

VOLUMEN 81
SUPLEMENTO
2013

ISSN-0300-9041



GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DE MÉXICO

64 Congreso Mexicano de Ginecología y Obstetricia

Ciudad de México
27 al 31 de octubre de 2013



GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DE MÉXICO

64 Congreso Mexicano de Ginecología y Obstetricia

Ginecología y Obstetricia a la Vanguardia

“La tradición continúa...”

Ciudad de México
27 al 31 de octubre de 2013

TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN

Editores invitados

Dr. José de Jesús Montoya Romero.
Presidente del Consejo Directivo, FEMECOG
Dr. Héctor Rogelio Santana García.
Director Médico, FEMECOG



GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DE MÉXICO

Editorial

La presentación de trabajos en cartel y en video ocupa cada día un lugar más importante en los congresos médicos. Es en esta modalidad donde concurre el mayor número de médicos interesados en compartir sus experiencias y ponerlas a la consideración de sus pares. Esta posibilidad de comunicar es, también, la oportunidad para los médicos residentes de incursionar en la investigación clínica.

La Federación Mexicana de Colegios de Obstetricia y Ginecología (FEMECOG) se ha preocupado por impulsar

este tipo de participaciones mediante el estímulo con premios en dinero a los mejores trabajos; esto, sin duda, es un aliciente importante, muestra de ello es este suplemento cada vez con más páginas.

Los editores de este suplemento invitan a todos los médicos que enviaron los resúmenes de sus investigaciones a concluir sus investigaciones in extenso y proponerlas a la consideración para publicación en nuestra revista GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DE MÉXICO.



GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DE MÉXICO

Volumen 81, Suplemento 1, 2013

CONTENIDO

PREMIO

Dr. Alfonso Álvarez Bravo
Trabajos de investigación básica,
presentados por escrito

INVESTIGACIÓN BÁSICA

- S2** Mutagénesis insercional del retrovirus MMTV/HMTV en cáncer de mama en mujeres mexicanas
Christian Moctezuma Meza, Iván Alejandro Córdova Solís, Alberto Cedro Tanda, Diego Julio Arenas Aranda, Normand García Hernández
- S2** Frecuencia de sobreexpresión del factor Her 2/Neu en pacientes con cáncer de mama
Christian Moctezuma Meza, Alex Daniel Mamani Cancino, María Guadalupe Veloz Martínez, Ivonne Casasola Busteros, Juan Manuel García Cebada
- S2** Efecto del 17 β -estradiol en la expresión de ARNm de osteopontina en la línea celular MCF7 de cáncer de mama
Miguel Arturo Reyes Romero, Antonio Sifuentes Álvarez, Nuith Julieta Sarai Jiménez Soto, María del Pilar Intriago Ortega
- S2** Metilación del sitio promotor de los genes ESR1 y PR y su correlación con receptores de estrógenos y progesterona en cáncer de mama
Miguel Arturo Reyes Romero, Antonio Sifuentes Álvarez, Alma Delia Medina Jaime, Victoria Martínez Gaytán, Eduardo Portillo del Campo
- S3** Estudio citogenético en líquido amniótico: experiencia en un hospital privado
Diana Yazmín Copado Mendoza, Samuel Karchmer Krivitzky, Dora Gilda Mayén Molina, Nancy Sierra Lozada, María Teresita Leis Márquez
- S3** Incidencia de *Mycoplasma* y *Ureaplasma* en el análisis espermático de un centro privado (México DF)
Alfredo Góngora Rodríguez, Jesús Guillermo Pérez Fonseca, Karla Paola Moreno Ortiz, José Manuel García Wrooman, Lyda Yuliana Parra Forero

- S3** Pacientes con trombofilias hereditarias y pérdida gestacional recurrente: incidencia

José Daniel Flores Alatraste, Sara Jacobo Nájera, Rubén Segura Rodríguez, Jorge Jaroslav Stern Colín

PREMIO

Dr. Luis Castelazo Ayala
Trabajos de investigación clínica,
presentados por escrito

INVESTIGACIÓN CLÍNICA

- S6** Reporte de histeroscopias en pacientes con sangrado uterino anormal del Hospital Regional de PEMEX Salamanca
Martha Gabriela Serrano Ramos, Ismael Madrigal García, Alejandro Acevedo Guzmán, Sergio Armando Varela Ortiz
- S6** La histeroscopia como estudio de primera elección en el diagnóstico de sangrado uterino anormal
Yessenia Ramírez Ponce, Edgardo Bustillos Alamilla, Jorge Zepeda Zaragoza, María Cristina Juárez Cabrera
- S6** Resultados clínicos en pacientes sometidas a miomectomía laparoscópica
Fred Morgan Ortiz, Juan Manuel Soto Pineda, Alejandro Castro Ibarra, Humberto Lelevier de Doig Alvear, Óscar Garzón López
- S7** Manejo laparoscópico de pacientes con endometriosis ovárica en un centro de enseñanza de laparoscopia ginecológica
Fred Morgan Ortiz, Juan Manuel Soto Pineda, Alejandro Castro Ibarra, Josefina Báez Barraza, Manuel Antonio López de la Torre
- S7** Útero didelfo con hematómetra unilateral y agenesia renal ipsilateral
Juan Manuel Soto Pineda, Fred Morgan Ortiz, Patricia Zulema Márquez Iribe, Everardo Quevedo Castro, Damaris Elizabeth Monarrez Manriquez
- S7** Importancia de la capacitación para la anticoncepción de emergencia

en médicos residentes de Ginecología y Obstetricia

Miguel Ángel Serrano Berrones

- S7** Satisfacción en usuarias del anillo vaginal anticonceptivo combinado
Atziri Ramírez Negrín, Norma Velázquez Ramírez, Enrique Reyes Muñoz, Miriam Negrín Pérez, Arely Peña
- S8** Prevalencia de osteoporosis en pacientes postmenopáusicas que acuden a la clínica de climaterio del Hospital General de Durango
Flor de las Nieves Pérez Bueno, Jaime Ayala Barragán, José de Jesús Guijarro Bustillos, Mario Isaac Lumbreras Márquez
- S8** Resultados de la cirugía antiincontinencia en mujeres menopáusicas
Verónica Granados Martínez, Silvia Rodríguez Colorado, Viridiana Gorbea Chávez, Carlos Ramírez Isarraráz, Marco Antonio Ortiz Ramírez
- S8** Seguimiento del postoperatorio de pacientes con incontinencia urinaria mixta
Jorge Jesús Sánchez Cisneros, Carlos Ramírez Isarraráz, Viridiana Gorbea Chávez, María Katherine Tabares Trujillo, Esther Silvia Rodríguez Colorado
- S9** Resultados de electroestimulación en vejiga hiperactiva
Silvia Rodríguez Colorado, Isabel Tolentino Sosa, Katherine Tabares Trujillo, Josué Hernández Bañales, Viridiana Gorbea Chávez
- S9** El volumen del cuerpo perineal medido a través de ultrasonografía endovaginal 3D
Daniel Vélez Sánchez, Abbas Shobeiri, Ghazaleh Rostaminia, Lindsay Denson, Andrea Santiago
- S9** Factores asociados con cáncer de mama en pacientes del Hospital Regional de PEMEX Salamanca
Mayra Jiménez Ávalos, Ismael Madrigal García, Benigno Linares Segovia, Alejandro Acevedo Guzmán, Sergio Armando Varela Ortiz
- S10** Cáncer de mama en la población mexicana: subtipos histológicos y

moleculares, y su relación con la edad, el grado tumoral y etapa al diagnóstico

José Eduardo Serratos Garduño, Letycia Alejandrina Zavala Gómez, Sergio Rodríguez Cuevas, Antonio Maffuz Aziz, Verónica Bautista Piña

S10 Factores de riesgo en la persistencia de lesiones intraepiteliales cervicales de bajo riesgo asociadas con la infección por virus del papiloma humano posterior al tratamiento ablativo

Genaro Vega Malagón, Guadalupe Zaldivar Lele de Larrea, Carlos Sosa Fereyra, Hernán del Valle Jiménez, Javier Ávila Morales

S10 Comparación de los resultados de dos protocolos flexibles de hiperestimulación ovárica controlada con dos dosis diferentes de inicio (150 vs ≥ 225)

Cirenia Ruiz Balderrama, Juan Carlos Barros Delgadillo

S10 Efecto de la dosis total de gonadotropinas en protocolos de fertilización in vitro en los resultados de embarazo

Alberto Kably Ambe, Esperanza Carballo Mondragón, Armando Miguel Roque Sánchez, Leónor Durán Monterrosas

S11 Efecto de la abstinencia sexual en las tasas de embarazo posterior a inseminación intrauterina

Alberto Kably Ambe, Esperanza Carballo Mondragón, Armando Miguel Roque Sánchez, Leónor Durán Monterrosas

S11 Transferencia no selectiva de embrión único: posibilidades de embarazo relacionadas con la experiencia del operador

Alberto Kably Ambe, Esperanza Carballo Mondragón, Armando Miguel Roque Sánchez, Leónor Durán Monterrosas, Jorge Campos Cañas

S11 Rescate con LH en pacientes con mala respuesta a la estimulación con FSH

Belem Carolina de Alba González, Juan Carlos Hinojosa Cruz

S12 Evaluación comparativa del comportamiento seminal de los pacientes de la clínica de andrología enviados a técnica de reproducción asistida de alta complejidad

Aldo Isaac Meneses Ríos, Mirna Guadalupe Echavarría Sánchez, Pedro Manuel Acosta Granado, Maribel Sánchez Martínez, Xóchitl Elena Flores Escobar

S12 Parto después de cesárea ¿una opción segura?

Carlos Quesnel García-Benítez, Miguel de Jesús López Rioja, Alejandro Sánchez Aranda

S12 Prevalencia de cesárea y sus indicaciones más frecuentes

Juan Felipe Garnica Ayala, Alejandra Gómez Martínez, Sergio Rafael López Organista

S13 Inducción del trabajo de parto con misoprostol en el Hospital Ángeles Lomas

Carlos Quesnel García-Benítez, Liat Levy Mitrani

S13 Misoprostol en el aborto incompleto vs aspirado manual endouterino

Edén Francisco Reyna Rojas, Edén Francisco López Rivera, Karina Lisset De Luna Gutiérrez, Roberto Ambríz López, Abel Guzmán López

S13 Albúmina versus cristaloideos en pacientes con preeclampsia severa

Berenice Zavala Barrios, Rocío Guerrero Bustos, Victor Hugo Carmona Ornelas

S14 Cumplimiento de las metas terapéuticas preparto en pacientes con preeclampsia-eclampsia atendidas en una unidad de cuidados críticos

Israel Herrera Escobedo, Juan Gustavo Vázquez Rodríguez

S14 Aumento del índice s/d en la arteria uterina como predictor de preeclampsia en adolescentes del Hospital Central Universitario

Óscar Salcido Rivera, Óscar Aguirre Barrera, Irving Zúñiga Galaviz, Jesús Enrique Bustillos Valdez, Norma Patricia Ramos González

S14 Efecto de la intolerancia a los carbohidratos y diabetes gestacional sobre el resultado obstétrico y perinatal

Adrián Herrera Salazar, Leticia Lara Ávila, Fred Morgan Ortiz, José Manuel Brambila Durán, Diego Armando Camacho Ramírez

S14 Prevalencia de recién nacidos macrosómicos de madres con sobrepeso u obesidad

Grecia Álvarez Ponce, Sergio Rafael López Organista, Karla Cecilia Font López

S15 Bajo peso al nacimiento y su detección ultrasonográfica en nacimientos de término en el Instituto

Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes (enero-diciembre 2012)

Erika Fernanda Raña Pohls, José Antonio Ramírez Calvo

S15 Prevalencia de hipotiroidismo clínico y subclínico durante la gestación en una población de mujeres embarazadas en el Instituto Nacional de Perinatología: ¿Se justifica el tamizaje?

Edgar Alonso Cruz Cruz, Aurora Ramírez Torres, Armando Roque Sánchez, Jorge Beltrán Montoya, Yoalli Aleida Palma Orozco

S15 Enfermedad periodontal crónica asociada con amenaza de parto pretérmino

Servando Germán Serrano Gómez, Omar Isidro Benítez Ochoa, Antonia Barranca Enriquez

S16 Factores asociados con histerectomía obstétrica en el Hospital Civil de Culiacán (2006-2010)

Fred Morgan Ortiz, Ricardo Roberto Vega Traperó, Juan Manuel Soto Pineda, Misael Guerrero Valdez, Everardo Quevedo Castro

S16 Histerectomía obstétrica: incidencia y correlación clínico-patológica

Edén Francisco Reyna Rojas, Gabriel Edgar Villagómez Martínez, José Luis Iglesias Benavides, Óscar Rubén Treviño Montemayor, Cesar Daryl Castro Reyes

S16 Experiencia en el tratamiento de la hemorragia obstétrica con sonda Sengstaken Blakmore en la UMAE 23 Ginecoobstetricia de Monterrey, NL

Yolanda Reynosa Oviedo, Juan José Bazaldúa Cruz, Ernesto Arnoldo López Vera, Eloísa López Manríquez

S17 Tratamiento conservador y quirúrgico de la hemorragia obstétrica

Beatriz Ofelia Ramírez Silva, Juan Ismael Islas Castañeda, Xochil Rubí León Cruz

PREMIO

Dr. J. Trinidad González Gutiérrez
Trabajos investigación básica o clínica, presentados como material audiovisual

Video 1

S20 Exploración física del dolor vulvar
Silvia Rodríguez Colorado, María Katherine Tabares Trujillo, Viridiana

Video 2

S20 Denervación vulvar para tratamiento de pacientes con prurito crónico persistente

Miguel Alejandro Hernandez de la Garza, Javier Medina Mercado, Óscar Armando González Díaz

Video 3

S20 Cirugía de neovagina con técnica de Davydov

Jorge Jesús Sánchez Cisnero, Carlos Ramírez Isarraráz, Viridiana Gorbea Chávez, Esther Silvia Rodríguez Colorado

Video 4

S20 Neovagina y fístula de endometrio vaginal

María Isabel Zavala Ortega, Juan Carlos Hinojosa Cruz, Olivia Marín Romero, Víctor Saúl Vital Reyes

Video 5

S21 Clitoroplastia

Arturo Herrera Cervantes, Óscar Valle Virgen, Edgar Medina Ramos, Sandra Orendain, Vladimir Torres Bojorquez

Video 6

S21 La histeroscopia como estudio de primera elección en diagnóstico de sangrado uterino anormal

Yessenia Ramírez Ponce, Edgardo Bustillos Alamilla, Jorge Zepeda Zaragoza, María Cristina Juárez Cabrera

Video 7

S21 Complicaciones en curva de aprendizaje en cirugía laparoscópica

Norma Patricia Ramos González, Óscar Salcido Rivera, Alejandra Vaca González, Daniel Zúñiga Jiménez

Video 8

S21 Técnicas y tácticas seguras en la histerectomía laparoscópica

Manuel Eduardo Unda Franco, Alberto Viesca Muriel, José Manuel Septien Guevara, Patricia Gaona Luviano

Video 9

S22 Adherenciólisis laparoscópica

Carlos Mayc Solórzano Ramos, Gabino de Jesús Vaca Carvajal

Video 10

S22 Endometriosis pélvica

Carlos Mayc Solórzano Ramos, María del Rosario Vicente Pérez, Elvia Elena Hernández Madera, Gabino de Jesús Vaca Carvajal, Gabriel Gerardo García Hernández

Video 11

S22 Procedimiento laparoscópico seguro en los diferentes tipos de tumores del ovario en el INCMN-SZ

Manuel Eduardo Unda Franco, Alberto Viesca Muriel, José Manuel Septien Guevara, Patricia Gaona Luviano

Video 12

S22 Cistoadenofibroma: reporte de dos casos

Norma Patricia Ramos González, Clara Martha Martínez Velo, Judith Briseño Valdez, Virgilio Edmundo Valladares García, Alejandra Vaca González

Video 13

S22 Cierre de cúpula vaginal en la histerectomía total laparoscópica con sutura barbada continua. Una técnica alternativa

Óscar Garzón López, Francisco Garzón López, Fred Morgan Ortiz

Video 14

S22 Cierre laparoscópico de cúpula vaginal con sutura V-lok y cistoscopia de rutina posthisterectomía total por laparoscopia

Alejandra Contreras Rendón, Jaime Arturo Alfaro Alfaro, Félix Muñizuri Íñiguez, Yuliana Gómez Meraz, Arturo Hernández Jiménez

Video 15

S23 Un caso de histerectomía total laparoscópica de un útero de 1750 g

Hospital Español de México, México DF.

Video 16

S23 Mioma gigante por laparoscopia

José Manuel Septien Guevara, Rafael Topete Estrada, Manuel Eduardo Unda Franco

Video 17

S23 Indicaciones de cirugía abierta para preservar la fertilidad en miomas de gran tamaño

Norma Patricia Ramos González, Alejandra Vaca González, Óscar Salcido Rivera, Daniel Zúñiga Jiménez

Video 18

S23 Miomectomía con ligadura transitoria de las arterias uterinas

Andrea Alicia Olguín Ortega, Luis Fernando Escobar Ponce, Ana Cristina Artega Gómez, Leroy Lionel López, Roberto Silvestri Tomassini

Video 19

S24 Tratamiento quirúrgico del prolapso de órganos pélvicos en una paciente con antecedente de extrofia vesical: reporte de un caso

Patricia Inés Velázquez Castellanos, Nancy Godoy Rodríguez, Alejandro Robles Señowski, Jonathan García Tinoco, Claudia Aguilar Regalado

Video 20

S24 Técnicas de reducción de volumen uterino

Silvia Rodríguez Colorado, Viridiana Gorbea Chávez, María Katherine Tabares Trujillo, Jorge Jesús Sánchez Cisneros, Leonardo Mazariegos Castillo

Video 21

S24 Descripción de la técnica para la colocación de pesarios

Claudia Elizabeth Aguilar Regalado, Patricia Inés Velázquez Castellanos, Nancy Godoy Rodríguez, Mayra Anabel Montes Casillas, Jonathan García Tinoco

Video 22

S24 Tratamiento de incontinencia urinaria de esfuerzo: cabestrillo suburetral de fascia autóloga de rectos abdominales

Verónica Granados Martínez, Silvia Rodríguez Colorado, Viridiana Gorbea Chávez, Carlos Ramírez Isarraráz, Jaime Ignacio Cevallos Bustillos

Video 23

S25 Biofeedback en el tratamiento de la incontinencia urinaria

Lourdes Solís Grajales, Patricia Inés Velázquez Castellanos, Nancy Godoy Rodríguez, Mayra Anabel Montes Casillas

Video 24

S25 Cerclaje istmicocervical transabdominal

Ruth Valentina Wade Isidro, Arnulfo Martínez Chapa, Alejandra M Briones Martínez, Nelly A. Alonso Reyes, Cecilia G. Lezama Torres

Video 25

S25 Colocación de cerclaje abdominal en embarazo gemelar: complicación y resultado perinatal

Edgar Alonso Cruz Cruz, Carlos Julián Neri Méndez, Yoalli Aleida Palma Orozco, Jorge Beltrán Montoya

Video 26

S25 Resolución quirúrgica de hernia de Bochdalek en un embarazo a término

Esperanza Josefina Bautista Gómez, David Guzmán Ortiz, Víctor Edilberto Morales García, Honorio Galvan Espinosa, Noel Pizarro Osorno

Video 27

S26 Aplicaciones actuales de metroplastia en útero bicornue: reporte de un embarazo

Norma Patricia Ramos González, Alejandra Vaca González, Óscar Salcido Rivera, Daniel Zúñiga Jiménez

Video 28

S26 Diagnóstico prenatal de siameses isquiopagos

Carlos Andrés Rodríguez Cabral, Ana Isabel Osorio Pérez, Leonardo Enrique Salazar Tristán, Luis Joaquín Romo Enciso, Gabriela García Reyes

Video 29

S26 Tumor cardíaco diagnosticado in útero

Marysol Olivos Crespo, Magalhi Guadalupe Robledo Clemente, Omar Lorenzo Cruz

Video 30

S26 Sonda Sengstaken-Blakemore. Colocación transcesárea en útero de Couvelaire: reporte de un caso

Yolanda Reynosa Oviedo, Nancy Elizabeth Sánchez Neri, Ernesto López Vera, Eloísa López Manríquez, Hugo Francisco Pineda Alemán

Video 31

S27 Hemorragia posparto: control con sonda Sengstaken-Blakemore

Alberta Franco Peralta, Yolanda Reynosa Oviedo, Hugo Francisco Pineda Alemán, Ernesto López Vera, Eloísa López Manríquez

Video 32

S27 Retiro de compresas de empacotamiento clásico tipo Miculiz

Alba Citlalli González Zárate, Honorio Galván Espinoza, Víctor Edilberto Morales García

Video 33

S27 Experiencia del Hospital Central Norte de PEMEX en el uso del ácido zolendróico en el tratamiento y prevención de la osteoporosis

Edgardo Bustillos Alamilla, Jorge Zepeda Zaragoza, Ana Lilia del Razo Vega, Carlos España Vargas, Adriana Huerta Espinosa

PREMIO

“Dr. José Manuel Septién González”
Trabajos de investigación básica o clínica, presentados como cartel.

PRIMERA PARTE: GINECOLOGÍA

S30 Aplicación de la psiconeuroinmunoendocrinología a través de la exploración ginecológica primaria
Felipe Cajiga Mata, Blanca Alicia García Chacón

S30 Percepción de la sexualidad y conductas de riesgo en mujeres adolescentes

Cirenia Ruiz Balderrama, Selene Sam Soto, Georgina Ruvalcaba Ortiz, Carmen Marcela Urquía Figueroa, Yadira Díaz Tiguant

S30 Conocimiento, actitudes y creencias con respecto a la anti-concepción intrauterina en mujeres nulíparas: una encuesta de proveedores de salud en Latinoamérica

Josefina Lira Plascencia (México), Pamela Lotke (Estados Unidos), Nikki Zite (Estados Unidos), Kristen Black (Australia), Tina Peers (Reino Unido)

S30 DIU postparto: prevención de embarazo en adolescentes atendidas en el Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes

Karla Selegna Sánchez Baños, Josefina Lira Plascencia, Norma Velázquez Ramírez, Javier Mancilla Ramírez, Selene Sam Soto

S31 Experiencia anticonceptiva en mujeres que viven con el virus de la inmunodeficiencia humana

Iván Madrazo Rodríguez, Hebert Israel Flores Leal, Jesús Fernando Solórzano Vázquez, Tania Caro Gómez

S31 Efectividad del implante subdérmico mayor a tres años: reporte de dos casos

Miguel Ángel Bernal Davish, María Natividad Guzmán Tapia, Gabriel Guzmán Landa, Giovanni Francisco Pérez Roa, Guillermo Contreras Alarcón

S31 Implante subdérmico con formación de adenoma seroso de ovario: reporte de un caso

Miguel Ángel Bernal Davish, María Natividad Guzmán Tapia, Aloisia Reineri Strobel Del Moral, Salma Triana González, Guillermo Contreras Alarcón

S32 Dispositivo T de cobre intravesical

Víctor Edilberto Morales García, Alba Citlalli González Zárate, Jaime Monzoí Vázquez

S32 Traumatismo perineal no obstétrico: reporte de caso y revisión de la bibliografía

Denise Acuña González, Jesús Jorge Beltrán Montoya, Ángel Elizalde Méndez, Deisi Verónica Alvarado Rosales, Everardo Antonio Barragán Romero

S32 Ventajas y desventajas del uso de la energía en cirugías ginecológicas

Brenda María Urbina Chávez, Fausto Coronel, Rocío Guerrero Bustos, Elizabeth Cadena Rosas, Yanet Jennings Aguilar

S33 Modelo para simulación laparoscópica

Raúl Rodrigo Arredondo Merino, Luis Ernesto Gallardo Valencia

S33 Quiste gigante de ovario tratado por laparoscopi: reporte de un caso

Marco Antonio Aguirre Ramos, Álvaro Martín Ramos Alvarado, Ricardo Romo Gutiérrez, Ignacio García de la Torre, Atenas Rodríguez Valdez

S33 Tuberculosis genital: hallazgos endoscópicos en pacientes con infertilidad

Eugenia Medina González, Martha Paola Martínez Vázquez, Gabino de Jesús Vaca Carvajal, Sergio Bernal Martínez

S34 Tuberculosis pélvica. Reporte de caso y revisión de la bibliografía

Sara Elia Hernández Flores, Roberto Carlos Ojendiz Nava, Jorge Román Audifred Salomón, Danniela Niebla Cárdenas

S34 Enfermedad pélvica inflamatoria síndrome de Fitz Hugh Curtis

Marco Antonio Aguirre Ramos, Álvaro Martín Ramos Alvarado, José Ignacio García de La Torre, Sanjuana Elizabeth Campos Hinojosa

S34 EPI y absceso hepático por Actinomyces: reporte de un caso

J Luz Antonio de la Cruz Puente, Ricardo Ángel Canseco Flores, Lorena Candelas Huerta, Ana Laura Juárez Palacios, Leonel Ollinzayi Xolaipa Altamirano

S34 Píometra con perforación espontánea: reporte de un caso

Ismael Madrigal García, Sergio Armando Varela Ortiz, Alejandro Acevedo Guzmán, Sarita Arlem Villa Zertuche

S35 Perforación uterina espontánea secundaria a píometra en paciente con cáncer cervicouterino

Sara Elia Hernández Flores, Luz María Uribe Koch, Jorge Román Audifred Salomón, Eduardo García Muñoz

S35 Endometrioma en episiotomía, reporte de caso

Lilia Cano Hinojosa, Emilio Modesto Treviño Salinas, Juan Antonio Soria López, Victoria Margarita Cedeño Morales, Martha Mariela Sifuentes Loera

- S35 Himen imperforado: causa de dolor abdominal y endometriosis en una paciente adolescente**
Graciela Noren Madrigal, Peggy Molina Vargas, Paulett Bayona Soriano, Ana Paula Vázquez Alvarado, Kiyoshi Arturo Macotela Nakagaki
- S36 Hipertrofia de labios menores de vulva. Revisión bibliográfica y comunicación de tres casos**
Reyna Andreina García Lezama, Marcelo Luna Rivera, Martha Mariela Sifuentes Loera, Sara Peña Lizola
- S36 Útero didelfo con hemivagina obstruida (tabique vaginal longitudinal)**
José Manuel García Ríos, Silvia Ortega Barrios, Gilberto J. Solano Aparicio
- S36 Útero con cavidad uterina única y doble cérvix con tabique vaginal: un caso de alteración mülleriana no clasificable**
Sergio Tellez Velasco, Luis Miguel Campos Olmedo
- S37 Hernia uterina en paciente infértil: reporte de un caso**
Miguel Ángel Bernal Davish, María Natividad Guzmán Tapia, Ángel Luis Utrera García, Yesenia Saharai Godos Velásquez, Guillermo Contreras Alarcón
- S37 Agenesia vaginal y cervical**
María Isabel Zavala Ortega, Juan Carlos Hinojosa Cruz, Olivia Marín Romero, Víctor Saúl Vital Reyes, Javier N. Ocón Tamayo
- S37 Técnicas quirúrgicas y no quirúrgicas de neovagina y sus complicaciones: modificación al método de Frank**
Octavio Alejandro Hernández Monge, Matha Isabel Méndez Bautista, Abigail Viveros Gallardo, Ruth Pacheco Pineda
- S38 Frecuencia de malformaciones müllerianas. Polémica en cuanto a clasificación**
María Esther Ortega Santos, Edgardo Bustillos Alamilla, Jorge Zepeda Zaragoza, Carlos Ramírez Isarraráz
- S38 Teratoma mixto en una adolescente. Reporte de un caso en el Hospital Regional de PEMEX Salamanca**
Román Murguiondo Fonseca, Martha Gabriela Serrano Ramos, Ismael Madrigal García, Alejandro Acevedo Guzmán
- S38 Síndrome de Swyer: reporte de caso y revisión de la bibliografía**
Ayda Josefina Martínez Hernández, Sandra Gabriela Medina Escobedo, Dulce Margarita Gutiérrez Espinosa, Paola Guadalupe Méndez Calvillo, Enrique García Coronado
- S38 Presentación de un caso: síndrome de Perrault y revisión de la bibliografía**
José David Ramos González, Edgardo Bustillos Alamilla, Jorge Zepeda Zaragoza, María Cristina Juárez Cabrera, Rocío Villafuerte de la Cruz
- S39 Síndrome de insensibilidad a los andrógenos: reporte de un caso y revisión de la bibliografía**
Atziri Ramírez Negrín, Rogelio Castillo Luna, Tomás Herrerías Canedo, Armando Cepeda Silva, Vianey Ríos Cruz
- S39 Infección por virus del papiloma humano en el hombre: factores de riesgo y estrategias de prevención**
Drusso Vera Gaspar, Rosa Carmen Méndez Camarena, José Alberto Brime Alfonso
- S39 Calidad de información y confianza del estudio de Papanicolaou y colposcopia de pacientes que acuden a campañas del Centro de Docencia e Investigación en Patología del Aparato Genital y Colposcopia**
Drusso Vera Gaspar, Sandra Luz Terwogt Calero, Alejandro González Gleason
- S40 Citología cervical dirigida en pacientes con lesión colposcópica**
Martha Laura Ramírez Montiel, Arely Bazán Salinas, Angélica Flores Martínez, Edgar Alejandro Gómez Villa, Ricardo López Rubio
- S40 Citología convencional en el personal del ISSSTE**
Adriana Tarcila Velázquez Pérez, Sandra Pérez Rodríguez, Diana Jaqueline García Herrera
- S40 Características densitométricas de pacientes con síndrome de Turner enviadas al Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes**
Pablo Garza Ríos Loyzaga Corcuer, Lorena Cecilio Aguilera, Jesús Rafael Aguilera Pérez, Citlalli Guau-xochitl Marín
- S41 Evaluación de los valores de densidad mineral ósea pre y post-tratamiento con bisfosfonatos en pacientes con osteoporosis del Hospital Juárez de México**
David Manterola Álvarez, Luis Ramiro Ramírez Sánchez, Flavia Pereyda Pierre, Imelda Hernández Marín
- S41 Histiocitosis vulvar**
Jorge Alberto Ramírez Matús, Liliana Valdez Gil, Román Morales Sánchez, José Luis Aquino Hernández, Julia Hernández Álvarez
- S41 Cáncer vulvar: reporte de un caso en el Hospital Regional de PEMEX Salamanca**
Ismael Madrigal García, Karla Denisse Luna Hinojosa, María De Los Ángeles Avila Contreras, Sergio Armando Varela Ortiz, Neptali Preciado Castro
- S41 Dermatofibrosarcoma protuberans**
Liliana Valdez Gil, Jorge Alberto Ramírez Matús, José Luis Aquino Hernández, Román Morales Sánchez, María Rosalba Jiménez Ocaña
- S42 Tratamiento de angiomixoma agresivo vaginal. Reporte de un caso**
Christian Moctezuma Meza, Samuel Peñalva Rosales, Verónica Quintana Romero, Ernesto Mejía Olvera, Iliana Caballero Castañeda
- S42 Siringoma de la vulva: reporte de un caso**
Daniela Pérez Morones, María Paulina Campuzano Salgado, Marcelo Jr. Luna Rivera, Lorena Castillo Sáenz, Ivett Miranda Maldonado
- S42 Fibroma vulvar**
Daniela Pérez Morones, Sara Patricia Peña Lizola, Lorena Castillo Sáenz, David de Jesús Garza Villarreal, Laura García Labastida
- S43 Presentación atípica de tumor de ovario de células de la granulosa juvenil: reporte de un caso**
Arturo Hernández Jiménez, Peggy Molina Vargas, Alejandra Sánchez de León, Mario Carlos Morales Velázquez, Alejandra Contreras Rendón
- S43 Teratoma inmaduro metastásico. Reporte de un caso y revisión de la bibliografía**
Clara del Carmen Flores Acosta, Óscar Vidal Gutiérrez, Donato Sáldivar Rodríguez, Nancy Dávila Flores, Mauro Antonio Macedo
- S43 Teratoma ovárico presentación aguda en paciente pediátrica: reporte de un caso**
Martha Paola Martínez Vázquez, Eugenia Medina González, Gabino de Jesús Vaca Carvajal, Sergio Bernal Martínez
- S43 Tratamiento no quirúrgico de los quistes simples de ovario**

- Rosa Alejandra Villa Grajeda, Francisco Villa Villagrana, Daniel Alejandro Rizo Contreras, Mar Izeth Arambula Chavolla, J. Guadalupe Panduro Barón
- S44** **Cáncer de ovario: resultados de análisis retrospectivo de los últimos cuatro años**
Laura Gabriela Serrano Castro, Óscar Vidal Gutiérrez, Emilio Modesto Treviño Salinas, Óscar Rubén Treviño Montemayor, José Antonio Buenfil Lozano
- S44** **Cistoadenoma mucinoso asociado con teratoma maduro en la postmenopausia: reporte de un caso y revisión de la bibliografía**
Martha Isabel Méndez Bautista, María Elena Bohorquez Barragán, Gloria González Medrano, Audifred Audifred Salomón
- S44** **Cistadenoma seroso gigante de ovario: reporte de un caso y revisión de la bibliografía**
Nancy Magdalena Dávila Flores, Emilio Treviño Treviño Salinas, Óscar Vidal Gutiérrez, Patricia Lemini Camarillo, Victoria Margarita Cedeño Morales
- S44** **Coristoma adrenal de oviducto: presentación de un caso**
Martha Mariela Sifuentes Loera, Sara Patricia Peña Lizola, Emilio Treviño Salinas, Daniela Pérez Morones, David de Jesús Garza Villarreal
- S45** **Tumor estromal esclerosante: reporte de un caso**
Laura Gabriela Serrano Castro, Óscar Vidal Gutiérrez, Emilio Modesto Treviño Salinas, Oralia Barboza Quintanilla, Gabriela Sofía Gómez Macías
- S45** **Leiomioma ovárico**
Liliana Valdez Gil, Jorge Alberto Ramírez Matús, José Luis Aquino Hernández, Román Morales Sánchez, María Rosalba Jiménez Ocaña
- S45** **Leiomiomatosis peritoneal diseminada**
Rodrigo Zamora Escudero, Luis Arturo Hernández López, José Gutiérrez Frusch, Eunice Adriana León Banderas, José de Jesús Juárez González
- S46** **Reporte de un caso de leiomiomasarcoma**
Emma Gabriela Portillo Osorio, Julieta Osorio Uribe
- S46** **Mioma celular gigante en paciente de 20 años: diagnóstico y tratamiento**
Ernesto Castelazo Morales, Eunice Adriana León Banderas, Yazmín Copado Mendoza, Óscar Andrés Martínez Pachón
- S46** **Mioma uterino gigante**
Hilda Sánchez Hernández, Jorge Román Audifred Salomón, Priscilla Roque Gutiérrez, Karla Liliana Toledo Martínez
- S47** **Mioma gigante calcificado: reporte de un caso**
Ana Isabel Osorio Pérez, Carlos Andrés Rodríguez Cabral, Leonardo Enrique Salazar Tristán, María del Carmen Flores Menchaca, Luis Joaquín Romo Enciso
- S47** **Mioma submucoso abortado: reporte de un caso.**
Arturo Hernández Jiménez, Jaime Arturo Alfaro Alfaro, Félix Muñizuri Íñiguez, Alejandra Contreras Rendon, Yuliana Gómez Meraz
- S47** **Tumor de Meigs: reporte de caso y revisión de la bibliografía**
Norberto Reyes Paredes, Miguel de Jesús López Rioja, Santiago Castelazo Alatorre
- S47** **Sarcoma uterino: reporte de un caso y revisión de la bibliografía**
Nadia Jacqueline Hernández Carlin, Gilberto Ramírez López, Gustavo Cruz Alarcón
- S47** **Estadificación laparoscópica en etapa avanzada de cáncer endometrial: reporte caso clínico**
Emilio José Olaya Guzmán, Rodrigo Ayala Yáñez, Alejandra Contreras Rendón, María Guadalupe Hugues García, Lorena Matienzo Serment
- S48** **Adenocarcinoma endometriode poco diferenciado: reporte de caso**
Miriam Eugenia Rubio Robles, Adriana Tarcila Velázquez Rodríguez, Samantha Lizeth Alcantar Lomelí
- S48** **Tumor de músculo liso uterino de potencial malignidad incierta (STUMP): reporte de un caso**
Alejandro Sánchez Aranda, Samuel Weingerz Mehl, Gabriel Rojas Pocero, Diego Leonardo Jorge Buys, Santiago Castelazo Alatorre
- S48** **Rabdiomiosarcoma en cuello uterino de mujer joven**
Mauricio Enrique Montemayor Bolaño, Arnulfo Martínez Chapa, Mario Meade García, Ruth Wade Isidro, Cecilia Lezama Torres
- S49** **Tumor mülleriano mixto: presentación de dos casos**
Alberto Kably Ambe, Óscar Andrés Martínez Pachón, Florencia Covarrubias Haiek, Marsella Franco Jaramillo, Jacqueline Ivett Laguardia Domínguez
- S49** **Carcinoma de trompa de Falopio: reporte de un caso**
Reyna Andreina García Lezama, Ricardo Ibarra Patiño, Óscar Vidal Gutiérrez, Victoria Cedeño Morales, Óscar Treviño Montemayor
- S49** **Coriocarcinoma, no tan frecuente pero mortal**
Lorena Candelas Huerta, Leonel Xolalpa Altamirano, Julieta Cruz Ruiz, Mayra Jiménez Ávalos, Gabriel Muñoz Juárez
- S49** **Coriocarcinoma metastásico asociado con síndrome de Wunderlich: reporte de caso**
Roberto Carlos Ojendiz Nava, Sara Elia Hernandez Flores, Danniela Niebla Cardenas, Jorge Román Audifred Salomón
- S50** **Mixofibrosarcoma de bajo grado en cicatriz quirúrgica de mastectomía**
Jorge Alberto Ramírez Matús, Liliana Valdez Gil, José Luis Aquino Hernández, Román Morales Sánchez, Sergio Montoya Maza
- S50** **Linfoma no Hodgkin difuso de células grandes de inmunofenotipo B primario de la mama**
Jorge Alberto Ramírez Matús, Liliana Valdez Gil, Román Morales Sánchez, José Luis Aquino Hernández, Luz Araceli López Solórzano
- S50** **Enfermedad de Paget: reporte de un caso**
Andrés Domínguez Jiménez, Daniel Ely Bravo Aguirre, Félix Ezequiel Sotelo, Ricardo Roberto Vega Traperó, Luis Felipe Maldonado Nájera
- S50** **Tumor phyllodes de la mama, experiencia mexicana con 202 neoplasias**
Eva Ruvalcaba Limón, Josefina Jiménez López, Verónica Bautista Piña, Fernando Guisa Hohenstein, Sergio Rodríguez Cuevas
- S51** **Tumor phylloides maligno diagnosticado en el puerperio**
Clara del Carmen Flores Acosta, Myrna Limón Morales, Óscar Vidal Gutiérrez, Donato Saldivar Rodríguez, Yuridia Alvarado Bernal
- S51** **Tumor phylloides: experiencia de una institución en los últimos cuatro años**
Ricardo Ibarra Patiño, Óscar Vidal Gutiérrez, Donato Saldivar Rodríguez, Mauro Antonio Macedo, Óscar Rubén Treviño Montemayor

- S51 Tumor phyllodes de mama: presentación de un caso**
Martha Mariela Sifuentes Loera, Sara Patricia Peña Lizola, Ricardo Ibarra Patiño, Óscar Vidal Gutiérrez
- S52 Tratamiento de carcinosarcoma mamario. Cirugía en tumor fungado, aplicación de quimioterapia adyuvante y radioterapia: reporte de un caso**
Christian Moctezuma Meza, Patricia Alanís López, José Luis López Obispo, Fabián Tobón Osornio, Juan Luis Aboites Lucero
- S52 Cáncer de mama masculino: reporte de caso**
Lilia Cano Hinojosa, Ricardo Ibarra Patiño, Victoria Margarita Cedeño Morales, Mauro Antonio Macedo, Óscar Vidal Gutiérrez
- S52 Cáncer de mama localmente avanzado y su tratamiento durante el embarazo**
Christian Moctezuma Meza, Gonzalo Pol Kippes, Jessica Liliana Bañuelos Rodríguez, Brendha Ríos Castillo, Olivia Marín Romero
- S53 Carcinoma mamario de rápido crecimiento**
Pablo Garza Ríos Loyzaga Corcuera, Pedro Silvestre Miguel Pérez, Armando Miguel Roque Sánchez, Jesús Rafael Aguilera Pérez, Lorena Cecilio Aguilera
- S53 Carcinoma tubular de mama: serie de casos**
José Eduardo Serratos Garduño, Diego Armando Camacho Ramírez, Veronica Andino, Antonio Maffuz Aziz
- S53 Papiroma intraductal gigante de mama**
José Eduardo Serratos Garduño, Veronica Andino Areque, Diego Armando Camacho Ramírez, Antonio Maffuz Aziz, V Bautista Piña
- S54 Carcinoma mucinoso papilar de mama: reporte de un caso**
Roberto Villalón Calderón, Ricardo Jauregui Tejeda, Mónica Delgado Castrejón, Eduardo Gómez Plata
- S54 Sarcoma de glándula mamaria: reporte de un caso**
Victoria Margarita Cedeño Morales, Emilio Modesto Treviño Salinas, Óscar Vidal Gutiérrez, Lilia Cano Hinojosa, Nancy Magdalena Dávila Flores
- S54 Efecto del 17-estradiol en la expresión de ARNm de CTCF y CTCFL en la línea celular MCF7 de cáncer de mama**
Antonio Sifuentes Álvarez, Eduardo Portillo Del Campo, Jorge Alberto Burciaga Nava, Francianella Reyes Vargas, Miguel Arturo Reyes Romero
- S54 Metástasis en ganglios linfáticos centinel de pacientes con carcinoma ductal in situ**
Eva Ruvalcaba Limón, María De Jesús Garduño Raya, Verónica Bautista Piña, Claudia Trejo Martínez, Sergio Rodríguez Cuevas
- S55 Reconstrucción inmediata post-mastectomía utilizando colgajo miocutáneo de gran dorsal exclusivo sin prótesis en paciente con carcinoma ductal in situ extenso**
Alejandro Jonguitud Acosta, Ramón Mendoza Mares, Ernesto Sánchez Hermosillo, Carlos Contreras Hernández, Sergio Gómez Rodríguez
- S55 Fusión de labios en pacientes postmenopáusicas**
Denise Niza Benardete Harari, Diego Meraz Ávila, Roberto Armando Nevarez Bernal
- S55 Prolapso genital total y divertículo parauretral: reporte de un caso**
María Isabel Nicolás López, Manuel Sáenz Cabrera, Silvia Ortega Barrios, Alyhatra Elizabeth Serrano Vazquez, Gilberto Juvencio Solano Aparicio
- S56 Correlación cito-colposcópica en pacientes climatéricas**
Drusso Vera Gaspar, Ricardo Sánchez Zamora, Alejandro González Gleason
- S56 Infertilidad femenina: una aproximación psicosocial**
Dulce Yazmin Salazar Ortiz, María de Lourdes Martínez Zúñiga
- S56 Preservación de la fertilidad: una opción para pacientes con cáncer**
Lina Gabriela Villar Muñoz, Jesús Daniel Moreno García, Fabiola Sánchez Nava, Linda García Lima, Herbert Flores Leal
- S57 Porcentaje de fragmentación de ADN espermático en pacientes en un centro privado del Distrito Federal (México)**
Alfredo Góngora Rodríguez, Jesús Guillermo Pérez Fonseca, Karla Paola Moreno Ortiz, José Manuel García Wrooman, Lyda Yuliana Parra Forero
- S57 Comparación de valores de seminograma con fragmentación de ADN en varones infértiles**
Guillermina Dupre Aramburu, Ada Belinda Luna Gallardo, Laura Patricia González de Jesús, Tannia Paulina Caro Gómez, Mario Sergio Cristo Aguirre
- S57 Concentraciones de hormona antimülleriana en pacientes con síndrome de ovario poliquístico**
Óscar Salcido Rivera, Norma Patricia Ramos González, Alejandra Vaca González, Daniel Zúñiga Jimenez
- S58 Concentraciones de hormona antimülleriana por grupo de edad**
Norma Patricia Ramos González, Alejandra Vaca González, Óscar Salcido Rivera, Daniel Zúñiga Jiménez, Martha Leticia Quezada Monroy
- S58 Uso de inhibidores de aromatasa en pacientes con síndrome de ovario poliquístico**
Ayda Josefina Martínez Hernández, Ivonne Hermenegildo Flores, Dulce Margarita Gutiérrez Espinosa, Paola Guadalupe Méndez Calvillo, Marcela Guadalupe Medellín Moreno
- S58 Síndrome de Swyer y embarazo: reporte de un caso**
María Esther Ortega Santos, Edgardo Bustillos Alamilla, Jorge Zepeda Zaragoza
- S59 Embarazo obtenido mediante evaluación dinámica de la reserva ovárica y concentraciones de hormona antimülleriana de 0.47 ng/mL, 0.16 ng/mL y 0.16ng/mL**
Alejandra Vaca González, Norma Patricia Ramos González, Óscar Salcido Rivera, Nathaly Zúñiga Novoa, Martha Leticia Quezada Monroy
- S59 Pergoveris versus menotropinas en ciclos de fertilización in vitro en pacientes con baja respuesta ovárica**
Alexandra Bermúdez Rodríguez, Jacobo Dabbah Mussoly, Mario Alberto Muñiz Vargas, Rubén Alejandro Avendaño, Barrueta, Miriam Guadalupe Serrano García
- S59 Comparación de la maduración folicular final con hGC versus agonista GnRH, en el grupo de donadoras**
Berchemann Lorenzo González, Marco Antonio Zapata Loera, Iram Obeso Montoya, Roberto Santos Haliscak, Jorge Castillo Baso
- S59 Agonista de GnRH versus gonadotropina coriónica humana para**

- la maduración ovocitaria final en ciclo de ovodonación para receptora con embarazo clínico previo y semen normozoospermico
Jacobo Dabbah Mussoly, Alexandra Bermudez Rodríguez, Mario Alberto Muñiz Vargas, Rubén Alejandro Avendaño Barrueta, Miriam Guadalupe Serrano García
- S60 HAM y su correlación con concentraciones de FSH y estradiol en fase folicular temprana**
Norma Patricia Ramos González, Óscar Salcido Rivera, Alejandra Vaca González, Daniel Zúñiga Jimenez, Roberto Hernández Gutiérrez
- S60 El lavado folicular no mejora los resultados reproductivos en nuestro programa de reproducción asistida.**
Roberto Santos Haliscak, Axdrual Ávila Elizalde, Pablo Díaz Spindola, Pedro Galache Vega, Julio Rosales de León
- S60 Resultados reproductivos de la estimulación ovárica leve en donadoras de ovocitos**
Lorenzo González Berchermann, Eduardo Aguayo Macías, Sergio Alberto Davila Garza, Iram Obeso Montoya, Roberto Santos Haliscak
- S61 Tasa de embarazo por inseminación intrauterina en mujeres mayores de 35 años. Experiencia del Instituto Especializado en Infertilidad y Medicina Reproductiva**
Ada Belinda Luna Gallardo, José Enrique Islas Varela, Guillermina Dupre Aramburu, Tannia Paulina Caro Gómez, Laura Patricia González de Jesús
- S61 Tasa de embarazo posterior a técnicas de reproducción asistida de alta complejidad y resultados perinatales en INSEMER**
Tannia Paulina Caro Gómez, José Enrique Islas Varela, Laura Patricia González De Jesús, Guillermina Dupre Aramburu, Ada Belinda Luna Gallardo
- S61 Tasa de embarazo en pacientes del Instituto Especializado en Infertilidad y Medicina Reproductiva (INSEMER) posterior a histeroscopia**
Laura Patricia González De Jesús, Abraham Martínez Ruiz, Guillermina Dupre Aramburu, Tannia Paulina Caro Gómez, Ada Belinda Luna Gallardo
- S62 Comparación en los porcentajes de tasas de embarazo entre transferencia de embriones previamente vitrificados con transferencias de embriones en fresco**
Lorenzo González Berchermann, Roberto Santos Haliscak, Ashanti Aguilar Melgar, Sergio Dávila Garza, Pablo Díaz Spindola
- S62 Tasas de éxito entre transferencias de embriones en fresco y vitrificados en el programa de donación con óvulos hermanos: experiencia del Centro de Fertilidad-IECH**
Roberto Santos Haliscak, Diana Abril Casanova Nañez, Iram Obeso Montoya, Angélica Sarai Bracamonte Díaz, Marco Antonio Zapata Loera
- S62 Tasa de embarazo a partir de ovocitos de la misma cohorte folicular durante la transferencia de embriones en fresco y congelados en técnicas de reproducción asistida**
Angélica Sarai Bracamonte Díaz, Roberto Santos Haliscak, Sergio Alberto Dávila Garza, Pedro Galache Vega, Genaro García Villafaña
- S62 Tasa de embarazo con donación anónima vs donación familiar**
Carlos Gerardo Salazar López-Ortiz, Manuel Rodríguez Hernández, Sergio Téllez Velasco, Gonzalo Siu Moguel, José Juan Luna Martín del Campo
- S63 FIV y malformación de Arnold Chiari II**
Carlos Gerardo Salazar López Ortiz, Sergio Téllez Velasco, Gonzalo de Jesús Siu Moguel, Jennifer Sedglach Rocha, Jesús Fernando Gallardo Pineda
- S63 Ruptura vesical espontánea: reporte de un caso**
Carlos Andrés Rodríguez Cabral, Ana Isabel Osorio Pérez, Leonardo Enrique Salazar Tristán, Gabriela García Reyes, Luis Joaquín Romo Enciso
- S63 Prolapso de fimbria como complicación de histerectomía abdominal**
Erika Olguin Villamar, María Teresa Aguilar Hernández, Víctor Hugo Sanabria Padrón, Dayna Autun Rosado, Lorena Sánchez Basurto
- S64 Arteritis necrotizante aislada en tracto genital femenino: reporte de un caso**
Ana Isabel Osorio Pérez, Carlos Andrés Roriguez Cabral, Leonardo Enrique Salazar Tristan, Carlos González Carrillo, Luis Joaquín Romo Enciso
- S64 Factores clínicos y urodinámicos asociados con incontinencia dual**
Silvia Rodríguez Colorado, Josué Christian Hernández Bañales, Viridiana Gorbea Chávez, Carlos Ramírez Isarraráz, Isabel Tolentino Sosa
- S64 Tratamiento del trastorno de vaciamiento en paciente con síndrome de cauda equina: presentación de un caso**
Laura Escobar del Barco, María Katherine Tabares Trujillo, Sandra Sucar Romero, Viridiana Gorbea Chávez, Silvia Rodríguez Colorado
- S64 Cirugía de mínima invasión para incontinencia urinaria de esfuerzo**
Sandra Gabriela Rule Gómez, Yuliana Olivia Gómez Meraz, Erika Rocio Valencia Olmos
- S65 Técnica para la aplicación de cinta anti-incontinencia retropública**
Esther Silvia Rodríguez Colorado, Jaime Ignacio Cevallos Bustillos, Viridiana Gorbea Chávez, Miguel de Jesús López Rioja, Alejandro Sánchez Aranda
- S65 Incidencia de urgencia urinaria de novo en pacientes post operadas de cirugía antiincontienencia: experiencia en el Instituto Nacional de Perinatología**
Esther Silvia Rodríguez Colorado, Jaime Ignacio Cevallos Bustillos, Viridiana Gorbea Chávez, Carlos Ramírez Isarraráz, Verónica Granados Martínez
- S65 Cintas libres de tensión: ventajas y complicaciones**
Denise Niza Benardete Harari, Diego Meraz Avila, Sofia Arguelles Rojas, Kiyoshi Arturo Macotela Nakagaki
- S65 Morbilidad de la cinta libre de tensión retropública en un programa de entrenamiento**
Arnulfo Martínez Chapa, José Francisco López Verdugo, Ruth V Wade Isidro, Cecilia G Lezama Torres, Mario A Meade García
- S66 Clasificación y tratamiento de triple complicación de una malla para el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo: extrusión, perforación y fistula**
Norah Nalleli Macias Vera, Patricia Inés Velázquez Castellanos, Nancy Godoy Rodríguez, Mayra Anabel Montes Casillas, Ángel Alfonso Cárdenas Ramos
- S66 Sacrocolpoxia abdominal: patrón de referencia en el prolapso**

- de cúpula vaginal. ¿Qué hay de nuevo?
Vicente Manuel Miranda Sevilla, Diana Yazmin Copado Mendoza, Laura Guadalupe Escobar del Barco
- S66 Manejo y clasificación de la erosión y exposición de malla para prolapso de órganos pélvicos**
Jorge Jesús Sánchez Cisneros, María Katherine Tabares Trujillo, Carlos Ramírez Isarraráz, Viridiana Gorbea Chávez, Esther Silvia Rodríguez Colorado
- S67 Complicaciones con el uso de material protésico para el tratamiento de prolapso de órganos pélvicos: descripción, clasificación, tratamiento y evolución**
Patricia Inés Velázquez Castellanos, Mayra Anabel Montes Casillas, Nancy Godoy Rodríguez, Norah Nalleli Macías Vera
- S67 Sacrocolpopexia a través de orificio natural**
Arnulfo Martínez Chapa, José Francisco Lopez Verdugo, Ruth Wade Isidro, Cecilia Lezama Torres, Mauricio Montemayor Bolado
- S67 Sacrocolpopexia abdominal: resultados a largo plazo**
Arnulfo Martínez Chapa, José Francisco López Verdugo, Cecilia G. Lezama Torres, Ruth V. Wade Isidro, Mario A. Meade García
- S67 Cirugía de Manchester para elongación cervical: reporte de un caso**
Carlos Andrés Rodríguez Cabral, Ana Isabel Osorio Pérez, Leonardo Enrique Salazar Tristan, Gabriela García Reyes, Luis Joaquín Romo Enciso
- S68 Quiste vaginal y anomalías anatómicas müllerianas: reporte de caso**
Victoria Margarita Cedeño Morales, Emilio Modesto Treviño Salinas, Lilia Cano Hinojosa, Patricia Lemini Camarillo, Óscar Vidal Gutiérrez
- S68 Quiste uretral complejo**
Laura Escobar del Barco, Isabel Tolentino Sosa, Katherine Tabares Trujillo, Josué Hernández Bañales, Jorge Sánchez Cisneros
- S68 Tumor de clítoris: reporte de caso y revisión de la bibliografía**
Esther Silvia Rodríguez Colorado, Jaime Ignacio Cevallos Bustillos, Viridiana Gorbea Chávez, Carlos Ramírez Isarraráz, Abner Santos López
- S69 Quiste de Nuck**
Arturo Herrera Cervantes, Edgar Medina Ramos, Sandra Orendain
- Talavera, Mónica Estrada Jara, Juan de Dios Rivera
- S69 Embarazo ectópico asociado con quiste hemorrágico: reporte de un caso**
Wendy Olivia Galicia Pelaez, Violeta Reyna Lucano Venegas, Jorge Domínguez Pérez
- S69 Embarazo ectópico miometrial**
Carolina Porras Dorantes, Leonardo Daniel Murillo Valadez, Luis Joaquín Romo Enciso, Andrés Rodríguez Cabral
- S69 Embarazo ectópico cervical post ablación endometrial**
Alejandra Alexia Álvarez Lozano, Paulett Bayona Soriano, Kiyoshi Arturo Macotela Nagaki, Alexandra Bermúdez Rodríguez, Alejandro Avendaño Barroeta
- S69 Embarazo ectópico cervical de seis semanas de gestación: presentación de un caso**
José Luis Rivas Aguilar, José Antonio Rivas García
- S70 Embarazo ectópico cervical molar parcial**
Leonel Xolalpa Altamirano, Lorena Candelas Huerta, Julieta Cruz Ruiz, Gabriel Muñoz Juárez
- S70 Tratamiento conservador del embarazo ectópico cervical con inyección intragestacional de metotrexato y KCl: reporte de un caso**
Gisela Guadalupe Alvarado Avilés, José Alfredo Fernández Lara, Jesús Héctor San Miguel Hernández, Diana Isabel Martínez Mejía, Gilberto Alfonso Alemán Muñiz
- S70 Tratamiento conservador con metotrexato del embarazo ectópico cervical: presentación de un caso**
Martha Mariela Sifuentes Loera, Emilio Treviño Salinas, Sara Patricia Peña Lizola
- S70 Embarazo ectópico ovárico: presentación de un caso**
Jonathan Valdez González, Emilio Modesto Treviño Salinas, Martha Mariela Sifuentes Loera, Sara Patricia Peña Lizola, Cesar Daryl Castro Reyes
- S71 Embarazo ectópico con cuadro clínico que no descarta un tumor germinal**
Sergio González Novoa, Jesús Héctor San Miguel Hernández, Jesús Mario Canseco Lima
- S71 Embarazo ectópico esplénico: reporte de un caso**
- Rosalía Elvira Hernández Díaz, Reyna Luz Soto González
- S71 Embarazo ectópico cornual de 13.2 semanas de gestación: reporte de un caso**
Marcela Josefina Córdova Castiello, Raúl Cortés Flores, Yolanda Reynosa Oviedo, Marina Martínez García, Ernesto López Vera
- S71 Embarazo ectópico del segundo trimestre en cuerno rudimentario: reporte de dos casos**
Esperanza Josefina Bautista Gómez, Víctor Edilberto Morales García, Omar Felipe Dueñas García, Noel Pizarro Osorno, Elsa Moreno Verduzco
- S72 Embarazo ectópico en cicatriz de cesárea previa: reporte de un caso**
Sofía Desirée Esquivel Montoya, Joaquín Oliva Cristerna, María de Lourdes Martínez Zuñiga
- S72 Embarazo ectópico en cicatriz de cesárea previa: reporte de un caso (INSEMER)**
Laura Patricia González De Jesús, Abraham Martínez Ruiz, José Enrique Islas Varela, Mario Sergio Cristo Aguirre, María Victoria Marchese
- S72 Embarazo heterotópico: reporte de un caso**
Alondra Montserrat Barba Jiménez, Paulina Castro Reynoso, José de Jesús Díaz Ávila
- S73 Embarazo heterotópico: reporte de caso y revisión de la bibliografía**
Sara Elia Hernández Flores, Roberto Carlos Ojendiz Nava, Jorge Román Audifred Salomón, Danniela Niebla Cárdenas
- S73 Embarazo heterotópico espontáneo: reporte de un caso y revisión de la bibliografía**
Jorge Beltrán Montoya, Joaquín Ruiz Sánchez, Ángel Elizalde Méndez, Itzel Alvarado Maldonado, Christian Reyes Mayoral
- S73 Embarazo heterotópico, tratamiento laparoscópico: presentación de un caso y revisión de la bibliografía**
Alberto Kably Ambe, Óscar Andrés Martínez Pachón, Florencia Covarrubias Haiek

SEGUNDA PARTE: OBSTETRICIA

- S74 Near-miss materno en adolescentes: experiencia en el Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes 2009-2012**

- Josefina Lira Plascencia, Karla Selegna Sánchez Baños, Raúl Roberto González Calvo, Javier Mancilla Ramírez, Selene Sam Soto, Francisco Ibarguengoitia Ochoa
- S74 Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica en Obstetricia: reporte de caso**
Miguel Ángel Serrano Berrones, Georgina Centeno Durán
- S74 Uso y abuso de antibióticos en la práctica ginecoobstétrica**
Luis Felipe Maldonado Nájera, Erika Ramírez Robles, Rubén Chávez Delgado, William Zopiyaxtle Jarquin, Ricardo Jáuregui Tejada
- S74 Importancia del control glucémico en la embarazada con diabetes mellitus en los resultados perinatales y obstétricos**
Raúl Fernández Silva, Genaro Vega Malagón
- S75 Impacto perinatal de estrategias de detección para diabetes mellitus gestacional en embarazadas en el Hospital General de México**
Diana Rosalía Tiro Hernández, Rocío Guerrero Bustos, Martha León Alcántara
- S75 Factores de riesgo asociados a la necesidad de insulina en mujeres con diabetes mellitus gestacional**
Enrique Reyes Muñoz, Carlos Ortega González, Armando Roque Sánchez, Nayeli Elizabeth Martínez Huerta, Alfredo Castillo Mora
- S75 Efectividad del tratamiento médico nutricio más metformina transgestacional para disminuir la incidencia de diabetes mellitus gestacional en mujeres de alto riesgo**
Enrique Reyes Muñoz, Jennifer Mier Cabrera, Carlos Ortega González, Nayeli Elizabeth Martínez Huerta, Arelia Ávila Carrasco
- S75 Factor psiconeuroinmunoendocrino y el manejo con antiinflamatorios no esteroides como celecoxib en la diabetes gestacional**
Felipe Cajiga Mata, Patricia Loranca Moreno, Isela Vieyra Lobato, Mauricio Anguas González
- S76 La resistina materna influye en el perfil de lípidos fetal**
Salvador Espino y Sosa, Mario Rodríguez Bosch, Mario Solís Paredes, Verónica Ortega Castillo, Guadalupe del Carmen Estrada Gutiérrez
- S76 Las adipocinas maternas están implicadas en la regulación homeostática de la glucemia fetal**
Salvador Espino y Sosa, Mario Solís Paredes, Otilia Perichart Perera, Mari Cruz Tolentino Dolores, Guadalupe del Carmen Estrada Gutiérrez
- S76 Relación de parto prematuro y bajo peso al nacer con menarquia temprana en pacientes nacidas en el Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes entre 1997-2000**
Karla Selegna Sánchez Baños, Josefina Lira Plascencia, Javier Mancilla Ramírez, Selene Sam Soto, Iván Madrazo Rodríguez, Aurora Ramírez Torres
- S77 Hiperparatiroidismo e hipotiroidismo que complican el embarazo A propósito de un caso**
Clara del Carmen Flores Acosta, Donato Saldívar Rodríguez, Gregorio Treviño Martínez, Óscar Rubén Treviño Montemayor, Mauro Antonio Macedo
- S77 Oligohidramnios, insuficiencia uteroplacentaria y restricción en el crecimiento intrauterino**
David Jonathan Díaz Reyes, Manuel Sáenz Cabrera, Silvia Ortega Barrios, Alyhatra Elizabeth Serrano Vázquez, Daniel Calderón Montaño
- S77 Restricción del crecimiento intrauterino: estrategias diagnósticas y terapéuticas a propósito de un caso**
Johnatan Torres Torres, Diana Rosalía Tiro Hernández, Fausto Coronel Cruz, Jesús Hernández Hernández
- S78 Restricción del crecimiento intrauterino, reto diagnóstico: reporte de caso**
Benjamín Cantú López, Juventino Fonseca Sánchez, Jorge Pérez Zapata, Rocío Judith Sandoval Inda
- S78 Amnioinfusión: reporte de caso en paciente con oligohidramnios**
Marco Antonio Aguirre Ramos, José Ignacio García de la Torre, Sergio Hernández López, Gerardo González Cantú
- S78 Resultados perinatales de embarazos triples: experiencia en 5 años**
Norma Paulina Pérez Ramírez, Francisco Ibarguengoitia Ochoa, Laura Vanessa Rodríguez Rocha, María José Rodríguez Sibaja, Jimena Hernández Zárate
- S79 Pretérmino, indicación de las cesáreas: experiencia en un hospital privado**
Carlos Quesnel García-Benítez, Miguel de Jesús López Rioja, Alejandro Sánchez Aranda, Santiago Castelazo Alatorre, Luz del Carmen Juárez García
- S79 Cesárea iterativa: prevalencia y pronóstico perinatal**
Ernesto Castelazo Morales, Miguel de Jesús López Rioja, Manuel Ubierno García, Santiago Castelazo Alatorre, Luz del Carmen Juárez García
- S80 Cesárea electiva ¿moda o necesidad?**
Carlos Quesnel García-Benítez, Miguel de Jesús López Rioja, Florencia Covarrubias Haeik, Marsella Franco Jaramillo, Mónica Yazmín Olovarría Guadarrama
- S80 Presentación pélvica como indicación de cesárea**
Ernesto Castelazo Morales, Miguel de Jesús López Rioja, Belinda Cedillo Zuñiga, Santiago Castelazo Alatorre, Jaime Ignacio Cevallos Bustillos
- S80 Cesárea de urgencia, prevalencia, indicaciones y pronóstico perinatal**
Ernesto Castelazo Morales, Miguel de Jesús López Rioja, Florencia Covarrubias Haeik, Marsella Franco Jaramillo, Jaqueline Ivett Laguardia Domínguez
- S81 Comportamiento de la cesárea en la mujer con edad materna avanzada**
Rodrigo Zamora Escudero, Miguel de Jesús López Rioja, Eunice Adriana León Banderas, Marsella Franco Jaramillo
- S81 Eficacia de misoprostol en inducción de trabajo parto electivo de pacientes primigestas**
Alexandra Bermudez Rodríguez, Jacobo Dabbah Mussoly, Mario Alberto Muñiz Vargas, Miriam Guadalupe Serrano García, Christa Eversbush Wolf
- S81 Placenta previa percreta con invasión vesical: reporte de un caso**
Rosalía Elvira Hernández Díaz, Luis Fernando Acosta Alfaro, Antonio Vela Olivo, Arturo Verdusco Guerrero
- S82 Placenta previa central total y acretismo placentario**
Silvia Ortega Barrios, Gisela Rueda Romo, Manuel Saenz Cabrera, Ricardo Maldonado Cruz, Alyhatra Elizabeth Serrano Vázquez
- S82 Resultados de dos técnicas de histerectomía obstétrica efectuada a pacientes con acretismo placentario**
Análisis de dos años en el Hospital General de Occidente
Roberto Carlos Ortiz Villalobos, Alberto Bañuelos Franco, Israel González

