

DISLIPIDEMIA EN MUJERES CON Y SIN DIABETES POSTMENOPÁUSICAS

SOUTELO J; FRITZ M C, SABAN M; FARAJ G.

Servicio de Endocrinología. Hospital Churruca Visca. CABA.

Introducción: La enfermedad cardiovascular (ECV) es la primera causa de muerte en mujeres postmenopáusicas, siendo aún mayor en pacientes diabéticas.

Objetivo: Estimar las diferencias de los parámetros: antropométricos, presión arterial y perfil lipídico entre dos grupos de mujeres postmenopáusicas con y sin diabetes de nuestro hospital.

Materiales y Métodos: Ingresaron 253 mujeres postmenopáusicas: Grupo1:131 pacientes sin diabetes y Grupo2:122 diabéticas. Se excluyó toda patología y medicación que pudiese afectar el metabolismo glucémico, lipídico y presión arterial. Las diabéticas solo tomaban metformina. Recabamos datos sobre antecedentes personales, hábitos, medidas antropométricas, presión arterial y circunferencia de la cintura (CC). Se realizó extracción para glucemia, lípidos y HbA1C. Se realizó test t de Student y Chi cuadrado; p significativa < 0.05

Resultados: La edad promedio del Grupo 1 (G1) fue $58,64 \pm 9,34$ y del grupo 2 (G2) $63,45 \pm 8,12$ años ($p=0.001$). El G2 mostró más sedentarismo ($p=0.001$) y menos tabaquismo ($p=0.001$). El G2 presentaron mayor índice de masa corporal, CC e índice cintura/talla ($p<0.001$). No hubo diferencia significativa en presión arterial. El G2 presentó mayores niveles de triglicéridos ($G2:153.38 \pm 63.6$ vs $G1:112.92 \pm 65.59$ mg/dl) VDLD ($G2:30,68 \pm 12,72$ vs $G1:22,58 \pm 13,12$) ($p=0.001$) e índice TG/HDL ($G2:3.45 \pm 1.88$ vs $G1:2.32 \pm 1.83$) ($p=0.001$) mientras que G1 presentaron mayores niveles de colesterol total ($G1:219.76 \pm 45.86$ y $G2:195.97 \pm 44.27$ mg/dl), LDL ($G1:144.45 \pm 39.85$ y $G2:124.12 \pm 31$ mg/dl), no HDL-c ($G1:165.11 \pm 46.24$ vs $G2:147.46 \pm 45.44$ mg/dl) pero HDL-c mayor ($G1:54.65 \pm 12.88$ vs $G2:48.51 \pm 12$) ($p=0.001$). El G2 presentó niveles significativamente más elevados de transaminasa: TGO ($G1:23,16 \pm 8,09$ vs $G2:25,80 \pm 10,38$ p0.024) TGP ($G1:21,74 \pm 10,18$ vs $G2:29,23 \pm 19,13$ p0.000) sospechando que G2 podría presentar una esteatosis hepática.

Cuando dividimos a nuestras pacientes con diabetes en buen, regular y mal control metabólico, no hallamos diferencias significativas en ninguna de las variables previamente analizadas.

Conclusiones: La menopausia no es un factor de riesgo para ECV, pero incrementa el riesgo de hipertensión, dislipidemia y diabetes. La diabetes es un factor de riesgo mayor de ECV. Las postmenopáusicas sin diabetes presentaron un perfil lipídico alterado, lo que les confiere riesgo cardiovascular; las mujeres diabéticas, aunque medicada con metformina, mostraron un patrón típico de insulinoresistencia, favoreciendo el riesgo de ECV

CRIOPRESERVACIÓN DE OVOCITOS POR VITRIFICACIÓN: UNA TECNICA EN AUGE

P. NICOTRA; V. CERISOLA; F. UGOZZOLI LLUGDAR; A. COSCIA; C. BORGHI; S. KOPELMAN

Centro de Estudios en Genética y Reproducción, CEGyR. Buenos Aires. Argentina

Objetivos: Describir el total de tratamientos de criopreservación de ovocitos por técnica de vitrificación en Cegyr desde el año 2008.

