.3 Washington Sept. 2004).

YOUSSEF,ABDEL FATTAH. Ginecólogo, egipcio nacido en el Cairo. Describió la fístula vesicouterina consecuente a una lesión de la pared supraístmica del útero durante la cesárea. Ver Síndrome de Youssef.



ZAGLAS, JOHN: Obstetra del siglo XIX cuyas observaciones anatómicas de las articulaciones de la pelvis, realizadas en mujeres vivas y en cadáveres, le sirvieron para postular que la posición menos fisiológica para el parto era la vertical. Propuso que la posición corporal adecuada era diferente de acuerdo al momento del trabajo de parto y al grado de descenso de la cabeza fetal. Con los postulados del Dr. Zaglas, tomó fuerza la hipótesis del Dr. Gustav Walcher quien impuso la costumbre de poner las piernas colgando (en decúbito dorsal semi-arqueado), para facilitar el parto, sobre todo en las mujeres obesas. (Zaglas J. Mechanism of the pelvic articulation. Month J.M. Sc.13:289-91,1851).

ZANGEMEISTER, MANIOBRA DE: Evaluación del tamaño de la cabeza fetal cuando se encuentra cerca de la pelvis, con el propósito de diagnosticar una desproporción céfalo-pélvica. Esta maniobra es un complemento de las maniobras de Leopold, por lo cual es también llamada quinta maniobra de Leopold.

ZANGEMEISTER-THORN, MANIOBRA: Conjunto de movimientos de rotación de la cabeza fetal mediante las cuales se rota la variedad de presentación cefálica variedad de cara, a la variedad de vértice.

ZANGEMEISTER WILHELM, ginecólogo alemán nacido en Könisberg (1871-1930). Muy conocido en su tiempo por haber publicado un atlas de citología. Describió la maniobra que lleva su nombre, mediante la cual se diagnostica una de las formas de desproporción céfalo-pélvica. Describió la maniobra que lleva su nombre, mediante la cual se diagnostica una de las formas de desproporción céfalo-pélvica. (Zink, Christoph. Pschyrembel Klinisches Worterbuch. Diccionario Pschyrembel de Ginecologia y Obstetricia. Walter de Gruyter: Berlín – Nueva York. 1ª ed. 1988, pág. 291) .Ver Maniobra de Zangemaister.

ZIFT: Ver Transferencia intra-tubárica de cigotos.

ZONA DE GRÄFENBERG: más conocida como **punto G**, llamado así en honor de su descubridor, el ginecólogo alemán Ernst Gräfenberg. También llamada zona de Gräfenberg, en realidad no es un punto sino una área, localizada el ángulo inferior del triángulo de Pawlick, a la altura de la unión uretro-vesical. El triángulo de Pawlick es la proyección en la vagina del trígono vesical(formado por la llegada de los dos uréteres y la salida de la uretra). La porción de la uretra a nivel de la zona de Gräfenberg contiene abundantes glándulas de Skene. El Dr. Gräfenberg describió en esta región vaginal la capacidad de producir en sus tejidos una erección similar a la del glande masculino y capaz de segregar una sustancia blanquecina lubricante. En la actualidad se sabe que un grupo de mujeres responden al estímulo sexual de esta zona, en otro grupo de mujeres no se reconoce esta zona como erógena y en un tercer grupo la respuesta es variable. (Winkelmann RK. Erogenous zones: their nerve suply and significance. Mayo Clin Proc 1959;34(2):39-47)

ZONA DE REEPITELIZACIÓN ATÍPICA: Ver Zona de transformación atípica.

ZONA DE TRANSFORMACIÓN ATÍPICA: Se define como una forma anormal displásica de curación de la ectopia. Al igual que la zona de transformación típica o normal (ZTT), su origen es un proceso metaplásico pero en su curso sufre una desviación en la maduración. Tiene una frecuencia entre 8% y 15%. Puede tener una fase inicial y otra avanzada, según el grado en que se altere la maduración en el epitelio, acompañadas de diversos grados de queratosis o hiperqueratosis. Por lo general la zona de transformación atípica acompaña desde los procesos inflamatorios mínimos y displasias leves, hasta las moderadas (78.7%) y puede también incluir displasias severas y carcinoma in situ. (Walter, P. Dexeus, S. Internacional Terminology of colposcopy: an updated report from the internacional federation for cervical pathology and colposcopy. Obstet Gynecol. 2003; 101 (1): 175-177)// Zona de reepitelización atípica //Zona de transformación atípica.

ZONA DE TRANSFORMACIÓN EN EL CUELLO UTERINO: Corresponde al círculo escamocolumnar del cuello uterino que separa el epitelio plano poliestratificado del exocérvix del epitelio cilíndrico

endocervical.El cuello uterino conecta el cuerpo uterino con la vagina, En el cuello se reconocen tres tipos de epitelio. El endocérvix está relacionado con el canal cervical y está revestido por epitelio cilíndrico mucinoso. El exocérvix está cubierto por epitelio escamoso estratificado (con estratos basal, parabasal, intermedio y superficial), hacia la porción vaginal y la zona de transformación (área de mucosa de tipo endocervical cubierta por metaplasia escamosa madura o inmadura). (DiSaia PJ, Creasman WT. Enfermedad preinvasora del cuello uterino. Capítulo 1. En: Disaia Creasman Oncología Ginecológica Clínica, 5ª ed. USA Harcourt Brace 1999; 1-32).

ZONA DE TRANSFORMACIÓN NORMAL: Es la zona del cuello en la cual se encuentran las células epiteliales más susceptibles de sufrir cambios neoplásicos en presencia de factores como la infección por virus del papiloma humano, en especial cepas de alto riesgo. (Walter, P. Dexeus, S. Internacional Terminology of colposcopy: an updated report from the internacional federation for cervical pathology and colposcopy. Obstet Gynecol. 2003; 101 (1): 175-177)// Sinónimo: Zona de reepitelización típica // Zona de transformación típica.

ZONA G: Ver Zona de Gräfenberg

ZONAS ERÓGENAS: Las zonas erógenas son las partes del cuerpo humano con más sensibilidad, cuyo estímulo tiene como finalidad activar sexualmente a una persona, estas áreas producen una fuerte sensación e incluyen las siguientes zonas: cuero cabelludo, ojos, oídos, labios, lengua, cuello, axila, El área que forma el pezón y la areola, espalda, Interior de los muslos: Es una zona muy sensible cuando la mujer ya está suficientemente excitada, cintura, ombligo, muslos y pies , organos genitales femeninos: vulva, clítoris, labios mayores y labios menores, el punto G, varian de una mujer a otra. Según Sigmund Freud existen tres zonas erógenas que son partes sensibles al tacto. La primera en desarrollarse en la cavidad bucal Luego es la anal durante los 3 a 5 años, La fálica o genital durante la pubertad. Estas tres etapas son fundamentales en el desarrollo sexual infantil. (Winkelmann RK. Erogenous zones: their nerve suply and significance. Mayo Clin Proc 1959;34(2):39-47)

ZONDEK, BERNHARD: Médico alemán de finales del siglo XIX, asistente del servicio de obstetricia de la Charité de Berlín, quien contribuyó de manera definitiva al método de detección de la gonadotropina coriónica para diagnóstico del embarazo en una muestra de orina. Su trabajo, junto al Dr Selma Aschheim concluyeron en la “prueba de Aschheim-Zondec” , primera forma eficaz de la que dispuso la ciencia para diagnosticar el embarazo con una muestra de orina. (Speert Harold. Obstetric and gynecologic milestones. The Parthenon publishing group, New York, 1996).

ZWEIFEL, CURETA: Elemento metálico utilizado en gineco-obstetricia para obtener muestras del endometrio o para limpiar la cavidad endometrial luego de un aborto. Esta cureta se caracteriza por su doble extremo funcional. El tamaño de la cureta de un extremo es el inmediatamente superior o inferior al otro.

ZWEIFEL, FORCEPS : Este tipo de fórceps fue diseñado a finales del siglo XIX para aplicación en variedades transversas de la presentación cefálica, razón por la cual no tiene curvatura pelviana. El fórceps de Zweifel está constituido por un modelo cruzado y con una barra tractora. Este instrumento fue diseñado para facilitar la rotación de la presentación cefálica, cuando la variedad era distócica. En la actualidad casi no se usa..(J González-Merlo, J.R. del Sol. Obstetricia. Elsevier España; capitulo 48)

ZWEIFEL, MANIOBRA (para tratar la hemorragia por atonía uterina): Compresión de la zona ístmica del útero, con ambas manos (desde la pared abdominal y por vía vaginal), para controlar el sangrado uterino causado por atonía uterina.

ZWEIFEL PAUL: Gineco-obstetra suizo-alemán(1848-1927). nacido en Höngg, cerca de Zurich. Reconocido como ciudadano ilustre de Lepzig(Alemania). Se especializó en fisiología fetal en la Universidad de Zurich. Recibió la “venia legendi” (reconocimiento como profesor universitario a quienes han presentado y defendido una investigación post-doctoral) en la Universidad de Strassburg(1871). Obtuvo el cargo de profesor de ginecología, y luego director del servicio hasta su jubilación, de la Frauenklinik, centro de práctica de la Universidad de Erlangen, en Leipzig. Escribió libros y artículos

alrededor del tema de la fisiología fetal, disciplina de la cual fue uno de los pioneros en Alemania. Sus principales escritos fueron: "Ueber den Verdauungsapparat der Neugeborenen" (Strasburg, 1874); "Lehrbuch der Operativen Geburtshülfe" (Stuttgart, 1881), "Lehrbuch der Geburtshülfe," *ib.* 1887, 5th ed. 1901); "Der Einfluss der Aerztlichen Thätigkeit auf die Bevölkerungsbewegung" (*ib.* 1887); "Die Symphyseotomie" (*ib.* 1893); and "Aetiologie, Prophylaxis und Therapie der Rachitis" (*ib.* 1900). (1- http://www.jewishencyclopedia.com // 2- Donald H Barron: Paul Zweifel, pioneer fetal physiologist. Archives of Gynecology and Obstetrics. Volume 221, Number 1 / march,1976)

A



Figura A-1

ABORTO

En esta fotografía se aprecia la expulsión de un feto no viable, en presentación de pelvis. Cuando el embrión o el feto no es viable(no puede vivir por fuera de la madre por inmadurez ni aun con soporte de alta tecnología), se considera un aborto

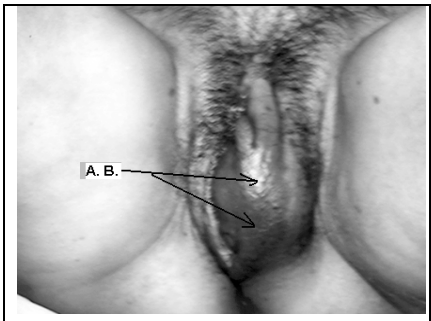


Figura A-2

ABSCESO DE BARTHOLIN

Las flechas muestran un absceso de la glándula vestivular mayor del lado izquierdo.



Figura A-3

ACROCORDÓN DE LA VULVA

Se aprecia un tumor blando, péndulo, que se origina en el labio mayor izquierdpo de la vulva.

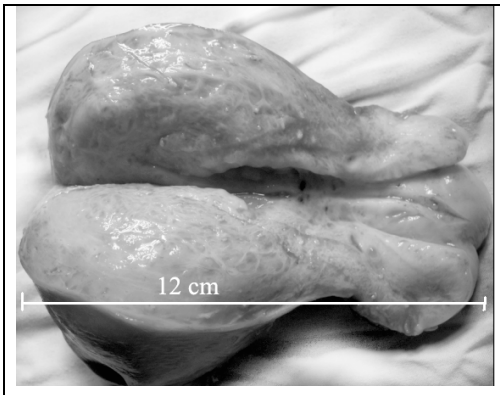


Figura A-4

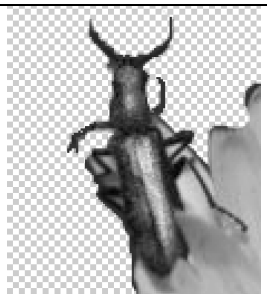
ADENOMIOSIS

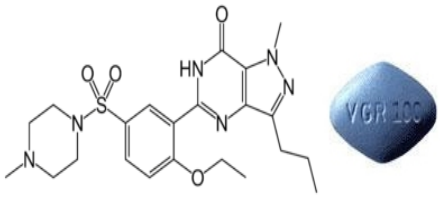
El útero está aumentado de volumen debido a la invasión de tejido endometrial que se ha sembrado dentro del miometrio.

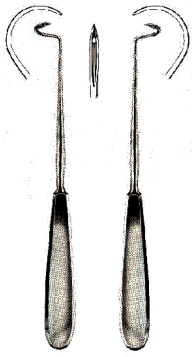
Figura A-5 y 6

AFRODISIACOS:

1- Fotografía de la cantárida (Lytta vesicatoria) ó cucarrón español
2- Sildenafil (viagra®)







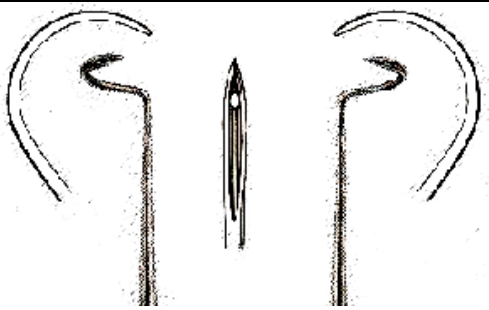


Figura A-7 a 11

AGUJA DE DESCHAMPS:

Se utiliza para cerclaje cérvico-ístmico por vía transvaginal.

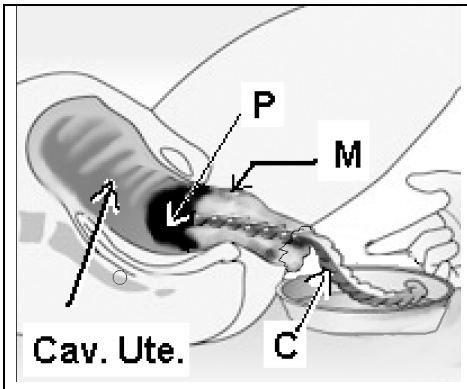


Figura A-12

ALUMBRAMIENTO TIPO DUNCAN.

Las membranas (corion y amnios) forman un cilindro dentro del cual está parte del cordón umbilical. La cara visible de la placenta es aquella que estaba en estrecho contacto con el útero. La placenta y las membranas conservan la relación anatómica que tenían dentro del útero.// P: Placenta desprendida, M: membranas, Cav Ute: cavidad uterina, C: Cordón umbilical

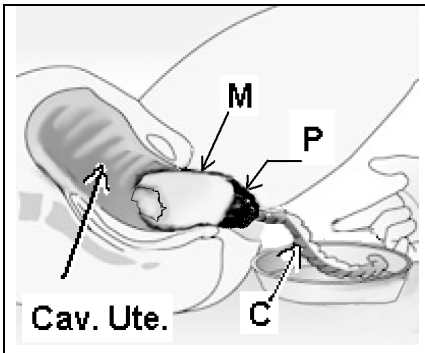


Figura A-13

ALUMBRAMIENTO TIPO SCHULTZE:

Las membranas forman una figura similar a un “paraguas invertido”. La cara visible de la placenta es aquella que miraba a la cavidad amniótica. Queda oculta la cara de la placenta que se fija al útero. // P: Placenta desprendida, M: membranas invertidas, Cav Ute: cavidad uterina, C: Cordón umbilical.

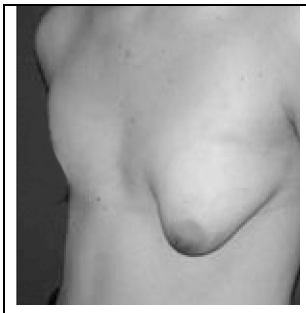


Figura A-14

AMASTIA UNILATERAL POR SINDROME DE POLAND:

Paciente de 17 años con ausencia de la mama derecha, causada por el síndrome de Poland.



Figura A-15

AMBIGÜEDAD SEXUAL.

Esta imagen muestra los genitales de un lactante con genitales masculinos (pene) y femeninos (vagina).



Figura A-16

ANENCEFALIA

Se observa la ausencia de cráneo y de cerebro más la prominencia de los párpados.



Figura A-17

ANILLO PATOLÓGICO DE BANDL:

La retracción del útero a nivel del imbligo, que ocurre durante el trabajo de parto muy laboriosos o prolongado, es un signo de amenaza de ruptura del útero en los próximos minutos.Es una emergencia obstétrica.

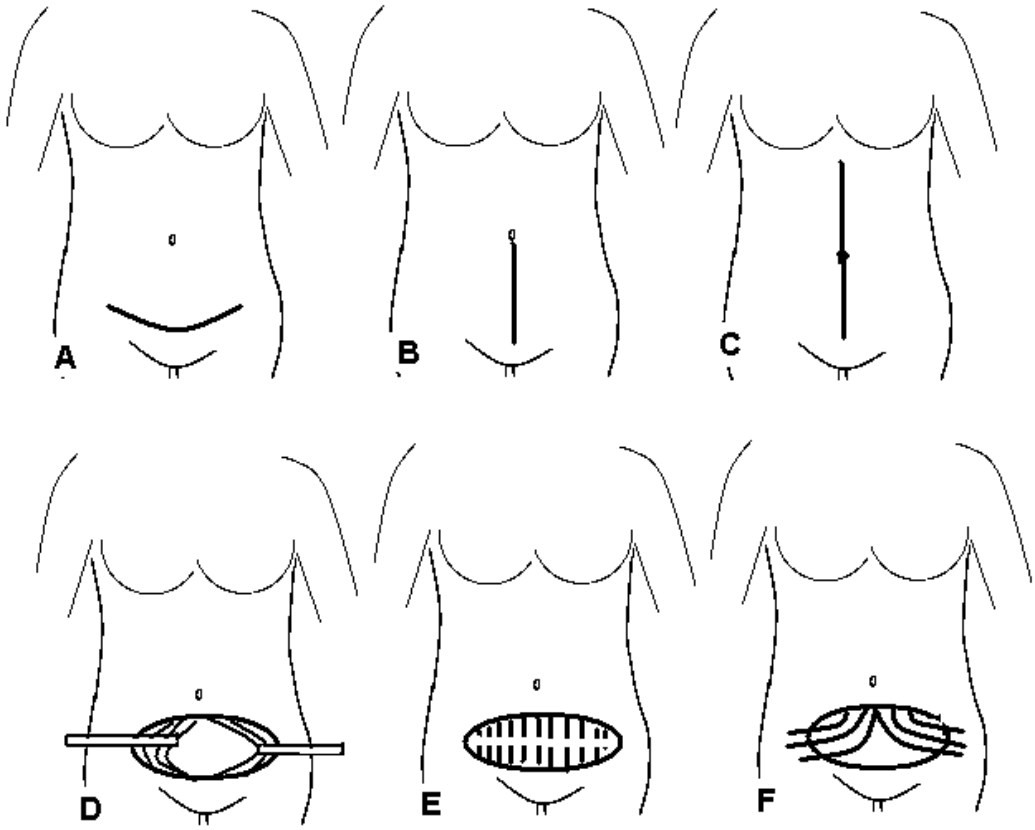


Figura A-18-23 **APERTURAS DE LA PARED ANTERIOR**: A-Incisión de Pfannenstiel B-Incisión mediana infraumbilical C- Incisión mediana xifopubiana D- Apertura de Pfannenstiel en la cual los músculos rectos de separan entre sí a lado y lado de la línea media, E-Apertura de Maylard: después de una incisión de Pfannenstiel se hizo corte transversal de los músculos rectos por el centro de la herida quirúrgica, F- Aperura de Cherney: Después de una incisión de Pfannenstiel se hizo corte de los músculos rectos que se desinsertaron del pubis. Las modalidaes de apertura D, E y F buscan ampliar el campo visual del cirujano.

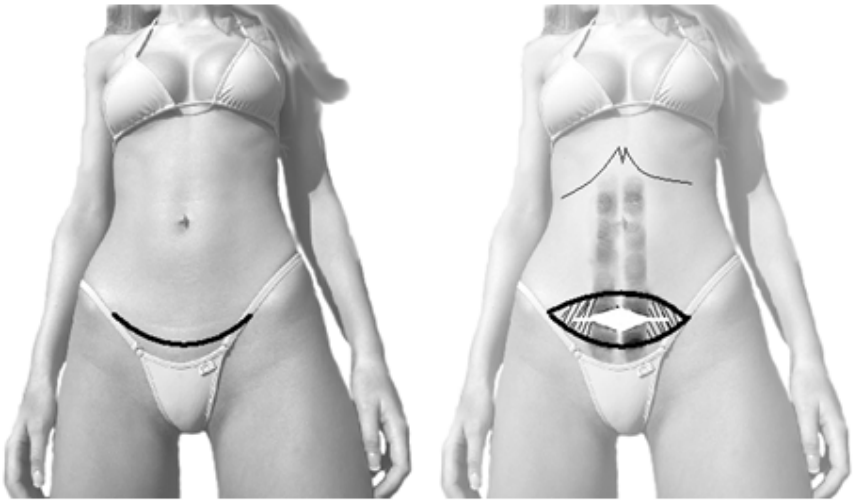


Figura A-24 y 25 **APERTURA DE LA PARED ANTERIOR** del abdomen con la técnica de Maylard. En la figura A se aprecia la incisión transversal de la piel(bien puede ser incisión de Pfannenstiel, bien puede ser incisión de Joel Cohen). En la figura B se aprecia el corte transversal de los músculos rectos, a nivel del eje mayor de la herida quirúrgica, es decir, el corte de los músculos sigue el mismo eje del corte de la piel. Este corte de los rectos abdominales se realiza entre 5 - 15 cm por encima del borde de la pelvis, y tiene por objetivo ampliar el campo quirúrgico.



Figura A-26

VIRGINIA APGAR

Veinte años después , con motivo de los 20 años de su muerte, en octubre de 1994, se imprimió una estampilla en honor a la Dra. Apgar, en el congreso anual de la American Academy of Pediatrics en Dallas, Texas, como un reconocimiento de una norteamericana ilustre. Virginia Apgar ideó la puntuación para evaluar de manera rápida el estado del recién nacido

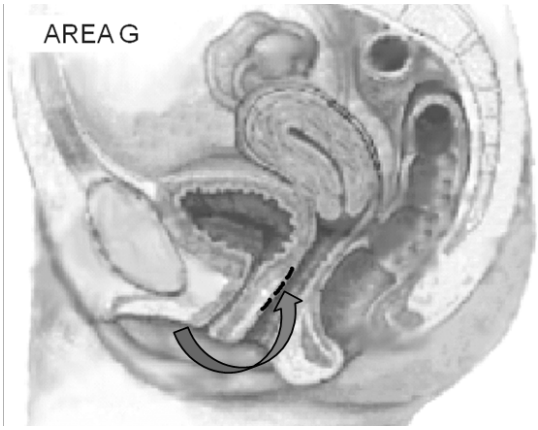


Figura A-27

ÁREA DE GRAFFEMBERG ó ÁREA G

La flecha señala la zona de la vagina donde está ubicada la zona G, antes llamado el punto G. La estimulación de esta zona, en el ambiente y condiciones adecuados, puede producir respuesta erógena en un alto porcentaje de mujeres.

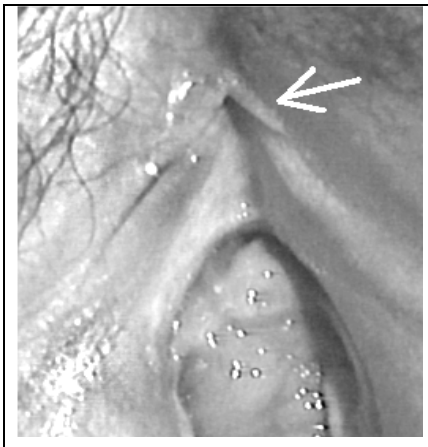


Figura A-28

AUSENCIA DE LABIOS LOS MENORES:

Esta señora tiene ausencia de labios menores. Apenas es visible el capuchón del clítoris (flecha), que también es hipotrófico.



Figura A-29

AUSENCIA DE VAGINA

Esta mujer de 23 años carece de vagina. La ecografía demostró hipotrofia del útero por lo cual se diagnosticó un síndrome de Mayer-Rokitanski-Kuster-Hauser.





Figura A-30: Autoexploración mamaria. Debe hacerse en diferentes posiciones corporales.

B



Figura B-1

Dr. John Christopher Polk Burch

Profesor de ginecología de la Universidad de Vanderbilt



Figura B-2

BABCOCK, PINZA



Figura B-3

BACAF

La Biopsia por Aspiración Con Aguja Fina (BACAF), es útil para obtener células sospechosas sin mayor trauma. No es el mejor método diagnóstico, pero es rápido, económico y eficaz.



Figura B-4. Bamberger, Fórceps divergentes

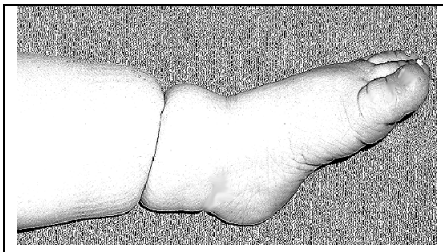


Figura B-5

BANDA AMNIÓTICA. Esta es la foto de un lactante con las secuelas de una banda amniótica que le produjo una lesión, similar a un corte en circunferencia, a nivel del cuello del pie.



Figura B-6

BACAF: La Biopsia por Aspiración Con Aguja Fina (BACAF), es útil para obtener células sospechosas sin mayor trauma. No es el mejor método diagnóstico, pero es rápido, económico y eficaz. En esta fotografía se observa la BACAF de una induración mamaria.

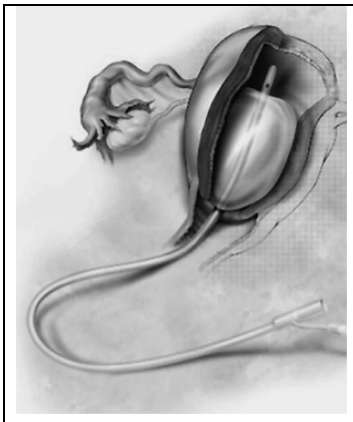


Figura B-7

BALÓN DE BAKRI:

Se aprecia un balón de Bakri dentro de la cavidad uterina.

Imagen tomada de Morales Antonio, Insunza Álvaro y Latorre Rodrigo. Manejo exitoso de la hemorragia postparto por acretismo placentario mediante tamponamiento con balón de Bakri. *Rev. chil. obstet. ginecol.*, 2006, vol.71, no.2, p.121-124. ISSN 0717-7526



Figura B-8

BANDEO CROMOSÓMICO

Se aprecian las bandas transversales de este cromosoma. Las técnicas de coloración con Quinacrina, Giemsa, etc para identificar las bandas, se llama bandeo cromosómico

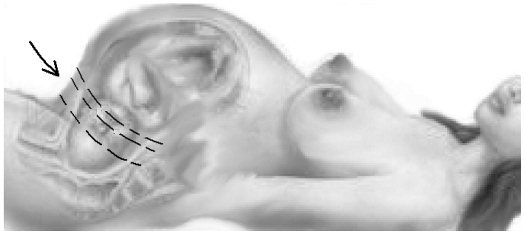


Figura B-9

BANDL, ANILLO FISIOLÓGICO DE

Ubicación del anillo fisiológico de Bandl. El adelgazamiento de la pared uterina solo llega a la mitad de la distancia entre el ombligo y el pubis. No compromete el resto del cuerpo uterino.

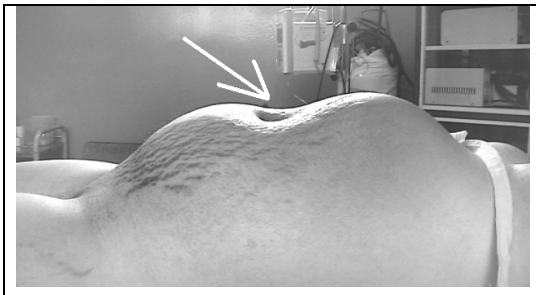


Figura B-10

BANDL, ANILLO PATOLÓGICO DE

Ubicación del anillo patológico de Bandl. La flecha muestra depresión a nivel del ombligo de la gestante en trabajo de parto. Se ha comprometido gran parte del cuerpo uterino. La vejiga llena puede simular un anillo patológico de Bandl, por lo cual debe drenarse la orina para confirmar el diagnóstico.

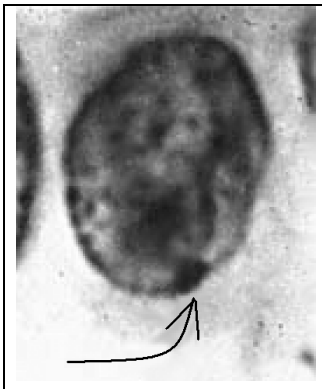


Figura B-11

BARR,CUERPO

La flecha muestra un cromosoma X inactivo (cuerpo de Barr), en una célula femenina de la mucosa oral.



Figura B-12

BARTHOLIN, ABSCESO DE LA GLÁNDULA DE

En esta fotografía se puede apreciar el compromiso inflamatorio de la mitad izquierda de la vulva(hemivulvitis), en una paciente de 24 años, con un absceso de la glándula de Bartholin.

.