- Gomez, Fidel Ángel Cortina Luna, Raymundo Felipe Serrano Enriquez*
- S82 Rotura uterina y percretismo placentario en embarazo gemelar de 25 semanas con miomectomía y transferencia de embriones donados: reporte de caso**
Dinora Robledo González, Sinuhe Chávez Coss, Nydia Tathiana Esparza Bonales, Alma Karina García Padilla
- S82 Ruptura uterina espontánea secundaria a placenta percreta: reporte de un caso y revisión de la literatura**
Liliana Morales Dominguez, Cristina Cevallos Duarte, Jorge Roman Audifred Salomon, Martha Isabel Mendez Bautista
- S83 Manejo conservador de acretismo placentario: reporte de un caso y revisión de la literatura**
Gisela Guadalupe Alvarado Avilés, Manuel Mendoza Huerta, Juan Carlos Toro Ortiz, Jesús Héctor San Miguel Hernández
- S83 Caso clínico de incretismo placentario: Importancia en su diagnóstico prenatal y manejo multidisciplinario**
Alejandra Contreras Rendón, Javier Haghenbeck Altamirano, Rodrigo Ayala Yáñez, Arturo Hernández Jiménez, David Zárate Sáenz
- S83 Percretismo placentario: reporte de un caso**
Luis Felipe Maldonado Nájera, Erika Ramírez Robles, William Zopiyaxtle Jarquin, Rubén Chávez Delgado, Ricardo Jáuregui Tejada
- S83 Embolización de arterias uterinas en acretismo placentario**
Johnatan Torres Torres, Fausto Moises Coronel Cruz, Edna Arianna Amaro Hernández, Rocío Guerrero Bustos, Diana Rosalía Tiro Hernández
- S84 Manejo conservador de hematoma corial: reporte de un caso en el Hospital Regional de PEMEX Salamanca**
Ismael Madrigal García, Roman Murguiondo Fonseca, Victor Hugo Díaz Carbajal, Karla Dennise Luna Hinojosa, Sergio Armando Varela Ortiz
- S84 Técnica modificada para sutura compresiva del útero en cesárea con atonía uterina refractaria a tratamiento médico**
Alfredo Ramírez Cárdenas, Hernando Solís Trasancos, Paola García Ruiz, Juan Manuel Ramírez García
- S84 Desarterialización selectiva de arterias uterinas como manejo para la hemorragia obstétrica**
Miriam Elizabeth Cruz Ramírez, Sergio Rafael López Organista, Roberto Carlos Ayala Posadas, Paulina Valdés Agurrebere
- S85 Control de la hemorragia posthisterectomía obstétrica; empaquetamiento del hueco pélvico con balón de Bakri**
Consuelo Aviles Moran, Delfino Cruz Cruz, Erick García Morales, José Jesús Prado Alcazar, Maria Del Carmen Cordova Mendoza
- S85 Histerectomía Obstétrica, tratamiento quirúrgico definitivo en la hemorragia obstétrica Experiencia de dos años**
Yolanda Reynosa Oviedo, Eloisa López Manriquez, Mireya Topete González, Ernesto López Vera
- S85 Frecuencia y factores asociados con complicaciones posoperatorias en la paciente obstétrica**
Alfredo Uribe Nieto, Genaro Vega Malagón, Javier Avila Morales, Nicolas Camacho Calderón
- S86 Traumatismo genital asociado con parto asistido con fórceps: reporte de caso y revisión bibliográfica**
Denise Acuña González, Jesús Jorge Beltran Montoya, Antonio García Luna Vásquez, Deisi Verónica Alvarado Rosales, Fernando Nieto Landeros
- S86 Análisis estadístico de la hemorragia obstétrica como causa de muerte materna**
Amos Rojas Trinidad, Celso Diogenes Ramírez Palacios, Yolanda Elena Rivas Ramírez
- S86 Colocación de sonda Sengstaken-Blakemore con control ecográfico posterior: experiencia en la UMAE 23**
Alberta Franco Peralta, Hugo Francisco Pineda Aleman, Yolanda Reynosa Oviedo, Ernesto López Vera, Eloisa López Manriquez
- S87 Apego a la Guía de Práctica Clínica, para la detección y diagnóstico de enfermedades hipertensivas del embarazo en el primer nivel de atención**
Vania Ramírez Torres, Genaro Vega Malagón, Leticia Blanco Castillo, Martha Leticia Martínez Martínez, Luz Dalid Terrazas Rodríguez
- S87 Niveles séricos de b-gonadotropina coriónica humana y su relación con diferentes estados hipertensivos del embarazo**
Jessica Elizabeth Salazar Campos, Raul Díaz Molina, José Rojas Serrato, Carmen Gorety Soria Rodríguez, Josefina Ruiz Esparza Cisneros
- S87 Diagnóstico temprano de preeclampsia severa por ultrasonido Doppler de arterias uterinas Caso clínico resultado perinatal**
Martin Tulio Santa Rita Escamilla, Helga Péreznuñez Zamora, Sergio Alejandro Muro Barragán, Karelía Mendoza Barragán
- S88 Manejo clínico y tratamiento antihipertensivo más utilizado en las pacientes con diagnóstico de enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo durante el puerperio en un hospital de segundo nivel**
Edna Ruth García Porras, Jorge Villegas Morales, Sergio Rafael López Organista
- S88 Características de las pacientes con interrupción del embarazo por preeclampsia severa en el servicio de tococirugía del Antiguo Hospital Civil Fray Antonio Alcalde**
Norah Nalleli Macias Vera, Gabino De Jesús Vaca Carbajal, Franciso Javier Hernández Mora, Francisco Villa Villagrana, Nadia Paola Macias Vera
- S88 Preeclampsia atípica y éxito perinatal: reporte de caso y revisión de la literatura**
Diana Elena Monzalbo Nuñez, Ernesto Castelazo Morales, Miguel de Jesús López Rioja, Santiago Castelazo Alatorre, Jaqueline Ivett Laguardia Domínguez
- S89 Preeclampsia severa secundaria a enfermedad trofoblástica gestacional, en su variante mola parcial: reporte de un caso y revisión de la literatura**
Paola Antonieta Torres Barragán, Gabriela Victoria Sánchez Vidal, Hugo Bricio Martínez Ayala
- S89 Preeclampsia severa en un embarazo de 17 semanas asociada a una mola parcial: reporte de un caso**
Edén Francisco Reyna Rojas, Juan Antonio Soria López, Gregorio Treviño Martínez, César Daryl Castro Reyes, Reyna Andreina García Lezama
- S89 Manejo conservador de hematoma subcapsular asociado a síndrome de HELLP reporte de un caso**

- Ángel Elizalde Mendez, Fernando Nieto Landeros, Jesús Jorge Beltrán Montoya, Rogelio Castillo Luna, Denise Acuña González
- S90 Manejo Conservador de un hematoma hepático asociado a preeclampsia y síndrome de HELLP: Presentación de caso**
Myrna César Reyes, Alejandra Herrera Ortiz, Eric Rodolfo Arreola Conde
- S90 Cerclaje de emergencia con técnica doble en embarazo del segundo trimestre tardío: reporte de caso**
Violeta Reyna Lucano Venegas, Wendy Olivia Galicia Pelaez, Alejandra Celeste Macías Gil
- S90 Cerclaje en paciente con embarazo de segundo trimestre con útero didelfo y tabique vaginal completo**
Yuliana Olivia Gomez Meraz, Miguel Chaya Hajj, Alejandra Contreras Rendon, Lorena Matienzo Serment, Maria De Los Angeles Flores Manzur
- S90 Embarazo en paciente con útero unicornio reporte de un caso y revisión de la bibliografía**
Silvia Fabiola Estrada Rivera, Gabriela Victoria Sánchez Vidal, Hugo Bricio Martínez Ayala
- S91 Tratamiento conservador en embarazo gemelar con feto acárdico**
Alejandro Roberto Pliego Pérez, Eunice Adriana León, Diana Yazmin Copado Mendoza
- S91 Embarazo gemelar complicado con secuencia de perfusión arterial reversa: reporte de caso y revisión bibliográfica**
Miguel Alejandro Hernández de la Garza, Patricia Eugenia Reynoso Olivás, Hugo Francisco Pineda Aleman, Erick Noe Gudiño Ruiz
- S92 Resultados perinatales posterior a coagulación láser por fetoscopia en síndrome de transfusión fetal en el Hospital Universitario Dr José Eleuterio González**
Juan Antonio Soria López, Donato Saldivar Rdriguez, Gabriel Edgar Villagomez Martínez, Blanca Yurith Hernández Garza, Juan Gerardo Sepulveda González
- S92 Colocación de balón intratraqueal por fetoscopia en producto con hernia diafragmática congénita: reporte de un caso**
Edén Francisco Reyna Rojas, Sergio Arturo López Rivera, Blanca Yurith Hernández Garza, Gabriel Edgar Villagómez Martínez, Gerardo Sepulveda González
- S92 Resultados perinatales posterior a cierre percutáneo de conducto arterioso persistente mediante dispositivo "Amplatzer" durante embarazo Experiencia en nuestro hospital**
Gisela Guadalupe Alvarado Avilés, Manuel Mendoza Huerta, Juan Carlos Toro Ortiz, Jesús Héctor San Miguel Hernández
- S92 Toracocentesis intrauterina de quilotorax congénito: reporte de un caso**
Rocío Judith Sandoval Inda, Leticia Maldonado Gómez, Rosalinda Vázquez Varela, Benjamín Cantú López, Erik Noé Gudiño Ruiz
- S93 Derivación vesico amniótica, una opción para fetos con valvas uretrales posteriores**
Johnatan Torres Torres, Jesús Hernández Hernández, Fausto Moises Coronel Cruz, Diana Rosalía Tiro Hernández
- S93 Corioamnionitis en una paciente con esferocitosis hereditaria Revisión de un caso**
Lilia Cano Hinojosa, Roberto Ambriz López, Brenda Lisset Briones Bernal, Mónica Melissa Guajardo Zamora
- S93 Síndrome de plaqueta gris y embarazo reporte de un caso**
Fernando Nieto Landeros, Ángel Elizalde Mendez, Ma De Lourdes Gomez Sousa, Deisi Verónica Alvarado Rosales, Monserrat Fabiola Velez Mijangos
- S94 Síndrome de Evans y embarazo reporte de un caso**
Patricia Lorena Galaviz Viramontes, Hilda Vázquez Delfin, Leopoldo Cesar Serrano Díaz
- S94 Síndrome de Fisher Evans en el embarazo: reporte de un caso y revisión de la literatura**
Jesús Jorge Beltrán Montoya, Gerardo Buendía Díaz, Margarita Concepción Ruiz Huerta, Alejandra Eréndira Ramírez Román, Alejandro Rendón Molina
- S94 Linfoma no Hodgkin y embarazo: reporte de un caso y revisión bibliográfica**
Bardo Israel Quispe Sánchez, Fabiola Monserrat Arreola Martínez, Cesar Cervantes Reyes, Alejandro Porras Bojali, Carlos Humberto Briones Landa
- S95 Desenlace perinatal en leucemia asociada a embarazo: experiencia de 14 casos en el Instituto Nacional de Perinatología**
Itzel Vázquez Ferrero, Claudia Elizabeth Torres Navarro, Jorge Beltrán Montoya, Alejandro Rosas Balan
- S95 Fiebre en estudio en paciente embarazada con enfermedad de Kikuchi Fujimoto: reporte de un caso**
Itzel Vázquez Ferrero, Mónica Nava Ocampo, Francisco Ibarquengoitia Ochoa
- S95 Paludismo y embarazo**
José Luis Aquino Hernández, Jorge Alberto Ramírez Matús, Liliana Valdez Gil, Beatriz Agüero Santiago, Diana Carolina Alvidrez Falconer
- S96 Malaria en el embarazo, caso clínico**
Gloria Alicia Heredia Salazar, Montoya Leonor Inda, Zamudio José Alfredo Coronel, Alfaro Luis Fernando Acosta
- S96 Muerte materna indirecta por dengue hemorrágico**
David Fernando Morales Bautista, Edmundo González Vargas, Jesús Hernández Hernández, Citlalli Quiroz Miranda
- S96 Abordaje diagnóstico y terapéutico de la paciente con TORCH positivo**
Diana Elena Monzalbo Nuñez, Ernesto Castelazo Morales, Miguel de Jesús López Rioja, Santiago Castela-Alatorre, Mónica Yazmin Olovarría Guadarrama
- S97 Chlamydia en adolescentes embarazadas: Una realidad**
Iván Madrazo Rodríguez, Selene Sam Soto, Karla Selegna Sánchez Baños, Cirenía Ruiz Balderrama, Georgina Rubalcaba Ortiz
- S97 Hígado graso agudo del embarazo**
Luis Antonio Cobos Azuara, Guillermo Crespo Flores, Lina Elizabeth López Ceja, Bertha Laura Salinas Ruiz
- S97 Colestasis intrahepática del embarazo y resultado perinatal: reporte de 3 casos**
Juan Manuel Soto Pineda, Fred Morgan Ortiz, Maria Guadalupe Guicho Samaniego, Dalia Gabriela Sosa Atondo, Maria del Socorro León Gil
- S98 Quiste pancreático en el embarazo, reporte de un caso y revisión de la literatura**
Ana Paula Vázquez Alvarado, Eduardo Ibarrola Buen Abad, María Andrea Barbero Ibarrola, Kiyoshi Arturo Macotela Nakagaki

- S98 Trombosis mesentérica aguda: reporte de un caso**
Lourdes Blanco Esquivel, María Jesús Ángeles Vázquez, Cesar Humberto Aparicio Albarran, Mauricio Malagon Reyes, Fred Morgan Ortiz
- S98 Síndrome anticuerpos antifosfolípidos**
Perla Soledad Ruiz Lagunas, José Gabriel García Díaz
- S99 Preeclampsia severa y eclampsia como forma de debut de lupus eritematosos sistémico A propósito de un caso**
Roberto Miranda Cruz, Diana Karina Rocha Romo, Julio César Bermúdez Aranda, Abelardo Ladrón de Guevara Puerto, Héctor Rogelio Santana García
- S99 Nefritis lúpica en embarazo: reporte de un caso**
Alondra Montserrat Barba Jiménez, Norma Gisel De León Peguero, Francisco Javier Hernández Mora
- S100 Síndrome nefrótico y embarazo asociado a trombofilia congénita Comunicación de un caso**
Amaranta Paulina Martínez Alvarado, Alberto Bañuelos Franco, José Luis Rodríguez Chávez, María del Carmen Fregoso García
- S100 Enfermedad Renal Crónica y Embarazo**
Norma Paulina Pérez Ramírez, Erika Velazquez Hernández, Norma Lidia Sandoval Osuna, María Antonieta Araiza Illan, Francisco Ibargüengoitia Ochoa
- S100 Tratamiento materno en paciente con estenosis pulmonar severa y embarazo**
Laura Gabriela Serrano Castro, José Luis Iglesias Benavides, Abel Guzmán López, Roberto Ambriz López, Sara Patricia Peña Lizola
- S100 Síndrome de Eisenmenger en el embarazo, con evolución exitosa hasta el puerperio tardío: reporte de un caso**
Jorge Beltrán Montoya, Griselda Claribel Reyes Torres, Margarita Ruiz Huerta, Ángel Lemus Huerta, Rogelio Castillo Luna
- S101 Coartación aortica y embarazo experienciada institucional**
Mario Rodríguez Bosch, Santos Salguero Zacarías, Esteban Durán Boullosa, Christina Magaly Sánchez González, Javier Payen Padilla
- S101 Cardiopatía congénita compleja situs ambiguus visceral**
Claudia Martínez Mejía, Fred Morgan Ortiz
- S101 Enfermedad de von Hippel-Lindau y embarazo Revisión de la literatura y reporte de un caso**
Marysol Olivos Crespo, Sara Morales Hernández, Magalhi Robledo Clemente
- S102 Neurofibromatosis tipo I y embarazo: reporte de un caso y revisión de la literatura**
Jesús Jorge Beltrán Montoya, María José Rodríguez Sibaja, Estela Milo Suarez, José Luis Morales González, Margarita Ruiz Huerta
- S102 Neurofibromatosis tipo I y embarazo: reporte de 6 casos en el Instituto Nacional de Perinatología y revisión de la literatura**
Edgar Alonso Cruz Cruz, Jorge Beltrán Montoya, Joaquín Ruiz Sánchez, Rodrigo Guarneros Valdovinos, Iván Luis Vásquez
- S102 Síndrome de Sturge-Weber Presentación de un caso en embarazo y mejor vía de resolución**
Jorge Zepeda Zaragoza, Edgardo Bustillos Alamilla, Adriana Huerta Espinosa, Cristina Juárez Cabrera, Yesenia Ramírez Ponce
- S103 Displasia ósea en el embarazo reporte de un caso y revisión de la literatura**
Jesús Jorge Beltrán Montoya, Gerardo Buendía Díaz, Verónica Flores Rueda, Alejandra Eréndira Ramírez Román, Yesenia Recio López
- S103 Espondilodiscitis en el embarazo, reporte de caso y revisión de la literatura**
Patricia Lemini Camarillo, Juan Antonio Soria López, Gregorio Treviño Salinas, Clara del Carmen Flores Acosta, Nancy Magdalena Dávila Flores
- S103 Síndrome de Call Fleming en el puerperio, reporte de un caso**
Miguel Ángel Serrano Berrones, Georgina Centeno Durán
- S103 Adenoma hipofisiario y embarazo: reporte de un caso y revisión de la literatura**
Liliana Morales Domínguez, Sara Elia Hernández Flores, María Elena Bohorquez Barragán, Jorge Roman Audifred Salomon
- S104 Meningioma en el embarazo: presentación de caso**
Myrna César Reyes, Cintia Marlen Torres Hernández, Alejandra Herrera Ortiz, Eric Rodolfo Arreola Conde, Vladimir Figueroa Ángel
- S104 Meningioma frontal derecho, diagnosticado en el puerperio**
Lourdes Blanco Esquivel, Sergio García Barrios, Óscar Perfecto González Vargas, Rubén Castorena de Aviles, Fred Morgan Ortiz
- S104 Encefalopatía posterior reversible en el embarazo Caso clínico**
Hilda Zuleyka Moreno Avitia, Alfredo Coronel Zamudio, Antonio Vela Olivo
- S105 Síndrome de Guillain Barré y embarazo: reporte de un caso en el Hospital General de México**
Claudia Nayely Paredes Palma, Moisés Judá Ramos Abarca, Fausto Coronel Cruz, Jesús Hernández Hernández
- S105 Malformación arteriovenosa cerebral en embarazo con reporte de un caso**
Berenice González Reyes, Fred Morgan Ortiz, Carlos Alberto García Montalvo
- S105 Hernia de Bochdalek materna y embarazo a término: reporte de un caso y revisión de la literatura**
Esperanza Josefina Bautista Gómez, David Guzmán Ortiz, Víctor Edilberto Morales García, Honorio Galván Espinosa, Noel Pizarro Osorino
- S105 Cistoadenoma seroso gigante de ovario y embarazo a término: reporte de un caso**
Leticia Villafan Cedeño, Genaro Vega Malagón, Marisol Rivera, María del Rosario Romo Rodríguez, Alma Becerril Santos
- S106 Cistadenoma mucinoso gigante en embarazo de término**
Lorena Matienzo Serment, Werner Von der Meden Alarcón, Miguel Chaya Hajji, Susana López González, María de los Ángeles Flores Manzur
- S106 Torsión ovárica en paciente con embarazo gemelar temprano**
Yuliana Olivia Gomez Meraz, Rubén Antonio Bolaños Ancona, Roberto Armando Nevarez Bernal, Alejandra Alexia Alvarez Lozano, María Guadalupe Hugues García
- S106 Manejo obstétrico de embarazo con miomatosis uterina de grandes elementos en el Hospital Central Norte de Petróleos Mexicanos**
Alma Laura Jurado García, Edgardo Bustillos Alamilla, Jorge Zepeda Zaragoza, Cristina Juárez Cabrera

- S107 Miomectomía durante la gestación: reporte de dos casos**
Norah Nalleli Macías Vera, Ignacio Javier González Jimenez, Hector Eduardo Macías Vera, Carlos Ignacio González Navarro
- S107 Efecto del tamaño de miomas sobre los resultados perinatales adversos en mujeres embarazadas con miomatosis uterina vs mujeres sin miomatosis**
Arturo Arellano Eguiluz, Enrique Reyes Muñoz
- S107 Miomatosis uterina y embarazo**
Alejandra Ines Pérez Morales, Sara Elia Hernández Flores, Jorge Roman Audifred Salomón, Danniela Niebla Cárdenas
- S108 Útero doble unicollis y embarazo**
Beatriz Adriana De La Cruz Alarcón, Armando Verduzco Nieto, Mireya Puente Villalobos, Idalia Celeste Morales Vásquez, Óscar Michel Salazar Cerda
- S108 Tumor desmóide y embarazo: reporte de un caso**
Reyna Andreina García Lezama, Clara Flores Acosta, Eden Reyna Rojas, Lilia Aranda Iracheta
- S108 Cáncer de vagina y embarazo: reporte de un caso**
Manuel Mendoza Huerta, Zulema Martínez Trejo, Jesús Hector San Miguel Hernández, Juan Carlos Toro Ortiz, José de Jesús Zermeno Nava
- S108 Carcinoma ductal infiltrante de mama en la gestación, reporte de un caso en el Hospital Regional PEMEX Salamanca**
Ismael Madrigal García, Mayra Jiménez Avalos, Neptali Preciado Castro, Gustavo Ernesto Maya Pérez, Chávez Alma Patricia Jacobo
- S109 Cáncer de mama durante el embarazo, uso de quimioterapia**
Julieta Cruz Ruiz, María Luisa Okamoto Horita, Lorena Candelas Huerta, Leónel Ollinzayí Xolalpa Altamirano
- S109 Carcinoma medular atípico, basal, molecular de mama asociado a embarazo: presentación de un caso poco frecuente y revisión de la literatura**
Antonio Sifuentes Álvarez, Teodoro Gurrola Morales, Miguel Reyes Romero
- S109 Angiocarcinoma de mama con metástasis a distancia y embarazo**
Mónica Malagon Gomez, Fausto Coronel, Maria Del Carmen Aguilar Pérez, Emir Mendoza
- S109 Resultados perinatales en pacientes embarazadas y DIU in situ: experiencia institucional**
Edgar Alonso Cruz Cruz, Yoalli Aleida Palma Orozco, Norma Angelica Velázquez Ramírez, Francisco Ibar-güengoitia Ochoa, Esteban Durán Boullosa
- S110 Ruptura de vejiga secundaria a maniobra de Kristeller**
Viani Elizabeth Gachúz Martínez, Liliana Campos Lara, Georgina Carranza Escalera
- S110 Traumatismo genital asociado con parto asistido con fórceps: reporte de caso y revisión bibliográfica**
Denise Acuña González, Jesús Jorge Beltran Montoya, Antonio García Luna Vásquez, Deisi Verónica Alvarado Rosales, Fernando Nieto Landeros
- S110 Complicación urinaria en el puerperio: caso clínico**
Verónica Granados Martínez, Silvia Rodríguez Colorado, Viridiana Gorbea Chávez, Carlos Ramírez Isarraraz, Jaime Ignacio Cevallos Bustillos
- S111 Útero de Couvelaire asociado a desprendimiento prematuro de placenta normoinsera**
Roberto Carlos Ojendiz Nava, Ileana Alejandra Mendiburu Canton, María Gabriela Barron Cano, Jorge Roman Audifred Salomón
- S111 Útero de Couvelaire en el puerperio**
Miguel Ángel Serrano Berrones, Georgina Centeno Durán, Sergio Leyva Olmos
- S111 Ruptura uterina espontánea asociada a malformaciones müllerianas**
Maria de Jesús Cruz Gutierrez, Alma Rosa Jaimes León, Ricardo Ortiz Bolaños
- S111 Dehiscencia parcial de histerorrafía en el puerperio tardío**
Isela Juliana Barrita Dominguez, Juan Pablo Aragon Hernández, Eyra Bello León, Cintia Marlen Torres Hernández
- S112 Enfermedad Pélvica Inflamatoria asociada en el puerperio: reporte de un caso y revisión de la literatura**
Silvia Fabiola Estrada Rivera, Gabriela Victoria Sánchez Vidal, Hugo Brício Martínez Ayala
- S112 Prevalencia de lesión intraepitelial cervical y otras infecciones vulvovaginales asociadas en las adolescentes embarazadas tratadas en el Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes**
Selene Sam Soto, Karla Selegna Sánchez Baños, Josefina Lira Plascencia, Ignacio Mora Magaña, Iván Madrazo Rodríguez
- S112 Embarazo gemelar: mola hidatidiforme completa y feto sano coexistente; reporte de dos casos con evoluciones diferentes en el "Hospital Central Dr Ignacio Morones Prieto"**
Francy Carolina Meraz Salinas, Juan Carlos Toro Ortiz, José De Jesús Zermeno Nava, José Alfredo Fernandez Lara, Rosa Margarita Jimenez Esquivel
- S113 Un caso clínico de embarazo gemelar con mola hidatiforme completa y feto coexistente posterior a fertilización in vitro**
Carlos Gerardo Salazar López Ortiz, Jennifer Sedglach Rocha, Jesús Fernando Gallardo Pineda, Luis Miguel Campos Olmedo, Gonzalo de Jesús Siu Moguel
- S113 Mola hidatidiforme recurrente: reporte de dos casos**
Jesús Jorge Beltrán Montoya, Yesenia Recio López, Estela Milo Suárez, Alejandro Rendón Molina
- S113 Abordaje diagnóstico de mola hidatiforme: reporte de caso y revisión bibliográfica**
Denise Acuña González, Gerardo Reyes Díaz, Mónica Alicia Nava Ocampo, Enrique Marín Acosta Reyes, Daniel Pérez Suárez
- S113 Enfermedad trofoblástica gestacional, mola invasiva**
Teresa Miriam Flores Amador, Hugo Brício Martínez Ayala, Rafael Eduardo Lara Ovando
- S114 Enfermedad trofoblástica gestacional Curación en enfermedad metastásica A proposito de un caso**
Maria del Carmen López Dorantes, Arely Bazán Salinas, María de Lourdes Concepción Martínez Zuñiga, Alejandro Juárez Ramiro
- S114 Embarazo abdominal: reporte de un caso y revisión de la literatura**
Mario Roberto Rodríguez Bosch, Salvador Espino y Sosa, M Lara Vega, PS Miguel Pérez, Mónica Nava Ocampo
- S114 Embarazo abdominal a término, reporte de un caso**
Ana Isabel Osorio Pérez, Carlos Andres Rodríguez Cabral, Leónar-

do Enrique Salazar Tristan, Rosbel Vázquez Castro, Luis Joaquin Romo Enciso

S115 Embarazo ectópico ampular con recién nacido vivo

Carlos Humberto Briones Landa, Guillermo Madrid Casas, Adriana Camacho Lezama, Mariana Areli Hernández Ruiz, Perla Soledad Ruiz Lagunas

S115 Secuencia TRAP gemelo 1 de 32 semanas sano, gemelo 2 amorfo con esbozo cardíaco

Samuel Alari Pérez Lara, Fatima Ramírez Martínez, Francisco Zavala Alvarez, Anne Durán Colín, Jorge Antonio Leguizamo Mejía

S115 Displasia tanatofórica tipo II. Diagnóstico prenatal por ultrasonido: reporte de un caso

Nadia Jacqueline Hernández Carlin, Evelyn Melody García Juárez, Gerardo Téllez Becerril

S116 Displasia tanatofórica: presentación de un caso clínico

Rosana Ávila Ochoa, Yadira Hillel Gastelum Delgado

S116 Epidermólisis bulosa letal acantolítica y óbito a término Presentación de un caso

Gisela Guadalupe Alvarado Avilés, Manuel Mendoza Huerta, Juan Carlos Toro Ortiz, Jesús Héctor San Miguel Hernández

S116 Producto con teratoma sacrocóccigeo Presentación de un caso

Daniela Pérez Morones, Cuauhtémoc Gutiérrez Maldonado, Edgar Alejandro Tamez Cristerna, Gabriel Villagómez Martínez, Brenda De Aro

S116 Gemelos siameses pigopagos en embarazo logrado por fertilización in vitro: reporte de un caso

Ángel Elizalde Mendez, Rogelio Castillo Luna, Norma Lidia Sandoval

Osuna, José Juan Guerrero Vargas, Francisco Ibargüengoitia Ochoa

S117 Siameses dicéfalos: reporte de un caso

Marcos Jesús Rodolfo Hernández Fierro, Jonadab Jasso Jimenez, Perla Dennice Aguilar Roa, Josue Arturo García Sánchez, Cristhian Fernando Sotomayor Yanez

S117 Diagnóstico prenatal de tumores cervicales: reporte de dos casos

Juan Antonio Soria López, Abel Guzman López, José Luis Iglesias Benavides, Gabriel Edgar Villagomez Martínez, Mónica Del Carmen Alanis Beltran

S117 Diagnóstico prenatal: Rabdomioma cardíaco Presentación de un caso y revisión de la literatura

Isela Juliana Barrita Dominguez, Abril Camacho Cervantes

S118 Malformación adenomatoidea quística pulmonar congénita

Helga Péreznuñez Zamora, Luis As-sad Simon Pereira

S118 Mixoma cardíaco fetal Diagnostico y manejo

Diana Rosalía Tiro Hernández, Jesús Hernández Hernández, Johnatan Torres Torres, Martha León Alcántara

S118 Pentalogía de Cantrell asociado a placenta previa total y acretismo placentario: reporte de un caso y revisión de la literatura

Norma Paulina Pérez Ramírez, Itzel Alvarado Maldonado, Laura Vanesa Rodríguez Rocha, Jesús Jorge Beltran Montoya, Erika Torres Valdez

S119 Diagnóstico prenatal: quiste de ovario Presentación de un caso y revisión de la literatura

Abril Camacho Cervantes, Isela Barrita Barrita Domínguez

S119 Diagnóstico prenatal de quiste de cordón umbilical

Idalia Celeste Morales Vásquez, Ricardo Esparza Pérez, Paola Janeth Rivera Leal, Nadia Lizeth Rubio Fernández, Beatriz Adriana De La Cruz Alarcón

S119 Datos ecográficos de pseudo-hipoadosteronismo congénito: hidramnios

Paola Janeth Rivera Leal, Mireya Puente Villalobos, Idalia Celeste Morales Vásquez, Ana Cecilia Sepúlveda González, Beatriz Adriana de la Cruz Alarcón

S120 Síndrome Bloch Sulzberger y su asociación con la mortalidad perinatal: presentación de un caso clínico poco frecuente y revisión de la literatura

Antonio Sifuentes Álvarez, Teodoro Gurrola Morales, Miguel Reyes Romero

S120 Asociaciones esquisas: reporte de un caso

Leticia Lara Avila, José Carlos Aguerrebere Espitia, Manuel Montijo Hernández

S120 Resonancia magnética fetal para el diagnóstico de holoprosencefalia alobar

Rodolfo Hernández Flores, Alma Mayela González Garza, Claudia González Navarrete, Jenny Paredes Martínez, Mario López Contreras

S120 Holoprosencefalia reporte de caso y revisión de literatura

Alejandra perez morales, isela barrita dominguez, sara hernandez flores, abril camacho cervantes

S121 Aneurisma de la vena de Galeno, diagnóstico prenatal

J Jesús Hernández Hernández

S121 Aneurisma de la vena de Galeno: reporte de un caso

Irak Mijail Traperro Corona, Leticia Lara Ávila, Berenice González Reyes, Miguel Traperro Morales, Fred Morgan Ortiz

El contenido de este suplemento se reproduce tal cual se recibió por parte de los autores



GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DE MÉXICO

Tarifas de suscripción anual 2013

Revista mensual

En la República Mexicana

Institucional (multilectores):	\$ 1,300.00
Personal:	\$ 1,150.00
Ejemplares publicados:	\$ 150.00

En el extranjero

Institucional (multireaders):	US\$ 170.00
Personal:	US\$ 165.00

*La suscripción se puede iniciar en cualquier época del año
Precios sujetos a cambio

Toda correspondencia debe dirigirse al editor: Dr. Carlos Fernández del Castillo S.

Ginecología y Obstetricia de México. Nueva York 38, colonia Nápoles, México 03810 DF. Teléfono: 5523-1664.

Registro ante la Dirección General de Correos 0540167 y de características 228241116.

Realizada, comercializada y distribuida por **Edición y Farmacia SA de CV** (Nieto Editores®). José Martí 55, México 11800 DF. Teléfono: 5678-2811, fax: 5678-4947.

Impresa en: Grupo Art Graph, Querétaro, Qro. Tel.: (442) 2208969

Suscripciones e informes

Sra. Bertha Schoelly de Larrondo
Calle de Nueva York núm. 38,
colonia Nápoles, del. Benito Juárez,
CP 03810, México, DF.
Teléfonos: 5682-4823 directo y 5669-0211,
de 17:00 a 20:00 horas.
E-mail: revista@femecog.org.mx

Publicidad

Georgina González Tovar
Ejecutiva de ventas
Teléfono: 5678-2811
Celular: 044-55-1825-0224
E-mail: ggonzalez@nietoeditores.com.mx

Publicidad

Alejandra Nieto Sánchez
Ejecutiva de ventas
Teléfono: 5678-2811
Nextel: 1088-40-60
E-mail: anieto@nietoeditores.com.mx

Cantidad de ejemplares impresos: 5,500

Coordinación editorial: Dr. Enrique Nieto

Diagramación: Elidé Morales del Río



Editada por la Federación Mexicana de Colegios de Obstetricia y Ginecología
Fundada por la Asociación Mexicana de la Ginecología y Obstetricia en 1945

GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DE MÉXICO

EDITOR

Dr. Carlos Fernández del Castillo S*

EDITOR ASOCIADO

Dr. Jorge Delgado Urdapilleta*

COEDITORES ASOCIADOS

Dr. Guillermo Santibáñez Moreno*

Dr. Armando Torres Ramírez*

Dr. Estanislao Díaz Barriga*

Dr. Manuel Álvarez Navarro*

CONSEJO EDITORIAL

Dr. Víctor Espinosa de los Reyes

Dr. Juan Rodríguez Argüelles

Dr. Samuel Karchmer K

Dr. Efraín Vázquez Benítez

Dr. Roberto Ahued Ahued

Dr. José Antonio Sereno Coló

Dr. Javier Santos González

Dr. Jesús Leal del Rosal

Dr. René Bailón Uriza

Dr. Alberto Kably Ambe

COMITÉ DE REVISIÓN POR PARES PARA EL AÑO 2013

Dra. Judith Ablanado Aguirre (Región I)

Dr. Manuel Álvarez Navarro (Región I)

Dr. Carlos Aranda Flores (Región I)

Dr. Aquiles R Ayala Ruíz (Región I)

Dr. Luis Alberto Barrera González (Región VII)

Dr. Francisco Bernárdez Zapata (Región I)

Dr. Herman Brandt (Región I)

Dr. Antonio Jesús Briseño Sainz (Región IV)

Dr. Rafael G Buitrón García F (Región I)

Dr. Juan Antonio Bujáidar Bujáidar (Región III)

Dr. Francisco Cabral Castañeda (Región I)

Dr. Armando Enrique Carrera Cervón (Región VI)

Dr. Ernesto Castelazo Morales (Región I)

Dr. Cuauhtémoc Celis González (Región I)

Dr. Pedro Coronel Brizio (Región VI)

Dr. Salvador de la Maza Labastida (Región IV)

Dr. Paolo Di Castro Stringher (Región I)

Dr. Guillermo Díaz Barreiro Palencia (Región I)

Dr. Sergio Fajardo Dueñas (Región V)

Dr. Carlos Félix Arce (Región IV)

Dr. Óscar Flores Carreras (Región V)

Dr. Ángel García Alonso (Región I)

Dr. Ranferi Gaona Arreola (Región I)

Dr. Fernando Gasque López (Región VII)

Dr. Salvador Gaviño Ambríz (Región I)

Dr. Fernando Gaviño Gaviño (Región I)

Dr. Fco. Javier Gómezpedroso Rea (Región I)

Dra. Adriana González del Ángel (Región I)

Dra. Patricia Grether González (Región I)

Dr. Pablo Gutiérrez Escoto (Región I)

Dr. Marcelino Hernández Valencia (Región I)

Dr. Juan Carlos Hinojosa Cruz (Región I)

Dr. Francisco Ibarguengoitia Ochoa (Región I)

Dr. Valentín Ibarra Chavarría (Región I)

Dr. Sebastián Iris de la Cruz (Región I)

Dr. Alberto Kably Ambe (Región I)

Dr. Jorge Kunhardt Rasch (Región I)

Dr. Roger Lara Ricalde (Región I)

Dra. María Teresa Leis Márquez (Región I)

Dra. Josefina Lira Plascencia (Región I)

Dr. Jesús Lozano de la Garza (Región IV)

Dr. Miguel Ángel Mancera Reséndiz (Región I)

Dra. Dora Gilda Mayén Molina (Región I)

Dr. Reynaldo Milla Villeda (Región III)

Dr. José de Jesús Montoya Romero (Región III)

Dr. José Antonio Moreno Sánchez (Región I)

Dr. David Antonio Nava Muñoz (Región II)

Dr. Eduardo S Neri Ruz (Región I)

Dr. José Niz Ramos (Región I)

Dr. Arturo Novoa Vargas (Región I)

Dr. Norberto Plascencia Moncayo (Región VI)

Dr. Carlos Quesnel García-Benítez (Región I)

Dr. Segismundo Rodríguez Rodríguez (Región I)

Dr. José Antonio Ruiz Moreno (Región I)

Dr. Carlos Salazar López Ortiz (Región I)

Dr. Carlos Sánchez Basurto (Región I)

Dr. Álvaro Santibáñez Morales (Región I)

Dr. Luis Senties Cortina (Región I)

Dr. Claudio Serviere Zaragoza (Región I)

Dr. Luis Simón Pereira (Región I)

Dr. Ángel Emilio Suárez Rincón (Región V)

Dr. Gilberto Tena Alavez (Región I)

Dr. Rubén Tlapanco Barba (Región I)

Dr. Pedro Tonda Ribo (Región IV)

Dr. Emigdio Torres Farías (Región V)

Dr. Luis Carlos Uribe Ramírez (Región V)

Dra. Patricia Velázquez Castellanos (Región V)

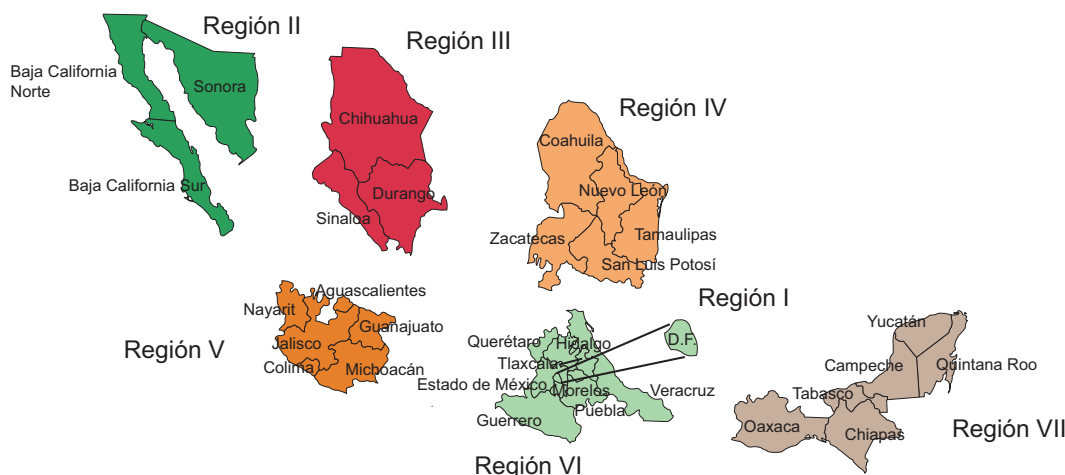
Dr. Drusso Vera Gaspar (Región I)

Dr. Armando Vera Torres (Región V)

Dr. Manuel Villalobos Román (Región I)

Dr. Antonio Zaldívar Neal (Región I)

*SOCIO DE LA ASOCIACIÓN MEXICANA DE EDITORES DE REVISTAS BIOMÉDICAS, A.C. (AMERBAC) Y MIEMBRO DE LA WORLD ASSOCIATION OF MEDICAL EDITORS (WAME).



Agrupaciones federadas

Región	Región
Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología y Obstetricia	I
Asociación de Ginecología y Obstetricia de Tijuana	II
Colegio de Ginecología y Obstetricia de Mexicali	II
Colegio de Ginecología y Obstetricia de Ensenada	II
Colegio de Ginecología y Obstetricia de Ciudad Obregón	II
Colegio de Ginecología y Obstetricia de San Luis R.C. Sonora	II
Colegio Sudcaliforniano de Ginecología y Obstetricia	II
Colegio de Ginecobstetras de Guaymas	II
Colegio de Ginecólogos y Obstetras de Hermosillo	II
Colegio de Ginecología y Obstetricia del Norte de Sonora	II
Colegio Sinaloense de Ginecología y Obstetricia	III
Colegio de Ginecología y Obstetricia de Chihuahua	III
Colegio de Ginecología y Obstetricia de Cd. Juárez	III
Colegio de Ginecología y Obstetricia de Durango	III
Colegio de Ginecología y Obstetricia de Mazatlán	III
Colegio de Ginecología y Obstetricia de Los Mochis	III
Colegio de Ginecología y Obstetricia de Parral, Chihuahua	III
Sociedad Cuauhtemense de Ginecología	III
Colegio de Gineco-Obstetras Guasave-Guamuchil	III
Asociación de Ginecología y Obstetricia de Delicias	III
Colegio de Ginecología y Obstetricia de Monterrey	IV
Colegio de Ginecología y Obstetricia de la Laguna, A.C.	IV
Colegio de Ginecología y Obstetricia de San Luis Potosí, S.C.	IV
Colegio de Ginecobstetras de la Zona Sur de Tamaulipas, A.C.	IV
Colegio de Ginecología y Obstetricia de Monclova	IV
Colegio de Ginecología y Obstetricia de Nuevo Laredo	IV
Colegio de Ginecología y Obstetricia de Reynosa	IV
Colegio de Ginecología y Obstetricia de Saltillo	IV
Colegio Victorense de Ginecología y Obstetricia, A.C.	IV
Asociación de Ginecología y Obstetricia de Piedras Negras	IV
Colegio de Ginecología y Obstetricia de Matamoros, Tamaulipas	IV
Colegio de Ginecología y Obstetricia de Zacatecas	IV
Colegio de Ginecología y Obstetricia de Río Verde, S.L.P.	IV
Colegio de Ginecología y Obstetricia de Cd. Valles, S.L.P. y Zona Huasteca	IV
Asociación de Ginecología y Obstetricia de Matehuala	IV
Colegio de Médicos Gineco-Obstetras del Estado de Jalisco	V
Colegio de Ginecología y Obstetricia de León	V
Asociación Michoacana de Ginecología y Obstetricia	V
Colegio de Ginecología y Obstetricia de Aguascalientes	V
Colegio de Ginecología y Obstetricia de Celaya, Gto.	V
Colegio Irapuatense de Ginecología y Obstetricia, A.C.	V
Colegio Colimense de Ginecología y Obstetricia	V
Colegio de Especialistas en Ginecología y Obstetricia de la costa de Jalisco	V
Colegio de Ginecología y Obstetricia de Nayarit	V
Colegio de Ginecología y Obstetricia de Zamora	V
Colegio de Obstetricia y Ginecología de Salamanca	V
Colegio de Ginecología y Obstetricia del Sur de Jalisco	V
Colegio de Gineco-Obstetras de Uruapan	V
Colegio de Ginecología y Obstetricia de los Altos de Jalisco	V
Colegio de Ginecología y Obstetricia de Acámbaro	V
Asociación de Ginecología y Obstetricia de la Piedad	V
Colegio de Ginecólogos y Obstetras del Estado de Puebla	VI
Colegio Veracruzano de Ginecología y Obstetricia	VI
Colegio Xalapeño de Ginecología y Obstetricia	VI
Asociación de Ginecología y Obstetricia de Córdoba y Orizaba	VI
Colegio Guerrerense de Gineco-Obstetras, A.C.	VI
Colegio Mexiquense de Ginecología y Obstetricia	VI
Colegio Hidalguense de Especialistas en Ginecología y Obstetricia, A.C.	VI
Asociación de Ginecología y Obstetricia de Querétaro	VI
Asociación de Ginecología y Obstetricia del Sureste de Veracruz	VI
Asociación de Ginecología y Obstetricia de Tuxpan, Ver.	VI
Colegio de Ginecología y Obstetricia de Morelos	VI
Colegio de Ginecología y Obstetricia del Estado de Tlaxcala	VI
Colegio de Ginecología y Obstetricia de Chilpancingo, Gro.	VI
Colegio Gineco-Obstétrico de Tehuacán	VI
Colegio de Ginecología y Obstetricia de la Zona Norte del Estado de Guerrero, A.C.	VI
Asociación de Ginecología y Obstetricia de Poza Rica, Ver.	VI
Colegio de Ginecología y Obstetricia de Yucatán	VII
Colegio de Ginecología y Obstetricia del Estado de Tabasco	VII
Colegio Oaxaqueño de Ginecología y Obstetricia	VII
Asociación de Ginecología y Obstetricia de Tuxtla Gutiérrez	VII
Colegio de Obstetricia y Ginecología de Quintana Roo	VII
Colegio de Ginecología y Obstetricia de Campeche	VII
Sociedad de Ginecología y Obstetricia de Coatzacoalcos	VII
Colegio de Ginecología y Obstetricia de la Cuenca del Papaloapan	VII
Colegio de Ginecólogos y Obstetras de Ciudad del Carmen, Campeche	VII



GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DE MÉXICO

Federación Mexicana de Colegios de Obstetricia y Ginecología, A.C.

Fundada en 1960

Consejo Directivo 2011-2013

Dr. José de Jesús Montoya Romero
Presidente

Dr. Ernesto Castelazo Morales
Vicepresidente

Dr. Emilio Valerio Castro
Primer Secretario Propietario

Dr. Miguel Ángel Mancera Reséndiz
Segundo Secretario Propietario

Dr. Alfonso Murillo Uribe
Primer Secretario Suplente

Dra. Josefina Lira Plascencia
Segunda Secretaria Suplente

Dr. José Efraín Vázquez Martínez de Velasco
Tesorero

Dr. Jorge Tommasi Pedraza
Subtesorero

Directores Regionales Periodo 2012-2014

Dr. Ángel García Alonso López
Región I
Dr. José Andrés Acosta Santana
Región II
Dr. Antonio Sifuentes Álvarez
Región III

Dr. Paulo Felipe Meade Treviño
Región IV
Dr. Orlando Román Cruz Toraya
Región V
Dr. José de Jesús Sánchez Domínguez
Región VI

Dr. Roger Manuel Rosado López
Región VII

Afiliada a:



FLASOG
Federación Latino
Americana de Sociedades
de Obstetricia y Ginecología
Fundada en 1952



FIGO
International Federation of
Gynecology and Obstetrics
Fundada en 1954

Indizada en:

ARTEMISA, EMBASE CD/OBSTETRICS AND GYNECOLOGY, EMBASE Cd/PEDIATRICS, EXCERPTA MÉDICA, INDEX MEDICUS, ÍNDICE MÉDICO LATINOAMERICANO, LILACS, MEDLINE, SCIENCE CITATION INDEX, ULRICH, EBSCO.



PREMIO

“Dr. Alfonso Álvarez Bravo”

Trabajos de investigación básica,
presentados por escrito

INVESTIGACIÓN BÁSICA MAMPARA I**Mutagénesis insercional del retrovirus MMTV/HMTV en cáncer de mama en mujeres mexicanas**

CHRISTIAN MOCTEZUMA MEZA, IVÁN ALEJANDRO CORDOVA SOLÍS, ALBERTO CEDRO TANDA, DIEGO JULIO ARENAS ARANDA, NORMAND GARCÍA HERNÁNDEZ

Hospital de Ginecología y Obstetricia 3, Centro Médico Nacional La Raza, Instituto Mexicano del Seguro Social, México DF.

El cáncer de mama es la primera causa de muerte por neoplasias en mujeres en México. Existen varios factores de riesgo, pero la etiología permanece desconocida. Se propone la posibilidad de que el Mouse Mammary Tumor Virus (MMTV), un retrovirus causante de cáncer de mama en ratón, pudiera ser el agente etiológico de algunos tipos de cáncer de mama en humanos.

Objetivo: localizar un fragmento de 250 pb de la secuencia del gen env del Mouse Mammary Tumor Virus (MMTV) en cáncer de mama de mujeres mexicanas.

Material y método: se obtuvo ADN genómico de 114 muestras de muestras de cáncer en mujeres mexicanas, tratadas en la UMAE Hospital de Gineco Obstetricia 3, Centro Médico Nacional La Raza y UMAE Hospital de Oncología, Centro Médico Nacional Siglo XXI, ambas del IMSS. Las 144 muestras están constituidas por 80 tejidos tumorales (70.17%) y 34 tejidos sanos adyacentes (29.8%). En estos tejidos se encontraron secuencias de 250 pb del gen env del MMTV a través de PCR anidada.

Resultados: se detectaron secuencias de 250pb del gen env del MMTV en 25 muestras (21.9%) de los 80 adenocarcinomas mamarios y en ninguno de los fibroadenomas ni tejidos no afectados. Se realizaron alineamientos hechos a 16 secuencias amplificadas del gen env del MMTV obteniéndose una similitud del 96-98%.

Conclusión: es posible detectar secuencias del gen env del retrovirus MMTV en pacientes mexicanas con cáncer de mama. En estudio posterior se correlacionará con el desarrollo de cáncer de mama en humanos.

BÁSICA MAMPARA II**Frecuencia de sobreexpresión del factor Her 2/Neu en pacientes con cáncer de mama**

CHRISTIAN MOCTEZUMA MEZA, ALEX DANIEL MAMANI CANCINO, MARÍA GUADALUPE VELOZ MARTÍNEZ, IVONNE CASASOLA BUSTEROS, JUAN MANUEL GARCÍA CEBADA

Hospital de Ginecología y Obstetricia 3, Centro Médico Nacional La Raza, Instituto Mexicano del Seguro Social, México DF.

Antecedentes: Her2/neu es un oncogén que al sobreexpresarse se relaciona con un pronóstico clínico pobre y mayor agresividad.

Objetivo: determinar la frecuencia de positividad o negatividad Her2/neu en pacientes con cáncer de mama posoperadas de mastectomía y su correlación con receptores hormonales. Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal. Se incluyeron todas las pacientes del departamento de patología que se hayan realizado determinación de Her2/neu y receptores hormonales, en el periodo comprendido del 1 enero 2007 al 31 diciembre 2009. Se utilizó estadística descriptiva y pruebas de asociación con coeficientes de correlación.

Resultados: se incluyeron un total de 893 pacientes. Rango de edad 24-94 años. El 16.7% casos sobreexpresaron Her2 (150 pacientes). El 4.8% (43 pacientes) fueron sometidos a prueba de FISH de los que 29 fueron positivos. En total 179 casos sobreexpresaron y 714 no. Los casos con receptores estrógeno negativos fueron del 23%, receptores progesterona negativos del 28%, y los triple negativos del 19%. Se realizó prueba de T de Student para variable independiente teniendo la edad una $P = 0.294$. Se realizó método de Chi cuadrada de Pearson para variables de distribución en las que los receptores estrógenos negativos tuvo una $p = 0.0001$ y receptores progesterona negativos tuvo una $p = 0.0001$, igualmente el triple negativo $p = 0.0001$

Conclusiones: la relación de receptores hormonales y Her2 es inversamente proporcional, es decir a mayor negatividad de receptores hormonales hay mayor sobreexpresión de Her 2/ Neu.

INVESTIGACIÓN BÁSICA MAMPARA III**Efecto del 17 β -estradiol en la expresión de ARNm de osteopontina en la línea celular MCF7 de cáncer de mama**

MIGUEL ARTURO REYES ROMERO, ANTONIO SIFUENTES ÁLVAREZ, NUTH JULIETA SARAI JIMÉNEZ SOTO, MARÍA DEL PILAR INTRIAGO ORTEGA

Facultad de Medicina y Nutrición de la UJED, Servicios de Salud de Durango SSD, Durango, Dgo.

Antecedentes: el cáncer mamario es un problema mundial de salud. La mayoría de los casos son de tipo histológico ductal y expresan receptores para estrógenos. Se ha demostrado que la osteopontina está elevada en pacientes con cáncer de mama y se ha asociado al desarrollo de metástasis. No se conoce si los estrógenos regulan la expresión del gen SPP1, codificante de osteopontina.

Objetivo: estudiar el efecto del 17 β -estradiol en la expresión de ARNm de osteopontina en la línea celular MCF7 de cáncer de mama, y

realizar minería de datos para localizar elementos de respuesta a estrógenos en el gen SPP1. Métodos. Cultivos de células MCF7 a alta densidad se incubaron por 24 horas con 17 β -estradiol a concentraciones de 0.01, 0.1 y 1 μ M. La expresión de ARNm de osteopontina se determinó por qPCR; la búsqueda in silico se hizo en las bases Eukaryotic Promoter Database y Lasagna Search.

Resultados: las células MCF7 exhibieron transcripción basal de ARN mensajero de SPP1, que se reguló a la alta por concentraciones de 17 β -estradiol 0.01 μ M y a la baja por concentraciones de 1 μ M. No se encontraron secuencias consenso para receptores de estrógenos en dicho gen.

Conclusiones: los resultados sugieren que los estrógenos participan en la regulación de la expresión del gen SPP1, a través de mecanismos no mediados directamente por receptores nucleares para estrógenos.

INVESTIGACIÓN BÁSICA MAMPARA IV**Metilación del sitio promotor de los genes ESR1 y PR y su correlación con receptores de estrógenos y progesterona en cáncer de mama**

MIGUEL ARTURO REYES ROMERO, ANTONIO SIFUENTES ÁLVAREZ, ALMA DELIA MEDINA JAIME, VICTORIA MARTÍNEZ GAYTÁN, EDUARDO PORTILLO DEL CAMPO

Facultad de Medicina y Nutrición de la UJED, Servicios de Salud de Durango SSD, Durango, Dgo.

Objetivo: analizar la metilación del sitio promotor de los genes ESR1 y PR y determinar su correlación con la expresión inmunohistoquímica de receptores de estrógenos y de progesterona en cáncer de mama ductal y lobulillar.

Métodos: estudio observacional, descriptivo, molecular. Se estudiaron 40 casos de cáncer de mama, 20 de tipo histológico ductal y 20 lobulillar, con determinación inmunohistoquímica de expresión de receptores de estrógenos y progesterona. Se obtuvo ADN a partir de biopsia excisional, la metilación de promotores se analizó por PCR específica de metilación. Para el análisis de correlación se determinó el coeficiente tau de Kendall.

Resultados: se observó correlación positiva entre receptor de estrógenos y de progesterona, receptores de estrógenos y receptor de progesterona no metilado, receptor de progesterona y receptor de progesterona no metilado. Se observó correlación negativa entre receptor de estrógenos y receptor de progesterona metilado, receptor de progesterona metilado, receptor de estrógenos metilado y no metilado, y receptor de progesterona metilado y no metilado.

Conclusiones: los resultados sugieren que la metilación de promotores de los genes ESR1 y PR es evento relativamente poco frecuente en los tipos histológicos de cáncer de mama de mayor frecuencia. Asimismo, sugieren que la determinación de estados epigenéticos de ESR1 y PR puede representar una alternativa o complemento al análisis inmunohistoquímico.

INVESTIGACIÓN BÁSICA MAMPARA V

Estudio citogenético en líquido amniótico: experiencia en un hospital privado

DIANA YAZMÍN COPADO MENDOZA, SAMUEL KARCHMER KRIVITZKY, DORA GILDA MAYEN MOLINA, NANCY SIERRA LOZADA, MARÍA TERESITA LEIS MÁRQUEZ

Hospital Angeles de las Lomas, Huixquilucan, Estado de México

Objetivo: describir los resultados obtenidos en el estudio citogenético en líquido amniótico de mujeres embarazadas que se realizaron amniocentesis en el medio privado y cuyo análisis se realizó en la Unidad de Genética del Hospital Angeles Lomas.

Material y método: estudio descriptivo, transversal, observacional, retrospectivo. Se revisaron los registros de las amniocentesis que se realizaron en el Hospital Angeles Lomas y su estudio citogenético realizado en la unidad de genética en el periodo de Junio 2002 a Diciembre del 2012. La evaluación fue la de rutina; no se hicieron estudios adicionales por participar en el estudio.

Resultados: la indicación más frecuente fue edad materna avanzada con 364 casos (40.5%). El promedio de edad materna fue de 36 años (18-49) y la edad gestacional promedio al momento de la toma fue 18.2 semanas (12.1-34.3). Para obtener la muestra de líquido amniótico se requirió de una única punción en el 85.30%(766). Durante la toma en 230(25.61%) de los casos se hizo un abordaje transplacentario. De las muestras obtenidas 738(82.18%) tuvieron un líquido amniótico de color amarillo claro y 26(2.90%) resultaron hemáticas. Únicamente en 4 (0.45%) de las punciones se utilizó la anestesia local. Se identificaron complicaciones en 6(0.67%) de las punciones, sin especificar cuál fue la complicación o si fue mediata o inmediata. En 2(0.22%) de las muestras se presentó un sangrado importante. Se logró el seguimiento en 188(20.94%) de los casos. De ellos la vía de finalización del embarazo fue por parto en 88(46.81%). Dentro de los resultados 89% (n=799) tuvieron un cariotipo normal y 9.6% (n=86) anormal. Los casos con hallazgos citogenéticos anormales más frecuentes fueron trisomía 21 con 61.6%(n=53), seguida de trisomía 18. La mayor frecuencia de hallazgos citogenéticos anormales corresponde a la indicación por ultrasonido anormal en 41.8%

(n=36) en comparación con la edad materna avanzada que es de 34.8% (n=30). En 102 casos se realizó la técnica FISH.

Conclusiones: para el diagnóstico prenatal, la amniocentesis de segundo trimestre continúa siendo la técnica invasiva más utilizada para la valoración del estado fetal. Ofreciendo cada vez más oportunos resultados para los involucrados en la toma de decisiones sobre el futuro del embarazo. Y en nuestro país debe continuarse el uso de esta herramienta en etapas tempranas del embarazo y sobre todo en manos expertas.

INVESTIGACIÓN BÁSICA MAMPARA VI

Incidencia del *Mycoplasma* y *Ureaplasma* en el análisis espermático de un centro privado (México, DF)

ALFREDO GÓNGORA RODRÍGUEZ, JESÚS GUILLERMO PÉREZ FONSECA, KARLA PAOLA MORENO ORTIZ, JOSE MANUEL GARCÍA WROOMAN, LYDA YULIANA PARRA FORERO

Centro de Fertilidad Humana en Mexico, México, DF.

Antecedentes: desde los años 80 se reportó la presencia de *Mycoplasma* asociadas con el tracto genitourinario tanto de hombre como en mujeres, actualmente se determinó que la *M. hominis* y *M. genitalium* son las causantes de la uretritis no gonocócica en el hombre y en mujeres se ha encontrado como agente patógeno de la enfermedad pélvica inflamatoria. El género de *Ureaplasma*, se encuentra dentro de la familia del *Mycoplasma*, las dos especies con influencia en el ámbito reproductivo son *Ureaplasma urealyticum* y *Ureaplasma parvum*.

Objetivo: determinar la incidencia de *Mycoplasma* spp y *Ureaplasma* spp en pacientes del Distrito Federal (México) y evaluar las posibles correlaciones con sus resultados en la espermatoescopía.

Resultados: los pacientes de este estudio fueron divididos en dos grupos y se separaron por año, siendo *Ureaplasma* significativamente mayor que *Mycoplasma*, la aparición de infecciones mixtas fueron reportadas, siendo mayor su diagnóstico en el primer semestre del 2013. Los casos de *Ureaplasma* fueron significativamente mayores en el año 2012. Llama la atención el aumento de número de casos de infecciones por estos dos microorganismos en lo que va transcurrido del año, siendo un 15% mayor respecto a los que había sido diagnosticado en el primer semestre del año 2012. No hubo diferencias entre los diagnosticados con *Ureaplasma* y *Mycoplasma* entre los dos grupos.

Conclusiones: si bien *Mycoplasma* y *Ureaplasma* son flora normal de la vía genito-urinario, su diagnóstico y correlación con los hallazgos de la espermatoescopía

debe hacerse de manera rutinaria en pacientes con historial de fertilidad y subfertilidad, se ha demostrado que al diagnosticar y tratar adecuadamente trae beneficios como el mejoramiento de la calidad espermática y el aumento de las tasas de embarazos. Los resultados obtenidos son un aproximado de la casuística existente en la Ciudad de México, aun así, son necesarios más estudios para evaluar la incidencia total de estos microorganismos y así determinar una terapia antibiótica congruente con los antibiogramas para no aumentar la resistencia bacteriana.

INVESTIGACIÓN BÁSICA MAMPARA VII

Pacientes con trombofilias hereditarias y pérdida gestacional recurrente: Incidencia

JOSÉ DANIEL FLORES ALATRISTE, SARA JACOBO NÁJERA, RUBÉN SEGURA RODRÍGUEZ, JORGE JAROSLAV STERN COLÍN

IMMUNOREP México, DF.

Antecedentes: las trombofilias hereditarias (TH) se definen, según el consejo conjunto de la OMS y la International Society on Thrombosis and Hemostasis (ISTH), como una tendencia genética a desarrollar eventos trombóticos, los cuales son clínicamente evidentes a edades tempranas, presentando recidivas frecuentes sin causa aparente. En años recientes, las trombofilias han ganado un lugar primario como factor de riesgo para anomalías en el embarazo, esto se debe a que los resultados de diversos estudios han mostrado datos que sugieren una fuerte relación entre las trombofilias hereditarias, como la deficiencia de antitrombina, hiperhomocisteinemia, el factor V de Leiden, variación en la protrombina G20210A, deficiencia de proteína S y C, y la PGR. Las trombofilias y su impacto en pacientes con PGR han sido ampliamente estudiadas, se ha demostrado que son las responsables de hasta el 60% de las PGR de origen inexplicable. Su presencia se debe a los cambios polimórficos en genes que codifican factores de coagulación, los cuales predisponen a un estado procoagulante en la circulación uteroplacentaria o de antifibrinólisis, llevando ambos, un mayor riesgo de pérdida gestacional (PG). Existen dos tipos de trombofilias las adquiridas y las hereditarias. Dentro del primer grupo de entidades, el SAAF es la causa más frecuente de trombofilias adquiridas, y la que ha demostrado tener la mayor correlación con la PGR y complicaciones en el embarazo.

Material y métodos: se realizó un estudio retrospectivo, lineal, descriptivo, donde se revisaron 211 expedientes de la Clínica de Reproducción IMMUNOREP desde Enero 2007 a Diciembre 2012. Incluyendo pacientes con el diagnóstico de PGR y de trombofilia hereditaria, que contaran con un panel labo-

ratorial para trombofilias, el cual incluyo el estudio de diversos genes: G1619A (Factor V Leyden), H1299R R2 (Polimorfismo de Factor V) C677T (polimorfismo de la enzima metileno-tetrahidrofolato reductasa), A1298C (Mutación de la enzima Metileno-tetrahidrofolato reductasa), G20210A (Mutación del gen de la protrombina), V34L (Polimorfismo

del Factor XIII), 455G>A (Mutación del gen del fibrinógeno), 4G/5G (Inhibidor del activador del plasminógeno) y a/b L33P (Polimorfismo Ribosomal de la enzima Metileno-tetrahidrofolato reductasa).

Resultados: el análisis estadístico de esta población nos mostró que el 10.4% de todos los pacientes resulto negativo en los estudios de

laboratorio para TH, lo cual concuerda con los resultados de diferentes series para pacientes con PGR inexplicables. La alteración genética con mayor prevalencia fue 4G/5G (85.5%) Inhibidor del activador del plasminógeno, esto se presentó tanto en homocigotos como en heterocigotos con 63.4% (120) y 22.4% (42) respectivamente.



PREMIO

“Dr. Luis Castelazo Ayala”

Trabajos de investigación clínica,
presentados por escrito.

INVESTIGACIÓN CLÍNICA MAMPARA A

Reporte de histeroscopías en pacientes con sangrado uterino anormal del Hospital Regional de PEMEX Salamanca

MARTHA GABRIELA SERRANO RAMOS, ISMAEL MADRIGAL GARCIA, ALEJANDRO ACEVEDO GUZMAN, SERGIO ARMANDO VARELA ORTIZ.

Hospital Regional de Pemex Salamanca, Petróles Mexicanos, Salamanca, Gto.

Antecedentes: la histeroscopia es un método de diagnóstico que permite observar la cavidad intrauterina detectando diferentes patologías así mismo es un método de tratamiento eficaz y ambulatorio. Su costo, facilidad de uso, eficacia y tolerancia por parte de la paciente lo hace un patrón de oro para la evaluación endometrial. Hoy en día ya no es considerada como mera técnica sino, como ocurrió con la laparoscopia, también como un instrumento terapéutico. La histeroscopia diagnóstica a revolucionado el tratamiento de muchas patologías endometriales. La histeroscopia de consultorio se hizo posible con la introducción de endoscopios de diámetro reducido para no dilatar el cérvix, simplificando la exploración permitiendo la evaluación intrauterina pudiéndose realizar en un tiempo breve con mínima morbilidad y molestia de la paciente

Objetivo: reportar los hallazgos encontrados en todas las histeroscopias realizadas en el hospital regional de PEMEX Salamanca, así como su clasificación y reporte histopatológico.

Material y métodos: estudio descriptivo observacional realizado en el servicio de ginecología y obstetricia del hospital regional Salamanca a las pacientes que presentaban sangrado uterino anormal, practicándoles histeroscopia diagnóstica, de consultorio y en la unidad de corta estancia para sedación en el periodo de enero 2012 a junio del 2013.

Resultados: se realizaron 102 histeroscopias, de las cuales 77(75.49%) fueron en consultorio, 25 (24.5%) fueron en quirófano, tratadas de forma ambulatoria. dentro de las patologías encontradas fueron pólipos 38 (37.25%), de los cuales de reportan sin atipia 34 (33.3%) y con atipia 4 (3.92%); hiperplasia endometrial 18 (17.64%), de la cual se clasifico en simple sin atipia 7 (6.87%), simple con atipia 5 (4.9%), compleja sin atipia 4(3.92%), compleja con atipia 2 (1.96%); miomas subserosos 21, de los cuales se clasificaron según la figo en tipo 0 4(3.92%), tipo 1 6(5.88%), tipo 2 , 11(10.78%); endometritis 2 (1.96%); endometrio sin alteraciones 22 (21.56%), adenocarcinoma 1 (0.98%).