Determinar la incidencia según causas, edad, ovocitos aspirados y ovocitos vitrificados.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo, donde se incluyeron todas las pacientes que realizaron criopreservación de ovocitos por técnica de vitrificación desde Noviembre 2008 hasta Febrero 2014 en nuestra institución.

Se excluyeron aquellas que no recuperaron ovocitos Metafase II (MII) luego de la aspiración folicular.

MII: Ovocitos donde se evidenció salida del primer corpúsculo polar.

Resultados: Se incluyeron 133 pacientes, que corresponden al 2.5% del total de tratamientos de alta complejidad que se realizan en nuestra institución. El promedio de edad de las mismas fue de 36,6 años (23-43 años). El número promedio de ovocitos aspirados y vitrificados por paciente fue de 11,4 (1-48 ovocitos) y 8,2 (1-25 ovocitos MII) respectivamente.

Dentro de las causas de criopreservación un 76.6% se realizó por maternidad diferida, 15% por causas oncológicas, 3% por ovocitos remanentes de un ICSI, 4.5% por incapacidad masculina de obtener la muestra de semen y 0.9% por riesgo de síndrome de hiperestimulación ovárica.

En el último año se realizó el 34% del total de los procedimientos, y el 55% de los tratamientos de criopreservación por causa oncológica.

Conclusiones: La criopreservación de ovocitos por vitrificación se ha incrementado de manera significativa en los últimos años principalmente por la postergación de la maternidad. La indicación por razones oncológicas, es la segunda en frecuencia, lo que puede atribuirse a la concientización de los profesionales por el aumento de sobrevida de estas pacientes.

El aumento exponencial en los últimos meses sugiere un futuro prometedor de esta técnica.

ASOCIACIÓN ENTRE HIPOVITAVINOSIS D Y GRADOS DE CONTROL METABÓLICO EN PACIENTES DIABÉTICAS TIPO 2 NO INSULINO-REQUIRENTES OBEAS Y NO OBEAS

A. MONTERESINO; J. MOGUILVSKY; S. LEIDERMAN; S. TATTI, S. CARBONE; J. BAUCHI

carrera de Especialista en Endocrinología Ginecológica y de la Reproducción,
Facultad de Posgrado, Universidad Favaloro, Buenos Aires, Argentina;

Hospital Naval Puerto Belgrano, Base Naval Puerto Belgrano, Buenos Aires, Argentina

Introducción: se conocen nuevas acciones no clásicas de vitamina D (VD), entre ellas, su efecto modulador sobre hipertensión arterial, fenómenos cardiovasculares y secreción de insulina. Los diabéticos tipo 2 y los obesos son población de riesgo de hipovitaminosis D. La deficiencia de VD se vincula con Síndrome Metabólico.

Objetivo: analizar asociación entre hipovitaminosis D y grado de control metabólico en diabéticas tipo 2 adultas obesas y no obesas.

Materiales y Métodos: 49 mujeres diabéticas tipo 2 (media: 59 años) atendidas en el Hospital Naval Puerto Belgrano, Prov. Bs. As., entre marzo-diciembre 2013. Criterios de inclusión: no insulino-requientes; sin antecedentes de fracturas y enfermedad metabólica ósea previa (1 año); no tratadas con suplementos y medicamentos que afectan el metabolismo óseo. Se diferenció estado de control metabólico y niveles de VD, determinado: glucemia (G) (VR: 0,70-1,10 g/l); hemoglobina glicosilada (HbA1c) (VR: buen control <7%, mal control: >7%); 25 (OH) D (Total-D2+D3) (VR: deficiencia severa <10, deficiencia 10-19, insuficiencia 20-30, suficiencia >30 ng/ml). Según valores de G y HbA1c, se dividieron en 2 grupos: buen control metabólico (BCM) y mal control metabólico (MCM). Método estadístico: test t (diferencias entre medias), Chi 2 (diferencias entre proporciones) y Odds Ratio (OR) para asociación entre control metabólico y obesidad.