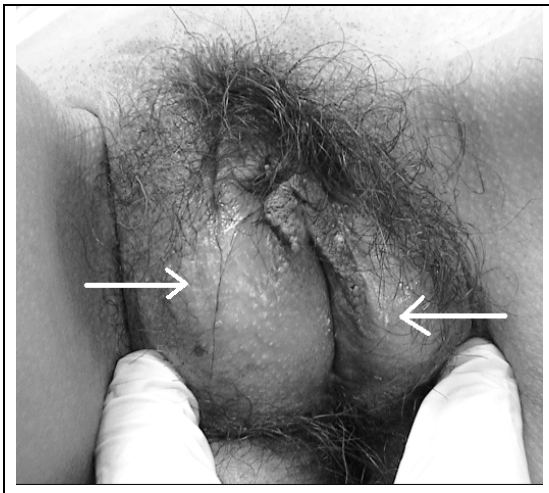


Figura B-13

BARTHOLIN, QUISTE BILATERAL DE LAS GLÁNDULAS DE

Esta paciente tiene quistes en ambas glándulas de Bartholin, más notorio en su lado derecho. A diferencia del absceso de Bartholin, en este caso no hay inflamación de los labios mayores. Con alguna frecuencia, las masas que tienen aspecto de quiste, tienen contenido purulento



Figura B-14

BARTHOLINECTOMÍA:

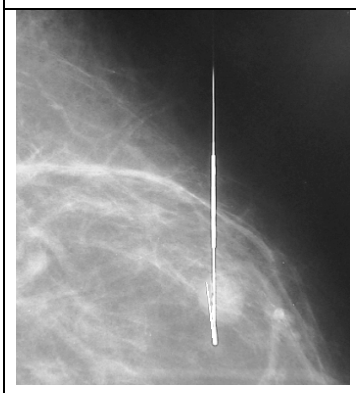
La flecha muestra la glándula derecha de Bartholin, al momento de su extracción (bartholinectomía). Se puede apreciar el volumen notoriamente aumentado de la glándula, por la presencia de material purulento en su interior.



Figura B-15

BAUDELOCQUE, PELVÍMETRO

Instrumento diseñado para medir la pelvis femenina, para predecir la facilidad o dificultad para el descenso del feto.



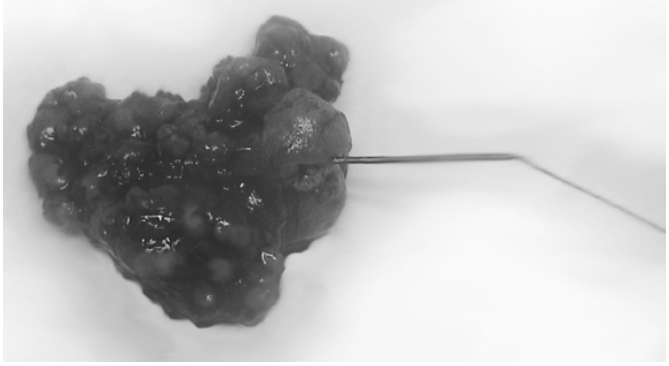


Figura B-16 y 17 BIOPSIA MAMARIA CON ARPÓN: En la primera imagen se aprecia un arpón colocado por el radiólogo en el interior de la mama. La punta ha quedado fijada en la zona de sospecha de malignidad. La segunda imagen muestra una biopsia mamaria tomada por el ginecólogo con la guía de un arpón metálico cuya punta se mantiene dentro de la zona sospechosa de malignidad, aún después de extraída la muestra. El tejido más el arpón son enviados al patólogo para estudio histo-patológico.

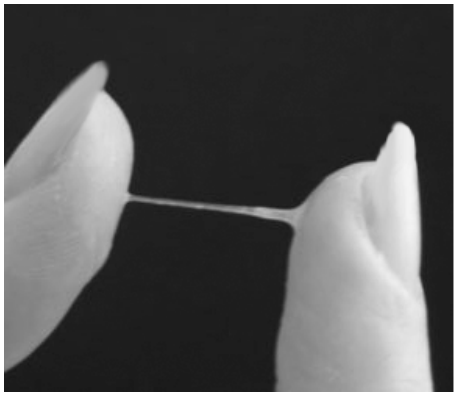


Figura B-18

BILLINGS, MÉTODO

De esta manera se puede apreciar el grado de filancia del moco cervical.

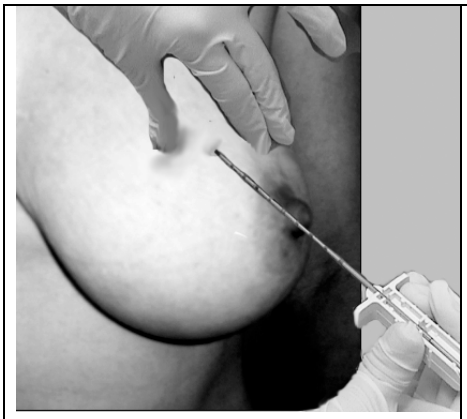


Figura B-19

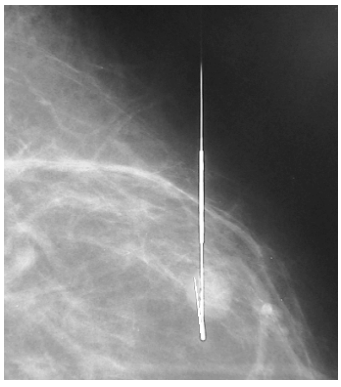
BIOPSIA DE MAMA CON AGUJA DE TRU-CUT



Figura B-20

BIOPSIA DE VULVA:

Biopsia de vulva. Aunque en este caso se está tomando con una pinza de Schumacher, es usual que se haga con bisturí.



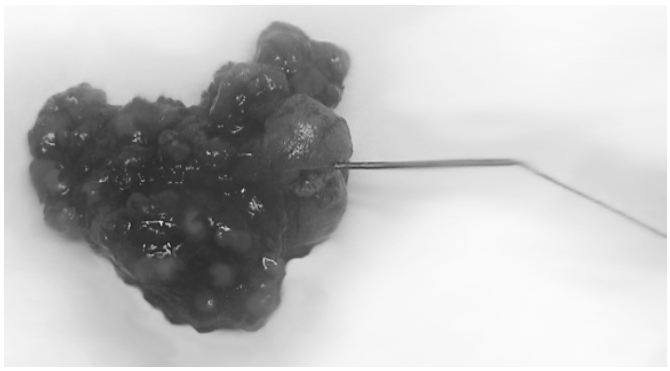


Figura B-21 y 22. BIOPSIA-RESECCIÓN: En la primera imagen se aprecia un arpón colocado por el radiólogo en el interior de la mama. La punta ha quedado fijada en la zona de sospecha de malignidad. La segunda imagen muestra una biopsia mamaria tomada por el ginecólogo con la guía de un arpón metálico cuya punta se mantiene dentro de la zona sospechosa de malignidad, aún después de extraída la muestra. El tejido más el arpón son enviados al patólogo para estudio histo-patológico.

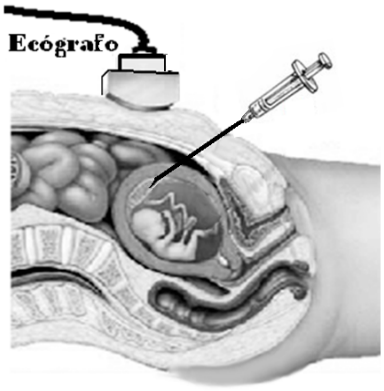


Figura B-23

BIOPSIA DE VELLOCIDADES CORIALES:

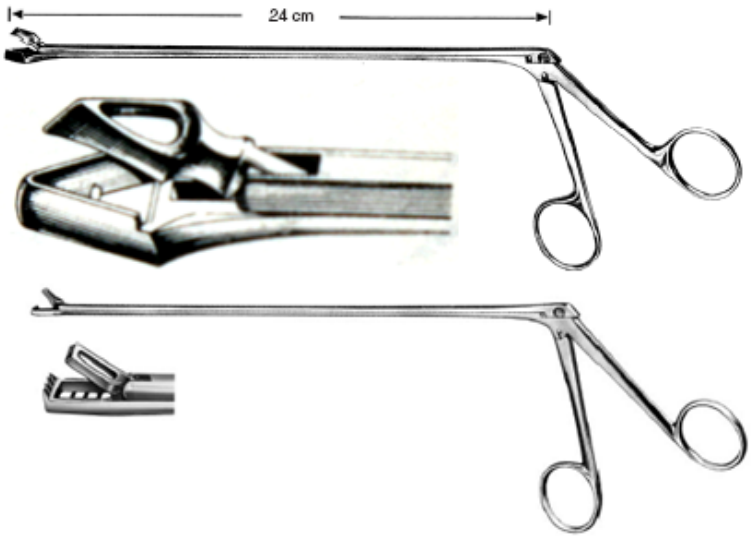


Figura B-24 a 26

BIÓTOMOS

(pinzas para biopsia del cérvix):

En su orden de arriba abajo:

Schumacher

Kevorkian

Puntaje de Bishop	0	1	2	3
ESTACIÓN	-3	-2	-1, 0	+1, +2
DILATACIÓN DEL CUELLO	0	1 a 2 cm	3 a 4 cm	> 4 cm.

LONGITUD DEL CUELLO	3	2	1	0
CONSISTENCIA DEL CUELLO	Firme	Media	Suave	
POSICIÓN DEL CUELLO	Posterior	Intermedia	Anterior	

Tabla B-1 de Bishop(previo a la inducción del trabajo de parto):

Cuando la sumatoria es igual ó menor a 4 puntos la inducción se prevee larga y podría ser fallida. Si es de 5 a 7 la posibilidad de éxito para las siguientes 24 horas es del 75%. Si el puntaje suma 8 a 13 puntos hay una alta probabilidad de una inducción exitosa para las siguientes 24 horas. Ver índice de Lange (ó Bishop modificado)// **3.** Escala de puntuación establecida por Bishop desde 1964 para evaluar la condición cervical previo al inicio de la inducción del trabajo de parto . Se evalúan cinco parámetros (dilatación, borramiento, estación, posición y consistencia cervicales) y a cada parámetro se da una puntuación entre 0 y 3. Una puntuación de Bishop de 9 o más establece una condición cervical ideal para la inducción con oxitocina; sin embargo, se pueden tomar puntuaciones mayores de 6 para definir inicio de inducción con oxitocina con alta probabilidad de éxito. (Sánchez-Ramos, L. Induction of Labor. Obstetrics and Gynecology Clinics of North America. 2005. 32: 181-200).

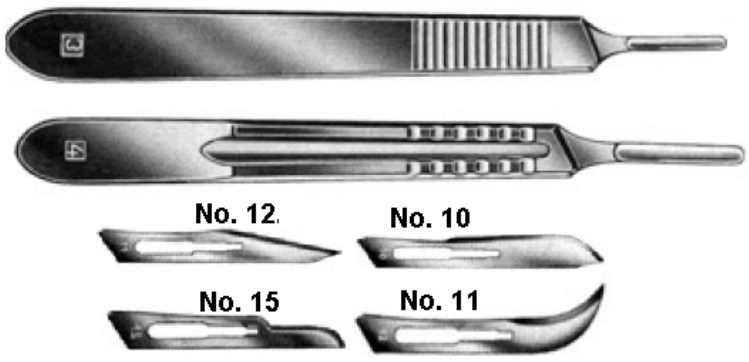


Figura B-27-32

BISTURÍ,

MANGOS Y HOJAS

Fuente: http://www.sumealco.es/pdf/instrumental.pdf

BISTURÍ, HOJAS PARA :

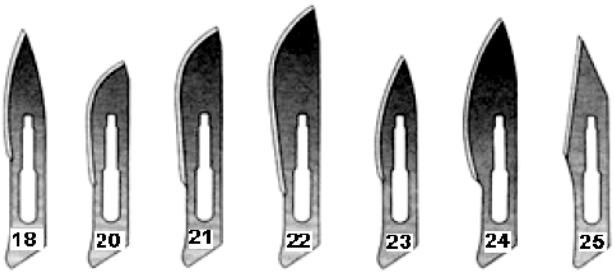


Figura B-33-39

BISTURÍ, HOJAS DE

Fuente: http://www.sumealco.es/pdf/instrumental.pdf

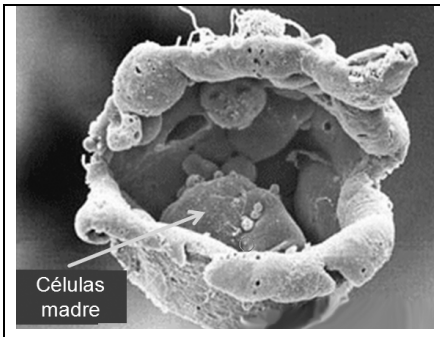


Figura B-40

BLASTÓMERAS Y BLASTOCISTO:

El óvulo fecundado ha sufrido cambios en su transcurrir por la trompa, se ha convertido en blastocisto, y como tal se implanta en la cavidad endometrial. Se aprecian las células madre (blastómeras), en el interior de un blastocisto que se ha abierto artificialmente para apreciar los dos grupos de células: uno para el embrión(embrioblasto) y otro para la placenta(trofoblasto).

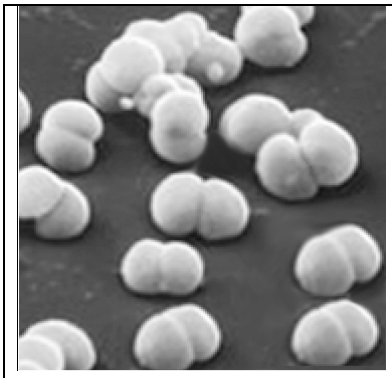


Figura B-41

BLENORRAGIA:

En esta fotografía, tomada con microscopio electrónico de barrido, se puede apreciar la presencia de grupos de cocos que se han unido y se han introducido en las células de la mucosa genital. En calidad de diplococo intracelular este germen se identifica como Neisseria gonorhoeae, agente causal de la blenorragia (también llamada gonorrea), del síndrome de Curtis, etc.

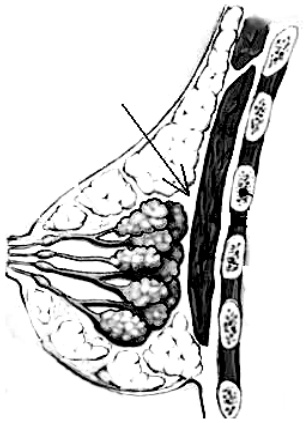


Figura B-42

BOLSA RETROMAMARIA:

En este dibujo la flecha muestra el espacio que deja la mama por delante del pectoral mayor. Este espacio retromamario fue descrito por primera vez por Chassaignac en el siglo XIX. Por esta razón se llama bolsa retromamaria de Chassaignac.



Figura B-43

pinzas de Bozemann

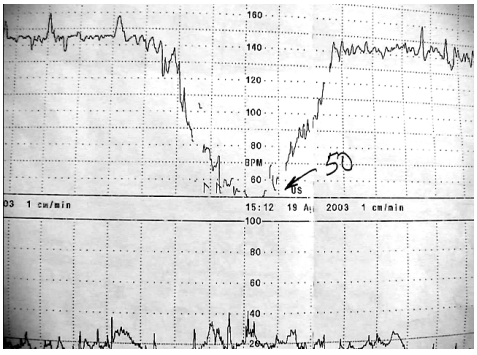


Figura B-44

BRADICARDIA FETAL

C

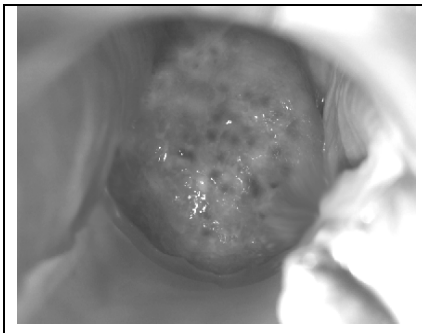




Figura C-1

CÁNCER DEL CERVIX:

La fotografía del primer cuadro muestra el aspecto que ofrece a la especuloscopia un tumor maligno del cérvix infiltrante, que ha producido una masa exofítica a nivel del canal cervical. El dibujo del centro ilustra el aspecto que mostraría de manera integral.

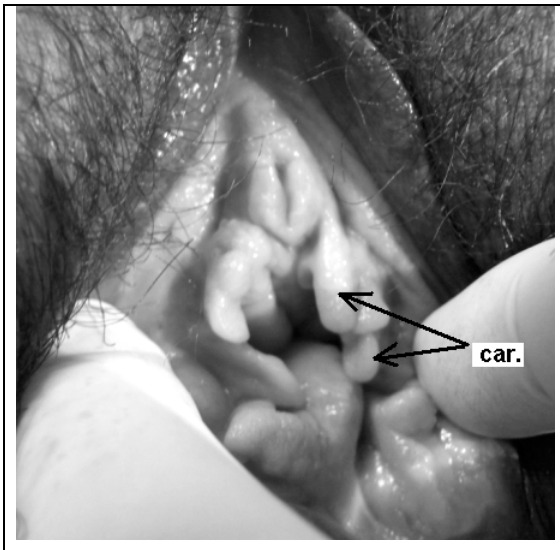


Figura C-2

CARÚNCULAS MIRTIFORMES

Las flechas muestran los flecos del himen desagarrado en esta señora. Las carnosidades del himen desgarrado se llaman carúnculas mirtiformes

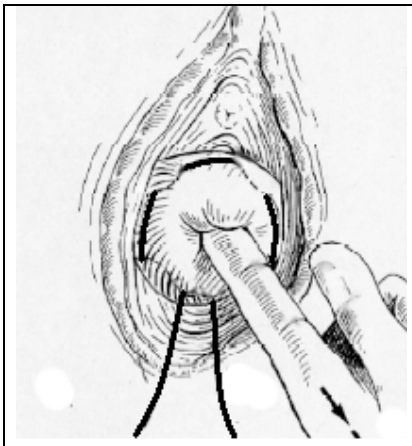


Figura C-3

CERCLAJE DE MCDONALD:

Este tipo de cerclaje imita el cierre de una bolsa de tabaco: la sutura entra y sale alrededor del cuello







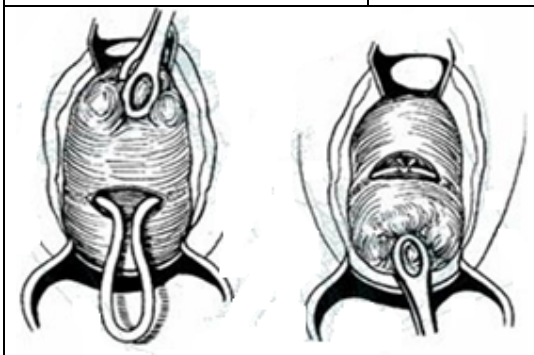


Figura C-4 a C8

CERCLAJE DE SHIRODKAR:

Cerclaje del cuello, paso a paso, con la técnica del ginecólogo indú Vithalrao Shirodkar

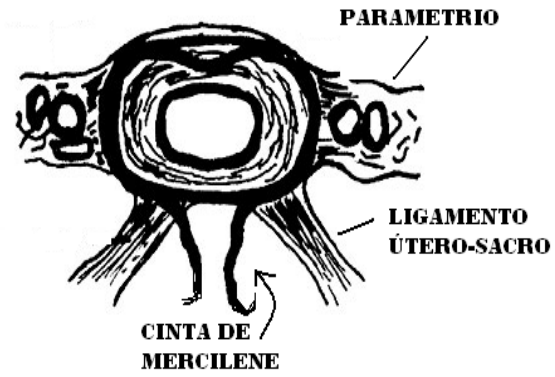


Figura C-9

CERCLAJE CERVICAL DE MAHREN:

Esquema que ilustra el cerclaje cérvico-ístmico por vía abdominal, mediante laparotomía con cinta de poliéster (Mercilene®)

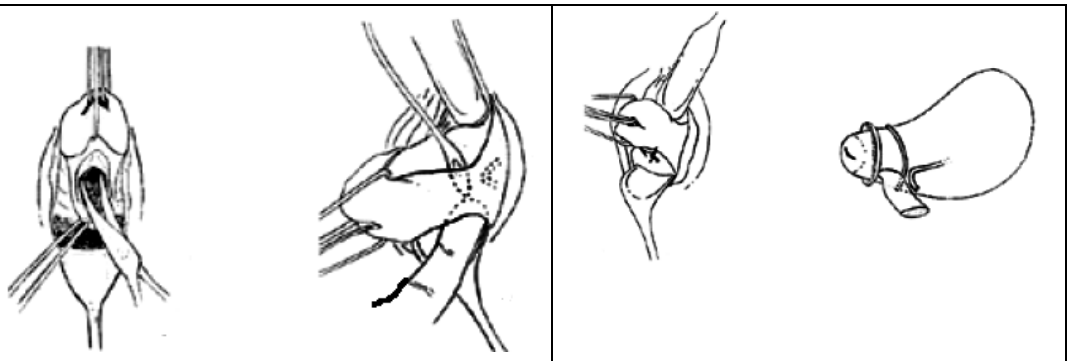


Figura C-10 a C-13. Cerclaje del cérvix con la técnica de Golfier

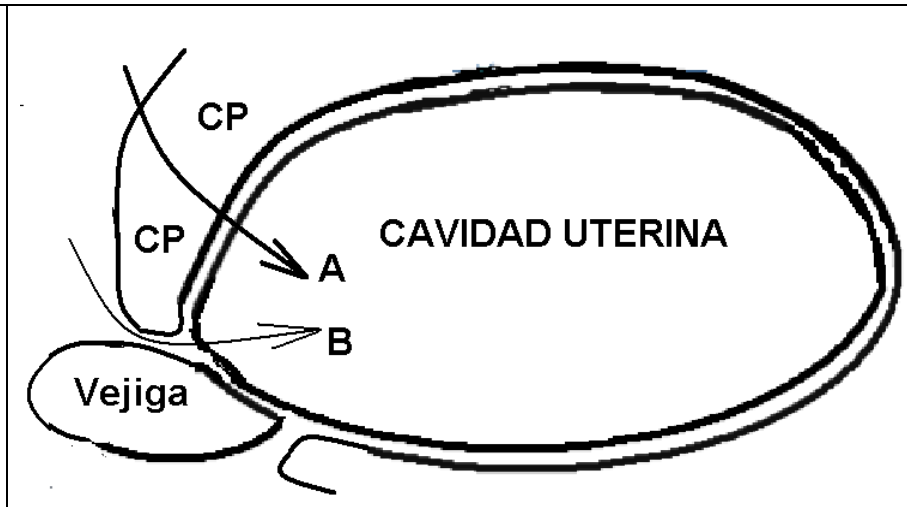


Fig. C-14 CESÁREA INTRAPERITONEAL Y EXTRAPERITONEAL: Este esquema muestra las dos rutas para hacer una cesárea: La ruta “A” llega primero a la cavidad peritoneal (CP) y luego penetra en la cavidad uterina (es una vía intraperitoneal). La

ruta “B” entra unos centímetros antes del repliegue peritoneal, levanta la capa peritoneal de la vejiga y el útero para entrar en la cavidad uterina sin penetrar en el espacio peritoneal. Esta es una vía extraperitoneal.

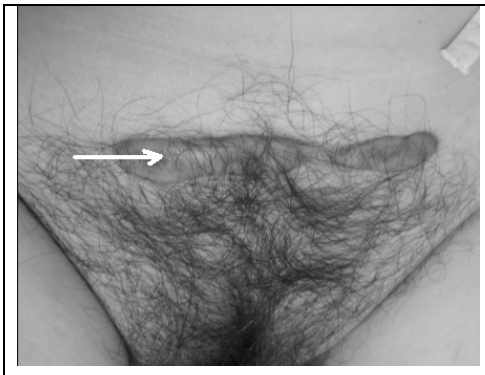


Figura C-15

CICATRIZACIÓN ANORMAL:

Cicatriz queloidea (flecha)

Esta paciente hizo un queloide sobre la cicatriz de una incisión para cesárea



Figura C-16

COALESCENCIA DE LOS LABIOS MENORES.

En esta lactante se han fusionado los labios menores (coalescencia).



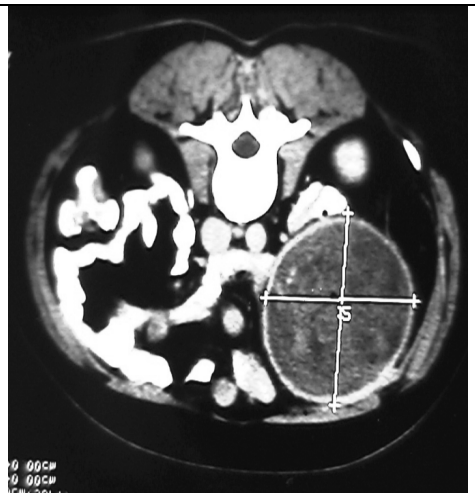


Figura C-17-18 COMPRESOMA: En una paciente a quien se le había realizado una laparotomía. Recientemente. Se puede palpar la masa al tacto abdominal. La escanografía evidencia el cuerpo extraño.

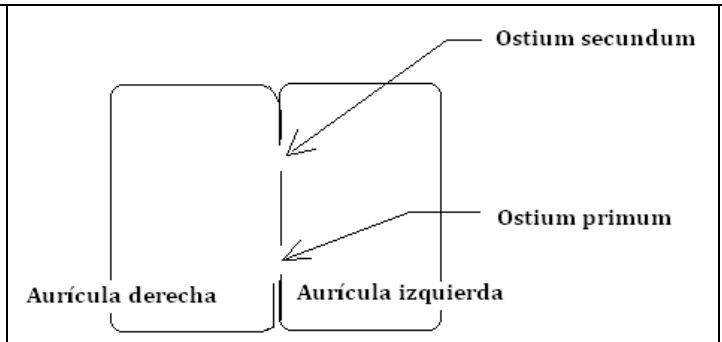
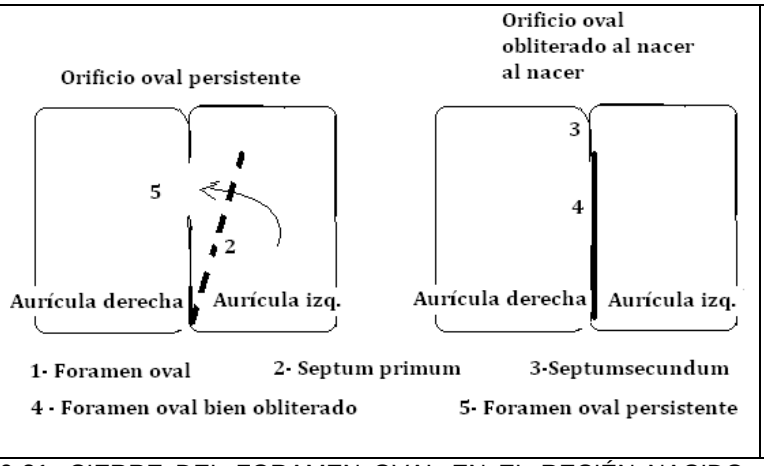


Figura C-19. COMUNICACIÓN INTERAURICULAR DURANTE LA VIDA EMBRIONARIA, ESQUEMA: Formación de los orificios (ostia) interauriculares. Primero se forma el ostium primum y posteriormente el ostium secundum



FiguraS C-20-21. CIERRE DEL FORAMEN OVAL EN EL RECIÉN NACIDO: Esquema del tabique inter-auricular que muestra la manera mecánica como se cierra el foramen oval durante el nacimiento. Si no se cierra el foramen oval se mezaclan la sangre oxigenada con la sangre sin oxigenar, lo cual es normal durante la vida fetal pero n o en la vida postnatal. La línea interrumpida identificada con el No. 2 es el esquema del septum primum que se pega al septum secundum, como si fuera una puerta.

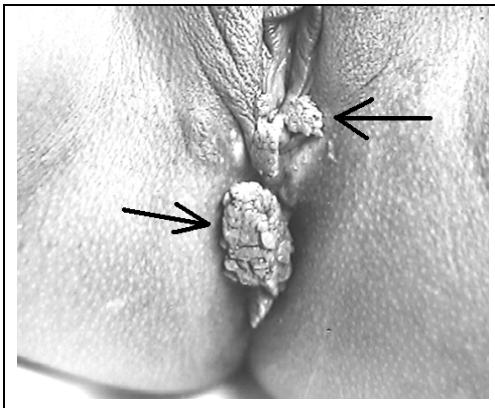


Figura C-22

CONDILOMAS ACUMINADOS:

En esta paciente los condilomas han afectado la horquilla vulvar y la región anal

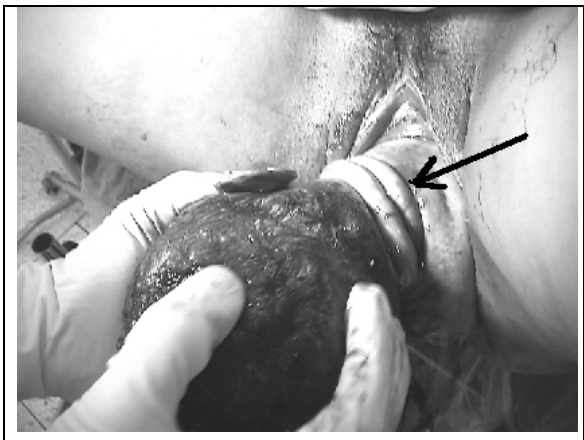
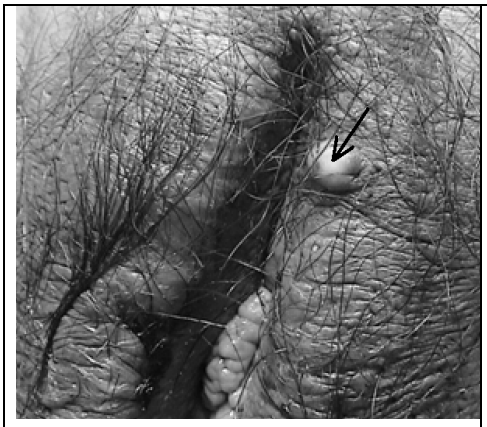
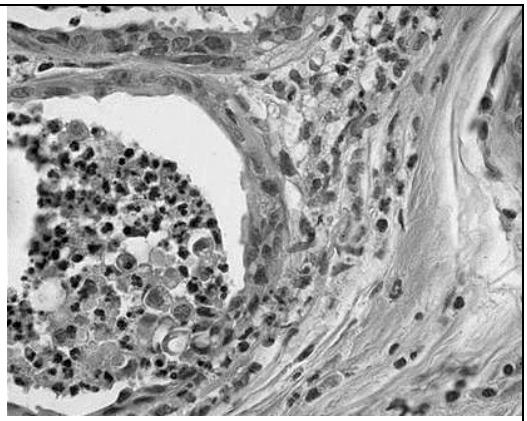


Figura C-23

CIRCULARES DEL CORDÓN UMBILICAL:

Esta fotografía muestra el momento del nacimiento de un bebé con dos circulares del cordón al cuello.