Discusión: en este estudio la edad promedio de las pacientes fue de 38 años, siendo la patología

mas frecuente fue benigno, pólipos sin atipia, se reporta un caso de adenocarcinoma. Posterior a esto se decidió el tratamiento de acuerdo a cada paciente, y seguimiento por consulta externa.

Conclusiones: la histeroscopia es un método eficaz y útil para el diagnóstico del sangrado uterino anormal, puede realizarse de forma ambulatoria en consultorio sin necesidad de anestesia, que dependerá de la pericia del medico y tolerancia por parte de la paciente lo hace claramente superiores al legrado tradicional.

INVESTIGACIÓN CLÍNICA MAMPARA B

La histeroscopia como estudio de primera elección en diagnóstico de sangrado uterino anormal

YESSENIA RAMÍREZ PONCE, EDGARDO BUSTILLOS ALAMILLA, JORGE ZEPEDA ZARAGOZA, MARÍA CRISTINA JUAREZ CABRERA

Hospital Central Norte, Petróleos Mexicanos, México, DF.

El sangrado uterino anormal es la segunda causa de consulta Ginecológica después de las infecciones cervicovaginales, por su origen es anatómico o disfuncional.

Su diagnóstico es de exclusión. Se estima que alrededor de 10 millones de mujeres en México sufren de hemorragia uterina y anualmente solo 6 millones de estas buscan atención. El diagnóstico se sospecha mediante el interrogatorio y el examen físico y posteriormente estudios de laboratorio y gabinete. Dentro de las causas anatómicas más frecuentes podemos destacar: Miotomatosis, adenomiosis, pólipos endometriales, hiperplasia endometrial y malformaciones uterinas. El ultrasonido transvaginal es útil para el diagnóstico de lesiones focales como leiomiomas hasta en 97% de los casos. Este estudio de imagen es el de primera elección en pacientes con hemorragia uterina para identificar anomalías estructurales. El rango de sensibilidad para identificar anomalías uterinas se encuentra en un 48% al 97% y su especificidad 12% al 98%. Siendo el sangrado uterino anormal una de las causas más frecuentes de consulta Ginecológica es importante encontrar un estudio con más sensibilidad y especificidad que los estudios realizados normalmente, pero que al mismo tiempo sería diagnóstico y terapéutico como lo es la Histeroscopia de consultorio como es el caso de resección de pólipos o bien con toma de biopsia dirigida para descartar patología endometrial, ambas causas dentro de las más frecuentes causantes de sangrado uterino anormal. Además la histeroscopia ahorraría a la paciente tiempo de espera en el diagnóstico, en algunos casos se ofrecería no solo diagnóstico sino al mis-

mo tiempo tratamiento, todo esto conllevaría a disminución de costos evitando realización de ultrasonido, histerosonografías, biopsias, legrados. La alta frecuencia de patología endometrial en nuestra población es alta porque los factores de riesgo como diabetes, hipertensión y obesidad van en aumento en la población mexicana, en donde la Histeroscopia con biopsia dirigida toma también gran importancia.

INVESTIGACIÓN CLÍNICA MAMPARA C

Resultados clínicos en pacientes sometidas a miomectomía laparoscópica

FRED MORGAN ORTIZ, JUAN MANUEL SOTO PINEDA, ALEJANDRO CASTRO IBARRA, HUMBERTO LELEVIER DE DOIG ALVEAR, ÓSCAR GARZON LÓPEZ

Hospital Civil de Culiacán, Universidad Autónoma de Sinaloa, Gobierno del Estado, Culiacán, Sin.

Objetivo: describir las características clínicas y operatorias de pacientes sometidas a miomectomía laparoscópica en el Hospital Civil de Culiacán.

Material y Métodos: estudio retrospectivo efectuado con base en el análisis de los registros clínicos de 45 pacientes a quienes se realizó miomectomía por laparoscopia de Julio de 2008 a julio de 2013 en el Hospital Civil de Culiacán. Se describieron la edad, índice de masa corporal (IMC), número de embarazos, paridad, abortos previos, indicación de la miomectomía (dolor pélvico, sangrado genital anormal o infertilidad). Entre los hallazgos quirúrgicos se analizó el número y localización del mioma (anterior, posterior, lateral o fúndico), tamaño del mioma, duración del procedimiento, sangrado intra-operatorio, ingreso a cavidad endometrial, de complicaciones operatorias y conversión a laparotomía.

Resultados: la edad promedio de las pacientes fue de 33.1 años, con IMC de 26.1 kg/m². El 64.4% de las pacientes no se habían embarazado y un 33.3% tenía el antecedente de uno o más abortos. Las indicaciones más frecuentes fueron infertilidad (40%) y sangrado uterino anormal (53.3%). El sitio de localización más frecuente fue el fondo uterino con un 46.7%, con una tamaño promedio de 6.5 cm (+ 3.6). El número de miomas extraídos varió de 1 a 6 miomas con una mediana de uno. La duración promedio del procedimiento fue de 107.8 min (+27.5) con un sangrado intra-operatorio de 145.4 mL (+42.2). Solo un caso se convirtió a laparotomía (2.2%). En tres casos se ingresó a cavidad endometrial (6.7%). La estancia hospitalaria fue de 30.8 horas (+6.6).

Conclusiones: la miomectomía laparoscópica se realizó con mayor frecuencia en pacientes jóvenes en edad reproductiva por problemas de

sangrado uterino anormal e infertilidad. Es un procedimiento factible con mínimo sangrado operatorio y un tiempo quirúrgico similar al de una miomectomía por laparotomía cuando se tiene suficiente experiencia para realizarlo.

INVESTIGACIÓN CLÍNICA MAMPARA D Manejo laparoscópico de pacientes con endometriosis ovárica en un centro de enseñanza de laparoscopia ginecológica

FRED MORGAN ORTIZ, JUAN MANUEL SOTO PINEDA, ALEJANDRO CASTRO IBARRA, JOSEFINA BÁEZ BARRAZA, MANUEL ANTONIO LÓPEZ DE LA TORRE
Hospital Civil de Culiacán, Gobierno del Estado, Culiacán, Sin.

Objetivo: describir las características clínicas y operatorias de pacientes sometidas a laparoscopia con diagnóstico de endometriosis ováricas.

Material y método: se revisaron los expedientes clínicos de 60 pacientes sometidas a laparoscopia de enero agosto de 2009 a agosto de 2012 por un diagnóstico de endometriosis ovárica. Se analizó la edad, índice de masa corporal (IMC), características obstétricas, tratamientos médicos recibidos, motivo de la cirugía (infertilidad, dolor o ambas) y tiempo de evolución, ovario afectado, tamaño del endometrioma, adherencias, tratamiento quirúrgico realizado, tiempo quirúrgico, sangrado operatorio, tasa de conversión a laparotomía y complicaciones intra y postoperatorias.

Resultados: la edad promedio fue de 29.5 años (DE: 5.9) con un IMC promedio fue de 25.1 (DE: 7.2); el 60% de los casos presentaba antecedente de cirugía previa. El 33.3% de las pacientes presentaba uno o más embarazos. Había recibido tratamiento médico previo el 10% de las pacientes (Análogos de GnRH el 10%, anticonceptivos orales combinados el 23.3%). La indicación más frecuente de la laparoscopia fue la infertilidad (46.7%). La evolución de la infertilidad fue de 4.8 años (DE: 6.0). El ovario más afectado fue el derecho (53.3). El tamaño promedio del endometrioma fue de 7.8 cm (DE: 2.1) y en el 30% el ovario afectado se encontró adherido a la foseta ovárica y a la pared posterior del útero. Se realizó cistectomía ovárica con escisión de la pseudo-cápsula en el 90% de los casos. El tiempo quirúrgico promedio fue de 97.1 minutos (DE: 28.0) y el sangrado operatorio promedio fue de 125 mL (DE: 93.8). No se encontraron complicaciones intraoperatorias ni postoperatorias y no se realizó ninguna conversión a laparotomía. La estancia hospitalaria promedio fue de 28.0 horas (DE: 8.1). La tasa de recurrencia fue del 6.6% (n=4).

Conclusiones: la endometriosis ovárica es una causa frecuente de infertilidad y dolor pélvico que afecta a mujeres en edad reproductiva,

factible de ser tratada con laparoscopia, con mínimo sangrado y tiempos quirúrgicos, y cuyas complicaciones se relacionan con la complejidad del caso y la habilidad del operador.

INVESTIGACIÓN CLÍNICA MAMPARA E Útero didelfo con hematómetra unilateral y agenesia renal ipsilateral

JUAN MANUEL SOTO PINEDA, FRED MORGAN ORTIZ, PATRICIA ZULEMA MARQUEZ IRIBE, EVERARDO QUEVEDO CASTRO, DAMARIS ELIZABETH MONARREZ MANRIQUEZ

Hospital Civil de Culiacán, Universidad Autónoma de Sinaloa, Gobierno del

Objetivo: describir dos casos de pacientes con útero didelfo, hemivagina obstruida y agenesia renal ipsilateral.

Pacientes de 27 y 20 años respectivamente, que ingresan por dolor abdominal intenso, con datos de abdomen agudo.

Caso 1: Paciente de 27 años con dos embarazos, una cesárea, ecografía pélvica, útero doble, cavidad uterina derecha, feto vivo de 12 semanas, cavidad uterina izquierda con imagen anecoica de 71 x 51 x 41 mm, probable hematómetra. Vía laparoscópica, se observa útero didelfo con útero derecho gestante y útero izquierdo más pequeño, se drena hematómetra solamente; presenta múltiples reingresos por amenaza de parto, se interrumpe a las 33.6 semanas, por presentar oligohidramnios severo, mas restricción de crecimiento etapa V. Se obtiene un producto de 1692 gramos por cesárea. Dos años después regresa por dolor abdominal y fiebre, se propone resección de útero rudimentario vía laparoscópica, encontrándose pelvis congelada, quistes residuales y un proceso inflamatorio severo que incluye ambos úteros, múltiples focos endometrióticos y endometrioma ovario derecho. Se realiza adherenciólisis, resección de útero y anexo izquierdo, restitución de la anatomía en hueco pélvico con liberación de útero y cistectomía de endometrioma en anexo derecho.

Caso 2: paciente de 20 años, núbil, ecografía pélvica con tumoración de anexo versus útero didelfo, probable hematómetra de 96 x 79 mm. Laparoscopia diagnóstica con presencia de probable útero doble; conjuntamente histeroscopia con útero derecho con ostium tubarico único lado derecho, en cara anterior de cérvix, orificio rudimentario con expulsión de material purulento y cavidad uterina izquierda rudimentaria con endometrio funcional. Resonancia magnética pélvica con útero didelfo, dos cuellos uterinos. Ambas pacientes con ultrasonido renal con agenesia renal izquierda.

Conclusión: con base en los síntomas, estudios de imagen y hallazgos quirúrgicos se integra diagnóstico de síndrome de Herlyn-Werner-Wunderlich en ambas pacientes.

INVESTIGACIÓN CLÍNICA MAMPARA F Importancia de la capacitación para la anticoncepción de emergencia en médicos residentes de Ginecología y Obstetricia

MIGUEL ANGEL SERRANO BERRONES

Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos, ISSSTE, Ciudad de México, DF.

Antecedentes: la anticoncepción de emergencia se utiliza en diferentes países del mundo como herramienta útil para el control de la natalidad, coadyuvando a la disminución de embarazos no deseados y la práctica de abortos.

Objetivo: resaltar la importancia de conocimientos sobre Anticoncepción de emergencia (AE) entre los médicos residentes del servicio de Ginecología y Obstetricia.

Material y método: se aplicó un cuestionario sobre aspectos de anticoncepción de emergencia al 100% de los médicos residentes de la especialidad de la especialidad.

Resultados: la totalidad de los médicos coincidió en que la anticoncepción de emergencia es una opción para evitar el embarazo. La frecuencia de prescripción de las píldoras anticonceptivas de emergencia se incrementó significativamente desde el primero al cuarto año de la especialidad. Se presentó un incremento de casi el 20%, el porcentaje de anticoncepción de emergencia prescrito por año de residencia. El conocimiento también mejoró significativamente y la percepción de barreras que interfirieran con la prescripción se redujo significativamente. En contraste, las actitudes acerca de la anticoncepción de emergencia mostraron pocos cambios.

Conclusiones: este estudio sugiere que los médicos deben contar con los fundamentos básicos académicos de acuerdo a la normatividad vigente sobre anticoncepción, derechos sexuales y reproductivos de la población, con responsabilidad médica y ética para llevar a cabo la prescripción necesaria sobre anticoncepción de emergencia en las diferentes unidades médicas.

INVESTIGACIÓN CLÍNICA MAMPARA G Satisfacción en usuarias del anillo vaginal anticonceptivo combinado

ATZIRI RAMÍREZ NEGRIN, NORMA VELÁZQUEZ RAMÍREZ, ENRIQUE REYES MUÑOZ, MIRIAM NEGRIN PÉREZ, ARELY PEÑA

Instituto Nacional de Perinatología y Hospital Angeles del Pedregal, SSA/ Privado, México, DF.

Antecedentes: la anticoncepción es decisiva para disminuir el número de embarazos no deseados y la morbilidad materna. El uso de anticonceptivos con liberación hormonal prolongada simplifica el apego a éstos métodos. El

anillo vaginal ha mostrado adecuado control del ciclo, apego, satisfacción y tolerabilidad similar a otros métodos anticonceptivos hormonales.

Objetivo: evaluar los patrones de sangrado y como objetivo secundario evaluar la aceptación, tolerabilidad, apego, satisfacción y eventos adversos con el uso del anillo anticonceptivo combinado.

Material y método: estudio clínico abierto no comparativo sobre el control del ciclo con el anillo vaginal anticonceptivo combinado (15 µg de etinilestradiol/ 120 µg de etonogestrel). En mujeres voluntarias sanas (n=67) que deseaban anticoncepción con un mínimo de seis meses. Reportaron diarios de sangrado para búsqueda de patrones de ciclos menstruales durante el tiempo de uso (mínimo un ciclo, máximo seis ciclos). Se realizó una encuesta al terminar el estudio o en el momento de discontinuación del método para evaluar la satisfacción, apego y eventos adversos.

Resultados: del total de mujeres el 32.8%(22) abandonaron el anillo durante el estudio. El motivo más frecuente de abandono fue secundario a presencia de eventos adversos en 7 mujeres (10.4%). Sangrado irregular sucedió en 70 ciclos (20.8%). 13 participantes reportaron efectos adversos de los cuales leucorrea fue el más común presentándose en 6% de los casos. No se reportó ningún embarazo durante el periodo de estudio. El porcentaje de satisfacción fue de 79.1%.

Conclusiones: en este estudio el anillo vaginal anticonceptivo combinado en nuestra población mostro un bajo índice de sangrado irregular, alto porcentaje de satisfacción y apego. Las tasas de abandono del método son similares a las reportadas previamente por lo que puede ser considerado una buena opción anticonceptiva en nuestra población.

INVESTIGACIÓN CLÍNICA MAMPARA H

Prevalencia de osteoporosis en pacientes postmenopáusicas que acuden a la clínica de climaterio del Hospital General de Durango

FLOR DE LAS NIEVES PÉREZ BUENO, JAIME AYALA BARRAGÁN, JOSÉ DE JESÚS GUIJARRO BUSTILLOS, MARIO ISAAC LUMBRERAS MÁRQUEZ
Hospital General de Durango, Secretaría de Salud, Durango, Dgo.

Antecedentes: en la actualidad, la expectativa de vida de una mexicana es de alrededor de 76 años y la menopausia sobreviene entre los 39-59 años por lo que pasará casi un tercio de su vida en este periodo; el cual es acompañado de una amplia gama de manifestaciones; entre ellas el aumento de riesgo de osteoporosis: una enfermedad sistémica, crónica y progresiva caracterizada por masa ósea baja con incremento del riesgo de fracturas.

Objetivo: determinar la prevalencia de osteoporosis en pacientes menopáusicas que acuden a Clínica de Climaterio del Hospital General Durango, analizar antecedentes gineco-obstétricos, factores sociodemográficos y patologías concomitantes.

Material y método: estudio observacional, retrospectivo y descriptivo. Se revisaron expedientes clínicos de pacientes con menopausia que acudieron a consulta durante el periodo enero-diciembre del 2012, elegidos en forma aleatorizada.

Resultados: se incluyeron 187 expedientes, La edad promedio fue de 56.6 años (7.4 años). Presentaron sólo osteopenia 82 pacientes (43.9%); sólo osteoporosis 37(19.7%); una combinación de ambas 27(14.5%) y en 41(21.9%) la DMO fue normal. De los antecedentes gineco-obstétricos se obtuvo: promedio de menarquia 12.6(±1.8 años), IVSA 19.1(±3.5 años), primer embarazo 19.9(±4.5 años), último embarazo 32.5(±18.7 años); embarazos promedio 5; edad de menopausia 46.7(±5.1 años), años postmenopausia 9.98(±8.08). Factores sociodemográficos principales: residencia urbana (82.4%), educación básica (86.1%). Se encontraron patologías concomitantes en 73.2%; el índice de masa corporal fue de 28.9 kg/m² (±4.9DE).

Conclusión: la prevalencia de osteoporosis depende de la población estudiada, obtuvimos el 34.2%; cifra mayor a la reportada en la mayoría de estudios nacionales e internacionales, es importante conocer esto para tomar medidas, sobre todo preventivas.

INVESTIGACIÓN CLÍNICA MAMPARA I

Resultados de la cirugía antiincontinencia en mujeres menopáusicas

VERÓNICA GRANADOS MARTÍNEZ, SILVIA RODRÍGUEZ COLORADO, VIRIDIANA GORBEA CHÁVEZ, CARLOS RAMÍREZ ISARRARAZ, MARCO ANTONIO ORTIZ RAMÍREZ

Instituto Nacional de Perinatología, Secretaría de Salud, México, D.F.

Antecedentes: la incontinencia urinaria incrementa su prevalencia con la edad, causando cambios funcionales y anatómicos en el tracto urinario inferior.

Los procedimientos de cintas antiincontinencia mediouretales son actualmente las operaciones mas comúnmente realizadas para incontinencia urinaria de esfuerzo.

Objetivo: comparar la tasa de cura subjetiva y cura objetiva, resultados quirúrgicos y parámetros urodinámicos en mujeres menopáusicas que se sometieron a cirugía antiincontinencia.

Material y métodos: estudio de cohorte, retrospectivo, efectuado en la Clínica de Urología

Ginecológica de enero del 2009 a diciembre del 2011.

Los criterios de inclusión fueron: Mujeres que se sometieron a cirugía antiincontinencia, Seguimiento a un año posterior a la cirugía antiincontinencia, Expediente clínico completo. Las variables del estudio. Durante la cirugía: sangrado, días de hospitalización, orina residual postquirúrgica. Seguimiento a un año: cura subjetiva (Índice de severidad de Sandvik), cura objetiva (puntos de pérdida), parámetros urodinámicos. Los datos fueron analizados con el programa de SPSS versión 20; con un valor significativo de p<0.05.

Resultados: se analizaron 167 mujeres que se sometieron a cirugía antiincontinencia de las cuales 69 con diagnóstico previo de incontinencia urinaria de esfuerzo y 98 con diagnóstico de incontinencia urinaria mixta.

Las cirugías antiincontinencia realizadas fueron: 22 Bruch, 58 cintas retropúbicas, 82 cintas transobturadoras y 5 con cintas de incisión única.

Se obtuvieron 3 grupos: Grupo 1: mujeres menores de 45 años, n=50, Grupo 2: mujeres 45-65 años, n=109 y Grupo 3: mujeres mayores de 65 años, n=8

Conclusiones: la estancia hospitalaria es mayor en el grupo 3 (comorbilidades); en cuanto a diagnósticos previos de cirugía antiincontinencia previa o cirugía concomitante (de prolapso previa o histerectomía previa) no mostró diferencia significativa entre los diferentes grupos de estudio, en las pacientes del grupo 1 y 2 se coloca el mayor número de cintas suburetrales libres de tensión transobturados y en las mujeres del grupo 3 las retropúbicas, la tasa de cura objetiva es menor en pacientes del grupo 3, en las pacientes del grupo 1 y 2 con incontinencia urinaria de esfuerzo se observó disminución en los parámetros urodinámicos del flujo máximo (Qmax) y el volumen miccionado, manteniéndose dentro de los parámetros normales. En pacientes con IUM y del grupo 1 se observó disminución del valor de PMCU, en las mujeres del grupo 2 además de la disminución de la PMCU, se observó disminución de la cantidad de orina residual.

INVESTIGACIÓN CLÍNICA MAMPARA J

Seguimiento del postoperatorio de pacientes con incontinencia urinaria mixta

JORGE JESÚS SÁNCHEZ CISNEROS, CARLOS RAMÍREZ ISARRARAZ, VIRIDIANA GORBEA CHÁVEZ, MARÍA KATHERINE TABARES TRUJILLO, ESTHER SILVIA RODRÍGUEZ COLORADO

Instituto Nacional de Perinatología, Secretaría de Salud, México, DF.

Objetivo: evaluar los síntomas de urgencia, frecuencia, nicturia e incontinencia urinaria

de esfuerzo y el diagnóstico urodinámico (detrusor hiperactivo) en el pre y postoperatorio de las pacientes con incontinencia urinaria mixta sometidas a cirugía antiincontinencia (cinta retropúbica o transobturadora y Burch).

Descripción del estudio: cohorte simple retrospectiva que incluyó 93 pacientes con IUM, de las cuales a 64 pacientes con cirugía concomitante y a 29 cirugía antiincontinencia (cinta suburetral libre de tensión retropúbica o transobturadora y colposuspensión de Burch, se evaluó severidad mediante Sandvik y síntomas de: vejiga hiperactiva (frecuencia, urgencia, nocturia), valorando los resultados posteriores a la cirugía tanto de esfuerzo como de urgencia a 1 año postquirúrgico.

Resultados: no hubo diferencias demográficas significativas entre los grupos de cirugía, se observa disminución de los síntomas de vejiga hiperactiva y de los síntomas de incontinencia urinaria de esfuerzo y la severidad posterior a las cirugías con cintas suburetrales, con diferencias estadísticamente significativas. Se observó detrusor hiperactivo prequirúrgico en 18 pacientes y postquirúrgico en tres pacientes con una $p < 0.001$. La cirugía retropúbica disminuye la nocturia.

Conclusión: el uso de cintas antiincontinencia mejora la severidad de los síntomas de esfuerzo y urgencia en las pacientes con IUM.

INVESTIGACIÓN CLÍNICA MAMPARA K

Resultados de electroestimulación en vejiga hiperactiva

SILVIA RODRÍGUEZ COLORADO, ISABEL TOLENTINO SOSA, KATHERINE TABARES TRUJILLO, JOSUE HERNÁNDEZ BAÑALES, VIRIDIANA GORBEA CHÁVEZ
Instituto Nacional de Perinatología, Secretaría de Salud, México, DF.

Antecedentes: la vejiga hiperactiva es una afección común que afecta al 12-18% de la población. Al no existir un tratamiento que cure al 100%, si no solo control de la enfermedad, causa un mayor impacto negativo en la calidad de vida de las pacientes. Existen varios tratamientos como terapia conductual, tratamiento con anticolinérgicos y electroestimulación, con diferentes porcentajes de mejoría.

Objetivo: evaluar la mejoría subjetiva de la electroestimulación en el tratamiento de la vejiga hiperactiva.

Material y método: estudio de cohorte retrospectiva en el periodo de enero del 2009 a enero del 2013 en la Clínica de Urología Ginecológica del Instituto Nacional de Perinatología. Se incluyeron pacientes con síntomas de Vejiga Hiperactiva seca o húmeda, que recibieron de 8 a 12 sesiones de terapia con electroestimulación. Se dividieron en dos grupos dependiendo el tipo

de energía: TENS inhibitorio y energía interferencial. Para determinar la mejoría subjetiva del tratamiento se evaluó la escala análoga visual, porcentaje de mejoría, frecuencia, urgencia, nocturia y episodios de incontinencia urinaria en las pacientes al inicio y final de la terapia con electroestimulación.

Resultados: se revisaron 164 expedientes de los cuales 58 cumplieron con criterios de selección. Disminución en los episodios de frecuencia urinaria, nocturia, urgencia urinaria e incontinencia de urgencia al final del tratamiento ($p < 0.001$). El porcentaje de mejoría al finalizar la terapia fue 71%.

Conclusiones: la electroestimulación es efectiva en la mejoría de los síntomas de urgencia, frecuencia, nicturia e incontinencia urinaria de urgencia.

INVESTIGACIÓN CLÍNICA MAMPARA L

El volumen del cuerpo perineal medido a través de ultrasonografía endovaginal 3D

DANIEL VELEZ SÁNCHEZ, ABBAS SHOBEIRI, GHAZALEH ROSTAMINIA, LINDSAY DENSON, ANDREA SANTIAGO

Hospital de Ginecoobstetricia 3, CMN La Raza, Instituto Mexicano del Seguro Social, Mexico DF.

Antecedentes: el cuerpo perineal femenino es una estructura anatómica donde se anclan componentes musculares, faciales y fibrosos, que participan en los mecanismos de continencia urinaria y fecal.

Objetivo: medir a través de ultrasonido endovaginal 3D (EVUS) el volumen del cuerpo perineal.

Pacientes y método: estudio descriptivo, retrospectivo y observacional. Se realizó EVUS en reposo usando un protocolo estandarizado en 24 pacientes nulíparas asintomáticas para disfunción del piso pélvico y sin antecedentes de cirugías vaginales. Se hizo una explicación de las estructuras anatómicas que se anclan al cuerpo perineal de acuerdo a un reporte previo en imágenes por resonancia magnética. Se midió en cortes axiales el área de la base del cuerpo perineal y se midió su altura en cortes medio sagitales. La correlación intraclase (ICC) para la concordancia intra- e inter-observador se calculó para el área de la base y la altura del cuerpo perineal. Se calculó el volumen del cuerpo perineal con la fórmula para el volumen de una pirámide cónica (un tercio, base, altura).

Resultados: el volumen promedio del cuerpo perineal fue de 1.17 cm³ desviación estándar $\pm$ 0.72 cm³. La ICC para la concordancia intra e inter observador se presentan respectivamente: área de la base del cuerpo perineal fue de 0.76 con intervalo de confianza (IC) 95% [0.45-0.89] y 0.83 con IC 95% [0.61-0.92]. Altura del cuerpo

perineal fue de 0.91 IC 95% [0.80-0.97] y 0.93 IC 95% [0.85-0.97], en todos la significancia fue menor a 0.001.

Conclusión: el volumen promedio del cuerpo perineal en nulíparas es de 1.17cm³.

INVESTIGACIÓN CLÍNICA MAMPARA M

Factores asociados con cáncer de mama en pacientes del Hospital Regional de PEMEX Salamanca

MAYRA JIMÉNEZ ÁVALOS, ISMAEL MADRIGAL GARCÍA, BENIGNO LINARES SEGOVIA, ALEJADRO ACEVEDO GUZMÁN, SERGIO ARMANDO VARELA ORTIZ

Hospital Regional Pemex Salamanca, Petroleos Mexicanos, Salamanca, Guanajuato

Antecedentes: el cáncer de mama es la principal causa de muerte en la mujer mexicana y a nivel mundial. Se atribuye a diversos factores de riesgo algunos que pueden modificarse y tomar una línea de acción sin embargo la mayoría de los casos su diagnóstico es por auto detección y son detectados en estadios tardíos.

Objetivo: conocer los factores asociados al cáncer de mama en derechohabientes del Hospital Salamanca de Petróleos Mexicanos.

Material y método: estudio retrospectivo de casos y controles usando t de student o χ^2 . Se eligieron 303 pacientes que acudieron a revisión ginecológica del año 2002 al 2012; 95 (31.4%) casos de cáncer de mama y 208 (68.6%) controles. Se revisó expediente clínico; ultrasonido mamario y mastografía usando Breast Imaging Report Date System (BI-RADS).

Resultados: el reporte BI- RADS ≥ 3 represento el mayor riesgo (OR = 11.7, CI 95%: 5.7 - 24.0), en segundo lugar el tabaquismo (OR= 7.3, IC 95%: 3.9 - 13.8).. A la exploración, el nódulo mamario tenía riesgo de hasta 4 veces (OR 4.4, IC 95%: 2.5 -7.7). En cuanto a terapia de remplazo hormonal (TRH) y el hormonal para planificación familiar tenían un riesgo incluso de dos veces en relación con las sanas.

Discusión: de los 11 factores de riesgo para cáncer de mama, El relevante fue $>$ o igual a BI-RADS 3; sobre todo después de los 40 años. El tabaquismo, presentó relación mayor a la esperada hasta en 7 veces.

Conclusión: con la incorporación de programas de tamizaje con mastografía a partir de los 40 años se espera disminuir el riesgo de cáncer de mama subdiagnosticado en más del 30 % de nuestra población derechohabiente y generar un Comité de alto riesgo para capturar y vigilar a nuestras pacientes. A pesar de que en nuestra población derechohabiente prevaleció el tabaquismo y el BIRADS 3 como principales factores de riesgo para cáncer de mama, el

resto de factores también se involucran por lo que debemos concientizar a nuestra población.

INVESTIGACIÓN CLÍNICA MAMPARA N

Cáncer de mama en la población mexicana: subtipos histológicos y moleculares, y su relación con la edad, el grado tumoral y etapa al diagnóstico

JOSE EDUARDO SERRATOS GARDUÑO, LETYCIA ALEJANDRINA ZAVALA GÓMEZ, SERGIO RODRÍGUEZ CUEVAS, ANTONIO MAFFUZ AZIZ, VERONICA BAUTISTA PIÑA

Instituto de Enfermedades de la Mama (FUCAM), Sociedad Civil, México DF.

Antecedentes: el cáncer de mama, es el más frecuente en el género femenino a nivel mundial y comprende 16% de todos los cánceres en mujeres. En países en desarrollo, la incidencia aumenta día a día. Existen factores pronósticos en pacientes con cáncer de mama. El tipo histológico, estadio clínico, estado de los receptores hormonales para estrógeno y progesterona, edad, expresión de HER2 y variedad molecular. Es un tumor sensible a la terapia hormonal gracias a los receptores hormonales, reduciendo de un 20 a 30% la recurrencia-mortalidad en pacientes receptores positivos, que reciben terapia endocrina. El tratamiento se ha revolucionado por la identificación y explotación de biomarcadores, como el HER2 y el marcador Ki-67. El objetivo determinar los subtipos histológicos y moleculares en mujeres mexicanas, su prevalencia y relación con la edad, y la etapa clínica al momento del diagnóstico.

Material y método: se incluyeron las pacientes del Instituto de Enfermedades de la Mama, de nacionalidad mexicana, con diagnóstico de cáncer de mama de 2005 al 2011 con estudio histopatológico. Las variables estudiadas fueron: edad, subtipo histológico del tumor, estado de los receptores hormonales; el HER-2/neu: y Ki-67.

Resultados: 2,253 pacientes, con promedio de edad de 53.6 años. El 9.7% de los casos fueron diagnosticados en mujeres menores de 40 años. Según la etapa clínica al momento del diagnóstico el 45.1% de los casos fueron en etapa 0, I y IIA. El estado de los receptores hormonales se encontró positivo mayormente en mujeres postmenopáusicas, siendo el HER2(+) mayormente en mujeres premenopausicas. El Ki67, se asocio con tumores de mayor grado histológico. El subtipo histológico mas frecuente fue el Carcinoma Ductal Infiltrante.

Conclusiones: en la población de mujeres mexicanas, la edad de presentación es aproximadamente 10 años antes, comparada con la población mundial, el resto de las variables fueron similares a las reportadas en la bibliografía mundial.

INVESTIGACIÓN CLÍNICA MAMPARA Ñ

Factores de riesgo en la persistencia de lesiones intraepiteliales cervicales de bajo riesgo asociadas con la infección por virus del papiloma humano posterior al tratamiento ablativo

GENARO VEGA MALAGÓN, GUADALUPE ZALDIVAR LELO DE LARREA, CARLOS SOSA FEREYRA, HERNÁN DEL VALLE JIMENEZ, JAVIER AVILA MORALES

Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Querétaro, Querétaro, Qro.

Objetivo: determinar los factores de riesgo en la persistencia de las lesiones intraepiteliales cervicales de alto y bajo riesgo asociadas a infección por el VPH posterior al tratamiento ablativo.

Material y método: estudios de casos y controles, 40 mujeres (casos) con persistencia de las lesiones intraepiteliales cervicales posterior al tratamiento ablativo y 80 mujeres (controles) con curación a los seis meses posteriores al tratamiento, se analizaron las variables socio demográficas, reproductivas, sexuales, toxicomanías, nutricionales y comorbilidad asociada. El análisis se realizó con razón de momios, intervalo de confianza al 95%, con prueba de x², y t de Student.

Resultados: los factores con diferencia estadísticamente significativa (p: < 0.05), fueron: extensión de la lesión mayor a 2 cm². (RM: 8.53), alguna patología asociada, (RM: 6.97), tabaquismo asociado con alcoholismo (RM: 5.40) tres o más compañeros sexuales en los últimos tres años (RM: 5.25), obesidad (RM: 4.58), esposo sin circuncisión (RM: 3.45), inicio de vida sexual activa menor a los 17 años (RM: 2.77), más de dos periodos (promedio) de infecciones de transmisión sexual anual, en los últimos tres años (RM: 2.53). Las afecciones asociadas en el grupo de pacientes que persistieron la lesión fueron: infección cervicovaginal y obesidad.

Conclusiones: es indispensable identificar algún factor de riesgo en toda paciente que acuda a tratamiento por infección por el VPH para efectuar un adecuado tratamiento de la infección y así evitar la persistencia del virus que pudiera ser factor causal del cáncer cervical.

INVESTIGACIÓN CLÍNICA MAMPARA O

Comparación de los resultados de dos protocolos flexibles de hiperestimulación ovárica controlada con dos dosis diferentes de inicio (150 vs ≥225)

CIRENIA RUIZ BALDERRAMA, JUAN CARLOS BARROS DELGADILLO

Instituto Nacional de Perinatología, Secretaría de Salud, México DF.

Antecedentes: actualmente no hay acuerdo en la dosis óptima de inicio en un protocolo de hi-

perestimulación ovárica controlada. En nuestro medio, usamos ciclos convencionales con el afán de compensar disfunciones en el trabajo del laboratorio de gametos y obtener mayor número de ovocitos, embriones disponibles para la transferencia y embriones criopreservados.

Objetivo: comparar los resultados de dos protocolos flexibles de hiperestimulación ovárica controlada con dosis de inicio diferente (150 vs. 225 UI de FSHr o hMG) más un antagonista de la hormona liberadora de Gonadotropinas en ciclos de FIV e ICSI.

Material y Método: estudio retrospectivo de 231 ciclos de FIV/ICSI del 1 de enero de 2011 al 31 de diciembre del 2012 previa estimulación ovárica con protocolo no fijo de FSH recombinante o menotropinas y con antagonista de GnRH (ant-GnRH). El diagnóstico de embarazo se realizó mediante la determinación sérica cuantitativa de la fracción beta de la hormona gonadotropina coriónica humana 15 días después de la transferencia embrionaria. El embarazo clínico se diagnosticó a las seis semanas de la transferencia de embriones mediante la visualización de saco gestacional y embrión con latido cardíaco.

Resultados: el número total de ciclos incluidos fueron 245, de los cuales analizamos 231, 14 de ellos fueron cancelados por falta en la respuesta al tratamiento.

Discusión: encontramos diferencia significativa en la edad de las pacientes de los grupos de estudio, detectándose un mayor porcentaje de pacientes mayores de 30 años en el grupo II (83 vs. 56.9% para grupo II y I respectivamente). Igualmente sucedió con el IMC siendo este significativamente mayor en las pacientes del Grupo II; ubicándose todas las pacientes con obesidad (15 pacientes) dentro de éste Grupo. Como está sustentado en la bibliografía, la edad y el IMC son dos de los factores determinantes de la dosis de inicio de cualquier protocolo de estimulación ovárica.

Conclusión: no se observaron diferencias significativas entre dos dosis de inicio de estimulación ovárica (150 vs. ≥225UI) para el número de ovocitos capturados, embriones disponibles el día de la transferencia y embriones para criopreservar. Observamos diferencias significativas en la dosis total de FSH utilizada y en el incremento de la dosis. La realización de un estudio prospectivo nos permitiría medir la eficacia y eficiencia de las diferentes dosis de inicio de hiperestimulación ovárica.

INVESTIGACIÓN CLÍNICA MAMPARA P

Efecto de la dosis total de gonadotropinas en protocolos de fertilización in vitro en los resultados de embarazo

ALBERTO KABLY AMBE, ESPERANZA CARBALLO MONDRAGÓN, ARMANDO MIGUEL ROQUE SÁNCHEZ, LEONOR DURÁN MONTERROSAS

Centro Especializado de Atención a la Mujer, Hospital Angeles Lomas, Huixquilucan, Estado de México.

Antecedentes: la estimulación ovárica para fertilización in vitro comprende el uso de dosis suprafisiológicas de gonadotropinas para la obtención de un desarrollo folicular múltiple. Hace poco se observó que dosis altas de gonadotropinas pueden tener efectos adversos sobre la foliculogénesis, desarrollo e implantación embrionaria.

Objetivo: evaluar la tasa de embarazo en pacientes normo-respondedoras de acuerdo a la dosis total de gonadotropinas utilizadas en el protocolo de estimulación con antagonista de GnRH.

Pacientes y métodos: estudio retrospectivo, observacional y transversal. Se incluyó a 319 parejas que acudieron al Centro Mexicano de Fertilidad del CEPAM para fertilización in vitro. Se incluyeron sólo parejas sin factor masculino alterado, normo-respondedoras y en protocolo de estimulación con antagonista de GnRh. Para su análisis se agruparon de acuerdo al nivel de FSH basal y posteriormente al requerimiento total de gonadotropinas. Las variables continuas se designaron como medias y sus desviaciones estándar y se realizó regresión logística univariada para determinar la significación estadística. Las categóricas se evaluaron en frecuencias y porcentajes. Los cálculos se realizaron con el software JMP.

Resultados: se dividieron según la dosis total de gonadotropinas utilizadas en Grupo 1: <2000 UI, Grupo 2: 2001 a 3000 UI, y Grupo 3 >3001 UI. Se encontró para mujeres con FSH <7 UI una tasa de embarazo por transferencia de 50%, 28% y 14.81% respectivamente; ninguna tuvo requerimientos mayores a 4000 UI y para mujeres con FSH >7 UI, las tasas de embarazo por transferencia fueron de: 16.67%, 30.99%, 35%, 33.33% respectivamente.

Conclusión: en mujeres normo-respondedoras, cuando la FSH basal es <7, la mayor tasa de embarazo se encuentra cuando se utilizan dosis totales de gonadotropinas <2000 UI con una relación inversamente proporcional la dosis total con la tasa de embarazo. Cuando la FSH basal es mayor de siete los mejores resultados se obtienen al utilizar dosis totales entre 3000 y 4000 UI con menor tasa de éxito al utilizar dosis mayores o menores a este rango.

INVESTIGACIÓN CLÍNICA MAMPARA Q

Efecto de la abstinencia sexual en las tasas de embarazo posterior a inseminación intrauterina

ALBERTO KABLY AMBE, ESPERANZA CARBALLO MONDRAGÓN, ARMANDO MIGUEL ROQUE SÁNCHEZ, LEONOR DURÁN MONTERROSAS

Centro Especializado para la Atención a la Mujer, Hospital Angeles Lomas, Huixquilucan, Estado de México.

Antecedentes: existen diversos estudios que muestran que a más días de abstinencia sexual mayor la concentración espermática, sin embargo no se ha evaluado la influencia directa entre los días de abstinencia con las tasas de embarazo. La recomendación habitual de de 3 a 4 días previos a la realización de inseminación intrauterina se basa en el intervalo que maximiza el número de espermatozoides motiles en el eyaculado. Sin embargo existen algunos reportes que indican una mejor tasa de éxito con periodos de abstinencia < 3 días.

Objetivo: evaluar la tasa de embarazo posterior a inseminación intrauterina de acuerdo a los días de abstinencia sexual previos la obtención de la muestra seminal.

Pacientes y método: estudio retrospectivo, observacional y transversal. Se incluyó a 3123 parejas que acudieron al Centro Mexicano de Fertilidad del CEPAM para inseminación intrauterina. Para su análisis se agruparon de acuerdo a edad de ambos, tasa de éxito y días de abstinencia sexual. Las variables continuas se designaron como medias y sus desviaciones estándar y se realizó regresión logística univariada para determinar la significación estadística. Las categóricas se evaluaron en frecuencias y porcentajes. Los cálculos se realizaron con el software JMP.

Resultados: la mayor tasa de éxito en inseminación intrauterina se obtiene con menos de siete días de abstinencia sexual. El índice de recuperación espermática es inversamente proporcional a los días de abstinencia.

Conclusión: existe una mejor tasa de embarazo en inseminación intrauterina cuando se realiza con menos de siete días de abstinencia sexual encontrando mejor índice de recuperación espermática a menores días de abstinencia.

INVESTIGACIÓN CLÍNICA MAMPARA R

Transferencia no selectiva de embrión único: posibilidades de embarazo relacionadas con la experiencia del operador

ALBERTO KABLY AMBE, ESPERANZA CARBALLO MONDRAGÓN, ARMANDO MIGUEL ROQUE SÁNCHEZ, LEONOR DURÁN MONTERROSAS, JORGE CAMPOS CAÑAS

Centro Especializado de Atención a la Mujer S.C., Hospital Angeles Lomas, Huixquilucan, Estado de México.

Antecedentes: la selección del embrión de mejor calidad lleva como fin el no sacrificar la tasa

de éxito y tener un embarazo único minimizando riesgos obstétricos. El problema reside cuando existe el desarrollo de un solo embrión y no hay posibilidad de selección.

Objetivo: evaluar la tasa de embarazo con transferencia de embrión único no seleccionado (cSET) en día tres y contrastarla con la experiencia del médico que realizó la transferencia embrionaria.

Pacientes y método: estudio retrospectivo, observacional y transversal. Se incluyó a 159 mujeres que acudieron al Centro Mexicano de Fertilidad del CEPAM para fertilización in vitro por cualquier indicación excepto trastornos ovulatorios y en quienes solo haya sido posible obtener un embrión para ser transferido en día tres. Para su análisis se agruparon de acuerdo a edad, número de células del embrión el día de la transferencia y médico que la realizó. Las variables continuas se designaron como medias y sus desviaciones estándar y se realizó regresión logística univariada para determinar la significación estadística. Las categóricas se evaluaron en frecuencias y porcentajes. Los cálculos se realizaron con el software JMP.

Resultados: haciendo cSET en día tres se obtuvo un 17.61% de embarazo. Se encontró menor tasa en mujeres mayores de 40 años de edad y mayor con embriones >9 células pero también mayor tasa de aborto. Los médicos más experimentados lograron mejores tasas de embarazo.

Conclusión: este es el primer estudio en población mexicana que evalúa la posibilidad de embarazo con transferencia de embrión único no seleccionado en día tres postcaptura teniendo una tasa de éxito de 17.61% y siendo variables de primer orden el número de células el día de la transferencia y la experiencia del médico que realiza el procedimiento.

INVESTIGACIÓN CLÍNICA MAMPARA S

Rescate con LH en pacientes con mala respuesta a la estimulación con FSH

BELEM CAROLINA DE ALBA GONZALEZ, JUAN CARLOS HINOJOSA CRUZ

Hospital de Ginecoobstetricia 3 La Raza, Instituto Mexicano del Seguro Social, Azcapotzalco, México DF.

Antecedentes: existe un porcentaje importante de pacientes que al someterse a estimulación ovárica con FSH-rec presentan baja respuesta, al adicionar LH-rec los resultados mejoran.

Objetivo: evaluar la eficacia y seguridad de un esquema de estimulación ovárica con FSH-rec más LH-rec para inducción de ovulación comparado con el uso único de FSH-rec en mujeres con anovulación crónica que han fallado a por lo menos un ciclo de estimulación con gonadotropinas, a través de la proporción de ovulación en cada grupo.

Material y método: estudio piloto, retrospectivo y comparativo al que se incluyeron pacientes aptas para inducción de ovulación con gonadotropinas, que fallaron por lo menos a un ciclo previo de inducción de ovulación con gonadotropinas en situación cotidiana. Se analizaron los datos del ciclo previo fallido y los del ciclo con la adición de LH-rec; se les hizo seguimiento ecosonográfico, mediciones hormonales en 2 fases y también parámetros clínicos y enfermedades asociadas ya tratadas. **Resultados:** el porcentaje de ovulación en el grupo en el que se adicionó LH-rec fue 42.85%, el porcentaje de cancelación de ciclo al administrar LH-rec fue de 57.14% en comparación con 85.77% en el ciclo previo con solo FSH-rec. Los días de estimulación ovárica fueron similares en ambos grupos. **Conclusiones:** estos hallazgos sustentan la necesidad de mejorar el diseño de los protocolos de estimulación en nuestro medio, además de que esto representa una ventana de oportunidad para analizar la respuesta de adicionar la LH con un ensayo controlado.

INVESTIGACIÓN CLÍNICA MAMPARA T

Evaluación comparativa del comportamiento seminal de los pacientes de la clínica de andrología enviados a técnica de reproducción asistida de alta complejidad

ALDO ISAAC MENESES RÍOS, MIRNA GUADALUPE ECHAVARRÍA SÁNCHEZ, PEDRO MANUEL ACOSTA GRANADO, MARIBEL SÁNCHEZ MARTÍNEZ, XOCHITL ELENA FLORES ESCOBAR

Instituto Nacional de Perinatología, Secretaría de Salud, México DF.

Antecedentes: los métodos de reproducción asistida se han convertido en herramientas terapéuticas y pronósticas para analizar de manera selectiva las distintas propiedades del espermatozoide y su relación con la fertilidad. Múltiples estudios han evaluado los resultados del tratamiento en parejas infértiles para determinar factores pronósticos indirectos para lograr un embarazo posterior a una inseminación intrauterina o una fertilización in vitro; entre estos se utilizan el REM (recuento espermático total móvil) y/o ICR (índice de células recuperables). Sin embargo, hoy en día es difícil de elegir la opción terapéutica médica o quirúrgica correcta y la técnica de baja o alta complejidad basada únicamente en parámetros espermáticos. **Objetivo:** estudio retrospectivo de los principales parámetros seminales utilizados como pronóstico reproductivo (REM e ICR) en pacientes sometidos a una técnica de reproducción asistida de alta complejidad por factor masculino; en forma complementaria documentar y reportar la tasa de fertilización, de implan-

tación, de gestación clínica y de nacido vivo.

Material y método: se revisó la base de datos de la Clínica de Reproducción asistida del INPer de Enero del 2010 a Diciembre del 2012; el número de ciclos de alta complejidad revisados fueron 765, de los cuales en 154 se implicó el factor masculino aislado o combinado (se excluyeron del grupo a los azoospermicos) valorados por la Clínica de Andrología previo a la técnica de alta complejidad, con tratamiento médico específico según su patología de base. Los datos se capturaron en hoja de cálculo de Excel 2010 y se utilizó estadística descriptiva, cálculo de REM e ICR de las muestras basal, postratamiento y del ciclo de alta complejidad, por porcentaje de mejoría y el cálculo para buscar diferencias con prueba t con SPSS 18. **Resultados:** en la población de estudio, la edad promedio y desviación estándar fue de 35.29 ± 5.16 años. La técnica de inseminación de los ovocitos fue en 44 (36.06%) casos FIV convencional, 58 (47.54%) casos de ICSI, 20 (16.39%) casos de PICSI. **Conclusiones:** el recuento espermático total móvil y el índice de células recuperables no se asociaron como marcadores pronóstico de desenlace reproductivo en la alta complejidad, sin embargo su papel no está descartado, debido a que se requieren de muestras más grandes, homogéneas relacionadas a la técnica de inseminación ovocitaria para determinar el papel de estos parámetros seminales en el desenlace reproductivo.

INVESTIGACIÓN CLÍNICA MAMPARA U

Parto después de cesárea ¿una opción segura?

CARLOS QUESNEL GARCÍA-BENÍTEZ, MIGUEL DE JESÚS LÓPEZ RIOJA, ALEJANDRO SÁNCHEZ ARANDA *Hospital Angeles Lomas, Huixquilucan, Estado de México.*

Cerca de 10% de las mujeres son portadoras de un útero cicatricial; en los países industrializados, la primera causa es el antecedente de cesárea. El viejo paradigma de “una vez cesárea, siempre cesárea” sostenido en algunos países, incluido el nuestro, por casi setenta años, comenzó a cambiar en la década de los setentas. La evidencia acumulada por grandes series de casos, llevó a organizaciones como el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) y a los Institutos Nacionales de Salud de los Estados Unidos y de México a aceptar la opción de parto como segura. Evidencia que después de varias décadas, ha continuado acumulándose. Se realizó una revisión de 2129 expedientes clínicos en el archivo del Hospital Ángeles Lomas, con el diagnóstico de puerperio postparto, considerando el periodo de marzo del 2009 a mayo del 2013, seleccionando los

casos que reunían los criterios de inclusión y descartando los que tenían criterios de exclusión y de eliminación, fijados por el estudio. Teniendo un total de 136 expedientes, de los cuales se determinaron las características demográficas de la población. Para efecto del análisis comparativo los expedientes se dividieron, por inicio del trabajo de parto: espontáneo contra inducción y en cuanto a la evolución del trabajo de parto: espontáneo contra conducción, ello con la finalidad de comparar al momento de su ingreso las siguientes variables: edad, semanas de gestación, número de gestas, antecedente de parto, puntaje de Bishop, centímetros de dilatación, índice de masa corporal pregestacional, peso fetal estimado, periodo intergenésico, duración del trabajo de parto y complicaciones. En cuanto a la evolución del trabajo de parto, destaca que un 78% de las pacientes tuvieron un inicio de trabajo de parto espontáneo y solo el 22% tuvieron una inducción, demostrando que el 100% de las pacientes que recibieron oxitocina tanto para inducción, como para conducción del trabajo de parto, tenían características de cérvix favorables. La ruptura uterina es una presentación poco habitual presente en el 2 de las pacientes (1%), cifra que coincide con la bibliografía. De estos dos casos, una paciente había tenido una inducción con oxitocina y la otra con oxitocina conjuntamente con misoprostol. **Conclusiones:** la cesárea es un procedimiento de cirugía mayor que conlleva tasas de morbilidad y mortalidad superior a las del parto. En general se admite que el parto después de una cesárea es un método seguro, que se debe ofrecer a todas las mujeres con una incisión transversal baja, con un periodo intergenésico mayor a 18 meses. La oxitocina se considera un método seguro, sin embargo, debe ser usada con prudencia y cuando se emplee, se debe vigilar estrechamente tanto la dinámica uterina como la clínica materna y la FCF. Sin olvidar que la ruptura uterina puede ocurrir a pesar de una actividad uterina adecuada para un parto espontáneo normal. La cesárea previa es claramente una contraindicación para el uso de prostaglandinas.

INVESTIGACIÓN CLÍNICA MAMPARA V

Prevalencia de cesárea y sus indicaciones más frecuentes.

JUAN FELIPE GARNICA AYALA, ALEJANDRA GOMEZ MARTÍNEZ, SERGIO RAFAEL LOPEZ ORGANISTA *Hospital General de Zona I A Dr. Rodolfo Antonio De Mucha Macías, Instituto Mexicano del Seguro Social, México DF.*

Antecedentes: de acuerdo a la OMS, México cuenta con una tasa de nacimientos por cesárea del 43% del 2005 al 2010. La incidencia de cesárea en el IMSS es de 35%. El índice de ce-

sáreas idealmente es de 15% en los hospitales de segundo nivel y del 20% en los del tercer nivel en relación al total de nacimientos. Las indicaciones se clasifican como absolutas o relativas. El número de cesáreas sin justificación clínica eleva los costos de la atención médica y expone a la madre y al producto a riesgos innecesarios.

Objetivos: conocer la prevalencia de cesárea, las indicaciones y su clasificación a partir de 01 de enero del 2012 a 31 de octubre del 2012.

Material y método: estudio transversal, descriptivo, retrospectivo. Se consultó la bitácora de urgencias tocoquirúrgicas de enero a octubre 2012. Análisis de datos en Hoja de cálculos de Excel. Resultados: el número total de nacimientos fue de: 3582; nacimientos por cesárea fue de 1946; la prevalencia de cesárea fue de 54.33 %; Se obtuvieron 82 diagnósticos diferentes. Se integraron grupos se ordenaron por frecuencia, y se clasificaron como absolutas o relativas. La causa número uno es baja reserva fetal (12.89%), DCP (12.13%), oligohidramnios (11.72%), falta de progresión del trabajo de parto (11.51%), sufrimiento fetal agudo (11.15%) e iterativa (6.17%). Se encontró que la frecuencia de indicaciones absolutas fue de 54.73%, de indicaciones relativas, 35.56%.

Conclusiones: la prevalencia de cesáreas es mucho mayor a lo recomendado por la OMS y la NOM-007-SSA-1993 se podría reducir hasta al 35% contando con solo las indicaciones absolutas, probablemente exista sobrediagnóstico de baja reserva fetal, DCP, oligohidramnios y sufrimiento fetal agudo; falta de personal becario; falta de recursos para monitorización continua. Llevando al obstetra a tomar la decisión de interrupción del embarazo por vía abdominal, abreviar tiempo y evitar conflictos con las pacientes.

INVESTIGACIÓN CLÍNICA MAMPARA W

Inducción del trabajo de parto con misoprostol en el Hospital Ángeles Lomas

CARLOS QUESNEL GARCÍA-BENITEZ, LIAT LEVY MITRANI

Hospital Ángeles Lomas, Huixquilucan, Estado de México

Antecedentes: la necesidad de la inducción del trabajo de parto es reconocida en la obstetricia moderna. Existen varios métodos para ello entre ellos el uso de prostaglandinas.

Objetivo: demostrar la utilidad del misoprostol por vía vaginal para inducción del trabajo de parto en pacientes con embarazo de término.

Material y método: estudio prospectivo, observacional y descriptivo. Pacientes que acudieron para inducción de trabajo de parto entre mayo 2011 y febrero 2013. Se dividieron en dos grupos, el primero pacientes a quienes se les administró

misoprostol (con o sin oxitocina), y al segundo grupo oxitocina. Se analizó la latencia del trabajo de parto, complicaciones de la inducción, vía de nacimiento y justificación, así como pronóstico perinatal. Los datos se analizaron con estadística descriptiva considerando significativa una $p < 0.05$.

Resultados: se incluyeron 176 pacientes, 139 en el grupo misoprostol y 37 en el grupo oxitocina. Ambos grupos heterogéneos en características descriptivas. La diferencia en la latencia fue de 0.17 horas. El índice de cesárea, la incidencia de taquisistolia y de parto precipitado fueron de 18.7%, 10.8% y 5.7% en el grupo de misoprostol y 32.4%, 8.1% y 5.4% en el grupo de oxitocina. Sin diferencias significativas en indicaciones para cesárea y morbilidad neonatal.

Conclusiones: a pesar de resultados sin significancia estadística, es posible recomendar el uso de bajas dosis de misoprostol para inducción de trabajo de parto en pacientes con embarazo de término siempre y cuando se encuentre bajo monitorización cardiotocográfica continua y en instalaciones preparadas para cesárea de urgencia.

INVESTIGACIÓN CLÍNICA MAMPARA X

Misoprostol en el aborto incompleto vs aspirado manual endouterino

EDÉN FRANCISCO REYNA ROJAS, EDÉN FRANCISCO LÓPEZ RIVERA, KARINA LISSET DE LUNA GUTIÉRREZ, ROBERTO AMBRIZ LÓPEZ, ABEL GUZMÁN LÓPEZ

Hospital Universitario José Eleuterio González, Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, NL.

Resumen: el aborto espontáneo es la complicación mas frecuente del embarazo, una de sus formas de presentación mas frecuentes es el aborto incompleto que generalmente se maneja con aspirado manual endouterino en embarazos menores de 12 semanas.

Objetivo: demostrar que el misoprostol a dosis de 800 mcgr vía oral es una alternativa efectiva y segura de tratamiento para el aborto, enumerar sus principales efectos secundarios y el costos.

Pacientes y método: estudio experimental, prospectivo, longitudinal, ciego, en una cohorte de 80 pacientes, 40 se trataron con misoprostol 800mcgrs vía oral y 40 con aspirado manual endouterino. Se compararon concentraciones de hemoglobina, ecografías, efectos secundarios y costos a su ingreso y a la semana.

Resultados: el tratamiento con misoprostol resultó tan efectivo como el aspirado manual endouterino (Efectividad 97% y 96% respectivamente), no se presentaron diferencias estadísticamente significativas en concentraciones de hemoglobina ($p = 0.59$)

y efectos secundarios (dolor 75% y 80 % asintomáticas, sangrado $p = 0.31$, fiebre $p = 0.22$, diarrea 0.14) y el costo del tratamiento con misoprostol resultó menor.

Conclusión: El misoprostol es una alternativa segura y efectiva para el tratamiento del aborto incompleto, con escasos efectos secundarios y de menor costo para el paciente.

INVESTIGACIÓN CLÍNICA MAMPARA Y

Albúmina versus cristaloides en pacientes con preeclampsia severa

BERENICE ZAVALA BARRIOS, ROCIO GUERRERO BUSTOS, VÍCTOR HUGO CARMONA ORNELAS
Hospital General de México, Dr. Eduardo Liceaga, Secretaría de Salud, México DF.

Antecedentes: en los últimos tiempos ha aumentado la incertidumbre sobre la eficiencia de la albúmina, en Preeclampsia (patología crítica en Obstetricia) se ha demostrado hipotéticamente su uso beneficioso, sin embargo no existe evidencia clínica.

Objetivo: comparar los resultados de la aplicación de albumina versus cristaloides en pacientes con preeclampsia severa.

Metodología: estudio retrolectivo, observacional, longitudinal, analítico y comparativo. Se incluyeron pacientes de la Unidad de Ginecología y Obstetricia en el 2012 con diagnóstico confirmado de Preeclampsia Severa a las cuales se dividieron en dos grupos: quienes usaron albúmina versus cristaloides. Se aplicó T de student a los resultados para obtener estadística descriptiva.

Resultados: se calculó una incidencia de Preeclampsia en nuestro medio del 2.82%, 52% se desarrolló en primigestas. Observamos resultados con P estadísticamente significativa a favor de albumina en la perfusión renal ($P = 0.000004$). En comportamiento hemorreológico en ambos grupos tradujo menor hemolisis. Metabólicamente hubo diferencias estadísticamente significativas a favor de albúmina. Los valores de albúmina sérica en la administración de albúmina exógena los mantiene estables; mientras con los cristaloides disminuye estadística y significativamente, lo que traduce mayor hipoalbuminemia. La presión coloidosmótica se ve disminuida en el grupo Cristaloides lo cual repercute directamente al producir edema en el paciente en estado crítico.

Conclusiones: la fisiopatología de la paciente con preeclampsia sucede como una cascada de eventos que se manifiestan en este conflicto microcirculatorio y multisistémico, en este trabajo concluimos que el uso albúmina exógena está justificado ya que brinda protección a los órganos más vulnerables.

INVESTIGACIÓN CLÍNICA MAMPARA Z**Cumplimiento de las metas terapéuticas preparto en pacientes con preeclampsia-eclampsia atendidas en una unidad de cuidados críticos**

ISRAEL HERRERA ESCOBEDO, JUAN GUSTAVO VÁZQUEZ RODRÍGUEZ

Centro Medico Nacional La Raza, Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de Ginecología y Obstetricia 3, Instituto Mexicano del Seguro Social, Ciudad de Mexico DF.

Antecedentes: en la unidad de cuidados intensivos de adultos (UCIA) las pacientes con preeclampsia-eclampsia (P-E) reciben tratamiento multidisciplinario tendiente a la estabilización materna.

Objetivos: conocer el porcentaje con el que se cumple la meta terapéutica de los parámetros de la estabilización materna preparto en pacientes con P-E.

Pacientes y métodos: estudio observacional, longitudinal, prospectivo y descriptivo que incluyó 100 pacientes embarazadas con P-E atendidas en la UCIA de la UMAE Centro Médico Nacional “la Raza”, Hospital de Ginecología y Obstetricia No 3. Se registró el valor inicial y preparto de nueve parámetros utilizados en la evaluación de la estabilidad materna para compararlos con sus valores normales: (1) tensión arterial media (TAM): ≤ 95 mmHg, (2) presión venosa central (PVC): 6 a 10 cm de agua, (3) uresis: 1.5 a 2 mL/Kg. peso/hora, (4) glucemia: < 160 mg/dL, (5) presión coloidosmótica (PCO) plasmática: 24 ± 2 mmHg, (6) pH sangre arterial: 7.37 a 7.44, (7) hemoglobina (Hb): 10 a 14 gr/dL, (8) cuenta plaquetaria (Cplaq): $\geq 100,000$ plaquetas/mm³ y (9) crisis convulsivas (CCTCG): ausentes. Se consideró como meta cumplida cuando el valor preparto se encontró en rango normal y meta no cumplida cuando resultó diferente en cuyo caso se investigó la causa. Para el análisis estadístico se utilizó estadística descriptiva.

Resultados: metas cumplidas: CCTCG 100%, glucemia 93%, Cplaq 86%, Hb 74%, TAM 39%, uresis 36%, pH arterial 30%, PVC 24% y PCO plasmática 11%. El promedio de las medias fué 54.77.

Conclusiones: el porcentaje en que se logró la meta terapéutica de los parámetros evaluados fué muy bajo, cuatro con porcentaje “acceptable” CCTCG, glucemia, Cplaq, y Hb; y cinco “inaceptable” TAM, uresis, pH arterial, PVC y PCO plasmática.

INVESTIGACIÓN CLÍNICA MAMPARA AA**Aumento del índice s/d en la arteria uterina como predictor de preeclampsia en adolescentes del Hospital Central Universitario.**

ÓSCAR SALCIDO RIVERA, ÓSCAR AGUIRRE BARRERA, IRVING ZÚNIGA GALAVIZ, JESÚS ENRIQUE BUSTILLOS VALDEZ, NORMA PATRICIA RAMOS GONZÁLEZ

Hospital Central Universitario, Instituto Chihuahuense de Salud, Chihuahua, Chih.

Antecedentes: el embarazo en la adolescencia ha ido aumentando en los últimos años, por lo que es bien sabido que la preeclampsia se presenta en estas pacientes, ya que la edad materna y la primigravidez son factores de riesgo. Se ha tratado de encontrar el método o la manera de predecir la preeclampsia, y hoy en día se tienen la vecilometría doppler.

Objetivo: determinar el comportamiento de la relación S/D de la arteria uterina de adolescentes embarazadas entre la semana 24-28 y la correlación con el desarrollo de preeclampsia.

Método: Se realizó estudio observacional en 50 pacientes adolescentes (14-19 años) embarazadas, midiendo el índice S/D de la arteria uterina.

Resultados: la sensibilidad y especificidad fue de 90% con un valor predictivo positivo de 69.23% y un valor predictivo negativo de 97.30%. De las 13 pacientes que presentaron índice S/D elevados mayor a 2.6, 5 presentaron Hipertensión Gestacional, 3 presentaron Preeclampsia leve, 1 presentó Retraso de Crecimiento Intrauterino, 4 cursaron con un embarazo normal. Así tenemos que el riesgo relativo fue de 25.62 (3.58-183.13) con una razón de momios de 81.00 (6.83-2260.88) con un valor de p de 0.00002.

Conclusión: la vecilometría doppler es una herramienta que podemos utilizar como método para predecir preeclampsia.

INVESTIGACIÓN CLÍNICA MAMPARA BB**Efecto de la intolerancia a los carbohidratos y diabetes gestacional sobre el resultado obstétrico y perinatal**

ADRIAN HERRERA SALAZAR, LETICIA LARA ÁVILA, FRED MORGAN ORTIZ, JOSE MANUEL BRAMBILA DURÁN, DIEGO ARMANDO CAMACHO RAMÍREZ

Hospital Civil de Culiacán, Culiacán, Sin.

Antecedentes: la diabetes gestacional es la complicación metabólica más común en el embarazo, su prevalencia es variable, con reportes que van desde el 1% hasta el 14% de los embarazos. La información relacionada a pacientes con un valor alterado en la curva de tolerancia de glucosa oral y su pronóstico o tratamiento es limitada con respecto complicaciones maternas y perinatales.

Objetivos: comparar la frecuencia de complicaciones obstétricas y perinatales entre pacientes con intolerancia a los carbohidratos y diabetes gestacional.

Material y Métodos: a 182 pacientes embarazadas entre las semanas 16-30 de gestación a quienes se les realizó curva de tolerancia a los carbohidratos con 100 gr de glucosa oral. Las pacientes se clasificaron en: sanas (n=53), con intolerancia a los carbohidratos (n=61) y con diabetes gestacional (n=68). Las variables analizadas fueron: frecuencia de polihidramnios, preeclampsia-eclampsia, hemorragia obstétrica, macrosomía fetal e ingreso a unidad de cuidados intensivos neonatales.

Resultados: no se encontraron diferencias significativas entre mujeres con intolerancia a carbohidratos y las mujeres con diabetes gestacional en cuanto a preeclampsia-eclampsia (RM 1.2; IC95%: 0.6 - 2.6) hemorragia obstétrica (RM 1.2; IC95%: 0.54 - 2.8) y macrosomía (RM 2, IC95% 0.9 - 4.4); El polihidramnios fue más frecuente en el grupo de mujeres con intolerancia a los carbohidratos (RM 3.0; IC95%: 1.3 - 6.7) comparadas con las mujeres con DG. El ingreso a UCIN fue mayor en el grupo de mujeres con DG que en las mujeres con intolerancia a los carbohidratos (RM 2.6; IC95%: 1.17-5.9).