Resultados: hubo mayor prevalencia de pacientes con BCM (BCM: 75.51% vs. MCM: 24.49%; $p<0.05$). VD estuvo en el rango de deficiencia en ambos grupos, aunque los valores promedio fueron mayores ($p<0.05$) en grupo BCM respecto a MCM (16.84 vs. 13.92). Al agrupar valores de VD según rangos de deficiencia, insuficiencia y suficiencia, no hubo diferencias ($p>0.05$) entre grupos BCM y MCM. En grupo BCM se vio asociación significativa (OR: 7.87) entre sobrepeso - obesidad (IMC >25 kg/m²) y valores de VD <20. Comparando diabéticas con sobrepeso-obesidad de ambos grupos, hubo asociación significativa (OR: 4.0) para niveles de VD <20. No se vio asociación en pacientes no obesas.

Conclusiones: todas las pacientes diabéticas presentaron deficiencia de VD, pero se observó valores más elevados en BCM. Esto sugiere que VD podría incrementar la sensibilidad a insulina y mejorar el control glucémico. Asimismo, la asociación entre sobrepeso-obesidad e hipovitaminosis D en diabéticas con BCM y no así en diabéticas con IMC<25, corroboraría la hipótesis que VD podría ser "secuestrada" en la grasa corporal.

PGD POR ACGH EN BIOPSIA DE TROFOBlasto EN PORTADORES DE REORDENAMIENTOS EQUILIBRADOS

M.E. DUCATELLI; F. COCO; B. IRIGOYEN; S. NEUSPILLER, F. GISMONDI,
N. NEUSPILLER, R. COCO

Fecunditas-Instituto de Medicina Reproductiva afiliado a la UBA, CABA

Introducción: Los portadores de arreglos equilibrados tienen riesgo aumentado para producir gametas aneuploides por segregación anormal del multivalente meiótico. Dichas gametas originan embriones anormales, los cuales abortan espontáneamente o dan lugar a nacidos con cromosomopatías.

Presentamos una serie de 14 ciclos de PGD por reordenamientos equilibrados: 9 traslocaciones recíprocas (TR), 2 fusiones céntricas (FC) y 3 inversiones pericéntricas (INV).

Pacientes y Métodos: Las motivaciones fueron: abortos recurrentes, mortinatos, historia cromosomopatía y esterilidad primaria. El promedio de edad de las mujeres: 34.4 años. Previo al PGD se evaluó la reserva ovárica, el perfil hormonal básico y el recuento de folículos antrales; en los varones espermograma y espermocultivo. La estimulación ovárica con gonadotrofinas recombinantes y agonistas/antagonistas del GnRH. En todos los casos se realizó ICSI y cultivo hasta blastocisto. En día 3/4 se perforó la zona pellúcida para facilitar la eclosión del trofoblasto. Los blastocistos biopsiados fueron vitrificados y las células aspiradas procesadas con el Kit 24 Sure Plus BlueGnome® (aCGH). El endometrio fue preparado con estrógenos y progesterona para la transferencia de un solo blastocisto aCGH normal.

Resultados: El promedio de ovocitos aspirados fue 14.1, el de ovocitos fertilizados varió 8.9 y el de blastocistos biopsiados 4.1. En todos se obtuvieron al menos un blastocisto para biopsiar.

De los 32 blastocistos biopsiados en el grupo de TR, 19 resultaron normales (59,4%), 10 con segregaciones anormales del cuadrivalente (32,2%) y 3 con anomalías no relacionadas con la translocación (9,4%). De los 14 blastocistos biopsiados en el grupo FC, 9 resultaron normales (64,3%), 5 anormales de las cuales 1 sola estuvo relacionada con la mala segregación del trivalente. De los 15 blastocistos biopsiados del grupo INV 9 resultaron normales (60%) y 6 anormales, solo 2 de ellos tuvieron cromosomas recombinados relacionados con el bucle meiótico.

De los 14 ciclos realizados, 7 fueron transferidos con embriones y 4 lograron el embarazo, abortándose espontáneamente 1 de ellos.