Figuras C-24-25. **CORISTOMA**: En la primera figura se aprecia un coristoma de la vulva, constituido por tejido mamario (pezón supernumerario del labio mayor izquierdo). La segunda figura es el aspecto histológico de un coristoma en la mama.

<table>
<tr><td> 
</td><td> 
</td></tr>
<tr><td>CORTE AXIAL

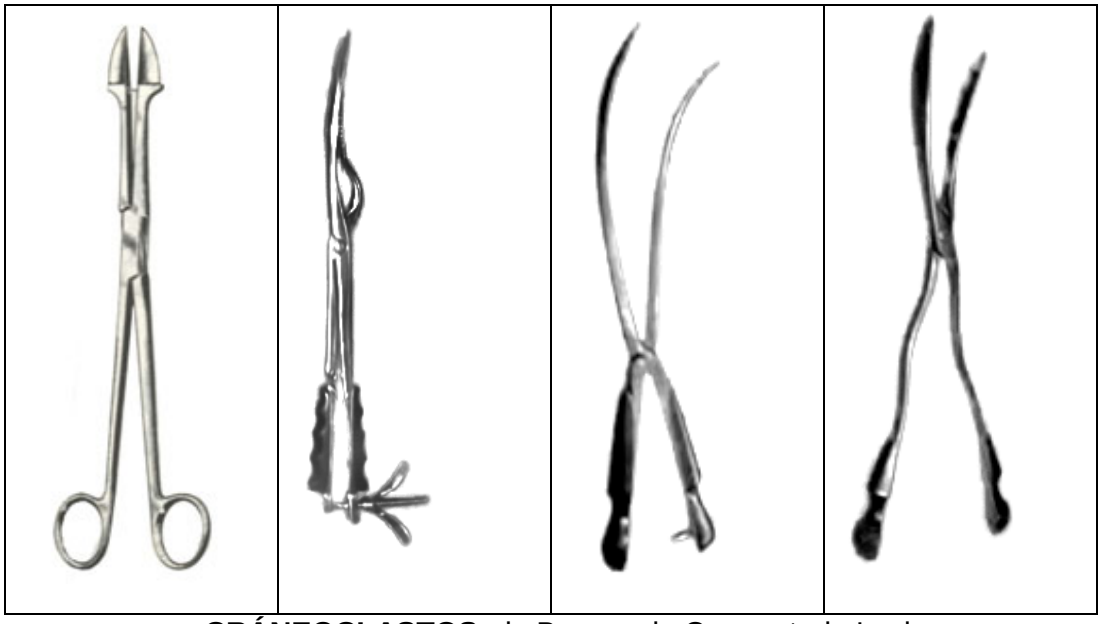
Divide en los planos superior e inferior</td><td>CORTE CORONAL

Divide en los planos anterior y posterior</td></tr>
<tr><td> 
</td><td rowspan="2">Figuras C-26-28

CORTES Y PLANOS CORPORALES:

Cada corte divide el cuerpo en dos planos.</td></tr>
<tr><td>CORTE SAGITAL

Divide en los planos derecho e izquierdo</td></tr>
</table>



Figuras C-29:32 **CRÁNEOCLASTOS** de Braun , de Conquet, de Lock





Figuras C-33-34

Cefalotribos:

- de Baudelocque
- de Tarnier

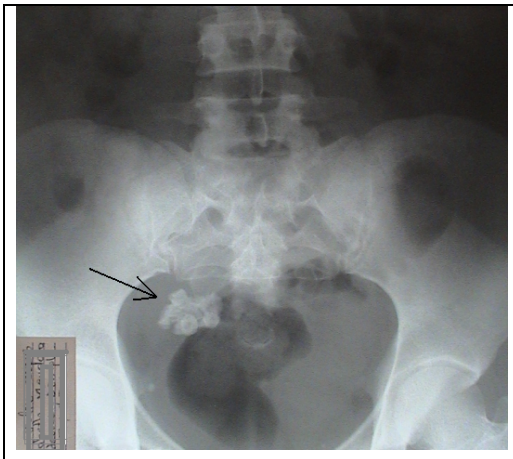


Figura C-35

CUERPO EXTRAÑO EN LA CAVIDAD PERITONEAL:

La flecha muestra un cuerpo extraño en la cavidad peritoneal, en una paciente psiquiátrica que se introdujo varios elementos cortantes en la vagina que perforaron el Douglas y lesionaron el recto.



Figura C-36. Clamp vaginal

Tabla C-1. **CIRCUNFERENCIA ABDOMINAL**

EG	P10 (mm)	P50 (mm)	P95 (mm)
10	21	43	65
11	31	53	75
12	41	63	85
13	52	74	96
14	63	85	107
15	74	96	118
16	86	108	130

17	97	119	141
18	109	131	153
19	121	143	162
20	133	155	177
21	145	167	189
22	157	179	201
23	169	191	213
24	180	202	224
25	192	214	236
26	204	226	248
27	215	237	259
28	226	248	270
29	237	259	281
30	247	269	291
31	257	279	301
32	267	289	311
33	276	298	320
34	285	307	329
35	293	315	337
35	301	323	345
37	308	330	358
38	314	336	358
39	320	342	364
40	326	348	370

Tabla C-2. **CIRCUNFERENCIA CEFÁLICA**					
CC (mm)	**EG (P50)**	**CC (mm)**	**EG (P50)**	**CC (mm)**	**EG (P50)**
80	12.4	**176**	19.6	**272**	29.2
84	12.5	**180**	20.1	**276**	29.5
88	13	**184**	20.4	**280**	30.1
92	13.2	**188**	20.6	**284**	30.4
96	13.4	**192**	21.2	**288**	31
100	13.6	**196**	21.4	**292**	31.4
104	14.1	**200**	22	**296**	32
108	14.3	**204**	22.2	**300**	32.3
112	14.5	**208**	22.5	**304**	32.6
116	15	**212**	23.1	**308**	33.3
120	15.2	**216**	23.3	**312**	33.6
124	15.4	**220**	23.6	**316**	34.2
128	15.6	**224**	24.2	**320**	34.6
132	16.1	**228**	24.5	**324**	35.2
136	16.4	**232**	25	**328**	35.5
140	16.6	**236**	25.3	**332**	36.2
144	17.1	**240**	25.6	**336**	36.5
148	17.3	**244**	26.2	**340**	37.2
152	17.6	**248**	26.5	**344**	37.5
156	18.1	**252**	27.1	**348**	38.2
160	18.3	**256**	27.4	**352**	38.5
164	18.6	**260**	28	**356**	39.2
168	19.1	**264**	28.3	**360**	39.6

172	19.3	**268**	28.6	**364**	40.2

D



Figura D-1

DESGARRO VULVO-VAGINAL POR VIOLACIÓN

Esta niña de 4 años sufrió el desgarro de la vulva y de la vagina (flechas), como consecuencia del acceso carnal por parte de un psicópata.

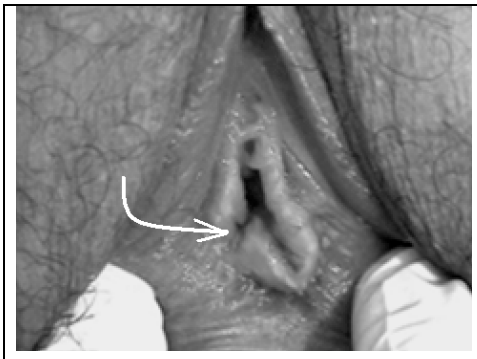


Figura D-2

DESFLORACIÓN

La flecha señala el sitio donde se desgarró por primera vez el himen de esta joven (desfloración). Para efectos del lenguaje técnico se compara el introito vaginal con un reloj, por lo cual el desagarro en este caso es a las 8.

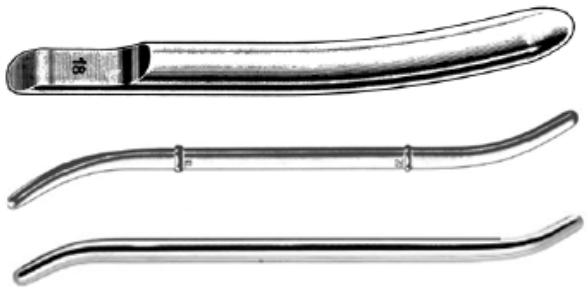


Figura D-3

DILATADORES CERVICALES

De arriba abajo:

- de Hegar
- de Hank
- de Pratt

(Fuente: Instrumentos quirúrgicos Dimeda: http://www.dimeda.de/es/surgical.htm)



Figura D-4

DISPLASIA TANATOFÓRICA:

Esta fotografía de un recién nacido con Displasia tanatofórica, ilustra las alteraciones corporales propias de este tipo de enanismo letal.

Foto del Dr. J.C Mantilla, patólogo HUS, UIS



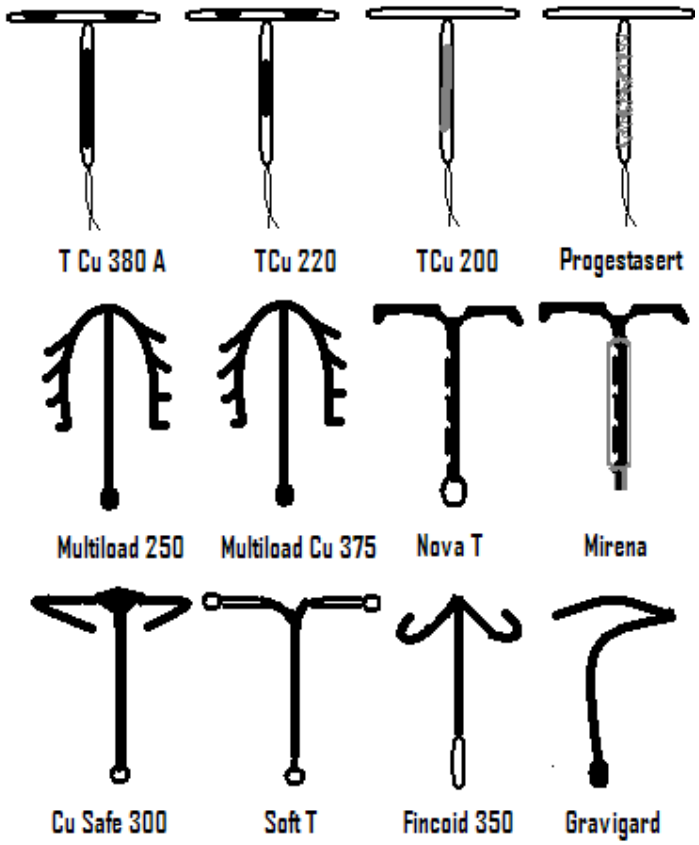
Figura D-5

DIVERTÍCULO DE MECKEL

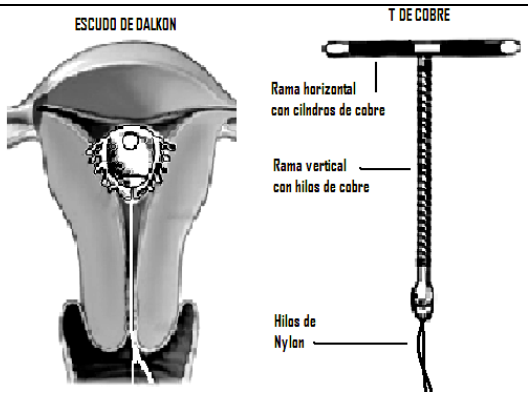


Figura D-6

DOBLE CIRCULAR DEL CORDON UMBILICAL AL CUELLO DEL FETO:



Figuras D-7-18. Diferentes tipos de Dispositivos intrauterinos a través de los tiempos.



Figuras D-19.20.

EL DALKON SHIELD Y LA T DE COBRE:

fuente: El DIU, Evolución a través de los Tiempos, Método de Inserción, Beneficios y Riesgos. Alarcón N Miguel A. Revista Médicas UIS. Vol I, Octubre de 2007





Figuras D-21,22. Se aprecia una asa de Lipes atrapada por el epiplón mayor en una paciente cuyo DIU migró desde la cavidad uterina. En la siguiente figura se aprecia una asa de Lipes a los rayos X, cerca del epigastrio.



Figura D-23

DISRAFISMO

El montaje fotográfico ilustra la salida de las meninges a través de una espina bífida.

Tabla D-1 **DIÁMETRO BIPARIETAL**

DBP (mm)	EG (P50)	DBP (mm)	EG (P50)
10	10.1	**55**	22
11	10.2	**56**	22.3
12	10.4	**57**	22.5
13	10.5	**58**	23.1
14	10.6	**59**	23.3
15	11.1	**60**	23.6
16	11.2	**61**	24.1

17	11.4	**62**	24.4
18	11.5	**53**	24.6
19	12	**64**	25.2
20	12.2	**65**	25.4
21	12.3	**66**	26
22	12.5	**67**	26.2
23	12.6	**68**	26.5
24	13.1	**69**	27.1
25	13.3	**70**	27.3
26	13.4	**71**	27.6
27	13.6	**72**	28.2
28	14.1	**73**	28.5
29	14.3	**74**	29
30	14.4	**75**	29.3
31	14.6	**76**	29.6
32	15.1	**77**	30.2
33	15.3	**78**	30.5
34	15.5	**79**	31.1
35	16	**80**	31.3
36	16.2	**81**	31.6
37	16.4	**82**	32.2
38	16.6	**83**	32.5
39	17.1	**84**	33.1
40	17.3	**85**	33.4
41	17.5	**86**	34
42	18	**87**	34.3

43	18.2	**88**	35
44	18.4	**89**	35.3
45	18.6	**90**	35.6
46	19.1	**91**	36.2
47	19.3	**92**	36.5
48	19.5	**93**	37.1
49	20.1	**94**	37.5
50	20.3	**95**	38.1
51	20.5	**96**	38.4
52	21	**97**	39
53	21.3	**98**	39.4
54	21.5	**99**	40

F

	Figura F-1 FETAL, SUFRIMIENTO monitoreoque muestra bradicardia



Figura F-2

FETO ACÁRDICO:



Figura F-3

FETO hidrópico

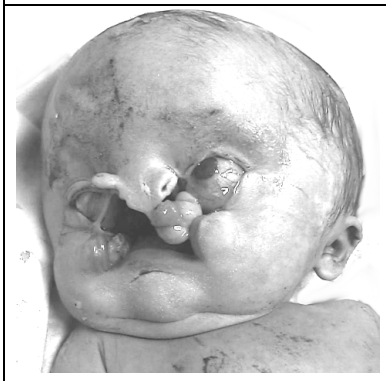


Figura F-4

FETO MALFORMADO

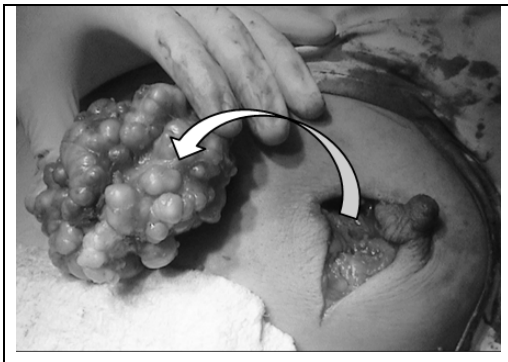


Figura F-5

FIBROADENOMA MAMARIO

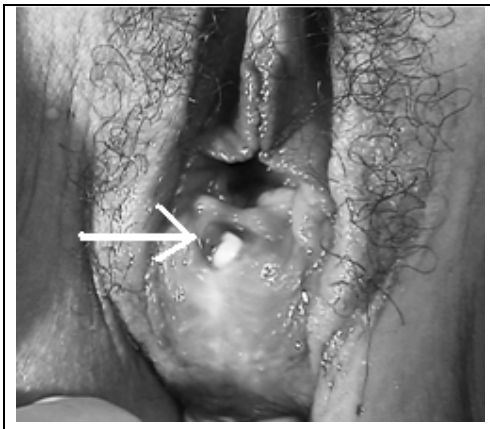
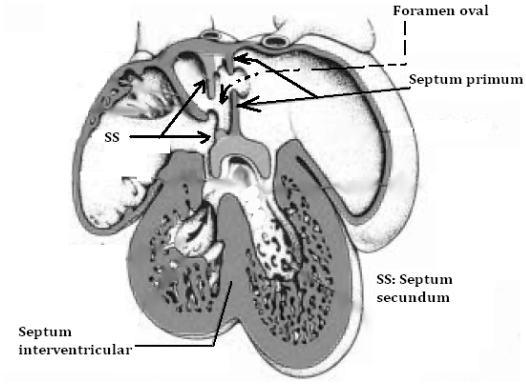
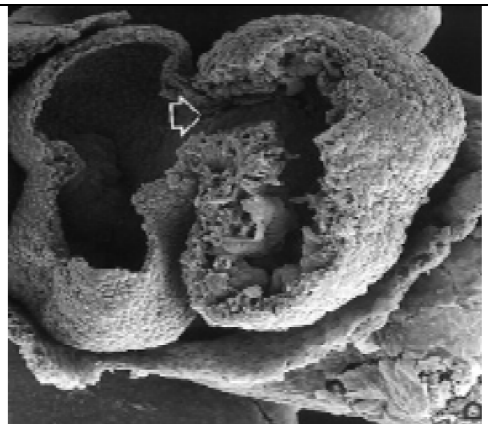


Figura F-6

FÍSTULA RECTO-VESTIVULAR





Figuras F-7,8. **Foramen oval.** Detalle de la formación del foramen oval, a partir de los componentes del septum primum y del septum secundum. Este dibujo, tomado con modificaciones de la embriología de Moore referenciada arriba, muestra el corazón de un feto de 7 semanas de gestación. Las letras SS significan Septum secundum. La flecha en la fotografía B tomada con microscopio de barrido, muestra el foramen oval. La segunda imagen es ofrecida de manera libre por wikipedia : GNU Free Documentation License. It uses material from the Wikipedia article "Septum primum".

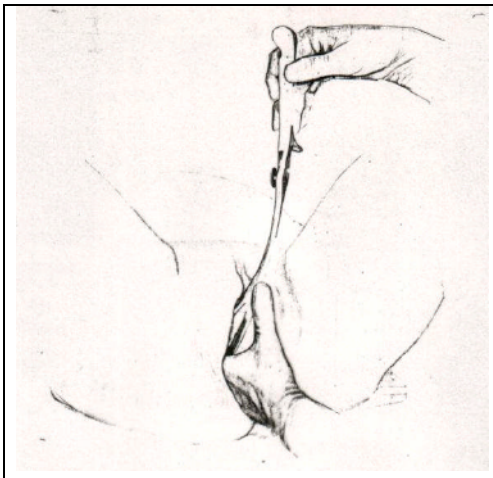


Figura F-9

FÓRCEPS, COLOCACIÓN

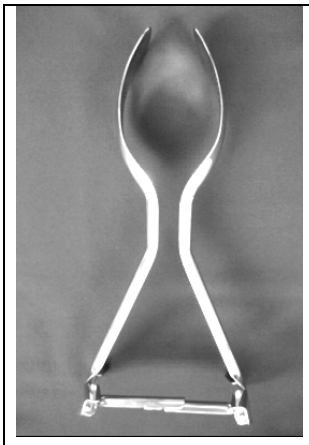


Figura F-10

FORCEPS

Fórceps de Salinas(1965). Tiene una pieza deslizable en la barra que hace de bastidor flexible, que sirve de puente a las dos cucharas curvas, no fenestradas. Sirven para extraer y para rotar la presentación.

			
Kielland	**Luikart-Kielland**	Luikart-Simpson	**Simpson**

Figuras F-11-14**:** Diferentes tipos de Fórceps

			
Anderson	**Barne**	**Piper**	**Neville-Barne**

Figura F-.15 Diferentes tipos de Fórceps

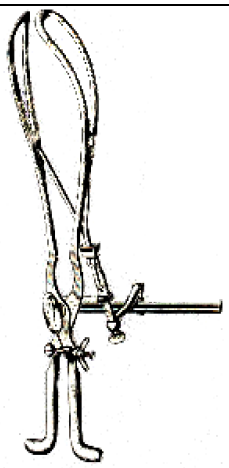
		
Milne –Murray	**Tarnier**	**McKlintock (ovulares)**

Figura F-16 . Diferentes tipos de Fórceps

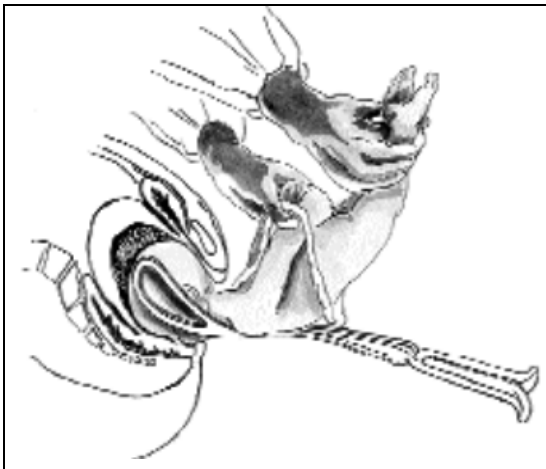
	Figura F-17 Fórceps de Piper



Figura F-18

Forceps de salida. Diseñados para extracción de cabeza retenida en los planos inferiores.



Figura F-7,19

Forceps de Palfyn

Espátulas de Velasco



Figura F-20. Forceps de Tucker-McLean Este tipo de fórceps tuvo uso para la extracción difícil . Calvo, J.A. "Un instrumento útil en obstetricia: el tractor de Bill". Heraldo Médico, Bogotá, 4:18,1946.

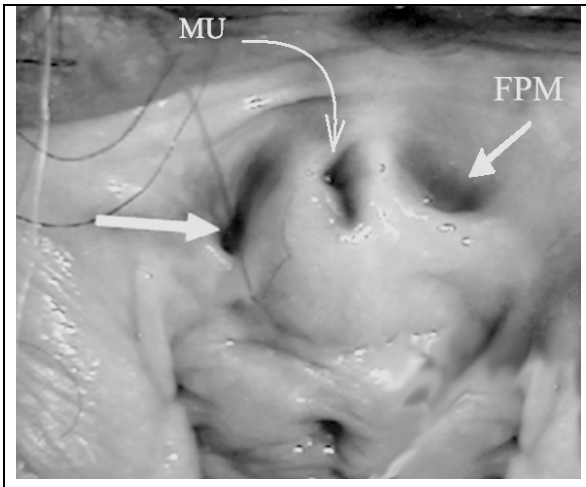


Figura F-21

FOSITAS PARAMEATALES

En esta señora son visibles las fositas parameatales (FPM), que están ubicadas a lado y lado del meato urinario (MU).



Figura F-22

Flujo vaginal.

Tabla F-1 FRECUENCIA CARDIACA EN EL EMBRIÓN, DE ACUERDO A LA EDAD GESTACIONAL

Semanas	-1DS	Media	+1DS
6	101	118	135
7	129	141	153

8	154	165	176
9	166	172	178
10	161	170	179
11	155	165	175
12	156	163	170
13	149	155	161
14	143	147	151

(Doubilet, P. Benson, C. Embryonic heart rate in the early first trimester. J Ultrasound Med. 1995; 14: 431-434)

G



Figura G-1

GEMELO REABSORBIDO:

Esta ecografía muestra un embarazo gemelar con reabsorción del gemelo de la izquierda(flecha). El otro gemelo está creciendo normalmente.



Figura G-2

Gigantomastia



Figura G-3

GINECOMASTIA INDUCIDA:

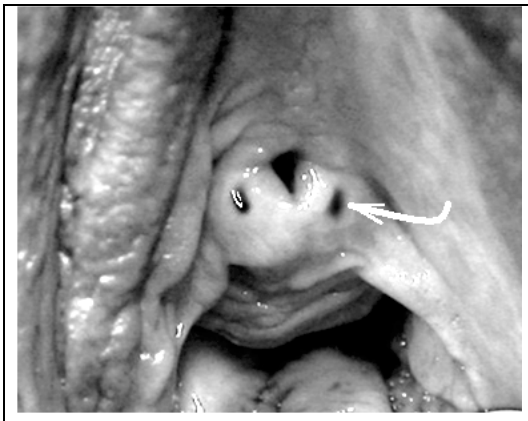


Figura G-4

GLÁNDULAS PARAURETRALES DE SKENE

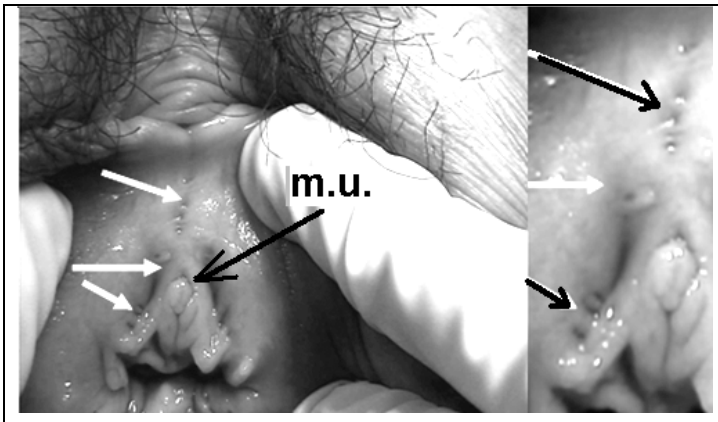
La flecha muestra uno de los orificios de salida de las glándulas parauretrales de Skene, que son visibles cerca del meato urinario en algunas mujeres.



Figura G-5

GLÁNDULAS PARAURETRALES DE SKENE, ABSCESO

Aspecto que ofrecía el absceso de las glándulas de Skene en una joven embarazada de 21 años, antes de su drenaje. Se obtuvieron 7.5 cm^3 de material purulento



Figuras G-6-7

GLÁNDULAS VESTIBULARES MENORES(GVM)

Las flechas señalan las GVM y el meto urinario (MU) que en esta joven tiene una válvula oclusiva

Tabla G-1 **GONADOTROPINA CORIÓNICA.** Titulación durante el embarazo

Semanas después de la ultima menstruación	Concentración promedio de la hormona mU/ml	Error standard de los valores de esta hormona mU/ml
3-3½	22	6
4-4½	353	9
5-5½	2270	390
6-6½	6640	1160
7-7½	13610	2740
8-8½	46830	4710
9-9½	44710	3690
10-10½	37750	5420
11-11½	38360	8100
Adaptado de HCG levels through normal pregnancy. AJOG 1976;678-81		

H



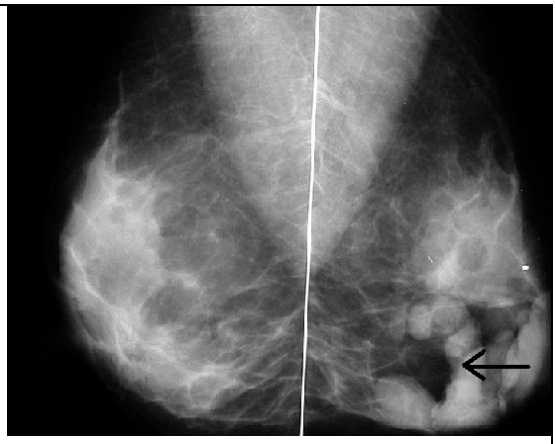


Figura H-1 HAMARTOMA: En estas figuras se aprecia un hamartoma de la mama izquierda, en una paciente del Hospital Universitario de Santander

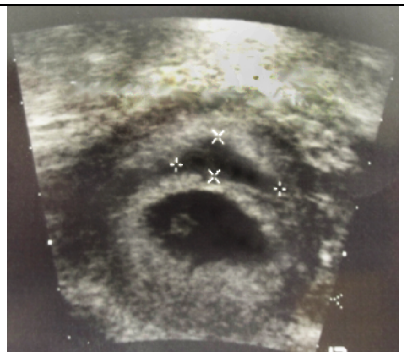
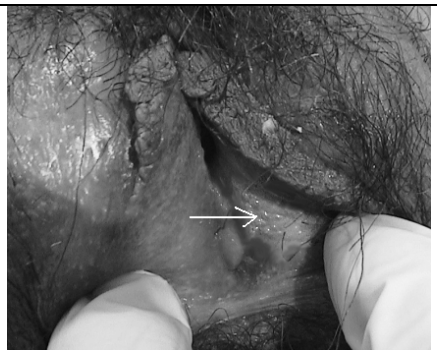
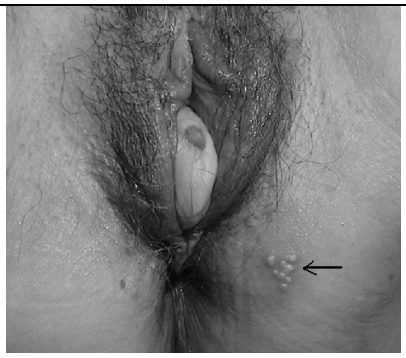


Figura H-2

HEMATOMA SUBCORIAL





Figuras H-3-4 HERPES GENITAL. : En la primera paciente la lesión afecta el vestíbulo. En la segunda paciente las lesiones se ubican en el triángulo perineal posterior.