Conclusión: la preeclampsia-eclampsia, hemorragia obstétrica y macrosomía fueron similares entre pacientes con intolerancia a carbohidratos y diabetes gestacional. El polihidramnios fue más frecuente en pacientes con intolerancia a los carbohidratos que en pacientes con DG pero el ingreso a UCIN fue más frecuente en pacientes con DG.

INVESTIGACIÓN CLÍNICA MAMPARA CC**Prevalencia de recién nacidos macrosómicos de madres con sobrepeso u obesidad**

GRECIA ÁLVAREZ PONCE, SERGIO RAFAEL LÓPEZ ORGANISTA, KARLA CECILIA FONT LÓPEZ

HGZIA Dr. Rodolfo Antonio De Mucha Macías, Instituto Mexicano del Seguro Social, México DF.

Antecedentes: a partir del 2007 México es considerado en segundo lugar con mayor índice de sobrepeso y obesidad en el mundo, ya que más del 70% de la población sufre de alguna de estas dos enfermedades. De acuerdo a la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO), México actualmente ocupa el primer lugar en el mundo en índice de sobrepeso y obesidad en adultos, superando a Estados Unidos. Reveló que 2 de cada 3 mexicanos tienen sobrepeso y 1 de cada 3 mujeres es obesa (1). La obesidad y el sobrepeso, previo al embarazo así como la ganancia excesiva de peso durante la gestación se han asociado a macrosomía fetal. La prevalencia actual de macrosomía oscila entre el 3.8 al 5.5 %, tomando en cuenta el punto de corte de

peso > 4000 gr en recién nacidos de término y 13.8 % si se toma en cuenta el percentil 90. Algunas investigaciones aseguran que se triplica la posibilidad de que el hijo de madre obesa sufra el mismo problema en edad adulta, inclusive desde la adolescencia. Creándose así un círculo vicioso, a mayor obesidad materna, mayor obesidad infantil y posteriormente en edad adulta. **Objetivo:** conocer la prevalencia de productos macosómicos en madres con sobrepeso y Obesidad en nuestro hospital en el periodo del 20 de mayo al 20 de octubre del 2013.

Material y metodos: estudio transversal descriptivo efectuado del 21 de mayo al 30 de Junio. Se incluyeron a 218 mujeres con diagnóstico de puerperio, excluyendo a aquellas con Obesidad endógena o DG. Variables: IMC, Incremento ponderal durante el embarazo, peso RN y Capurro. Se clasificaron de acuerdo a IMC y se percentilo el peso del RN de acuerdo a edad Gestacional de acuerdo a las tablas del Dr. Jurado García y a la tabla Dr. Juan I. Menchaca. **Resultados:** del total de las 218 pacientes 44 % cursan con sobrepeso u obesidad.

Se calculó una prevalencia de macrosomía fetal del 13.4 % en pacientes con sobrepeso y obesidad, en comparación con las de IMC normal. (5.8%). Por medio de razón de momios se obtuvo como resultado que las pacientes con sobrepeso y obesidad tienen 2.4 veces más de presentar macrosomía fetal que las mujeres con IMC normal y que aquellas con incremento ponderal exagerado tienen 5.2 veces más de posibilidad de presentar macrosomía fetal que las mujeres con incremento ponderal normal.

Conclusiones: la posibilidad de macrosomía fetal en aquellas pacientes con IMC por arriba de lo normal e incremento ponderal mayor a lo recomendado es mayo que las de IMC normal. Debe ser motivo de estudio y concientización por parte del obstetra para establecer medidas preventivas.

INVESTIGACIÓN CLÍNICA MAMPARA DD.

Bajo peso al nacimiento y su detección ultrasonográfica en nacimientos de término en el Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes (enero- diciembre 2012)
ERIKA FERNANDA RAÑA POHLS, JOSE ANTONIO RAMÍREZ CALVO
Instituto Nacional de Perinatología IER, Secretaría de Salud, México DF.

Antecedentes: la restricción del crecimiento intrauterino (RCIU) es el término utilizado para asignar a los fetos que no han alcanzado su potencial de crecimiento. El peso bajo al nacimiento se refiere a un neonato con peso menor a

2500 gramos. Ambos se han visto asociado con pronóstico perinatal adverso. La valoración del crecimiento fetal se basa en el peso fetal estimado en el ultrasonido. El ultrasonido realizado antes de las 18 y 20 semanas ofrece un adecuado predictor de estimar la edad gestacional. Medida de control de crecimiento fetal en la NOM y las guías de practica clínica es medición de fondo uterino. La exploración física es un método directo para valorar crecimiento fetal pero es poco confiable.

Objetivo: cuantos neonatos que nacieron con peso bajo para la edad gestacional al nacimiento no fueron detectados prenatalmente en el Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes.

Material y Métodos: se realizó un estudio descriptivo, observacional y retrospectivo de todos los nacimientos de término y peso menor de 2500 g en el periodo de Enero a Diciembre del 2012 excluyendo embarazos gemelares, fetos con defectos o recién nacidos con diagnóstico de peso adecuado a edad gestacional.

Resultados: de 4091 nacidos vivos, 177 pacientes cumplieron con criterios de inclusión. Solo el 3.3% no contaba con ningún factor de riesgo y el 39.64% se encontraba en alto factor de riesgo para PEG y RCIU. El 100% contaba con medición de fondo uterino durante control prenatal y el 97.8% contaban con ultrasonido. 50 pacientes contaban con ultrasonido que se documentaba el percentil y solo 39 pacientes contaron con diagnóstico prenatal de FPEG ó RCIU todos diagnosticados por el servicio de Medicina Fetal. El resto se obtuvo el percentil con calculadora gestacional (24) encontrándose 28 ultrasonidos más con percentil menor a 10. De las 177 pacientes. el 76.8% se realizó cesárea y solo en un 23.2% por vía vaginal. La indicación mas frecuente fue electiva en un 42.9% y riesgo de perdida de bienestar fetal con un 11.7%. Para las 39 pacientes que si contaban con diagnóstico prenatal en el 100% de ellas se realizó cesárea, siendo la indicación electiva la mas común en un 69.3% y riesgo de perdida de bienestar fetal en un 12.8%. De las pacientes que si contaron con diagnóstico prenatal tuvieron una media con desviación estándar de semanas de toma de último ultrasonido de 36.6 ± 1.1 , con un mínimo 33.4 semanas y un máximo 38.5 semanas; de semanas de interrupción fue de 37.4 ± 0.6 ; peso al nacimiento de 2306.0 ± 0.6 ; días de estancia en terapias neonatales 1.7 ± 2.6 . **Conclusión:** aun con seguimiento de protocolos preexistentes de vigilancia de crecimiento fetal estos no son suficientes para seguimiento y tratamiento de pacientes de alto riesgo por lo que es necesario diseñar protocolos específicos para este tipo de población.

INVESTIGACIÓN CLÍNICA MAMPARA EE

Prevalencia de hipotiroidismo clínico y subclínico durante la gestación en una población de mujeres embarazadas en el Instituto Nacional de Perinatología: ¿Se justifica el tamizaje?

EDGAR ALONSO CRUZ CRUZ, AURORA RAMÍREZ TORRES, ARMANDO ROQUE SÁNCHEZ, JORGE BELTRÁN MONTOYA, YOALLI ALEIDA PALMA OROZCO
Instituto Nacional de Perinatología, Secretaría de Salud, México DF.

Objetivos: Conocer la prevalencia de hipotiroidismo durante la gestación en un grupo de pacientes embarazadas que acuden a control prenatal al Instituto Nacional de Perinatología y conocer los casos no detectados mediante el proceso del tamiz dirigido.

Material y Método: se realizó de Octubre de 2012 a Marzo de 2013, en un grupo de pacientes embarazadas de primer ingreso al Instituto Nacional de Perinatología, se realizó toma de perfil tiroideo de acuerdo a las recomendaciones de la Asociación Americana de Tiroides. Pacientes con perfil alterado se canalizaron a la consulta de endocrinología y se inició tratamiento. Se utilizaron medidas de tendencia central y no paramétricas para la descripción de la muestra. **Resultados:** La prevalencia de enfermedad tiroidea en el embarazo fue de 33.9% (n=37), 12.8% (n=14) con hipotiroidismo clínico y 21.1% (n=23) hipotiroidismo subclínico. El 87.1% (n=95) de las pacientes refirió al menos un síntoma o antecedente como factor de riesgo para enfermedad tiroidea, solo el 12.8% (n=14), no presentaron ni síntomas ni antecedentes relacionados a enfermedad tiroidea. No hay relación entre los antecedentes o síntomas referidos y la presencia de enfermedad tiroidea.

Conclusiones: la prevalencia de enfermedad tiroidea tanto clínica como subclínica es mayor que la reportada en la bibliografía universal. No existe relación con cada factor de riesgo para enfermedad tiroidea. Realizar tamizaje universal detecta casi el doble de enfermedades tiroideas durante el embarazo.

INVESTIGACIÓN CLÍNICA MAMPARA FF

Enfermedad periodontal crónica asociada con amenaza de parto pretérmino

SERVANDO GERMÁN SERRANO GÓMEZ, OMAR ISIDRO BENITEZ OCEJO, ANTONIA BARRANCA ENRIQUEZ
Hospital General de Zona 71, Instituto Mexicano del Seguro Social, Veracruz, Ver.

Antecedentes: el parto pretérmino se concibe hoy como un síndrome, cuya expresión última y común denominador son las contracciones uterinas y dilatación cervical iniciadas posterior a

las 20 y antes de las 37 semanas de gestación. Evidencias clínicas, anatomopatológicas, microbiológicas, experimentales y bioquímicas han permitido identificar hasta hoy las siguientes causas: diferentes tipos de infección como infección intraamniótica, infecciones urinarias, isquemia útero-placentaria, malformaciones fetales, sobredistensión uterina, factores inmunológicos y stress.

Objetivo: determinar la relación que guarda la severidad de la enfermedad periodontal crónica en gestantes que cursan con amenaza de parto pretérmino, en el Hospital General de Zona número 71 del IMSS Veracruz, Ver.

Material y métodos: estudio de investigación observacional, prolectiva, transversal y comparativo. Análisis Estadístico: Se emplearon medidas de tendencia central (promedio) y de dispersión (desviación estándar) en el caso de variables cuantitativas. Se utilizó la chi cuadrada con corrección de Yates, se consideró significancia estadística un valor $P < 0.05$.

Resultados: 169 pacientes de las cuales se excluyeron 96 por problemas técnicos (uso de insulina, uso de corticosteroides, enfermedad hipertensiva del embarazo, polihidramnios etc.), quedando un total de 73 pacientes en las cuales se integro al estudio las pacientes que presentaron amenaza de parto pretérmino y que fueron hospitalizadas atendidas acuerdo a criterios de selección. La edad promedio de las pacientes fue de 26.5 años Edad gestacional promedio fue de 30.5 semanas. El grupo con enfermedad periodontal con exudado cervicovaginal y urocultivo positivo un 63% y sin exudado cervicovaginal o urocultivo positivo un 37% en comparación con las pacientes que cursan con amenaza de parto pretérmino sin enfermedad periodontal con exudado cervicovaginal o urocultivo positivo un 60% y sin exudado cervicovaginal o urocultivo positivo un 40 %, obteniéndose un valor para chi cuadrada de 1.1 con una $p < 0.05$ concluyéndose alto grado de significancia estadística. Conclusiones: la amenaza de parto pretérmino está estrechamente relacionada con la enfermedad periodontal. Además se observó que en la mayor parte de los casos la enfermedad periodontal se encuentra asociada con una alteración a nivel cervicovaginal o del tracto urinario. Por lo tanto se debe enviar a todas pacientes embarazadas al especialista dental para establecer si la paciente padece enfermedad periodontal.

INVESTIGACIÓN CLÍNICA MAMPARA GG

Factores asociados con histerectomía obstétrica en el Hospital Civil de Culiacán (2006-2010)

FRED MORGAN ORTIZ, RICARDO ROBERTO VEGA TRAPERO, JUAN MANUEL SOTO PINEDA, MISAEL GUERRERO VALDEZ, EVERARDO QUEVEDO CASTRO

Hospital Civil de Culiacán, Centro de Investigación y Docencia en Ciencias de Salud, Universidad Autónoma de Sinaloa, SSA-UAS, Culiacán, Sin.

Objetivo: determinar cuáles son los principales factores asociados con la realización de Histerectomía Obstétrica en el Hospital Civil de Culiacán.

Material y Método: se realizó un estudio retrospectivo entre enero de 2006 y diciembre de 2010, en el cual se analizaron 64 expedientes clínicos de pacientes sometidas a histerectomía obstétrica. Las variables de interés primario que se analizaron fueron edad materna, edad gestacional, uso de oxitócicos, indicación de la histerectomía, causas de hemorragia obstétrica, complicaciones trans y postoperatorias, uso de hemoderivados y frecuencia de re-intervención. Resultados: Hubo 23,000 nacimientos durante el periodo, de las cuales en 64 casos se realizó Histerectomía obstétrica (incidencia de 2,2 histerectomías/1000 nacidos vivos). La edad materna promedio fue de 28 años; 51.6% eran multiparas. La edad gestacional promedio fue 36.6 semanas. En el tratamiento intraparto el uso de oxitocina fue lo más frecuente con un 98.4%. Causas principales: atonía uterina en un 45.3%, sangrado del lecho placentario con el 25% y Acretismo placentario 17.2% (n= 11) de las cuales un 90.9% tenían antecedente de cesárea en embarazos anteriores. Complicaciones: la lesión vesical fue la más común en un 4.7%. En el postoperatorio inmediato hubo 7 casos de fiebre, 4 de absceso de cúpula y 9 casos de hemoperitoneo (reoperadas). No hubo muertes maternas. Administrándose transfusión de sangre y/o hemoderivados en el 85.9% de las pacientes.

Conclusiones: la histerectomía obstétrica es un procedimiento de urgencia que se requiere para salvar la vida de una paciente que presenta una hemorragia severa durante o posterior al parto que no ha respondido a medidas conservadoras asociándose frecuentemente a la atonía uterina y las alteraciones de la implantación-inserción placentaria.

INVESTIGACIÓN CLÍNICA MAMPARA HH

Histerectomía obstétrica: incidencia y correlación clínico-patológica

EDÉN FRANCISCO REYNA ROJAS, GABRIEL EDGAR VILLAGÓMEZ MARTÍNEZ, JOSÉ LUIS IGLESIAS BENAVIDES, ÓSCAR RUBÉN TREVIÑO MONTEMAYOR, CESAR DARYL CASTRO REYES

Hospital Universitario José Eleuterio González, Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey NL.

Antecedentes: la histerectomía obstétrica se define como la extirpación del útero posterior a un evento obstétrico, realizándose cuando las medidas conservadores fallan o no son aplicables. Objetivo: Determinar la incidencia, causas, complicaciones y correlación clínico-patológica de la histerectomía obstétrica en el servicio de Obstetricia del Hospital Universitario Dr. José E. González.

Material y Método: se realizó un estudio retrospectivo, observacional, transversal y descriptivo; analizando datos obtenidos de los expedientes clínicos de pacientes sometidas a histerectomía obstétrica con seguimiento en nuestra institución, en el periodo comprendido de 2007 al 2011. Fueron obtenidos datos demográficos, realización de histerectomía obstétrica, justificación del procedimiento, así como la mortalidad dependiente de esta modalidad terapéutica.

Resultados: de 20,575 nacimientos se incluyeron 56 de 62 casos con histerectomía obstétrica, lo cual representa una incidencia de 0.30%, con un 75% de correlación clínico patológica según el diagnóstico preoperatorio. La edad de las pacientes sometidas a este procedimiento la media aritmética se encuentra en 29 años (16-43 años). En lo concerniente a la edad gestacional de la paciente el 73.21% cursaban el tercer trimestre, mientras que el 26.79% restante estaban en el primer y segundo trimestre del embarazo. El diagnóstico que se presentó con mayor frecuencia fue el de acretismo placentario en 26 casos. La mortalidad observada entre las pacientes incluidas fue de 5.6%.

INVESTIGACIÓN CLÍNICA MAMPARA II

Experiencia en el tratamiento de la hemorragia obstétrica con sonda Sengstaken Blakmore en la UMAE 23 Ginecoobstetricia de Monterrey, NL

YOLANDA REYNOSA OVIEDO, JUAN JOSÉ BAZALDÚA CRUZ, ERNESTO ARNOLDO LÓPEZ VERA, ELOÍSA LÓPEZ MANRÍQUEZ

Unidad Medica de Alta Especialidad 23, Instituto Mexicano del Seguro Social, Monterrey, NL.

La hemorragia obstétrica tiene una gran morbilidad, siendo el responsable de 25% de las muertes maternas a nivel mundial. Dentro del tratamiento de la hemorragia obstétrica se tiene de primera línea el tratamiento con masaje uterino, atención activa del tercer periodo de trabajo de parto y fármacos útero tónicos. Una vez aplicados sino existe respuesta favorable, se continua por tratamiento de segunda línea por medio de ligadura arterial selectiva, suturas compresiva y/o taponamiento intrauterino. Se realizó un estudio transversal descriptivo donde se reportan los resultados obtenidos con la aplicación de la Sonda de Sengstaken

Blakemore en pacientes con hemorragia obstétrica en la unidad de tococirugía de la UMAE 23. En un periodo de enero a junio de 2013 un total de 107 pacientes con hemorragia obstétrica fueron tratadas con sonda Sengstaken Blakemore, entre los diagnósticos que presentaron las pacientes y motivos por los cuales se les aplicó la sonda fueron hipotonía uterina y sangrado de lecho placentario; además de útero de couvelaire en 2 pacientes. De las 107 pacientes se observó una edad media de 27 años con una edad mínima de 15 años y una máxima de 44 años, edad gestacional promedio de $34.2 \text{ SDG} \pm 7.3 \text{ SDG}$, con una mediana de 3 gestas, mínimo 1 y máximo de 7 gestas. El sangrado que presentaron las pacientes fue de un promedio de $1,282 \text{ cc} \pm 800 \text{ cc}$. El promedio de horas las cuales permaneció la paciente con la sonda fue de $20 \text{ hrs} \pm 7 \text{ h}$. En nuestra unidad se optó por el uso de la sonda Sengstaken Blakemore, con la cual se obtuvo una tasa de éxito en cuanto al control de la hemorragia de un 97.12% de las pacientes a las cuales se les colocó la sonda, disminuyendo en gran parte la morbi-mortalidad de nuestra pacientes, así como también se disminuyó el número de histerectomías

obstétricas efectuadas en esta unidad durante el periodo en el cual se llevó a cabo el estudio. Ya que en el primer semestre del año 2012 se realizaron 69 histerectomías obstétricas, y en el año 2013 solo 38 histerectomías durante el mismo periodo, disminuyendo este procedimiento quirúrgico en 44.93%.

INVESTIGACIÓN CLÍNICA MAMPARA JJ Tratamiento conservador y quirúrgico de la hemorragia obstétrica

BEATRIZ OFELIA RAMÍREZ SILVA, JUAN ISMAEL ISLAS CASTAÑEDA, XOCHIL RUBI LEON CRUZ

Hospital General de Ecatepec Dr. José María Rodríguez, Instituto de Salud del Estado de Mexico, Ecatepec, Estado de Mexico.

La hemorragia obstétrica es la segunda causa de muerte materna. En el 2012 fue el 21.2% de las muertes maternas en México. La atonía Uterina es la primera causa. Es prioridad un tratamiento integral y oportuno para reducir la morbi-mortalidad. Estudio longitudinal, prospectivo del 1º de enero del 2012 al 30 de junio del 2013, en 113 pacientes con hemorragia obstétrica.

Resultados: La causa más frecuente atonía

uterina en 77%, con un grado de Choque: grado 2, 33%, y grado 4, 26%. Los procedimientos fueron 40 casos de Histerectomía, 24 tratamiento medicamentoso, 20 con balón de Bakri y 12 tratamientos mixtos; de primera línea uterotonicos (oxitocina/carbetocina, ergonovina, misoprostol), posteriormente maniobras primarias, y después tratamiento conservador; aplicación de balón de Bakri, ligadura selectiva de uterinas, ligadura de hipogástricas, B de Lynch e histerectomía.

Análisis: se observó mayor pérdida hemática en pacientes que necesitaron histerectomía. En los casos en se colocó balón de bakri solo un caso continuo con sangrado y amerito histerectomía. Con índice de letalidad de menos del 1%.

Conclusiones: el apego al protocolo de tratamiento refleja buenos resultados, y determinar la causa, facilita la decisión del tratamiento. El tratamiento conservador aumenta; como la aplicación de ligadura de hipogástricas y uterinas, cirugías de compresión (balón, B Linch), reflejándose en casos exitosos con recuperación breve y reducción importante de la morbi-mortalidad materna.



PREMIO

“Dr. J. Trinidad González Gutiérrez”

Trabajos investigación básica o clínica,
presentados como material audiovisual.

VIDEO 1**Exploración física del dolor vulvar**

SILVIA RODRÍGUEZ COLORADO, MARÍA KATHERINE TABARES TRUJILLO, VIRIDIANA

Urología Ginecológica, Instituto Nacional de Perinatología, Secretaría de Salud, México DF.

Antecedentes: la vulvodinia es una entidad frecuente y de difícil diagnóstico, en un estudio de 2269 mujeres se encontró que 1 de cada 4 presenta vulvodinia en algún momento de su vida. Existen dos teorías referentes a la etiología, una funcional secundaria a hipertonicidad y espasmo de piso pélvico y una teoría orgánica por contracción refleja de la musculatura.

Es importante para un diagnóstico acertado tener claro las comorbilidades asociadas, la clasificación y el conocimiento a la exploración física de los puntos de dolor.

Objetivo: demostrar la exploración física de las pacientes con vulvodinia, explorando con prueba cuantitativa sensorial y puntos de presión sensibles al dolor así como la exploración de los músculos del piso pélvico.

Material y métodos: descripción de la vulvodinia: etiología, clasificación, comorbilidades, localización de puntos de presión sensibles al dolor y la exploración de piso pélvico a 5 cm pared vaginal anterior, pared vaginal posterior, obturador interno derecho e izquierdo, pubocóxigeo e ileocóxigeo derecho e izquierdo y a 10 cm ileocóxigeo izquierdo y derecho se muestra detalladamente la forma correcta de explorar el piso pélvico de este grupo de pacientes de acuerdo a la localización anatómica del dolor. Y su localización de acuerdo a la intensidad del dolor utilizando la escala-análogo visual para determinar la severidad de los síntomas.

Conclusión: la exploración física de las pacientes con vulvodinia debe ser detallada para localizar los puntos dolorosos y el grado de espasmo muscular reflejo antes de iniciar el tratamiento seleccionado.

VIDEO 2**Denervación vulvar para tratamiento de pacientes con prurito crónico persistente**

MIGUEL ALEJANDRO HERNÁNDEZ DE LA GARZA, JAVIER MEDINA MERCADO, ÓSCAR ARMANDO GONZÁLEZ DÍAZ

UMAE 23 Hospital de Ginecología y Obstetricia Ignacio Morones Prieto, Instituto Mexicano del Seguro Social, Monterrey, NL.

El prurito vulvar es una de las causas más comunes de consulta en ginecología ocupando hasta el 15-20% de los motivos de consulta. Es un síntoma que caracteriza a múltiples patologías y aunque en la mayoría de los casos suele presentarse de manera aguda y remite a tratamiento tópico,

hay ocasiones en que llega a ser una condición desgastante e incapacitante para la paciente. El tratamiento deberá ir encaminado a identificar la patología de base, entre los tratamientos más usados se encuentran el uso tópico de esteroides, sin embargo y dado que varias de las patologías mencionadas cursan con paraqueratosis, la penetración del principio activo no puede ser la adecuada para alcanzar la capa subdérmica, en dichas pacientes se puede recurrir a la inyección local de esteroides, o en casos persistentes a la inyección local de alcohol al 95% con el propósito de lograr una denervación vulvar temporal, que permitirá sanar al tejido. Un pequeño porcentaje de pacientes con lesiones vulvares benignas persistirán sintomáticas y son estas pacientes para quienes la denervación vulvar quirúrgica. La cual se ha dejado de lado en años recientes por la aparición de fármacos más potentes, intención de ser menos invasivos o desconocimiento de la técnica quirúrgica. El objetivo de dicho procedimiento es la sección de las ramas cutáneas del nervio ilioinguinal, la rama genital del nervio genitofemoral, ramas cutáneas del nervio cutáneo posterior y las ramas del nervio pudendo que llegan a los labios mayores. La sección de dichas ramas ocasiona una denervación definitiva de la vulva, la cual bloquea la necesidad de la paciente de rascarse, permitiendo al tejido sanar, y rompiendo el ciclo vicioso del prurito. En el video se presenta el caso de una paciente de 82 años con prurito vulvar crónico e incapacitante, multitratada y sin mejoría en su síntoma. Quien fue sometida a denervación vulvar quirúrgica, y con remisión total de los síntomas al primer día postoperatorio.

VIDEO 3**Cirugía de neovagina con técnica de Davydov**

JORGE JESÚS SÁNCHEZ CISNERO, CARLOS RAMÍREZ ISARRARAZ, VIRIDIANA GORBEA CHÁVEZ, ESTHER SILVIA RODRÍGUEZ COLORADO

Instituto Nacional de Perinatología, Secretaría de Salud, México DF.

Se presenta el caso de paciente femenino de 21 años de edad con amenorrea primaria con diagnóstico de Síndrome de Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser.

A la exploración física se demuestra en genitales externos con agenesia vaginal.

Se decide realización de neovagina con técnica quirúrgica de Davydov.

Bajo abordaje laparoscópico se realiza exploración abdominopélvica general observando en hueco pélvico ovarios de características normales y ausencia de útero.

Se localizan rudimentos de ligamento redondo de ambos lados, siguiendo su trayectoria hacia hueco pélvico encontrando imagen

sugestiva de fusión de ambos ligamentos en línea media, incido peritoneo parietal sobre el ligamento redondo izquierdo, se disecciona peritoneo por trayecto del ligamento hasta la región contralateral, realizando colgajo peritoneal retrovesical anterior y colgajo posterior por encima de recto, sobre ambos colgajos se realiza jareta en bolsa de tabaco sin cerrarla, se tuneliza hasta identificar zona vesicorectal con ayuda en tiempo vaginal ejerciendo presión en la membrana correspondiente a hiato genital, identificando laparoscópicamente dicha zona, misma que se incide con bisturí armónico, se amplía conducto correspondiente a neovagina de forma roma y profunda hasta entrar a cavidad abdominal y se continúa dilatación con Hegar número 20. Se identifican y exteriorizan vaginalmente colgajos del peritoneo vesical para formación de pared vaginal anterior y de peritoneo postero-rectal para pared vaginal posterior, se cierra jareta peritoneal por vía laparoscópica con monofilamento 3-0. En el tiempo vaginal se traccionan colgajos peritoneales y se fijan bordes al introito con vycril del 3-0 con puntos simples. Al término de la cirugía se coloca molde vaginal de 10cm en neovagina revestida por peritoneo, dicho molde permaneciendo por 48 horas, posteriormente se realiza cambio de molde vaginal.

Se continúa seguimiento de la paciente y dos meses postquirúrgica se observan genitales externos de características normales, con epitelización de neovagina adecuada y con un largo total vaginal de 8 cm, con amplitud vaginal adecuada.

Un estudio retrospectivo donde se incluyeron 13 pacientes con diagnóstico de Síndrome de Rokitansky se les realizó neovagina con dos técnicas quirúrgicas, a 6 de ellas se le realizó técnica de Davydov y a 7 técnica de Mac-indoe, sin observarse diferencias estadísticamente significativas respecto al largo total de vagina ya que fue de 6.83 contra 7 cm respectivamente, presentándose 3 fallas anatómicas debido a mal seguimiento postquirúrgico ya que no continuaron con dilataciones ni comenzaron vida sexual.

VIDEO 4**Neovagina y fístula de endometrio vaginal**

MARÍA ISABEL ZAVALA ORTEGA, JUAN CARLOS HINOJOSA CRUZ, OLIVIA MARÍN ROMERO, VÍCTOR SAÚL VITAL REYES

Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de Gineco obstetricia. 3, Dr. Espinoza de los Reyes Sánchez, Centro Médico Nacional La Raza, Instituto Mexicano del Seguro Social, México DF.

Antecedentes: las malformaciones congénitas del aparato genital femenino representan una entidad clínica de relevancia. La prevalencia en población general es de 6.7%, en población infértil es de 7.3% y en pacientes con pérdida recurrente de la gestación de 16.7%. La vagina se forma a partir del extremo inferior de los conductos de Müller y el seno urogenital; la ausencia congénita de vagina es una condición rara, con incidencia en 1 de cada 5000-7000 mujeres nacidas vivas. Este padecimiento es aún un reto para el cirujano ginecológico por las complicaciones mayores que se pueden presentar; esto aunado a agenesia cervical, la cual se reporta con una incidencia muy baja mundialmente. Se debe a una alteración de la fusión entre los conductos de Müller y el seno urogenital. Las alteraciones en la diferenciación de los genitales externos en la mujer traen consigo alteraciones en las esferas de la vida biológica, social y psicológica. El objetivo de la reconstrucción quirúrgica del canal genital; restaurar el defecto con el efecto menstrual así como la funcionalidad sexual, causando la menor morbilidad y satisfacción de apariencia y función en la paciente. Seguimiento: Paciente con adecuada evolución clínica en control con respuesta optima debido a que ha presentado en los últimos 5 meses sangrado catamenial cíclico siendo este de 3-4 días de duración, se mantiene con estrógenos locales así como empleo de dilatador vaginal; con evidencia de fistula endometrio vaginal funcional en los últimos 5 ciclos, canal vaginal de 7-8 cm bien epitelizado.

VIDEO 5

Clitoroplastia

ARTURO HERRERA CERVANTES, ÓSCAR VALLE VIRGEN, EDGAR MEDINA RAMOS, SANDRA ORENDAIN, VLADIMIR TORRES BOJORQUEZ
GENFEM, Tijuana BC.

Se presenta el caso de una clitoromegalia haciendo una revisión de la bibliografía y mostrando una de las técnicas quirúrgicas con menos complicaciones.

VIDEO 6

La histeroscopia como estudio de primera elección en diagnóstico de sangrado uterino anormal

YESSENIA RAMÍREZ PONCE, EDGARDO BUSTILLOS ALAMILLA, JORGE ZEPEDA ZARAGOZA, MARÍA CRISTINA JUÁREZ CABRERA
Hospital Central Norte, Petróleos Mexicanos, México DF.

El sangrado uterino anormal es la segunda causa de consulta Ginecológica después de las infecciones cervicovaginales, por su origen es anatómico o disfuncional.

Su diagnóstico es de exclusión. Se estima que alrededor de 10 millones de mujeres en México sufren de hemorragia uterina y anualmente solo 6 millones de estas buscan atención. El diagnóstico se sospecha mediante el interrogatorio y el examen físico y posteriormente estudios de laboratorio y gabinete. Dentro de las causas anatómicas más frecuentes podemos destacar: Miomatosis, adenomiosis, pólipos endometriales, hiperplasia endometrial y malformaciones uterinas.

El ultrasonido transvaginal es útil para el diagnóstico de lesiones focales como leiomiomas hasta en 97% de los casos. Este estudio de imagen es el de primera elección en pacientes con hemorragia uterina para identificar anomalías estructurales. El rango de sensibilidad para identificar anomalías uterinas se encuentra en un 48% al 97% y su especificidad 12% al 98%. Siendo el sangrado uterino anormal una de las causas más frecuentes de consulta Ginecológica es importante encontrar un estudio con más sensibilidad y especificidad que los estudios realizados normalmente, pero que al mismo tiempo sería diagnóstico y terapéutico como lo es la Histeroscopia de consultorio como es el caso de resección de pólipos o bien con toma de biopsia dirigida para descartar patología endometrial, ambas causas dentro de las más frecuentes causantes de sangrado uterino anormal. Además la histeroscopia ahorraría a la paciente tiempo de espera en el diagnóstico, en algunos casos se ofrecería no solo diagnóstico sino al mismo tiempo tratamiento, todo esto conllevaría a disminución de costos evitando realización de ultrasonido, histerosonografías, biopsias, legrados. Cabe mencionar la alta frecuencia de patología endometrial en nuestra población ya que los factores de riesgo como Diabetes, Hipertensión y Obesidad van en aumento en la población mexicana, en donde la Histeroscopia con biopsia dirigida toma también gran importancia.

VIDEO 7

Complicaciones en curva de aprendizaje en cirugía laparoscópica.

NORMA PATRICIA RAMOS GONZALEZ, ÓSCAR SALCIDO RIVERA, ALEJANDRA VACA GONZALEZ, DANIEL ZÚÑIGA JIMÉNEZ
Antiguo Hospital Civil Fray Antonio Alcalde, Guadalajara, Jal.

Objetivo: describir complicaciones en curva de aprendizaje tanto vasculares como intestinales. **Material y método:** se describen complicaciones en curva de aprendizaje tanto vasculares como intestinales.

Resultados: la técnica abierta protege contra lesiones vasculares pero no así contra intestinales, ya que el sistema visual permite ir entrando a

la cavidad e ir observando las diferentes capas disminuyendo el riesgo de lesión.

Conclusiones: cuando se sospecha el riesgo de un síndrome adherencial severo se debe utilizar la técnica abierta de Hasson o utilizar el punto de Palmer el cual se localiza a tres cm del reborde costal con línea media clavicular. La entrada directa disminuye el riesgo de la insuflación pre peritoneal y la falla de la entrada; sin embargo, se presentan más lesiones viscerales en comparación con la aguja de Veress, pero menos lesiones vasculares.

VIDEO 8

Técnicas y tácticas seguras en la histerectomía laparoscópica

MANUEL EDUARDO UNDA FRANCO, ALBERTO VIESCA MURIEL, JOSÉ MANUEL SEPTIEN GUEVARA, PATRICIA GAONA LUVIANO

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, Instituto Nacional de Salud, México DF.

Este video tiene el propósito de dar a conocer la técnica quirúrgica llevada a cabo en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. Con anestesia general, la paciente en posición ginecológica se introduce vía vaginal el manipulador uterino de Rummi Koh. Se instalan 3 trocares, intraumbilical y en cada fosa iliaca. Se instala el pneumoperitoneo, se insufla hasta los 15 mm de hg. Al inicio se observa sitio de entrada al abdomen, la pelvis y el abdomen superior. Se continúa con el pinzado, coagulado y cortado de ligamentos redondo, ligamento infundíbulo pélvico y/o uterovárico y las trompas uterinas; corte y disección del ligamento ancho con bisturí armónico, otra opción es realizar corte frío con tijera, se avanza la vejiga. Posteriormente se pinza y coagula 1º rama ascendente de la arteria uterina y segunda rama descendente; en este tiempo quirúrgico se debe contar con un instrumento como el Bipolar avanzado Enseal y bisturí armónico, estos nos permiten un sello óptimo de los vasos que puede ser hasta de 7 mm Enseal y el bisturí armónico 3 a 5 mm. Se "palpa" la copa del manipulador uterino, se inicia la colpotomía anterior y posterior. Aquí la ayuda de la copa nos guía para poder realizar el corte de la fascia y vagina, utilizando uno o los dos instrumentos de energía, para realizar el corte y la hemostasia. Realizada la colpotomía, se retira la pieza quirúrgica vía vaginal, se sutura la cúpula vía vaginal, se realiza hemostasia y se deja celulosa regenerada (Surgicel), con la finalidad de no aplicar mas energía y no carbonizar los tejidos que van a dar sostén a la cúpula vaginal. Se termina el procedimiento bajo vigilancia laparoscópica. Los instrumentos con poca capacidad de

dispersión de calor son los mas seguros, pueden aumentar hasta una temperatura de 100°C y emanan calor a 1 mm de distancia.

VIDEO 9

Adherenciólisis laparoscópica

CARLOS MAYC SOLÓRZANO RAMOS, GABINO DE JESUS VACA CARVAJAL

Antiguo Hospital Civil Fray Antonio Alcalde, Secretaría de Salud, Guadalajara Jal.

La adherenciólisis de la cavidad peritoneal representa un problema para el cirujano en el diagnóstico clínico cuando no son causa de determinantes de patología evidente. Las adherencias peritoneales son bandas fibróticas formadas a partir de una reacción cicatrizal del peritoneo que ocurre frecuentemente después de cualquier cirugía abdominal o pélvica. Presentación de un caso: Femenino 34 años, Antecedentes quirúrgicos: LAPE por tumoración de ovario, 2 cesáreas, Histerectomía Obstétrica y Reparación de fistula vesico vaginal. Laparoscopia por dolor pélvico crónico. Hallazgos: síndrome adherencial severo

VIDEO 10

Endometriosis pélvica

CARLOS MAYC SOLÓRZANO RAMOS, MARÍA DEL ROSARIO VICENTE PÉREZ, ELVIA ELENA HERNÁNDEZ MADERA, GABINO DE JESÚS VACA CARVAJAL, GABRIEL GERARDO GARCÍA HERNÁNDEZ

Antiguo Hospital Civil Fray Antonio Alcalde, Secretaría de Salud, Guadalajara, Jal.

La endometriosis es un trastorno ginecológico benigno común. Definida como la presencia de tejido endometrial funcional, glándulas y estroma fuera de la cavidad uterina. Suele afectar comúnmente a útero, ovarios y peritoneo. Pero puede extenderse a todo el organismo. **Caso clínico:** paciente de 22 años de edad con diagnóstico de endometriosis grado IV. La cual se somete a Laparoscopia por la presencia de endometriomas bilaterales. Los objetivos de la cirugía fueron:

1. Restaurar la anatomía
 2. Drenaje y aspiración del contenido de los endometriomas
 3. Extracción de la cápsula para evitar recidivas.
- La endometriosis es una enfermedad crónica con limitación si se continúa con tratamiento médico.

VIDEO 11

Procedimiento laparoscópico seguro en los diferentes tipos de tumores del ovario en el INCMNSZ

MANUEL EDUARDO UNDA FRANCO, ALBERTO VIESCA MURIEL, JOSÉ MANUEL SEPTIEN GUEVARA, PATRICIA GAONA LUVIANO

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, Instituto Nacional de Salud, México DF.

Los diversos tipos de tumores del ovario deben ser tratados por vía laparoscópica, debido a una mejor exposición de la tumoración, así como un mejor muestreo en la situación de que el tumor sea sospechoso a malignidad. Este procedimiento a su vez debe realizarse bajo las estrictas medidas de calidad y seguridad que se llevan a cabo en el quirófano de un hospital de tercer nivel. El empleo adecuado de la energía ultrasónica, como bipolar avanzado, nos permiten a los cirujanos ginecólogos un margen adecuado para evitar lesionar o dañar la superficie libre de tumor y con esto dejar la porción de ovario mas sana. Ya que la mayoría de nuestra pacientes tienen padecimientos agudos, no son candidatas a recibir tratamiento hormonal complementario. Los tumores epiteliales mas frecuentemente atendidos en nuestra institución, son tumores serosos, mucinosos y endometriales. De los tumores de las células germinales, el teratoma es el que con mayor frecuencia se presenta. Los tumores borderline o sospechosos de carcinoma son tratados por el servicio de Oncología de nuestra institución.

VIDEO 12

Cistoadenofibroma reporte de dos casos

NORMA PATRICIA RAMOS GONZÁLEZ, CLARA MARTHA MARTÍNEZ VELO, JUDITH BRISEÑO VALDEZ, VIRGILIO EDMUNDO VALLADARES GARCÍA, ALEJANDRA VACA GONZÁLEZ

Antiguo Hospital Civil Fray Antonio Alcalde, Guadalajara, Jal

Objetivo: reportar dos casos de detección cistoadenofibroma vía laparoscópica.

Material y Método: (reporte clínico del caso 1) paciente paciente de 36 años de edad que acudió con dolor en fosa iliaca derecha; a la ultrasonografía con presencia de mioma subseroso en fondo uterino de de 2x2cm. ovario aumentado de volumen con imagen hipoecoica, multilobulada de 9x5cm sugestivo de cistoadenoma mucinoso, a la aplicación de doppler color no se observa aumento en los flujos. Marcadores tumorales negativos. Se aborda vía laparoscópica encontrando cistoadenofibroma unilateral.

Segundo caso: paciente paciente de 32 años con presencia de dolor abdominal intento sin mejoría con analgésicos/espasmódicos. Se toma usg encontrando una masa hipoecoica de 50x30x40mm en ovario derecho con aparente torsión, liquido libre escaso, útero en AVF de 80x30x50. Endometrio 10mm ovario izquierdo no visible. Se aborda vía laparoscopia encontrando cistoadenofibroma unilateral con datos de infarto y hemorragia.

Resultados: la particularidad que hace sospechar el diagnóstico ecográfico son las proyecciones papilares gruesas. Las mismas presentan bajo flujo, y este hallazgo se correlaciona con el estroma poco vascularizado, y a veces hialino, encontrado en anatomía patológica.

Conclusiones: los cistoadenofibromas deben incluirse, pese a su baja frecuencia, en el diagnóstico diferencial de las masas anexiales. El hallazgo de una masa predominantemente quística con un nódulo parietal es altamente sugestivo de este tipo de tumores.

VIDEO 13

Cierre de cúpula vaginal en la histerectomía total laparoscópica con sutura barbada continua. Una técnica alternativa

ÓSCAR GARZÓN LÓPEZ, FRANCISCO GARZÓN LÓPEZ, FRED MORGAN ORTIZ

Hospital de la Mujer, Secretaría de Salud, Culiacan, Sin.

La histerectomía total laparoscópica (HTL) es el procedimiento ginecológico que más común, que se realiza, sólo precedido por la cesárea.

La HTL Ofrece ventajas comparada a la histerectomía técnica abierta abdominal como son: menor dolor pos operatorio, estancia hospitalaria, morbilidad, uso de hemoderivados y menor cicatriz abdominal.

La sutura intracorpórea en la histerectomía laparoscópica sigue siendo un gran reto por las conocidas dificultades técnicas del anudado intracorpóreo, y uno de los objetivos de esta presentación es el de mostrar la técnica de cierre de cúpula vaginal mediante el uso de la sutura barbada calibre 00 (V-loc 90- Covidien®) como una alternativa de otras técnicas y suturas existentes para cierre de cúpula (monocryl, vicryl, sutura continua o puntos separados) con buenos resultados pos quirúrgicos, eficaz, segura y reportes de publicaciones de optimizar el tiempo quirúrgico (12.7 ± 3.1 min. for barbed suture group vs. 20.4 ± 7.1 min. for polyglactin 910 group).

Otra de las ventajas que ofrece es que es una técnica es que es reproducible y puede realizarse en cualquier centro donde se practique Histerectomía total laparoscópica y centros de enseñanza. Esta técnica de cierre de cúpula con sutura barbada continua, es una de las técnicas que se realizan en el servicio de Ginecología de mínima invasión en el hospital de la Mujer de la ciudad de Culiacán, Sinaloa con el beneficio basado en evidencias para nuestras pacientes.

VIDEO 14

Cierre laparoscópico de cúpula vaginal con sutura V-lok y cistoscopia de rutina posthisterectomía total por laparoscopia

ALEJANDRA CONTRERAS RENDÓN, JAIME ARTURO ALFARO ALFARO, FÉLIX MUÑOZURI INIGUEZ, YULIANA GÓMEZ MERAZ, ARTURO HERNÁNDEZ JIMÉNEZ
Centro Médico ABC, México DF.

Objetivo: mostrar la experiencia del Hospital Centro médico ABC en la realización de cierre de cúpula vaginal en histerectomía laparoscópica con sutura V-lok y posteriormente la realización de cistoscopia rutinaria post histerectomía laparoscópica para visualizar permeabilidad de ambos ureteros, la integridad vesical o en su defecto cualquier lesión que pudiera presentarse posterior al procedimiento quirúrgico. Existen diferentes materiales que se utilizan para el cierre de la cúpula vaginal, en este video se presenta el cierre con sutura V-Loc (polibutester) de Covidien que está descrita por la empresa como la primera sutura no absorbible con lengüetas y sin nudos. Diseñado para permitir a los cirujanos cerrar las incisiones de forma segura sin nudos. Estudios han demostrado que con la utilización de esta sutura le permiten a los cirujanos realizar el cierre de la cúpula en la mitad del tiempo, en comparación con las suturas convencionales, manteniendo una fuerza de sujeción equivalente y permitir conservar su técnica, mejorando la conversión de histerectomías abierta a laparoscópicas por la facilidad de sujeción sin tener que anudarse. La cistoscopia, también llamada cistouretroscopia o uretrocistoscopia, es un método endoscópico que permite realizar un examen completo del estado del sistema urinario. Mediante un cistoscopio dotado de una microcámara, se puede penetrar en la uretra y llegar hasta la vejiga, siendo posible también realizar biopsias o realizar tratamientos complementarios. Fragmentar o extirpar cálculos previamente detectados por urografía o ecografía. Es un método diagnóstico útil para realizar biopsias cuando se sospecha de tumores en la vejiga o en la próstata, dilatar los uréteres, buscar la causa de hematuria sin causa conocida, diagnosticar la causa de infecciones urinarias frecuentes y resistentes a antibióticos, tratar tumores de vejiga susceptibles, diagnosticar ciertos casos de incontinencia urinaria y de prolapsos del útero, anomalías urinarias congénitas en niños y visualizar posibles lesiones vesicales posterior al procedimiento quirúrgico. **Conclusiones:** la intención de la cistoscopia de rutina posterior a histerectomía total por laparoscopia ha sido una herramienta útil para diagnosticar lesiones en caso de que existan y para corroborar la permeabilidad de ambos ureteros al finalizar el procedimiento quirúrgico. El tiempo promedio de su realización es de cinco minutos y no conlleva ninguna complicación o morbilidad a la paciente.

VIDEO 15

Un caso de histerectomía total laparoscópica de un útero de 1750 g

Hospital Español de México, México DF.

La histerectomía hoy en día es el procedimiento quirúrgico ginecológico que con más frecuencia se realiza. En la actualidad se proponen distintos abordajes quirúrgicos ya sea vía abdominal, vaginal y laparoscópica siendo la tendencia hoy en día la mínima invasión por sus diversas ventajas. Dentro de estos abordajes, la vía vaginal es la más recomendada sin embargo, actualmente la creciente utilización y experiencia en la vía laparoscópica esta dando resultados que aumentan sus ventajas y disminuyen las contraindicaciones para la realización de este procedimiento. Se expondrá vía audiovisual un caso de histerectomía total por laparoscopia de un útero de 1750 g así como descripción de la técnica quirúrgica realizada, resultados obtenidos, revisión de la bibliografía, de las indicaciones y contraindicaciones actuales para la realización de este tipo de procedimiento.

VIDEO 16

Mioma gigante por laparoscopia

JOSÉ MANUEL SEPTIÉN GUEVARA, RAFAEL TOPETE ESTRADA, MANUEL EDUARDO UNDA FRANCO
Médica Sur Lomas, México DF.

Se han propuesto límites para la miomectomía laparoscópica como: más de 3 miomas mayores 5 cm; útero miomatoso mayor a 16 semanas de gestación y mioma único mayor a 8 cm. Sin embargo en la actualidad con el desarrollo de las técnicas en cirugía laparoscópica y la experiencia del cirujano estos límites han ido cambiando. Se presenta el caso de una paciente de 33 años de edad que acude por hiperpolimenorrea de 6 a 8 meses de evolución e infertilidad primaria de año y medio de evolución. Ritmo 30x12, refiere dismenorrea, casada, nuligesta. A la exploración física útero equivalente a 18 semanas de gestación. Por ultrasonido transvaginal se encontró útero con mioma fúndico de 10 cm. Resonancia magnética con útero de 18x15x10 cm, mioma fúndico de 10 cm y anexos de características normales. En sus estudios preoperatorios hemoglobina de 9 g/dl, hematocrito 25%. En el video se puede apreciar la técnica de la miomectomía laparoscópica con mioma grande. Se colocó puerto principal en borde superior umbilical (5 mm), 2 puertos laterales del lado izquierdo (5 y 12 mm) y uno en fosa iliaca derecha (5 mm). Se utilizó manipulador uterino tipo Kroener. Se infiltró con vasopresina diluida. Se realiza incisión transversal con bisturí armónico para facilitar

la sutura laparoscópica. Se diseña pseudocápsula del mioma con ayuda de tirabuzón, bisturí armónico y hemostasia con bipolar avanzado (Gyrus). Se inicia morcelación del mioma antes de completar la miomectomía para tener una mejor visión. Se realiza sutura laparoscópica en planos para una adecuada reparación del miometrio con puntos extracorpóreos. Se coloca interCEED para evitar la formación de adherencias. No hubo complicaciones postoperatorias y tres meses después se le realizó histeroscopia de consultorio encontrando cavidad uterina normal, así como ultrasonido endovaginal con útero de 10 cm, miometrio normal y ausencia de miomas. La paciente buscará embarazo 6 meses posterior a la cirugía.

VIDEO 17

Indicaciones de cirugía abierta para preservar la fertilidad en miomas de gran tamaño

NORMA PATRICIA RAMOS GONZÁLEZ, ALEJANDRA VACA GONZÁLEZ, ÓSCAR SALCIDO RIVERA, DANIEL ZUÑIGA JIMÉNEZ
Antiguo Hospital Civil Fray Antonio Alcalde, Guadalajara, Jal.

Antecedentes: actualmente las mujeres con miomatosis sintomáticas buscan la oportunidad de conservar el útero por diversas razones. Se encuentra en el 20-40% de mujeres en edad reproductiva, la mayoría son asintomáticas, pero las pacientes con leiomiomas que presenten sangrado irregular o hemorragia, crecimiento de los mismos con síntomas de compresión de estructuras vecinas y dolor pélvico.

Objetivo: describir la técnica de miomectomía conservadora abdominal y sus indicaciones.

Material y métodos: se describe la técnica de miomectomía conservadora abdominal y sus indicaciones.

Conclusiones: la miomectomía se deba practicar cuando se cumplan las indicaciones establecidas para la cirugía. Estas indicaciones están fundamentalmente relacionadas con la aparición de síntomas por su localización o tamaño, aparición de rápidos crecimientos o en mujeres con problemas reproductivos.

VIDEO 18

Miomectomía con ligadura transitoria de las arterias uterinas

ANDREA ALICIA OLGUÍN ORTEGA, LUIS FERNANDO ESCOBAR PONCE, ANA CRISTINA ARTEGA GÓMEZ, LEROY LIONEL LÓPEZ, ROBERTO SILVESTRI TOMASSINI
Instituto Nacional de Perinatología, Secretaría de Salud, México DF.

El objetivo del video es presentar una técnica de miomectomía por laparotomía con ligadura

transitoria de las arterias uterinas para disminuir el sangrado transoperatorio. Durante el video se explica la técnica quirúrgica en un caso de una paciente nuligesta con síndrome anémico, sensación de masa pélvica y sangrado uterino anormal cuyo sangrado durante la cirugía fue de 200 mL.

VIDEO 19

Tratamiento quirúrgico del prolapso de órganos pélvicos en una paciente con antecedente de extrofia vesical: reporte de un caso

PATRICIA INÉS VELÁZQUEZ CASTELLANOS, NANCY GODOY RODRÍGUEZ, ALEJANDRO ROBLES SEÑWOSKI, JONATHAN GARCÍA TINOCO, CLAUDIA AGUILAR REGALADO

Unidad de Urología Ginecológica del Antiguo Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, Guadalajara Jal.

Introducción y objetivo: la extrofia vesical se presenta en 1 de 125.000 a 250.000 mujeres. Su relación hombre-mujer es de 2:1 a 5:1. Esta se debe a defecto en el desarrollo de la membrana cloacal. El diagnóstico envuelve un espectro de anomalías de la pared abdominal inferior, vejiga, pelvis ósea anterior y genitales externos, entre ellos la ausencia de la pared anterior de la vejiga, uretra posterior y clítoris bifido. La incidencia de prolapso de órganos pélvicos en pacientes con extrofia vesical es del 18%. Entre las malformaciones que propician al prolapso de órganos pélvicos son el debilitamiento congénito que existe de los ligamentos cardinales y uterosacros así como la diástasis púbica. La vagina y útero están suspendidos sobre un hiatos mas amplio siendo mas vulnerable a las presiones del abdomen y favoreciendo el prolapso.

Caso clínico: paciente de 35 años de edad con vida sexual activa antecedente de extrofia vesical, derivación ureteral a sigmoides, 2 cirugías de cierre de pared, colposuspensión, histerectomía por prolapso (entre las que recuerda) más megacolon. A la exploración presenta un POP IVC decidiéndose realizar cura de enterocel con jaretas más traslape de tejido fascial además de fijación bilateral de cúpula vaginal a ligamentos sacroespinosos debido a los múltiples cirugías abdominales de la paciente. La evolución a un mes ha sido satisfactoria con una longitud vaginal total de 8 cm.

Conclusión: la vía vaginal para la cura de enterocel y fijación de cúpula vaginal mediante la técnica utilizada fue efectiva en nuestra paciente a corto plazo.

VIDEO 20

Técnicas de reducción de volumen uterino

SILVIA RODRÍGUEZ COLORADO, VIRIDIANA GORBEA CHÁVEZ, MARÍA KATHERINE TABARES TRUJILLO,

JORGE JESÚS SÁNCHEZ CISNEROS, LEONARDO MAZARIEGOS CASTILLO

Urología Ginecológica, Instituto Nacional de Perinatología, Secretaría de Salud, México DF.

Antecedentes: el abordaje vaginal es el estándar de oro para la realización de histerectomía en comparación con la técnica abierta y la cirugía laparoscópica. Esta demostrada la superioridad de esta en cuanto a la disminución en la estancia hospitalaria, menor riesgo de complicaciones intraoperatorias, menos pérdida sanguínea y mejores resultados en la satisfacción personal de las pacientes. La ausencia de prolapso de órganos pélvicos y el volumen uterino son contraindicaciones relativas para la realización de esta técnica. Con la implementación de la aguja de Deschamps acompañado de técnicas de reducción de volumen uterino es posible realizar este procedimiento en este grupo de pacientes.

Objetivo: describir la técnica de histerectomía vaginal sin prolapso con utilización de aguja de Deschamps y técnicas de reducción de volumen uterino (enucleación uterina, hemisección uterina y miomectomía).

Material y método: paciente de 40 años de edad, 4 embarazos, 2 partos, una cesárea y un embarazo ectópico, con sangrado uterino anormal, hipermenorrea y polimenorrea. El ultrasonido reportó: útero de 11.4 x 10.7 x 8.8 en retroversoflexión, miomatosis uterina de 4 cm en cara posterior de componentes intramural y submucoso, endometrial 4.8 mm, cervix 3.2 cm, anexos normales. Biopsia de endometrio negativa para malignidad. Prolapso de órganos pélvicos estadio IIAa. Se realizó Histerectomía vaginal con utilización de aguja de Deschamps y técnicas de morcelación: enucleación uterina, hemisección y miomectomía.

Conclusión: la histerectomía vaginal puede realizarse en pacientes seleccionadas en uteros grandes y ausencia de prolapso de órganos pélvicos con la técnica quirúrgica adecuada en manos expertas.

VIDEO 21

Descripción de la técnica para la colocación de pesarios

CLAUDIA ELIZABETH AGUILAR REGALADO, PATRICIA INÉS VELÁZQUEZ CASTELLANOS, NANCY GODOY RODRÍGUEZ, MAYRA ANABEL MONTES CASILLAS, JONATHAN GARCÍA TINOCO

Antiguo Hospital Civil Fray Antonio Alcalde, Guadalajara Jal.

Los pesarios se han utilizado como tratamiento en el prolapso de órganos pélvicos desde el comienzo de la historia. Hipócrates fue el pri-

mero que describe la reducción de un prolapso vaginal, mediante la colocación de una granada con vino en la vagina.

A pesar de que la bibliografía internacional reporta, que el uso cotidiano de los pesarios por los ginecólogos es del 86% y por los uroginecólogos del 98% en nuestro medio no se encuentra difundido el uso de los mismos.

En la actualidad los pesarios están hechos de silicon y los mas utilizados son: anillo con o sin soporte, Gellhorn y de dona. Dentro de la valoración para la colocación de pesario hay que tomar en cuenta la actividad sexual, el tipo y grado de prolapso, y la capacidad para autogestionar o asistir el seguimiento. La indicación más común del uso de pesario es disminuir los síntomas del prolapso de órganos pélvicos, es por eso que en este video se presenta la técnica de colocación de pesario de dona, en una paciente con prolapso de órganos pélvicos grado IV en consultorio.

Conclusiones: a pesar de que el pesario se considera un tratamiento de primera línea para el prolapso de órganos pélvicos a menudo hay poco tiempo de permanencia en los programas de formación.

La colocación de pesario requiere un cuidado especial de la paciente o del cuidador.

Vale la pena difundir el uso de pesarios ya que la técnica es relativamente simple, no es difícil de aprender y la habilidad mejora rápidamente con la experiencia. El éxito o el fracaso del pesario como una opción de tratamiento depende en gran medida de un ajuste adecuado y la satisfacción del paciente con su pesario

VIDEO 22

Tratamiento de incontinencia urinaria de esfuerzo: cabestrillo suburetral de fascia autóloga de rectos abdominales

VERÓNICA GRANADOS MARTÍNEZ, SILVIA RODRÍGUEZ COLORADO, VIRIDIANA GORBEA CHÁVEZ, CARLOS RAMÍREZ ISARRARAZ, JAIME IGNACIO CEVALLOS BUSTILLOS

Instituto Nacional de Perinatología, Secretaría de Salud, México DF.

Descripción de la técnica: abordaje tipo Pfannenstiel de 15 cm y a 3 cm arriba del pubis, disección roma hasta la fascia de los rectos abdominales. Se reseca transversalmente fascia obteniendo 2 segmentos de 15 cm de longitud y 1.5 cm de ancho, y se afrontan bordes de fascia con poliglactina 910. Se unen en traslape ambos extremos de los colgajos fasciales con polipropileno calibre 1. Abordaje vaginal: se hidrodiseca pared vaginal anterior se incide en forma de "U" invertida. Se disecciona fascia peri y suburetral hacia el espacio retropúbico y arco tendinoso. Se realiza hidro-

disección suprapúbica a 2 cm paramedial en el espacio de Retzius en dirección hacia vagina. Se introduce aguja de Pereyra hasta extraerla por vagina en región parauretral de ambos lados, se extraen hacia el abdomen las suturas fijadas a ambos extremos del segmento de fascia; se realiza cistoscopia de control. Se unen ambos extremos de fascia a nivel abdominal "libres de tensión" aproximadamente 2 través de dedo en la línea media; así mismo se realiza visualización uretral directa hasta evitar la pérdida de orina y corroborar su cierre. Se realiza cierre abdominal y vaginal, respectivamente.

VIDEO 23

Biofeedback en el tratamiento de la incontinencia urinaria

LOURDES SOLÍS GRAJALES, PATRICIA INÉS VELÁZQUEZ CASTELLANOS, NANCY GODOY RODRÍGUEZ, MAYRA ANABEL MONTES CASILLAS
Antiguo Hospital Civil Fray Antonio Alcalde, Guadalajara Jal.

Objetivo: describir la metodología empleada para el uso del biofeedback en el tratamiento de la incontinencia urinaria.

Antecedentes: la incontinencia urinaria se define como la queja de pérdida involuntaria de orina, referida por el paciente o por quien lo cuida. La prevalencia de la incontinencia urinaria varía en función de la definición y del método de obtención de datos, pero en general, afecta del 10 al 30% de las mujeres de entre los 15 y 64 años; en nuestro medio, la prevalencia es del 27.8%, siendo la IUE el tipo más común, con un 58%. El biofeedback es una técnica de rehabilitación que consiste en la traducción de la contracción muscular en una señal gráfica, acústica o ambas, para que el paciente y el médico puedan percibir el trabajo realizado. Para ello se requiere participación de la paciente así como integridad neuromuscular.

Descripción: es un video educativo en el que se demuestra la metodología a seguir en la paciente que será sometida a biofeedback para entrenamiento de la musculatura pélvica como parte del tratamiento conservador de la incontinencia urinaria.

Conclusiones: el fortalecimiento de los músculos pélvicos a través del biofeedback se considera una parte importante en el tratamiento de primera línea de la paciente con incontinencia urinaria. Es importante la difusión de esta técnica para promover su aplicación.

VIDEO 24

Cerclaje ístmico-cervical transabdominal

RUTH VALENTINA WADE ISIDRO, ARNULFO MARTÍNEZ CHAPA, ALEJANDRA M. BRIONES MARTÍNEZ, NELLY A. ALONSO REYES, CECILIA G. LEZAMA TORRES

Hospital Regional Monterrey, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, Monterrey NL.

Antecedentes: la incompetencia ístmico cervical ha sido popularizada en aquellos casos de cuello uterino congénitamente cortos o con antecedente de fibrosis cicatrizal o cerclaje cervical vaginal fallido.

Objetivos: mostrar la técnica quirúrgica del cerclaje ístmico-cervical transabdominal.

Material y método: paciente de 32, cuatro embarazos y tres abortos y un embarazo de 15 semanas con el antecedente de cerclaje cervical vaginal en la gestación previa. Mostramos el aspecto técnico con abordaje de incisión vertical media abdominal, disección del colgajo vesical y construcción del túnel por dentro de vasos uterinos, paso del cinta de mercilene con aguja doble armada de anterior a posterior y colocación del nudo posterior. Cierre de peritoneo visceral y pélvico con control ultrasonográfico transoperatorio para vitalidad.

Resultados: cuatro casos se han realizado con resultados perinatales al momento de resolución de 34, 32, 22 y 36 semanas de gestación.

Conclusiones: el cerclaje ístmico-cervical transabdominal tiene uno de los mejores resultados perinatales.

VIDEO 25

Colocación de cerclaje abdominal en embarazo gemelar: complicación y resultado perinatal

EDGAR ALONSO CRUZ CRUZ, CARLOS JULIÁN NERI MÉNDEZ, YOALLI ALEIDA PALMA OROZCO, JORGE BELTRÁN MONTOYA
Instituto Nacional de Perinatología, Secretaría de Salud, México DF.

La colocación de un cerclaje abdominal ha sido utilizada eficientemente en la reducción de la pérdida espontánea del embarazo en pacientes seleccionados con diagnóstico de incompetencia ístmico cervical.

Caso Clínico: Se presenta el caso de una paciente de 29 años de edad, embarazo de 10-11 semanas de gestación, gemelar doble bicorial biamniótico e incompetencia ístmico cervical.

Antecedentes: tres cesáreas, electrocirugía por VPH en dos ocasiones posterior a eventos obstétricos previos, a la exploración física cuello uterino corto, cupulizado, aparentemente cerrado. Ultrasonido a su ingreso embarazo gemelar de 12-13 semanas de gestación, vitalidad en ambos gemelos. Indicaciones: Falla de dos a más cerclajes previos. Aquellos en donde un cerclaje cervical es técnicamente imposible: Cérvix corto congénito, laceraciones o fibrosis del cérvix por cerclaje previo y cervicitis subaguda.

Contraindicaciones: anomalías fetales incompatibles con la vida, Infección intrauterina, sangrado acticiasi siempre previo al embarazo o edades gestacionales tempranas (11-14 semanas de gestación).

Para la colocación del cerclaje se utiliza una cinta de Mersilene de aproximadamente 12-15 cm, se debe rodear de anterior a posterior la unión ístmico cervical del útero a nivel del ligamento ancho en la zona avascular ya descrita y hacia la inserción de los ligamentos uterosacros. Se puede realizar precargando la cinta a una aguja o creando un espacio a nivel de la zona avascular del ligamento ancho mediante disección. En este momento se debe tener especial cuidado de no lesionar los vasos adyacentes. Se ajusta la cinta y anuda en la parte posterior evitando así mayor manipulación uterina e irritación vesical. Los extremos de la cinta pueden suturarse a la misma banda mediante suturas finas no reabsorbibles. De acuerdo a la técnica original se cierra el peritoneo visceral para colocar en su posición original el repliegue vesico uterino. Se realiza cierre de cavidad abdominal en forma convencional.

VIDEO 26

Resolución quirúrgica de hernia de Bochdalek en un embarazo a término

ESPERANZA JOSEFINA BAUTISTA GÓMEZ, DAVID GUZMÁN ORTIZ, VÍCTOR EDILBERTO MORALES GARCÍA, HONORIO GALVÁN ESPINOSA, NOEL PIZARRO OSORNO

Hospital General Dr. Aurelio Valdivieso, Oaxaca, Secretaría de Salud, Oaxaca, Oax.

La hernia diafragmática congénita que complica el embarazo es una entidad muy rara. El número de casos reportados en la bibliografía mundial es de 39 desde 1928. Se requiere un alto grado de sospecha, para hacer el diagnóstico. La hernia diafragmática que complica el embarazo esta acompañada de una alta tasa de morbilidad materno fetal. Las complicaciones debido a la herniación visceral aguda son mas frecuentes durante el tercer trimestre, parto y postparto inmediato lo que conlleva a muerte materna.

Presentamos el caso de una paciente de 33 años en su segunda gesta quien ingresa al servicio de urgencias con un embarazo de 36 semanas x fecha de última regla, dolor torácico, disnea y fiebre. Se diagnóstica Hernia de Bochdalek apoyándose con radiografía de tórax y TAC. Se realiza cesárea Kerr con oclusión tubaria bilateral y toracotomía para reparación del defecto y descompresión torácica. Evoluciono satisfactoriamente siendo egresada a la semana.

VIDEO 27**Aplicaciones actuales de metroplastia en útero bicorne. Reporte de un embarazo**

NORMA PATRICIA RAMOS GONZÁLEZ, ALEJANDRA VACA GONZÁLEZ, ÓSCAR SALCIDO RIVERA, DANIEL ZÚÑIGA JIMÉNEZ

Hospital Civil Viejo Fray Antonio Alcalde, Guadalajara Jal.

Objetivo: comunicar las aplicaciones actuales de metroplastia en útero bicorne.

Materiales y Métodos: se describe la técnica de Jones y Jones para metroplastia analizando diversos elementos como tipo de patología, así como vías de abordaje del procedimiento con posterior embarazo.