Conclusiones: La tasa de embarazo por transferencia lograda de 57% es muy superior a la lograda con la biopsia realizada en día 3 que es de un 18% de acuerdo con los datos de la ESRHE. Además se reducen notablemente los costos al estudiar solamente a los embriones que alcanzaron el máximo desarrollo in vitro.

NOCTAMBULISMO EN LOS TRABAJADORES DE LA SALUD: ¿UN FACTOR PREDISPONENTE A PATOLOGÍAS?

P. S. MINOZZO.

Hospital General Barrio Obrero. Asunción Paraguay.

Introducción: El personal de salud afectado a la gran demanda de atención están expuestas a situaciones diarias y frecuentes que de alguna u otra manera, alteran la calidad y calidez del descanso nocturno, el cual es fundamental y necesario para el buen funcionamiento del organismo. En un período variable de tiempo, si los hábitos fisiológicos no son respetados, se transpolan en alteraciones hormonales que desencadenan patologías endócrinas como por ejemplo el sobrepeso, la obesidad y la diabetes mellitus tipo 2.

Objetivos: Relacionar al noctambulismo del personal de salud y su turno laboral con una mayor predisposición a desarrollar patologías con niveles de cortisol alterado o invertido, sobrepeso y obesidad. Determinar el nivel de cortisol de cada noctámbulo para identificar si existen cambios en su secreción circadiana.

cadiana. Relacionar los niveles de cortisolemia con el peso ponderal de cada individuo. Correlacionar el Índice de Masa Corporal y el Índice de Cintura/Cadera con el cortisol en las dos tomas realizadas.

Materiales y Métodos: El estudio fue de carácter investigativo, prospectivo de corte transverso observacional, descriptivo, con componente analítico y grupo control. El muestreo es probabilístico, aleatorio, estratificado, proporcional, con un índice de confianza de 95% y un error esperado del 5%. El estudio se realizó con funcionarios de la institución que participaron de forma voluntaria en la investigación, facilitaron sus medidas antropométricas, la extracción de sangre para el laboratorio y sus datos personales. Trabajadores que realizan jornadas laborales nocturnas en la institución (guardias nocturnas fijas o rotatorias cada 72 hs). Se realizó Revisión Documentada, Medidas Antropométricas y Dosaje de Cortisol en sangre en dos tomas en el mismo día.