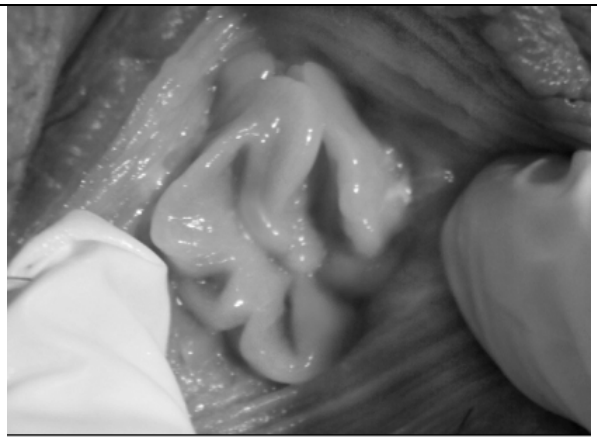


Figura H-5

HIMEN EN FLOR DE ROSA

Las carúnculas de este tipo de hymen semejan los pétalos de una rosa



Figura H-6

HOLOPROCENSCEFALIA SEMILOBAR.

Aspecto ecográfico

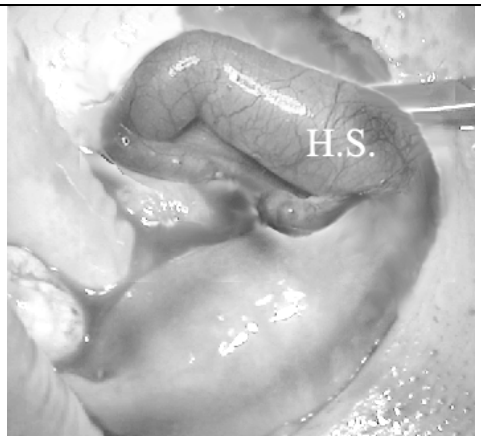


Figura H-7

HIDROSALPINX

En esta paciente la trompa izquierda está notoriamente dilatada por un hidrosálpinx (HS) que le produce dolor y trastorno de la fertilidad



Figura H-8

HIMEN IMPERFORADO



Figura H-9

HIRSUTISMO:

Esta mujer tiene aumento del grosor y de la longitud del vello corporal en las zonas del cuerpo en las que típicamente hay pilosidad en el género masculino(abdomen, muslos, espalda, brazos, mentón, labio superior).

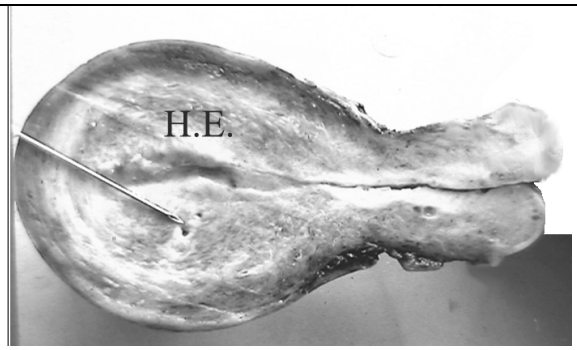


Figura H-10

HIPERPLASIA ENDOMETRIAL

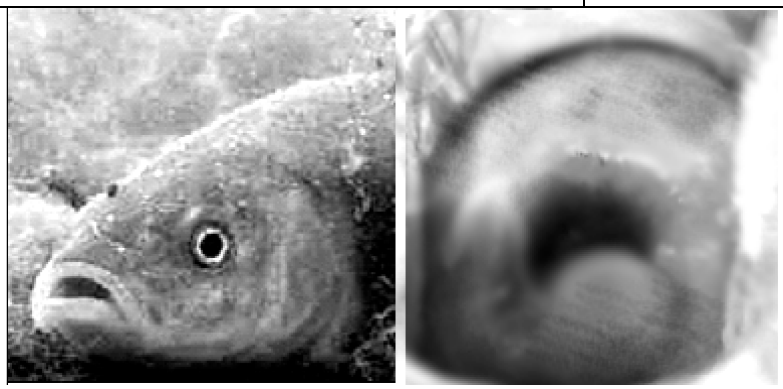


Figura H-11-12

HOCICO DE TENCA:

Con este término se conoce al cuello de las mujeres (casi siempre multíparas), cuyo cérvix muestra un aspecto rasgado, de manera similar al hocico del pez llamado Tenca tinca.



Figura H- 13 HOLOPROSENCEFALIA ALOBAR, con fusión de los lóbulos frontales del cerebro. Esta ecografía muestra la fusión de los ventrículos laterales

Figs H-14-15 1-Feto con holoprosencefalia leve 2- Feto con ciclopía por holoprosencefalia severa. La nariz en forma de probóscide esta ubicada por encima de los ojos fusionados		

Tabla H-1. **HIDRONEFRPOSIS**. Clasificación de la hidronefrosis según la Sociedad de Urología Fetal

GRADO	**PELVIS**	**CÁLICES**	**PARÉNQUIMA**
Grado 0	Normal	Normal	Normal
Grado I	Aumentada	Normal	Normal
Grado II	Aumentada	Visibles	Normal
Grado III	Aumentada	Aumentados	Normal
Grado IV	Aumentada	Aumentados	Adelgazado

Tabla H-2. **HIRSUTISMO**. Se puede afirmar que hay hirsutismo cuando el puntaje es igual o superior a 8 puntos. Las diferentes causas de hirsutismo se relacionan con el exceso de andrógenos.

Ubicación	Cantidad de vello	Puntos

a-Labio superior	Unos pocos pelos en el margen externo	1
	Un pequeño bigote en el margen externo	2
	Bigote que se extiende desde la mitad del margen externo.	3
	Bigote que llega hasta la línea media	4
b-Mentón	Pocos pelos separados	1
	Pelos separados pero con mediana concentración	2
	El mentón está cubierto por pelos pero no está muy tupido.	3
	Mentón completamente tupido por vello	4
c-Pecho	Pelos alrededor de la aréola	1
	Hay pelos también en la depresión inter-mamaria	2
	Aproximadamente las tres cuartas partes del pecho están cubiertas de vello	3
	Hay cubrimiento total	4
d-Espalda, región superior	Pocos pelos separados	1
	Pelos separados con mediana concentración	2
	La espalda está cubierta de pelos pero no están muy tupidos.	3
	En la espalda se aprecia se aprecia abundante vello tupido	4
e-Espalda,	Pocos pelos en la región sacra	1
Parte inferior, región sacra y glúteos	Hay pelos también distribuidos lateralmente	2
	Los pelos cubren las tres cuartas partes de la región	3
	Hay cubrimiento total	4
f-Abdomen, mitad superior	Pocos pelos en la línea media, mitad superior	1

	Pelos concentrados pero aún en la línea media.	2
	La mitad del área está cubierta	3
	Toda el área está cubierta por vello	4
g-Abdomen, mitad inferior	Pocos pelos en la línea media mitad inferior	1
	Pelos concentrados pero aún en la línea media	2
	Banda de vello en la línea media	3
	El vello cubre un área en forma de V invertida	4
h-Brazos	Pelos esparcidos que no cubren más de la cuarta parte de la superficie de cada brazo.	1
	Aproximadamente la mitad de los brazos está cubierta por vello.	2
	Cada brazo está cubierto de vello pero no es bien tupido	3
	Los brazos están cubiertos de vello bien tupido	4
i-Muslos	Pelos esparcidos que no cubren más de la cuarta parte de la superficie de cada muslo.	1
	Aproximadamente la mitad de cada muslo está cubierta por vello.	2
	Los muslos están cubiertos de vello pero no es bien tupido	3
	Los brazos están cubiertos de vello bien tupido	4

Figura I-1-8. **INCISIONES EN EL ÚTERO**, utilizadas para la cesárea:

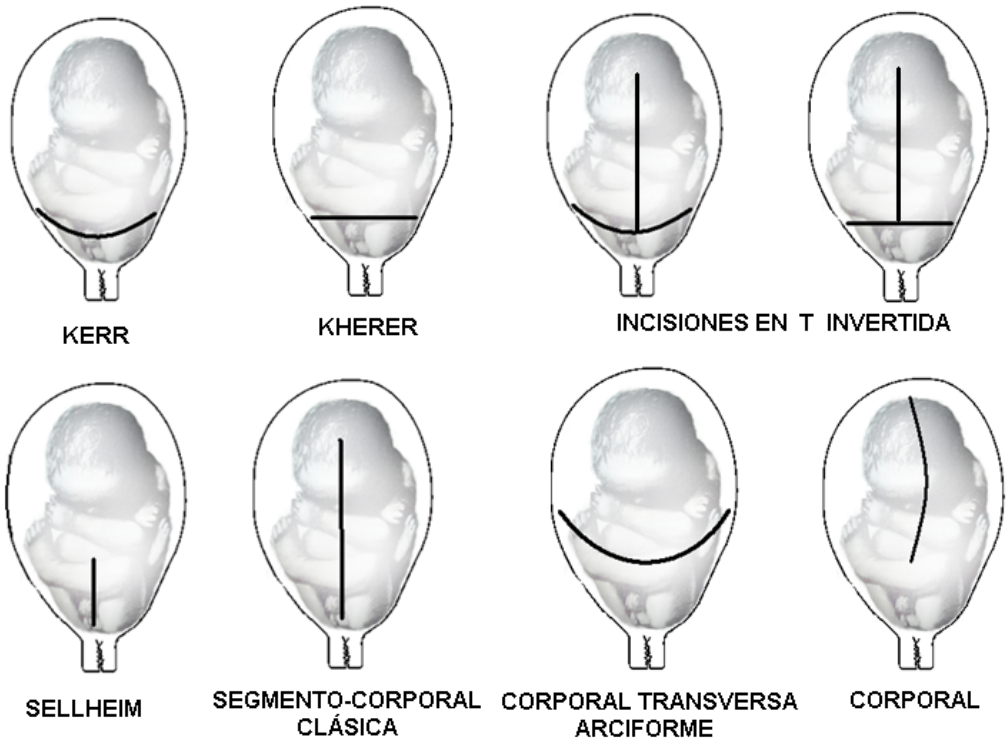
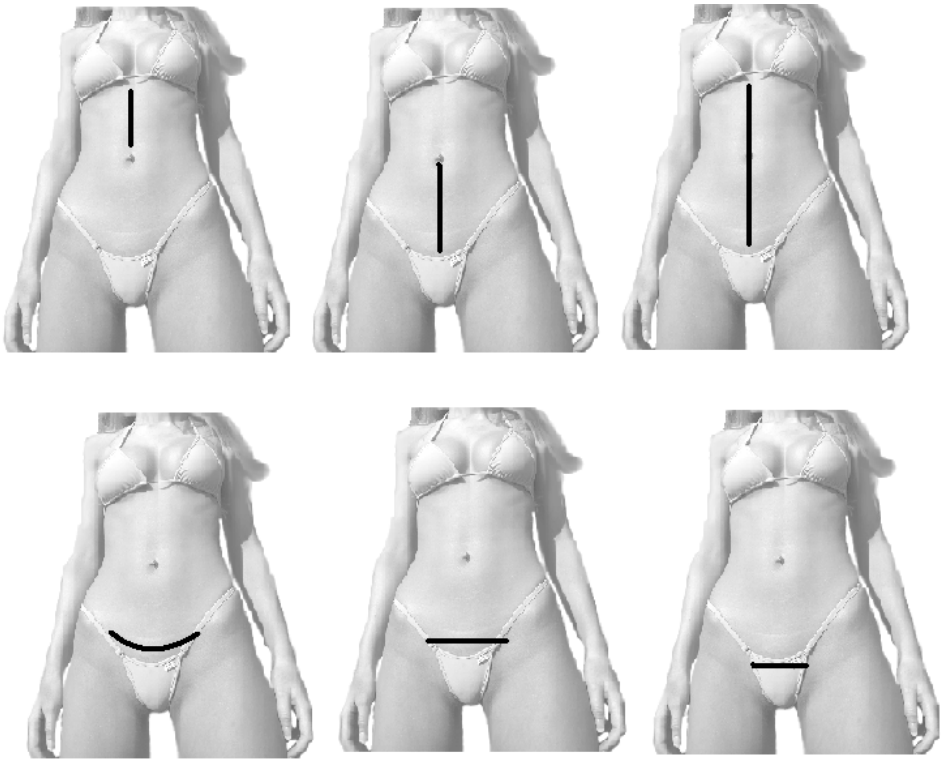


Figura I-9 a14. **INCISIONES DE LA PARED ANTERIOR DEL ABDOMEN**:



Figuras I- 15 a 20 INCISIONES DE LA PARED ANTERIOR DEL ABDOMEN.

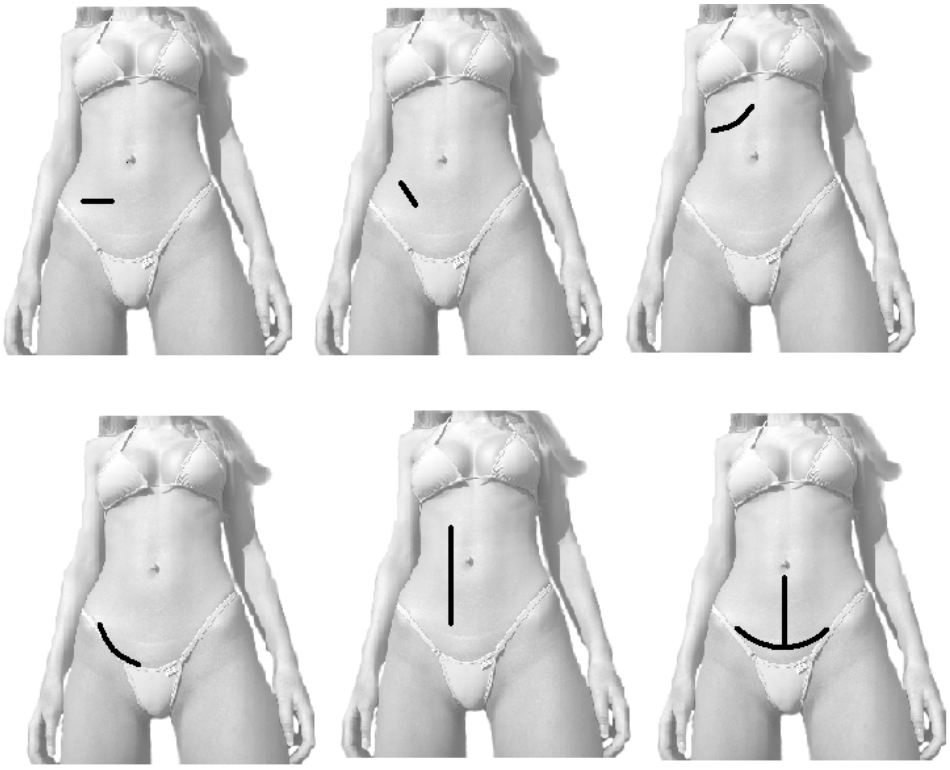




Figura I-21

INCISIÓN DE ISRAEL (para cirugía renal)

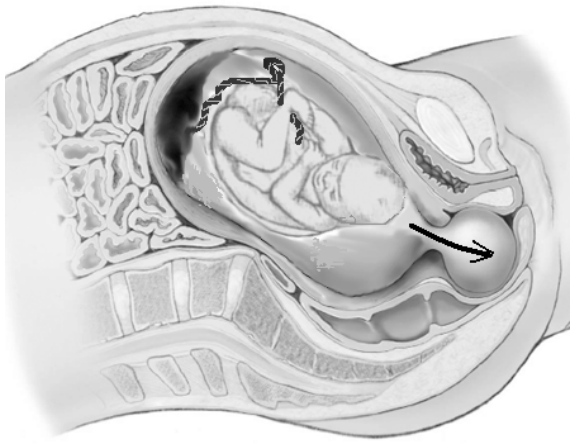


Figura I-22

INCOMPETENCIA CERVICAL

Este gráfico muestra el abombamiento de las membranas por apertura anormal del cuello uterino, debido a incompetencia cervical.

Tabla I-1 INDICE DE LÍQUIDO AMNIÓTICO(4 cuadrantes)	INTERPRETACIÓN
Menor de 5 cm	Oligohidramnios
Entre 5 y 25 cm	Cantidad de líquido dentro del rango normal
Mayor de 25 cm	Polihidramnios

Tabla I-2. ÍNDICE DE RIESGO DE MALIGNIDAD DE JACOBS (IRMJ)

Hallazgo ecográfico		Características ecográficas valoradas, como parte del cálculo del IRMJ. Se adjudica un punto por cada característica encontrada
Quiste multilocular	1	
Evidencia de áreas sólidas	1	
Evidencia de metástasis	1	
Presencia de ascitis	1	
Lesión bilateral	1	

	Tabla I-3. **INVERSIÓN UTERINA** . Clasificación de la inversión uterina según la extensión
Grado I	Inversión parcial. El fondo uterino llega a nivel del anillo cervical
Grado II	El útero está invertido de manera subtotal y el fondo se palpa a media distancia entre el anillo cervical y el anillo himeneal.
Grado III	El útero está completamente invertido y su fondo llega hasta el anillo himeneal.
Grado IV	El útero está completamente invertido y el fondo sobresale por debajo del anillo himeneal.

De acuerdo a los criterios de Van Vugh y Thompson, la inversión uterina se clasifica en los 4 estadios mostrados en la tabla. Jorge A Rodríguez(gineco-obstetra hospital Simón Bolívar, Bogotá), y col. Inversión uterina puerperal crónica: presentación de caso y revisión de la literatura. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología Vol. 56 No. 3 • 2005 • (249-255)//* Van Vugt PJ, Baudoin P, Blom VM, van Deursen CT.Inversio uteri puerperalis. Acta Obstet Gynaecol Scand 1981;60:353-62.// Thomson AJ, Greer IA. Non-haemorrhagic obstetric shock. Baillieres Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol 2000;14:19-41.

J

K

L

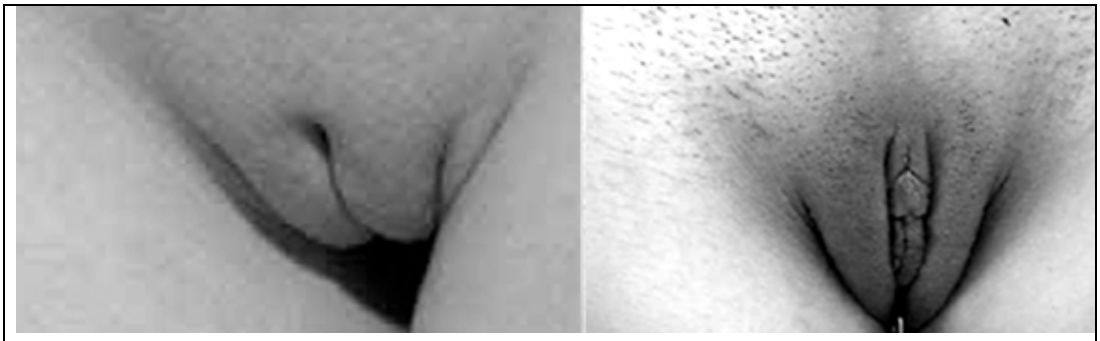


Figura L- 1. **LABIOS MAYORES DE LA VULVA:** Se aprecian dos variantes anatómicas de los labios mayores. En la primera imagen el clítoris está oculto. En la segunda imagen el cuerpo del clítoris se interpone entre los labios mayores



Figura L-2

LABIOS MENORES ó NINFAS:

En esta mujer los labios menores se extienden hasta el nivel de la horquilla y allí se fusionan entre sí.

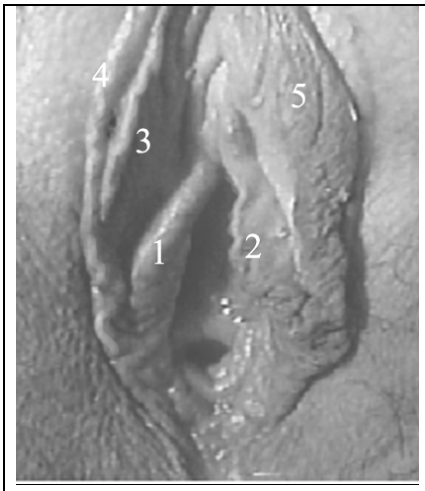


Figura L-3

LABIOS MENORES MÚLTIPLES



Figura L-4

LABIO LEPORINO

Recién nacido con labio leporino



Figura L-5

LESIÓN LIQUENIFORME DE LA VULVA

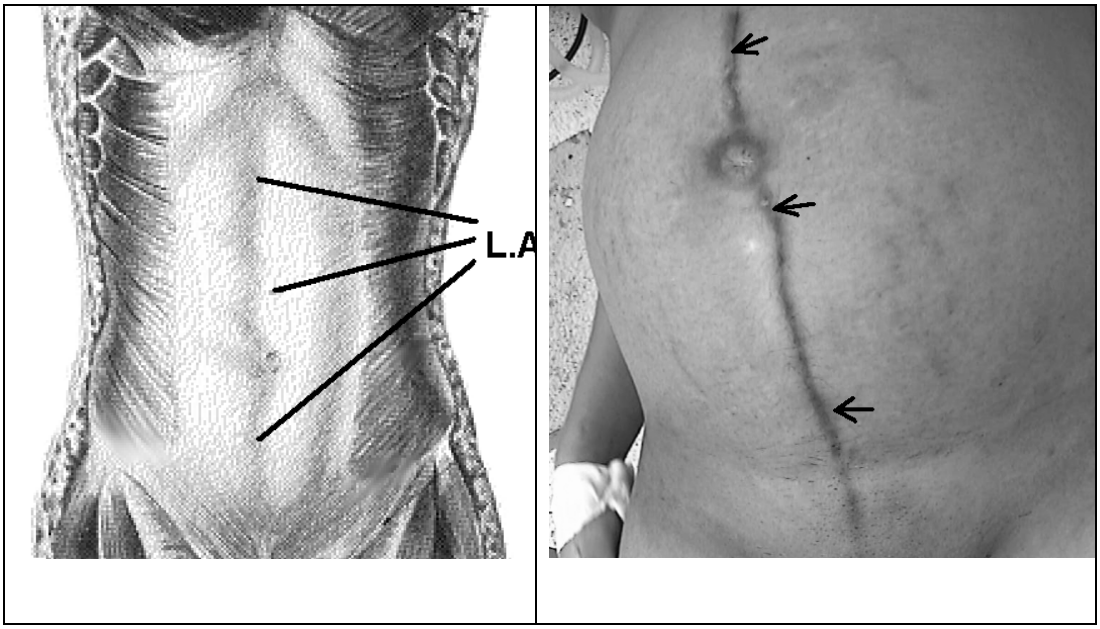


Figura L- 6 LÍNEA ALBA Y LÍNEA NEGRA: la primera imagen ilustra la línea alba (línea blanca), solo visible en una cirugía o en una necropsia. La segunda imagen ilustra la línea nigra (ó negra) que se forma en la piel, principalmente durante el embarazo. La línea alba no es visible a simple vista, pues está oculta por la piel y el tejido celular subcutáneo; la línea nigra es de la piel, en un plano superficial y paralelo a la línea alba(LA).



Figura L-7

LIQUEN ESCLEROSO DE LA VULVA



Figura L-8

LLETZ . Conización con Lletz

En esta paciente se ha realizado una extirpación parcial del cuello, e forma de cono, mediante la utilización de un asa de radiocirugía

Tabla L-1 . LONGITUD DE ONDA

ION ACTIVO	LONGITUD DE ONDA EMITIDA
CADMIO	325 - 441 nm
ARGON	351 - 448 nm
KRYPTON	476.2 nm
NEON	632.8 nm
CROMO	694.3 nm
SAMARRO	708 nm

NEODIMIO	1.06X10 mm
URANIO	2.5X mm
GAS CARBÓNICO	10.6X10 mm

Tabla L-2. LONGITUD RENAL Y EDAD GESTACIONAL

EDAD GESTACIONAL en semanas	**PROMEDIO en mm**	**Rango en mm -2DE**	**Rango en mm +2DE**
11	4.2	3.2	5.2
12	5.56	3.8	6.2
13	8.3	5.3	11.2
14	10.3	7.6	13
15	11.9	9.4	14.5
16	14.2	12.5	16.9
22	21.35	18.7	23.9
24	23	20.5	25.7
26	27.2	22.4	34.6
30	31.9	27.9	35.9
32	34.5	30.5	38.5
34	36.5	31.3	41.7
36	38.1	32.3	43.9
38	39.3	34.7	43.9

Esta tabla relaciona la longitud renal (entre un polo y el otro) con respecto a la edad gestacional en semanas. Se muestran el tamaño promedio y los rangos normales en desviaciones estándar +2 y -2.

Tabla L-3. **LONGITUD CÉFALO CAUDAL.**

LCC	EG	LCC	EG	LCC	EG	LCC	EG	LCC	EG
0.2	5.7	2.6	9.4	5.0	11.7	7.4	13.5	9.8	15.6
0.3	5.9	2.7	9.5	5.1	11.8	7.5	13.6	9.9	15.7
0.4	6.1	2.8	9.6	5.2	11.9	7.6	13.7	10.0	15.9
0.5	6.2	2.9	9.7	5.3	12	7.7	13.8	10.1	16
0.6	6.4	3	9.9	5.4	12	7.8	13.8	10.2	16.1
0.7	6.6	3.1	10	5.5	12.1	7.9	13.9	10.3	16.2
0.8	6.7	3.2	10.1	5.6	12.2	8.0	14	10.4	16.3
0.9	6.9	3.3	10.2	5.7	12.3	8.1	14.1	10.5	16.4
1.0	7.2	3.4	10.3	5.8	12.3	8.2	14.2	10.6	16.5
1.1	7.2	3.5	10.4	5.9	12.4	8.3	14.2	10.7	16.6
1.2	7.4	3.6	10.5	6.0	12.5	8.4	14.3	10.8	16.7
1.3	7.5	3.7	10.6	6.1	12.6	8.5	14.4	10.9	16.8
1.4	7.7	3.8	10.7	6.2	12.6	8.6	14.5	11.0	16.9
1.5	7.9	3.9	10.8	6.3	12.7	8.7	14.6	11.1	17
1.6	8	4	10.9	6.4	12.8	8.8	14.7	11.2	17.1
1.7	8.1	4.1	11	6.5	12.8	8.9	14.8	11.3	17.2
1.8	8.3	4.2	11.1	6.6	12.9	9.0	14.9	11.4	17.3
1.9	8.4	4.3	11.2	6.7	13	9.1	15	11.5	17.4
2.0	8.6	4.4	11.2	6.8	13.1	9.2	15.1	11.6	17.5
2.1	8.7	4.5	11.3	6.9	13.1	9.3	15.2	11.7	17.6
2.2	8.9	4.6	11.4	7.0	13.2	9.4	15.3	11.8	17.7
2.3	9	4.7	11.5	7.1	13.3	9.5	15.3	11.9	17.8
2.4	9.1	4.8	11.6	7.2	13.4	9.6	15.4	12.0	17.9
2.5	9.2	4.9	11.7	7.3	13.4	9.7	15.5	12.1	18

Siglas: LCC= Longitud Céfalo-Caudal, EG= edad gestacional del embrión a la cual se encuentra el valor anotado para la LCC. (Coulam, C. Britten, S. Early ultrasonographics measurements in normal pregnancies. Human Reproduction. 2006; 11: 1771-1774)

M





Figuras M-1 y 2 **MAMAS SUPERNUMERARIAS**: En la primera imagen la flecha muestra la **mama supernumeraria** unilateral de una paciente de 28 años. La segunda imagen muestra una paciente de 66 años con mamas supernumerarias bilaterales.



Figura M-3

MAMAS ASIMÉTRICAS:

Se aprecia la diferencia de tamaño entre las dos mamas. Esta paciente estaba lactando.

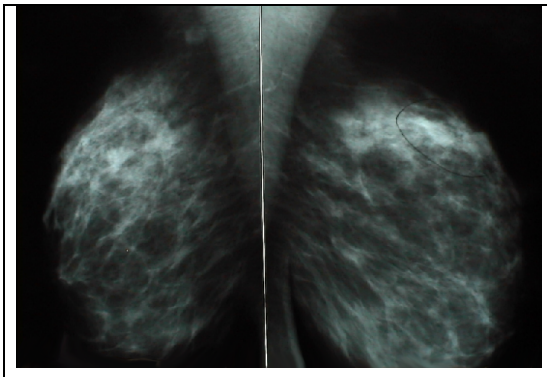


Figura M-4

MAMOGRAFÍA

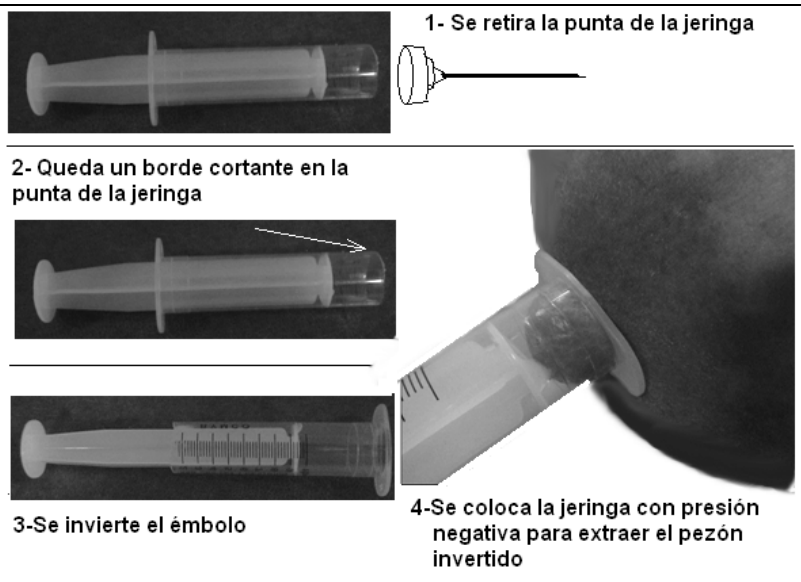


Figura M-5

MANIOBRA DE BRACHT:

La maniobra de Bracht es útil para la extracción de la cabeza, durante el parto en presentación de pelvis. El dorso del feto que está naciendo se dobla para atrás, para facilitar la expulsión de la cabeza.