Resultados: un año posterior a la cirugía se embarazo espontáneo a término resuelto vía cesárea, por lo cual se realizó OTB Pomeroy.

Conclusiones: a pesar de que en la bibliografía Stressmen reporto 263 embarazos posterior a metroplastia, el 86% lograron obtener recién nacidos en casa, un punto importante de estos casos fue que terminaron en partos vaginales, en nuestro caso, se realizó cesárea por riesgo de ruptura uterina.

VIDEO 28**Diagnóstico prenatal de siameses isquiopagos**

CARLOS ANDRÉS RODRÍGUEZ CABRAL, ANA ISABEL OSORIO PÉREZ, LEONARDO ENRIQUE SALAZAR TRISTÁN, LUIS JOAQUÍN ROMO ENCISO, GABRIELA GARCÍA REYES

Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital de la Mujer Zacatecana, Secretaría de Salud de Zacatecas, Zacatecas Zac.

Antecedentes: los gemelos espontáneos ocurren en 1.6% de todos los embarazos, de los que 1.2% son dicigóticos y 0.4% monocigóticos. El 5% de los monocoriales son monoamnióticos y 1% de estos siameses.

Objetivo: reportar el caso de siameses isquiopagos y destacar la importancia de su diagnóstico prenatal.

Material y métodos: paciente de 22 años. Acude con un embarazo gemelar de 33.5 semanas. El ultrasonido reveló embarazo gemelar monoamniótico monocoriónico de 33 semanas, llamó la atención la fusión de la pared abdominal a nivel de pelvis debido a dos vejigas vecinas que hicieron sospechar que se trataba de siameses isquiopagos. Se corroboró el diagnóstico por resonancia magnética.

Resultados: se obtuvieron gemelos isquiopagos masculinos de 2,225 gramos de 37 semanas por Capurro, Apgar 8/8 para ambos.

Conclusión: es importante el diagnóstico temprano de siameses y su posterior clasificación, ya que a partir de esto es necesario plantearse si es

factible la viabilidad de los fetos o si es posible alguna intervención sobre ellos

VIDEO 29**Tumor cardiaco diagnosticado in útero**

MARYSOL OLIVOS CRESPO, MAGALHI GUADALUPE ROBLEDÓ CLEMENTE, OMAR LORENZO CRUZ
Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de Gineco obstetricia 3 La Raza, Instituto Mexicano del Seguro Social, México DF.

Se comunica el caso de un tumor cardiaco diagnosticado por ultrasonido durante el segundo trimestre de la gestación, el cual se considera un probable rabioma cardiaco. Se ingresa paciente de 22 años, dos embarazos, una cesárea, grupo sanguíneo o negativo, originaria y residente del Estado de México de ocupación empleada de limpieza, escolaridad secundaria y estado civil casada. Cuenta con control perinatal desde el primer trimestre, cursa con cervicovaginitis tratada y remitida a las 19 semanas de gestación, así como varicela quince días previos al nacimiento, que sólo se trató con paracetamol encontrándose en fase costrosa al momento del nacimiento. Acudió a nuestra unidad a las 39 semanas de gestación por fecha de última menstruación por iniciar con trabajo de parto espontaneo, se realiza revisión en admisión y se diagnostica tumor intracardiaco probable rabioma y bradicardia fetal, por lo que se decide interrupción del embarazo vía abdominal como urgencia, obteniéndose producto único vivo del sexo masculino el cual requiere pasos iniciales de reanimación, se califica con apgar de 8/9, Capurro 40 semanas de gestación, peso de 2660 g, talla de 49 cm, perímetro cefálico de 32 cm, son malformaciones externas aparente se corrobora permeabilidad anal esofágicas y de narinas, se refiere ruptura de membranas transquirurgica, placenta calcificada, líquido amniótico claro. No se reportaron complicaciones durante procedimiento quirúrgico, la madre se egresa sin complicaciones a las 72 horas posteriores.

El recién nacido es enviado a unero patológico donde se reporta estable, sin alteraciones hemodinámicas, ni alteraciones cardiopulmonares, se solicitan laboratoriales reportando Biometría hemática con Leucocitos de 11,900, segmentos de 63.9%, linfocitos de 29.3% plaquetas 284 mil, hemoglobina de 16.2gdl, hematocrito de 62%, grupo sanguíneo O positivo, Coombs negativo, potasio 5.7, calcio 10.5, sodio 148, sin datos de respuesta inflamatoria sistémica. Durante sus primeras horas de vida se realiza rastreo cardiaco confirmado diagnóstico de tumoración ventricular de 17x12mm, se solicita ecocardiograma el cual reporta dos tumoraciones cardiacas sin obstrucción a flujos de salida con masa de

14x14x8mm en porción trabecular de ventrículo izquierdo y segunda masa adherida a porción de salida de ventrículo izquierdo de 0.32cm sin gradiente de obstáculo. Se decide que al no haber alteraciones en flujos cardiacos se dio de alta por el servicio de cardiopediatria con cita de seguimiento por consulta externa.

VIDEO 30**Sonda Sengstaken-Blakemore. Colocación transcesárea en útero de Couvelaire: reporte de un caso**

YOLANDA REYNOSA OVIEDO, NANCY ELIZABETH SÁNCHEZ NERI, ERNESTO LÓPEZ VERA, ELOISA LÓPEZ MANRÍQUEZ, HUGO FRANCISCO PINEDA ALEMÁN
UMAE 23, Hospital de Ginecología y Obstetricia Dr. Ignacio Morones Prieto, Instituto Mexicano del Seguro Social, Monterrey N.L.

Antecedentes: la muerte materna es uno de los problemas más importantes que se enfrentan en el ámbito médico; en el mundo la principal causa se relaciona a la hemorragia obstétrica en 35%. El desprendimiento placentario es una de estas causas y una de sus complicaciones más graves es el útero de couvelaire. La colocación de balón intrauterino es una opción terapéutica para la hemorragia obstétrica mayor ya que no es necesario personal altamente experto, tiene un bajo costo y tasa de éxito mayor a 80%.

Objetivo: comunicar el caso de una paciente con embarazo de 28.2 semanas de gestación, preeclampsia severa, desprendimiento prematuro de placenta, hemorragia obstétrica con desarrollo de útero de couvelaire que se trató con la colocación de sonda de Seingstaken-Blakemore transquirurgicamente. Se realiza revisión y análisis de la bibliografía actual.

Caso clínico: paciente de 36 años de edad, con embarazo de 28.2 semanas de gestación que acudió a consulta por cefalea, sangrado transvaginal y dolor abdominal. Se encuentran cifras de tensión arterial elevadas y útero aumentado de tono, se realiza ultrasonografía encontrando óbito, se diagnostica desprendimiento placentario pasa a quirófano urgente, con consentimiento informado de paciente, se realiza cesárea corporal y colocación de sonda Seingstaken-Blakemore.

Material y método: paciente con embarazo pretérmino a quien se le colocó una sonda intrauterina para tratar la hemorragia obstétrica. El criterio para colocar el balón como método profiláctico y terapéutico por el sangrado persistente pre y transquirurgico. **Resultado:** el taponamiento uterino con balón constituye un método eficaz para el control de la hemorragia uterina. Su aplicación no precisa entrenamiento intenso y puede evitar histerectomía, las complicaciones que esta conlleva y permite preservar la fertilidad. En este caso se colocó

con éxito como tratamiento de la hemorragia obstétrica, se retiró sonda sin complicaciones 48 horas posteriores al proceso quirúrgico.

VIDEO 31

Hemorragia posparto: control con sonda Sengstaken-Blakemore

ALBERTA FRANCO PERALTA, YOLANDA REYNOSA OVIEDO, HUGO FRANCISCO PINEDA ALEMÁN, ERNESTO LÓPEZ VERA, ELOÍSA LÓPEZ MANRÍQUEZ
Unidad Medica de Alta Especialidad 23 Dr. Ignacio Morones Prieto, Instituto Mexicano del Seguro Social, Monterrey NL.

Objetivo: implementación de sonda Sengstaken-Blakemore para el control de la hemorragia posparto en todos los concentraciones de atención medica.

La hemorragia posparto es un evento que se puede presentar en cualquier nivel de atención en donde se atiendan situaciones obstétricas independientemente del tipo de desembrazo. Aproximadamente 2 a 4% de los casos presentaran una hemorragia sin un factor de riesgo previsible. Razón de ello es que cualquier profesional de la salud que se encuentre involucrado en esta línea de acción debe estar capacitado para la atención de la hemorragia posparto. Según datos de la OMS cada minuto muere una mujer en el mundo por causas relacionadas al parto. Actualmente, México participa en la meta del milenio para buscar reducir la mortalidad materna en el año 2015, ese panorama hoy se ve lejano ya que como país en vías de desarrollo se carece de recursos de infraestructura, humanos e insumos que puedan mejorar esto números buscados. En países desarrollados se han planeado estrategias de control de hemorragia posparto con dispositivos específicos y tecnología para responder a la demanda de las urgencias de este tipo, uno de ellos es un balón de marca lider comercial para ello, en nuestro país sería incoasteable dotar a las unidades de atención de este tipo de recurso que a su vez es desechable.

Objetivo: demostrar la fácil colocación intrauterina de la sonda Sengstaken- Blakemore (SSB) en hemorragia postparto y considerar la implementación del mismo en todos los concentraciones de atención médica.

Conclusión: se demuestra la fácil y rápida colocación intrauterina de SSB en hemorragia posparto. Según la bibliografía y evidencia médica es un método eficaz, de bajo costo y con una tasa de éxito mayor al 80%. Pudiera

implementarse en unidades de primer nivel de atención médica; dando oportunidad de traslado de estas pacientes a unidades de segundo o tercer nivel de atención médica más cercano para vigilancia o en caso de fracaso intervenir oportunamente.

VIDEO 32

Retiro de compresas de empaquetamiento clásico tipo Miculiz

ALBA CITLALLI GONZÁLEZ ZÁRATE, HONORIO GALVÁN ESPINOZA, VÍCTOR EDILBERTO MORALES GARCÍA

Hospital General Dr. Aurelio Valdivieso, Oaxaca, Secretaría de Salud, Oaxaca de Juárez, Oax.

La hemorragia materna ocupa el segundo lugar como causa de muerte a nivel nacional. La reducción de la mortalidad materna en nuestro país requiere del acceso a centros de atención con medicamentos, banco de sangre, recursos humanos y materiales, pero fundamentalmente, la conformación de equipos de trabajo en los centros de atención capacitados y coordinados que aborden la hemorragia posparto.

Caso clínico: paciente de 40 años de edad, nueve embarazos, 8 partos, grupo O+. Niega antecedentes de importancia. Inicia su padecimiento actual el día lunes a las 12 horas al presentar dolor tipo cólico en hipogastrio motivo por el acude con partera, permaneciendo con ella durante 24 horas de trabajo de parto, sin embargo presenta incremento de dolor y sangrado transvaginal moderado motivo por el cual es referida a nuestra institución.

Diagnóstico: embarazo de término, fase activa prolongada, falta de descenso de polo cefálico, riesgo de pérdida de bienestar fetal, paridad satisfecha. Se solicita tiempo quirúrgico para cesarea tipo Kerr mas OTB.

Se valora la atonía uterina durante el transoperatorio, se activa protocolo para hemorragia obstetrica y se administra tratamiento a base de uterotonicos, a pesar de ello continua atonia uterina, se decide realizar Histerectomía total abdominal. Presenta sangrado en capa sobre cúpula vaginal no coercible por lo que se decide empaquetamiento clasico tipo Miculiz. Pasa a sala de recuperacion, en vigilancia estrecha constantes vitales, se continua maniobras de reanimacion por choque hipovolemico secundario hemoragia obstetrica por atonia uterina, asi como tratamiento de dolor y antibiotico. Ingres a Unidad de Cuidados Intensivos.

Adecuada evolución de puerperio quirúrgico complicado, 48 horas posteriores se decide Laparotomía exploradora y retiro de compresas de empaquetamiento clásico de Miculiz con irrigación continua de tejidos.

Se abordar este tema de interés, ya que existe las posibilidades de complicaciones durante el desempaquetamiento como son despulimiento de asas intestinales hasta perforacion intestinal, haciendo énfasis en el retiro con cautela de una a una de las compresas, así como irrigacion continua de los tejidos para la prevención de dichas complicaciones.

VIDEO 33

Experiencia del Hospital Central Norte de PEMEX en el uso del ácido zolendrónico en el tratamiento y prevención de la osteoporosis

EDGARDO BUSTILLOS ALAMILLA, JORGE ZEPEDA ZARAGOZA, ANA LILIA DEL RAZO VEGA, CARLOS ESPAÑA VARGAS, ADRIANA HUERTA ESPINOSA

La osteoporosis es una enfermedad esquelética progresiva que se caracteriza por una disminución de la resistencia ósea y un aumento en el número de fracturas. Esta enfermedad es considerada por la Organización Mundial de la Salud como el segundo problema de salud más importante del mundo después de las enfermedades cardiovasculares. La prevalencia de la osteoporosis va en aumento debido al envejecimiento de la población. Con la edad, la pérdida de masa ósea en la columna vertebral y la cadera, que comienza en la menopausia en mujeres y en torno a la edad de 60 años en los hombres, continúa. La vejez es cuando se producen la mayoría de las fracturas por fragilidad y la incidencia de estas fracturas está aumentando de forma exponencial en las personas de más de 75 años. Varios tratamientos han demostrado su eficacia en la disminución del riesgo de fractura y el aumento de la densidad mineral ósea están disponibles actualmente para la osteoporosis. Sin embargo, la evidencia científica sobre la seguridad y eficacia de estos tratamientos es mucho más escasa en las personas mayores que en la población joven. Hay pocos informes sobre la eficacia de estos tratamientos en las no vertebrales --específicamente hip-- fracturas en los ancianos. En consecuencia, la presente revisión pretende analizar la experiencia científica del Hospital Central Norte de PEMEX, sobre el diagnóstico y tratamiento con el ácido Zolendrónico de la osteoporosis, y en particular la evidencia sobre la eficacia. efectos secundario y economía en su aplicación.



PREMIO

“Dr. José Manuel Septién González”

Trabajos de investigación básica o clínica,
presentados como cartel.

PRIMERA PARTE: GINECOLOGÍA

CARTEL MAMPARA 1

Aplicación de la psiconeuroinmunoendocrinología a través de la exploración ginecológica primaria

FELIPE CAJIGA MATA, BLANCA ALICIA GARCÍA CHACÓN
Hospital Primero de Octubre, ISSSTE, Mexico DF.

Estudio retrospectivo de revision bibliografica, para fundamentar la interrelacion de la ginecología con la psiconeuroinmunoendocrinología.

La entidad biologica esta formada por: sistemas, organos, glandulas, tejidos, celulas y moleculas: ademas de emociones, sentimientos, pensamientos y de consciencia, que interactuan, generando el constante movimiento llamado proceso vital. El comortamiento de ambas, esta contenido en los codigos geneticos que contienen los programas de gestacion, crecimiento, desarrollo, mantenimiento y reproduccion.

La exploracion clinica ginecologica primaria, es de importancia ya que un signo o sintomas indica una alteracion de la psiconeuroinmunoendocrinología.

El hipoestrogenismo retarda la calcificacion del cartilago de crecimiento de huesos largos: la hipotrofia en organos o tejidos con receptores estrogenicos hiper androgenismo, en tejidos con receptores androgenicos, producen la aparicion de hirsutismo, hipertrofia de clitoris, amenorrea, ovarios poliquisticos.

Disfuncion tiroidea se manifiesta, el exoftalmos, bocio, obesidad, obesidad, infertilidad.

Sindrome metabolico. Acantosis nigricans, obesidad, hipertension arterial, hipercolesterolemia, diabetes, trastornos menstruales.

Sindrome de turner o monosomia x, con aspecto infantil, talla baja, cuello corto, implanacion baja de orejas, cataratas, amenorrea con el estudio integral ginecologico primario, se evitan estudios de laboratorio y gabinete innecesarios, ademas reducen los gastos medicos.

CARTEL MAMPARA 2

Percepción de la sexualidad y conductas de riesgo en mujeres adolescentes

CIRENIA RUIZ BALDERRAMA, SELENE SAM SOTO, GEORGINA RUVALCABA ORTIZ, CARMEN MARCELA URQUIA FIGUEROA, YADIRA DIAZ TIGUANT
Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, Secretaría de Salud, México DF.

Antecedentes: el conocimiento sobre salud sexual abarca desde la información relacionada con la sexualidad, salud reproductiva, problemas

de salud sexual y acceso a ellos, autonomía sobre la elección de pareja y decisiones sobre planificación familiar. La población adolescente es vulnerable y pueden adoptar comportamientos negativos sin orientación correcta y a la edad adecuada. Se ha observado que la educación sexual deficiente se relaciona con un bajo nivel educativo de los padres, ausencia de clases de salud sexual en el programa escolar, así como las fuentes de información inadecuada proveniente de los padres, medios de comunicación, escuela y amigos.

Material y métodos: estudio descriptivo transversal, se aplicaron encuestas con 69 preguntas a 208 mujeres adolescentes entre 12 a 21 años de edad, la cual fue de manera individual y anónima y se contesto de manera individual. Se realizo un análisis con medidas de tendencia central.

Resultados: edad promedio entre 17 años. El 34.6 % de las pacientes refiere haber fumado alguna vez y 1.8% refiere hacerlo ocasionalmente. El 51.1% reporta etilismo ocasional. El 2.4% de las pacientes reporta uso frecuente de drogas, sin embargo, incluso 10.1% han consumido alguna droga en su vida. El 47.6 % de las adolescentes reportan tener vida sexual activa, de las cuales el 42% fue con su pareja estable. La edad de inicio promedio es a los 15 años. El 20.7% de las adolescentes reportan haber tenido contacto con pornografía. El 6.3% de las mujeres encuestadas reportan haber estado embarazadas. El 55.3% reportan conocer algún método de planificación familiar, sin embargo solo el 12% reporta haber hecho uso de alguno. El 26.4% de las pacientes reportan haberse sentido controlada por su novio en alguna ocasión y el 7.7% con frecuencia. El 3.4% reportaron violencia por parte de su novio.

Conclusiones: el estudio actual nos reporta un grave desconocimiento por parte de la población adolescente sobre información segura y confiable en el área de salud sexual. La mitad de la población adolescente es sexualmente activa, por lo que es indispensable establecer programas sobre salud sexual dentro y fuera de las escuelas. La desinformación o la información inadecuada sobre salud sexual se ha visto asociado a problemas sociales como el tabaquismo, consumo de drogas violencia física y sexual, matrimonios jóvenes y suicidio. Además de riesgos de salud que incluyen enfermedades de transmisión sexual, embarazo, abortos no seguros, resultados obstétricos adversos, e incremento en la morbilidad y mortalidad materna.

CARTEL MAMPARA 3

Conocimiento, actitudes y creencias con respecto a la anticoncepción intrauterina en mujeres nulíparas: una encuesta de proveedores de salud en Latinoamérica

JOSEFINA LIRA PLASCENCIA (MÉXICO), PAMELA LOTKE (ESTADOS UNIDOS), NIKKI ZITE (ESTADOS UNIDOS), KRISTEN BLACK (AUSTRALIA), TINA PEERS (REINO UNIDO).

Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, Secretaría de Salud, México DF.

Objetivo: investigar el conocimiento de actitudes y creencias con respecto a la anticoncepción intrauterina en mujeres nulíparas en el gremio de proveedores de salud profesionales en latinoamérica.

Métodos: se realizó una encuesta en línea. Los encuestados fueron ginecólogos (n=372), médicos generales (n=30), de Brasil (n=101), Colombia (n=100), México (n=100) y Argentina (n=101). Cada uno veía al menos 20 mujeres por mes para indicar anticonceptivos.

Resultados: cuando se les indicó reportar sus más importantes barreras para considerar el DIU en mujeres nulíparas, los proveedores de salud dieron estas respuestas como las más frecuentes: enfermedad pélvica inflamatoria (52%), infertilidad (41%), inserción difícil (40%), inserción dolorosa (34%). La preocupación por la inserción dolorosa fue la reportada de manera mas frecuente en México (49%) y la menos frecuente en Argentina (21%). La preocupación por una inserción difícil fue la más reportada en Brasil (52%) y la menos frecuente en México (26%). De los 336 proveedores de salud que dijeron haber insertado un DIU el 22% reportaron nunca haberlo insertado en una mujer nulípara. En general el 58% correctamente identificó que en los criterios de elegibilidad medica de la OMS para el DIU, la nuliparidad es categoria 2 (los beneficios son mayores que los riesgos), el 73% de Brasil identificó correctamente este criterio comparado con 54% en Colombia, México y Argentina.

Conclusiones: conceptos alterados en cuanto al uso del DIU en mujeres nulíparas son comunes en Latinoamérica. El conocimiento de los criterios de elegibilidad médica de la OMS debe de ser aumentado.

CARTEL MAMPARA 4

DIU postparto: prevención de embarazo en adolescentes atendidas en el Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes

KARLA SELEGNA SÁNCHEZ BAÑOS, JOSEFINA LIRA PLASCENCIA, NORMA VELÁZQUEZ RAMÍREZ, JAVIER MANCILLA RAMÍREZ, SELENE SAM SOTO
Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, Secretaría de Salud, México DF.

Antecedentes: los adolescentes son el segmento de la población con mayor riesgo de adquirir problemas relacionados a la salud reproductiva. En México en 2012, 20.2% de la población total

se encontraba en este segmento, lo que corresponde a 22 804 083 adolescentes, 49.7% de los mismos corresponde a mujeres. Las adolescentes mantienen un alto riesgo de embarazo no planeado debido entre otros factores, a la inconsistencia o mal uso de métodos anticonceptivos que requieren su participación continua. Los métodos anticonceptivos reversibles de larga duración, como el DIU de cobre, son una excelente opción anticonceptiva para esta población.

Material y método: estudio retrospectivo, transversal, descriptivo. Evaluación de expedientes de todas las pacientes embarazadas que acudieron por primera vez a la Clínica de la Adolescencia entre Enero del 2010 y Junio del 2012. En total se evaluaron 873 pacientes y los resultados se analizaron con el programa estadístico SPSS 20.

Resultados: la edad media fue 15.51 (± 1.077); el inicio de vida sexual activa fue 14.43 (± 1.183); 93.2% (812) cursaban su primer embarazo, y 6.4% (56) el segundo. El método anticonceptivo más usado previo al embarazo fue el condón (18.2%, 159), reportó no usar ningún método anticonceptivo 75.6%, (660). Posterior a la resolución del embarazo, 665 adolescentes (76.9%) eligieron el DIU como método anticonceptivo, 184 adolescentes (21.3%) egresaron del hospital sin método anticonceptivo por varias razones.

Conclusiones: la consejería sobre anticoncepción durante el control prenatal es muy importante, especialmente para las pacientes adolescentes que requieren gran reafirmación de la información. El período posterior a la resolución del embarazo es una etapa clave para la aceptación y aplicación de un método anticonceptivo, ya que la adolescente no está embarazada y se encuentra motivada para prevenir un pronto embarazo.

CARTEL MAMPARA 5

Experiencia anticonceptiva en mujeres que viven con el virus de la inmunodeficiencia humana

IVAN MADRAZO RODRÍGUEZ, HEBERT ISRAEL FLORES LEAL, JESÚS FERNANDO SOLÓRZANO VÁZQUEZ, TANIA CARO GÓMEZ

Biología de la Reproducción, Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, Secretaría de Salud, México DF.

Antecedentes: la infección por virus de la inmunodeficiencia humana es un problema de salud mundial. En América Latina, la prevalencia ha permanecido sin cambios del 2001 al 2010 (0.4%) de los cuales el 64% eran hombres. (1) Fuera de África existe poca información sobre la experiencia anticonceptiva en mujeres que viven con VIH. Nuestro propósito fue examinar los métodos de planificación aceptados en estas pacientes.

Métodos: estudio observacional retrospectivo descriptivo en pacientes con diagnóstico de VIH recibidas para atención obstétrica de enero del 2008 a junio del 2012. Se identificaron características generales y apego a métodos de planificación familiar

Resultados: de 71 pacientes obstétricas egresadas con diagnóstico de infección por VIH se excluyeron 22 por no contarse con expediente en archivo. La edad promedio fue de 27 años, el inicio de vida sexual activa fue en promedio a los 17 años y la mayoría referían 2 parejas sexuales. 39 (79%) tenían 2 o más gestas. Del total de pacientes el 63% se conocían con VIH, de las cuales el 90.3% refieren un embarazo no planeado. En este mismo grupo el 38.7% tenían una cuenta de linfocitos CD4+/ μ l menor a 350. Del total de la población estudiada 23 (46%) tenían una carga viral de menor de 50 copias al término del embarazo. En 95.9% de los embarazos la vía de nacimiento fue por cesárea, se realizó una laparotomía por embarazo ectópico roto y a dos pacientes se les realizó histerectomía obstétrica. A el 71.4% se les practicó salpingoclasia bilateral, el 16.3% desearon dispositivo intrauterino, solo 3 pacientes continuaron el seguimiento en nuestra institución y al año de la intervención continuaban utilizándolo. El 12.3% no desearon método de planificación y dejaron de acudir a la institución.

Conclusiones: la mayoría de las pacientes que viven con VIH tuvieron un embarazo no planeado. Se debe de reforzar la consejería de planificación familiar con el fin de reducir el riesgo de transmisión vertical, los métodos de larga duración son una opción que asegura el apego a un método anticonceptivo por lo que deben de ser ampliamente recomendados.

CARTEL MAMPARA 6

Efectividad del implante subdérmico mayor a tres años: reporte de dos casos

MIGUEL ÁNGEL BERNAL DAVISH, MARÍA NATIVIDAD GUZMÁN TAPIA, GABRIEL GUZMÁN LANDA, GIOVANNI FRANCISCO PÉREZ ROA, GUILLERMO CONTRERAS ALARCÓN

Facultad de Medicina Xalapa, Universidad Veracruzana, Xalapa, Veracruz

El implante subdérmico anticonceptivo liberador de progestina sintética llamada etonogestrel, su mecanismo es la anovulación y evita la formación del moco cervical no permitiendo la penetración y activación espermática, su durabilidad esta reportado por tres años, es altamente efectivo y tiene una tasa de uso típico y teórico hasta de 0.02 %, cuenta con efectos colaterales produciendo atrofia endometrial en 30% de las usuarias. Actualmente es radiopaco para facilitar su localización.

Caso 1: usuaria de 22 años, talla 156 cm., peso

50.7 kg., AGO.- menarquia 14 años, ritmo 30/4, gestación 0, DOC hace dos meses negativo a cáncer, una sola pareja sexual, frecuencia coital 1 a 2 veces por semana, MPF implante subdérmico hace 4 años 8 meses de su colocación, la cual presentó amenorrea hasta hace tres meses que reinicia menstruación regular, la progesterona en el día 21 del ciclo normal.

Caso 2: usuaria de 30 años, talla 170 cm., peso 53.5 kg. AGO.- menarquia 13 años, ritmo 30/3-4, gestación 2, partos 2, IVSA 18 años, colposcopia hace 3 meses normal, MPF DIU por 6 meses, posteriormente implante por 5 años dos meses sin falla del método y cambia a hormonal oral hasta la fecha.

Discusión: en la bibliografía está descrito el mecanismo de acción, la efectividad y durabilidad del implante es por tres años, si la usuaria incrementa de peso por arriba de 70 kg. aumenta su falla, es factible continuar con la medición de la efectividad del implante a través de la concentración de progesterona en el día 21 del ciclo, concentración de estrógeno, determinación del pico de LH preovulatorio, valoración del moco cervical (Billings), seguimiento folicular por USG, medición de la temperatura basal, es decir contamos con herramientas para determinar el retorno de la ovulación y por consiguiente conocer el término de la efectividad real del implante, debemos individualizar cada caso y es factible que la duración sea mayor en usuarias delgadas.

Conclusión: el implante tiene una mayor durabilidad de 3 años, como se demostró en estos dos casos por clínica y progesterona, las usuarias evitaron la intervención del recambio y continuaron con un método altamente efectivo por dos años mas en promedio al esperado, además el ahorro económico del recambio por este tiempo.

CARTEL MAMPARA 7

Implante subdérmico con formación de adenoma seroso de ovario: reporte de un caso

MIGUEL ÁNGEL BERNAL DAVISH, MARÍA NATIVIDAD GUZMÁN TAPIA, ALOISIA REINER STROBEL DEL MORAL, SALMA TRIANA GONZÁLEZ, GUILLERMO CONTRERAS ALARCÓN

Facultad de Medicina Xalapa, Universidad Veracruzana, Xalapa, Veracruz.

El implante subdérmico contiene etonogestrel que al ser liberado y al entrar en la circulación se transforma en desogestrel, actúa como anovulador que tiene una durabilidad de 3 años, con un índice de Pearl del 0.0 % a 0.02 %, al igual que el DIU de levonogestrel son los métodos mas efectivos que hay en México, previene de cáncer de endometrio por atrofia endometrial hasta en un 30% y su función anovulatoria previene de cáncer de ovario, por estos efectos colaterales

se usa en tratamientos para endometriosis, miomatosis, dismenorrea, alergia a estrógenos y permite también la anticoncepción en la lactancia. Paciente de 24 años, AGO, menarquia 14 años, ritmo 30/6, IVSA 19 años, gestación 1, cesárea 1 hace 34 meses, colposcopia hace 15 días satisfactoria, cérvix normal, FUM proiohipermenorrea de dos meses de evolución, MPF implante sudérmico colocado hace 16 meses a la fecha. PEEA: Inicia su padecimiento hace 2 meses, presentando dolor en cuadrante inferior derecho complicándose a las 72 hrs. con abdomen agudo, el USG encontró ovario derecho multiquístico y fue sometida a laparotomía exploradora y le realizaron ooforectomía derecha, cediendo el cuadro de abdomen agudo. Resultados: El estudio histopatológico menciona Cistadenoma Seroso de 9x6x3 cm. USG de control a los dos meses, útero AVF endometrio irregular, ovario izquierdo con quistes foliculares uno en el estroma en forma de semiluna de 35 mm, Doppler color normal. Marcadores tumorales: HGC, α feto proteína, Ag. carcino embrionario y CA125 normales. Inicia desogestrel oral 75 mcg. al día, actualmente ya sin sangrado menstrual y el USG control posterior a una semana de tratamiento el quiste disminuye de tamaño a 24 mm. **Discusión:** con el implante liberador de desogestrel, existe la formación de quistes hasta en un 26.7 % a los doce meses de uso, de hasta 40 mm. que generalmente no requieren tratamiento ya que son foliculares y de retención, mas no de cáncer o con características neoplásicas. **Conclusión:** el implante no fue suficiente para prevenir la formación de quistes o el cáncer ovárico en esta paciente.

CARTEL MAMPARA 8

Dispositivo T de cobre intravesical

VÍCTOR EDILBERTO MORALES GARCÍA, ALBA CITALLI GONZÁLEZ ZÁRATE, JAIME MONZOI VÁSQUEZ *Hospital General Dr. Aurelio Valdivieso, Secretaría de Salud, Oaxaca de Juárez, Oaxaca*

El DIU es un método de planificación familiar reversible utilizado en un alto porcentaje por mujeres en edad fértil por su bajo costo y eficacia (Índice Pearl: 1% mujeres-año). Sin embargo, la inserción en manos inexpertas, el seguimiento irregular y/o ausente puede ser fuente de falta de detección oportuna de complicaciones, unas las principales aunque poco frecuente, es la perforación a través de la pared del útero en la Cavidad pélvica, abdominal u órganos adyacentes con incidencia 1.6:1.000 Inserciones. Del total de dichas perforaciones el 14% corresponde a vejiga. **Caso clínico:** paciente de 33 años de edad, con los siguientes antecedentes: 4 embarazos, tres partos y un aborto, DIU en el año 2001, un parto y un aborto posterior a la aplicación de éste.

Cursa con dolor pélvico crónico e infecciones de vías urinarias recurrentes tratadas con antibiótico, en el 2012 se agrega disuria y hematuria macroscópica, se realiza ultrasonografía abdominal, vaginal y urografía excretora en la cual se observa dispositivo T de cobre de localización vesical, se realiza cistoscopia para determinar ubicación específica y extracción del mismo. **Conclusiones:** la colocación de DIU como un procedimiento invasivo, debe ser realizado personal médico capacitado, y el seguimiento posterior debe ser regular, para la detección oportuna de complicaciones. La migración intravesical de dispositivo T de cobre es una complicación poco frecuente que debe ser considerado en cualquier paciente portadora de DIU, en la que no es posible visualizar sus guías y presente manifestaciones como dolor pélvico crónico, síntomas miccionales irritativos, hematuria e infecciones de vías urinarias recurrentes que no responde al tratamiento médico. Los estudios de imagen como ultrasonido pélvico y la urografía excretora confirman el diagnóstico. El tratamiento por especialistas en urología es necesario, el método terapéutico es quirúrgico y de elección es la cistoscopia.

CARTEL MAMPARA 9

Trauma perineal no obstétrico: reporte de caso y revisión de la bibliografía.

DENISE ACUÑA GONZÁLEZ, JESÚS JORGE BELTRÁN MONTOTO, ÁNGEL ELIZALDE MÉNDEZ, DEISI VERÓNICA ALVARADO ROSALES, EVERARDO ANTONIO BARRAGÁN ROMERO

Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, Secretaría de Salud, México DF.

Caso clínico: pacientes de 17 años de edad, con embarazo de 30.1 semanas, valorada por hematoma en área genital, dolor y dificultad para deambular secundario a actividad sexual. Identificando hematoma en labio mayor izquierdo de 15 x 10 cm, signos vitales normales, laboratorios: hemoglobina: 13.8, hematocrito: 40.3, Leucocitos: 11.4, plaquetas: 243,000. Se decide drenaje del hematoma en consultorio 100cc e inicio de antibiótico, reduciéndose el tamaño en un 50%. Dos días después persiste el hematoma, la cual dificulta la deambulación, se ingresa a quirófano para drenaje quirúrgico. **Discusión:** Las etiologías de mayor incidencia fueron actividad sexual, caídas sobre un objeto y violación. El sitio más frecuente de lesiones fue a nivel vaginal en la pared anterior y posterior. El tratamiento conservador es a través de monitoreo de signos de hipovolemia que sugirieran datos de persistencia de hemorragia. Laboratorios cada 6 horas, ultrasonido para determinar la expansión del mismo. Los hematomas vulvares

pequeños sin expansión resuelven de manera conservadora con analgesia y aplicación de frío por 24hrs. El tratamiento quirúrgico vulvar está indicado cuando hay hiperalgesia significativa, expansión del hematoma >5cm o un volumen mayor de >200mL, inestabilidad hemodinámica. Se incide la piel con evacuación de los coágulos. Se debe tener cuidado con la pared anterior de la vagina, por la proximidad de la vejiga, el intestino delgado y el recto a nivel posterior así como el uréter y los vasos uterinos en la pared lateral. Si se utiliza electrocauterio para lograr hemostasia es importante evitar una lesión profunda. Empaquetamiento vaginal por 12 a 14h. **Conclusiones:** la incidencia reportada es de 3.7%, requieren de una valoración ginecológica. El tratamiento conservador es preferible en ausencia de criterios de tratamiento quirúrgico.

CARTEL MAMPARA 10

Ventajas y desventajas del uso de la energía en cirugías ginecológicas

BRENDA MARÍA URBINA CHÁVEZ, FAUSTO CORONEL, ROCÍO GUERRERO BUSTOS, ELIZABETH CADENA ROSAS, YANET JENNINGS AGUILAR *Hospital General de México, Secretaría de Salud, México DF.*

Antecedentes: las limitaciones en el uso tradicional para realizar hemostasia han provocado la adopción de dispositivos de sellado para proveer una mejor hemostasia. Los dispositivos de energía de energía monopolar pueden utilizarse para coagular vasos, sin embargo el uso de estos dispositivos puede incrementar la incidencia de sangrado. Los dispositivos bipolares que utilizan ambos tipos de energía y compresión son capaces de sellar vasos de varios tamaños, pero pueden tener una fuerza de compresión inadecuada al sellar vasos de mayor, lo que provoca un sellado subóptimo y mayor riesgo de sangrado. Estas tecnologías bipolares, frecuentemente no tienen un control de energía óptimo para limitar la temperatura propinada al tejido, esto puede predisponer a dispersar la energía y provocar daño al tejido adyacente. **Objetivo:** comparar uso de energía eléctrica contra el uso de suturas, demostrar beneficios del uso de energía eléctrica.

Material y métodos: estudio retrospectivo, transversal, aleatorio y comparativo. Se realizó histerectomía total abdominal a 49 pacientes, por diferentes indicaciones, dividiéndose en dos grupos. Histerectomía con uso de suturas, e histerectomía con uso de Enseal. Se toman en cuenta como variables, tiempo quirúrgico y sangrado transquirúrgico. **Resultados:** grupo de histerectomía con suturas, con un promedio de edad de 42.07 años, con un total de 28 pacientes, se encontró que el tiempo

quirúrgico fue de 118.71 minutos, sangrado transquirúrgico con un promedio de 424.6 mL. Grupo de histerectomía con Enseal con un promedio de edad de 43.5 años, se encontró un sangrado transquirúrgico promedio de 466.66 mL, con un tiempo quirúrgico promedio de 97.77 min.

Conclusiones: no hubo diferencias significativas entre los tiempos quirúrgicos y la cantidad de sangrado. Variables no tomadas en cuenta fueron patologías concomitantes, tamaño uterino, cirugías previas, habilidad del cirujano, estancia intrahospitalaria y complicaciones a corto y largo plazo, experiencia del cirujano para utilización del equipo. Tomando en cuenta estas variables. Energía eléctrica en este caso Enseal fue aprobado en el año 2003 por la FD por lo que el tiempo de experiencia en el uso de la energía eléctrica es menor al del uso de suturas, logrando los mismos resultados, con menor experiencia. Demostrando ser más fácil el aprendizaje y su uso.

CARTEL MAMPARA 11

Modelo para simulación laparoscópica

RAUL RODRIGO ARREDONDO MERINO, LUIS ERNESTO GALLARDO VALENCI
Hospital Angeles del Pedregal, México DF.

En México los primeros en practicar los procedimientos laparoscópicos fueron los doctores Dr. José Manuel Septién González en el Hospital Santa Teresa y el Dr. Donato Ramírez.

Objetivo: desarrollar y construir un simulador laparoscópico con adquisición de imagen hacia el monitor de una computadora en el cual sea factible llevar a cabo diferentes prácticas que abarquen todas las habilidades que el medico necesite para realizar una cirugía laparoscópica exitosa.

Material y métodos: fue necesario un año de diseño y planeación, mediante los siguientes materiales como son monitor de computadora o Laptop con imagen HD, moldeamiento de estructura acrílica ligera con tapa triangular y cubo de práctica ambos se fabricaron con moldes previamente diseñados con cartón rígido. foco ahorrador de 25 watts, 2 switches, 1 socket, y 3 metros cable, cámara con entrada USB y lente de alta definición superior a 700 líneas horizontales de resolución, base metálica cromada para mesa, base en el soporte para mantener simulador acrílico el cual previamente fue desarrollado y fabricado con acero templado inoxidable. Todo el material con un costo total aproximado a los 10,000 pesos.

Resultados: la fabricación de este modelo de simulación se realizo con éxito y no requiere de preparación previa a la práctica se puede iniciar la misma inmediatamente solo con conectar el enchufe de luz,

Discusión: este modelo no solo puede ser empleado para la práctica domiciliaria si no que representa una buena opción para los departamentos de enseñanza de nuestros hospitales El modelo de entrenamiento que presentamos simula de manera fehaciente la experiencia de una cirugía laparoscópica además brinda la posibilidad de practicarlo en casa **Conclusion:** el modelo de entrenamiento que presentamos simula de manera fehaciente la experiencia de una cirugía laparoscópica además brinda la posibilidad de practicarlo en casa.

CARTEL MAMPARA 12

Quiste gigante de ovario tratado por laparoscopia. Reporte de un caso

MARCO ANTONIO AGUIRRE RAMOS, ÁLVARO MARTÍN RAMOS ALVARADO, RICARDO ROMO GUTIÉRREZ, IGNACIO GARCÍA DE LA TORRE, ATENAS RODRÍGUEZ VALDEZ

Hospital Universitario de Saltillo Dr. Gonzalo Valdés Valdés, servicio de Ginecología y Obstetricia, Universidad Autónoma de Coahuila. Saltillo, Coahuila.

Paciente de 33 años, inicia padecimiento hace dos años con dolor abdominal, se acompaña de aumento de volumen abdominal, se realiza ultrasonido pélvico encontrando quiste gigante abdomino pélvico probable dependiente de ovario. En antecedentes personales patológicos con alteración cognitiva, no especificada; dentro de sus antecedentes gineobstétricos con menarquia a los 12 años, de ciclos regulares, duración 30 por 8 días, nulipara. A la exploración física con abdomen globoso a expensas de pániculo adiposo y a tumor pélvico, el cual abarca hasta parrilla costal, no dolor a la palpación, se difiere tacto vaginal. En sus laboratorios prequirúrgicos con hemograma normal, pruebas de coagulación normales, con marcadores tumorales dentro de parámetros normales (antígeno CA 125 11.73, alfafetoproteína 4.27, DHL 122, HCG <1, Ca 19-9 0.56, antígeno corcinoembrionario 1.26). US pélvico con útero en anteversoflexión de 7.5 por 4.5 por 5.3 cm de características normales, endometrio y cervix normal, con imagen quística cavidad abdominal desde la pelvis hasta el epigastrio de 24 por 18 por 25 cm, de contornos regulares, contenido líquido, diagnóstico quiste gigante probable ovario derecho. Tomografía revela imagen redonda, de bordes bien delimitados, su pared posterior gruesa que realza medio de contraste donde da la impresión de ser dependiente de anexo, hipodensa, localizada desde la pelvis hasta abdomen superior, mide 612 mm por 162 mm por 241 mm, aproximadamente, resto dentro de parámetros normales. Se decide drenaje y quistectomía por técnica laparoscópica. Se aborda con incisión supraumbilical

de 2 cm, se incide hasta cavidad abdominal, se localiza capsula de quiste, se toma la misma con Pinza Kelly, se punciona y drena con aguja de Veress y cánula de succión, se drena liquido cetrino 7 litros, posteriormente se introduce cámara con trocar de 10 mm a través de punto de Palmer, se insufla CO₂/12 L, se colocan dos puertos (2 cm de espinas ilíacas), se observa capsula dependiente de ovario izquierdo, se procede a resección de la misma previa colocación de endoloop, se extrae capsula a través incisión supraumbilical, se corrobora hemostasia, se realiza irrigación con de 500 cc solución fisiológica 0.9% más hidrocortisona 500 mg, se retiran trocates, se corrobora hemostasia, se cierra de pared abdominal; el estudio histopatológico revela cistoadenoma seroso colapsado de 7 kg, (±), por DCR referido de extracción de 7 L de liquido cetrino. Se egresa paciente a las 24 horas posterior a su intervención quirúrgica.

CARTEL MAMPARA 13

Tuberculosis genital: hallazgos endoscópicos en pacientes con infertilidad

EUGENIA MEDINA GONZÁLEZ, MARTHA PAOLA MARTÍNEZ VÁZQUEZ, GABINO DE JESÚS VACA CARVAJAL, SERGIO BERNAL MARTÍNEZ

Antiguo Hospital Civil Fray Antonio Alcalde, Secretaría de Salud, Guadalajara, Jalisco.

Introducción y objetivo: la tuberculosis (Tb) constituye un problema de salud pública en el mundo. En México la incidencia es de hasta 30 casos por 100 000 habitantes. La Tb genital se ha reportado en cifras desde 0.002 al 3%. Se considera la causa más frecuente de esterilidad y de enfermedad pélvica inflamatoria crónica en los países endémicos. La Tb es una causa poco frecuente de infección del tracto genital en países desarrollados. La Tb genital normalmente procede de la diseminación hematógena; la inoculación desde otro foco intraperitoneal o desde una pareja sexual con epididimitis tuberculosa es inusual. El bacilo alcanza las trompas de Falopio y desde ahí se extiende al resto del aparato genital por propagación directa. El objetivo de este trabajo es presentar dos casos de Tb genital que acudieron a consulta por infertilidad, y los hallazgos endoscópicos encontrados en las pacientes. **Caso clínico:** *Caso 1.* Paciente de 24 años, acude por infertilidad primaria. Presenta elevación de Ca 125 de 323 U/ML y USG pélvico con imagen sugestiva de endometrioma. Se realiza laparoscopia diagnóstica con sospecha de endometriosis, encontrando múltiples lesiones granulomatosas distribuidas por toda la cavidad abdomino-pélvica, síndrome de Fitz-Hugh-Curtis y piosalpinx bilateral. *Caso 2.* Paciente de 28 años, acude infertilidad primaria.

Presenta PPD positivo y radiografía de tórax con calcificaciones parahiliares bilaterales. Se programa laparoscopia diagnóstica e histeroscopia encontrando múltiples lesiones granulomatosas en cavidad abdomino-pélvica, salpinges ocluidas, así como síndrome de Asherman. **Conclusión:** existe una relación estrecha entre la Tb genital y la infertilidad. Se debe sospechar este tipo de etiología en países donde la Tb es endémica, como en México y considerar el abordaje laparoscópico como la principal técnica para la toma de biopsia y realización del diagnóstico definitivo.

CARTEL MAMPARA 14

Tuberculosis pélvica. Reporte de caso y revisión de bibliografía

SARA ELIA HERNÁNDEZ FLORES, ROBERTO CARLOS OJENDIZ NAVA, JORGE ROMÁN AUDIFRED SALOMÓN, DANNIELA NIEBLA CÁRDENAS
Hospital General Dr. Manuel Gea Gonzalez, Secretaría de Salud, México DF.

Paciente de 22 años, radicada en Distrito Federal, con antecedentes de hermana finada por problema respiratorio hace 2 años, con alcoholismo positivo ocasional, M: 12 años, IVSA: 15 años, 3 parejas sexuales, sanos, uso de preservativo, tres embarazos y tres partos, el último cuatro meses previos, FUM: desconoce, dispareunia (-), sinusorragia (-), ETS (-). Cuadro clínico de 4 meses de evolución, caracterizado por pérdida de 40 kg aproximadamente, astenia, adinamia, diarrea alternada con episodios de estreñimiento, dolor abdomino-pélvico difuso, intermitente, tos productiva con esputo blanquecino los 2 últimos meses que remite espontáneamente, con múltiples tratamientos previos para "colitis" sin mejora, presenta agudización de dolor abdominal por lo que acude a valoración. TA: 90/60 mmHg FC: 70x FR: 22x Temp: 36.2, mal estado general, pálida, deshidratada, caquética, orientada, con síndrome de derrame pleural, abdomen con hiperestesia, no hiperbaralgia, tumoración abdomino-pélvica mal definida, fija, genitales normales, tumoración pélvica, fija, firme, leucorrea amarillenta, útero fijo, parámetros sin alteraciones, extremidades normales. TAC: con hallazgos de colecciones pélvicas, abdominales. Laboratorios con leucocitosis, es sometida a LAPE, con hallazgos de abdomen congelado, engrosamiento de peritoneo parietal, adherencias fijas asa-asa-epioplón-peritoneo parietal-útero-anexos, 2 colecciones pélvicas con material caseoso, blanquecino, no fétido, se realiza histerectomía subtotal, ooforectomía derecha. Reporte histopatológico: de peritoneo, epioplón, útero, anexo, con datos sugestivos de tuberculosis pélvica, que se confirmó por cultivo. Se inició tratamiento con rifater y etambutol,

con mejoría notoria, a los 21 días es egresada. Actualmente en control por consulta externa por ginecología, infectología.

CARTEL MAMPARA 15

Enfermedad pélvica inflamatoria síndrome de Fitz Hugh Curtis

MARCO ANTONIO AGUIRRE RAMOS, ÁLVARO MARTÍN RAMOS ALVARADO, JOSÉ IGNACIO GARCÍA DE LA TORRE, SANJUANA ELIZABETH CAMPOS HINOJOSA
Hospital Universitario de Saltillo, Universidad Autónoma de Coahuila, Saltillo, Coahuila.

Paciente 29 años acude por infertilidad secundaria de 6 años de evolución.

Antecedente de cuadro infeccioso hace 4 meses con fiebre no cuantificada ni acompañada de otra sintomatología, cede espontáneamente tras 48 hrs y el uso de antipiréticos, ciclos regulares de 28x3, dispareunia ocasional desde hace 6 meses, con inicio de vida sexual 19 años, una pareja sexual, aplicación de DIU hace 9 años en posparto inmediato, retirado hace 6 años, no cervicovaginitis negadas, una gesta, un parto en 2004, a término, sano. Se realiza interrogatorio intencionado. Us vaginal encontrándose útero y ovarios dentro de parámetros normales, hidrosalpinx derecho. Papanicolaou normal. Espermiograma normal. Histerosalpingografía hidrosalpinx bilateral. Se somete a 3 inducciones de ovulación, sin lograr embarazo, se decide valoración por medio de histeroscopia e hidrolaparoscopia.

Histeroscopia: cervix y canal cervical normales, ambos ostium con estenosis severa, fondo uterino normal.

Hidrolaparoscopia: fosas ováricas con adherencias, ovarios cubiertos por adherencias, salpinge izquierda con hidrosalpinx severo, derecha con múltiples adherencias, fimbria izquierda apenas permeable, derecha no visualizable, ligamentos uterosacros normales, fondo de saco normal. Se observa síndrome adherencial más hidrosalpinx izquierdo severo, se decide laparoscopia operatoria más histeroscopia.

Durante la cirugía: datos compatibles con enfermedad pélvica inflamatoria, fondo de saco posterior y ligamentos uterosacros normales, útero con adherencias, se retiran, ambas salpinges con hidrosalpinx severo, se realiza salpingoneostomía, ambos ovarios con múltiples adherencias, encapsulados, se realiza liberación de los mismos, histeroscopia con ambos ostium aparentemente permeables, cavidad uterina normal, cervix y canal cervical normales, se aplica azul de metileno para corroborar permeabilidad tubaria, observándose solamente trompa izquierda permeable, se realiza nueva revisión de cavidad, encontrándose órganos abdominales dentro de características normales, se observan

múltiples adherencias periahepáticas compatibles con síndrome de Fitz Hugh Curtis.

Se integra diagnóstico de infertilidad secundaria a enfermedad pélvica inflamatoria síndrome de Fitz Hugh Curtis.

CARTEL MAMPARA 16

EPI y absceso hepático por *Actinomyces*. Reporte de un caso

J. LUZ ANTONIO DE LA CRUZ PUENTE, RICARDO ÁNGEL CANSECO FLORES, LORENA CANDELAS HUERTA, ANA LAURA JUÁREZ PALACIOS, LEONEL OLLINZAYI XOLALPA ALTAMIRANO
Hospital General de León, Secretaría de Salud, León, Guanajuato

Padecimiento actual: acude por tumor en hipocondrio derecho de 1 mes de evolución, secreción purulenta por cicatriz umbilical, pérdida de peso de 22 kg en dos meses y fiebre. TAC abdomen y pelvis. Presencia de gran lesión en la pared lateral derecha, en la unión toraco-abdominal, heterogénea de 11 x 13 cm, que infiltra de forma difusa el lóbulo hepático derecho. En región pélvica tumoración bilobulada que hace cuerpo con el útero y que sigue trayecto semifistuloso hacia la región umbilical. Colección retrouterina y parauterina izquierda de aprox. 4 x 6 cm, de aspecto quístico. Con el Diagnóstico de enfermedad Pélvica Inflamatoria grado IV + Absceso Hepático de etiología a determinar se realiza impregnación con ceftriaxona, Clindamicina y Metronidazol y se programa para laparotomía exploradora.

Hallazgos transquirúrgicos: absceso de pared de 20 cc de material purulento franco, con comunicación a cavidad abdominal a nivel de segmento 7 hepático, donde se observa, cavidad de 5 cm de diámetro, conducto de uraco permeable infiltrado, fibroso con material purulento en su interior. Se encuentra hueco pélvico sellado por epiplón, útero de 7x5cm, adherido en su pared posterior a recto, el cual se encuentra friable, se observan ambas salpinges edematosas y aumentadas de tamaño, con secreción purulenta, ambos ovarios abscedados, de 5cm, se realiza histerectomía subtotal con salpingooforectomía bilateral. Evolución: Paciente con evolución posquirúrgica satisfactoria, Diagnóstico anatomopatológico: ooforitis abscedada bilateral asociada a microorganismos bacterianos *Actinomyces* sp

CARTEL MAMPARA 17

Piometra con perforación espontánea, reporte de un caso

ISMAEL MADRIGAL GARCÍA, SERGIO ARMANDO VARELA ORTÍZ, ALEJANDRO ACEVEDO GUZMÁN, SARITA ARLEM VILLA ZERTUCHE
Hospital Regional Salamanca, PEMEX, Salamanca, Gto.

Antecedentes: piometra es la acumulación de material purulento en cavidad uterina. Asociado a malignidad u otra patología benigna como leiomiomas, pólipos o enfermedades infecciosas. Una complicación frecuente es la perforación espontánea, el cuadro característico es una mujer postmenopáusica con signos y síntomas de abdomen agudo que requiere atención inmediata y frecuentemente es confundido con patología gastrointestinal. Es un padecimiento raro, solo se han reportado 25 casos en la bibliografía inglesa.

Reporte de caso: paciente de 76 años de edad ingresa por 3 días de evolución con fiebre, dolor abdominal difuso, evacuaciones diarreicas y disminución de peso. Antecedentes de importancia: cinco embarazos y cinco partos, una cesárea, diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial de 30 años de evolución. A la exploración peristalsis presente, dolor leve a moderada intensidad a la palpación media y profunda en marco colonico, sin presencia de visceromegalias. Análisis Clínicos: leucocitosis con neutrofilia y anemia, glucosa 345 gr/dl. Ultrasonido: imagen compatible con plastrón periapendicular. Se realiza laparotomía Exploradora de urgencia por probable apendicitis complicada, encontrando útero de 8x5cm con dos perforaciones a nivel istmo cervical anterior y posterior con drenaje abundante de material purulento, ambos anexos con abscesos que ocupan la totalidad de ambos ligamentos anchos y fosas ováricas, anexos edematizados hasta pared pélvica y fondo de saco anterior y posterior, se realiza histerectomía total y salpingooforectomía, Reporte de patología: piometra con perforaciones anterior y posterior, endocervicitis crónica inespecífica, pólipo endometrial sin atipia, endometrio atrófico con endometritis aguda, aterosclerosis de möckenberg, ovario y salpinges normales. Se maneja con antibiótico y buena respuesta a tratamiento.

Conclusión: la perforación espontánea de Piometra es de difícil diagnóstico. Se manifiesta con una triada clásica que es secreción purulenta por vagina, dolor abdominal y fiebre, generalmente en mujeres postmenopáusicas el tratamiento se basa en histerectomía total y salpingooforectomía bilateral.

CARTEL MAMPARA 18

Perforación uterina espontánea secundaria a piometra en paciente con cáncer cervicouterino

SARA ELIA HERNÁNDEZ FLORES, LUZ MARÍA URIBE KOCH, JORGE ROMÁN AUDIFRED SALOMÓN, EDUARDO GARCÍA MUÑOZ

Hospital General Dr. Manuel Gea Gonzalez, Secretaría de Salud, México DF.

La ruptura espontánea del piometra en cáncer cervicouterino que se presenta como una perito-

nititis generalizada es extremadamente rara. Con respecto al sitio más frecuente de perforación espontánea, la bibliografía coincide que es el fondo uterino. Se presenta el caso de una mujer de 81 años de edad. Gesta 20, partos 9, abortos 11, menopausia a los 50 años. Sin detección oportuna de cáncer. Con cuadro clínico de 2 meses de evolución, presentando dolor en hipogastrio de tipo punzante, intermitente, intensidad 3/10 sin irradiaciones, exacerbado desde hace un mes, acompañado de sangrado leve a moderado. A la exploración física con datos de abdomen agudo, al tacto vaginal cérvix fijo, irregular, pétreo sin pérdidas transvaginales, al tacto rectal con invasión del tabique recto-vaginal y paramétricos. Con hallazgos entomografía de abdomen se observa presencia de aire libre en cavidad abdominal y uterina, con presencia de tumoración en hueco pélvico que invade paramétricos, valorada e ingresada por servicio de cirugía general por probable perforación intestinal, se realiza laparotomía exploradora encontrando 400 cc de material purulento, sin presencia de lesión intestinal, encontrando dos perforaciones en fondo uterino de 0.5 cm y 1 cm, con útero de 5x3x2 cm, fijo, por lo que se realiza histerectomía total abdominal con técnica extrafacial. El estudio histopatológico reportó carcinoma epidermoidequeratinizante moderadamente diferenciado, carcinoma invasor, con invasión linfática, endometritis ulcerada y abscedada, miometritis abscedada y perforada en fondo uterino, peritonitis fibrinopurulenta y salpinges sin alteraciones histológicas. En el postoperatorio la paciente desarrolla insuficiencia cardíaca congestiva y delirium los cuales remitieron, siendo egresada 14 días posteriores a su ingreso, para continuar tratamiento en centro oncológico.

CARTEL MAMPARA 19

Endometrioma en episiotomía, reporte de caso

LILIA CANO HINOJOSA, EMILIO MODESTO TREVIÑO SALINAS, JUAN ANTONIO SORIA LÓPEZ, VICTORIA MARGARITA CEDEÑO MORALES, MARTHA MARIELA SIFUENTES LOERA

Hospital Universitario Dr. Jose Eleuterio González, Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, NL

La endometriosis es la presencia de tejido endometrial fuera de la cavidad uterina. El endometrioma se define como masa que contiene tejido endometrial y sangre. La presencia de tejido endometrial en cicatrices es en extremo rara su incidencia aproximada de 8 a 15 % en mujeres en edad reproductiva. Teorías de histogénesis: Metaplasia celómica, metástasis linfática y vascular, implantación

endometrial, trasplante mecánico de endometrio, enfermedad inmunitaria.

En relación con el endometrioma en región perineal o vulvar la teoría más aceptada es el trasplante mecánico, el arrastre de células endometriales al sitio de la episiotomía, su crecimiento es lento y progresivo durante varios meses, posterior a la cesárea o episiotomía, esto se debe a las microhemorragias que se presentan durante el ciclo menstrual.

Caso clínico: paciente de 27 años gesta 1 parto 1 hace 4 años quien inició padecimiento hace 3 años con dolor en región labio mayor derecho, con tumoración dolorosa acudió con particular quien realizó resección quirúrgica, 2 meses posterior presenta nuevamente la presencia de la masa asociando el crecimiento y dolor durante el periodo menstrual. Hace 5 meses acudió con particular nuevamente quien resecó la tumoración recidivante, la paciente persiste con la síntomas por lo que acude a Hospital Universitario en donde se valora, encontrando tumoración de 5 cm lateral al labio mayor derecho renitente dolorosa a la palpación se diagnosticó endometrioma y se realizó cirugía, encontrando tumor fibroso de 6 cm el cual se extrae, se envía pieza a patología reportando endometrioma. El tratamiento de elección es la escisión amplia del tejido que afecta el área con tejido sano alrededor de 5 mm de margen libre a la periferia del tejido resecado. La recurrencia es de 0 a 15% en el primer año.

CARTEL MAMPARA 20

Himen imperforado: causa de dolor abdominal y endometriosis en una paciente adolescente

GRACIELA NOREN MADRIGAL, PEGGY MOLINA VARGAS, PAULETT BAYONA SORIANO, ANA PAULA VÁZQUEZ ALVARADO, KIYOSHI ARTURO MACOTELA NAKAGAKI

Centro Médico ABC Santa Fe, México DF.

El himen Imperforado (HI) es una alteración congénita rara en la cual la membrana himeneal obstruye por completo el orificio vaginal. Resultando en un hematocolpos y en una causa común de dolor abdominal en adolescentes. Se ha reportado una incidencia de 0.014% hasta 0.024% en niños y con una incidencia de 1 en 200 en pacientes ginecológicos. Se ha observado una relación familiar. Se han reportado raras complicaciones como adenosis vaginal y endometriosis. En la mayoría de los casos el diagnóstico se realiza de forma incidental durante la exploración física. En pacientes adolescentes se puede realizar durante la evaluación diagnóstica de amenorrea primaria. Las manifestaciones clínicas más comunes son un abultamiento violáceo en la vulva, dolor abdomi-

nal cíclico, masa pélvica y amenorrea primaria.

Caso clínico: paciente de 15 años de edad con diagnóstico de amenorrea primaria sin antecedentes de importancia, que inicia su padecimiento actual hace 1 año al presentar dolor y distensión abdominal por lo que acude al servicio de cirugía general, iniciando tratamiento médico sin mejoría clínica, exacerbándose el cuadro clínico en los últimos meses por lo que se realiza tomografía axial computarizada (TAC), la cual reporta: formación quística que oblitera el estrecho pélvico de 90 x 88mm con pared gruesa uniforme, que genera efecto de volumen rechazando las estructuras vecinas. Imagen que podría corresponder al útero con cambios de hidro/hematometra. Ambos ovarios con formaciones quísticas. Motivo por el cual es sometida a cirugía laparoscópica. Durante la intervención quirúrgica se solicita interconsulta a servicio de Ginecología/Obstetricia. Se observa cavidad pélvica con útero aumentado de tamaño, ambos ovarios de aspecto normal, implantes endometriósicos en fondo de saco posterior, ambas fosas ováricas, y repliegue vesicouterino. Se valora cavidad vaginal visualizando abultamiento del himen de aspecto violáceo. Se realiza himenectomía obteniendo 700mL de material achocolatado. Es sometida a tratamiento médico a base de análogos de GnRH para endometriosis.

CARTEL MAMPARA 21

Hipertrofia de labios menores de vulva. Revisión bibliográfica y comunicación de tres casos

REYNA ANDREINA GARCÍA LEZAMA, MARCELO LUNA RIVERA, MARTHA MARIELA SIFUENTES LOERA, SARA PEÑA LIZOLA
Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, NL.

Antecedentes: la hipertrofia o la asimetría marcada de los labios menores ocurre cuando la distancia desde la base del labio hasta el borde es superior a 4-5cm; puede presentarse sin ningún problema subyacente, ya que se considera una variante anatómica normal. Su etiología es desconocida, pero se han señalado como factores de riesgo la enfermedad mielodisplásica y la predisposición racial a la hipertrofia de la piel. **Objetivo:** presentar los casos de hipertrofia de labios menores diagnosticados y tratados en nuestra Institución.

Material y método: se realizó una revisión de las pacientes atendidas en la consulta de Urología ginecológica durante el período de Julio 2010 a Julio 2013, que fueron un total de 1,152, encontrándose 3 pacientes con dicho diagnóstico (0.26%), con edades entre los 14 y 21 años. Una

de ellas con antecedente de leucemia linfoblástica aguda de células B, actualmente en remisión.

Resultados: a todas las pacientes se les realizó plastia de labios menores con técnica de Alter modificada, acudiendo a consultas posteriores de seguimiento donde se documentaron los óptimos resultados del procedimiento. **Conclusiones:** la hipertrofia de labios menores, de incidencia desconocida, puede atribuirse a varios factores, la mayoría de las veces congénitos. Existen también algunas causas adquiridas como irritación mecánica, linfedema vulvar o mielodisplasia. Aunque en algunos casos la demanda de reducción es por causas funcionales, en la mayoría de los casos subyace un problema estético-psicológico. La técnica más común de reducción consiste en la simple resección del borde distal, ya sea con bisturí frío o electrocauterio, resultando en un borde labial cicatricial.

CARTEL MAMPARA 22

Útero didelfo con hemivagina obstruida (tabique vaginal longitudinal)

JOSÉ MANUEL GARCÍA RÍOS, SILVIA ORTEGA BARRIOS, GILBERTO J. SOLANO APARICIO
Hospital General de Acapulco, Secretaría de Salud, Acapulco, Gro.

Objetivo: consideración del útero didelfo como causa de dolor abdominal.

Material y método: revisión de femenino de 12 años de edad con dolor abdominal intenso, con antecedente de dismenorrea. Discusión: se confirma la existencia de útero didelfo con hemivagina obstruida y hematoocolpo con buena evolución tras el drenaje quirúrgico.

Conclusiones: el útero didelfo con hemivagina obstruida (tabique vaginal longitudinal) es una malformación de la fusión incompleta de los conductos müllerianos con prevalencia del 11% de las malformaciones de dichos conductos, además se asocia con el 75% de acompañarse de tabique vaginal longitudinal. Con una presentación clínica caracterizada por dolor abdominal y dismenorrea en pacientes adolescentes. Aun con la baja prevalencia de esta entidad se debe descartar en toda paciente la existencia de anomalías congénitas uterinas tal como útero didelfo. Los síntomas se iniciaron en la menarquia con la presencia de dismenorrea por la distensión por sangre de la hemivagina y presencia de metrorragia.

También puede existir flujo menstrual retrógrado que puede generar focos endometriósicos extrauterinos.

El útero didelfo con hemivagina obstruida (tabique vaginal longitudinal) es una malformación de la fusión incompleta de los conductos müllerianos poco frecuente, asociada a hematoocolpo y hematometra con flujo menstrual

retrógrado que lleva a sangrado en cavidad abdominal con focos endometriósicos, además existe el antecedente de traumatismo previo en región abdomino-pélvica por lo cual se retrasa el tiempo del diagnóstico y tratamiento, así mismo es frecuente pensar en otras patologías de síndrome doloroso abdominal, las cuales fueron descartadas en este caso, mediante métodos quirúrgicos y de imagen concluyendo en una malformación congénita uterina. El diagnóstico se realizó por descarte utilizando estudios de imagen y visualización directa de la región vaginal observando septum vaginal en tercio medio con hemato-colpos derecho el cual fue drenado obteniendo sangrado residual café oscuro no coagulable, presentando mejoría clínica inmediata. Ya que esta entidad se relaciona con alteraciones renales tales como agenesia renal ipsilateral, se realizaron TAC de abdomen superior e inferior que demuestran ambos riñones de bordes regulares con parénquima homogéneo con relación cortico-medular conservada, ambas arterias renales sin evidencia de trombosis ni estenosis por lo que se descarta el síndrome de Herlyn-Werner-Wunderlich. Aun con la baja prevalencia de esta entidad se debe descartar en toda paciente adolescente con dolor abdominal agudo y antecedente de dismenorrea la existencia de anomalías congénitas uterinas tal como útero didelfo.