Resultados: Se investigó a 53 noctámbulos, 27 funcionarios del Ginecoobstetrica, 12 de Pediatría y 14 de Neonatología. La mayor parte del personal es del sexo masculino, con una mayor representación en las edades comprendidas entre 20 a 49 años. La mayoría tiene entre 60 a 89 kilos de peso corporal, llamando la atención que una cantidad importante está por encima de los 80 kilos. Resalta la importante representación en el personal del sobrepeso y los grados de obesidad I al III. Los valores normales de Cortisol en sangre a las 08:00 h son entre 6,2 a 19,4 ug/dl. A las 23:00 h es de 2,3 a 11,9 ug/dl. En el Grupo estudiado, el 98,11 % de los valores del Cortisol estaban fuera de rango, encontrándose en el 52,84% de los casos valores Alterados y en el 45,27 % de los casos Invertido. En el Grupo control se encontró niveles de Cortisol Alterados. El Índice de Masa Corporal (IMC) Medio fue de 29,61 kg/m² (rango entre 17,54 a 53,77) para los Noctámbulos y de 29,55 Kg/m² (rango entre 22,59 a 43,48) para el Grupo Control. El IMC Medio fue similar en ambos grupos. En cuanto a la distribución de la Muestra según IMC y turno, se encontró que el Grupo Control presentó mayor porcentaje de funcionarios con Sobre Peso, Obesidad Alta y Extrema. Sin embargo en el Grupo de Noctámbulos hubo prevalencia de funcionarios con Bajo Peso y Obesidad Muy Alta. El grupo de noctámbulos presentó un ligero Índice de Masa Corporal Media y un porcentaje de Obesidad Muy Alta mayores al grupo control. Con estos datos se deduce que el grupo de estudio presentará mayores riesgos para el desarrollo de Enfermedades Cardiovasculares y Diabetes Mellitus. El Índice Cintura/Cadera medio fue de 0,88 (rango de 0,82 a 1) en el Grupo Control y de 0,78 (rango de 0,56 a 1,22) de los Noctámbulos. No se encuentran diferencias significativas en el Índice C/C medio de ambos grupos. La Obesidad Androide prevaleció en ambos grupos estudiados. Se revela el predominio del sexo femenino en ambos grupos. La edad media en el Grupo Control fue de 37,33 años (rango de 26 a 60 años), mientras que en el Grupo de los Trasnochadores fue de 34,66 años (rango de 22 a 60 años). Se encontró una diferencia de aproximadamente 2 años entre los grupos. En relación al Cortisol Medio del Grupo Control y del Grupo de Estudio, ambos sexos presentaron una significativa alteración del Cortisol en las dos tomas realizadas (00:06 hs a 00:08 hs AM y 11:00 hs PM); el peor resultado fue el de las mujeres Noctámbulas. En relación a la media del IMC, no hubo diferencias significativas. Ambos grupos presentaron una media equivalente al Sobre Peso para ambos sexos. Al analizar la media del Índice C/C se observó diferencias significativas. Los funcionarios del grupo control presentaron peor Índice C/C favoreciendo la Obesidad Central. En el sexo femenino el índice C/C de la media fue de 0,88 y en el masculino se observó una media de 0,94. Los trabajadores noctámbulos presentaron un Índice de Cintura/Cadera mejor y dentro de lo aceptado por la OMS. Las mujeres presentaron una media de 0,78 mientras los varones 0,89.

Conclusiones: La Hipótesis presentada fue validada por este trabajo de investigación, a través de los Indicadores se consiguió demostrar que el Trabajador Noctámbulo de Salud presenta muchos factores predisponentes a patologías. La turnicidad en los trabajadores noctámbulos de salud influye sólo parcialmente en los hábitos alimentarios de este grupo. Se diagnosticó Cortisol Alterado (cortisolemia mayor al valor normal) en 52,84 % (28) de los Trasnochadores; Cortisol Invertido (cortisolemia nocturna mayor a la matutina) en 45,27 % (24) de los casos; Sobrepeso y Diferentes Grados de Obesidad en 57,24 % (42) de los casos; Obesidad Central o Tipo Androide en 49,05 %, distribuidos en 20,75 % (11) con Sobre Peso y 28,30 % (15) con Diferentes Grados de Obesidad. La mayoría tiene alteraciones del Cortisol en las dos tomas. Destaca la necesidad de desarrollar Programas de Promoción de Salud para los trabajadores de la salud. Es prioritario respecto a la turnicidad laboral, estudios que permitan detectar el posible aumento de morbilidad y hábitos alimentarios anómalos.

¿HAY RELACIÓN ENTRE LOS VALORES DE AMH Y LA CALIDAD OVOCITARIA?

A.SEQUERA(*) ; C.CARRERE (**) ; M.RODRIGUEZ KUBRUSLI(**) ; C.ZYLBERSZTEIN(*).

* LABORATORIO CEUSA-LAEH, Buenos Aires. ** INSTITUTO PROCREARTE, Buenos Aires.

Poder identificar en la mujer una reserva ovárica disminuida es el primer paso para establecer el tratamiento apropiado y adecuar las expectativas de las pacientes (P) en su contexto. Varios trabajos han demostrado el papel de la hormona antimülleriana (AMH) en la evaluación de la reserva ovárica, reconociendo su especificidad como predictor de respuesta a la estimulación. También tiene utilidad para identificar mujeres con riesgo de hiperestimulación ovárica. La relación entre AMH y la respuesta al tratamiento ya ha sido aceptada, pero es importante poder valorar cuánto hay de asociación con la calidad ovocitaria y tasa de embarazo.

Objetivo: analizar retrospectivamente datos sobre calidad ovocitaria, obtenidos durante tratamientos de estimulación ovárica, y relacionarlos con los valores de AMH, medidos previamente.