Dibujo del Dr. Flavio Monteiro de Souza, Professor Assistente de Obstetrícia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro Mestre em Obstetrícia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro



Figuras M- 6 a 10 MANIOBRA DE LA JERINGA PARA EL PEZÓN INVERTIDO



Figura M-11

MANIOBRA DE KRISTELLER:



Figura M-12

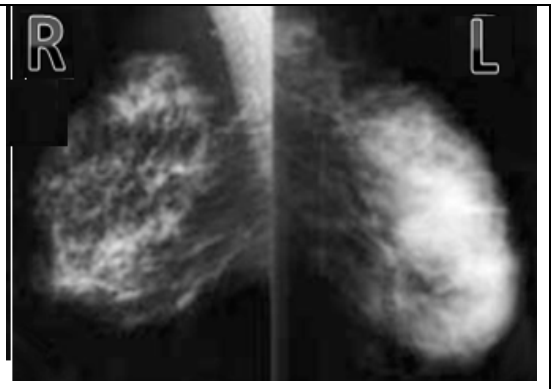
MANIOBRA DE VALSALVA



Figura M-13

MASTECTOMÍA IZQUIERDA:





Figuras M-14 y 15. MASTITIS

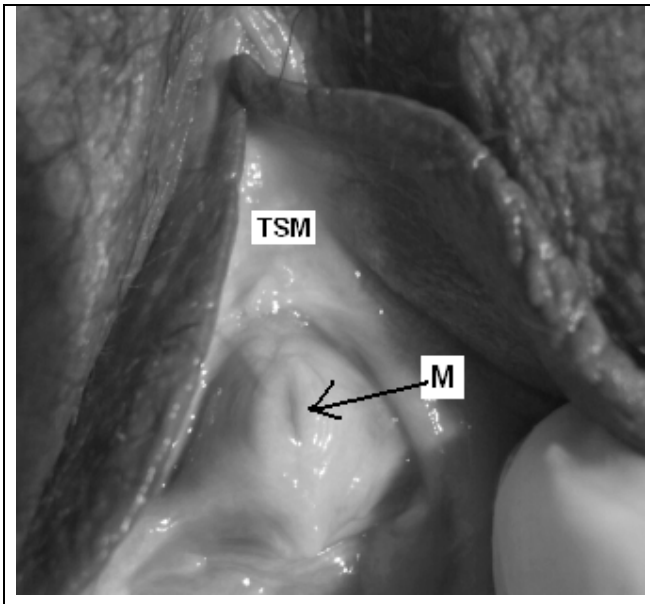
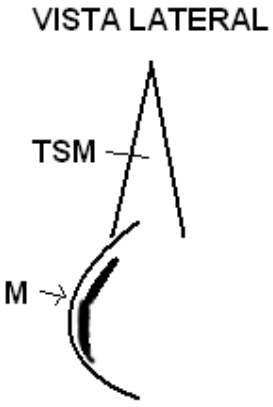
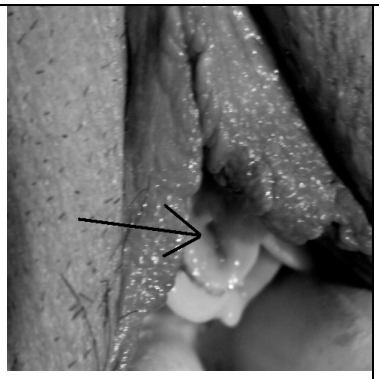


Figura M-16 y 17

MEATO (M) ubicado en un plano sobresaliente respecto al triangulo supra-meatal (TSM).









Figuras M-18 a 20 **MEATO URINARIO EN PICO DE FLAUTA:** La disposición de las estructuras que rodean este tipo de meato le confieren similitud al pico de una flauta.

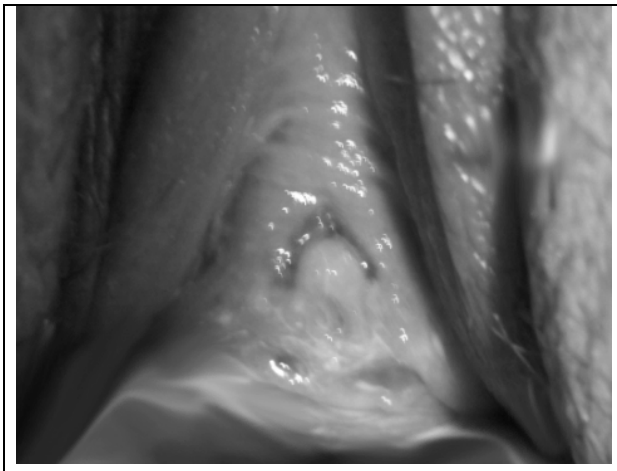


Figura M-21

Meato

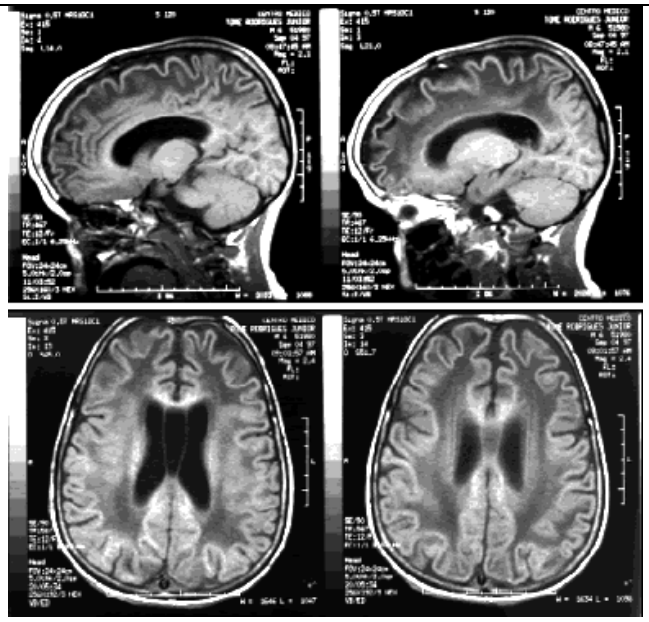


Figura M-22 y 23 **MEGALENCEFALIA** familiar con leucodistrofia. Caso reportado por *Carlos Cavalcanti y Adelman Nogueira(*Arq. Neuro-Psiquiatr. vol.58 n.1 São Paulo Mar. 2000



Figura M-24

MICROCEFALIA:

En este niño con retardo mental severo por microcefalia, los ojos y los pabellones auriculares, aunque son de tamaño normal para la edad, parecen desproporcionadamente grandes debido al reducido tamaño del cráneo.

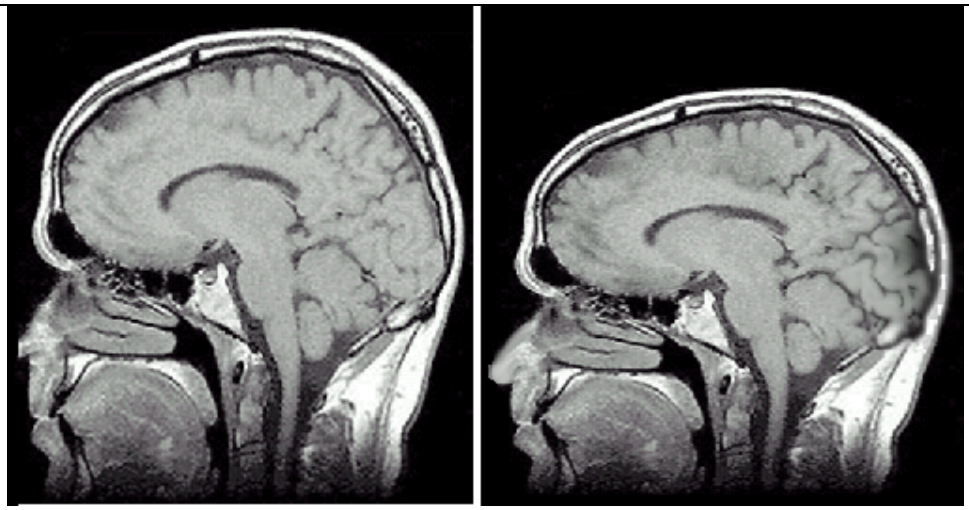


Figura M-25 y 26 **MICROCEFALIA**: En la escanografía A se observa un joven con la cabeza normal, en la escanografía B se observa un niño con microcefalia.



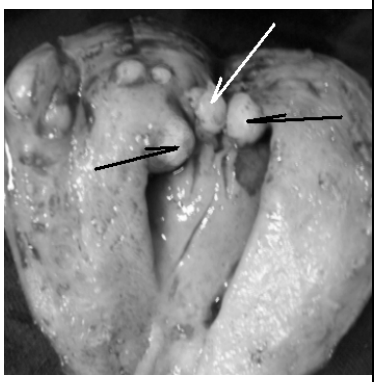
Figura M-27

MIIASIS VULVAR



Figura M-28

MIOMA NASCIENS





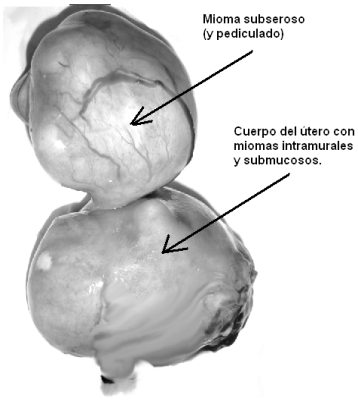


Figura M-29 a 30 **MIOMAS**: En la primera figura se observa la presencia de varios miomas submucosos, es decir, ubicados en la submucosa, y se proyectan a la luz de la cavidad uterina. En la segunda imagen se ve un mioma submucoso de tamaño suficiente para producir un sangrado genital anormal de larga evolución. La tercera imagen muestra un mioma subseroso, del mismo tamaño del cuerpo uterino.

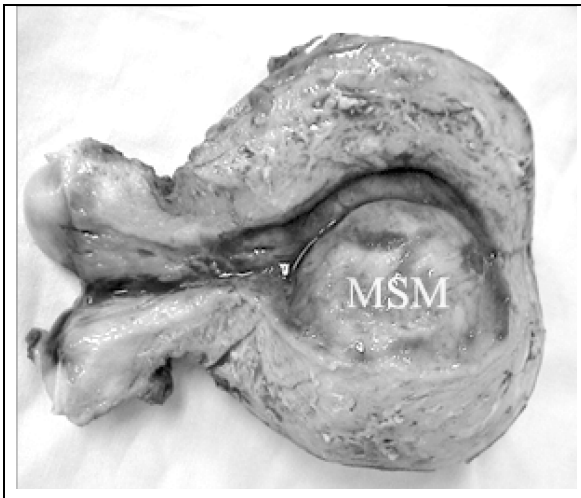


Figura M-31

MIOMA SUBMUCOSO



Figura M-32

MIOMATOSIS UTERINA

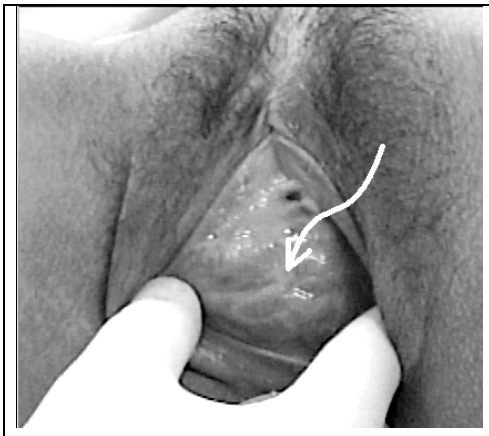
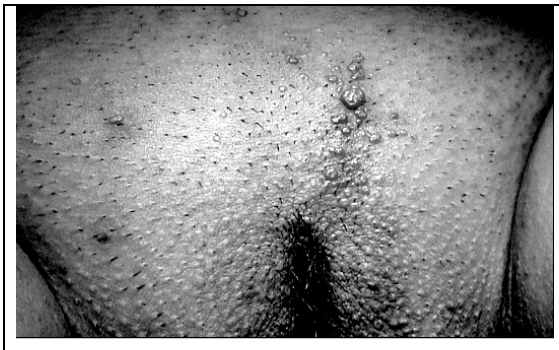


Figura M-33

MIOMA VAGINAL



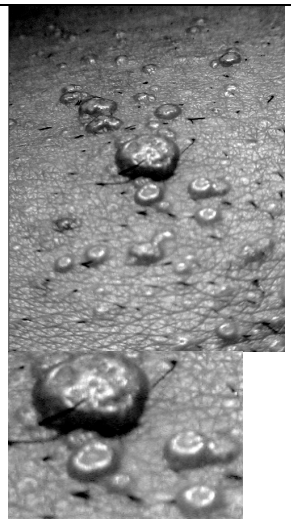


Figura M-34 a 36 **MOLUSCO CONTAGIOSO:** Esta joven presenta las típicas lesiones producidas por el virus XX en el monte de Venus : lesiones bien delimitadas, levantadas, de 3 a 5 mm, algunas de las cuales son umbilicadas.



Figura M-37

Monte de Venus

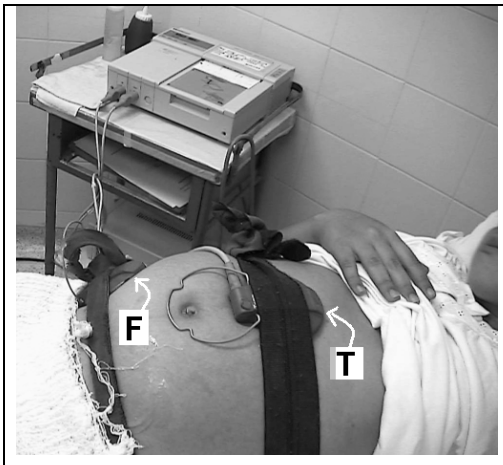


Figura M-38

MONITOREO FETAL



Figura M-39

MUERTE FETAL. // Esfacelación por muerte de varios días o semanas.

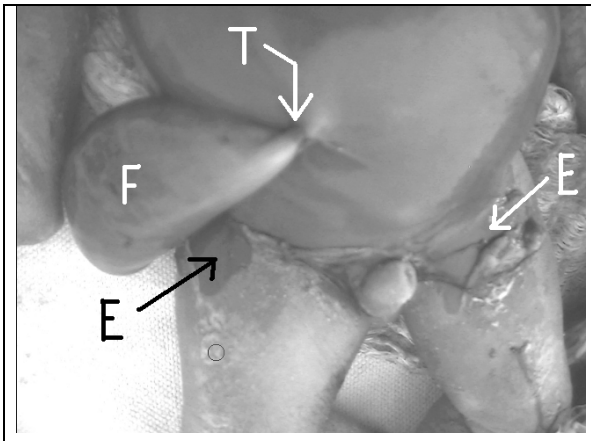


Figura M-40.

MUERTE FETAL POR TORCIÓN DE LA BASE DEL CORDÓN UMBILICAL

Muerte fetal súbita por torción del cordón. Muchas muertes fetales súbitas e inexplicadas curren por esta causa. Las flechas muestran las zonas de esfacelación de la piel (E) , el sitio de la torción del cordón (T) a nivel de su sitio de implantación y la funicitis secundaria (F).

TABLA M-1 AMAMOGRAFÍA, lenguaje de los Bi-Rads

Categoría I ó Bi-Rads I	Normal
Categoría II ó Bi-Rads II	Anormalidad con apariencia benigna
Categoría III ó Bi-Rads III	Probabilidad similar entre benigna y maligna
Categoría IV ó Bi-Rads IV	Sospechosa de malignidad
Categoría V ó Bi-Rads V	Maligna hasta no demostrar lo contrario
Categoría VI ó Bi-Rads ó Bi-Rads *VI*	

Sickles EA. et al, Am J Surg, 1983,145: 395-39

NO

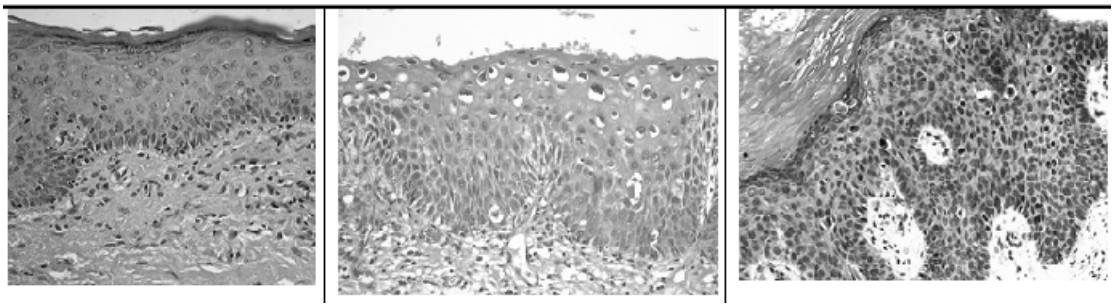


Figura N-1 a 3. NEOPLASIA DE LA VULVA. Mane manera secuencial se aprecian el VIN I, VIN II y VIN III

		Figura O-1 onfalocele

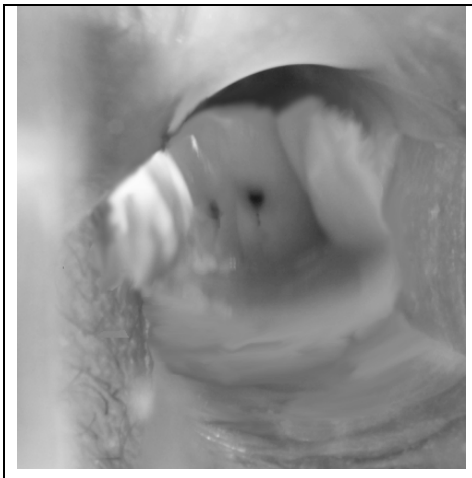


Fig. O-2

ORIFICIO CERVICAL DOBLE (IATROGÉNICO).

Esta paciente del Hospital Universitario de Santander, hizo una sinequia post conización por un carcinoma in situ. En el control de los seis mese se encontró este hallazgo

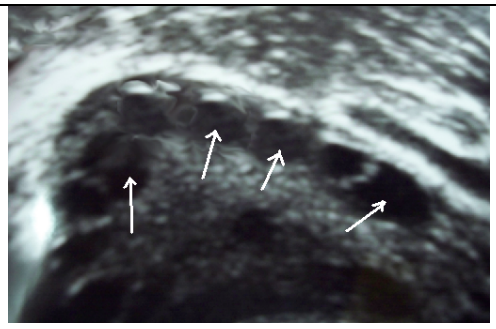
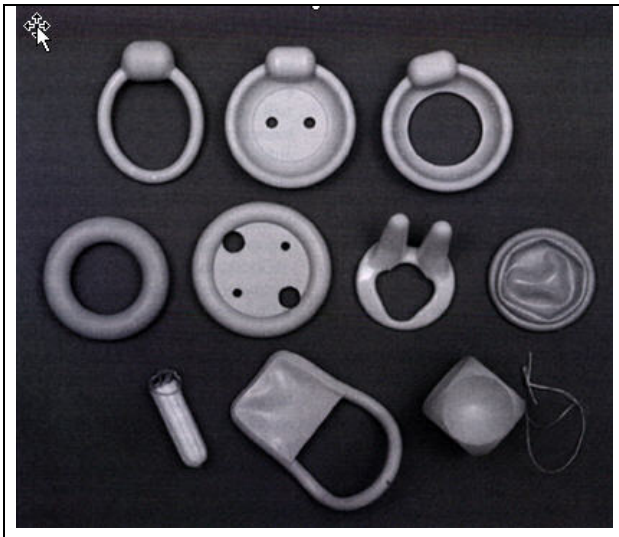


Figura O- 3 OVARIO POLIQUÍSTICO: Ecografía de un ovario poliquístico.Las flechas muestran los quistes formados por los folículos que no se han roto.

P



Figuras P-1 a 10

PESARIOS

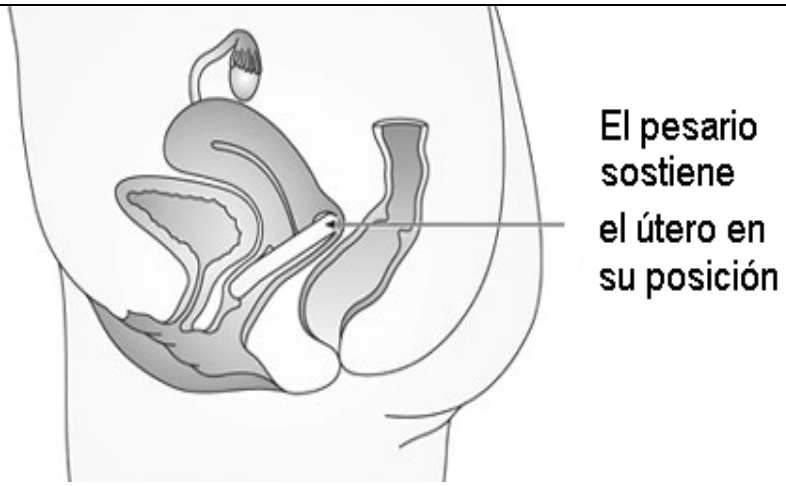


Figura P-11

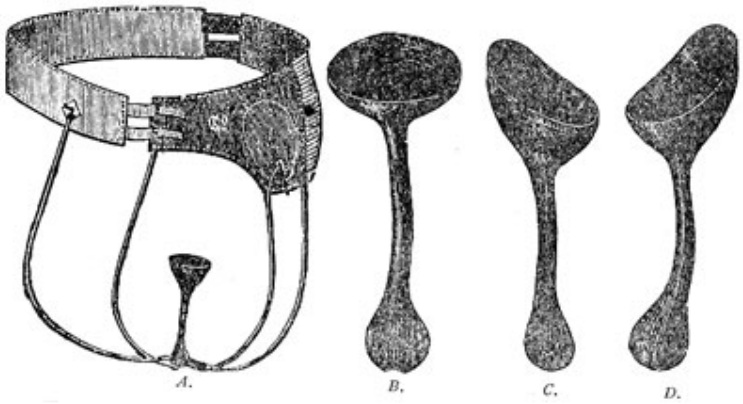


Figura P-12 a 15

Modelo de cinturón-pesario con copa menstrual, diseñado por Crossen en 1922. ((From Diseases of Women, 1922, by Dr. Harry Crossen)

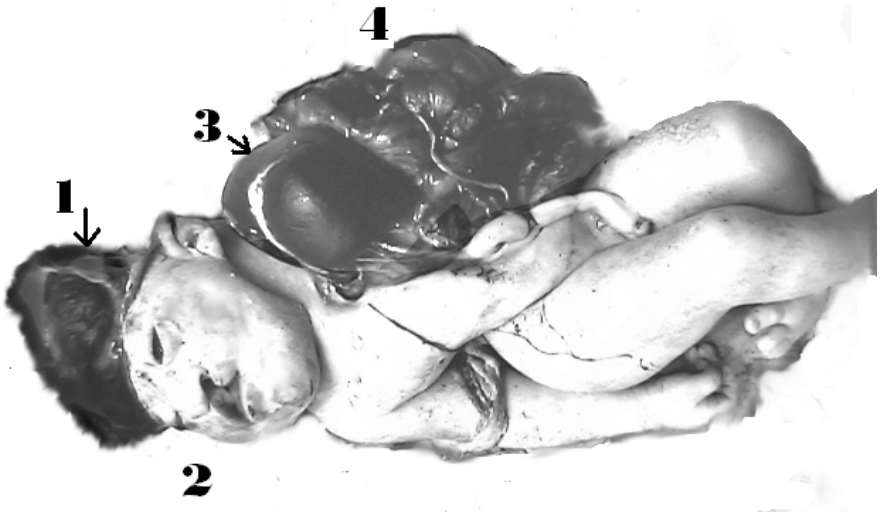
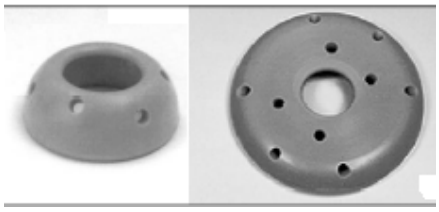


Figura P-16. **PENTALOGÍA DE KANTREL**. Se aprecian:



Figuras P-17 y 18

PESARIOS fenestrados tipo Arabin

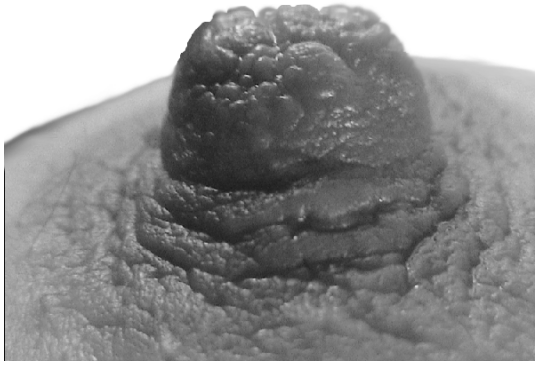


Figura P-19

En el pezón confluyen todos os conductos galactóforos que se han originado en loa lóbulos.

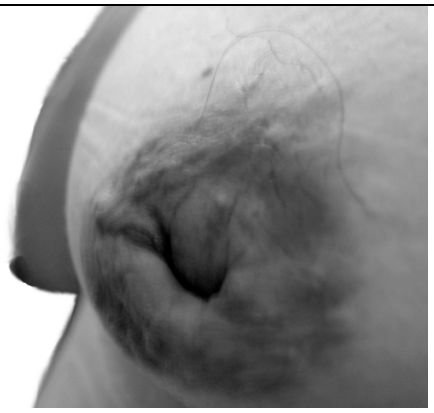


Figura P-20

PEZÓN INVERTIDO:

Esta paciente tiene una inversión del pezón izquierdo.



Figura P-21

PINZA DE SCHOEMACHER

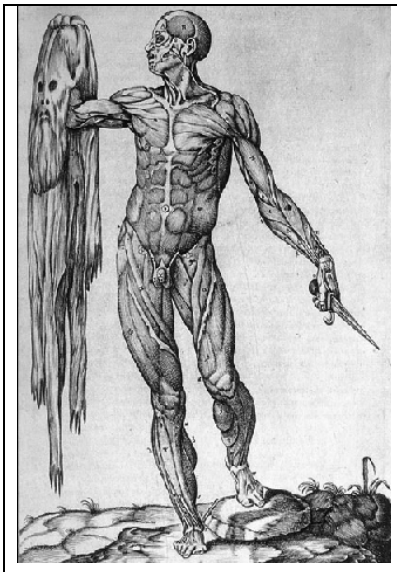


Figura P-22

PIEL

Dibujo caricaturesco de la piel, del anatomista del renacimiento Juan Valverde de Hamusco, año1560

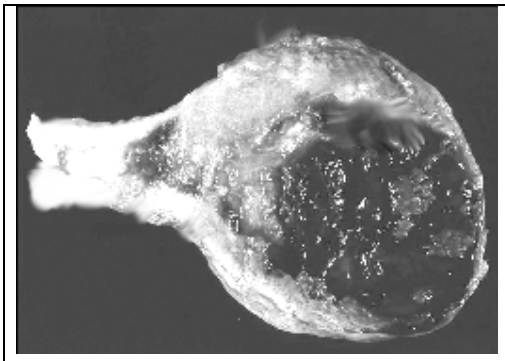


Figura P-23

PLACENTA ÁCRETA



Figura P-24

¿**PORNOGRAFÍA***?*

L'origine du monde (El origen del mundo),óleo sobre lienzo de 46x55 cm, pintado por el francés Gustave Courvet entre 1865 y 1866

Se consideró un cuadro pornográfico por más de un siglo. Hoy es una obra maestra del Museo D´Orsay de Paris.

Un comerciante fue su posterior dueño, quien lo exhibió muy recatadamente sólo a clientes exclusivos, hacia 1888. Se consideró una obra pornográfica durante 130 años, lo cual la mantuvo oculta entre sus sucesivos compradores sin título y sin firma. La carrera internacional de esta pintura comienza cuando François de Hatvany, un coleccionista de Budapest, se lleva el *Courbet* a su ciudad. En 1935, Charles Léger, especialista en Courbet, se refiere por primera vez a la obra como *L'origine du monde*. En 1977, por primera vez, la pintura es reproducida en un libro de arte. En 1988 (a los 122 años de su creación), el cuadro cuelga por vez primera de las paredes de un museo: The Brooklyn Museum of Art. El 26 de junio de 1995 se exponía por primera vez, en el Musée d'Orsay de París, donde permanece desde entonces. La historia de vergüenza, curiosidad, robos y anonimato de este cuadro originó la novela de 538 páginas titulada *roman de l'origine(la novela del origen), escrita por* Bernard Teyssedre (Roberts A,Padgett-Yawn B. Amor y sexualidad. Círculo de lectores,Barcelona.1999 p. 74 // Bernard Teyssedre, *Roman de l'origine* Edit. Gallimard; París. Édition revue et augmentée (20 avril 2007).