CARTEL MAMPARA 23

Útero con cavidad uterina única y doble cérvix con tabique vaginal: Un caso de alteración mülleriana no clasificable

SERGIO TELLEZ VELASCO, LUIS MIGUEL CAMPOS OLMEDO
Clínica de Reproducción Asistida, HISPAREP del Hospital Español, Ciudad de México.

El desarrollo de los conductos paramesonéfricos (Müller) inicia por la invaginación del epitelio celómico que progresa hasta alcanzar los conductos de Wolf, posteriormente se elongan por proliferación celular a lo largo de los conductos de Wolf hasta alcanzar y fusionarse con el seno urogenital. Dado que la fusión inicia en la línea media y se extiende caudal y cefálicamente, los resultados anormales pueden existir en cualquier extremo. La American Fertility Society realizó la clasificación actual de dichas alteraciones. Existen algunas alteraciones que caen fuera de la clasificación actual.

Caso Clínico: se presenta el caso de una paciente de 40 años con infertilidad primaria de 3 años, a quien se le diagnosticó previamente tabique vaginal, con hallazgo sonográfico de hidrosálpinx izquierdo y miomatosis uterina. En Marzo de 2013 se realizó laparoscopia diag-

nóstica corroborando el hidrosálpinx, síndrome adherencial severo, miomatosis intramural. El útero se encontró de aspecto normal discretamente globoso. Se realizó histeroscopia tabique vaginal parcial con extensión hasta la unión del tercio superior con los dos tercios superiores, dos cérvix, y una cavidad única grande. **Discusión:** esta rara alteración descrita queda fuera de la comprensión actual de las alteraciones müllerianas, por lo tanto es primordial contemplar que existen alteraciones que no son clasificables con el sistema convencional.

CARTEL MAMPARA 24

Hernia uterina en paciente infértil: reporte de un caso

MIGUEL ÁNGEL BERNAL DAVISH, MARÍA NATIVIDAD GUZMÁN TAPIA, ÁNGEL LUIS UTRERA GARCÍA, YESENIA SAHARAI GODOZ VELÁSQUEZ, GUILLERMO CONTRERAS ALARCÓN

Facultad de Medicina Xalapa, Universidad Veracruzana, Xalapa, Veracruz.

En el estudio de la pareja infértil es por factores y en el uterino hay varias alternativas, cronológicamente son la histerosalpingografía (HSG), Histerosalpingosonografía (HSSG) e Histeroscopia, para fines prácticos los estudios tienen sensibilidad y especificidad semejante para la evaluación del canal cervical, endoútero y permeabilidad tubaría, la diferencia mas relevante es en la Histeroscopia ya que durante el procedimiento de ser necesario, se convierte de diagnóstica a terapéutica. Paciente de 34 años, AGO. Menarca 15 años, ritmo 25-28/5 eumenorreica, IVSA 21 años, un embarazo, y una cesárea hace 8 años, MPF hormonal inyectable mensual con falla del método, posteriormente hormonal oral etinilestradiol 0.030 mg y drospirenona 3 mg, suspende hace dos años para la búsqueda de embarazo, frecuencia coital tres por semana. Factor masculino normal. PEEA: inicia al no lograr embarazo con búsqueda intencional en dos años, acude con especialista quien indica HSG con resultado de septo longitudinal en el cuerpo uterino y se le ofrece tratamiento con resectoscopia, en una segunda opinión le realizan HSSG con hallazgos de irregularidad en la porción baja y anterior del canal endocervical en relación a antecedente quirúrgico (cesárea) en ambos estudios Cotte positivo, indicándole tratamiento con menotropinas y coito programado, el cual no inicia y acude a una tercera opinión, se le realiza colposcopia satisfactoria, cérvix con puntos de endometriosis y USG con útero en AVF y cicatriz de la cesárea previa hasta la cavidad uterina y ovarios multiquísticos.

Discusión: la incertidumbre y el deseo de embarazo en esta pareja los condiciona a una tercera consulta, fue factible reinterrogarlos y analizar

los estudios previos: en la HSG el área "herniada" de la pared anterior del útero en región ístmica tiene una imagen aberrante que da la apariencia de un tabique longitudinal, posiblemente al no ingresar el medio de contraste y se trate de aire, en la HSSG se apreciar perfectamente la "hernia" localizada en la incisión de la cesárea previa, abarcando el espesor del miometrio, sostenido por una capa delgada de tejido, esta zona esta revestida por posible epitelio endometrial. **Conclusión:** en este caso en la tercera consulta se le logro una diagnóstico mas fidedigno de las condiciones en que se encuentra la cavidad uterina y es factible ofrecerle una terapia mas acorde a su infertilidad.

CARTEL MAMPARA 25

Agnesia vaginal y cervical

MARIA ISABEL ZAVALA ORTEGA, JUAN CARLOS HINOJOSA CRUZ, OLIVIA MARÍN ROMERO, VÍCTOR SAÚL VITAL REYES, JAVIER N. OCÓN TAMAYO
Instituto Mexicano del Seguro Social, Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de Gineco obstetricia 3, Dr. Espinoza de los Reyes Sánchez, Centro Médico Nacional La Raza, Instituto Mexicano del Seguro Social, México DF.

Paciente de 22 años de edad quien presentó dolor pélvico crónico cíclico desde los 12 años, en quien se detectó por laparoscopia en el 2011, endometriosis severa así como ausencia de cérvix y vagina, recibió tratamiento con análogos de GnRH. **Antecedentes heredo-familiares:** negados.

Antecedente personales patológicos: laparoscopia en febrero de 2011 como parte del protocolo de amenorrea primaria, con diagnóstico de agnesia congénita de cérvix y agnesia vaginal, endometriosis severa.

Antecedentes gineco-bstétricos: pubarquia a los 12 años, telaquia a los 11 años, sin menarquia ni FUM ni ejercicio de la sexualidad. Exploración física con características sexuales congruentes con edad y sexo (Tanner IV). Genitales externos, clitoris y meato uretral sin alteraciones. Se encontró canal vaginal de aproximadamente menor a 1 cm que termina en fondo de saco ciego. Estudios de laboratorio y gabinete. USG pélvico. Útero en avf bordes discretamente irregulares con miometrio heterogéneo. No se visualiza cérvix ni canal vaginal, endometrio de 3 mm central, ovario derecho de 33x27x22 y ovario izquierdo de 28x25x22 mm fondo de saco libre. TAC de pelvis con reporte de anexos normales, sin delimitarse la parte baja del cérvix. Perfil hormonal FSH 3.59 UI LH 3.75 UI E2 48.3pg Perfil Tiroideo normal PRL 31.8 ng Genética no candidata a estudio citogenético, con estructuras normales en genitales internos. Sin dismorfias.

Cirugía: neovagina y fistula endometrio vaginal por agnesia cervico-vaginal realizada en febrero de 2013 en dos tiempos; Laparoscopia con conversión a Laparotomía, así como neovagina con empleo de molde de silicón con diámetro de 5 cm recubierto con celulosa oxidada (5.1x35.6cm) y formación de fistula endometrio vaginal. Hallazgos postquirúrgicos: cuerpo uterino en avf de 6x5cm con adherencias de epiplón a cara anterior de útero, salpinges y ovarios de características macroscópicamente normales con presencia de focos endometriósicos en grano de pólvora en serosa de salpinge, ausencia congénita de cérvix. Genitales externos Tanner V. Con presencia de rafe que termina en fondo de saco de aproximadamente menor a 1 cm, agnesia vaginal.

CARTEL MAMPARA 26

Técnicas quirúrgicas y no quirúrgicas de neovagina y sus complicaciones: modificación al método de Frank

OCTAVIO ALEJANDRO HERNÁNDEZ MONGE, MATHA ISABEL MENDEZ BAUTISTA, ABIGAIL VIVEROS GALLARDO, RUTH PACHECO PINEDA
Hospital General Dr. Manuel Gea Gonzalez, Secretaría de Salud, México DF.

Se han descrito muchas técnicas quirúrgicas y otras no quirúrgicas para el tratamiento de la agnesia vaginal en el síndrome de Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser.

Procedimientos: neovagina con injerto de membranas amnióticas, Neovagina con injerto de espesor parcial de piel, Neovagina por pulsión, método de Frank, 1937, neovagina con colgajos muslo pudiendo fasciocutáneos y colgajo miocutáneo del Gracilis, vaginoplastia por tracción con balón, asistida por laparoscopia en la aplasia vaginal, neovagina con intestino, operación de Vecchietti asistida por laparoscopia, neovagina con abordaje abdominal y perineal simultáneos.

Utilizamos conformadores de unicele de diferentes longitudes y diámetros en forma continua, sostenidos por una faja o pantaletas de lycra.

Complicaciones: necrosis de los colgajos, sinequias, estenosis vaginales, descenso de los colgajos, hematómetra crónica, endometriosis, infección del lecho quirúrgico, dolor pélvico crónico, dispareunia profunda y de penetración, prolapso, proceso plástico adherencial en la pelvis, obstrucción intestinal, estenosis intestinal, vagina no funcional, colitis ulcerosa, poliposis, adenocarcinoma de sigmoides, descargas mucoides desagradables, carcinoma de vagina, cicatriz queloides en sitios donadores, hematomas, estéticamente los sitios donadores dejan cicatrices permanentes, etc.

CARTEL MAMPARA 27**Frecuencia de malformaciones müllerianas. Polémica en cuanto a clasificación**

MARÍA ESTHER ORTEGA SANTOS, EDGARDO BUSTILLOS ALAMILLA, JORGE ZEPEDA ZARAGOZA, CARLOS RAMÍREZ ISARRARAZ

Hospital Central Norte de Petróleos Mexicanos, Azcapotzalco, México DF.

Objetivo: determinar la frecuencia de los diferentes tipos de malformaciones Müllerianas en nuestro hospital.

Método: se realizó un estudio observacional, descriptivo, con diseño retrospectivo, en base a la revisión sistemática del expediente clínico electrónico por motivo de consulta clasificado como malformaciones genitales en un periodo comprendido del enero de 2002 a diciembre de 2012.

Resultados: de 40 pacientes que arrojó el expediente electrónico con diagnóstico de malformación genital, se identificaron 13 pacientes con diagnóstico establecido de alguna malformación mülleriana o de seno urogenital. Se dividieron por grupo de edad I: 12-14 años, II: 15-19, III: 20-30, IV: 31-40, El grupo de edad que aportó mayor número de pacientes fue el II y IV con 30% respectivamente, seguido en un 23% por el grupo III, y solo un 15% para el grupo I. Con una media de 24 años. La frecuencia fue 38% utero bicornue, 15% utero septado, 15% himen imperforado y otras menos comunes con un caso para cada una que corresponde al 7.6% siendo utero didelfo con cuello uterino doble (V0,C1,U1C,A0,M0), agenesia uterina y de 1/3 superior de vagina (clase I), utero didelfo con tabique vaginal (clase III / V2a,C0,U1c,A0,M0) y malformación compleja (utero didelfo, agenesia renal derecha, tabique vaginal / V2a,C0,U1c,A0,Mr).

Conclusiones: según la clasificación de la (ASRM) la frecuencia de malformaciones müllerianas fue 38% utero bicornue, 15% utero septado, 15% himen imperforado, se observó disyuntiva en cuanto a la clasificación de anomalías complejas por la ineficacia de los 3 sistemas de clasificación actuales. Evidentemente una clasificación clara y precisa es requisito indispensable para el tratamiento, más aun en pacientes con problemas de infertilidad en donde es imprescindible el factor pronóstico.

CARTEL MAMPARA 28**Teratoma mixto en una adolescente. Reporte de un caso en el Hospital Regional de PEMEX Salamanca**

ROMÁN MURGUIONDO FONSECA, MARTHA GABRIELA SERRANO RAMOS, ISMAEL MADRIGAL GARCÍA, ALEJANDRO ACEVEDO GUZMÁN

Hospital Regional de PEMEX, Salamanca, Gto.

Objetivo: conocer el caso de una paciente la cual cursó con una tumoración de ovario, la cual se reportó como teratoma de células mixtas dentro del Hospital Regional de Pemex Salamanca. Así como hacer una revisión de la bibliografía.

Material y método: paciente de 13 años de edad que acudió al servicio de Urgencias por dolor abdominal, antecedente de distensión abdominal, tumoración abdominal de rápido crecimiento y pérdida de peso no cuantificado. A su exploración se encuentra tumoración pélvica al parecer dependiente de ovario izquierdo, indurada, de 22 x 15 cm. Se decide su hospitalización. Se toman laboratorios de control así como marcadores tumorales los cuales reportan alfafetoproteína 60.99 ng/mL, DHL 651, HGC fracción beta < 1.20. Se realiza ultrasonografía, reportando imagen tumoral pélvica, probablemente dependiente de anexo izquierdo de 24.9 x 16.2 x 12.1 cm en sus diámetros craneocaudal, transversal y anteroposterior, heterogéneo de componente sólido, con áreas hipoecoicas en su interior en relación a necrosis tumoral, TAC encontrando líquido libre en toda la cavidad y tumoración de gran tamaño aproximadamente de 25x16x12cm siendo una imagen heterogénea quística, corrobora con datos de ultrasonido. Se interconsulta con servicio de Oncología, se decide realizar LAPE con rutina de ovario, encontrando ovario izquierdo. Producto de ooforectomía izquierda de 26 x 13 x 7.5 cm, ovoide, lobulado, café claro con zonas hemorrágicas, al corte de consistencia blanda con múltiples quistes, de contenido líquido claro y otros de contenido hemorrágico. Resultados. Se envía muestra a patología en donde se reporta apéndice normal. tumor de células germinales, a descartar teratoma inmaduro grado 3/3 vs. disgerminoma, epíplon sin alteraciones histológicas.

Conclusiones: los tumores malignos de células germinales representan menos del 3 % de todos los tumores malignos del ovario, con elevada malignidad y crecimiento rápido. El tratamiento quirúrgico en dichos tumores debería centrarse en preservar tejido ovárico normal, estadificar en forma precisa y en la reducción efectiva del tumor. Debido a su alta radiosensibilidad, la radioterapia es el tratamiento de elección, con una supervivencia global a 5 años de 75 a 90 %. La laparotomía de re-evaluación o "secondlook", es materia de constante debate. Su utilidad para evaluar la efectividad de la quimioterapia es cuestionada al existir actualmente marcadores tumorales capaces de predecir recurrencias o persistencias.

CARTEL MAMPARA 29**Síndrome de Swyer: reporte de caso y revisión de la bibliografía**

AYDA JOSEFINA MARTÍNEZ HERNÁNDEZ, SANDRA GABRIELA MEDINA ESCOBEDO, DULCE MARGARITA GUTIÉRREZ ESPINOSA, PAOLA GUADALUPE MÉNDEZ CALVILLO, ENRIQUE GARCÍA CORONADO

Hospital Regional de Alta Especialidad Ciudad Victoria, Secretaría de Salud Federal, Ciudad Victoria, Tamaulipas

El síndrome de Swyer es una disgenesia gonadal pura, con cariotipo 46XY, fenotipo femenino normal, y ausencia completa de tejido gonadal funcional, representado por cintillas gonadales rudimentarias, bilaterales, no funcionantes, de tejido fibroso, en presencia de genitales internos femeninos normales. La forma de presentación clínica más frecuente es amenorrea primaria. En un 20% existe mutación o delección del gen SRY. En el 80%, el SRY es aparentemente normal. El riesgo de neoplasia gonadal es alto; está indicado practicar gonadectomía profiláctica preferentemente por laparoscopia. CASO: Femenina de 19 años producto de segunda gesta de matrimonio no consanguíneo, amenorrea primaria, fenotipo femenino, pubarquia 12 años, telarquia 15 años, peso 66 kg, talla 1.75 m, mamas Tanner II, vello púbico Tanner III escaso en cantidad y grosor distribución ginecoide. Clítoris 1 x 1 cm, labios menores hipoplásicos, Himen íntegro, Brazada 1.65 m. Concentraciones de gonadotropinas y cariotipo XY revelan diagnóstico de síndrome de Swyer. Se realiza Laparoscopia resecando cintillas gonadales, estudio anatómopatológico disgerminoma. Se da seguimiento por oncología sin ameritar radioterapia o quimioterapia, se da terapia hormonal sustitutiva logrando desarrollo de caracteres sexuales secundarios y aumento de tamaño uterino. Discusión: El diagnóstico se realiza por hallazgos clínicos, junto con el análisis citogenético, las concentraciones hormonales, y una exploración quirúrgica. El tratamiento debe incluir la extirpación de tejido gonadal ya que hay un alto riesgo de malignización y complementar con quimioterapia y/o radioterapia según la extensión de la enfermedad. La asociación más frecuente son los disgerminomas, gonadoblastomas, teratocarcinomas y tumor de seno endodérmico.

Conclusión: debe sospecharse en adolescentes con amenorrea primaria ya que con un diagnóstico oportuno el riesgo de malignidad es bajo y los resultados psicológico y clínicos son buenos.

CARTEL MAMPARA 30**Presentación de un caso: síndrome de Peirault y revisión de la bibliografía**

JOSÉ DAVID RAMOS GONZÁLEZ, EDGARDO BUSTILLOS ALAMILLA, JORGE ZEPEDA ZARAGOZA, MARÍA CRISTINA JUÁREZ CABRERA, ROCÍO VILLAFUERTE DE LA CRUZ

Hospital Central Norte de Petróleos Mexicanos, Azcapotzalco, México DF.

El síndrome de Perrault (SP) se caracteriza por disgenesia ovárica e hipoacusia neurosensorial, de herencia autosómica recesiva, con reportes previos de entre 21 y 31 casos. Las pacientes con SP presentan hipogonadismo hipergonadotrófico, hipoacusia neurosensorial, amenorrea primaria, estrías gonadales e infertilidad. Otras muchas manifestaciones han sido identificadas. Los varones presentan hipoacusia neurosensorial y desarrollo puberal normal.

Caso clínico: paciente de 17 años de edad, núbil, vista por primera vez en el servicio de Ginecología en abril del 2012, enviada con diagnóstico de amenorrea para iniciar protocolo de estudio. Diagnósticos previos de Hipoacusia neurosensorial bilateral y epilepsia. A la exploración física, con edad aparente menor a la cronológica, con hipoacusia, sin desarrollo de caracteres sexuales secundarios, tanner 1, no se palpan botón mamario, genitales externos infantiles, con presencia de labios mayores, ausencia de clitoris, no se palpan cuerpo cavernoso, vagina aparentemente normal. Extremidades superiores con cubitus valgo bilateral, hipotrofia distal, mano izquierda con pliegue transversal, fuerza 4/5, hiperreflexia, extremidades inferiores con hipotrofia distal, pie cavo, fuerza proximal 3/5, resto 4/5. Paraclínicos. Ultrasonido con útero y ovarios con disminución de tamaño. Perfil hormonal ginecológico con datos de hipogonadismo hipergonadotrófico. Cariotipo 46XX. Resonancia magnética de encéfalo reportó atrofia de corteza cerebral. Se realiza laparoscopia diagnóstica con hallazgo de útero y salpinges normales, con presencia de aparente cintilla ovárica bilateral, confirmada por reporte de patología con hipoplasia de ovario. En consultas subsecuentes presenta síntomas vasomotora con bochornos, hiperhidrosis, alteración en el estado de ánimo, con cambios emocionales repentinos por lo que se decide iniciar terapia de remplazo hormonal. Evolucionando favorablemente postquirúrgicamente, así como a terapia de remplazo hormonal, con disminución de síntomas vasomotora.

Conclusiones: se propone una clasificación clínica de SP: tipo I sin compromiso neurológico, y tipo II con enfermedad neurológica. Con base en lo hallazgos clínicos nuestro caso se trata de un SP tipo II.

CARTEL MAMPARA 31

Síndrome de insensibilidad a los andrógenos: reporte de un caso y revisión de la bibliografía

ATZIRI RAMÍREZ NEGRÍN, ROGELIO CASTILLO LUNA, TOMÁS HERRERÍAS CANEDO, ARMANDO CEPEDA SILVA, VIANEY RÍOS CRUZ

Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, Secretaría de Salud, México DF.

En los desórdenes del desarrollo sexual (DSD) ocurre un desarrollo atípico del sexo a nivel cromosómico, gonadal o anatómico. La causa más común de DSD 46,XY es la mutación del gen del receptor de andrógenos, que impide la acción androgénica y origina el Síndrome de Insensibilidad a andrógenos (SIA), su transmisión en el 70% es ligada al cromosoma X y el 30% son de novo se presenta principalmente en pacientes con fenotipo femenino con amenorrea primara. El objetivo de este trabajo es presentar el caso clínico de una paciente por amenorrea primaria y a quien se le diagnosticó Síndrome de Insensibilidad a los andrógenos. La paciente se presentó a consulta externa a los 16 años con amenorrea primaria, los datos clínicos principales son glándulas mamarias Tanner III, vello púbico Tanner III, introito vaginal permeable 6 cm, clitoris 1 cm. Niveles hormonales: Hormona luteinizante 32 mU/mL, Hormona folículo estimulante 93.6 mU/mL, Androstenediona 1.59 ng/mL, Progesterona 0.2 mg/mL, Estradiol <20 pg/mL, Testosterona 17 α -Hidroxiprogesterona 0.72 ng/mL, Testosterona 1.69 nm/mL, se diagnosticó hipogonadismo hipogonadotrópico y se inició terapia hormonal sustitutiva, la ecografía pélvica reportó ausencia de útero e imágenes en canal inguinal en relación a estructuras gonadales, cariotipo 46,XY; a los 18 años presentó hernia inguinal por lo que se realizó plastia inguinal bilateral, con reporte de patología: testículos atróficos sin células espermáticas, realizándose el diagnóstico de SIA. En las valoraciones por psicología la paciente expresó tener la fantasía de reversibilidad de su padecimiento y expectativas reproductivas. El diagnóstico de SIA se basa en la historia familiar, hallazgos clínicos, evaluación endócrina y requieren remoción gonadal por el riesgo de malignidad (5-10%), en el tratamiento de estos pacientes es importante realizar un abordaje multidisciplinario, informar que su desarrollo fue incompleto antes o después del nacimiento y terapia hormonal sustitutiva.

CARTEL MAMPARA 32

Infección por virus del papiloma humano en el hombre: factores de riesgo y estrategias de prevención

DRUSSO VERA GASPARG, ROSA CARMEN MÉNDEZ CAMARENA, JOSÉ ALBERTO BRIME ALFONSO

Centro de Docencia e Investigación en Patología del Tracto Genital y Colposcopia SC, México DF.

Objetivos: 1) Conocer la patología más frecuente en los varones que asisten al Centro de Docencia e Investigación en Patología del tracto genital y colposcopia.

2) Identificar los factores de riesgo relacionados con las diferentes patologías. Material y método: El presente trabajo es un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal. Se realizó una revisión de expedientes de hombres que acudieron al Centro de Docencia e Investigación Médica del mes de octubre de 2010 a octubre de 2011. El total de la muestra fue de 73 varones.

Resultados: edad de inicio de vida sexual. Menos de 17 años: 24 pacientes (32.9%). De 17 a 18 años: 16 pacientes (21.9%). De 19 a 21 años: 16 pacientes (21.9%). Más de 21 años: 8 pacientes (11.0%) y N.E. 9 pacientes (2.3%). Total 73 pacientes (100.0%).

Número de parejas sexuales: 10 (13.7%), 2 a 5: 28 (38.4%), 6 a 10: 21 (28.8%), 11 a 20: 4 (5.5%). Más de 20: 1 (1.4). N.E.: 9 (12.3%). Total: 73 (100.0%).

Diagnóstico final: Alteraciones Inflammatorias inespecíficas: 32 (43.8%). Sin alteraciones: 12 (16.4%).

Condilomatosis: 6 (8.2%). Condiloma plano: 4 (5.5%).

Condiloma plano y acuminado: 2 (2.7%). Balanitis: 2 (2.7%).

No integrado: 15 (20.6%).

Conclusiones: la edad promedio de los varones estudiados fue de 33.2 años, con una edad mínima de 17 años y máxima de 73 años. La mayoría (43.8%) de los hombres estudiados tenía entre 30 a 39 años y 35.6% entre 20 a 29 años. El promedio de edad en que iniciaron su vida sexual fue de 17.9 años. Con relación a número de parejas sexuales el promedio fue de 6.3 parejas estables. El diagnóstico más frecuente fue: alteraciones inflamatorias inespecíficas (43.8%) y la infección productiva (condilomas) en un 16.7%.

CARTEL MAMPARA 33

Calidad de información y confianza del estudio de Papanicolaou y colposcopia de pacientes que acuden a campañas del Centro de Docencia e Investigación en Patología del Aparato Genital y Colposcopia

DRUSSO VERA GASPARG, SANDRA LUZ TERWOGT CALERO, ALEJANDRO GONZÁLEZ GLEASON

Centro de Docencia e Investigación en Patología del Aparato Genital y Colposcopia, México DF.

Objetivo: evaluar la calidad de información y confianza en estudios de Papanicolaou y Colpos-

copia en pacientes que acuden a campañas del Centro de Docencia e investigación en patología del tracto genital y colposcopia.

Material y método: estudio descriptivo y comparativo de 111 pacientes que acudieron a campañas realizadas en la Clínica Ricardo Flores Magon DIF de Tepotzotlan, Estado de México el 17 de mayo de 2013 y en el Centro de Salud de GDF Santa Catalina Yecahuitzotl en Tláhuac, Distrito Federal el 2 de julio de 2013. Se utilizó un cuestionario de preguntas cerradas, se reportaron los resultados de los siguientes indicadores: edad, medios de difusión de información previa acerca de los estudios de Papanicolaou y colposcopia, información del resultado y se analizó si recibieron la explicación del procedimiento. Se evaluó si la información y el resultado obtenidos, les generó confianza y finalmente, si consideraban volver nuevamente a otra campaña de colposcopia para realizarse sus estudios.

Resultados: medios de difusión de información e Información previa sobre Papanicolaou y Colposcopia.

Conclusiones: se realizó un estudio descriptivo y comparativo de 111 pacientes que acudieron a 2 campañas del Centro de Docencia e Investigación en Patología de Tracto Genital y Colposcopia, durante el ciclo de diplomado enero-julio de 2013. Se evaluaron mediante un cuestionario de preguntas cerradas. El grupo que más predominó fue de 34 a 41 años con un 27.53% y 23.80%, para cada grupo. En cuanto a los medios de difusión de información se encontró predominio del uso de carteles y volantes y de la información del personal de salud. De las pacientes atendidas en cada grupo 72.46% y 80.95% contaban con información previa de Papanicolaou y Colposcopia. El 100% recibió información durante la atención médica. La información y el resultado recibidos, les generó confianza, que correspondió al 100% y 97.6% respectivamente. El porcentaje de pacientes que entendieron la información, fue alto. Todas afirmaron que si les gustaría participar nuevamente en una campaña de Papanicolaou y Colposcopia, aceptando la atención por parte del Centro de Docencia e Investigación en Patología de Tracto Genital y Colposcopia.

CARTEL MAMPARA 34

Citología cervical dirigida en pacientes con lesión colposcópica

MARTHA LAURA RAMÍREZ MONTIEL, ARELY BAZÁN SALINAS, ANGÉLICA FLORES MARTÍNEZ, EDGAR ALEJANDRO GÓMEZ VILLA, RICARDO LÓPEZ RUBIO *Hospital de la Mujer, Secretaría de Salud, México DF.*

Antecedentes: el cáncer cervicouterino es la segunda causa de muerte en la población

mayor de 20 años de edad con una incidencia de 10.4%¹ la OMS estima que mueren cada año 275, 128 pacientes a causa de esta enfermedad. La citología cervical o frotis de Papanicolaou es un test aceptado para cribado poblacional, la prueba presenta algunas limitaciones, los errores de mayor impacto son la toma, preparación de la muestra y diagnóstico de laboratorio.¹⁰ La colposcopia adquiere un papel fundamental para realizar el diagnóstico de lesiones precursoras de cáncer cervicouterino tiene la ventaja que permite observar si existe la presencia de una zona sospechosa de lesión así como delimitar la extensión y probable severidad de la misma para orientar la obtención de biopsias incluyendo citología. **Objetivo:** determinar la sensibilidad y especificidad así como el valor predictivo positivo y negativo de la citología cervical dirigida en pacientes con lesión colposcópica.

Método: estudio descriptivo, observacional, prospectivo y transversal el cual se realizó con 105 pacientes a las cuales se les realizó estudio colposcópico mostrando diferentes diagnósticos, a las que se les tomó citología cervical dirigida durante el periodo comprendido del primero de marzo al primero de agosto de 2011.

Resultados: se incluyeron a 105 pacientes con lesión colposcópica a las cuales se les realizó citología cervical dirigida encontrando que solo en el 18% (N=19) la citología fue positiva para la lesión intraepitelial, de estas el 68.4% (n=13) con reporte de lesión intraepitelial de bajo grado, el 31.6% (n=6) con reporte de lesión intraepitelial de alto grado en el 1.9% (n=2) la citología fue positiva en pacientes que presentaron lesión colposcópica pero en las que la histopatología descartó lesión, en el 70.4% (n=74) la citología se reportó negativa en pacientes con lesión colposcópica corroborada por histopatología y finalmente en el 9.5% (n=10) la citología se reportó negativa en pacientes con lesión colposcópica pero con reporte histopatológico que descartó la lesión. Así se obtuvo una sensibilidad y especificidad de la citología cervical dirigida de 20.4% y 83.3% respectivamente con un valor predictivo positivo de 90.5% y un valor predictivo negativo de 11.9%. En todas las pacientes con lesión colposcópica corroborada por histopatología (n=93) se reportó la asociación de IVPH.

Conclusiones: a pesar de la baja sensibilidad que se reportó en este estudio consideramos que la citología cervical continua siendo un buen método de tamizaje para la detección de patología cervical, por su bajo costo y el acceso a la población de bajos recursos económicos como principal ventaja ante otras técnicas, aunque no fue el objetivo del estudio se sabe que cuando la citología se complementa con la colposcopia

se incrementan tanto la sensibilidad como la especificidad de estas.

CARTEL MAMPARA 35

Citología convencional en el personal del ISSSTE

ADRIANA TARCILA VELÁZQUEZ PÉREZ, SANDRA PÉREZ RODRÍGUEZ, DIANA JAQUELINE GARCÍA HERRERA

Hospital Regional Valentin Gómez Farías, ISSSTE, Zapopan, Jalisco.

CARTEL MAMPARA 36

Características densitométricas de pacientes con síndrome de Turner enviadas al Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes

PABLO GARZA RIOS LOYZAGA CORCUERA, LORENA CECILIO AGUILERA, JESÚS RAFAEL AGUILERA PÉREZ, CITLALLI GUAUXOCHITL MÁRIN

Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, Secretaría de Salud, México DF.

Antecedentes: el síndrome de Turner (ST) se caracteriza por disgenesia gonadal con amenorrea primaria, infantilismo sexual, talla baja, fenotipo femenino y múltiples anomalías congénitas. Tiene una incidencia de 1 por cada 2500 recién nacidas vivas. Presentan anomalías esqueléticas: metacarpianos cortos, cubito valgo, deformidad de Madelung, paladar arqueado, cuello corto y osteoporosis. El aumento de fracturas puede estar presente de forma precoz en las niñas y tener relación con un defecto primario de la matriz ósea. Deben ser evaluadas mediante densitometría ósea de forma periódica de acuerdo a su pérdida ósea. El tratamiento con GH, ácido zoledrónico, denosumab y risedronato puede mejorar su densidad mineral ósea.

Objetivo: describir cuales son las características densitométricas de pacientes con síndrome de Turner.

Material y métodos: estudio transversal descriptivo se incluyeron 22 pacientes con diagnóstico de Síndrome de Turner confirmado por cariotipo y realización de densitometría central con equipo DEXA. Como parámetro principal se usó el Z-score en columna de -2.0 para considerarlo baja densidad para edad cronológica.

Resultados: en una frecuencia por grupo etario de: 8-12 años se estudiaron 10 pacientes y de 13 a 17 años 12 pacientes. Se encontró un índice de masa corporal (IMC) con bajo peso en 18.2% (4 pacientes), IMC normal 68.2% (15 pacientes), IMC con sobrepeso 13.6% (3 pacientes) e IMC con obesidad en ninguna paciente. **Discusión:** En las 4 pacientes con bajo peso y con Z-score menor para su edad cronológica, esto pudiera estar

en relación con cierto grado de desnutrición y que no se alcancen los requerimientos de Calcio y Vitamina D para obtener su pico de masa ósea. Se confirma riesgo de osteoporosis por la prevalencia global el cual justifica un seguimiento con densitometrías óseas centrales, así como el uso de suplementos de calcio y vitamina D para mejorar su masa ósea.

Conclusión: las pacientes con ST tienen una alta prevalencia (45.5%) de presentar DMO baja para su edad cronológica, justificando su seguimiento con densitometrías de columna y de cadera para dar tratamiento de antiresortivos y suplementos de calcio y vitamina D.

CARTEL MAMPARA 37

Evaluación de los valores de densidad mineral ósea pre y postratamiento con bisfosfonatos en pacientes con osteoporosis del Hospital Juárez de México

DAVID MANTEROLA ÁLVAREZ, LUIS RAMIRO RAMÍREZ SÁNCHEZ, FLAVIA PEREYDA PIERRE, IMELDA HERNÁNDEZ MARÍN

Hospital Juárez de México, Secretaría de Salud, México DF.

Antecedentes: evaluación de los concentraciones de densidad mineral ósea pre y postratamiento con bifosfonatos en pacientes con osteoporosis. La osteoporosis es una enfermedad caracterizada por una disminución en la masa ósea debida a un deterioro en la microarquitectura del tejido óseo, con un consecuente aumento en el riesgo de fractura. Los bifosfonatos son análogos sintéticos y estables del pirofosfato, con potentes efectos sobre el metabolismo del hueso, que incrementan la densidad mineral ósea (DMO) en pacientes con osteoporosis tanto a nivel de columna lumbar como en cuello femoral, desde un 2.3% hasta un 6.7% dependiendo el tipo de bifosfonato utilizado.

Objetivo: evaluar y comparar los concentraciones de densidad mineral ósea pre y post-tratamiento con bifosfonatos de pacientes con diagnóstico de osteoporosis del Hospital Juárez de México.

Metodología: estudio retrospectivo, descriptivo, observacional y transversal. Se incluyeron 60 pacientes con osteoporosis bajo tratamiento con bifosfonatos al menos durante un año. Se conformaron 4 grupos de 15 pacientes divididos por grupo de tratamiento con alendronato, risedronato, ibandronato y zoledronato respectivamente.

Resultados: el promedio de edad de las pacientes fue de 60.8 años con un mínimo de 42 y un máximo de 95 años de edad. En cuanto a los valores de DMO globales a su ingreso, las pacientes contaban con un valor inicial por t-score en segmento lumbar (SL) en promedio de -2.9 con un valor mínimo de -2.0 y un valor máximo de -4.0. En cadera izquierda (CI) contaban con

un valor mínimo de -0.1 y un máximo de -3.7, con un promedio de -1.8 desviaciones estándar. Posterior a un promedio de 3.0 años (rango 1-12 años) de tratamiento con los diferentes bifosfonatos incluidos en el estudio (alendronato, risedronato, ibandronato y zoledronato), las pacientes obtuvieron valores de DMO por t-score, en segmento lumbar promedio de -2.2 con valor mínimo de -3.9 y valor máximo de 3.0, y en cadera izquierda un valor mínimo de -2.9 y un máximo de 3.2, con un promedio de -1.3 desviaciones estándar. En el grupo de zoledronato el promedio de edad fue de 62.2 años y el IMC en promedio de 25.3kg/m². La duración del tratamiento fue en promedio de 2.2 años.

Conclusion: el tratamiento por al menos de un año en pacientes posmenopáusicas con osteoporosis con los diferentes bifosfonatos, incrementa la densidad mineral ósea en +0.5 desviaciones estándar y por lo tanto disminuye el riesgo de presentar algún tipo de fractura en este tipo de pacientes.

CARTEL MAMPARA 38

Histiocitosis vulvar

JORGE ALBERTO RAMÍREZ MATÚS, LILIANA VALDEZ GIL, ROMÁN MORALES SÁNCHEZ, JOSÉ LUIS AQUINO HERNÁNDEZ, JULIA HERNÁNDEZ ÁLVAREZ

Hospital General Regional Dr. Rafael Pascacio Gamboa, Secretaría de Salud, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

Caso clínico: paciente de nueve años de edad con presencia de lesión granulomatosa en labios mayores de 4 meses de evolución y con antecedentes de otitis media supurada bilateral e infección de ganglio axilar derecho supurativo recurrente desde los 3 años de edad tratada por facultativo con antibióticos y antimicóticos diversos con afectación a la deambulación por roce de las lesiones en genitales.

E.F. Cuidad oral con pequeñas lesiones eritematosas en región molar izquierda, genitales femeninos con lesiones de aspecto granulomatoso en ambos labios mayores con predominio en labio mayor derecho que involucra introito vulvar con secreción amarillenta no fétida.

Se realiza biopsia incisional de ambos labios mayores con muestreo de piel sana y lesiones. La notificación histopatológica. Con estudio de inmunohistoquímica fue histiocitosis de células de Langerhans primario de la vulva. Se decide en junta terapéutica por hematología pediátrica tratamiento neoadyuvante con quimioterapia (vincristina y etoposido, prednisona) con respuesta completa al tratamiento.

CARTEL MAMPARA 39

Cáncer vulvar. Reporte de un caso en el Hospital Regional de PEMEX Salamanca

ISMAEL MADRIGAL GARCÍA, KARLA DENISSE LUNA HINOJOSA, MARÍA DE LOS ANGELES AVILA CONTRERAS, SERGIO ARMANDO VARELA ORTIZ, NEPTALI PRECIADO CASTRO

Hospital Regional Salamanca, PEMEX, Salamanca, Gto.

El cáncer de vulva es una neoplasia rara, corresponde del 3-5% de las neoplasias genitales, < 1% de todos los tumores malignos de la mujer. La incidencia varía entre 0.5 -2 por cada 100 mil mujeres por año, aumentando con la edad, siendo la edad promedio entre los 65 - 75 años. La variedad histológica más frecuente es el carcinoma escamoso (80-90%).

Los síntomas clínicos más frecuentes son prurito vulvar de larga evolución (55%), y tumoraciones genitales externos (35%). Localización más frecuente se encuentra en labios mayores un 40%, en clitoris en un 10%.

Caso clínico: paciente de 83 años, con los siguientes antecedentes ginecológicos: multigesta, menarquia 12 años, realización de último pap hace 20 años, el cual refiere negativo a cáncer. Inicia padecimiento con vulvodinia de 15 días de evolución y secreción vaginal amarillenta no fétida.

A la exploración genital con presencia de lesión en clitoris de 5x3cm, dolorosa a la palpación, con abundante secreción, friable.

TAC: presencia de lesión en clitoris de 2 x 1.5 cm, región inguinal, pelvis, abdomen y tórax sin alteraciones.

Bajo anestesia local, se toma biopsia reportando: Carcinoma Epidermoide moderadamente diferenciado, invasor, abscedado de clitoris.

Conclusión: el cáncer vulvar, raro entre las neoplasias ginecológicas, se debe sospechar en pacientes de edad avanzada, con tumoraciones o lesiones genitales, con o sin antecedentes de importancia. Se debe realizar el diagnóstico mediante biopsia, y estudio histopatológico. Así como estudios de imagen complementarios para realizar un estadiaje preciso, determinante para el tratamiento, y pronóstico de vida de la paciente.

CARTEL MAMPARA 40

Dermatofibrosarcoma protuberans.

LILIANA VALDEZ GIL, JORGE ALBERTO RAMÍREZ MATÚS, JOSÉ LUIS AQUINO HERNÁNDEZ, ROMÁN MORALES SÁNCHEZ, MARÍA ROSALBA JIMÉNEZ OCAÑA

Hospital General Regional "Dr. Rafael Pascacio Gamboa", Secretaría de Salud, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas

Caso clínico: paciente de 43 años de edad, sin antecedentes de importancia. AGO: G1P1 DOC negativo hace 2 años FUM menopausia

a los 41 años. Acude a consulta por presentar lesión de crecimiento rápido de 3 meses de evolución, referida inicia posterior a traumatismo contuso en genitales por caída de su propia altura con lesión de crecimiento de 6 meses de evolución con afectación de labio mayor derecho que ha limitado la deambulaci3n. EF: Presenta lesi3n nodular, bilobulada con n3dulo mayor subcut3neo de 5cm y n3dulo secundario que protruye de esta lesi3n de 4cm. Dicha lesi3n es poco m3vil y de apariencia confinada al labio mayor derecho, Labio mayor y menor contralateral sin compromiso. Regi3n inguinal sin adenopat3as. Se realiza biopsia incisional de los 2 n3dulos. Notificaci3n histopatol3gica *Dermatofibrosarcoma protuberans*.

Se realiza hemivulvectom3a derecha con m3rgenes de 2 cm.

Conclusiones: la posibilidad de establecer un diagn3stico temprano, con la toma de biopsia incisional de la lesi3n y un adecuado estudio histopatol3gico as3 como la realizaci3n de cirug3a con m3rgenes amplios, brinda a la paciente un mejor pron3stico de curaci3n y menor posibilidad de recurrencia.

CARTEL MAMPARA 41

Tratamiento de angiomixoma agresivo vaginal. Reporte de un caso

CHRISTIAN MOCTEZUMA MEZA, SAMUEL PEÑALVA ROSALES, VER3NICA QUINTANA ROMERO, ERNESTO MEJ3A OLVERA, ILIANA CABALLERO CASTAÑEDA
Hospital de Ginecolog3a y Obstetricia 3, Centro M3dico Nacional La Raza, Instituto Mexicano del Seguro Social, M3xico DF.

Paciente de 35 a3os con antecedentes de dos embarazos y dos partos que ingresa a urgencias del Hospital de Ginecolog3a y Obstetricia Num 3 CMN La Raza por antecedente 9 meses con prolapso genital total de 12x10 cm con erosi3n, descamaci3n, resequeza, no reductible. Valorada por Ginecolog3a encontrando c3rvix de 2x3 cms, 3tero de 7x6x4 cm, identificando lesi3n en hemivagina izquierda tercio inferior sospechando Quiste de Gardner. Se realizan estudios de extensi3n: laboratorios normales, marcadores tumorales normales, ultrasonido p3lvico que muestra 3tero en AVF, bordes ligeramente irregulares, ecogenicidad aumentada de 73x39x49 mm con l3nea endometrial de 1 mm. Se realiz3 uretroscop3a con histeroscopia encontrando uretra de paredes3ntegras, forma estelar, domo vesical y paredes de vejiga sin alteraciones, meato ureteral derecho con eyaculaci3n de orina visible, ostium ureteral izquierdo en forma de herradura con eyaculaci3n de orina, paredes de vagina3ntegras, se alcanza c3rvix y se realiza histeroscopia observando cavidad

uterina tubular, con ambos ostium visible, endometrio proliferativo. Se realiz3 excisi3n de tumor report3ndose angiomixoma agresivo por lo que es valorada por el servicio de Oncolog3a y Radioterapia sin embargo no dando tratamiento por ser radiorresistente igual que quimiorresistente. Se realiz3 rectosigmoidoscopia normal. TAC de abdomen complementaria muestra actividad tumoral con imagen qu3stica de 14-16 UH, bilobulada de aproximadamente 95x61 mm de pared gruesa con realce perif3rico a la administraci3n del medio de contraste hacia el parametrio ipsilateral. En un intento por resecar la lesi3n se aplicaron tres dosis de goserelina terminando siete meses posterior a la primera cirug3a. A la exploraci3n se palpa tumor en fondo de saco posterior hacia fosa iliaca izquierda, m3vil de 8x6 cm, 3tero de 8x4 cm, c3rvix normal, vagina sin datos de actividad tumoral. Se programa para LAPE diagn3stica encontrando tumor de ovario derecho cistadenoma seroso. Evolucion3 satisfactoriamente y se egresa sin requerir quimioterapia. Se encuentra con periodo libre de enfermedad de 6 meses sin complicaciones. El tumor abdominal es parte de la misma presentaci3n que pueden tener los angiomixomas agresivos. Es una neoplasia poco frecuente ya que en la bibliograf3a se encuentran reportados 3nicamente 150 casos. El diagn3stico debe considerarse en toda mujer con una neoplasia vulvovaginal. Este tumor tiene como caracter3sticas sobresalientes la infiltraci3n profunda de los tejidos blandos perineales y alta propensi3n a la recurrencia local. La quimioterapia y la radioterapia son de poca utilidad debido a la escasa mitosis. La paciente del caso requiere vigilancia peri3dica ya que se han reportado recurrencias tard3a varios a3os despu3s del tratamiento.

CARTEL MAMPARA 42

Siringoma de la vulva: reporte de un caso

DANIELA P3REZ MORONES, MAR3A PAULINA CAMPUZANO SALGADO, MARCELO JR. LUNA RIVERA, LORENA CASTILLO S3ENZ, IVETT MIRANDA MALDONADO
Hospital Universitario Dr. Jos3 Eleuterio Gonz3lez, Universidad Aut3noma de Nuevo Le3n, Monterrey, NL.

Los siringomas son neoplasias benignas derivados de la gl3ndula sudor3para ecrina, representan 0.005% de las neoplasias epiteliales cut3neas. Su localizaci3n m3s frecuente es en cara (ojos, malar), en los genitales es rara. Cl3nicamente se observan 3 palpan p3pulas peque3as y firmes del color de la piel 3 caf3s. Las lesiones en la vulva pueden causar prurito, liquenificaci3n y cancerofobia. El 18% de las pacientes con trisom3a 21 pueden estar afec-

tados y tambi3n se han descrito en asociaci3n con diabetes mellitus y lesiones melanoc3ticas. Se debe sospechar el diagn3stico cuando exista prurito vulvar, que puede exacerbarse durante la menstruaci3n, el embarazo, con el uso de anticonceptivos orales y en 3pocas de calor. El examen histol3gico es clave para establecer el diagn3stico y descartar malignidad. Existen diferentes tratamientos ablativos y algunos no invasivos como atropina y tretino3na t3pica. Se presenta el caso de una paciente de 49 a3os de edad, diab3tica de larga evoluci3n, histerectom3 vaginal por miomatosis, gesta 4, partos 1, ces3reas 3. Neg3 alguna enfermedad heredofamiliar. Inicia su padecimiento hace 1 a3o con prurito y ardor vulvar, sin relaci3n con el clima. Leucorrea verdosa en moderada cantidad, no f3tida. Refiere adem3s 3 meses de evoluci3n con datos de incontinencia urinaria mixta. Fue tratada con antibi3tico, antimic3tico, antihistam3nico y esteroide local sin mejor3a. A la exploraci3n f3sica se observan m3ltiples nevus en vulva de donde se toma biopsia, 3sta report3 proliferaci3n de c3lulas de citoplasma p3ldo o rosado, dispuestas en nidos y algunas con morfolog3a que seme3aba renacuajos. El diagn3stico patol3gico fue siringoma vulvar. Se indica tratamiento con tolterodina y atropina t3pica. Actualmente se encuentra en vigilancia.

CARTEL MAMPARA 43

Fibroma vulvar

DANIELA P3REZ MORONES, SARA PATRICIA PEÑA LIZOLA, LORENA CASTILLO S3ENZ, DAVID DE JES3S GARZA VILLARREAL, LAURA GARC3A LABASTIDA
Hospital Universitario Dr. Jos3 Eleuterio Gonz3lez, Universidad Aut3noma de Nuevo Le3n, Monterrey NL.

El fibroma es un tumor s3lido relativamente raro, pero el tumor vulvar benigno m3s com3n. Representa solo el 0.03% de todas la pacientes con neoplasias ginecol3gicas. Se origina del mesodermo, a partir del tejido fibroso de la vulva, del cuerpo perineal 3 del ligamento redondo. Suelen ser de tama3o peque3o a mediano, muy rara vez pasan los 8cm, tienden a ser pedunculados, y el p3diculo puede llegar a ser tan largo que cuelga entre las extremidades. En general se presenta en pacientes entre 20 a 40 a3os. El tratamiento es quir3rgico y los pacientes tienen una evoluci3n favorable. Se trata de una paciente de 44 a3os de edad, con diagn3stico de diabetes mellitus tipo 2 y al3rgica a penicilina, gesta 3 con 3 partos. Acude a nuestro servicio por padecimiento de 1 a3o de evoluci3n al presentar tumoraci3n en genitales la cual ha ido aumentando de tama3o, sin presentar alguna otra s3ntomas como prurito, dolor 3 leucorrea. A la exploraci3n se

observa tumoración de 4 x 3 cm, en la parte media y superior del labio mayor derecho, blanda, regular, no dolorosa a la palpación, resto de la exploración ginecológica normal. Se realiza resección de la tumoración, sin complicaciones. El examen histológico de la masa vulvar mostró haces de células fibroblástica con colagenización variable, el reporte final fue un fibroma vulvar. Actualmente la paciente está asintomática.

CARTEL MAMPARA 44

Presentación atípica de tumor de ovario de células de la granulosa juvenil: reporte de un caso

ARTURO HERNÁNDEZ JIMÉNEZ, PEGGY MOLINA VARGAS, ALEJANDRA SÁNCHEZ DE LEÓN, MARIO CARLOS MORALES VELÁZQUEZ, ALEJANDRA CONTRERAS RENDÓN

Centro Medico ABC, México DF.

Paciente de 21 años de edad, con antecedentes de cistectomía de ovario derecho y salpingectomía derecha hace 3 años, refiere dolor abdominal en fosa iliaca derecha se realiza ultrasonido pélvico encontrando quiste en ovario derecho el cual fue tratado por 2 meses con hormonales orales sin presentar mejoría. Acude a consulta para una segunda Opinión observándose en ultrasonido quiste complejo de ovario derecho, acompañado de periodos menstruales de opsomenorrea sin alteración en la cantidad de sangrado menstrual. No presenta síntomas compatible con tumores de las células de la granulosa de ovario, los marcadores tumorales realizados se reportaron en rangos normales. Se realiza cistectomía de ovario derecho por laparoscopia sin complicaciones con diagnóstico histopatológico definitivo de tumor juvenil de células de la granulosa por lo que se realiza una semana después nueva laparoscopia con apoyo del servicio de Oncología realizándose rutina quirúrgica de cáncer de ovario, demostrando reporte histopatológico definitivo sin actividad tumoral residual por lo que se estadifica como un tumor de células de la granulosa juvenil IA de la FIGO sin necesidad de realizar tratamiento adyuvante. La paciente es egresada sin complicaciones con seguimiento y vigilancia estrecha.

CARTEL MAMPARA 45

Teratoma inmaduro metastásico. Reporte de un caso y revisión de la bibliografía

CLARA DEL CARMEN FLORES ACOSTA, ÓSCAR VIDAL GUTIERREZ, DONATO SÁLDIVAR RODRÍGUEZ, NANCY DÁVILA FLORES, MAURO ANTONIO MACEDO
Departamento de Ginecología y Obstetricia, Hospital Universitario Dr. José E. González, Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey NL.

Material y métodos: paciente de 19 años, núbil, sin antecedentes de importancia; normo-reglada, acude por cuadro de 2 meses de evolución caracterizado por distensión abdominal, sensación de plenitud posprandial, acompañado de estreñimiento, motivo por el cual acude a valoración, a la exploración física abdomen semigloboso, dolor a la palpación superficial, se solicita ultrasonido abdominal y tomografía; los cuales reportaron tumoración sólida dependiente de anexo derecho de aproximadamente 10x10cm, la cual muestra flujo importante en la cápsula, además de líquido de ascitis así como nódulos peritoneales menores de 1cm en el omento anterior. Se solicitaron marcadores tumorales, los cuales resultaron: Ca-125: 541U/mL, α -fetoproteína: 51ng/dL y β -hCG: 0.01UI/mL.

Resultados: se realiza laparotomía exploradora encontrando tumoración dependiente de ovario derecho de 10 x 10 cm irregular, la cual es reseca-da, útero y anexo izquierdo normales. El reporte de anatomía patológica en el transoperatorio fue tumor mixto germinal: componente de senos endodérmicos y neuroepitelio poco diferenciado. Teratoma inmaduro (90% componente de neuroepitelio indiferenciado). Con presencia de metástasis de componente de neuroepitelio.

Conclusión: los teratomas inmaduros del ovario, son neoplasias constituidas por tejidos derivados de las tres capas germinales (ectodermo, endodermo y mesodermo), pero a diferencia de los teratomas maduros contienen estructuras o tejidos embrionarios. Constituyen menos del 1 % de los teratomas ováricos, siendo más frecuentes en las primeras dos décadas de la vida. Son tumores predominantemente sólidos, de gran tamaño y crecimiento rápido, no secretante con malignidad locoregional. La cirugía juega un papel importante como diagnóstico y terapéutica. En presencia de implantes peritoneales se requiere de tratamiento complementario.

CARTEL MAMPARA 46

Teratoma ovárico presentación aguda en paciente pediátrica: reporte de un caso

MARTHA PAOLA MARTÍNEZ VÁZQUEZ, EUGENIA MEDINA GONZÁLEZ, GABINO DE JESÚS VACA CARVAJAL, SERGIO BERNAL MARTÍNEZ

Antiguo Hospital Civil Fray Antonio Alcalde, Secretaría de Salud, Guadalajara, Jalisco.

Introducción y objetivo: los tumores ováricos constituyen el 1% de los tumores en niñas < 17 años. Los teratomas constituyen el 60-89 % de los tumores de ovario en niñas y adolescentes, mientras que en mujeres adultas, sólo el 20 % de los casos. La manifestación clínica más frecuente de los tumores ováricos es el dolor abdominal crónico. Si se produce torsión del tumor puede

producirse un cuadro de abdomen agudo. Otras manifestaciones pueden ser las derivadas de la compresión tumoral, al igual como amenorrea, menarquia prematura o simular un embarazo. Aproximadamente 60 % de los pacientes son asintomáticos, alrededor del 10 % presentan bilateralidad y el 3,5 % de los casos se torsionan.

Objetivo: presentar un caso de un teratoma ovárico en una paciente pediátrica, el cual se presenta con un cuadro de abdomen agudo.

Caso clínico: paciente de 11 años de edad, con antecedente de dolor pélvico tipo cólico cíclico de 4 meses de evolución, al igual que cuadro anémico. Presentando cuadro de abdomen agudo, con reporte ultrasonográfico de hematómetra. Debido a lo anterior se decide realización de laparoscopia, con hallazgo transquirúrgico de tumoración anexial derecha torcida de aprox 8 cm, con datos de necrosis de pedículo, llevándose a cabo salpingooforectomía ipsilateral. Útero y anexo izquierdo sin alteraciones. Reporte histopatológico de teratoma maduro de anexo derecho. La paciente cursó con una evolución post quirúrgica favorable.

Conclusión: es importante sospechar esta forma de presentación de tumores de ovario, principalmente en la adolescencia, ya que el diagnóstico suele ser difícil por lo poco frecuente y porque el examen físico y los estudios complementarios no son concluyentes. Debemos considerar al abordaje laparoscópico como un apoyo para tratamiento, exéresis de la tumoración y realización del diagnóstico definitivo.

CARTEL MAMPARA 47

Tratamiento no quirúrgico de los quistes simples de ovario

ROSA ALEJANDRA VILLA GRAJEDA, FRANCISCO VILLA VILLAGRANA, DANIEL ALEJANDRO RIZO CONTRERAS, MAR IZETH ARAMBULA CHAVOLLA, J. GUADALUPE PANDURO BARÓN

Antiguo Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, Secretaría de Salud, Guadalajara, Jalisco.

Antecedentes: los quistes simples del ovario benignos, remiten con la terapia con hormonales combinados administrados por 3 meses, en el presente estudio pretendemos valorar la efectividad al utilizarlos por solo 2 meses.

Metodología: en un estudio prospectivo transversal y comparativo de casos y controles de diciembre 2012 a mayo del 2013 estudiamos 40 mujeres con diagnóstico de quiste simple de ovario, el grupo de estudio (A) consistió en 20 pacientes tratadas con anticonceptivos orales de baja dosis (etinil estradiol 0.03 mg y drospirenona 3.0 mg), comparándose con un grupo control (B) de 20 pacientes que presentaron quiste simple de ovario, tratadas con placebo.

Resultados: edad promedio grupo A 28.4 años, grupo B de 28 años, la mayoría fueron casadas y dedicadas al hogar en ambos grupos, la paridad no mostro significancia, nivel de escolaridad fue secundaria en ambos grupos; la menarquia promedio en ambos grupos de 13.3 años. Ninguna paciente refirió antecedente de quiste previo en el grupo A, refiriéndose en el grupo B en un 15%. Promedio del quiste grupo A 47.5 mm, y grupo B fue de 48 mm. A los dos meses de tratamiento se realizó ecsonograma encontrando regresión completa del quiste en el 95% de las pacientes grupo A, y del 55% del grupo B.

Conclusión: los anticonceptivos orales administrados durante dos meses produjeron una regresión de los quistes simples de ovario en 95% de los casos.

CARTEL MAMPARA 48

Cáncer de ovario: resultados de análisis retrospectivo de los últimos 4 años.

LAURA GABRIELA SERRANO CASTRO, ÓSCAR VIDAL GUTIÉRREZ, EMILIO MODESTO TREVIÑO SALINAS, ÓSCAR RUBÉN TREVIÑO MONTEMAYOR, JOSÉ ANTONIO BUENFIL LOZANO
Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, NL.

Antecedentes: el cáncer de ovario representa el quinto más frecuente en la población femenina y el sexto en la población general, es a su vez la tumoración con mayor mortalidad ginecológica. El 90% de los casos son esporádicos; entre los factores de riesgo tenemos la historia familiar, nuliparidad, factores anovulatorios, edad de menarquía y menopausia, ingesta de anticonceptivos, entre otros. La presentación clínica es variable, con datos inespecíficos que varían según la etapa de la enfermedad.

Material y método: estudio retrospectivo, observacional, transversal y descriptivo; analizando datos obtenidos de expedientes clínicos de pacientes con diagnóstico de cáncer de ovario que llevaron su atención y seguimiento en nuestra institución. Se recabaron datos como edad al diagnóstico, tipo histológico, estadio clínico, tamaño de tumoración, características de tumoración, presencia-ausencia de metástasis, imagenología, Ca-125 y tratamiento implementado.

Resultados: la mediana de edad al diagnóstico fue de 49 años (20-83 años), el estadio clínico más frecuente fue el estadio IV con una frecuencia de 43.8%, seguido del estadio III 35.4%. El tipo de cáncer con mayor frecuencia fue el epitelial (94%), el resto pertenecen a células germinales. Por anatomía patológica el más frecuente fue el cistadenocarcinoma seroso. Al

valorar el marcador tumoral Ca-125, la media fue de 360UI/mL, se realizó una comparación de éste entre los diferentes estadios obteniendo valores más elevado en estadios III y IV. **Conclusión:** el cáncer de ovario es una entidad que demanda gran atención por su dificultad de diagnóstico en etapas tempranas y alta mortalidad en etapas tardías.

CARTEL MAMPARA 49

Cistoadenoma mucinoso asociado con teratoma maduro en la postmenopausia. Reporte de un caso y revisión de la bibliografía

MARTHA ISABEL MENDEZ BAUTISTA, MARÍA ELENA BOHORQUEZ BARRAGÁN, GLORIA GONZALEZ MEDRANO, AUDIFRED AUDIFRED SALOMÓN
Hospital General Dr. Manuel Gea Gonzalez, Secretaría de Salud. México DF.

El caso clínico presentado se trata de una paciente de la sexta década de la vida que presentó datos de abdomen agudo, secundario a un quiste complejo de ovario izquierdo torcido, se realizó laparotomía exploratoria encontrándose tumoración dependiente de anexo izquierdo de aproximadamente 20x15cm, bordes regulares, capsula delgada, rota en ambos extremos, con reporte final de patología de un cistadenoma mucinoso asociado a teratoma maduro. El teratoma maduro de ovario es el tumor más frecuente del ovario, que comprende más del 20% de todos los tumores. Histológicamente son divididos en tres grupos: maduro, inmaduro, y monodérmicos. Comúnmente son quísticos, 20% de ellos son bilaterales.

Los cistoadenomas seroso y mucinoso son los tumores epiteliales más comunes y, juntos, representan aproximadamente el 30% de los tumores de ovario.

Se dan principalmente en la mitad de la vida adulta y son infrecuentes antes de la pubertad y después de la menopausia.

Pueden encontrarse tumores distintos que coexisten en el mismo órgano los cuales son descritos como tumores de colisión, pero histológicamente son distintos, es decir sin mezcla histológica. En la bibliografía se han reportado escasos casos con presencia de tumores de colisión ováricos, entre los que se han encontrado: tumor de células de la granulosa y cistoadenocarcinoma papilar seroso, cistoadenocarcinoma seroso y tumor de células esteroideas, tumor seroso borderline con elementos sarcomatoso y diversos tumores asociados con teratomas. En este caso el estudio anatomopatológico puso de manifiesto un tumor de colisión de cistoadenoma ovárico asociado a teratoma en una paciente postmenopáusica, lo cual es una presentación infrecuente encontrándose solo un caso similar en la revisión realizada durante el presente trabajo.

CARTEL MAMPARA 50

Cistadenoma seroso gigante de ovario. Reporte de un caso y revisión de la bibliografía

NANCY MAGDALENA DÁVILA FLORES, EMILIO TREVIÑO TREVIÑO SALINAS, ÓSCAR VIDAL GUTIÉRREZ, PATRICIA LEMINI CAMARILLO, VICTORIA MARGARITA CEDEÑO MORALES
Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey NL.

Objetivo: presentar un caso de cistadenoma seroso gigante de ovario.

Material y métodos: paciente de 38 años, gesta 2 con 2 partos, sin antecedentes de importancia; acudió por cuadro de 2 años de evolución caracterizado por aumento del perímetro abdominal, se agregó hace 6 meses sensación de plenitud posprandial, disnea, dolor abdominal tipo cólico, pérdida de 6kg en un mes, motivo por el cual acudió a valoración, a la exploración física se palpó tumoración abdomino-pélvica regular, bordes lisos, móvil; se solicitó TAC con reporte de imagen de densidad quística de 29x27x18cm, con un septo en su interior de 48mm, probable Cistoadenoma. Se solicitaron marcadores tumorales: Ca-125: 19.6 U/mL, Ca 19-9: <0.6 U/mL

Resultados: se realizó laparotomía exploradora encontrando tumoración dependiente de ovario izquierdo de 30x30x20cm, quística, de bordes lisos, de 9160grs; se realizó Salpingooforectomía izquierda. Útero y ovario derecho normales. El reporte final de patología: Cistadenoma seroso de 32cm de diámetro mayor con capsula íntegra.

Conclusión: los tumores epiteliales del ovario son muy frecuentes (90%). De estos los del tipo seroso constituyen el tipo histológico más común, siendo en su mayoría de tipo benigno, constituyendo del 20% al 50% de todos los tumores ováricos. Por lo general el tamaño varía entre 5 a 20 cm. La laparotomía exploradora, permite realizar el diagnóstico y al mismo tiempo, aplicar el tratamiento quirúrgico. Los quistes gigantes de ovario son considerados así cuando pesan más de 12 kilos. Los quistes gigantes de ovario son una entidad relativamente rara en la actualidad debido al desarrollo de la cirugía y a los medios diagnósticos con que se cuenta.

CARTEL MAMPARA 51

Coristoma adrenal de oviducto. Presentación de un caso

MARTHA MARIELA SIFUENTES LOERA, SARA PATRICIA PEÑA LIZOLA, EMILIO TREVIÑO SALINAS, DANIELA PEREZ MORONES, DAVID DE JESÚS GARZA VILLARREAL
Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey NL.

Introducción y objetivos: los coristomas son formaciones de tejido normal en localización ectópica. Los adrenales se encuentran más frecuentemente en la grasa retroperitoneal, pero pueden alcanzar las gonadas. Son poco frecuentes y carecen de importancia pronóstica. El objetivo es conocerse ya que pueden confundirse con verdaderas neoplasias. A continuación presentamos un caso de coristoma adrenal de oviducto atendido en el mes de marzo de 2013 en el Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González.

Material y métodos: se trata de paciente de 22 años, sin comorbilidades, gesta 1, parto 1. Inicia su padecimiento al presentar retraso menstrual acude a clínica particular donde se realiza ecografía pélvica, la cual reporta una tumoración quística de ovario derecho, marcadores tumorales normales. Se decidió realizar quistectomía más lavado peritoneal, el informe histopatológico reportó un tumor seroso de bajo potencial de malignidad (cistadenocarcinoma seromucinoso) y material acelular del lavado peritoneal. Debido al resultado de patología es referida a nuestro Hospital, donde se solicita tomografía axial computada, sin identificarse tumoración residual, adenopatía regional ó metástasis. Se realizó cirugía citorreductora conservadora (complementaria subóptima) sin complicaciones.

Resultados: el informe de anatomía patológica reportó un coristoma adrenal localizado en oviducto derecho, negativo para neoplasia. Citología de líquido de ascitis, muestras de epiplon y peritoneo negativos para células neoplásicas. Se indicó alta, actualmente la paciente está asintomática.

Conclusiones: se realizó una búsqueda exhaustiva en PubMed y Ovid y no se encontró ningún otro caso reportado en tracto genital femenino.

CARTEL MAMPARA 52

Tumor estromal esclerosante: reporte de un caso

LAURA GABRIELA SERRANO CASTRO, ÓSCAR VIDAL GUTIÉRREZ, EMILIO MODESTO TREVIÑO SALINAS, ORALIA BARBOZA QUINTANILLA, GABRIELA SOFÍA GÓMEZ MACÍAS

Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey NL.

Objetivo: presentar el caso de una paciente con un tumor estromal esclerosante.

Material y métodos: se trata de una paciente de 19 años de edad, sin antecedentes de importancia, nuligesta, la cual acude a la consulta externa por presentar dolor abdominal intermitente cólico en hipogastrio de 10 meses de evolución que ha ido aumentando en intensidad y frecuencia.