Material y Métodos: Estudiamos los datos de AMH (ensayo AMH-Gen II) de 318 P realizados en nuestro Laboratorio para evaluación de su reserva ovárica. Se excluyeron P con antecedentes oncológicos. Analizamos 118 P que tenían información del tratamiento (FIV o ICSI) realizado a posteriori. En todas se midió en suero (2°-4° DC) FSH y AMH (ELISA, Gen II, Beckman-Coulter). Las P se dividieron según la AMH (ng/ml) en 3 grupos (G): G-A (n:18; edad(E):32 a 40a) = hasta 0.40, G-B (n: 41; E:26-43a)=0.41 a 1.0 y G-C (n:59; E: 25 a 43a) = >1.01. En todos los casos fue analizado: tipo procedimiento (FIV, ICSI), n° de ovulos recuperados (OvR), n° ovocitos MII (MII), calidad embrionaria (CI, CII y CIII), logro de embarazo, tratamiento previo c/ DHEA, co-cultivo previo de ovocitos, etc.

Resultados: 33 P lograron embarazo y no hubo diferencias estadísticas entre los gpos (*) p= NS, chi cuadrado.

	AMH(ng/ml) (mediana y rango)	OvR (**)	M II (Θ)	calidad CI/CII (")	Embarazo (*)	Tto DHEA
G-A	0.27(0.16-0.40)	0 a 8	0-7	0 a 2 / 1 a 3	6 (33.3%) (1 espont.)	10 pac (55%)
G-B	0.70(0.42-1.0)	2 a 17	1-12	0 a 2 / 1 a 3	9 (21.9%)	25 pac (61%)
G-C	2.0(1.1-7.0)	3 a 25	0-18	1 a 3 / 0 a 3	18 (30.0%) (3 espont)	5 pac (8.5%)

(**) p<0.001 GC vs GA y vs GB, p<0.05 GA vs GB. (Θ) p<0.01 GC vs GA y vs GB. (") p<0.01, GC vs GB. (Kruskal-Wallis Dunn test)

Conclusiones: Los OvR fueron proporcionales a la AMH, lo que no siempre se acompañó con igual proporción de MII y embriones CI. La tasa de embarazo no se modificó en los Grupos con AMH más altas, mostrando que una AMH baja no descarta la posibilidad de embarazo. En mujeres jóvenes un valor disminuído de AMH debería alertar sobre el descenso precoz de su reserva ovárica.

PREVALENCIA DE LOS DIFERENTES FENOTIPOS DEL SÍNDROME DE POLIQUISTOSIS OVÁRICA Y SU RELACIÓN CON EL SÍNDROME METABÓLICO Y LA RESISTENCIA A LA INSULINA

V. PREMROU; M. ALVARELLOS; A. PAIZAL; C. PELEGRIN; D. PEZZUTI; A. TALARICO;
E. SEGURA; L. MAFFEI.

Centro Médico Dra Laura Maffei, Buenos Aires.

Introducción: El Síndrome de poliquistosis ovárica (SOP) se define por 2 criterios: hiperandrogenismo, patrón ecográfico de ovarios poliquísticos y oligo/anovulación crónica. Según la asociación entre ellos se definen las variantes fenotípicas del mismo. El SOP se asocia a mayor riesgo de obesidad, síndrome metabólico, enfermedad cardiovascular y diabetes.

Objetivo: Estudiar en nuestra población de pacientes con SOP prevalencia de los distintos fenotipos y su relación con síndrome metabólico, componentes del síndrome e insulinoresistencia (IR). Así como, la relación entre estos parámetros e índice de masa corporal (BMI).

Material y métodos: Estudio descriptivo-retrospectivo. Se incluyeron pacientes con SOP. Se analizaron valores basales de glucemia (glu), insulina, HDLc y Triglicéridos (TG). Todas las pacientes tenían hiperandrogenismo y se dividieron según fenotipo y BMI. Se incluyeron pacientes entre fenotipos A-I según clasificación de Sociedad Americana de Exceso Androgénico. Los parámetros bioquímicos utilizados para síndrome metabólico fueron: HDLc < 40mg/dl, TG >150 mg/dl, glu > 100 mg/dl, y se definió IR como relación TG/HDLc >1.65, HOMA >3. Se definió obesidad a BMI >30.