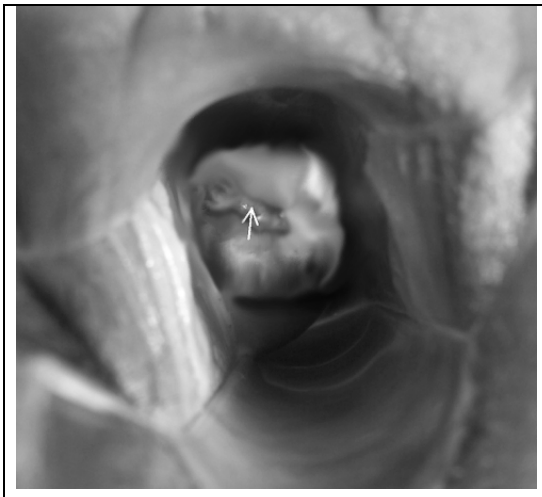


Figura P-25

PROLAPSO DE LA TROMPA UTERINA

Esta fotografía ilustra la salida o prolapso de la trompa uterina por el ostoma vaginal, en una paciente que había tenido una histerectomía 3 semanas antes. Este tipo de complicación puede ocurrir con la técnica de cúpula abierta, que es juna variante aceptada por muchos ginecólogos.



Figura P-26

PROLAPSO GENITAL TOTAL

Esta paciente tiene un prolapso genital total (salida del útero, de la vejiga y del recto a través de la vagina).

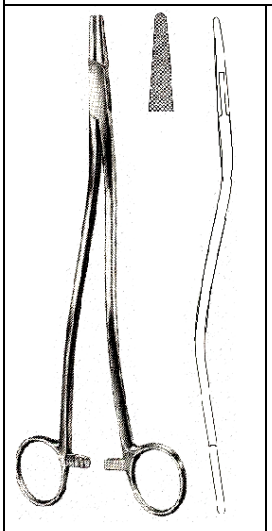
(Danforth. Tratado de Obstetricia y Ginecología. 8ª ed. McGraw-Hill Interamericana. México, 2000).



Figura P-27

PROLAPSO DE LA CÚPULA VAGINAL:

Eversión de la cúpula vaginal en una mujer de 70 años, con antecedente de histerectomía. El roce de la vagina con la ropa interior y la mala calidad de los tejidos, pone en riesgo de ruptura de la vagina, con herniación del intestino delgado o del colon sigmoide.



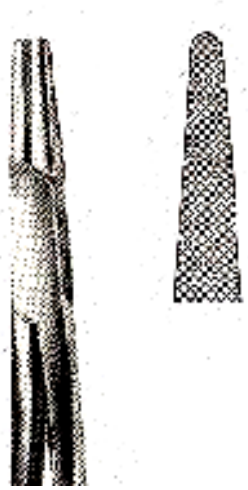


Figura P-28

PORTA-AGUJAS DE BOZEMAN

Tiene la punta recta, sin ventanas. La superficie es rugosa para mejorar el agarre.

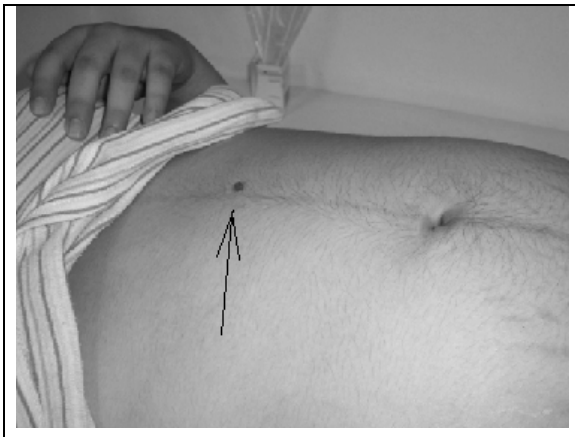


Figura P-29

Pezón supernumerario



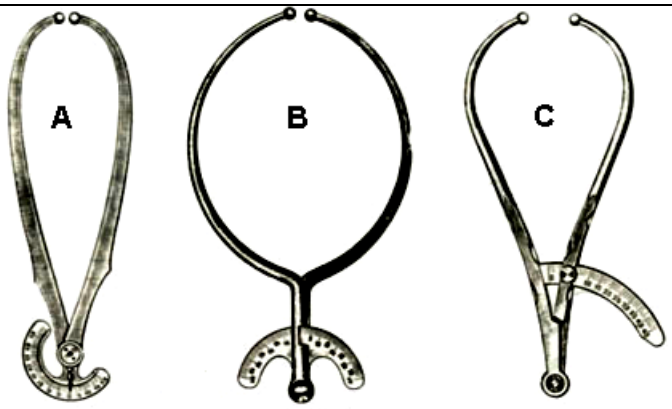
Figura P-30

PLACENTA PARTIDA



Figura P-31

Pelvis



Figuras P-32 a 34

PÉLVÍMETROS

A-Collin

B-Breisky

C-Martin

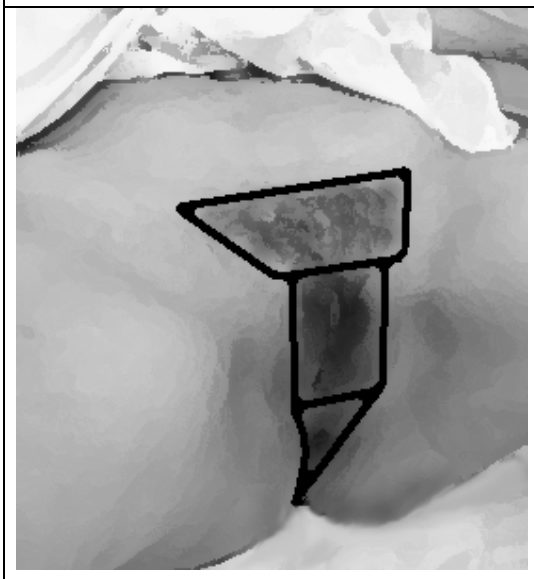
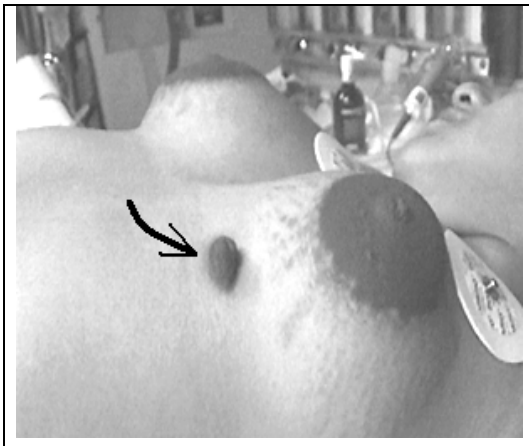
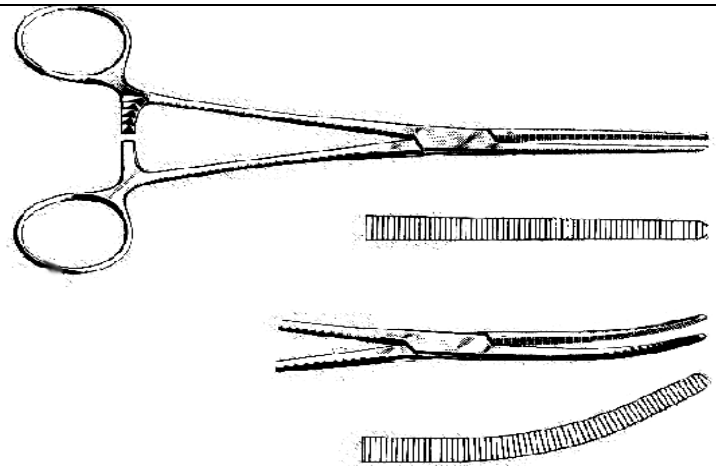
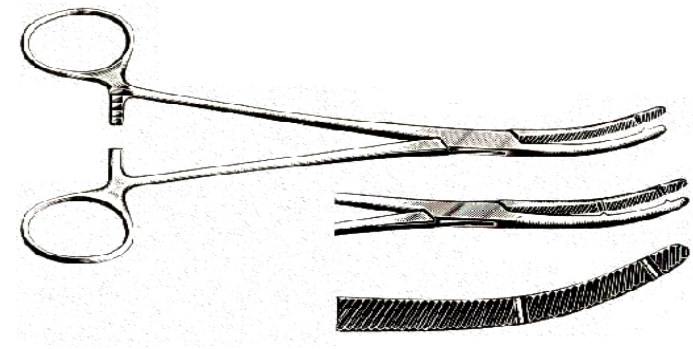


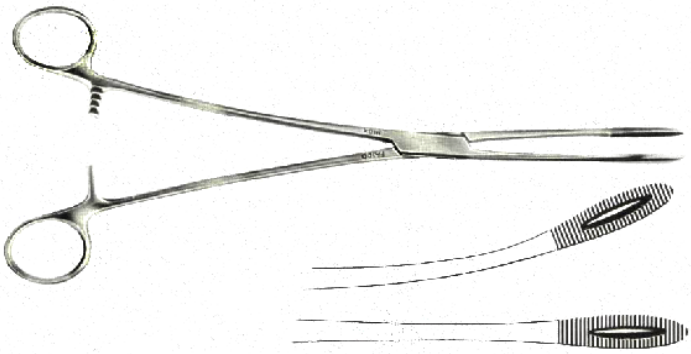
Figura P-35

PERINÉ, ASPECTO GEOMÉTRICO

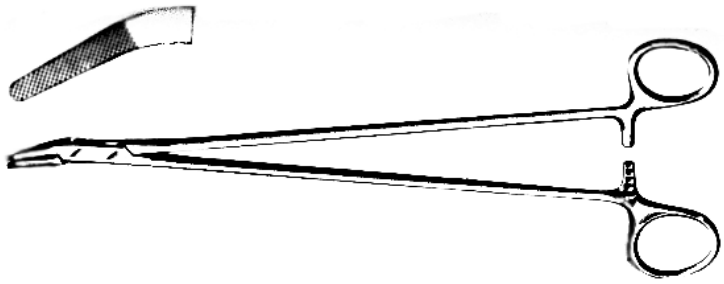
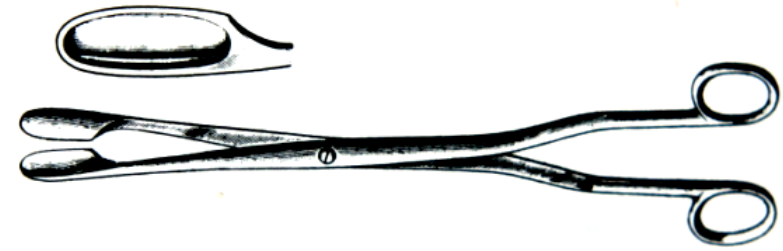
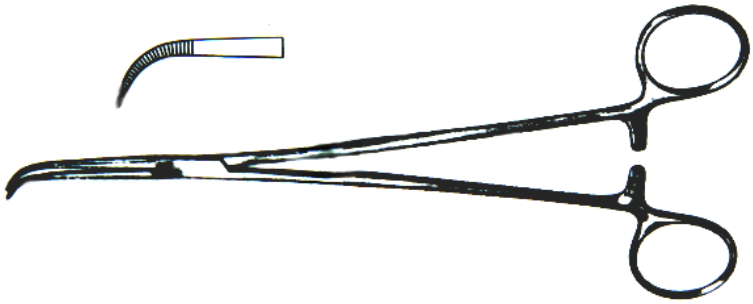
La región perineal está formada por la unión de tres figuras geométricas: Una pirámide invertida en el extremo superior, que corresponde a la región pilosa del Monte de Venus; un rectángulo en el centro, dentro del cual están los labios de la vulva; y un triángulo inferior dentro del cual está el orificio anal.

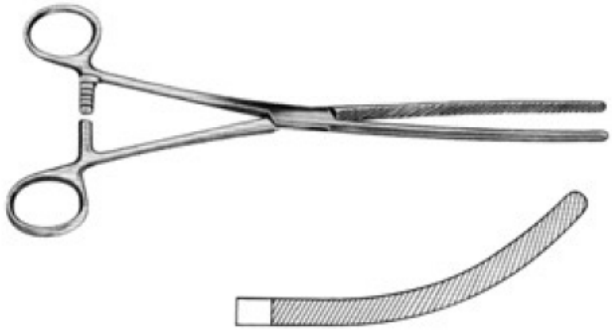
	Figura P-36 **PEZÓN SUPERNUMERARIO**

	**PEAN**
	**MIXTER**
	**HEANEY**

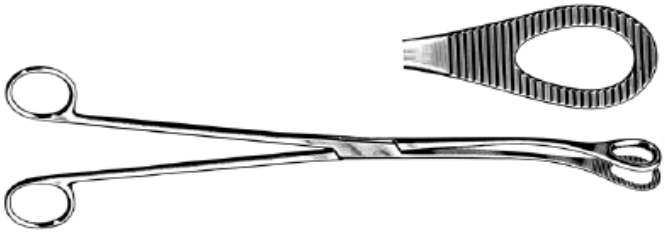
	**MAIER**

Figuras P-37 a 47. Pinzas utilizadas durante la histerectomía

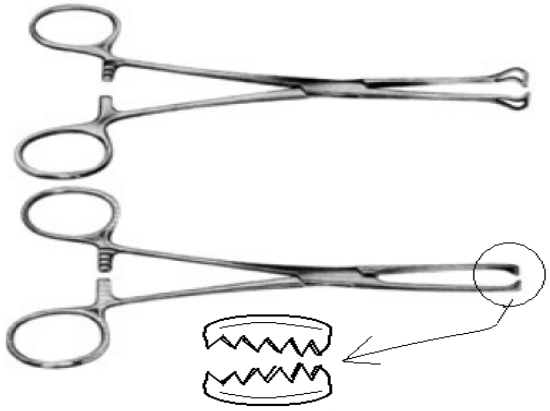
	**PORTA-AGUJAS DE FINOCHIETTO**
	Pinza de Winter
	**PINZA DE ADSON - BABY**

	Pinzas de bajo trauma para los tejidos: Pinzas de Kocher (Pueden ser rectas o curvas) Fuente: Fuente: http://www.sumealco.es/pdf/instrumental.pdf

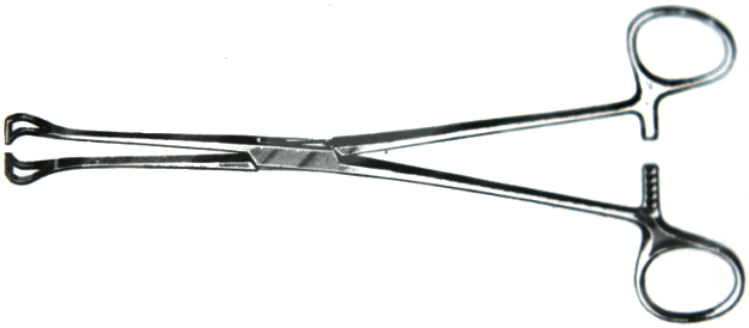
Figuras P-48 a 53

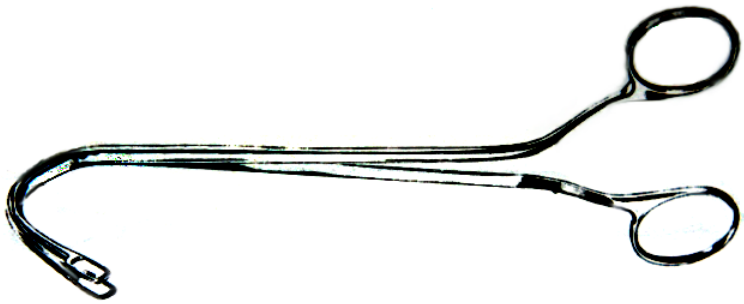
	Pinza de Foerster
	Pinza de Doyen para pólipos del cuello 133

Figuras P-54 a 56. Pinzas utilizadas en Cirugía Gineco-Obstétrica (Fuente: Instrumentos quirúrgicos Dimeda: http://www.dimeda.de/es/surgical.htm)

	**PINZAS ATRAUMÁTICAS:** Arriba: Pinza de Babcock Abajo: Pinza de Allis Fuente: http://www.sumealco.es/pdf/instrumental.pdf
	Pinza de Duval
	Pinza rusa

Figuras P-57 a 55

	Pinza de Babcock



PINZA DE RANDALL

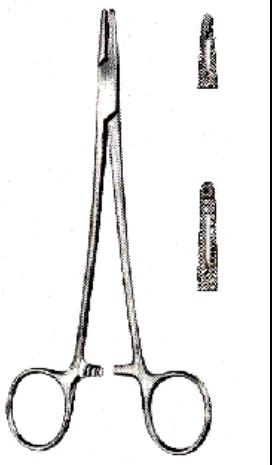
Figuras P -56 y 63



Figura P-64

POLIHIDRAMNIOS:

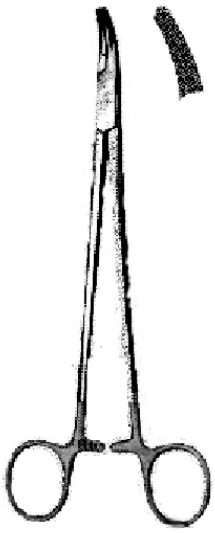
Esta joven tiene aumento exagerado de la cantidad de líquido amniótico.

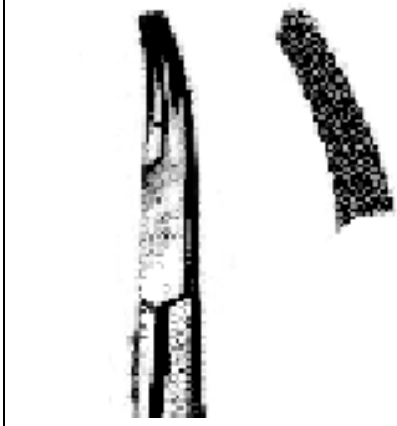




PORTA-AGUJAS DE HEGAR

Es fenestrado en la punta





PORTA-AGUJAS DE HEANEY

Tiene una curvatura en la punta

Figuras P-65 a 70



Figura P-71

PROLAPSO RECTAL

Tabla P-1 EVALUACION DEL CUELLO, criterios de Lange: (pre-inducción del trabajo de parto)

ESTACIÓN	-3	-2	–1 a 0	+1, +2
Puntaje	0	1	2	3
DILATACIÓN DEL CUELLO	0 cm	1 a 2 cm	3 a 4 cm	➢ 4 cm
Puntaje	0	2	4	6

LONGITUD DEL CUELLO Puntaje	3 cm 0	2 cm 1	1 cm 2	0 cm 3

Q

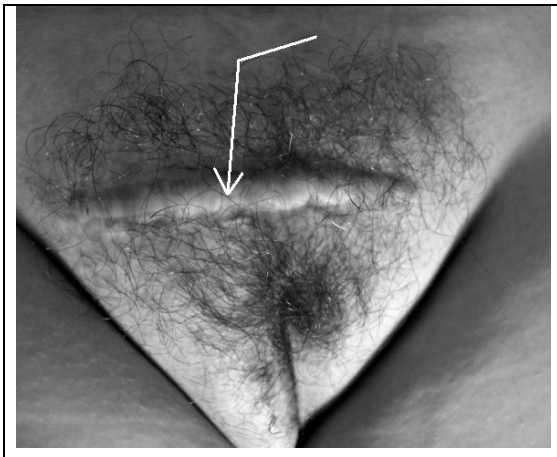


Figura Q-1

QUELOIDE:

Esta joven de 20 años hizo una cicatrización con queloide, posterior a una cirugía realizada en el Monte de Venus.



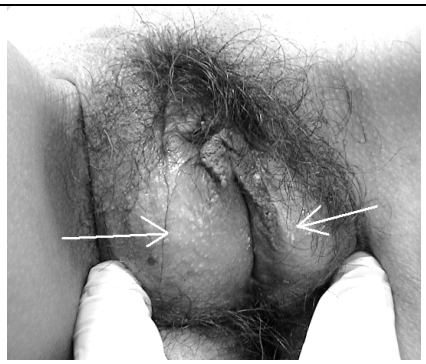


Figura Q-2 y 3

QUISTES DE BARTHOLIN: En la primera fotografía se aprecia un quiste de Bartholin en juna señora de 34 años. La segunda imagen muestra un quiste en cada una de las glándulas de Barholin.



Figura Q-4

QUISTE DE GARTNER

La flecha muestra la presencia de un quiste de Gartner, ubicado en la cara anterior de la vagina, que pareció durante el embarazo. Los quistes de Gartner son remanentes embrionarios de los conductos mesonéfricos de Wolff.

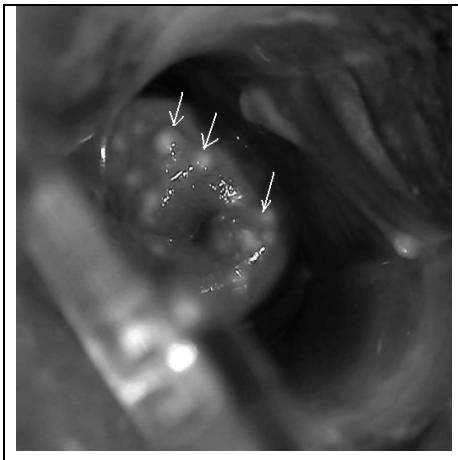


Figura Q-5

QUISTES CERVICALES DE NABOTH:

Las flechas muestran la presencia de múltiples quistes de Naboth, que afectan el cuello de esta señora.

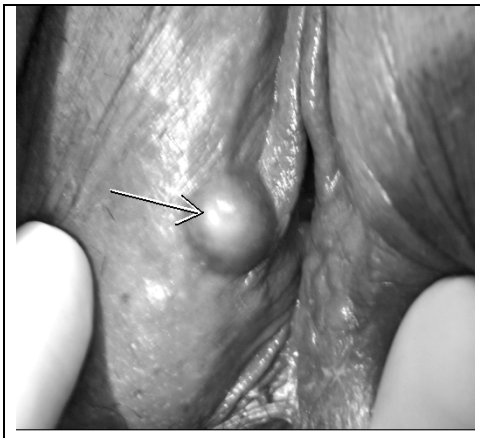


Figura Q-6

QUISTE DEL LABIO MAYOR:

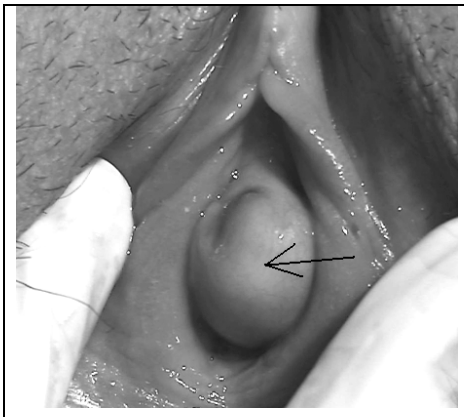
Esta imagen ilustra la presencia de un pequeño quiste en el labio mayor derecho de la vulva.



Figura Q-7

QUISTE DEL LABIO MENOR:

Esta fotografía muestra la presencia de un quiste del labio menor derecho, en el límite con el anillo himeneal.



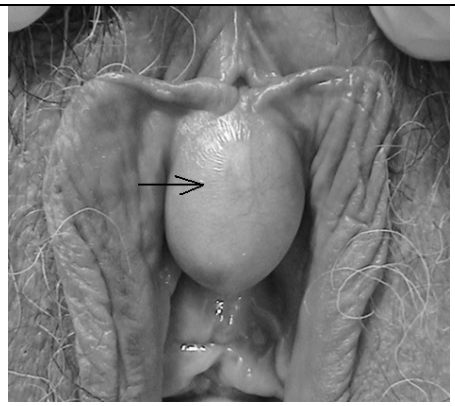


Figura Q-8 y 9: **QUISTE DE LAS GLANDULAS DE SKENE:** La primera fotografía muestra un quiste de las glándulas de Skene, que afecta el borde inferior e izquierdo del meato urinario. En la segunda fotografía se aprecia el aumento del volumen del borde superior del meato urinario, producido por el acúmulo de moco en las glándulas de Skene.

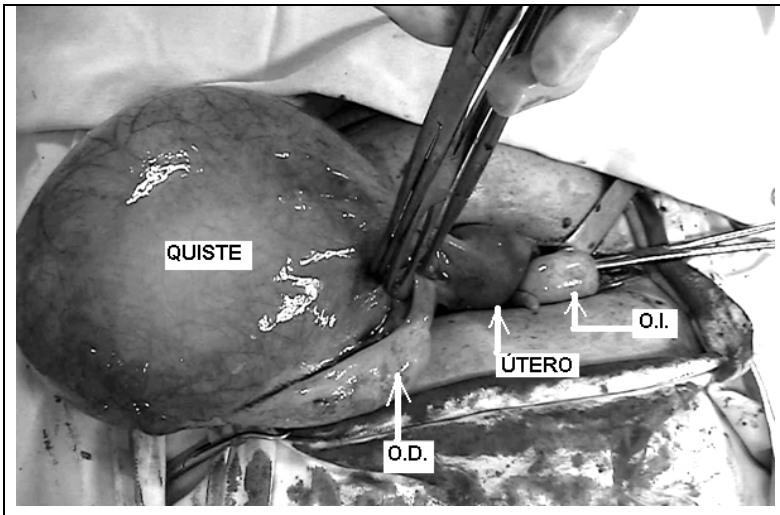


Figura Q-10

QUISTE DEL PARAÓFORO

En esta mujer se aprecia un gran quiste del paraóforo. Este tipo de quistes no afecta los ovarios, las trompas ni el útero.

OD= Ovario derecho

OI: Ovario izquierdo

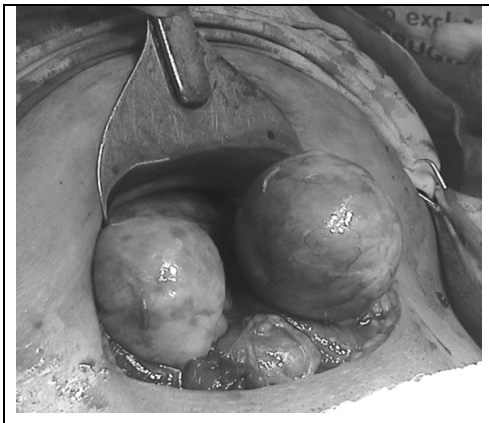


Figura Q- 11

QUISTES OVÁRICOS:

En esta joven se han afectado ambos ovarios, cuyo volumen está aumentado de manera bilateral por la presencia de múltiples quistes en cada gónada.





Figura Q-12 y 13

QUISTE MAMARIO: Estas dos pacientes tenían una masa en el seno izquierdo. Mediante ecografía se demostró el contenido líquido de cada masa, que luego se drenó con una jeringa.

Tabla Q-1. **QUISTES VAGINALES, CLASIFICACIÓN DE J. MONTILLA (2005)**

Quistes escamosos de inclusión	Revestidos por epitelio escamoso estratificado, usualmente localizado en la pared posterior cerca de una reparación de episiotomía. Pueden contener material caseoso o purulento. Se pueden formar como resultado de un trauma sufrido por las paredes vaginales o tras un procedimiento obstétrico o ginecológico, cuando posteriormente el recubrimiento vaginal no recupera sus características habituales.
Quiste mesonéfrico o del conducto de Gartner	Revestido por células cuboidales bajas no secretoras de mucina, usualmente localizada cerca de la pared antero lateral de la vagina, siguiendo la ruta del conducto mesonefrico.
Quistes Müllerianos	Revestidos por células columnares altas secretoras de mucina localizada en cualquier zona de la vagina e indistinguible de los quistes mesonéfricos.

Quistes de la glándula de Bartholin	Emergen del conducto de glándula de Bartholino y revestidos por células secretoras de mucina, células escamosas, o células transicionales localizadas cerca de la apertura de la glándula de Bartholin hacia el vestíbulo

Arlette Adauy , Hugo Salinas , Benjamín Naranjo, Beatriz Retamales M. Quistes Vaginales. Rev Chil Ginecol Obstet, 2006 (71): p 252-8



Figura R-1

RECTOCELE:

Paciente de 68 años con salida de la cara anterior del recto a través de la vagina. En esta paciente el rectocele permitía la salida de una masa que la paciente percibía como un cuerpo extraño a nivel genital.



Figura R-2

RETARDO DEL CRECIMIENTO

Tabla R-1.

CLASIFICACIÓN DE LOS QUISTES VAGINALES SEGÚN SCHLUNT Y RAZ

Quistes de origen embrionario	Quistes Müllerianos Quistes del conducto de Gartner Quistes del conducto de Skene Quistes del conducto de Bartholino Adenosis vaginal Quistes del canal de Nuck
Quistes de origen uretral	Carúncula uretral Divertículo uretral
Quistes epidermales	
Endometriosis	
Ureterocele ectópico	
Prolapso	
Lesiones vaginales raras	Vaginitis enfisematosa Hidroadenoma Quiste dermoide

Schlunt K, Raz S. Benign cystic lesions of the vagina:

A literature review. J Urology 2003;170:717-22.