Refiere ciclos menstruales irregulares de 15-45 días desde su menarquía a los trece años, no presenta signos de hirsutismo. A la exploración física se encontró una masa a nivel de fosa iliaca izquierda móvil, no dolorosa; que a la palpación bimanual era de 9 cm y de consistencia renitente, superficie lisa, móvil. En la ecografía se encontró una imagen ovalada hacia fosa iliaca izquierda y mesogastrio de 9.8 x 9.7 x 6 cm heterogénea, con áreas quísticas, sin calcificaciones, ni septos o detritus en su interior, escaso flujo periférico, que en la RMN se confirmó. La medición del Ca 125 en 89 mU/mL.

Resultados: se programó laparotomía durante la cual se realizó salpingooforectomía izquierda extrayendo tumoración de 10 x 10 x 5 cm de superficie lisa, nacarada, turgente, con trama vascular evidente en su cápsula, útero y anexo derecho normales, no presentaba líquido libre. El estudio de anatomía patológica diagnosticó tumor estromal esclerosante, con tinción de inmunohistoquímica a base de inhibina positiva. La paciente ha presentado buena evolución posquirúrgica, actualmente en control oncológico.

Discusión: el tumor estromal esclerosante es una enfermedad ovárica rara, descrita por primera vez en 1973 por Chaldvarjian y Scully, se han descrito un poco más de 100 casos a la fecha. Tiene una prevalencia de 1.5 a 6% de los tumores estromales; se presenta generalmente entre la segunda y tercera década de la vida. Algunos de estos tumores son hormonalmente activos, produciendo síntomas como hirsutismo, irregularidades menstruales, infertilidad. Generalmente son unilaterales y no presentan elevación de marcadores tumorales, en estudios de imagen se presenta heterogénea, con flujo periférico, simulando malignidad. El tratamiento consiste en la remoción de la tumoración.

CARTEL MAMPARA 53

Leiomioma ovárico

LILIANA VALDEZ GIL, JORGE ALBERTO RAMÍREZ MATÚS, JOSÉ LUIS AQUINO HERNÁNDEZ, ROMÁN MORALES SÁNCHEZ, MARÍA ROSALBA JIMÉNEZ OCAÑA

Hospital General Regional Dr. Rafael Pascacio Gamboa, Secretaría de Salud, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

Caso clínico: paciente de 46 años de edad, testigo de Jehová, casada, sin embarazos, infertilidad primaria, tumor abdominopélvico de tres años de evolución con dolor abdominal tipo cólico, constipación; a la EF abdomen globoso a expensas de tumoración abdominopelvica poco móvil a 4 cm por arriba de cicatriz umbilical con bordes irregulares, región inguinal sin compromiso, cérvix normal con fondos de saco abombado por desplazamiento tumoral.

Ultrasonido notifica útero 9 x 6 cm con masa que puede ser pediculada contra tumoración de ovario izquierdo, ovario derecho de 6cm de diámetro. Marcadores tumorales negativos. Se realizó histerectomía más salpingo-ooforectomía bilateral más omentectomía y apendicectomía. Se notificó que el endometrio estaba proliferativo, adenomiosis basal y profunda, endocervicitis crónica leve, epitelio escamoso preservado, ovario izquierdo con leiomioma con degeneración hialina y quística- hemorrágica (tumor de 26 cm), quiste simple de ovario derecho de 7cm asociado a hiperplasia nodular de estroma residual, trompas uterinas congestivas, quiste paratubarico derecho de 2cm, epiplón congestivo, apéndice con hiperplasia folicular, citología del líquido de ascitis con células peritoneales reactivas asociado a inflamación. Los leiomiomas ováricos predominan en la perimenopausia y suelen ser asintomáticos y detectarse accidentalmente al realizar estudios de imagen, la presentación de esta tumoración es rara y su importancia radica en el diagnóstico diferencial de otros tumores de ovario, en especial del leiomiomasarcoma, fibroma y fibrosarcoma. La cirugía es el procedimiento de elección considerando siempre la citoreducción óptima.

CARTEL MAMPARA 54

Leiomiomatosis peritoneal diseminada

RODRIGO ZAMORA ESCUDERO, LUIS ARTURO HERNÁNDEZ LÓPEZ, JOSÉ GUTIÉRREZ FRUSCH, EUNICE ADRIANA LEÓN BANDERAS, JOSÉ DE JESÚS JUÁREZ GONZÁLEZ

Hospital Angeles Lomas, Huixquilucan, Estado de México.

Paciente de 45 años, un embarazo y un aborto. Tabaquismo positivo desde los 15 años, dos cigarrillos al día. Alérgica a la penicilina. Apendicectomía a los 12 años, miomectomía en 2010. AGO: menarquía a los 11 años, ritmo regular de 28x5 días, fecha de última menstruación 1 de mayo de 2013, última citología cervical en 2011 negativa a malignidad. G1: aborto espontáneo en 2003. Paciente inicialmente valorada por servicio de urología por síntomas urinaria intensa y dolor abdominal. En ecografía abdominal se reporta hidronefrosis izquierda. Biometría hemática y química sanguínea con parámetros normales. TAC con reporte de pelvis con extensa tumoración sólida confluyente, que desplaza las asas del intestino, aparentemente dependiente del útero, con compresión uretral izquierda secundaria. Se coloca catéter bilateral doble J. Marcadores tumorales sin alteraciones. Se realiza IRM con reporte de tumoración en la cual es difícil determinar si es dependiente o no de útero, de 14 x 10 cm, con datos de degeneración mixoide. En cavi-

dad abdominal se observan múltiples masas difusas similares a músculo liso. Sin ascitis. Se programa para Laparotomía exploradora. Se realiza histerectomía total, tumorectomía, omentectomía, neoinplantación uretero-vesical y hemicolectomía derecha. Dentro de los hallazgos quirúrgicos se observa gran masa tumoral pélvica, involucrando útero, ligamento ancho, epiplón y mesenterio, con implantes tumorales en toda la superficie peritoneal, tubo digestivo y epiplón, más acentuado en unión ileocecal y sigmoides. Estudio transoperatorio: miomas sin atipias y sin mitosis, patología benigna. Debido al riesgo de estenosis y suboclusión se resecan 60cm de íleon terminal, se realiza neoinplantación uretero-vesical izquierda. Se decide no resecar resto de tumoraciones, ya que tanto radiológicamente como por reporte de patología se trata de una patología benigna. Reporte histopatológico final de leiomiomatosis peritoneal diseminada. Paciente con adecuada evolución intrahospitalaria durante 16 días. Alta con antagonistas de GnRh debido a lesiones no resecables. La leiomiomatosis peritoneal diseminada es una entidad poco frecuente que se caracteriza por la diseminación de tumoraciones con características histológicas de músculo liso, parecidas a miomas uterinos. Existen escasos casos reportados en la bibliografía, con la diseminación de tumoraciones de músculo liso en la cavidad abdominal y pélvica. Puede estar relacionada al embarazo, tumores dependientes de estrógenos o el uso de anticonceptivos orales, generalmente se producen en mujeres en edad reproductiva. Independientemente de ser una entidad considerada benigna, actualmente su tratamiento continúa aún en controversia, debido a los daños producidos por la extensión de las lesiones y el involucro mecánico de las mismas.

CARTEL MAMPARA 55

Reporte de un caso de leiomiosarcoma

EMMA GABRIELA PORTILLO OSORIO, JULIETA OSORIO URIBE
Grupo Médico Norte, Clínica de Especialidades, Taxco, Gro.

Los sarcomas uterinos se originan de la división de poblaciones celulares de elementos del tejido miometrial o conectivo dentro del endometrio. En comparación con la mayoría de los carcinomas (neoplasias epiteliales), sarcomas uterinos, particularmente leiomiosarcomas (neoplasias de tejido conectivo), se comportan agresivamente y están asociados con un pobre pronóstico. El Grupo de Oncología Ginecológica clasifica los sarcomas en 2 categorías: no epiteliales y mixtas epitelial-no epitelial. La clasificación histológica de éstas neoplasias se basa en la diferenciación y el patrón de crecimiento de

las células neoplásicas y el supuesto tejido de origen. Otro esquema de clasificación fue desarrollado por la Sociedad Internacional de los Patólogos Ginecológicos y la OMS, clasificando los sarcomas uterinos conforme si el tumor es puramente no epitelial o mixto epitelial y no epitelial. Paciente femenino de 37 años. AGO: Menarquia: 12 años, ciclos 30 x 5 días con hipermenorrea de 3 años de evolución. G3 P3. FUM: 210813. IVSA 18 años. PS: 1. MPF: OTB. AHF: Negados. APP: Negados. APNP: Negados. PA: Hipermenorrea con ciclos de 30 x 3 días de 3 años de evolución, con coágulos llegando a utilizar 5 toallas nocturnas en el día. EF: Útero de 23 cm del BSSP, bordes irregulares, móvil, no doloroso. Al tacto bimanual útero de 23 x 18 x 16 cm, sin dolor a la movilización cervical, no se palpan masas ni anexos, fondos de saco libres. Laboratorio: Hb 12.4, Hto 34, Leuc 7, Plaquetas 280 mil. Marcadores tumorales: CA 125 y CAE normales. Biopsia de endometrio: Hiperplasia glandular.

Gabinete: USG con reporte de miomatosis uterina de grandes elementos, el mayor de 10 x 8 cm de componente subseroso, endometrio de 12 mm.

Cirugía 240813: Histerectomía + SOD + linfadenectomía pélvica bilateral. Estudio histopatológico: Leiomiosarcoma.

CARTEL MAMPARA 56

Mioma celular gigante en paciente de 20 años, diagnóstico y tratamiento

ERNESTO CASTELAZO MORALES, EUNICE ADRIANA LEÓN BANDERAS, YAZMÍN COPADO MENDOZA, ÓSCAR ANDRÉS MARTÍNEZ PACHÓN
Hospital Ángeles Lomas, Huixquilucan, Estado de México.

Paciente de 20 años nuligesta, sin antecedentes personales patológicos o no patológicos de importancia. De sus antecedentes ginecoobstétricos: menarquia a los 12 años, ciclos 30-32 x 6-8 días, sin vida sexual activa. Paciente que inicia con metrorragias 8 meses previos a su ingreso, permanece bajo tratamiento con anticonceptivos hormonales orales por 2 meses. 1 mes previo a su ingreso se agrega dolor tipo cólico localizado en hipogastrio, de moderada intensidad. Se realiza ecografía pélvica con reporte de longitud máxima de útero de 201x137x111mm, con mioma gigante de 127x137x119mm. Cavidad endometrial con espesor de 5 mm, ovarios sin alteraciones. Se realiza TAC simple y contrastada con reporte de incremento generalizado de dimensiones uterinas. El crecimiento uterino provoca compresión extrínseca de asas de intestino, el colon y vejiga, sin datos de infiltración locorregional. Los parámetros de biometría hemática

dentro de límites normales. Se programa para laparotomía exploradora y se realiza excéresis de tumoración uterina de 20 cm de diámetro con 600 mL de líquido cetrino en su interior con reporte histopatológico transoperatorio de leiomioma celular, y reporte definitivo de leiomioma celular con focos mitóticamente activos, sin observarse neoplasia maligna. Se envía estudio a inmunohistoquímica, con reporte de lesión de aspecto morfológica benigna, muy celular, sin identificar células positivas con proteína p53, con figuras de mitosis no evidentes ni atípicas. Los leiomiomas son las tumoraciones benignas más frecuentes del tracto genital femenino. De éstos la forma histopatológica menos frecuente es el leiomioma celular, el cual representa menos del 5% de los casos. Pueden manifestarse con patrones inusuales, en ocasiones con crecimiento aberrante, con manifestaciones en órganos vecinos por compresión. En algunas ocasiones pueden simular alteraciones malignas, tanto macroscópica como microscópicamente, como es en este caso.

CARTEL MAMPARA 57

Mioma uterino gigante

HILDA SANCHEZ HERNÁNDEZ, JORGE ROMÁN AUDIFRED SALOMÓN, PRISCILLA ROQUE GUTIERREZ, KARLA LILIANA TOLEDO MARTÍNEZ
Hospital General Dr. Manuel Gea Gonzalez, Secretaría de Salud, Mexico DF.

Se trata de paciente femenina de 46 años de edad, la cual inicia padecimiento actual hace seis meses con ciclos de hiperpolimenorrea, 15x15, con dismenorrea progresiva, constipación, distensión abdominal y sensación de plenitud temprana. A la exploración física abdomen blando depresible, doloroso a la palpación en hipogastrio, con presencia de tumoración de 30cms aproximadamente bordes irregulares, móvil, con discreto dolor a la movilización, acompañado de disnea en decúbito por lo que se realiza TAC abdominopélvica la cual reporta tumoración de 22 x 16 x 30 dependiente de útero. Se realiza histerectomía total abdominal con salpingooforectomía bilateral. Reporte de histopatología: útero y ambos anexos cuerpo uterino 7 x 6.5 x 5cm, con miometrio de 2.2 cm. Dependiente del fondo uterino, masa que mide 28 x 18 cm, peso 4500. Diagnóstico leiomioma uterino voluminoso y adenomiosis. Los leiomiomas uterinos son tumores comunes, su etiología es poco conocida, estudios citogenéticos, muestran que el 40-50% presentan anomalías cromosómicas, las principales manifestaciones son hipermenorrea y dolor, los gigantes además pueden cursar con constipación intestinal y tenesmo rectal. El incremento en el tamaño y peso dependerá

de la estimulación estrogénica y alteraciones genéticas predisponentes. Sin embargo aun no se conocen del todo los componentes etiológicos que pueden determinar el tamaño del leiomioma.

Conclusiones: en la bibliografía sobre el tratamiento de miomas no se ha realizado un metanálisis o determinado en forma clara, el tratamiento de la miomatosis, la modalidad del tratamiento de elección, esta basado en tamaño y localización, clínica, edad, paridad y deseo de conservación del útero.

CARTEL MAMPARA 58

Mioma gigante calcificado: reporte de un caso
ANA ISABEL OSORIO PÉREZ, CARLOS ANDRÉS RODRÍGUEZ CABRAL, LEONARDO ENRIQUE SALAZAR TRISTÁN, MARÍA DEL CARMEN FLORES MENCHACA, LUIS JOAQUÍN ROMO ENCISO

Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital de la Mujer Zacatecana, Secretaría de Salud de Zacatecas, Zacatecas, Zac.

Antecedentes: los leiomiomas son tumores benignos, presentes en el 20% al 30% de las mujeres. La degeneración hialina es la forma más común (63%) mientras que los otros son menos frecuentes, como los calcificados (8%). La calcificación de los miomas es más frecuente en mujeres de edad avanzada, son secundarios a la presencia de fosfato de calcio y carbonatos que se depositan en el leiomioma.

Objetivo: presentar el caso de un mioma uterino calcificado gigante destacando esta patología como causa de hallazgo radiológico de imagen cálcica pélvica.

Material y métodos: paciente de 60 años, con aparición de un tumor en hipogastrio. Por radiografía simple de abdomen pudo observarse tumoración calcificada en hueco pélvico la cual se corrobora por tomografía computarizada. Por laparotomía exploratoria se confirma el diagnóstico, se realiza histerectomía.

Resultados: el reporte histopatológico confirmó un leiominoma uterino calcificado (525g 32cm)

Conclusión: un mioma calcificado es el resultado de un cambio degenerativo del mismo, la mayoría resulta de la alteración en el suministro sanguíneo, que ocurre por el rápido crecimiento o atrofia postmenopáusica.

CARTEL MAMPARA 59

Mioma submucoso abortado: reporte de un caso.

ARTURO HERNÁNDEZ JIMÉNEZ, JAIME ARTURO ALFARO ALFARO, FÉLIX MUÑOZURI ÍÑIGUEZ, ALEJANDRA CONTRERAS RENDÓN, YULIANA GÓMEZ MERAZ
Centro Médico ABC, Mexico DF.

Paciente de 34 años de edad, con antecedentes de dos embarazos, un aborto y una cesárea que

acudió a la consulta por dolor tipo cólico en hemiabdomen inferior intenso tipo cólico de una semana de evolución con antecedente de ciclos con polihipermenorrea de tres meses de evolución acompañada de dismenorrea. Se indica tratamiento médico el cual responde a la sintomatología parcialmente por lo que se solicitan estudios complementarios de imagen encontrando mioma que ocupa cavidad uterina de 5 x 4 centímetros que protruye hacia canal cervical. Se realiza miomectomía histeroscópica encontrando como hallazgo atípico mioma submucoso de 5 x 4 centímetros abortado en cavidad uterina ocupando parcialmente el canal cervical sin encontrar base del mioma o pedículo del mismo, se realiza extracción del mioma en su totalidad por histeroscopia sin complicaciones.

CARTEL MAMPARA 60

Tumor de Meigs: reporte de caso y revisión de la bibliografía

NORBERTO REYES PAREDES, MIGUEL DE JESÚS LÓPEZ RIOJA, SANTIAGO CASTELAZO ALATORRE
Hospital Ángeles Lomas, Huixquilucan, Estado de México.

El síndrome de Meigs se define como la asociación de fibroma ovárico con ascitis y/o derrame pleural. El síndrome de pseudoMeigs se define como la asociación de ascitis o derrame pleural, con otro tumor ovárico diferente al fibroma. En Estados Unidos, los fibromas tienen una incidencia de 2 a 5%, y el síndrome ocurre entre 1 y 2% de estos casos. La ascitis se presenta entre 10 y 15% cuando hay fibroma. El tumor es benigno, sólido, unilateral, más frecuente en mujeres posmenopáusicas. El cuadro clínico consta de fatiga, disnea, pérdida de peso, tos no productiva, edema, y amenorrea/irregularidad menstrual. El diagnóstico es clínico, por ultrasonido pélvico y estudios de imagen. El tratamiento es quirúrgico, con salpingooforectomía unilateral, o cistectomía con escisión del tejido fibromatoso. Presentamos el caso de una mujer de 53 años, que acude a consulta por síndrome doloroso abdominal, y derrame pleural derecho, por lo que se realiza un ultrasonido pélvico, donde se encuentra tumor anexial derecho de 5.3cm y presencia de líquido libre en cavidad pélvica. Se realiza radiografía anteroposterior de tórax encontrando atelectasia laminar basal derecha. La tomografía mostró escaso derrame pleural derecho, líquido libre en cavidad abdominal, atelectasias basales posterolaterales. Se programa para laparotomía exploradora, en la que se realiza salpingooforectomía derecha, con estudio transoperatorio, con reporte de fibroma ovárico de 56 g, de 6.5 cm de longitud, con cambios degenerativos benignos, asociado

a ascitis. La evolución fue satisfactoria, con remisión del derrame pleural y ascitis, por lo que la paciente egresa sin complicaciones.

CARTEL MAMPARA 61

Sarcoma uterino. Reporte de un caso y revisión de la bibliografía

NADIA JACQUELINE HERNÁNDEZ CARLÍN, GILBERTO RAMÍREZ LÓPEZ, GUSTAVO CRUZ ALARCÓN
Hospital de Ginecología y Obstetricia, Instituto Materno Infantil del Estado de México, Toluca, Méx.

Antecedentes: los sarcomas uterinos representan 1% de los tumores malignos del tracto genital femenino y 3% a 7% del cáncer uterino. Los leiomiomas se presentan en 1 a 2%. Son agresivos. La edad promedio de presentación 52 años. Se manifiestan con sangrado uterino anormal (56%), tumor pélvico palpable en (54%) y dolor pélvico (22%). La paridad, la menarquia y edad de menopausia son factores de riesgo inconclusos. Los estudios de imagen y los hallazgos clínicos son inespecíficos para sarcomas.

Caso clínico: paciente de 52 años, con diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial. Menarquia 14, IVSA 24, Parejas sexuales 2, gesta 2, para 2, FUM 2011. Sangrado uterino anormal de 1 año de evolución, pérdida ponderal de 6 kg en 4 meses, dolor pélvico. Útero aumentado de tamaño, bordes irregulares, sangrado transvaginal. Ecografía Leiomiomatosis intramurales de grandes elementos. Biopsia de endometrio sangre fibrina e inflamación. Histerectomía total abdominal por leiomiomatosis: útero de 22x18 cm. Resultados. Histopatológico: Sarcoma uterino indiferenciado, Leiomiomasarcoma. Útero de 17x12x11 cm, un nódulo principal y nódulos satélites, necrosis central. P53: positivo. Referencia a Oncología.

Conclusiones: el diagnóstico de leiomiomasarcoma es difícil, la biopsia endometrial lo detecta en menos del 25%. Diferenciación de leiomiomas por criterios de Stanford: Índice mitótico > 10, atipia celular y necrosis coagulativa. El diagnóstico de certeza es por estudio anatómopatológico. Existe sobreexpresión de p53 en 25 a 47%, el cual no se presenta en leiomiomas. El tratamiento incluye la histerectomía total abdominal y extracción del tumor si es extrauterino. La supervivencia a 5 años en estadio I es del 50%.

CARTEL MAMPARA 62

Estadificación laparoscópica en etapa avanzada de cáncer endometrial: reporte caso clínico

EMILIO JOSÉ OLAYA GUZMÁN, RODRIGO AYALA YÁÑEZ, ALEJANDRA CONTRERAS RENDÓN, MARÍA GUADALUPE HUGUES GARCÍA, LORENA MATIENZO SERMENT

Centro Médico ABC, Mexico DF.

El cáncer endometrial es la segunda neoplasia ginecológica más frecuente a nivel mundial, y la tercera causa de cáncer ginecológico en México. La incidencia es seis veces mayor en países desarrollados que en los menos desarrollados. En México se estima una incidencia del 4% y una prevalencia del 5.6%. La supervivencia en las etapas clínicas tempranas es del 80%, mientras que las pacientes con enfermedad avanzada tienen una supervivencia a largo plazo menor al 50%.

Caso clínico: paciente de 34 años de edad que inició con sangrado uterino anormal, metrorragias y sin otros síntomas. A la exploración física IMC 33. A la exploración ginecológica útero de 5x2x1 cm, anteversoflexión, parametrios libres, sin evidencia de lesiones macroscópicas cervicales. Cuenta con antecedentes de importancia Menarquia 10 años, ciclos regulares, nuligesta, último Papanicolaou 2 meses antes del padecimiento actual negativo para células neoplásicas, método de planificación familiar con hormonales orales. Niega enfermedades crónicas degenerativas. Se sometió a estudio por medio de biopsia endometrial con reporte de adenocarcinoma de endometrio tipo endometroide, grado nuclear 2, con diferenciación escamosa focal y necrosis multifocal. Se realizó Resonancia Magnética con reporte de engrosamiento endometrial, sin reporte de metástasis ganglionar o implantes peritoneales. Fue sometida a cirugía laparoscópica protocolizada por cáncer endometrial: lavado peritoneal, histerectomía radical Piver II, disección ganglionar pélvica, biopsia de epiplón y resección de implantes peritoneales pélvicos que en el resultado transoperatorio fue adenocarcinoma endometroide moderadamente diferenciado. La cirugía estadificadora se realizó sin complicaciones. Se obtiene reporte de patología definitivo con reporte de implante peritoneal correspondiente a adenocarcinoma endometroide moderadamente diferenciado, útero y ganglios pélvicos izquierdos con adenocarcinoma endometroide con metaplasia epidermoide moderadamente diferenciado, invasión linfovascular presente, borde quirúrgico de parametrio izquierdo positivo y bordes de cérvix y parametrio derecho negativos. 1 de 12 ganglios pélvicos izquierdos con metástasis, 6 ganglios pélvicos derechos negativos para neoplasia y biopsia de epiplón negativa. Se estadifica en una etapa IIIC. La paciente tuvo una estancia hospitalaria de 4 días y se egresó de manera favorable. Posteriormente recibió 6 ciclos de quimioterapia, teleradioterapia 45 Gy y 25 sesiones de braquiterapia. La paciente en la actualidad se encuentra con adecuado control, sin evidencia de enfermedad.

CARTEL MAMPARA 63

Adenocarcinoma endometrioide poco diferenciado: reporte de caso

MIRIAM EUGENIA RUBIO ROBLES, ADRIANA TARCILA VELÁZQUEZ RODRÍGUEZ, SAMANTHA LIZETH ALCANTAR LOMELI

Hospital Regional Valentin Gómez Farias, ISSSTE, Zapopan, Jalisco.

CARTEL MAMPARA 64

Tumor de músculo liso uterino de potencial malignidad incierta (STUMP): Reporte de un caso

ALEJANDRO SÁNCHEZ ARANDA, SAMUEL WEINGERZ MEHL, GABRIEL ROJAS POCERO, DIEGO LEONARDO JORGE BUYS, SANTIAGO CASTELAZO ALATORRE

Hospital Angeles Lomas, Huixquilucan, Estado de México.

Los tumores de músculo liso uterino de potencial maligno incierto (STUMPs) histológicamente con clasificados dentro de los leiomiomas y leiomiomas, basado en la combinación de parámetros histológicos como actividad mitótica, atipia y necrosis tumoral celular. Los tumores de músculo liso uterino de potencial maligno incierto es un grupo histológico heterogéneo que no puede ser diagnosticado de manera fácil como benigno o maligno. Se reporta un caso de una mujer de 53 años quien acude al servicio de ginecología del Hospital Angeles Lomas, por presentar sangrado uterino anormal el cual ha ido progresando en el último año, al interrogatorio dirigido refiere presentar disnea de medianos esfuerzos así como síntomas de bajo gasto cardíaco. A su ingreso menciona presentar miomatosis de grandes elementos como antecedente para su padecimiento actual. Exploración con útero difícil de limitar adherido a planos de aproximadamente 30 cm, con bordes irregulares y no es posible palpar anexos, actualmente con escaso sangrado transvaginal, resto de la exploración sin alteración. Se solicitan estudios de laboratorio y gabinete, con reporte de: Hb 4.5 g/dl, Hto 14.7%, leucocitos 8.200 mL/ul, plaquetas 299,000 mL/ul. Se programa para realizar histerectomía total abdominal con reporte de hallazgos postquirúrgicos: Histerectomía total abdominal + SOI, sangrado de 600 cc, uresis 180 cc claro, útero de 30x25x25 cm con peso de 6440 g. Reporte de patología: Espécimen quirúrgico recibido muestra múltiples leiomiomas, tanto a nivel intramural como sub-seroso, de ellos, el de mayor tamaño de 19 cm con evidencia de áreas con franca hiperplasia celular, aunada a varios focos de atipia citológica significativa pero que no afecta de manera difusa a las células proliferantes, el índice mitótico de la neoplasia es baja con 4 mitosis en 10 campos, pero en

promedio ronda entre 0 a 2 mitosis por cada 10 campos de gran aumento, además la lesión evidencia extensas zonas de necrosis, muchas de las cuales corresponden a necrosis hialina, otras zonas de la lesión corresponden a necrosis de células tumorales evidenciada por datos cito-arquitecturales de apoptosis. Las características morfológicas previamente descritas son consistente con una lesión tumoral conformada por células musculares lisas, dependientes de la pared miometrial, la cual es considerado como tumor de músculo liso uterino de potencial maligno incierto (STUMP) el cual debido al bajo índice mitótico se puede clasificar como de bajo potencial maligno (SMT-LMP).

CARTEL MAMPARA 65

Rabdomiosarcoma en cuello uterino de mujer joven

MAURICIO ENRIQUE MONTEMAYOR BOLADO, ARNULFO MARTÍNEZ CHAPA, MARIO MEADE GARCIA, RUTH WADE ISIDRO, CECILIA LEZAMA TORRES

Hospital Regional Monterrey, ISSSTE, Monterrey NL.

Antecedentes: los sarcomas de cérvix uterino son una forma de presentación no común durante la primera y segunda década de la vida.

Objetivo: describir las características clínicas y patológicas de cuatro casos de sarcoma de cérvix uterino en menores de 18 años referidas a nuestra unidad.

Material y Métodos: de enero de 1998 a junio de 2013 cuatro casos fueron estudiados con un rango de edad de 13.4 a 17.3 años de edad, el síntoma mas común para evaluación fue el síndrome anémico con hemoglobinas menor a 10 g que llevó a realizar biopsias con estudios histopatológicos de sarcoma botroides, rabdomiosarcoma, y sarcomas de alto grado. El estudio preoperatorio con resonancia magnética para evidenciar infiltración estromal y la posibilidad de cirugía conservadora. El tratamiento incluyo de cirugía conservadora polipectomía legrado endocervical así como traquelectomía y quimioterapia adyuvante hasta la cirugía radical con tratamiento con radioterapia postoperatoria.

Resultados: *Caso 1.* Rabdomiosarcoma tratada con polipectomía y legrado endocervical a 72 meses libre de enfermedad, perdida al seguimiento por cambio de residencia fuera del país. *Caso 2.* Rabdomiosarcoma tratado con polipectomía y quimioterapia a los 13 años, recurrió al octavo año de seguimiento tratada con histerectomía radical transposición ovárica y radioterapia complementaria a 18 meses de tratamiento se encuentra libre enfermedad. *Caso 3.* Sarcoma de alto grado tratado con histerectomía radical transposición ovárica a 13 meses de seguimiento se encuentra libre de enfermedad. *Caso 4.*

Sarcoma de alto grado se realizó histerectomía radical más transposición ovárica a 9 meses de seguimiento se encuentra libre de enfermedad.

Conclusiones: el tratamiento conservador inicial es importante siempre que el estudio histopatológico lo permita realizar, de no ser así la histerectomía radical esta indicada. La terapia adyuvante con radioterapia y quimioterapia es muy importante.

CARTEL MAMPARA 66

Tumor mülleriano mixto. Presentación de dos casos

AMBE ALBERTO KABLY, ÓSCAR ANDRÉS MARTÍNEZ PACHÓN, FLORENCIA COVARRUBIAS HAIK, MARSELLA FRANCO JARAMILLO, JACQUELINE IVETT LAGUARDIA DOMÍNGUEZ

Hospital Ángeles Lomas, Huixquilucan, Estado de México.

Paciente de 84 años de edad, con antecedentes de cinco embarazos, tres partos y dos abortos; menopausia a los 48 años y última citología cervical en 2010 sin datos de malignidad.

La paciente refiere sangrado transvaginal coloración café de 5 meses de evolución. Se programa para legrado uterino instrumentado con toma de biopsia, en el procedimiento se encuentra una histerometría indirecta de 16 cm.

El reporte de patología menciona tumor mülleriano mixto, tipo carcinoma. Se programa para histerectomía total abdominal con salpingooforectomía bilateral y lavado peritoneal. No se evidencian otras infiltraciones tumorales. El reporte final de patología menciona tumor mülleriano mixto (carcinosarcoma uterino) con predominio del componente epitelial y componente sarcomatoso de tipo homólogo con áreas heterólogas tipo condrosarcoma, el cual infiltra más allá del miometrio. Por el estadio terminal de la patología, se decide por tratamiento paliativo. Los tumores müllerianos mixtos malignos o carcinosarcomas uterinos son neoplasias que representan del 2-3% de todos los cánceres en esta localización. Entre los factores de riesgo se encuentra la obesidad, hipertensión arterial, nuliparidad, hiperestrogenismo, tratamiento con tamoxifeno y radiación previa en la pelvis. Histológicamente están formados por una mezcla de componente epitelial maligno y otro sarcomatoso. El componente carcinomatoso es usualmente de tipo glandular, endometrioides, de células claras o papilar seroso, entre otros. El componente heterólogo puede ser cartilago maligno, músculo esquelético maligno, puede ser osteosarcoma o liposarcoma. La edad de presentación es entre 61 y 69 años, en forma de sangrado posmenopáusico. La invasión miometrial en el momento de realizar el diagnóstico es lo más habitual. Por resonancia

magnética el útero está aumentado de tamaño, hay un tumor que ocupa la cavidad endometrial y hay evidencia de invasión endometrial.

CARTEL MAMPARA 67

Carcinoma de trompa de Falopio: reporte de un caso

REYNA ANDREINA GARCÍA LEZAMA, RICARDO IBARRA PATIÑO, ÓSCAR VIDAL GUTIERREZ, VICTORIA CEDEÑO MORALES, ÓSCAR TREVIÑO MONTEMAYOR
Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey N.L.

El carcinoma de trompa de Falopio es considerado un tumor ginecológico raro que se presenta en 0.14 a 1.8 % de las neoplasias genitales. Menos del 5% de las pacientes son diagnosticadas antes de una intervención quirúrgica, y hasta un 50% son diagnosticadas transoperatoriamente. La edad de presentación más frecuente es entre los 40 y 65 años, con una media de edad a los 55 años. Las manifestaciones clínicas incluyen cualquiera de los síntomas de la triada de Laztko, presente en menos del 15% de las pacientes y que incluye descarga serosanguinolenta vaginal, dolor abdominal cólico, y masa abdominal pélvica. El tratamiento de elección es la cirugía utilizada para el cáncer de ovario, se realiza una cirugía citorreductora con linfadenectomía pélvica y paraaórtica, quimioterapia adyuvante con régimen de platino-taxane. A continuación se presenta el caso de una paciente de 64 años la cual acudió a consulta por sangrado postmenopáusico, durante su estudio se encuentra tumoración anexial derecha de 4.8 x 2.7 x 2.4 cm, heterogénea, con componente sólido y quístico, bordes definidos, septos de 0.25 mm, con presencia de flujo arterial periférico compatible con proceso neofornativo, marcadores tumorales normales, se programa para tratamiento quirúrgico, se realizó histerectomía vaginal más salpingooforectomía derecha, con ovarios normales e hidrosalpinx derecho se recibe reporte de patología con diagnóstico de carcinoma seroso de alto grado originado en oviducto derecho, se programa segunda cirugía para estadiaje adecuado con reporte negativo para neoplasia y se envía a oncología médica para continuar en tratamiento.

CARTEL MAMPARA 68

Coriocarcinoma, no tan frecuente pero mortal

LORENA CANDELAS HUERTA, LEONEL XOLALPA ALTAMIRANO, JULIETA CRUZ RUIZ, MAYRA JIMENEZ AVALOS, GABRIEL MUÑOZ JUAREZ
Hospital General Regional, Secretaría de Salud, León, Guanajuato.

Antecedentes: la enfermedad trofoblástica gestacional consta de un grupo de lesiones benignas y malignas así como anomalías en la placenta que se han visto favorecidas gracias al avance en recursos para su pronto diagnóstico, oportuna evacuación, seguimiento correcto con la fracción beta para aplicar oportunamente tratamiento que evite secuelas malignas.

Objetivo: identificar a pacientes de alto y bajo riesgo con enfermedad trofoblástica gestacional para evitar secuelas neoplásicas por molas de alto riesgo.

Caso clínico: paciente de 48 años de edad, G4P3A1 con embarazo molar, PAP hace un año normal. Se realizan 3 legrados consecutivos por embarazo molar primero en agosto 2012, segundo en noviembre 2012 y tercero en enero 2013. Ingresa en agosto 2013, con sangrado transvaginal continuo, se encuentra con rudeza respiratoria, y anemia severa. A la especuloscopia se encuentra tejido exofítico por canal cervical, se encuentra cérvix indurado, útero de 13x9 cm. Hemoglobina de 9gr/dl, fracción beta de 41, 600 U/mL, USG endovaginal útero de 13x9 contenido hipoecoico, telerradiografía de tórax infiltrado reticulonodular bilateral. Reporte histopatológico con coriocarcinoma, endocervix y endometrio con citotrofoblasto y sincitiotrofoblasto. TAC imágenes sugerentes de METS pulmonares.

Discusión: se debe individualizar y estadificar a cada paciente con enfermedad trofoblástica a fin de llegar a un diagnóstico adecuado y evitar evoluciones tórpidas por un mal seguimiento.

Conclusión: no minimizar evoluciones tórpidas e investigar neoplasias aunque sean poco comunes en toda paciente que presente enfermedad trofoblástica gestacional ya que los desenlaces fatales son 100% prevenibles.

CARTEL MAMPARA 69

Coriocarcinoma metastásico asociado con síndrome de Wunderlich: reporte de caso

ROBERTO CARLOS OJENDIZ NAVA, SARA ELIA HERNANDEZ FLORES, DANNIELA NIEBLA CARDENAS, JORGE ROMAN AUDIFRED SALOMÓN
Hospital General Dr. Manuel Gea Gonzalez, Secretaría de Salud, Mexico DF.

Paciente de 18 años, ingresa a urgencias adultos por choque hipovolémico, secundario a hematoma retroperitoneal, perirrenal, (síndrome de Wunderlich), con tumoración pélvica quística, con HCG positiva, con antecedente de embarazo molar el 14-03-2013, sin seguimiento. Gesta 2, parto 1, embarazo molar 1. FUR: marzo 2013, presenta sangrado transvaginal escaso todo abril, MPF: Ninguno. Cuadro clínico de 1 mes de evolución, caracterizado por cefalea generalizada, náuseas, vomito y pérdida de peso, presento

lipotimia en su domicilio, por lo que fue llevada a urgencias. A su ingreso en choque hipovolémico grado III, Falla renal crónica agudizada, síndrome de respuesta inflamatoria sistémica, Normocefala, sin focalizar, cardiopulmonar sin compromiso, el abdomen con peristalsis disminuida, sin datos de abdomen agudo, tumoración abdominopélvica que abarca flanco derecho y parte de hipocondrio derecho, genitales normales, con orina hemática, al tacto vaginal, con tumoración pélvica, hacia ambos anexos, útero de 11 cm, con escaso sangrado no activo no fétido. Laboratorios: leucos de 19.4, hb de 8.70, hto: 26, segmentados 97%, glucosa 200, creatinina de 2.06, BT: 4.62, BD: 3.13, BI: 1.49, TGP: 60, TGO: 76, FA: 221, LDH: 1132, HCG: 798 u-mL. TAC de cráneo, tórax, abdomen: hallazgos de lesiones metastásicas en cerebro, pulmones, mediastino, tumoración renal derecha y hematoma perirrenal, hepático. Se corrobora determinación de HCG por probable, efecto prozona, encontrando esta mayor de 200,000 se integra diagnóstico de coriocarcinoma metastásico, se realiza embolización de arteria suprarrenal derecha, logrando estabilización, valorada por INCAN, deciden su traslado para inicio de radioterapia a holocraneo y tratamiento sistémico. Se presenta nuevamente sangrado a nivel abdominal, fallece a la semana de iniciar tratamiento.

CARTEL MAMPARA 70

Mixofibrosarcoma de bajo grado en cicatriz quirúrgica de mastectomía

JORGE ALBERTO RAMÍREZ MATÚS, LILIANA VALDEZ GIL, JOSÉ LUIS AQUINO HERNÁNDEZ, ROMAN MORALES SANCHEZ, SERGIO MONTOYA MAZA
Hospital General Regional Dr. Rafael Pascacio Gamboa, Secretaría de Salud, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

Caso clínico: paciente de 74 años de edad con antecedentes hereditarios de hermana finada por mieloma múltiple y antecedentes de carcinoma de mama.

AP No P. Tabaquismo de 30 años de evolución el cual dejó hace 8 años.

APP. Se le realizó hace 2 años mastectomía radical modificada tipo patey por carcinoma de mama derecha con notificación histopatológica de Adenocarcinoma ductal infiltrante de tipo comedo moderadamente diferenciado con grado nuclear I, tumor de 1.5 cm con ganglios linfáticos negativos. Sin tratamiento adyuvante y con vigilancia periódica. Fractura hace un año por aplastamiento al esfuerzo utiliza bifosfonato con dolor residual con irradiación a pierna izquierda y control por traumatología. AGO. Menarquia 12 años, IVSA: Nubil, menopausia a los 55 años DOC no. DOCMA BIRADS 2 de mama izquierda. Octubre 2012.

Padecimiento actual. Consulta por nódulo en borde de lecho quirúrgico de incisión de mastectomía de 2 meses de evolución.

EF. Nódulo de 5x 2 cm de bordes irregulares de consistencia dura, poco móvil, en borde de cicatriz quirúrgica en línea media clavicular, región linfoportadora ipsilateral sin compromiso, mama izquierda sin alteraciones. Biopsia por trucut notifica mixofibrosarcoma de bajo grado. Estudios de extensión gammagrama óseo, tele de tórax, usg hepático, sin evidencia de metástasis.

Se realizó biopsia excisional con márgenes amplios.

Conclusiones: toda paciente operada de carcinoma de mama es primordial el seguimiento clínico considerando ante la presencia de un nódulo, la posibilidad de recurrencia y descartar la presencia de metástasis.

El caso presentado es algo raro y fue fundamental la biopsia por trucut y los estudios de extensión para ofrecer el tratamiento quirúrgico definitivo.

CARTEL MAMPARA 71

Linfoma no Hodking difuso de células grandes de inmunofenotipo B primario de la mama

JORGE ALBERTO RAMÍREZ MATÚS, LILIANA VALDEZ GIL, ROMAN MORALES SANCHEZ, JOSÉ LUIS AQUINO HERNÁNDEZ, LUZ ARACELI LÓPEZ SOLORZANO
Hospital General Regional Dr. Rafael Pascacio Gamboa, Secretaría de Salud, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas

Caso clínico: paciente de 36 años de edad, con antecedentes de enfermedad tiroidea autoinmune de 10 años de evolución tratada con yodo radioactivo y levotiroxina sustitutivo. AGO: M: 12 años. IVSA: 20 años normorreica MPF: ninguno. Acude posterior a la realización de biopsia incisional por facultativo de nódulo de 2cm de diámetro en cuadrante superior interno de mama derecha.

EF. Presenta incisión quirúrgica periareolar en mama derecha con plastrón en cuadrante superior-interno y con presencia de ganglio ipsilateral aumentado de tamaño, de consistencia inflamatoria. Mama contralateral sin compromiso.

Notificación histopatológica: Fragmentos de tejido fibroadiposo mamario con linfoma no hodking de células grandes de inmunofenotipo B. Se refirió al servicio de hematología y oncología médica donde recibió quimioterapia adyuvante con respuesta completa y actualmente en vigilancia.

El linfoma no hodking primario de la mama es una patología poco frecuente. Constituye menos del 0.5% de todos los tumores ma-

marios malignos. Afecta principalmente a mujeres; representa el 2% de los linfomas extraganglionares y alrededor de 0.5 % de todos los linfomas malignos, la mayoría de estos linfomas corresponden al fenotipo celular B. La edad media de estos tumores ocurre en la 5ta década, con una distribución bimodal en mujeres de 33 años y otra en 63 años.

Conclusión: la correcta estadificación de la enfermedad y el adecuado muestreo para estudio histopatológico con estudio de inmunohistoquímica son fundamentales para poder definir el tratamiento terapéutico y el pronóstico de la enfermedad aunado a un tratamiento multidisciplinario.

CARTEL MAMPARA 72

Enfermedad de Paget: reporte de un caso

ANDRÉS DOMÍNGUEZ JIMÉNEZ, DANIEL ELY BRAVO AGUIRRE, FÉLIX EZEQUIEL SOTELO, RICARDO ROBERTO VEGA TRAPERO, LUIS FELIPE MALDONADO NÁJERA

Hospital de la Mujer, ISSEA, Aguascalientes, Ags.

Paciente de la sexta década de la vida, 56 años de edad, cuenta con los siguientes antecedentes de importancia, Antecedentes hereditarios, con tío paterno finado por cáncer de piel, resto negado. Antecedentes patológicos Pos operada de 3 cesáreas la última hace 17 años, diagnóstico reciente de Hipertensión Arterial Sistémica tratada con IECA. Antecedentes Ginecobstétricos, menarquia a los 12 años, Ritmo regular 30X5, IVSA a los 22 años, tres embarazos e igual número de cesáreas, tres hijos vivos y sanos. PO Oclusión tuba rica bilateral hace 17 años. Acude al servicio referida de su centro de salud por cuadro clínico de un año de evolución caracterizado por eccema de la glándula mamaria derecha y caída del pezón, además de secreción serosa.

Ala Exploración física destaca zonas linfoportadoras negativas, glándula mamaria derecha con ausencia del pezón, lesión eczematosas, ulcerada, indolora, con secreción serosa, no fétida, glándula mamaria izquierda normal, resto de la exploración esencialmente normal.

Se realiza biopsia en cuña del pezón y areola derecha con reporte de Carcinoma ductal infiltrante de glándula mamaria derecha. Enfermedad de Paget. Se realiza Mastectomía radical modificada tipo Maden de glándula mamaria derecha el día 10/07/13. Se envía tejido mamario a patología con reporte Q1762-13, Carcinoma ductal infiltrante de glándula mamaria derecha, Enfermedad de paget del pezón. Adecuada evolución posquirúrgica.

CARTEL MAMPARA 73

Tumor phyllodes de la mama, experiencia mexicana con 202 neoplasias

EVA RUVALCABA LIMÓN, JOSEFINA JIMÉNEZ LÓPEZ, VERÓNICA BAUTISTA PIÑA, FERNANDO GUIZA HOHENSTEIN, SERGIO RODRÍGUEZ CUEVAS

Instituto de Enfermedades de la Mama (FUCAM), Mexico DF.

Antecedentes: el tumor Phyllodes (TP) es una rara neoplasia fibro-epitelial mamaria, que afecta mujeres entre 40-50 años, son tumores grandes (>5cm) y los cuales corresponden 20-50% a TP malignos.

Objetivo: describir las diferencias entre diferentes subtipos de TP en una población mexicana.

Pacientes y métodos: estudio retrospectivo, transversal analítico de mujeres con TP diagnosticadas y tratadas en el Instituto de Enfermedades de la Mama-FUCAM entre agosto-2005 y abril-2013, utilizando la clasificación histopatológica de la OMS. Se realizó análisis descriptivo y comparativo de las características sociodemográficas, relacionadas a la enfermedad e histopatológicas. Resultados. Se incluyeron 200 casos (202 tumores) de 215 diagnosticados. La autodetección ocurrió en 91% con evolución de 7 meses (1-180), edad promedio de 41.5 años y tamaño tumoral de 4.5cm (1.5-22). Se documentaron 157 (77.7%) TP benignos, 25 (12.9%) borderline y 19 (9.4%) malignos, con edades de 40.5, 48 y 39 años ($p=0.001$), tamaño clínico de 4.1, 6.5 y 7 cm ($p=0.001$) y evolución de 8, 7 y 5 meses ($p=0.222$), respectivamente. Se realizaron 52 (26%) mastectomías y 130 (65%) excisiones amplias, 18 pacientes no se operaron. El tamaño en piezas quirúrgicas fue 4cm (benigno), 5cm (borderline) y 6.8cm (maligno), con diferencias entre ellos ($p=0.001$). Solo han recurrido 2 pacientes con TP benigno y fueron tratadas con excisión amplia.

Conclusiones: esta es la serie más grande reportada de TP en México, con características similares a la bibliografía internacional, donde los TP malignos son de mayor tamaño clínico y en pieza quirúrgica, siendo este subtipo siempre autodetectado por la paciente y con menor tiempo de evolución por el rápido crecimiento en comparación con los otros subtipos.

CARTEL MAMPARA 74

Tumor phylloides maligno diagnosticado en el puerperio

CLARA DEL CARMEN FLORES ACOSTA, MYRNA LIMÓN MORALES, ÓSCAR VIDAL GUTIÉRREZ, DONATO SALDÍVAR RODRÍGUEZ, YURIDIA ALVARADO BERNAL *Departamento de Ginecología y Obstetricia y Anatomía Patológica, Doctors Hospital, Monterrey NL.*

Caso clínico: paciente de 26 años, con antecedente de resección de fibroadenoma en la mama

derecha a los 10 años con antecedentes de cuatro embarazos y tres abortos que acudió a valoración dos años previo a su ingreso al presentar galactorrea y mastalgia. Se toma citología de secreción de glándula mamaria con reporte negativo para malignidad. Se realiza Ecografía: mama derecha con imagen hipoecoica sólida de bordes bien definidos de 1.3 x 0.9 cm en relación a probable fibroadenoma. BIRADS3. Se programa para biopsia la cual se suspende por embarazo y negativa de la paciente. Durante el puerperio, acude a valoración nuevamente por presentar aumento de tamaño y mastagia, a la exploración se palpa tumoración de 2 x3 cm; motivo por el cual se solicita ultrasonido el cual fue complementado con mamografía con reporte de nódulo multilobulado de 20 x 15 x 11 mm, con importante vascularidad central y periférica en relación a fibroadenoma atípico, BIRADS 4, Motivo por el cual se programa para biopsia de nódulo. Resultados: Se realiza biopsia de nódulo sólido de mama derecha de 2.5 cm con reporte de tumor filoides maligno, por lo que se realiza mastectomía simple complementaria **Conclusión:** el tumor Phyllodes maligno es la neoplasia no epitelial de la mama más El tumor phyllodes de la mama, es una neoplasia poco frecuente, de origen fibroepitelial con potencial agresivo, que representa el 0,3% al 1,0% de todos los tumores de mama y la cirugía es considerada el pilar fundamental en el tratamiento de esta patología, no existiendo un consenso actualmente sobre el tipo de cirugía debido a la poca incidencia de esta patología.

CARTEL MAMPARA 75

Tumor phylloides. Experiencia de una institución en los últimos cuatro años

RICARDO IBARRA PATIÑO, ÓSCAR VIDAL GUTIÉRREZ, DONATO SALDÍVAR RODRÍGUEZ, MAURO ANTONIO MACEDO, ÓSCAR RUBÉN TREVIÑO MONTEMAYOR *Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey NL.*

Antecedentes: el tumor phylloides es una entidad poco común, su nombre proviene del griego *phyllon* (hoja) y *eidosis* (aspecto), o aspecto de hoja; su componente es fibroepitelial, y estos comprenden del 0.3% -1% de la totalidad de tumores mamarios y tiende a presentarse de formas heterogéneas debido a la forma y tamaño que puede adoptar. Por mucho tiempo se consideró como una tumoración benigna del tejido mamario, pero posteriormente fueron descritos diversos casos en los cuales se demostró su potencial maligno.

Objetivo: revisar los expedientes de los casos clínicos tratados en nuestra institución en los últimos cuatro años.

Materiales y método: revisión de una serie de casos por medio de sus expedientes clínicos.

Resultados: se analizaron 12 expedientes clínicos, de los cuales fueron incluidos 6 para su revisión. La mediana de edad en la población fue de 44.5 años (18-51 años), en todos los casos fueron unilaterales, 4 caso en mama izquierda y los 2 restantes en mama derecha, el tamaño de la tumoración presenta un rango de 4.5 a 540 cc; en 3 de los casos se presentó tipo histológico maligno, en 2 benigno y 1 con significado incierto; sólo uno de los casos presentó metástasis y sólo en éste se tenía antecedente heredo-familiar de cáncer de mama. En tres casos se realizó cirugía conservadora, en 2 de ellos mastectomía radical modificada, y en 1 mastectomía simple. En 2 pacientes no se obtuvieron bordes libres de lesión.

Conclusiones: el tumor phylloides continúa siendo una rara enfermedad que afecta a mujeres de 30-55 años, en la mayoría de los casos la excisión de la tumoración es suficiente como tratamiento de esta patología.

CARTEL MAMPARA 76

Tumor phyllodes de mama: presentación de un caso

MARTHA MARIELA SIFUENTES LOERA, SARA PATRICIA PEÑA LIZOLA, RICARDO IBARRA PATIÑO, ÓSCAR VIDAL GUTIÉRREZ

Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey NL.

Introducción y objetivos: el tumor Phylloides fue descrito por primera vez en 1838 por Johannes Muller; es una neoplasia muy rara, representa menos del 0,5% de todos los tumores de mama. El término Phyllodes se debe a las proyecciones papilares características que se observan al microscopio, apareciendo principalmente en torno a los 40 años de edad. Se clasifican en benignos, malignos y borderline. El objetivo es determinar la malignidad de la tumoración. A continuación presentamos un caso de tumor Phyllodes atendido en el mes de marzo de 2013 en el Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González".

Material y método: paciente de 48 años de edad, sin antecedentes de importancia. Acudió debido a la aparición de un tumor en la mama derecha de 8 meses de evolución, la cual fue detectada por la paciente durante la autoexploración, presentando rápido crecimiento (refiere medidas iniciales de 2x3 cm). Fue valorada encontrándose mama derecha aumentada de tamaño a expensas de tumoración de aproximadamente 15x13cm, de bordes irregulares, móvil, no dolorosa, eritematosa en su superficie, sin secreción a través de los pezones ni adenopatías palpables. Se solicita mamografía,

la cual reporta masa de bordes bien definidos y bien delimitados sugestiva de BIRADS I. En la ecografía se observa imagen nodular en cuadrante superoexterno de mama derecha, de bordes regularmente definidos, de 6x5 cm, con 5 mm de profundidad, definido como BIRADS 4A. Se programó biopsia transoperatoria, la cual reportó tumor Phyllodes, sin determinar potencial de malignidad, por lo que se realizó resección de tumoración de 15x13 cm con bordes irregulares.

Resultados: la paciente presenta evolución favorable posterior a la cirugía. Se recibe resultado de patología definitivo, el cual reporta tumor Phyllodes benigno.

Conclusiones: debido a su baja incidencia no existen muchos estudios en cuanto a su etiología; clínicamente se manifiesta como un nódulo firme, multinodular, bien delimitado, móvil, no doloroso, con un tamaño variable entre 4 a 7 cm. El tratamiento se basa en la escisión quirúrgica de la lesión, acompañada de radioterapia e incluso quimioterapia en las formas más agresivas. El diagnóstico de confirmación es anatomopatológico y el pronóstico es favorable, con una recurrencia local del 15% y 5-10% a distancia.

CARTEL MAMPARA 77

Tratamiento de carcinosarcoma mamario. Cirugía en tumor fungado, aplicación de quimioterapia adyuvante y radioterapia: reporte de un caso

CHRISTIAN MOCTEZUMA MEZA, PATRICIA ALANIS LÓPEZ, JOSÉ LUIS LÓPEZ OBISPO, FABIÁN TOBÓN OSORNIO, JUAN LUIS ABOITES LUCERO
Hospital de Ginecología y Obstetricia 3, Centro Médico Nacional La Raza, Instituto Mexicano del Seguro Social, México DF.

El sarcoma mamario es un tipo raro de cáncer proveniente del tejido mesenquimal de la mama. Representa menos del 1% de todas neoplasias de la mama y menos del 5% de todos los sarcomas. **Caso clínico:** paciente de 48 años que inicia 4 meses previo a su valoración por Urgencias con detección de tumor en mama izquierda a la autoexploración de 1 cm de diámetro y que se agregó eritema y secreción purulenta. Recibe valoración 4 meses después con tumor de 16 centímetros de diámetro, fungado, se toma biopsia incisional la cual reporta adenocarcinoma ductal poco diferenciado, de tipo metaplásico, con componente de sarcoma pleomórfico de alto grado, infiltrante y ulcerado. Estadificada clínicamente como T4b N2 MX EC IIIB. No candidata a quimioterapia neoadyuvante. Se realiza mastectomía simple con disección axilar nivel I, teniendo como hallazgos: tumor exofítico, friable, voluminoso, fétido, fácilmente sangrante, con datos de necrosis, de aproximadamente 22x18 centímetros, tumor

muy vascularizado, fétido, conglomerado ganglionar de 4x3 centímetros. Sangrado de 1200 cc. Tiempo de cirugía: 45 minutos. Evoluciona satisfactoriamente. El reporte de patología informa: tumor bifásico de la mama del tipo carcinosarcoma con componente de adenocarcinoma papilar poco diferenciado 50% y sarcoma poco diferenciado 50% con necrosis del 40% del área tumoral, asociado a proceso inflamatorio crónico abscedado, área tumoral con eje mayor de 22 centímetros.

Recibe quimioterapia adyuvante con seis ciclos de 5 fluorouracilo (500 mg/m²), Epirrubicina (80 mg/m²) y Ciclofosfamida (500 mg/m²) cada tres semanas, sin complicaciones. Posteriormente recibe radioterapia a dosis de 50 Gy en 25 Fx. A 10 meses de vigilancia tiene buena evolución, sin recaída y sus estudios de control sin datos de actividad tumoral. Este tumor es un problema crucial debido a su rareza.

CARTEL MAMPARA 78

Cáncer de mama masculino: reporte de caso
LILIA CANO HINOJOSA, RICARDO IBARRA PATIÑO, VICTORIA MARGARITA CEDEÑO MORALES, MAURO ANTONIO MACEDO, ÓSCAR VIDAL GUTIÉRREZ
Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey NL.

El cáncer de mama en el hombre es un padecimiento raro representando menos de 1% de los tumores masculinos en los países occidentales presentando una lata incidencia en Norte América, Europa y África, y baja incidencia en Asia y Japón. Se presenta la máxima incidencia durante la sexta década. El cáncer de mama masculino se diagnostica en sus formas más avanzadas con tumores de mayor tamaño e involucre linfático y debido a esto es que presenta un peor pronóstico de supervivencia. Entre los factores de riesgo se encuentran los hormonales asociados al hiperestrogenismo como en la obesidad y Síndrome Klinefelter, riesgo laboral (radiación), ingesta de alcohol, factores hereditarios (BRCA1, BRCA2, CHEK2). El cáncer de mama masculino que se presenta con mayor frecuencia es el carcinoma ductal infiltrante, presentándose hasta en 90%. Se presentan receptores hormonales en el 75 a 90 % de los tumores. El signo clínico que con más frecuencia se presenta es tumoración retroareolar no dolorosa. El tratamiento de cáncer de mama masculino aun no está claro, se ha manejado tratamiento quirúrgico local o mastectomía radical así como radiación.

Como caso clínico presentamos a un paciente de 71 años que inició padecimiento hace 7 meses con tumoración en mama derecha de 2 cm,

renitente, móvil acompañada de dolor punzante e intermitente, acudió hace 1 mes con médico particular el cual realizó ultrasonido reportando en mama derecha a las 5 h imagen hipoeoica, irregular, bordes lobulados, de 1.9 x 1.1 x 1.3 con vascularidad escasa en su centro pared gruesa ecogénica, posterior se tomó biopsia con trucut reportando adenocarcinoma canalicular infiltrante con involucre linfático. Se realizó mastectomía radical modificada sin complicaciones. Reporte de anatomía patológica.

CARTEL MAMPARA 79

Cáncer de mama localmente avanzado y su tratamiento durante el embarazo

CHRISTIAN MOCTEZUMA MEZA, GONZALO POL KIPPES, JESSICA LILIANA BAÑUELOS RODRÍGUEZ, BRENDA RÍOS CASTILLO, OLIVIA MARÍN ROMERO
Hospital de Ginecología y Obstetricia 3, Centro Médico Nacional La Raza, Instituto Mexicano del Seguro Social, México, DF.

Antecedentes: el cáncer de mama en el embarazo es aquel diagnosticado durante el mismo o un año posterior al parto. La incidencia es entre 1 entre 3000 a 10 000 embarazos. En la etapa I y II se puede realizar mastectomía radical modificada durante todo el embarazo, en el tercer trimestre se puede realizar cirugía conservadora. La aplicación de la quimioterapia ha reportado incidencia mínima de restricción del crecimiento intrauterino y oligohidramnios.

Caso clínico: paciente de 39 años enviada al HGO 3 CMN La Raza referida de su Hospital por presentar tumor en mama derecha de 9x9 cm y axila ipsilateral con ganglio indurado y móvil de 2x1 cm. Regiones supraclaviculares, mama y axila izquierda negativas a malignidad. Abdomen con útero gestante con fondo uterino de 24 cm del borde superior de la sínfisis del pubis con frecuencia de 134 por minuto. Por USG se concluyó embarazo de 24 semanas. Se realizó ultrasonido hepático y radiografía de tórax sin datos de actividad tumoral. Laboratorios con Hb de 13.1 gr, Hto 39%, leucocitos 6700, plaquetas 335 000.

Inició quimioterapia neoadyuvante con 5 fluorouracilo-epirrubicina-ciclofosfamida (FEC) con 3 ciclos, no se dan más ciclos en la semana 35, en este momento el tumor medía 8x7 cm con una zona ulcerada de 2x1 cm. Se realizó cesárea a las 38 semanas obteniendo PUVI masculino de 2960 gramos, Apgar 8-9, talla 49 cm, Capurro 38 sem. Se realiza mastectomía radical modificada con tumor de 3x2.5 con carcinoma ductal infiltrante, invasión linfovascular. Dos de 15 ganglios positivos a metástasis por lo que es enviada a radioterapia recibiendo 50 Gy. Hasta la fecha 2013 paciente libre de enfermedad y producto de dos años de edad sin alteraciones.

Posteriormente al continuarse la QT la respuesta clínica fue del 50% y la respuesta patológica fue del 60%. Debido a las metástasis en 2 ganglios se requirió radioterapia con evolución adecuada y periodo libre de enfermedad de dos años.

CARTEL MAMPARA 80

Carcinoma mamario de rápido crecimiento

PABLO GARZA RIOS LOYZAGA CORCUERA, PEDRO SILVESTRE MIGUEL PÉREZ, ARMANDO MIGUEL ROQUE SÁNCHEZ, JESÚS RAFAEL AGUILERA PÉREZ, LORENA CECILIO AGUILERA

Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, Secretaría de Salud, México DF.

Antecedentes: el cáncer de mama es una de las primeras causas de muerte por neoplasia en mujeres mexicanas. Sólo 5 a 10% se diagnostican en etapas clínicas tempranas. La probabilidad de padecer cáncer de mama aumenta con la edad y es más agresivo en mujeres jóvenes. Enfermedad heterogénea de curso variable desde lento e indoloro hasta rápidamente progresivo. Los carcinomas de crecimiento rápido (5%) tienen capacidad de duplicar su tamaño en un mes particularmente en mujeres jóvenes.

Objetivo: describir tres casos de cáncer de mama de crecimiento rápido.

Material y método: en la coordinación de peri y postmenopausia se detectó en un periodo de 3 años 8 casos sugerentes de cáncer de mama de crecimiento rápido. Sólo tres fueron comprobados Histológicamente.

Los tres casos coinciden histológicamente al presentar focos de atipia nuclear severa (grado nuclear de Black Fisher III). Se observan áreas de infiltración de células sueltas con fibrosis y reacción inflamatoria.

Discusión y conclusiones: existen diferentes modelos de predicción de crecimiento, algunos se centran en modelos matemáticos ya sea a través de ecuaciones o incorporando variantes como inflamación y factores de crecimiento. el Dr. Weedor Fekyr manifiesta la existencia de un grupo de tumores (5%) capaces de duplicar su tamaño en un mes, siendo mas frecuente en mujeres jóvenes. Existen pocos estudios que relacionen el histotipo o las variantes morfológicas microscópicas con la tasa de crecimiento. Es más frecuente encontrar estudios que relacionen la histología del tumor con el pronóstico. Se acepta que a menor diferenciación mayor tasa de crecimiento. Se han relacionado parámetros histológicos (escala de Scarff Bloom Richardson) con la tasa de crecimiento (a mayor grado mayor velocidad de crecimiento) así como la expresión de receptores hormonales (mayor en tumores de lento crecimiento). La expresión Her-2 (de pre-

dominio en tumores de rápido crecimiento) y la síntesis de ADN (16% en los tumores de mayor crecimiento). Ninguno de estos parámetros es absoluto. La tasa de crecimiento tumoral es de suma importancia para el pronóstico. El estudio completo de de las muestras tumorales. no solo para parámetros histológicos sino también a través de su inmunoexpresión principalmente la expresión negativa de receptores hormonales (RE y RP) y la expresión positiva de Her 2 con un Ki67 mayor del 16% teniendo estos mal pronóstico. Se deberá instruir a las pacientes sobre el cáncer de mama para que sean estudiadas oportunamente.

CARTEL MAMPARA 81

Carcinoma tubular de mama: serie de casos

JOSE EDUARDO SERRATOS GARDUÑO, DIEGO ARMANDO CAMACHO RAMÍREZ, VERONICA ANDINO, ANTONIO MAFFUZ AZIZ

Instituto de Enfermedades de la Mama (FUCAM), México DF.

Antecedentes: el carcinoma tubular es un tipo poco común de carcinoma bien diferenciado de glándula mamaria, compuesto por canales bien formados similares a túbulos y que tiene excelente pronóstico. El carcinoma tubular tiene incidencia de 0.4 a 8% entre todos los carcinomas de glándula mamaria con edad promedio de presentación de 50 años, es multicéntrico en 28 % de los casos y bilateral en 12 a 38 % de los casos. Se han descrito dos variantes, el carcinoma tubular puro con excelente pronóstico y supervivencia de hasta 100% en un seguimiento de 15 años y el carcinoma tubular mixto cuyo pronóstico depende de él tipo de carcinoma asociado

Método: una revisión retrospectiva de 13 casos de carcinoma tubular identificados y tratados en el instituto de enfermedades de la mama (Fucam) entre 2006 y 2013. Con un promedio de edad de 55.5 años, con presencia de tamaño de tumor de 0.9 cm, presencia de tumor palpable en 61.5% (8), en ninguna de las pacientes se encuentran ganglios palpables a la clínica, 15.3% (2) presentaron positividad a ganglios axilares en estudio de patología, 76.9 % presentan receptores de progesterona positivos (10), Her2 Neu 7.6% (1) de las pacientes y 84.6% receptores de estrógenos positivos, 92.3% (12) con tumor visible a la mastografía, 30.7% (4) con relación a asimetría focal a la mastografía. Ninguna paciente con presencia de permeación linfática y 46.1% (6) con componente in situ asociado.

Conclusión: el carcinoma tubular se asocia con un pronóstico excelente, la producción de metástasis axilares en infrecuente en el

grupo de carcinoma tubular de la mama, una de sus principales características es la fuerte expresión de receptores hormonales, las lesiones muestran una traducción mastográfica importante. La asociación de CDIS normalmente está presente en las tres cuartas partes de los casos.