Resultados: Se incluyeron 190 mujeres. Los fenotipos más frecuentes fueron A 49 pacientes (25.8%), B 55 (55 %), C 24 (12.6%). No hubo diferencias significativas en niveles de glu, TG, HDLc, TG/HDLc y HOMA entre distintos fenotipos. El 15.8 % de las pacientes presento BMI >30. Se observó una correlación positiva entre incremento del BMI y valores de glu, TG, insulina y HOMA, mientras que a mayor BMI menores valores de HDLc. Las diferencias en los distintos grupos según BMI fueron estadísticamente significativas en todos los casos, con una $p < 0.001$ para HDL c, $p < 0.001$ para TG, $p < 0.0016$ para glu, $p < 0.001$ para HOMA y $p < 0.001$ para TG/HDLc mediante test de ANOVA. En los grupos con BMI >30, la alteración en los niveles de HDLc, glu y TG fue mayor arrojando una p 0.015, p , 0.001 y $p < 0.0001$ respectivamente. Las diferencias mantuvieron significancia utilizando test de chi cuadrado (p 0.015, $p < 0.0001$, p 0.0001).

Conclusiones: El SOP se asocia a mayor riesgo de síndrome metabólico y diabetes. No encontramos correlación entre estos y las variantes fenotípicas clásicas del SOP. Sin embargo hallamos correlación entre estos y el incremento del BMI. Por lo tanto, el sobrepeso y la obesidad podrían ser uno de los riesgos más importantes en mujeres con SOP para el desarrollo de síndrome.

LA INHIBICIÓN DE LA SÍNTESIS DE ÁCIDO HIALURÓNICO PROVOCA DISMINUCIÓN DE LA ANGIOGÉNESIS EXPERIMENTAL: POSIBLES IMPLICANCIAS EN EL DESARROLLO DE LA ENDOMETRIOSIS

C. OLIVARES; R. BARAÑAO; M. MENDER; M. LASCHKE; G. MERESMAN

Instituto de Biología y Medicina Experimental (IBYME-CONICET), Buenos Aires, Argentina;
Institut für Klinisch-Experimentelle Chirurgie, Universität des Saarlandes, Homburgo, Alemania.

Introducción: La interacción entre el ácido hialurónico (HA) y su receptor CD44 ha sido descripta tanto en condiciones fisiológicas como patológicas. Esta asociación estimula cascadas de señales que actúan promoviendo procesos claves en el desarrollo de la endometriosis (EDT) como son la adherencia y la angiogénesis. Asimismo, se conoce que la síntesis de HA puede ser inhibida por el compuesto 4-metilumbeliferona (4-MU).

Objetivo: Estudiar la importancia de la interacción entre CD44 y HA en distintos modelos de angiogénesis, algunos de ellos utilizados para el estudio experimental de la EDT.

Materiales y métodos: Se aislaron anillos aórticos de ratas macho Sprague Dawley y se cultivaron durante 6 días; se trataron con 1, 2 o 4mM de 4-MU. El día 6 se evaluó el área de los brotes vasculares y su máxima longitud. A su vez, se trasplantaron fragmentos de endometrio (lesiones endometrióticas) a una ventana de observación dorsal en ratones hembra BALB/c y se monitoreó el desarrollo de vasos a través de microscopía de fluorescencia intravital (IVFM). Se contó con 3 grupos: Control, 4-MU 20mg/kg (4-MUL) y 4-MU 80mg/kg (4-MUH). Los ratones se trataron con una inyección intraperitoneal diaria comenzando el día del trasplante. Se tomaron imágenes por IVFM para evaluar el tamaño del tejido trasplantado, la densidad capilar funcional, el diámetro de los capilares y la velocidad de los eritrocitos en la línea central de los vasos (VRBC). A los 15 días post trasplante se extrajeron y fijaron las lesiones y se evaluó la proliferación celular, la apoptosis y el número de vasos.