CLASIFICACIÓN DE LOS QUISTES VAGINALES

SEGÚN SCHLUNT Y RAZ

Quistes de origen Quistes Müllerianos

embrionario Quistes del conducto de Gartner

Quistes del conducto de Skene

Quistes del conducto de Bartholino

Adenosis vaginal

Quistes del canal de Nuck

Quistes de origen Carúncula uretral

uretral Divertículo uretral

Quistes epidermales

Endometriosis

Ureterocele ectópico

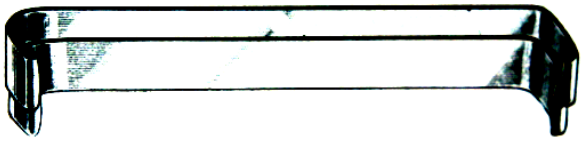
Prolapso

Lesiones vaginales Vaginitis enfisematosa

raras Hidroadenoma

Quiste dermoide

S



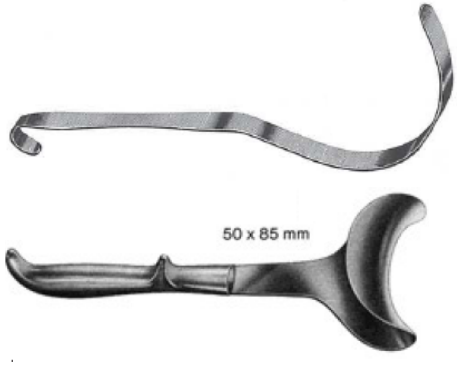
SEPARADOR DE FARABEUF







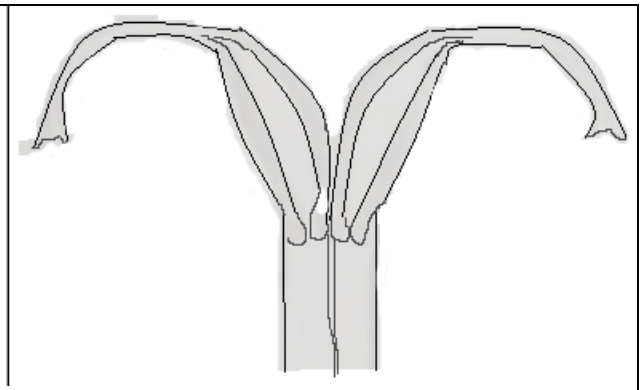
Gosset



Deaver y Doyen

Figuras S-1 a 6 **SEPARADORES ABDOMINALES:** En la primera figura el separador de O´Sullivan-O´Connor**.** En la segunda figura se aprecia el separador de Balfour
(Fuente: Instrumentos quirúrgicos Dimeda: http://www.dimeda.de/es/surgical.htm)





Figuras S-7. **SEPTUM VAGINAL LONGITUDINAL**



Figura S-8

SIAMESES TÓRACO-ONFALÓPAGOS.

Estos siameses, nacidos en el Hospital Universitario de Santander, Colombia, estaban unidos por el abdomen y la cara anterior del tórax, cada uno tenía las cuatro extremidades normales.



Figura S-9

SIAMESES CRANEÓPAGOS TORACÓPAGOS UNICÉFALOS



Figura S-10

SIGNO DE CHADWICK

Se aprecia el edema de las estructuras que conforman el introito vaginal, que además toman un color violeta, en una multigestante de 35 años.
También se conoce como signo de Signo de Kluge, Signo de Jackemier, Signo de Lebhart

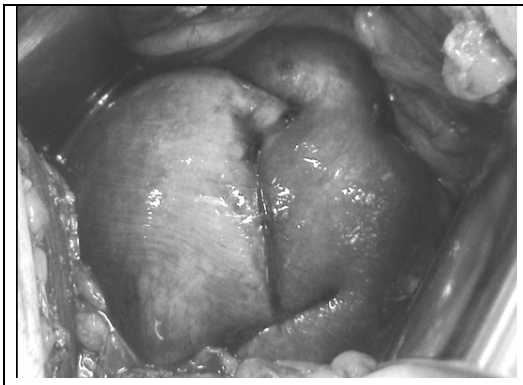


Figura S-11

SÍNDROME ADHERENCIAL SEVERO



Figura S-12

SÍNDROME DE ALLEN-MASTERS:

Desgarro del peritoneo en una paciente durante el trabajo de parto fallido. Esta paciente fue llevada a cesárea, durante la cual se descubrió el desgarro.

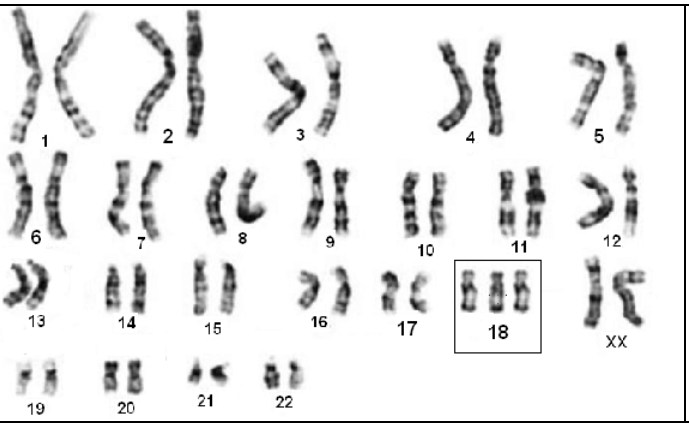


Figura S-13
SÍNDROME DE EDWARDS

Cariotipo de una niña con Síndrome de Edwards

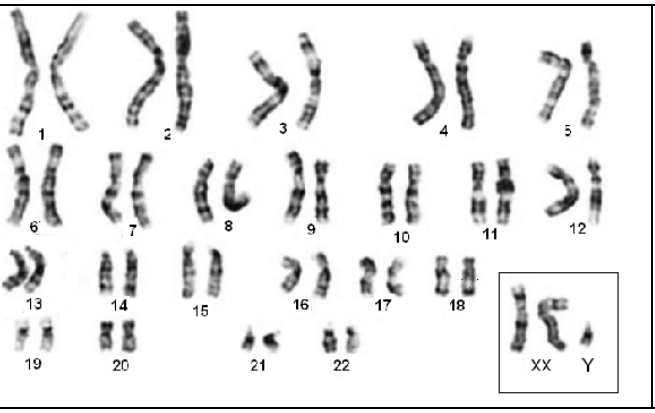
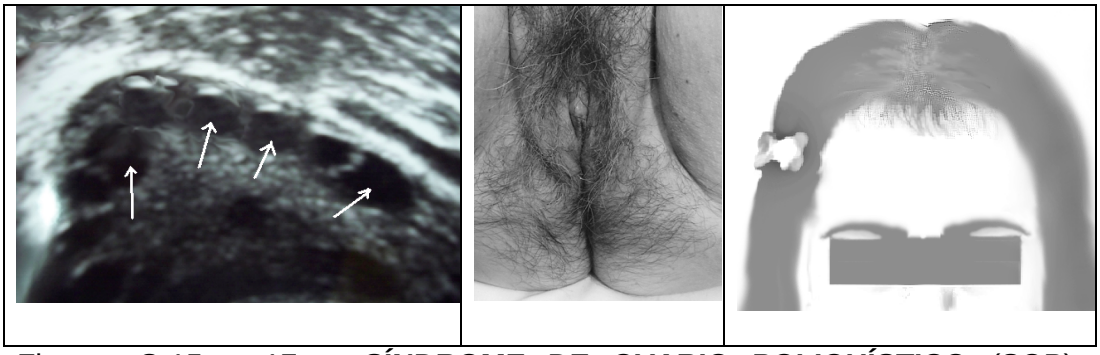
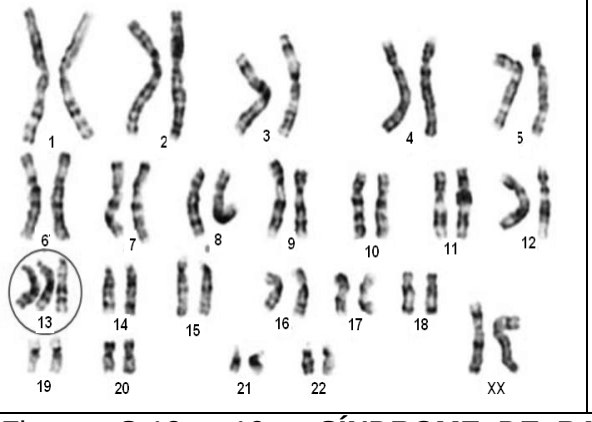


Figura S-14
SÍNDROME DE KLINEFELTER
Cariotipo de un varón con trisomía de los cromosomas sexuales (Síndrome de Klinefelter)



Figuras S-15 a 17 **SÍNDROME DE OVARIO POLIQUÍSTICO** (SOP). Síndrome de ovario pliquístico: Este resumen fotográfico muestra en primer lugar la ecografía de un ovario poliquístico, en el centro el hirsutismo a nivel perineal y por último la pérdida de cabello con patrón masculino.





Figuras S-18 y 19 **SÍNDROME DE PATAU**. Cariotipo de una niña con Síndrome de Patau. En la foto B se aprecia una paciente con labio y paladar hendido más orejas pequeñas.



Figura S-20

SÍNDROME DE POLAND:

En esta paciente hay ausencia congénita del seno derecho

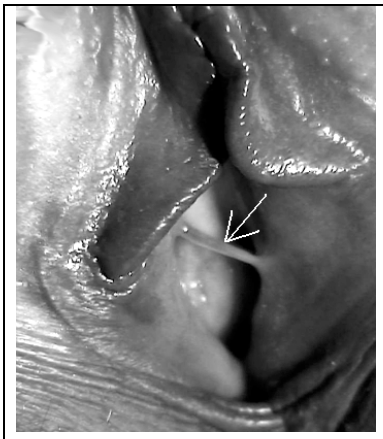
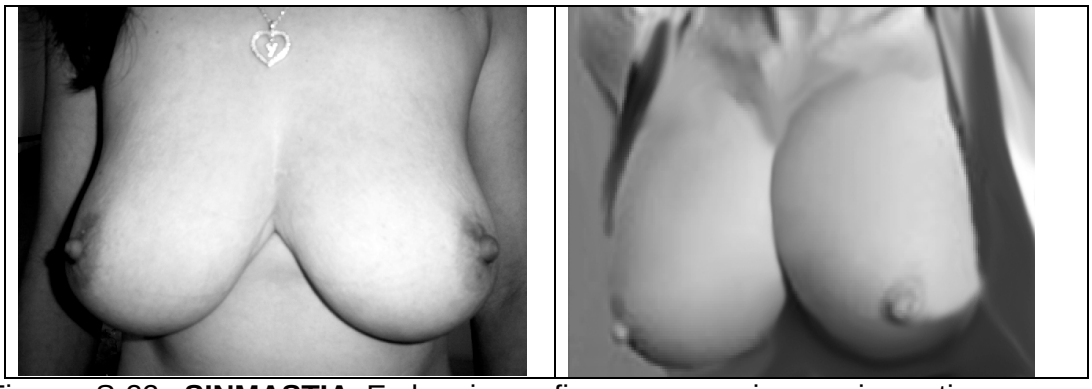


Figura S-21

SINEQUIA VULVAR:

En esta paciente se formó un puente entre la cara interna de ambos labios menores.



Figuras S-22. **SINMASTIA**: En la primera figura se aprecia una sinmastia como variante anatómica: los dos surcos submamarios están unidos a nivel del apéndice xifoides y las mamas están unidas a nivel de la línea media sobre la región inferior del xifoides. La segunda figura muestra a una paciente con prótesis de silicona que se han unido irregularmente hasta formar una sinmastia.



Figura S-23

Sirenomelia:
Feto con malformación congénita de los miembros inferiores, que se han fusionado en uno solo y simula la cola de un pez(de una sirena).

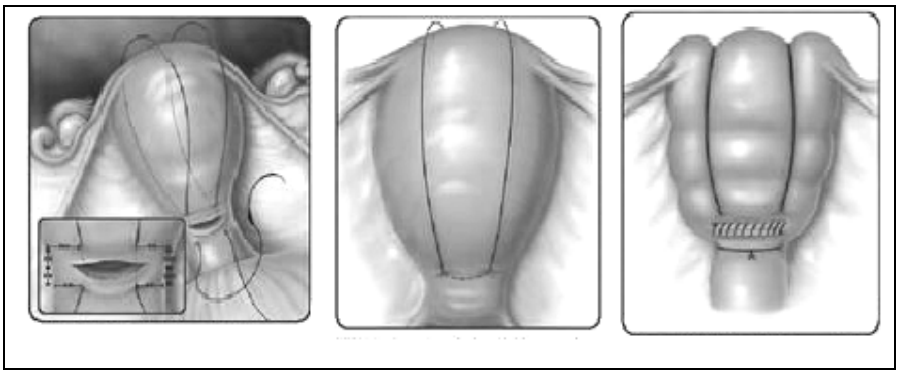


Figura S-24. **SUTURAS DE B-LYNCH:** En estas imágenes se aprecia la secuencia de pasos para hacer compresión del útero sangrante, mediante las suturas propuestas por el Dr Christopher B-Lynch.

Tabla S-1. **SUTURAS QUIRÚRGICAS**

NOMBRE COMERCIAL	MATERIAL	ORIGEN	PRINCIPALES CARACTERISTICAS
Acero ipeal	Acero inoxidable	Hierro tratado con carbono al 2%	Mono y multifilamento Diferentes calibres
Algodón	Algodón	Gossipium herbaceum	Poca fuerza tensil. Absorción muy lenta
Catgut Simple	Fibras de colágeno	Intestino de oveja o de vaca	Absorbible monofilamento,fuerza de arrastre aprox 160 gramos
Catgut Cromado	Fibras de colágeno tratadas con óxido de cromo	Mismo origen	Absorbible monofilamento
Cervix-set	Dagrofil		Cinta no absorbible para cerclaje
Dafilon	Poliamida 6 (nylon)	Poliamida (ácido adípico+exametilen-diamina	Monofilar,azul. No asorbible
Dermalon	Nylon(poliamida)	Poliamida (ácido adípico+exametilen-diamina	Multifilamento,No absorbible

Dexon II□	Acido poliglicólico	Acido glicólico	Trenzado,absorbible Recubierto con policaprolato
Ethilon□	Nylon	Poliamida (ácido adípico+exametil en-diamina	Monofilamento,no absorbible
Ethibond□	Poliéster	Tereftalato de polietileno recubierto con polibutato	Multifilamento, No absorbible
Flexon□	Acero quirúrgico		Mono y multifilamento
Histoacryl□	N-butil 2-cianoacrilato		Adhesivo líquido con los efectos de una sutura para piel
Maxon□	Poligliconato	Acido glicólico+ Carbonato de trimetileno	Monofilamento,absorbible
Mercilene□	Poliéster	Tereftalato de polietileno poliestérico.	Mutifilamento,no absorbible
Miralene□	Poliéster	Igual	Monofilar,azul,no absorbible
Monocryl□	Poliglecaprone 25	75% glicolida 25% caprolactona en copolímero	Monofilamento,absorbible, fuerza de arrastre aprox. 75 gramos
Neurolon□	Nylon	Poliamida (ácido adípico+exametil en-diamina	Multifilamento,no absorbible
Novafil□	Polibutester		Monofilamento. No absorbible
Nylon negro Trenzado□	Nylon	Poliamida (ácido adípico+exametil en-diamina	Diferentes calibres. No absorbible
Nylon negro Monofilamento□	Nylon	Igual	Diferentes calibres No absorbible
Nylon azul Monofilamento□	Nylon	Igual	Diferentes calibres No absorbible
Nylon negro Monofilamento□	Nylon	Igual	Monofilamento,no absorbible
PDS II□	Polidioxanona	Polímero poliestérico	Monofilamento,absorbible
Poliéster cinta□	Poliéster	Tereftalato de polietileno poliestérico.	Para cerclaje del cervix
Poliéster teflón□	Poliéster	Igual	6-0 para microcirugía

Poliéster verde Siliconizado□	Poliéster	Igual	Trenzado,Diferentes calibres No absorbible
Polipropilene□	Polipropilene	Hidrocarburo Polímero derivado del propano	No absorbible
Polisob□	Acido poliglicólico (equivale al Vicryl)	Ac. glicólico	Absorción lenta
Prolene□	Polipropileno	Igual	Monofilamento,no absorbible
Surgigut 923 □	Catgut simple	Igual	Absorbible
Surgigut 843 □	Catgut cromado	Igual	Absorbible
Safil (la "seda verde")	Acido poliglicólico	Acido glicólico	Absorbible,multifilar trenzada
Securex□	Nylon	Poliamida (ácido adípico+exametil en-diamina	Hilo monofilar no absorbible más dos botones rojo y amarillo. Sutura intracutánea
Seda-nc□	Seda	Capullo del gusano de seda	Multifilamento,no absorbible
Seda sutupak□	Seda	Igual	Igual
Sofsilk □	Seda	Igual	Igual
Surgidac □	Poliéster	Tereftalato de polietileno recubierto con polibuitato	Multifilamento no absorbible
Surgilon□	Nylon	Poliamida (ácido adípico+exametil en-diamina	Multifilamento,no absorbible
Surgipro □	Polipropileno	Polímero hidrocarburo derivado del propano	No absorbible.
Syntofil□	Poliéster	Tereftalato de polietileno poliestérico.	Trenzado. verde. No absorbible
Surgilene□	Polipropileno	Hidrocarburo Polímero derivado del propano	Monofilamento,no absorboble

Surgilon□	Nylon(poliamida)	Poliamida (ácido adípico+exametil en-diamina	No absorbible
Tevdek□	Poliéster	Tereftalato de polietileno poliestérico.	Multifilamento,no absorbible
Ticron□	Poliester	Igual	Trenzado,no absorbible
Ventrofil□	Hilo de acero recubierto con plástico	El acero es hierro tratado con carbono al 2%	

Vicryl	Poliglactina 910	Acido glicólico+copolímero delactida+estearato de calcio	Multifilamento sintético, Absorbible
Vicryl rapide□	Poliglactina 910	Acido glicólico irradiado	Soporta la herida entre 10 y 14 días

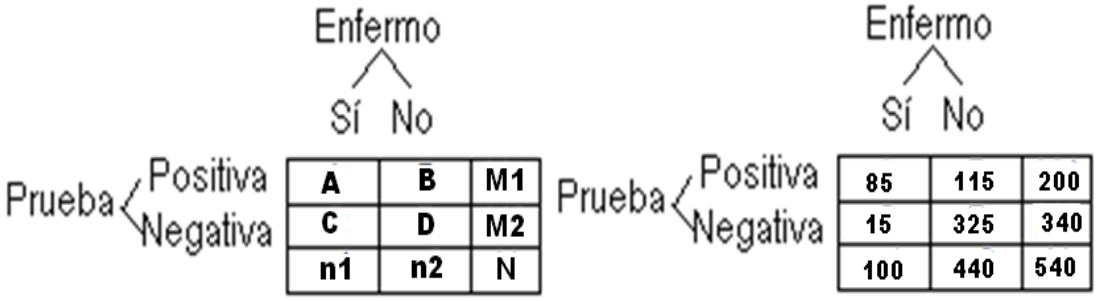


Tabla S-2. **SENSIBILIDAD**: En este esquema M1 es la sumatoria de A+B, M2 es la sumatoria de C+D, n1 es la sumatoria de A+C, n2 es la sumatoria de B+D. La letra N es la sumatoria de M1+M2 (que también es la sumatoria de n1+n2).

Tabla S-3. SIGNOS CLÍNICOS

SIGNOS DEL ABDOMEN AGUDO:	Ver los signos de Aaron, del abdomen en tabla, de Altchuller, de Ballance, de Blumberg, de Jacob, de Johnson, de Murphy, de Rovsing,
SIGNOS DEL ALUMBRAMIENTO:	Ver signos de Ahlfeld 2, de Kustner
SIGNOS DEL EMBARAZO NORMAL	Ver signos de : Ahlfeld 1, de Álvarez, de Braun-Fernwald, de Braxton-Hicks, de Chadwick, de doble burbuja, de Golden, de Goodell, de Halban, de Haller, de Hegar, de Jackemier, de Kergaradec, de Kluge, de ladin,de Lebhart, , de Mayor, de Piskacek, de Rebeca, de Reusner, de von Fernwald, de doble saco,
SIGNOS DEL EMBARAZO ECTÓPICO:	Ver los signos de Proust-Stajano, de Salmon, del saco gestacional extrauterino(ecográfico), de la masa heterogénea a nivel anexial (sin embarazo intrauterino), del líquido libre en la cavidad de la triada: masa, dolor, retardo menstrual y sangrado títulos de beta-HCG mayores de 2000 mU/dl, sin observar saco gesatacional intrauterino // Hay imagen de pseudosaco(no hay doble halo decidual) en la cavidad uterina (ecografía)
SIGNO DE EPI:	Ver signo de Kennedy
SIGNO DEL EMBARAZO GEMELAR:	Ver el signo de Arnoux Presencia de dos sacos (bicorial) Un solo saco y una membrana divisoria(monocorial)
SIGNO DE HEMORRAGIA PUERPERAL ANORMAL:	Ver signo de McKlintock
SIGNOS DE HEMOPERITONEO:	Ver signo de balance, de Cullen, de Danforth, del dolor en el hombro derecho, del dolor en el hombro izquierdo, de Halsted, de Hoffsatter-Cullen, de Saegusser,
SIGNOS DE MUERTE FETAL:	Ver signos de Horner, de Kanter, de Robert, de Schnitker, de Spalding, del halo pericefálico, ausencia de embricardia con embriones mayores de 5 mm (distancia céfalo-caudal)
SIGNO DE PREECLAMPSIA:	Ver signo de Finnerty
SIGNO DE SUFRIMIENTO FETAL:	ver Sognos de Kubli

.

T



Figura T-1

TABIQUES VAGINALES TRANSVERSOS

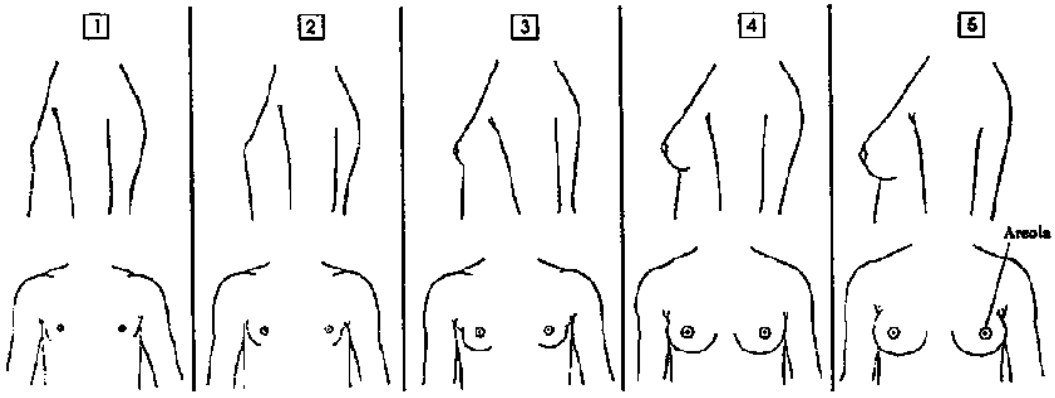


Figura T-2 a 11 **TANNER MAMARIO**. Dibujo original del Dr James M Tanner, que muestra las 5 etapas del desarrollo de la mama en la adolescente.(Marshall WA, Tanner JM. Variations in pattern of pubertal changes in girls. Arch Dis Child. 1969 Jun;44(235):291-303)

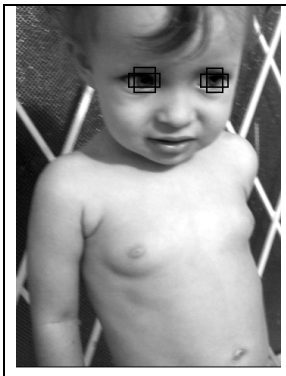


Figura T-12

TELARQUIA PRECOZ

Niña de 4 años

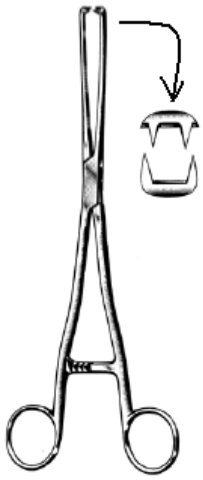
			
Pozzi	Skene	Staude-Moore	Museux, ó Jacobs

Figura T-13 a17. **TENÁCULOS CERVICALES**
(Fuente: Instrumentos quirúrgicos Dimeda: http://www.dimeda.de/es/surgical.htm)

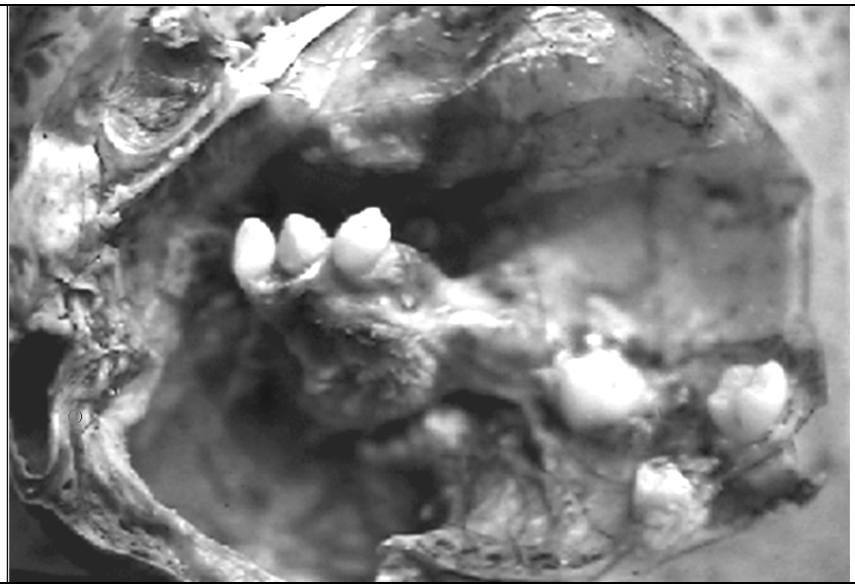


Figura T-18
TERATOMA OVÁRICO: En la prominencia del teratoma (cresta de Rokitanski) se aprecia la presencia de piezas dentarias, hueso, cartílago. La cavidad contenía abundante cantidad de material cebáceo y pelos.

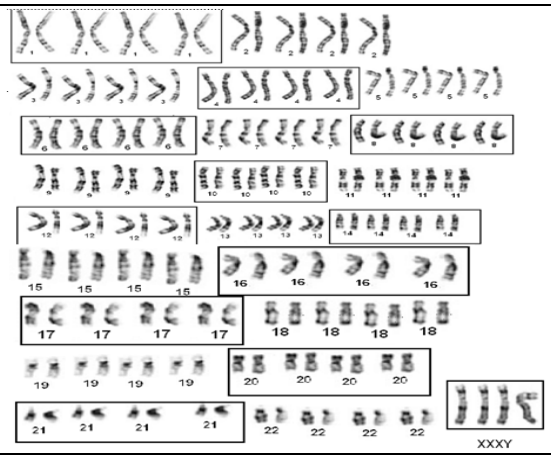
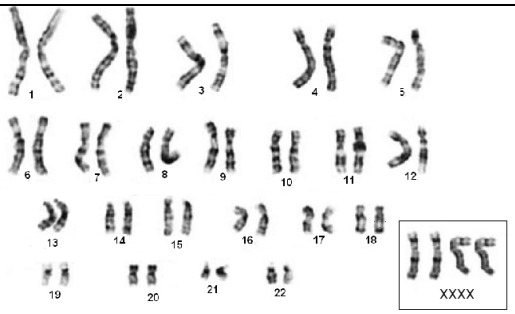


Figura T-19

TETRAPLOIDÍA:

Este es un ejemplo de tetraploidía. Cada par de cromosomas somáticos está repetido cuatro veces(22x4=88), y cuatro cromosomas sexuales (tres veces el X y una vez el Y). Para escribir la fórmula se tienen en cuenta los 88 somáticos más los 4 sexuales= 92.

La fórmula en este caso es 92,XXXY



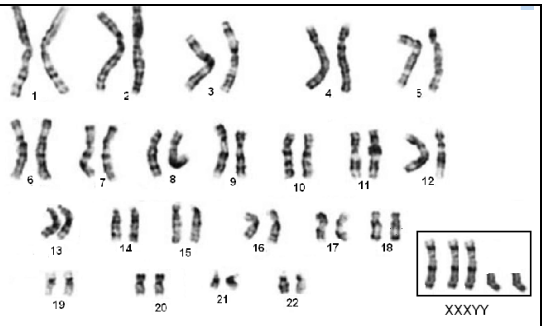


Figura T-20 y 21. **TETRASOMÍA Y PENTASOMÍA:** Ejemplo de una tetrasomía y de una pentasomía que afectan el par sexual de cromosomas. En la primera imagen los cromosomas sexuales se repiten cuatro veces(tetra=4), en la segunda se repiten 5 veces (penta=5): el X está tres veces y el Y está dos veces.