Resultados: Todas las concentraciones de 4-MU inhibieron el crecimiento de los brotes en los anillos aórticos ($p<0,05$). In vivo, si bien no se hallaron diferencias en el tamaño de las lesiones, el diámetro de los vasos ni la VRBC entre los grupos, observamos una marcada inhibición en la densidad vascular en el grupo 4-MUH y en la funcionalidad de los capilares en ambos grupos ($p<0,05$). Asimismo no se observaron diferencias en la proliferación y en la apoptosis en las lesiones. Sin embargo, en concordancia con los resultados obtenidos por IVFM, el número de vasos en el grupo 4-MUH fue menor que en los grupos control y 4-MUL ($p<0,05$).

Conclusiones: La inhibición de la síntesis de HA inhibió la angiogénesis en los dos modelos estudiados. Si bien es necesario ahondar en el estudio de esta interacción, estos resultados son promisorios para el desarrollo de futuras estrategias terapéuticas para la EDT.

HORMONA ANTIMULLERIANA COMO PARADIGMA DE SUFICIENCIA OVÁRICA

C. ALLAMI; L. MITELBERG; L. ALMOÑO; J. LATINO; L. MITRE; M. MIGUENS;
P. OTERO; E. MORMANDI; O. LEVALLE.

Grupo de Reproducción Humana, Hospital Carlos Durand, Buenos Aires, Argentina.

Introducción: En la caracterización de la reserva ovárica se han sugerido diversos marcadores, como el recuento ecográfico de folículos antrales, la determinación de inhibina o de hormona antimulleriana (AMH) plasmática.

Objetivo: Se ha propuesto evaluar la AMH plasmática como indicador de suficiencia gonadal.

Material y Métodos: Se incluyeron 149 pacientes por esterilidad y/o alteraciones del ciclo, divididos en grupos etarios entre 20 a 30 (I), 30 a 35 (II), 35 a 40 (III) y más de 40 años (IV). Se efectuó la detección de AMH plasmática por radioinmunoensayo (Beckman) y la evaluación estadística por medio del test de correlación de Pearson y del test de t para muestras pareadas. Se consideró una diferencia significativa con una $p<0,05$.

Resultados: AMH: Grupo I (n: 27) media 3.02 SD 3.42; Grupo II (n: 41) media 2.64 SD 2.96 (NS vs. G I),

Grupo III (n: 53) media 0.90 SD 1.22 ($p<0,002$ vs. G I), Grupo IV (n: 28) media 0.62 SD 0.75 ($p<0,0006$ vs. GI)

Hubo 67 casos de falla gonadal (FG), 11 en el Grupo I (AMH media 0.42 SD 0.26), 17 en el Grupo II (AMH media 0.38 SD 0.22) y 39 en el Grupo III (AMH media 0.33 SD 0.24).

Se registraron 24 casos de poliquistosis ovárica (PO) (Rotterdam): 11 en el Grupo I (AMH media 6.37 SD 3.02), 10 en el Grupo II (AMH media 7.22 SD: 2.05), 2 en el Grupo III (AMH media 4.14 SD 2.05) y 1 en el Grupo IV (AMH 0.6).

En la población total, hubo una correlación lineal inversa entre edad y nivel de AMH ($r = -0,427$ $p<0,0001$).

La curva de descenso de AMH se mantuvo significativa en la población de pacientes sin FG.

En las pacientes con FG se confirmó una AMH significativamente menor en todos los grupos considerados.

Las pacientes con PO registraron aumentos significativos de AMH en los grupos I ($p < 0.003$) y II ($p < 0.00007$).

Conclusiones: La AMH resulta un indicador confiable en la detección de la reserva gonadal según la edad, que también se correlaciona con el diagnóstico de disfunción ovárica (PO y FG), siendo así un parámetro de valor pronóstico de la respuesta ovárica posible al estímulo terapéutico.