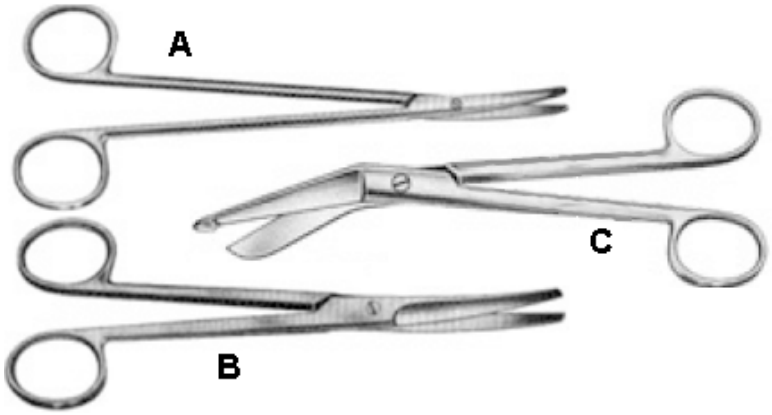


Figura T-22

TIJERAS:

A- Metzembaum
B- Mayo
C- Lister

Fuente: http://www.sumealco.es/pdf/instrumental.pdf

152



Figura T-23

TIRABUZÓN DE DOYEN

Para extraer miomas

Fuente: Instrumentos quirúrgicos Dimeda: http://www.dimeda.de/es/surgical.htm

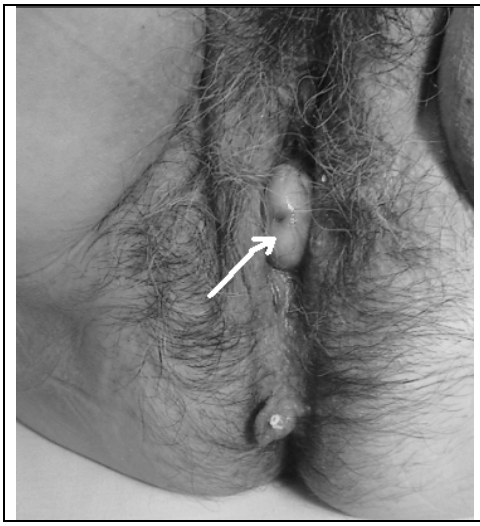


Figura T-24

TRAQUELOCELE:

Esta paciente de 57 años presenta una exagerada elongación del cuello uterino, sin cistocele ni rectocele. A esta condición se le conoce como traquelocele.
La flecha muestra la presencia del cuello, visible a simple vista a nivel del vestíbulo.



Figura T-25

TRAUMA FACIAL POR TACTOS VAGINALES

Durante el trabajo de parto este recién nacido venía con presentación de cara. La partera y luego los médicos tratantes le produjeron trauma por exceso de tactos vaginales. Se aprecia el edema de los párpados y trauma de la piel señalado con las flechas.

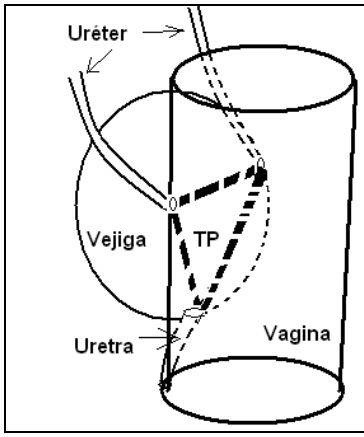


Figura T-26

TRIÁNGULO DE PAWLICK
En este esquema el TP (triángulo de Pawlick) es la proyección en la vagina del trígono vesical. El trígono está formado por la llegada de los uréteres más la salida de la uretra.

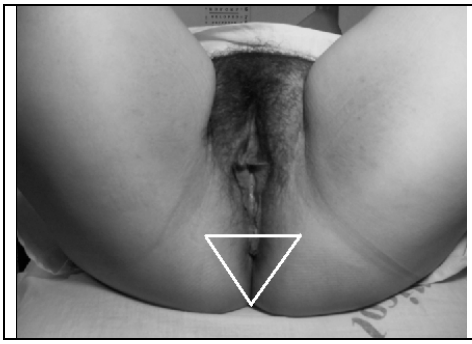


Figura T-27

TRIÁNGULO PERINEAL POSTERIOR
La línea horizontal une las tuberosidades isquiáticas; pasa a la mitad de la distancia que hay entre la horquilla vulvar y el orificio anal. Cada una de las otras dos líneas va desde la tuberosidad isquiática hasta la punta del cóccix. En el centro del triángulo perineal posterior está el orificio anal.

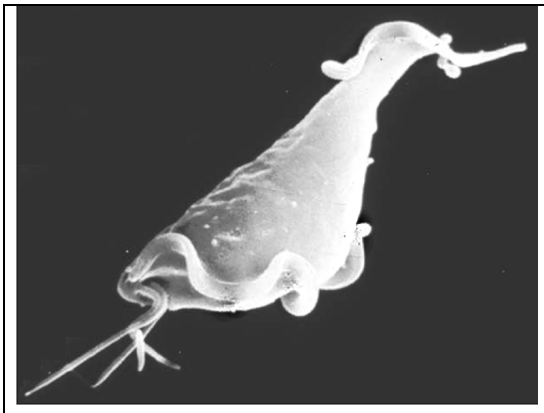


Figura T-28

TRICHOMONA VAGINALIS

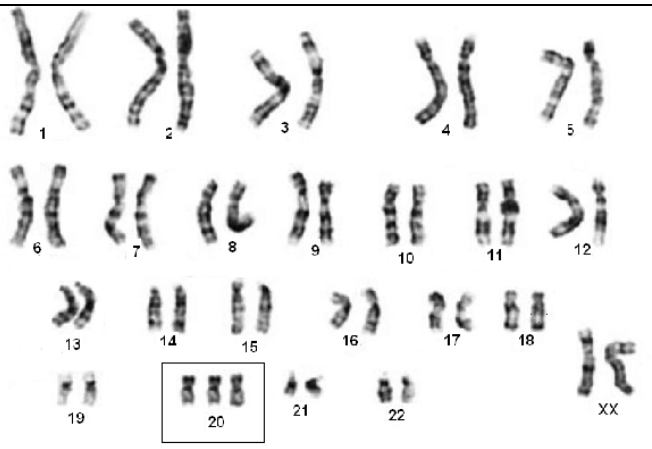


Figura T-29

TRISOMÍA 20

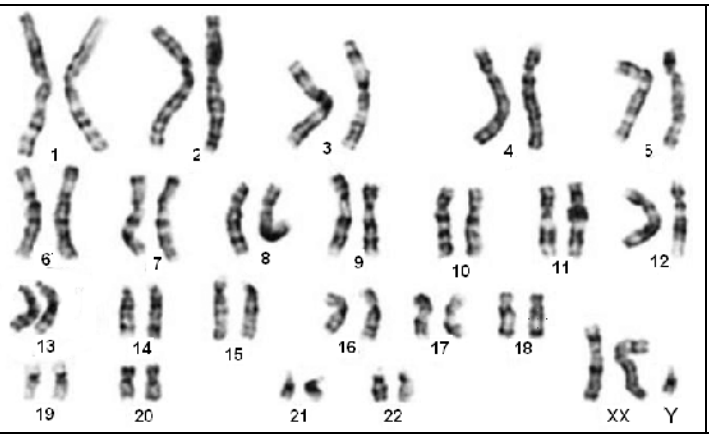


Figura T-30

TRISOMÍA DE LOS CROMOSOMAS SEXUALES:

Cariotipo de un varón con trisomía de los cromosomas sexuales (Síndrome de Klinefelter)



Figura T-31

TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA, CORRECCIÓN QUIRÚRGICA:

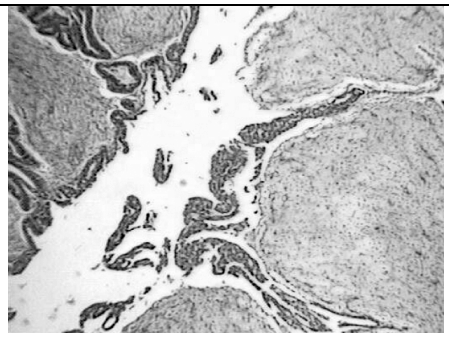
Aspecto que ofrece la cirugía reciente de una paciente con trombosis venosa profunda.

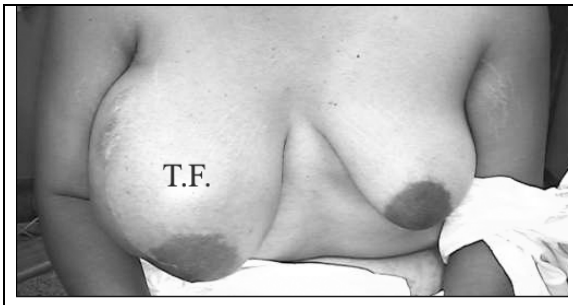


Figura T-32

TUMOR BENIGNO DEL CUELLO







TUMOR FILODES

Figura T-33 a 35 **TUMOR FILODES** del seno derecho en una paciente del Hospital Universitario de Santander. Se puede apreciar la distribución histológica en forma de hoja.

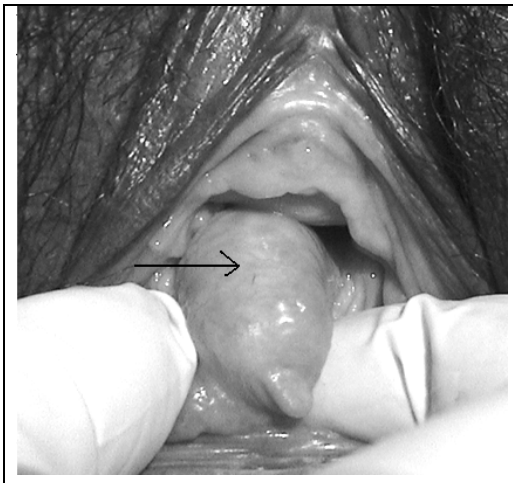


Figura T-36

TUMOR VAGINAL:

SE aprecia una masa de consistencia firme, que afecta la cara posterior de la vagina

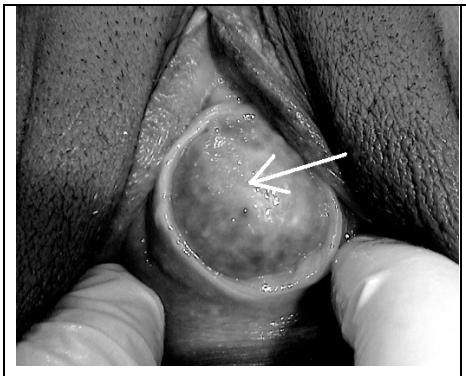


Figura T-37

TUMOR VAGINAL:

Esa imagen ilustra la presencia de un tumor vaginal que emerge por el vestíbulo.

	Figura T-38 **TUMOR VULVAr** La fotografía muestra un tumor del labio mayor izquierdo, que también compromete la base del labio menor .

TERATOMAS INMADUROS,
CLASIFICACIOÓN HISTOLÓGICA de Norris y Taylor:

GRADO 0	Todo el tejido del teratoma es maduro
GRADO 1	La mayor parte del tejido es maduro pero hay escaso material inmaduro de tipo neural ,visible por cada campo de bajo poder 40X; hay raras mitosis y el tejido inmaduro se compone de glía embebida en mesénquima primitivo. El tumor se mantiene dentro de los límites del ovario// abundante tejido maduro, poco tejido mesenquimal con ocasionales mitosis, cartílago inmaduro y dientes
GRADO 2	Hay epitelio neural presente entre uno y tres campos de bajo poder por lámina. El tumor ha salido del ovario.// Raros focos de neuroepitelio con mitosis, que ocupan < 4 LPF en cualquier placa.
GRADO 3	Hay abundante tejido neural presente en cuatro o más campos de bajo poder 40X, con frecuentes mitosis. El tumor ha salido del ovario y es de menor pronóstico que el grado 2// poco tejido maduro; numerosos elementos neuroepiteliales con estroma celular que ocupan>4 LPF.

Tabla T- TUMORES EPITELIALES MIXTOS Y MESENQUIMALES DEL CERVIX

Tumores Epiteliales	Lesiones escamosas
	Neoplasia intraepitelial cervical (NIC)
	•1 NIC 1,NIC2,NIC3
	Carcinoma de células escamosas
	•1 Queratinizante
	•2 No Queratinizante
	•3 Verrugoso
	•4 Verrucoso (Condilomatoso)
	•5 Papilar
	•6 De tipo linfoepitelioma
	Lesiones glandulares
	Neoplasia intraepitelial glandular cervical (NIGC)
	•1 NIGC de bajo grado
	•2 NIGC de alto grado
	Adenocarcinoma
	•1 De tipo endocervical
	•2 Minima desviación
	•3 Mucinoso
	•4 Endometriode
	•5 De Celulas claras
	•6 Seroso papilar
	Otros Tumores Epiteliales
	•1 Carcinoma adenoescamoso
	•2 Carcinoma de celulas vidriosas
	•3 Carcinoma adenoide basal
	•4 Carcinoma de celulas pequeñas
Tumores mesenquimales	Leiomiosarcoma
	Sarcoma Estromal endocervical
	Rabdomiosarcoma embrional(Sarcoma Botryoides)
Tumores epiteliales y mesenquimales mixtos	Adenosarcoma Carcinosarcoma(Tumor Mülleriano mixto maligno)
Tumores misceláneos	Melanoma maligno
	Linfoma
	Tumores de tipo de célula Germinal
Tumores secundarios	

(Shinglenton HM,Fowler WC,Jordan JA,Lawrence WD. Gynecologic oncology. Current diagnosis and treatment. W Saunders,London. 1996 p. 30)

Tabla T- TUMORES EPITELIALES DE LA VAGINA:

Tumores epiteliales	Lesiones escamosas
	•1 Neoplasia vaginal intraepitelial (NVAI)
	•2 NVAI 1,NVAI2,NVAI3
	Carcinoma de células escamosas
	•1 Queratinizante
	•2 No queratinizante
	•3 Verrucoso
	•4 Condilomatoso
	Lesiones glandulares
	•1 Adenocarcinoma in situ
	•2 Adenocarcinoma de células claras
	•3 Adenocarcinoma endometrioide
	•4 Adenocarcinoma mucinoso
	•5 Adenocarcinoma de células de tipo endocervicales
Tumores mesenquimales	Leiomiosarcoma
	Rabdomiosarcoma embrional (sarcoma botrioides)
Tumores misceláneos	Melanoma maligno
	Tumor de células de tipo germinales
	Linfoma
Tumores secundarios	

(Shinglenton HM,Fowler WC,Jordan JA,Lawrence WD. Gynecologic oncology. Current diagnosis and treatment. W Saunders,London. 1996 p. 25)

TABLA T- **TRABAJO DE PARTO** . Fases y estadios en el trabajo de parto		
FASE DE LATENCIA	El cuello se dilata hasta 3 ó 4 cm (hasta 5 cm en las multíparas) y se borra hasta el 30% .	Dura hasta 13 horas en las Multíparas y hasta 20 horas en las primigestantes.
FASE ACTIVA DEL TRABAJO DE PARTO (también llamado Trabajo de Parto Activo) Dura hasta 3 horas en la	1ER Estadio: dilatación y borramiento Dura hasta en las primis y hasta en las multis	a. Fase de aceleración b. Fase de máxima pendiente C. Fase de desaceleración (duración normal hasta 1 hora en las Multigestantes y hasta 3 horas en las primigestantes)

	2° Estadio: expulsión del feto Dura hasta en las primis y hasta en las multis	a. Descenso (que incluye el encajamiento) b. Flexión c. Rotación interna d. Extensión e. Rotación externa f. Expulsión
	3er estadio: alumbramiento	Dura 3 a 10 minutos. Si dura más de 30 minutos se califica de Prolongado.

2002. 353 – 394 // Gary Cunningham, Paul McDonald, y col. Obstetricia de Williams. Edit Panamericana. Buenos Aires, 1997.)

UV

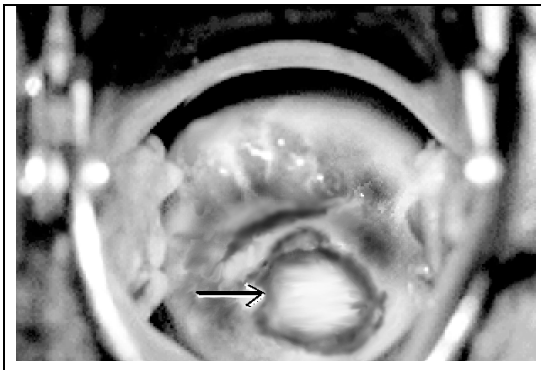


Figura U-1

ÚLCERA DEL CÉRVIX:

Esta paciente tiene una cervicitis crónica y una extensa ulceración en el labio posterior del cuello uterino (flecha).

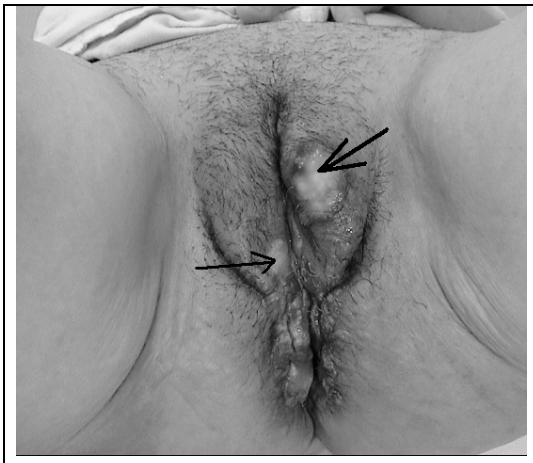


Figura U-2

ÚLCERAS DE LA VULVA:

Esta paciente tiene ulceraciones en la vulva, como consecuencia de una infección bacteriana, asociada a inmuno-supresión.

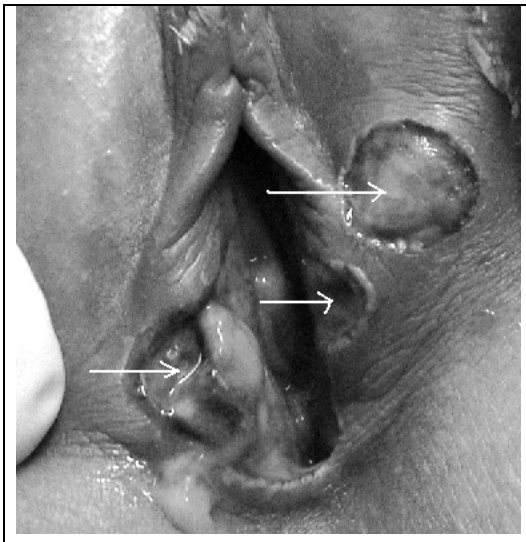


Figura U-3

ÚLCERAS VULVARES POR ABUSO SEXUAL

Úlceras vulvares en una niña de 9 años, abusada sexualmente de manera crónica



Figura V-1

Vacuum



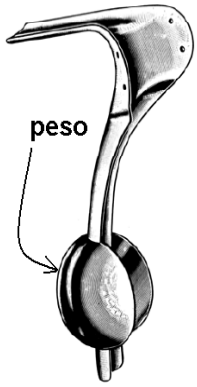
Kristeller ó de Jackson



Kallmorgen



Doyen



Aubard

Figura V- 2 a 5. **VALVAS VAGINALES** (Fuente: Instrumentos quirúrgicos Dimeda: http://www.dimeda.de/es/surgical.htm)



Figura V-6

VÁRICES VULVARES:

Las dilataciones venosas de la superficie vulvar son más frecuentes durante el embarazo.

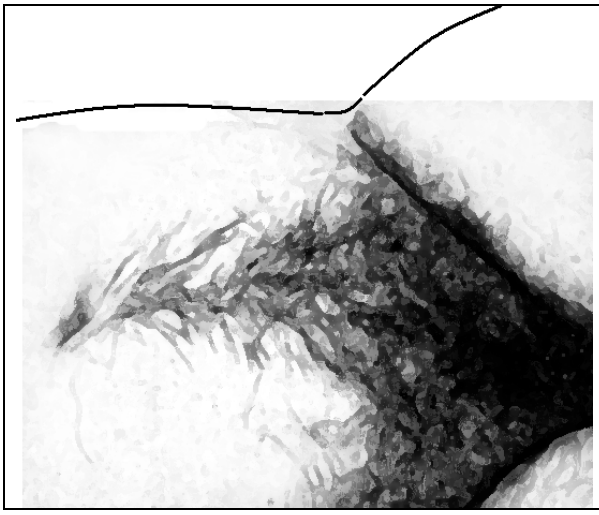


Figura V-7

VELLO PUBIANO DE DISTRIBUCIÓN ANDROIDE

En esta mujer el vello pubiano está aumentado a nivel de la línea media, lo cual le confiere un aspecto romboideo, similar a la distribución del vello en el varón.

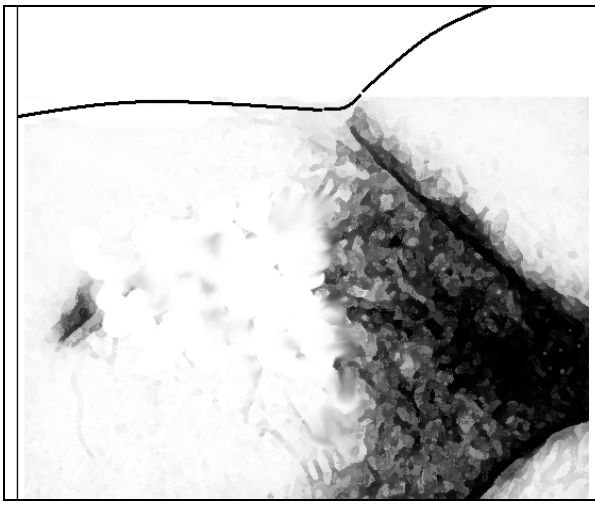


Figura V-8

VELLO PUBIANO DE DISTRIBUCIÓN GINECOIDE:

En esta mujer el vello pubiano tiene una distribución triangular, que es propia de la mayoría de las mujeres.



Figura V-9

VERMIX CASEOSA:

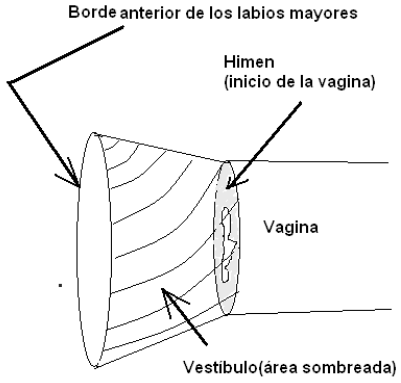


Figura V-10

VESTÍBULO VAGINAL

El vestíbulo vaginal o conducto vulvar es el espacio de la vulva que está entre el borde superficial de los labios mayores y menores, y la membrana himeneal. Las estructuras que drenan al vestíbulo o están dentro del vestíbulo son vestibulares (el clítoris, las glándulas de Bartholin, el meato urinario, el triángulo suprameatal, etc.). Por vecindad se llama glándulas vestibulares a los órganos eréctiles que están a lado y lado del vestíbulo.



Figura V-11

VIRGINIDAD:

Se observa la integridad del himen de esta mujer soltera de 69 años.





Figura V-12

VIOLACIÓN SEXUAL:
La primera fotografía fue publicada por GeoMujer, Asociación cultural, Educativa y para la salud; muestra a una mujer que además de ser golpeada en múltiples partes, fue violada por dos hombres. La segunda fotografía es del archivo personal del autor; corresponde a un politraumatismo en una gestante que fue agredida física y sexualmente.

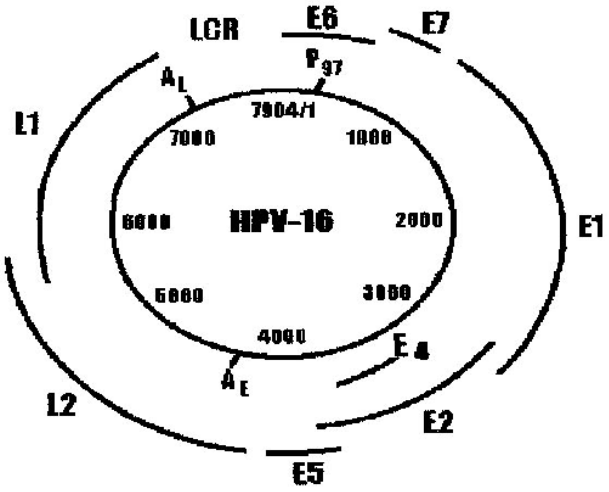


Figura V-13

VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO

Mapa genómico del VPH-16. Fuente: Esquema tomado de RIVERA Z., René, AGUILERA T., Jorge y LARRAIN H, Angélica. Epidemiologia del virus papiloma humano (hpv). *Rev. chil. obstet. ginecol.*, 2002, vol.67, no.6, p.501-506. ISSN 0717-7526



Figura V-14

VOYEURISMO:

Esta pintura hace referencia a un relato bíblico de voyerismo. Es un cuadro de Artemisia Gentileschi, titulado "Susana y los viejos", 1610.

La obra representa a Susana, cuya historia es narrada en la versión griega del Libro de Daniel, capítulo 13. La historia de Susana es la de una joven «muy bella y temerosa de Dios», esposa del rico Joaquín, a quienes dos viejos espían en el baño. La intentan obligar a tener relaciones sexuales con ellos, diciéndole que, si no accede, dirán que se ha quedado sola, sin sus doncellas, para estar con un joven. Susana no cede a sus amenazas. Entonces los viejos la acusan de adulterio y consiguen que se la condene a muerte. Interviene entonces el profeta Daniel quien, interrogando a los ancianos, acaba probando la falsedad de la imputación, con lo que Susana se salvó y los ancianos fueron ejecutados.



Figura V-15

VULVITIS POR TRAUMA:

Esta paciente sufrió un accidente de tránsito, con trauma moderado en la región genital.



Figura V-16

VULVECTOMÍA:

Se aprecia la extirpación de la superficie vulvar, por una lesión maligna con múltiples focos.



Figura V-17

VULVO-VAGINITIS

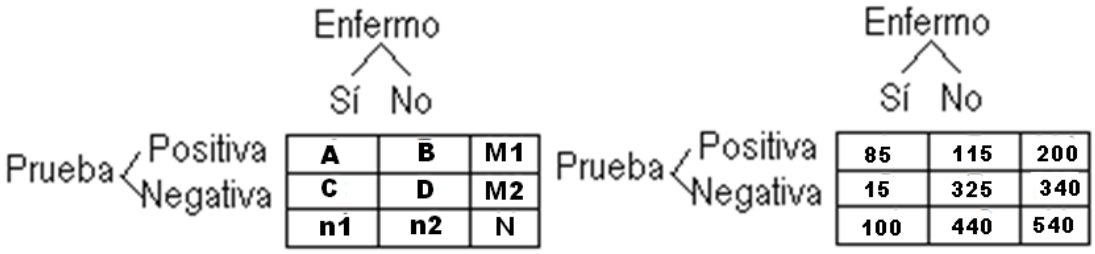


Tabla V-1. VALOR PREDICTIVO DE UNA PRUEBA NEGATIVA

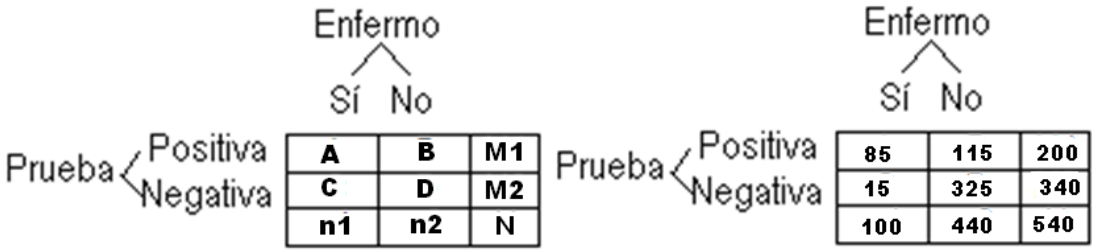


Tabla V-2 **VALOR PREDICTIVO DE UNA PRUEBA POSITIVA**

Tipo de lesiones	*Tipos HPV* *Más frecuentes*	*Menos frecuentes*
Verrugas cutáneas:		
– V. plantares	1	2, 4, 63
– V. comunes	2, 27	1, 4, 7, 26, 28, 29, 57, 60,
– V. planas	3, 10	2, 26, 27, 28, 29, 41, 49
– V. en epid. verruciforme	5, 8, 17, 20	9, 12,14,15, 19, 21-25, 36, 46,
– V. en receptor de transplante		1-6, 8, 10, 12, 15, **16**, 17
Lesiones anogenitales:		
– Condiloma acuminado	6, 11	2, **16**, 30, 40, 41, 42, 44, 45, 54
– CIN, VAIN, VIN, PAIN, PIN	6, 11, **16**, **18**, 31	30, 34,33, 35, 39, 40, 51, 42-45, 5 61, 62, 64, 66, 67, 69
Tumores benignos cabeza y cuello:		
– Papiloma oral, leucoplaquia	2, 6, 11, **16**	7
– Hiperplasia epitelial focal	13, 32	
– Papiloma laríngeo	6, 11	
– Papiloma conjuntiva	6, 11	
– Papiloma nasal		6, 11, 57

Tabla V-3

VIRUS VPH: Tipos de lesiones producidas por los diferentes subtipos de estos virus.

Tabla V- 4 **VIRUS VPH**. FRECUENCIA DE LA PRESENCIA DEL VIRUS VPH SEGÚN EL TIPO DE CÁNCER GENITAL	
Cáncer de vulva	64%-95%
Neoplasia intracelular de la Vulva (VIN)	30-95%
Cáncer de Vagina	21%-67%
Cáncer de pene	44%-100%
Cáncer de cérvix invasor	93%-99,7%
Estos datos epidemiológicos están publicados en Rivera Z., René, Aguilera t., Jorge y Larrain H, Angélica. Epidemiología del virus papiloma humano (HPV). Rev. Chil. Obstet. Ginecol., 2002, vol.67, no.6, p.501-506. issn 0717-7526	

WXYZ



Figura Z-1

ZWEIFEL, CURETA

Puede apreciarse que es una cureta en la cual ambos extremos son funcionales. El tamaño de la cureta de un extremo es el inmediatamente superior o inferior al otro

BIBLIOGRAFÍA

1. American Journal of Obstetrics and Gynecology
2. http://oreilly.com/oreilly/author/ch01.html
3. http://www.parapublishing.com/sites/para/information/writing.cfm
4. http://www.wipo.int/portal/index.html.es
5. Obstetrics and Gynecology
6. The Clinics of North America