CARTEL MAMPARA 82

Papiloma intraductal gigante de mama

JOSE EDUARDO SERRATOS GARDUÑO, VERONICA ANDINO AREQUE, DIEGO ARMANDO CAMACHO RAMÍREZ, ANTONIO MAFFUZ AZIZ, V BAUTISTA PIÑA *Instituto de Enfermedades de la Mama (FUCAM), México .F.*

El papiloma intraductal es un tumor mamario poco frecuente benigno derivado de la proliferación del epitelio de los conductos mamarios, presentándose entre 20 y 40 años de edad. Representa el 1.2 % de las lesiones mamarias originadas en las células ductales. Su presentación clínica varía desde secreción sanguinolenta hasta modificaciones de la anatomía mamaria con nódulos palpables definidos retroareolares o región periareolar. Su escisión completa es diagnóstica y curativa. Su tamaño aproximado es de menos 0.5cm, en ocasiones existe destrucción del parénquima mamario dificultando su diferenciación con un carcinoma. Mastográficamente ocasionalmente permanece oculto, aunque puede observarse como un nódulo, dilatación ductal o microcalcificaciones inespecíficas. Ecográficamente tumoración intraductal sólida y homogénea hipocogénica dentro de un ducto. La galactografía revelará defecto llenado intraluminal con obstrucción del contraste.

Caso clínico: paciente de 48 años de edad. Inicio su padecimiento con autodetección de nódulo en mama izquierda de nueve meses de evolución de 8cm. Acude al Instituto de enfermedades de la mama (FUCAM) realizándose mastografía observando tumor de gran tamaño, en ultrasonido se reporta la presencia de lesión quística con verrugosidades internas. Al realizar biopsia con aguja de corte se obteniendo únicamente líquido achocolatado. Patología describe contenido de quiste hemorrágico. Continúa un aumento acelerado del tamaño ocupando la totalidad de la mama. Se realiza resonancia magnética reportando tumor intraquístico gigante con necrosis central que ocupando la totalidad de la mama izquierda. Se realizar mastectomía total por el gran tamaño de la lesión y la deformidad que esta ocasionaba y ante la imposibilidad de obtener diagnóstico histopatológico. El estudio histopatológico reporto papiloma gigante intraquístico de 6 cm de eje mayor, con extensas áreas de infarto y hemorragia antigua, sin lesión en bordes ni lecho quirúrgico.

CARTEL MAMPARA 83**Carcinoma mucinoso papilar de mama: reporte de un caso**

ROBERTO VILLALÓN CALDERÓN, RICARDO JAUREGUI TEJEDA, MÓNICA DELGADO CASTREJÓN, EDUARDO GÓMEZ PLATA

Hospital General Dr. Nicolás San Juan, ISEM, Toluca, Estado de México.

Paciente de 74 años de edad que acudió por primera vez al servicio de Urgencias en Marzo del 2012, por presentar tumor en mama izquierda de 7 meses de evolución secundario según refería la paciente a traumatismo. Cuenta con los siguientes antecedentes: Hipertensión arterial sistémica de 5 años de evolución en tratamiento médico, Histerectomía total abdominal hace 30 años por miomatosis uterina. AGO: M: 12 años, R:30x3, G:0, lactancia negativa, DOCMA: nunca previamente. A la exploración física con aumento de volumen en mama izquierda a expensas de tumor de 12x10x8 cm. aproximadamente, móvil, no fijo a planos profundos, de bordes multilobulados, bien definidos, no doloroso a la palpación, sin adenopatía axilares, supra o infraclaviculares palpables. Se solicitó mastografía y USG mamario bilateral los cuales describen tumor multilobulado de aspecto multiquístico muy vascularizado en zonas sólidas en mama izquierda. BI-RADS 4. Realizamos toma de biopsia incisional sin ser concluyente (tejido inflamatorio y necrosis). En una segunda biopsia amplia se describió lesión papilar con esclerosis extensa del estroma mamario y zonas de inflamación crónica granulomatosa con reacción tipo cuerpo extraño y fibrosis, con sugerencia de que “para el estudio de las lesiones papilares de mama es necesario estudiar el espécimen completo en cortes histológicos definitivos”. Por lo anterior y el crecimiento rápido y progresivo se decide programar mastectomía radical modificada con D.R.A. previa protocolización quirúrgica y estudios de extensión, siendo estos normales (Abril 2012). Hallazgos quirúrgicos: tumor de aproximadamente 14 cm. de diámetro mayor. Adenopatía en segundo nivel ganglionar de 0.5 cm. El reporte histopatológico definitivo fue de “Carcinoma mucinoso papilar quístico de la mama de 17 cm de eje mayor, sin permeación linfovascular, sin tumor en bordes ni lecho quirúrgico, sin evidencia de metástasis ganglionares, sin afección de piel ni pezón, asociado a inflamación crónica granulomatosa con reacción tipo cuerpo extraño y reciente, asociado a microcalcificaciones. Carcinoma ductal in situ con patrón sólido y cribiforme en 20% de la superficie de la neoplasia maligna, con afección de un conducto mayor, sin tumor en bordes ni lecho quirúrgico”.

Fue valorada por Oncología médica y Radio-oncología recibiendo tratamiento adyuvante a base de quimioterapia (AC) + radioterapia (CMC). Actualmente con hormonoterapia (Tamoxifeno) y clínicamente sin evidencia de actividad tumoral a 1 año de seguimiento.

CARTEL MAMPARA 81**Sarcoma de glándula mamaria: reporte de un caso**

VICTORIA MARGARITA CEDEÑO MORALES, EMILIO MODESTO TREVIÑO SALINAS, ÓSCAR VIDAL GUTIERREZ, LILIA CANO HINOJOSA, NANCY MAGDALENA DÁVILA FLORES

Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey NL.

Antecedentes: originalmente descrito en 1887, el sarcoma primario de glándula mamaria es un tumor extremadamente raro, que representa < del 1% del cáncer de mama y menos del 5% de todas las localizaciones de los sarcomas. Se estima alrededor de 45 casos por cada 10 millones de mujeres entre 47 y 52 años de edad, con una incidencia de 2.3% por cada 1000. Tienen origen mesenquimatoso, con distintos subtipos histológicos: angiosarcoma, histiocitoma fibroso maligno, fibrosarcoma, liposarcoma y leiomiosarcoma. Se consideran tumores muy agresivos, con recidivas locales tempranas y diseminación hematogénea. La mayoría de las veces sin etiología identificable, el diagnóstico se realiza a través de biopsia.

Caso clínico: paciente de 45 años de edad, sin antecedentes personales de importancia, última mamografía realizada 3 años antes, aparentemente normal, inicio su padecimiento tres meses previos al presentar tumoración en glándula mamaria izquierda cuadrante superoexterno, de aproximadamente 5 cm, ulcerada, crecimiento rápido, lesiones satélites ipsilaterales de mismas características hacia hueco axilar. Se realizó resección de tumoración, con reporte histopatológico de fibrosarcoma grado 1, 4.5 de diámetro mayor y bordes de resección positivos para neoplasia. Se programó mastectomía radical, la cual se realizó sin complicaciones, con resultado anatómopatológico consistente con fibrosarcoma grado 1, 3 cm de diámetro mayor, borde profundo y pezón negativo para neoplasia, piel con presencia de células neoplásicas y 10 ganglios linfáticos libres de infiltración neoplásica. Actualmente recibe radioterapia complementaria. El tratamiento de elección en este tipo de neoplasias es la cirugía con márgenes negativos, se puede elegir entre mastectomía y cirugía conservadora de mama, el involucro axilar no es común en esta patología por lo que no se recomienda disección de ganglios linfáticos. El

tamaño tumoral y el grado histológico, son los dos factores pronósticos clásicos que influyen en la recurrencia y supervivencia de los sarcomas mamarios.

CARTEL MAMPARA 85**Efecto del 17 β -estradiol en la expresión de ARNm de CTCF y CTCFL en la línea celular MCF7 de cáncer de mama**

ANTONIO SIFUENTES ÁLVAREZ, EDUARDO PORTILLO DEL CAMPO, JORGE ALBERTO BURCIAGA NAVA, FRANCIANELLA REYES VARGAS, MIGUEL ARTURO REYES ROMERO

Facultad de Medicina y Nutrición de la UJED, Servicios de Salud de Durango SSD, Durango, Dgo.

Antecedentes: el cáncer de mama es el tumor maligno más frecuente en mujeres en el mundo; 60-70% de los casos expresan receptores de estrógenos, codificados por el gen ESR1. Recientemente se describió la expresión frecuente del gen CTCFL en cáncer de mama, mismo que normalmente sólo se expresa en células germinales masculinas. Este gen es un parálogo del gen regulador maestro del genoma CTCF.

No se conoce si las vías estrogénicas afectan la expresión de los genes CTCF y CTCFL.

Objetivo: estudiar el efecto del 17 β -estradiol (E2) en la expresión de ARNm de CTCF y CTCFL en la línea celular MCF7 de cáncer de mama. Además, determinar la metilación del promotor de CTCFL y ESR1 y la búsqueda in silico de elementos de respuesta a estrógenos.

Métodos: la expresión de ARNm se determinó por RT-qPCR; la metilación de promotores mediante PCR específica de metilación, y la búsqueda in silico con el programa Lasagna Search.

Resultados: las células MCF7 exhibieron transcripción basal de ARN mensajero de CTCF, la cual fue regulada a la baja por 1 μ M estradiol. No se encontró transcripción basal de CTCFL, y el estradiol no tuvo efectos sobre su expresión. Se encontró metilación en el promotor de CTCFL y no metilación en el promotor de ESR1. En el promotor de CTCF se encontró una secuencia consenso para receptores de estrógenos, no así en CTCFL.

Conclusiones: los resultados sugieren que los estrógenos participan en la regulación de la expresión del gen CTCF, y que la expresión de CTCFL en cáncer de mama es independiente del estradiol.

CARTEL MAMPARA 86**Metástasis en ganglios linfáticos centinel de pacientes con carcinoma ductal in situ**

EVA RUVALCABA LIMÓN, MARÍA DE JESÚS GARDUÑO RAYA, VERÓNICA BAUTISTA PIÑA, CLAUDIA TREJO MARTÍNEZ, SERGIO RODRÍGUEZ CUEVAS

Instituto de Enfermedades de la Mama (FUCAM), México DF.

Antecedentes: la biopsia de ganglio centinela (BGC) en pacientes con carcinoma ductal in situ (CDIS) de la mama es controversial, reportándose ganglios positivos en 1.4-12.5% debido a la presencia de carcinoma invasor oculto en pieza quirúrgica.

Objetivo: identificar las diferencias de los casos de BGC positivo comparados con BGC negativos en pacientes con CDIS de la mama.

Pacientes y método: estudio retrospectivo de pacientes con diagnóstico inicial de CDIS tratadas con BGC por requerir mastectomía, tener tumor palpable, lesión radiológica >5 cm, inadecuada relación mama-tumor o en pacientes cuya excisión pudiera afectar el flujo linfático.

Resultados: de 168 carcinomas in situ, se incluyeron 50 casos con CDIS y BGC, cuya edad fue 51.6 años, 30 (60%) asintomáticas. Las manifestaciones clínicas mas frecuentes fueron nódulo palpable (18%), secreción por pezón (12%) o ambos (8%). En el estudio mastográfico predominaron las microcalcificaciones (72%) y en la biopsia inicial el patrón tipo comedonecrosis (62%), el grado histológico-2 (44%) con presencia de 28% receptores hormonales negativos. Cuatro (8%) casos tuvieron BGC (+) en estudio transoperatorio (ETO) y un caso positivo en estudio histopatológico definitivo (60% micrometástasis y 40% macrometástasis), todos con carcinoma invasor en tumor primario de pieza quirúrgica. Las pacientes con BGC (+) en ETO comparadas con BGC (-), fueron mujeres mas jóvenes (44.5 vs. 51 años), con mas tumores palpables (50% vs. 23.1%) y mas grandes (3.5 vs 2 cm), más patrón tipo comedonecrosis (75% vs. 60-8%), tumores mas indiferenciados (75% vs. 39.1%) y menos casos con receptores hormonales (50% vs. 73.9%), sin tener estas diferencias significancia estadística.

Conclusiones: una de cada 12 pacientes con CDIS y BGC tiene afección ganglionar, por lo que se recomienda continuar con el procedimiento de BGC para evitar segundas cirugías en presencia de carcinoma invasor oculto.

CARTEL MAMPARA 87

Reconstrucción inmediata postmastectomía utilizando colgajo miocutáneo de gran dorsal exclusivo sin prótesis en paciente con carcinoma ductal in situ extenso

ALEJANDRO JONGUITUD ACOSTA, RAMÓN MENDOZA MARES, ERNESTO SANCHEZ HERMOSILLO, CARLOS CONTRERAS HERNÁNDEZ, SERGIO GÓMEZ RODRÍGUEZ

Policlínico San Luis, San Luis Potosí, SLP.

La importancia de la mama para la calidad de vida de la mujer es evidente. El traumatismo físico y psíquico de la mastectomía puede ser paliado mediante la reconstrucción mamaria.

Por ello, la reconstrucción mamaria forma ó debería formar parte del tratamiento del cáncer de mama.

Actualmente disponemos de varias técnicas quirúrgicas para la reconstrucción de las mamas: prótesis mamarias, expansión mamaria, colgajos locales (como el toracoepigástrico), colgajos abdominales (TRAM, DIEP) y el colgajo musculocutáneo del dorsal ancho. La utilización del colgajo musculocutáneo del dorsal ancho en reconstrucción mamaria se indica principalmente en pacientes con tejidos locales de mala calidad, fundamentalmente tras haber recibido radioterapia. Con esta técnica aportamos músculo y piel de la espalda de buena calidad, pero casi siempre es preciso añadir una prótesis para conseguir el volumen adecuado. Si la paciente tiene suficiente tejido graso en la espalda se podría conseguir reconstruir la mama sin necesidad de una prótesis de silicona, como es el caso que describimos a continuación. Describimos el caso clínico de una paciente de 43 años, con diagnóstico de Carcinoma ductal in situ extenso en mama derecha a la cual hemos realizado Mastectomía preservadora de piel, con extirpación de complejo áreola-pezón previa confirmación de afectación del mismo mediante estudio intraoperatorio, con Reconstrucción inmediata utilizando Colgajo Miocutáneo de Gran Dorsal sin Prótesis así como procedimiento de Ganglio centinela y reconstrucción diferida de complejo áreola-pezón y tatuaje final. El colgajo musculocutáneo del dorsal ancho es una técnica muy segura, con pocas posibilidades de necrosis tisular. Es relativamente rápida de ejecución, de unas 2 a 3 horas, y se consigue un tejido muy bien vascularizado (el músculo dorsal ancho), por lo que está indicada en secuelas de mastectomía con mala calidad de piel, como por ejemplo tras radioterapia. La secuela estética en la espalda es pequeña: la cicatriz puede quedar oculta con el sujetador ó el bikini, y la pérdida del pilar posterior de la axila (formado por el músculo dorsal ancho) es poco apreciable en las mujeres, a diferencia de los varones en los que sería un defecto mucho más notable. Con respecto a la pérdida funcional, es inapreciable normalmente, salvo en pacientes muy deportistas. En el caso de que se realice la técnica del colgajo del dorsal ancho sin prótesis, tenemos la ventaja adicional de una reconstrucción totalmente autóloga sin las desventajas propias de la utilización de prótesis mamarias.

CARTEL MAMPARA 88

Fusión de labios en pacientes postmenopáusicas

DENISE NIZA BENARDETE HARARI, DIEGO MERAZ ÁVILA, ROBERTO ARMANDO NEVAREZ BERNAL

Centro Médico ABC, México DF.

La fusión de los labios menores se define como la adherencia parcial o total de los mismos, también llamado fusión vulvar o adherencias de los labios menores. La fusión labial completa es poco frecuente en adultos.

Fisiopatología: cuando el epitelio superficial de los labios se descama, la reparación subsecuente resulta en adhesión fibrosa de los mismos. Los factores causales más frecuentes son: inflamación local, vaginitis senil, hipoeestrogenismo, falta de actividad sexual, traumatismo local e infecciones repetidas de las vías urinarias. Incidencia: la incidencia exacta de fusión de los labios menores en mujeres posmenopáusicas se desconoce; sin embargo, se ha estimado la cifra de 0.6 a 1% de casos en todo el mundo.

Clínica: amenudo se presenta con prurito y vulvodinia, disuria, dispareunia, incontinencia urinaria, retención urinaria, dificultad para la micción y goteo postmiccional. Cuando la orina no puede salir libremente puede conducir a la retención urinaria, que puede predisponer al paciente a la colonización bacteriana e infecciones recurrentes del tracto urinario. Además, la enfermedad pélvica inflamatoria ha sido descrita como una de las complicaciones de la fusión de los labios debido a la infección bacteriana ascendente a través del cuello uterino en el útero y las trompas de Falopio. Tratamiento: la terapia inicial es con estrógenos tópicos, si esta terapia falla el tratamiento de elección es la separación labial por medio de disección roma o cortante con el posterior plegamiento de los labios.

El uso de betametasona sugiere una menor tasa de recurrencia así como un menor tiempo de separación labial sin efectos adversos por el uso de este medicamento.

Entre las indicaciones postoperatorias encontramos el uso de antibióticos tópicos en combinación con el uso de estrógenos para reducir al mínimo el riesgo de infección, mejorar el proceso de cicatrización y prevenir la recurrencia de la fusión.

CARTEL MAMPARA 89

Prolapso genital total y divertículo parauretral: reporte de un caso

MARÍA ISABEL NICOLÁS LÓPEZ, MANUEL SÁENZ CABRERA, SILVIA ORTEGA BARRIOS, ALYHATRA ELIZABETH SERRANO VAZQUEZ, GILBERTO JUVENCIO SOLANO APARICIO

Hospital General Acapulco, Secretaría de Salud, Acapulco, Gro.

Paciente de 75 años, 11 embarazos y 11 partos. Su padecimiento se inició 10 años antes con sensación de cuerpo extraño a nivel vulvar

al realizar pequeños esfuerzos, no tratado, 3 meses antes de su ingreso, presenta síntomas urinarios como: disuria, polaquiuria, tenesmo vesical y presencia de masa indurada por debajo de la uretra, que dificulta la salida de orina ocasionando retención urinaria, razón por la que acude a urgencias de este hospital, es valorada y se diagnóstica prolapso genital total y divertículo para uretral calcificado. Es intervenida el 4 de abril de 2013, realizando exceresis de divertículo parauretral e histerectomía vaginal reconstructiva, sin complicaciones. Se egresa al tercer día, y se cita a la consulta de ginecología y urología. Se envía pieza quirúrgica de útero y divertículo a patología cuyo reporte es cervicitis crónica atrófica (prolapso uterino), endometrio atrófico, adenomiosis difusa, divertículo parauretral con presencia de lito de 4x4 cm. La etiología del prolapso genital es múltiple y la progresión de este padecimiento generalmente es lenta y los planos de los órganos genitales están en ocasiones perdidos en su totalidad, por lo que su tratamiento es quirúrgico. En este caso el tamaño del lito, la funcionalidad de los órganos y la repercusión en el cuadro clínico fueron de mucha importancia para la decisión de realizar histerectomía vaginal reconstructiva y exceresis del divertículo parauretral. La correlación entre prolapso genital total y divertículo parauretral es muy rara existiendo poca información científica, de ahí el reporte de este caso. Es muy importante tomar en cuenta la edad de la paciente, el tamaño del divertículo, el éxito de la cirugía y la participación de un equipo multidisciplinario del hospital.

CARTEL MAMPARA 90

Correlación cito-colposcópica en pacientes climatéricas

DRUSSO VERA GASPAS, RICARDO SÁNCHEZ ZAMORA, ALEJANDRO GONZÁLEZ GLEASON

Centro de Docencia e Investigación en Patología del Tracto Genital y Colposcopia, México, DF.

Objetivo: conocer, la correlación entre el estudio citológico y el estudio colposcópico en la población climatérica mexicana que acude al Centro de Docencia e Investigación en Patología del tracto Genital y Colposcopia.

Material y método: estudio observacional, retroelectivo, longitudinal, descriptivo. de serie de casos con base en la revisión de los expedientes clínicos de pacientes peri y posmenopáusicas que acudieron a consulta para Papanicolaou y colposcopia en el periodo de diciembre del 2011 a diciembre del 2012. Los parámetros a evaluar en cada mujer menopáusica fueron los siguientes: Edad, diagnóstico Citológico, diagnóstico Colposcópico.

Resultados: Se estudiaron 119 pacientes de diciembre del 2011 a diciembre del 2012, Teniendo una edad media de 53.9 años.

Se recabó el reporte histopatológico en 41 casos, de los cual se demostró un caso (2.43%) de cáncer invasor a nivel cervical. Y en 20 casos, se documento la presencia de lesiones de bajo grado lo que equivale al 48.7% de los diagnósticos de nuestra población en estudio.

La sensibilidad para la citología fue del 85.3% y una especificidad del 56.09% con una tasa de falsos negativos de 14.3%, un valor predictivo positivo de 66.03% y un valor predictivo negativo de 79.31%.

El estudio colposcópico tuvo una sensibilidad del 82.92%, especificidad de 56.09%, con una tasa de falsos negativos de 17.07% un valor predictivo positivo de 65.38% y un valor predictivo negativo de 76.66%.

Conclusiones: las alteraciones inflamatorias presentes en la citología pueden ocultar una infección por el VPH, por lo que, estas pacientes requieren tratamiento tanto para procesos inflamatorios, como para el restablecimiento de las condiciones hormonales, y poder realizar un adecuado estudio colposcópico. La correlación cito-colposcópica en las mujeres climatéricas que acudieron al centro Docencia e investigación, con respecto al diagnóstico de las lesiones de bajo y alto grado solamente difiere en sólo 2%, lo cual nos indica adecuada sensibilidad para la detección de estas lesiones.

CARTEL MAMPARA 91

Infertilidad femenina: una aproximación psicosocial

DULCE YAZMIN SALAZAR ORTIZ, MARÍA DE LOURDES MARTÍNEZ ZÚÑIGA

Hospital de la Mujer, Secretaría de Salud, México DF.

Estudio cualitativo, explicativo a 30 mujeres con infertilidad femenina. Para fines de análisis la muestra se dividió en Grupos: 1) con infertilidad primaria, 2) con antecedentes de abortos, 3) mujeres que no han tenido hijos, 4) no tuvieron hijos y no cuentan con la posibilidad biológica para lograrlo. Categorías de análisis: infancia, relaciones familiares, búsqueda de pareja, pensamientos sobre matrimonio, búsqueda del hijo, diagnóstico, tratamiento, situación emocional, percepción de infertilidad, ser mujer.

Resultados: grupo 1: Infertilidad Primaria, Grupo 2: Con antecedentes de abortos Grupo 3: No han tenido hijos, Grupo 4: No tuvieron hijos y no cuentan con la posibilidad biológica para lograrlo

Conclusiones: la infertilidad femenina se inicia a partir de una construcción a lo largo de la historia de vida de la mujer que la padece, donde

las vivencias de la infancia van a marcar los pensamientos relacionados con la maternidad y darán forma al proyecto de la vida de la mujer. Las mujeres buscan la maternidad a través de la competencia con su familia. En la mayoría de los casos las mujeres se sienten fuertemente presionadas por su familia para tener hijos y sienten pena por no satisfacer la necesidad social que se les demanda. Los sentimientos que ellas viven son confusos, pues creen que sus familiares y parejas las apoyan, pero manifiestan una intensa inquietud por llenar ese vacío social que se les demanda. Lo anterior, las aleja de la posibilidad de pensarse como madres como una satisfacción personal y las pone en tremenda competencia por no conseguirlo, llevándolas a sentimientos de reclamo con las mujeres que si pueden tener hijos. Por ello se propone que el trabajo que debe llevar una mujer infértil, se encuentra en primer lugar en reencontrarse con ella misma.

CARTEL MAMPARA 92

Preservación de la fertilidad: una opción para pacientes con cáncer

LINA GABRIELA VILLAR MUÑOZ, JESÚS DANIEL MORENO GARCÍA, FABIOLA SÁNCHEZ NAVA, LINDA GARCÍA LIMA, HERBERT FLORES LEAL

Centro Medico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE, México, DF

Se estima que en la población mundial hay 25 millones de personas que superviven al cáncer. El 25% de los cánceres en las mujeres se diagnostican en aquellas que no han iniciado su plan reproductivo. El tratamiento del cáncer está conformado por cirugía, quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia o combinaciones de los anteriores que afectan el potencial reproductivo de diferentes maneras. Las alternativas de preservación de la fertilidad pueden ser quirúrgicas como cirugía conservadora de órganos reproductivos, y no quirúrgicas como supresión ovárica con anticonceptivos o análogos de GnRH, criopreservación de ovocitos o de semen, maduración in vitro de ovocitos, criopreservación de tejido ovárico o de tejido testicular, criopreservación de embriones.

Objetivo: describir el caso clínico de una paciente que se diagnostica cáncer de ovario en forma incidental previo al tratamiento quirúrgico que se realiza alternativa de tratamiento para preservación de la fertilidad.

Caso clínico: paciente de 36 años de edad, nuligesta, la cual posterior a la realización de ooforectomía derecha por laparotomía secundaria a endometriosis el resultado histopatológico reporta adenocarcinoma de ovario derecho etapa 1A. Valorada por cirugía oncológica explicando requiere cirugía radical, desea previo a esto preservación de la fertilidad por lo que se realiza

hiperestimulación ovárica con gonadotropinas con posterior captura de 9 ovocitos los cuales se vitrificaron. Doce días posteriores se realiza tratamiento quirúrgico de cáncer de ovario recibiendo tratamiento adyuvante presentando a la fecha actual buena evolución clínica. La opción posterior en esta paciente es desvitrificación de los ovocitos con posterior fertilización in vitro y transferencia embrionaria en una mujer receptora con útero subrogado.

Conclusiones: hace algunos años la posibilidad de preservar la fertilidad en pacientes con cáncer ginecológico era contradictoria. Hoy es una alternativa posible siempre y cuando el caso sea evaluado adecuadamente por un equipo multidisciplinario con el objetivo de ofrecer el mejor tratamiento.

CARTEL MAMPARA 93

Porcentaje de fragmentación de ADN espermático en pacientes en un centro privado del Distrito Federal (México)

ALFREDO GÓNGORA RODRÍGUEZ, JESÚS GUILLERMO PÉREZ FONSECA, KARLA PAOLA MORENO ORTIZ, JOSÉ MANUEL GARCÍA WROOMAN, LYDA YULIANA PARRA FORERO
Centro de Fertilidad Humana en Mexico, Mexico DF.

La determinación del porcentaje de fragmentación de ADN espermático (PFE) se ha convertido en una de las pruebas de rutina de muchos laboratorios, debido a su correlación con el diagnóstico de fertilidad en hombres. Se han determinado muchas causas para la PEF que incluyen desde procesos alterados de apoptosis hasta problemas en la espermatogénesis. En humanos y en animales se han reportado variaciones en los índices hasta llegar a una respuesta individual, sus consecuencias son variadas y dependerán de la severidad del grado del daño ocasionado en el ADN. El objetivo de este estudio fue determinar los porcentajes de fragmentación con la técnica de dispersión de cromatina (SCD), en pacientes del Centro de Fertilidad Humana en México con historial de algún problema para concebir. Se analizaron 268 espermigramas completos más PFE mostrando diferencias altamente significativas ($P > 0.0001$), se diagnosticaron pacientes Oligospermicos (OLIGO), Oligoastenozoospermicos (OATS), Teratozoospermicos (TERATO) y Astenoteratozoospermicos (ASTENO). El PFE y el porcentaje de espermatozoides con ADN sin fragmentar (PENF) son los siguientes, con media y error estándar de la media (EEM) respectivamente: OLIGO 56.2% (35.2) y 78.8 (12.61), OATS 79.5% (34.4) y 21% (6.73), TERATO 81% (33.25) y 28.4% (37.14), ASTENO

77.8% (34.2) y 21.6% (33.9). En conclusión, el espermograma completo es una buena herramienta para determinar pacientes fértiles y subfértiles, sin embargo, es necesario realizar más estudios para encontrar la correlación de los parámetros medidos en estos y el PFE

CARTEL MAMPARA 94

Porcentaje de alteraciones espermáticas en adolescentes mexicanos

ALFREDO GÓNGORA RODRÍGUEZ, JESÚS GUILLERMO PÉREZ FONSECA, KARLA PAOLA MORENO ORTIZ, JOSÉ MANUEL GARCÍA WROOMAN, LYDA YULIANA PARRA FORERO
Centro de Fertilidad Humana en Mexico, Mexico DF.

Antecedentes: el tratamiento de problemas de fertilidad en hombre ha aumentado drásticamente en los últimos años, se ha reportado pérdida en la calidad seminal a nivel mundial, un ejemplo es el de la concentración espermática (SPZ) que ha disminuido de 113×10^6 spz/mL en 1940 a 66×10^6 spz/mL en 1990, disminuyendo cerca de 0.94×10^6 spz/mL/año.

Objetivo: evaluar los resultados de espermatobioscopia de 258 pacientes (19 – 30 años) y determinar las principales alteraciones espermáticas.

Pacientes y método: se integraron cuatro grupos: Normospermicos (NOR), Hipospermicos (HIP), Oligospermicos (OLIG) y Astenospermicos (AST) siguiendo los parámetros establecidos por la WHO (2010). Se realizó un análisis estadístico descriptivo (ANOVA, t student) donde se encontraron diferencias significativas ($p < 0.05$). La alteración con mayor porcentaje encontrado fue del grupo HIP (25%) (media del volumen (mL) y Desviación estándar) 1.17 ± 0.39 , seguido de OLIG 21% y AST 8%. En el grupo de HIP se encontraron alteraciones conjuntas con OLIG 25%, OLIG+AST 11% y AST 5%.

Conclusión: la alteración espermática más común en adolescentes Mexicanos es la Hipospermia, lo que concuerda con la bibliografía. Sobresale la aparición de alteraciones mixtas las cuales predicen problemas reproductivos a futuro, como las alteraciones morfológicas. Deben realizarse más estudios para determinar la correlación de resultados anormales en adolescentes y su repercusión a nivel reproductivo en el futuro ya que estos hallazgos son determinantes en el momento de concebir sin ninguna asistencia reproductiva.

CARTEL MAMPARA 95

Comparación de valores de seminograma con fragmentación de DNA en varones infértiles

GUILLERMINA DUPRE ARAMBURU, ADA BELINDA LUNA GALLARDO, LAURA PATRICIA GÓNGALEZ DE

JESÚS, TANNIA PAULINA CARO GÓMEZ, MARIO SERGIO CRISTO AGUIRRE

Instituto Especializado en Infertilidad y Salud Reproductiva INSEMER, México, DF.

En la población general, 15% padece infertilidad. El factor masculino interfiere en 50% de los casos. Sin embargo, para esta medición sólo se dispone de estudios básicos, como el espermograma. El estudio del semen es poco específico, aunque hay parámetros establecidos por la OMS. Incluso en 30% de los casos de parejas infértiles el semen tiene características normales. Si en la mujer todo aparenta normal, se clasifica como idiopático. En estos casos, pruebas como la valoración de la Integridad del DNA espermático pueden ser de utilidad para estas parejas y pensar en tratamientos como ICSI para mayor éxito.

Objetivo: evaluar el semen de varones infértiles con valores de espermograma (OMS 2010) y compararlos con el porcentaje de fragmentación de DNA espermático.

Material y método: se revisaron resultados de pacientes con infertilidad a los que se les realizó un estudio de semen y fragmentación de DNA espermático en el periodo del 1 de enero del 2013 al 30 de julio del 2013.

Resultados: se evaluaron un total de 29 muestras. 2 se descartaron por presentar azoospermia. De las restantes 9 (33.3%) hipospermia, 4 (14.8%) oligospermia, 13 (48%) astenospermia, 27 (100%) teratospermia, 3 oligoastenoterato. Encontramos 6 (22.2%) casos con fragmentación 30%; hipoterato 1, 2 astenoterato, 1 terato, 2 oligoastenoterato. En cuanto al grupo de edad: 1 menor a 30 años, 2 30-39, 1 40-49 y 2 de 50 y más.

Conclusiones: la fragmentación del DNA espermático es un estudio complementario para varones infértiles. La edad es un factor importante en el que aumenta la fragmentación y pueden disminuir las probabilidades de embarazo. Un estudio con resultados en cuanto a tasas de embarazo nos dará más información útil en cuanto a su utilidad.

CARTEL MAMPARA 96

Concentraciones de hormona antimülleriana en pacientes con síndrome de ovario poliquístico

ÓSCAR SALCIDO RIVERA, NORMA PATRICIA RAMOS GONZÁLEZ, ALEJANDRA VACA GONZÁLEZ, DANIEL ZUÑIGA JIMENEZ

Antiguo Hospital Civil Fray Antonio Alcalde, Guadalajara, Jal.

El síndrome de ovario poliquístico es la endocrinopatía más común en mujeres premenopausicas, el cual se caracteriza por anovulación, hiperan-

drogenismo, y/o poliquistosis en la sonografía. Aproximadamente 75% de las afectadas padecen de infertilidad posiblemente por la deteriorada esteroidogénesis ovárica y maduración ovocitaria.

Objetivos: determinar las concentraciones de hormona antimülleriana en pacientes con síndrome de ovario poliquístico.

Material y método: se obtuvieron 33 pacientes con diagnóstico de síndrome de ovario poliquístico, utilizando los criterios de Rotterdam y se les realizó medición de HAM independientemente del día del ciclo menstrual. Se comparó a este grupo con un grupo control con edades similares sanas.

Resultados: se observó que en las pacientes con síndrome de ovario poliquístico el nivel de HAM es más alto que en pacientes sanas con una p de 0.0001. El valor de la media de HAM en pacientes con SOP fue de 7.4 ng/mL y de 2.06 ng/mL en grupo control. Se comparó el IMC del grupo control con el afectado sin encontrar diferencias significativas entre ambos.

Conclusiones: la hormona antimülleriana en el síndrome de ovario poliquístico se encuentra elevada, siendo útil para predecir la hiperrespuesta en este grupo e informar de los riesgos de síndrome de hiperestimulación ovárica.

CARTEL MAMPARA 97

Concentraciones de hormona antimülleriana por grupo de edad

NORMA PATRICIA RAMOS GONZÁLEZ, ALEJANDRA VACA GONZÁLEZ, ÓSCAR SALCIDO RIVERA, DANIEL ZÚNIGA JIMÉNEZ, MARTHA LETICIA QUEZADA MONROY

Antiguo Hospital Civil Fray Antonio Alcalde, Guadalajara, Jal.

Los folículos antrales disminuyen con la edad de la mujer, por lo que las concentraciones de HAM disminuyen con la edad avanzada. Las publicaciones actuales describen las aplicaciones de su determinación en la práctica clínica. En la práctica clínica nos orienta en el pronóstico del éxito reproductivo y la aparición de la menopausia.

Objetivos: determinar las concentraciones de HAM por grupos de Edad

Material y Métodos: se tomó muestra de 223 pacientes del Hospital Civil y Cergen, para determinación de HAM y se agruparon por edad para correlacionar concentraciones de HAM con edad biológica de la paciente. Se obtuvo la media de HAM por grupo, utilizando spss versión 8.0.

Resultados: se observó que las concentraciones de HAM van disminuyendo conforme avanza la edad biológica de la mujer, las concentraciones promedio normales en pacientes jóvenes y las promedio muy bajas en pacientes con mayor edad.

Conclusiones: conocer los valores promedio de nuestra población de la HAM ayuda en la práctica clínica especialmente en la respuesta a la estimulación ovárica controlada (alta, baja respuesta, SOP, SHO). Por lo que debe considerarse como un marcador primordial de la reserva ovárica junto con la determinación de la reserva de folículos antrales. Lo que permite proponerla como parte del estudio básico de la pareja infértil.

CARTEL MAMPARA 98

Uso de inhibidores de aromatasa en pacientes con síndrome de ovario poliquístico

AYDA JOSEFINA MARTÍNEZ HERNÁNDEZ, IVONNE HERMENEGILDO FLORES, DULCE MARGARITA GUERREROS ESPINOSA, PAOLA GUADALUPE MENDEZ CALVILLO, MARCELA GUADALUPE MEDELLÍN MORENO

Hospital Regional de Alta Especialidad Ciudad Victoria, Secretaría de Salud Federal, Ciudad Victoria, Tamaulipas.

La estimulación ovárica es ampliamente usada como herramienta terapéutica en técnicas de reproducción asistida, y es en conjunto con la inseminación intrauterina (IIU), parte del tratamiento en infertilidad inexplicable, anovulación y factor masculino. El citrato de clomifeno (CC) es un antiestrogénico usado para la inducción de ovulación, es barato y logra la ovulación en un gran alto porcentaje de las pacientes sin embargo tiene efecto deletéreo a nivel del grosor endometrial y tasas de aborto secundarias. El anastrozol (ANZ) es un inhibidor de aromatasa de tercera generación, aumenta la secreción endógena de gonadotropinas sin causar hipoestrogenismo. Material y métodos: Se realizaron 24 ciclos de hiperestimulación ovárica controlada e inseminación intrauterina en pacientes con diagnóstico de síndrome de ovario poliquístico, perfil tiroideo, histerosalpingografía y espermograma normal, y en quienes se había utilizado CC sin éxito. Se administró ANZ 1 mg los días 1-5 del ciclo y menotropinas 75 UI los días 6-10 del ciclo. Se monitorizó respuesta folicular y al tener folículo de 18mm se administró gonadotropina coriónica humana (HCG) 10,000UI. Se realizó IIU 24-36 horas posteriores capacitada con técnica de swim up, se dio aporte de fase lútea con 200mg de progesterona micronizada vía oral. Se realizó prueba de embarazo cualitativa 15 días posteriores.

Resultados: la edad promedio de las pacientes fue de 32.2 años, se logró ovulación en 18 de las 24 pacientes (75%) y embarazo en 6 pacientes (25%). El día de la HCG se tenía en promedio 2.3 folículos y una línea endometrial promedio de 8mm. Se lograron cuatro nacidos vivos y se cuenta con 1 embarazo en curso.

Conclusiones: la administración oral de Inhibidores de aromatasa es efectiva en la inducción de ovulación en pacientes con anovulación y los resultados obtenidos demuestran la ventaja de su uso destacando no tener efectos deletéreos en el grosor endometrial y la calidad del moco cervical.

CARTEL MAMPARA 99

Síndrome de Swyer y embarazo: reporte de un caso

MARÍA ESTHER ORTEGA SANTOS, EDGARDO BUSTILLOS ALAMILLA, JORGE ZEPEDA ZARAGOZA
Hospital Central Norte de Petróleos Mexicanos, Azcapotzalco, Mexico DF.

Antecedentes: reporte de embarazo exitoso obtenido mediante fertilización in vitro en paciente con diagnóstico de síndrome de Swyer.

Paciente de 31 años de edad, licenciada, casada, originaria y residente del Distrito Federal. Antecedentes hereditarios: hermana menor con diagnóstico de síndrome de Swyer, resto sin relevancia para padecimiento. Antecedentes patológicos: Se hace diagnóstico de síndrome de Swyer a los 16 años por amenorrea primaria, cariotipo 46 XY sin mutación del gen SRY, a los 17 años se realiza gonadectomía profiláctica con resultado histopatológico de cintilla gonadal normal. Colocación de implantes mamarios a los 28 años por tanner III, se mantuvo con terapia hormonal combinada a base de etinilestradiol y drospirenona. Psicológicamente se define como mujer, a la exploración física revela fenotipo femenino, talla 1.62 centímetros, peso 72 kilogramos, vello púbico grado II, axilar ausente, el ultrasonido endovaginal del 19 de septiembre de 2011 reportó útero de 7.6 x 1.9 x 3.2 cm, homogéneo, endometrio de 3.7 mm, ausencia quirúrgica de ambos ovarios.

En 2012 se inicia control en clínica de infertilidad por deseo de embarazo, mediante fertilización in vitro, con ovo-donación y espermatozoos de su esposo, se realiza transferencia embrionaria el 08 de febrero de 2013, se inicia control prenatal a las 10 semanas, con fecha de última regla del 24 de enero de 2013, se realiza primer ultrasonido a las 14 semanas con fetometría acorde, placenta y líquido amniótico sin alteraciones, actualmente cursa el tercer trimestre de gestación, normo evolutivamente.

Conclusiones: el síndrome de Swyer es una disgenesia gonadal pura, fue descrito por primera vez en 1955 en 2 mujeres con amenorrea, se caracteriza por un cariotipo 46 XY, fenotipo femenino normal y ausencia completa de tejido gonadal funcional, con presencia de cintillas gonadales rudimentarias en las formas completas, mientras que las formas parciales

muestran distintos grados de virilización, según mutaciones del gen SRY.

CARTEL MAMPARA 100

Embarazo obtenido mediante evaluación dinámica de la reserva ovárica y concentraciones de hormona antimülleriana de 0.47 ng/mL, 0.16 ng/mL y 0.16ng/mL

ALEJANDRA VACA GONZALEZ, NORMA PATRICIA RAMOS GONZALEZ, ÓSCAR SALCIDO RIVERA, NATHALY ZUÑIGA NOVOA, MARTHA LETICIA QUEZADA MONROY

Antiguo Hospital Civil Fray Antonio Alcalde, Guadalajara, Jal.

Antecedentes: en mujeres jóvenes la hormona antimülleriana (HAM) es sintetizada por células de la granulosa en los folículos primarios y pequeños folículos antrales, sin embargo los concentraciones de HAM sérica han sido correlacionados con folículos antrales en mujeres infértiles, y esto nos brinda un adecuado pronóstico de la reserva ovárica.

Objetivo: presentación de tres casos clínicos de pacientes que logran embarazo con hormona antimülleriana negativa. **Caso 1.** Paciente de 41 años de edad, la cual presenta infertilidad primaria, refiriendo deseo de embarazo desde hace 2 años 7 meses, con actividad sexual regular sin método de planificación familiar. Antecedentes: Niega enfermedades crónico degenerativas, tabaquismo y toxicomanías. Pareja sin paternidad comprobada, aparentemente sano, niega tabaquismo y otras toxicomanías. Se solicitan exámenes para protocolo de infertilidad primaria en fase folicular FSH 10.2, LH 6.1, E2 60, Prolactina 25.8, progesterona 13.4, HAM 0.47ng/mL, Test de clomifeno 17.6. USG Pélvico: Útero y anexos normales. Espermatobioscopia normal. Se realiza estimulación ovárica controlada y posterior inseminación artificial con éxito, sin embargo presenta aborto espontáneo a las 7SDG.

Caso 2. Paciente de 43 años de edad, G2, P2, con infertilidad secundaria a oclusión tubo ovárica hace 17 años. Negó la existencia de enfermedades crónico-degenerativas, tabaquismo y otras toxicomanías. Se solicitan exámenes para valorar función reproductiva, los cuales arrojan los resultados siguientes: FSH 6.27, LH 2.01, E2 54.8, Prolactina 12, HAM 0.16 ng/mL, Test de clomifeno 12.52. Se realiza recanalización tubaria con éxito, corroborada con histerosalpingografía, la cual reporta permeabilidad tubaria izquierda. Se realiza estimulación ovárica controlada y se solicita BHGC para descartar embarazo por presentar retraso menstrual, la cual se encuentra positiva. Se solicita USG endovaginal, el cual reporta saco gestacional con adecuada reacción corio-

decidual con embrión único vivo con frecuencia cardíaca fetal visible. Embarazo de 7.2 semanas.

Caso 3. Paciente de 35 años, con antecedentes de tres embaraxos y dos cesáreas cinco años antes, niega enfermedades crónico-degenerativas, tabaquismo negativo y otras toxicomanías negadas. Destaca con inicio reciente de opsomenorrea. Exámenes: FSH 25, LH 15 prolactina 18, HAM 0.16 ng/mL, con el test de clomifeno se embarazo actualmente con un embarazo de 6.4semanas por eco con embrión con latido cardíaco presente.

CARTEL MAMPARA 101

Pergoveris versus menotropinas en ciclos de fertilización in vitro en pacientes con baja respuesta ovárica

ALEXANDRA BERMÚDEZ RODRÍGUEZ, JACOBO DABBAH MUSSOLY, MARIO ALBERTO MUÑOZ VARGAS, RUBÉN ALEJANDRO AVENDAÑO, BARRUETA, MIRIAM GUADALUPE SERRANO GARCÍA

Embryo's Clínica de Reproducción Asistida, México DF.

Antecedentes: la hormona folículo estimulante (FSH) y la hormona luteinizante (LH) participan de manera complementaria en la regulación del folículo, dando lugar a acciones sinérgicas en la estimulación del crecimiento folicular y la ovulación. Algunos investigadores han reportado baja biosíntesis de estradiol, producción inferior de ovocitos y embriones, así como una mayor frecuencia de fracaso del embarazo temprano en mujeres normogonadotróficas cuando se estimulan solamente con FSH en comparación con la estimulación con menotropinas o combinación de ambos.

Objetivo: comparar los resultados reproductivos del pergoveris versus menotropinas en pacientes con baja respuesta ovárica.

Metodología: revisión retrospectiva de todos los ciclos de fertilización in vitro en pacientes con baja respuesta realizados desde febrero 2013 hasta julio 2013. Se dividió en dos grupos, aquellos en los que se utilizó Pergoveris Vs Menotropinas. Se utilizó protocolo antagonista. Se evaluó el número y características de ovocitos capturados, tasa de fecundación, de implantación y embarazo clínico. Los resultados fueron analizados estadísticamente mediante prueba Mann Whitney U, prueba exacta de Fisher, y t de Student.

Resultados: en 9 ciclos se utilizó menotropinas, en 10 se utilizó Pergoveris. Promedio de número de ovocitos MII (6Vs7), tasa de fecundación (22.5%Vs23%), número de embriones día 3 (2vs4), tasa de embarazo bioquímico (0 VS 0%), tasa de embarazo clínico (20% vs 22.2%) p>0.05

Conclusion: en pacientes con baja respuesta no existen diferencias significativas en la estimu-

lación ovárica durante el ciclo de fertilización in vitro.

CARTEL MAMPARA 102

Comparación de la maduración folicular final con hGC versus agonista GnRH, en el grupo de donadoras

BERCHELMANN LORENZO GONZÁLEZ, MARCO ANTONIO ZAPATA LOERA, IRAM OBESO MONTOYA, ROBERTO SANTOS HALISCAK, JORGE CASTILLO BASO
Centro de fertilidad IECH Monterrey, Monterrey, NL.

Antecedentes: la gonadotropina coriónica humana (hGC) se indica para inducir maduración folicular final en la estimulación ovárica controlada (EOC), en donadoras. Sin embargo el síndrome de hiperestimulación ovárica (SHO) es una complicación común. Por esta razón, el uso de agonistas GnRh para maduración final, se ha propuesto como una medida para disminuir el riesgo de SHO.

Objetivo: comparar los protocolos de estimulación ovárica controlada y sus resultados reproductivos, en el grupo de donadoras de dos centros de fertilidad, usando hCG versus agonista GnRH para maduración final.

Material y método: se analizó 66 ciclos de EOC en donadoras de dos centros de fertilidad. Se dividió en dos grupos; grupo 1 en el cual se realizó la maduración final con 10,000 UI de hCG y grupo 2 con uso de 0.8 mL de agonista de GnRH (Lucrin Depot®). Se utilizó el test ANOVA para el análisis estadístico.

Resultados: ambos grupos mostraron características demográficas y resultados de la estimulación, similares (P=NS): tasa de implantación 32% vs 26%, tasa de embarazo 61 versus 54%, tasa de embarazo en curso 54% versus 41%, respectivamente. Solamente se reportó un caso de SHO y de torsión ovárica en el grupo 1.

Conclusión: la hGC permanece como la mejor opción para la maduración final. Sin embargo, el uso de agonista de GnRH es igualmente efectivo en resultados reproductivos de donadoras. Con la adición de un menor riesgo de SHO.

CARTEL MAMPARA 103

Agonista de GnRH versus gonadotropina coriónica humana para la maduración ovocitaria final en ciclo de ovodonación para receptora con embarazo clínico previo y semen normozoospermico

JACOBO DABBAH MUSSOLY, ALEXANDRA BERMÚDEZ RODRÍGUEZ, MARIO ALBERTO MUÑOZ VARGAS, RUBÉN ALEJANDRO AVENDAÑO BARRUETA, MIRIAM GUADALUPE SERRANO GARCÍA
Embryo's Clínica de Reproducción Asistida, México DF.

Antecedentes: en la maduración ovocitaria final, una alternativa a la gonadotropina coriónica humana (hCG), son los agonistas de GnRH (aGnRH). El número de ovocitos capturados y el desarrollo de embriones es similar entre ambos protocolos, aunque la tasa de embarazo clínico es menor con el aGnRH. Este último resultado puede estar influido por la falta de capacidad del útero para implantar embrión o las características del semen. Una receptora sin antecedente de legrado pero que ha demostrado implantación antes, asociado a normozoospermia permitiría reanalizar esta diferencia en el embarazo clínico entre los protocolos.

Objetivo: comparar el uso de aGnRH con la hCG en la maduración final de los ovocitos de los ciclos de donante con semen normozoospermico y receptora con embarazo clínico previo.

Material y método: revisión retrospectiva de ciclos de donante con semen normozoospermico realizados desde enero 2011 hasta noviembre 2012. Se encontraron 56 ciclos de donadoras de ovocitos sanas, receptora con antecedente de embarazo clínico previo y cavidad uterina íntegra al momento del estudio. En todos los ciclos las donadoras fueron estimuladas con gonadotropinas y menotropinas, además fueron reguladas a la baja con antagonista de la GnRH. Los resultados fueron analizados estadísticamente mediante prueba Mann Whitney U, prueba exacta de Fisher, y t de Student.

Resultados: en 29 ciclos se utilizó aGnRH, en 27 se utilizó hCG. Promedio de número de ovocitos MII (18Vs11), tasa de fecundación (82.5%Vs48%), número de embriones día 3 (5.6vs4.1), tasa de embarazo bioquímico (24.6% VS 5.2%), tasa de recién nacido vivo (51.1%VS48.7%). $P>0.05$

Conclusiones: la cantidad de ovocitos metafase II, la tasa de fecundación global y la tasa de embarazo bioquímico en ciclos de donantes con semen normozoospermico y receptora con embarazo clínico previo, utilizando aGnRH para la maduración final ovocitaria es mayor que con hCG aunque sin diferencia significativa, sin embargo la cantidad de embriones en día 3 y la tasa de recién nacido vivo es similar.

CARTEL MAMPARA 104

HAM y su correlación con concentraciones de FSH y estradiol en fase folicular temprana

NORMA PATRICIA RAMOS GONZÁLEZ, ÓSCAR SALCIDO RIVERA, ALEJANDRA VACA GONZÁLEZ, DANIEL ZÚÑIGA JIMENEZ, ROBERTO HERNÁNDEZ GUTIÉRREZ *Antiguo Hospital Civil Fray Antonio Alcalde, Guadalajara, Jal.*

Antecedentes: la disminución de la reserva ovárica por la edad o alguna otra causa desconocida, es una de las causas mas comunes, y el

problema con mayor crecimiento. En reportes del 2008, el porcentaje de infertilidad por esta causa aumento al 14% del total de la infertilidad, solo por debajo el factor masculino. La disminución de la reserva ovárica se asocia tanto a la falta de óvulos como a la calidad de los óvulos.

Objetivos: investigar la utilidad de la HAM en determinar la baja reserva ovárica en pacientes diagnosticadas con FSH elevadas en fase folicular temprana.

Material y método: se tomaron FSH y HAM en fase folicular temprana de 156 pacientes, se compararon ambos resultados utilizando la correlación de Pearson. Resultados: Se encontró que hay una asociación entre la edad y la HAM con una p 0.0001, así mismo la FSH presento una correlación con la edad con una p de 0.011. El IMC y el estradiol no demostraron alguna asociación. Conclusiones: La HAM ha demostrado ser un marcador predictivo de reserva ovárica mucho más específico que la hormona foliculo estimulante ya que es mucho más estable que el nivel de FSH y no varía de ciclo a ciclo.

Las concentraciones de FSH varían dependiendo de las fechas del ciclo. Depende de la concentración de estradiol (su concentración alta suprime artificialmente una concentración anormalmente alta de FSH)

Una reserva ovárica disminuida es señalada por bajas concentraciones de hormona anti-mulleriana.

Los concentraciones de HAM no cambian significativamente a lo largo del ciclo menstrual y disminuyen.

CARTEL MAMPARA 105

El lavado folicular no mejora los resultados reproductivos en nuestro programa de reproducción asistida.

ROBERTO SANTOS HALISCAK, AXDRUVAL ÁVILA ELIZALDE, PABLO DÍAZ SPINDOLA, PEDRO GALACHE VEGA, JULIO ROSALES DE LEÓN

Instituto para el Estudio de la Concepción Humana IECH Monterrey, Monterrey, NL.

Antecedentes: el beneficio teórico de la aguja de doble lumen, es debido a que el fluido adicional mejora la probabilidad de una recuperación ovocitaria. La lógica detrás de esto es que al lograr obtener un mayor número de ovocitos se lograra por ende, un mayor número de embriones.

Objetivo: comprar los resultados reproductivos entre lavar y no lavar los folículos durante la aspiración.

Materiale y método: estudio retrospectivo, descriptivo, en nuestro centro en los últimos tres años, un total de 148 pacientes divididos en dos grupos, 73 pacientes en el grupo de casos (no lavar), y 75 pacientes en el grupo de control

(lavar), un total de 148 pacientes fueron consideradas para este estudio. El análisis estadístico se realizó mediante SPSS 16.0 para Windows con el ANOVA multivariado se considero como significativo una P menor a 0.05

Resultados: edad de la paciente (33.14vs34.07Sig.865), fsh en día 3 (6.74vs7.35 Sig.142), índice de masa corporal(19.04vs20.75Sig.216), cuenta total motil (71.88 vs 74.93 Sig.829), folículos mayores de 16 milímetros al momento del disparo (11.77vs7.95Sig.000), día de la aspiración folicular (11.80vs12.10Sig.212), total de ovocitos aspirados (10.01vs 9.59Sig.691), índice de ovocitos en MII (71.6%vs75.7%Sig.284), número de ovocitos inyectados/inseminados (7.28vs 7.41Sig.865), la tasa de fertilización fue (55.50%vs5.85%Sig.622), día de transferencia (3.07vs2.94Sig.502), prueba positiva (43%vs32%Sig.182), índice de implantación (21.8%vs17.39%Sig.391).

Conclusiones: no se encontró diferencia significativa entre los dos grupos para prueba de embarazo positiva, índice de fertilización, así como para otros resultados reproductivos, recomendamos nuevos estudios prospectivos quizás realizando lavado y no lavado en las mismas pacientes (un ciclo con lavado y el siguiente sin lavado). El lavado folicular podría resultar útil para las pacientes que tienen pocos folículos y pocos ovocitos, sin embargo cuando ya aspiramos más de 3 ovocitos podemos omitir este paso para ahorrar tiempo, dinero, y esfuerzo y obtener los mismos resultados.

CARTEL MAMPARA 106

Resultados reproductivos de la estimulación ovárica leve en donadoras de ovocitos

LORENZO GONZALEZ BERCHELMANN, EDUARDO AGUAYO MACIAS, SERGIO ALBERTO DAVILA GARZA, IRAM OBESO MONTOYA, ROBERTO SANTOS HALISCAK

Instituto para el Estudio de la Concepcion Humana IECH Monterrey, Monterrey, NL.

Antecedentes: la estimulación ovárica controlada en pacientes donadoras de ovocitos se lleva a cabo generalmente con altas dosis de gonadotropinas recombinantes, debido a la creencia que el número elevado de ovocitos se asocia a mayores posibilidades de embarazo.

Objetivo: evaluar los resultados de FIV y las características embriológicas de las pacientes donadoras que se sometieron a una estimulación leve en comparación con la estimulación ovárica tradicional.

Material y método: se dividieron 89 donadoras en un grupo de estimulación leve cuando la dosis total de FSH recombinante fue menos de 1,687 UI/por ciclo (grupo 1)

y cuando fue utilizada la estimulación convencional FSHr total fue de >1,687 UI/ciclo (grupo 2). Las tasas de embarazo, embarazo clínico y la tasa de nacido vivo fueron analizados. También se analizaron aspectos demográficos de ambos grupos. Se analizaron las diferencias estadísticas con ANOVA. Resultados: En ambos grupos, no se encontraron diferencias significativas en los aspectos demográficos. El día de la aspiración folicular tuvo una diferencia significativa (Día 11.5 para el grupo 1 frente al día 12.4 para el grupo 2). Las tasas de embarazo por transferencia de embriones fueron similares 32% contra 35% para el grupo 1 y 2 respectivamente. La tasa de embarazo clínico por transferencia de embrión era 30% para el grupo 1 en comparación con 23% para el grupo 2, y de nacido vivo por transferencia para la estimulación leve fue de 17.6% contra 15% para el grupo 2. La media de ovocitos metafase II fue de 15.9 y 15.3 para el grupo 1 y 2 respectivamente. En el grupo 1 se transfirieron más embriones en etapa de blastocisto (51.9%) comparado con el 34.9% para el grupo de estimulación ovárica convencional. **Conclusiones:** la estimulación leve en pacientes donadoras tiene algunas ventajas como la reducción del riesgo de síndrome de hiperestimulación ovárica, mejor tolerancia para los pacientes y reduce el costo de los ciclos de FIV, además que se tiene cierta mejoría en tasa de embarazo clínico y nacido vivo por transferencia, aunque no estadísticamente significativo, y en general, teniendo resultados similares comparado con la estimulación convencional.

CARTEL MAMPARA 107

Tasa de embarazo por inseminación intrauterina en mujeres mayores de 35 años. Experiencia del Instituto Especializado en Infertilidad y Medicina Reproductiva

ADA BELINDA LUNA GALLARDO, JOSE ENRIQUE ISLAS VARELA, GUILLERMINA DUPRE ARAMBURU, TANNIA PAULINA CARO GÓMEZ, LAURA PATRICIA GONZALEZ DE JESÚS

Instituto Especializado en Infertilidad y Medicina Reproductiva, INSEMER, México, DF.

Antecedentes: las mujeres nacen con un número determinado de óvulos, los que al llegar a la edad reproductiva, se conoce como reserva ovárica, los cuales deterioran en su calidad junto con el avance en la edad de la mujer. Los óvulos jóvenes y sanos permanecen entre 20 y 35 años de edad, a partir de ahí el número de óvulos y su calidad disminuyen. El declive de la reserva ovárica influye significativamente en la fertilidad. **Objetivo:** en nuestro centro de reproducción atendemos a mujeres de edad avanzada en quienes debe determinarse si la

reproducción asistida de baja complejidad es de ayuda, por lo que nuestro objetivo es valorar la utilidad de inseminación intrauterina en mujeres mayores de 35 años de edad. **Material y método:** de 78 pacientes divididas en dos grupos, 70 pacientes de 35 a 39 años y 8 pacientes mayores de 40 años, ambos grupos tratados con Inseminación Intrauterina Homóloga. Variables: edad, tasa de embarazo. Estudio retrospectivo. **Resultados:** se estudiaron 78 ciclos, de los que cuatro se cancelaron, se obtuvieron en el primer grupo (35 – 39 años) el 17 % de embarazo, en el segundo grupo (mayores de 40 años), 0% de embarazo. **Conclusiones:** la información en la bibliografía universal, dentro de la misma edad de nuestros grupos, alcanza una tasa de embarazo entre 12.5 – 42.8 %. Nuestros resultados al encontrarse en éste rango (17%), puede seguir tomado en cuenta en reproducción asistida como opción en pacientes candidatas, sin ser una opción óptima después de los 40 años de edad.

CARTEL MAMPARA 108

Tasa de embarazo posterior a técnicas de reproducción asistida de alta complejidad y resultados perinatales en INSEMER

TANNIA PAULINA CARO GÓMEZ, JOSE ENRIQUE ISLAS VARELA, LAURA PATRICIA GONZÁLEZ DE JESÚS, GUILLERMINA DUPRE ARAMBURU, ADA BELINDA LUNA GALLARDO

Instituto Especializado en Infertilidad y Medicina Reproductiva (INSEMER) México, DF

Antecedentes: la infertilidad es definida como la incapacidad de la concepción posterior a 12 meses de relaciones sexuales sin protección. Dentro de los factores femeninos se reportan tubáricos, trastornos de la ovulación, disminución de la reserva ovárica, endometriosis, factores uterinos y causas idiopáticas. Diversos estudios reportan tasas de embarazo de FIV 35.6%, ovodonación 44.6% y en transferencia de embriones congelados de 23.7%.

Objetivo: describir las causas de infertilidad femenina encontradas en nuestro centro y reportar tasas de embarazo mediante FIV, Ovodonación y transferencia de embriones congelados, así como sus resultados perinatales.

Material y método: se revisaron los expedientes de pacientes sometidas a tratamiento de alta complejidad en INSEMER en el periodo de junio a diciembre de 2012.

Resultados: se reportaron un total de 304 pacientes entre 20 y 50 años de edad sometidas a ciclos de TRA dentro de las causas encontradas se reportan: baja reserva ovárica (45.7%), Endometriosis (8.9%), SOP (10.2%), Fallo IA (1.3%), tubaria (11.8%), fallo ovárico

oculto (2.3%), falla ovárica prematura (1.8%) e idiopática (18.8%). Las TRA realizadas fueron FIV, donación de óvulos y transferencia de congelados en un 60.2%, 29.9% y 9.9% respectivamente, obteniendo una tasa de embarazo del 51.9%, 65.9% y 73.3%. Con una incidencia de embarazo único en el 34.5%, gemelar en 11.8%, triple 3.6%, embarazo bioquímico 3.9%, aborto clínico 3.3% y Embarazo ectópico 1%. **Conclusion:** las tasas de embarazo obtenidas INSEMER se muestran superiores a las reportadas en la bibliografía con baja incidencia de embarazos múltiples y pérdidas tempranas del embarazo.

CARTEL MAMPARA 109

Tasa de embarazo en pacientes del Instituto Especializado en Infertilidad y Medicina Reproductiva (INSEMER) posterior a histeroscopia

LAURA PATRICIA GONZÁLEZ DE JESÚS, ABRAHAM MARTÍNEZ RUIZ, GUILLERMINA DUPRE ARAMBURU, TANNIA PAULINA CARO GÓMEZ, ADA BELINDA LUNA GALLARDO

Instituto Especializado en Infertilidad y Medicina Reproductiva (INSEMER), México DF.

Antecedentes: las anomalías uterinas, incluyendo patologías congénitas, pólipos, miomas, senequias uterinas y endometritis crónica se presentan en un 21-47% de las pacientes que se someten a un TRA. Existen estudios que reportan que el realizar una histeroscopia en pacientes con subfertilidad no mejora el pronóstico reproductivo, sin embargo en pacientes con dos o más ciclos fallidos de RA o en aquellos con alguna anomalía anatómica mejora considerablemente el pronóstico.

Objetivo: identificar las distintas patologías intrauterinas que se presentan con mayor frecuencia en pacientes con infertilidad; describir el tipo de histeroscopia que se realiza, tratamiento y tasas embarazo posterior a la realización de esta.

Material y método: se revisaron todos los expedientes a los que se les realizó histeroscopia, en INSEMER en el periodo de Enero a Diciembre 2012.

Resultados: se realizaron un total de 75 histeroscopias; a 38 pacientes (50.7%) únicamente se les realizó histeroscopia diagnóstica encontrando una tasa de embarazo de 55.3%. De las histeroscopias quirúrgicas realizadas 37(49.3%) con diagnóstico de tabique uterino 11(14.7%), pólipo endometrial 13(17.3%), miomatosis submucosa 10(13.3%), estenosis cervical 2(2.7%), sinarquias uterinas 4(5.3%), encontramos un 54.5%, 46.2%, 20.0%, 0.0%, 50.0% y 57.1% de embarazos posterior a TRA. Actualmente se han resuelto 13 embarazos (único 13.3%, gemelar

2,7%, triple 1.3%), 16 se encuentran en curso (21.3%) y en 19 pacientes (26.7%) esta pendiente su tratamiento. La tasa de embarazo general posterior a este fue de 40.5%. **Conclusión:** la histeroscopia es una herramienta diagnóstica y terapéutica fácil, segura y bien tolerada en pacientes con afecciones intrauterinas. Se observa un aumento en la tasa de embarazo en las que reciben un TRA posterior a la realización de ésta.

CARTEL MAMPARA 110

Comparación en los porcentajes de tasas de embarazo entre transferencia de embriones previamente vitrificados con transferencias de embriones en fresco

LORENZO GONZÁLEZ BERCHELMANN, ROBERTO SANTOS HALISCAK, ASHANTI AGUILAR MELGAR, SERGIO DÁVILA GARZA, PABLO DÍAZ SPÍNDOLA
Instituto para el Estudio de la Concepción Humana, Monterrey, NL.

Objetivo: comparar los porcentajes de embarazo y embarazo clínico de transferencias en fresco contra transferencias de embriones criopreservados, esto dividido a la vez para día 3 y día 5.

Material y método: estudio retrospectivo efectuado en 791 transferencias embrionarias consecutivas. Se dividieron en dos grupos, el primero constituyó a 657 pacientes de transferencias en fresco y el grupo 2 a 134 pacientes con transferencias de congeladas. Se realizó un ANOVA para las variables descriptivas y se tomó con una $p < 0.05$ para significancia estadística, comparándose en un segundo análisis se compararon los resultados de acuerdo al día de transferencia (día 3 y día 5). **Resultados:** para el grupo 1, la tasa de embarazo para fue de un 49% y la de embarazo clínico de un 37%. Para el segundo grupo, el porcentaje de embarazo fue de 52 y el de embarazo clínico fue de 45. El promedio de día de transferencia para ambos grupos fue de 3.3 con una desviación estándar de ± 0.7 días. Para el grupo 1 en el 92% de los casos fueron transferidos embriones de buena calidad y para el grupo 2, en el 83% de los casos. Los resultados también se compararon por día de transferencia; para las realizadas en día 3 del grupo 1 el porcentaje de embarazo fue 54 con un embarazo clínico de 49 mientras que para el grupo 2 los porcentajes fueron de 30 y 32, respectivamente esto teniendo una $p = 0.001$. Las transferencias en día 5, el porcentaje de embarazo fue de 60 con un embarazo clínico de 41, para el grupo 1 fue de 40 de embarazo clínico y para el grupo 2 de 34. No se encontraron diferencias significativas entre los grupos.

Conclusiones: en nuestro centro, se logró observar una discreta tendencia durante la realización de ciclos de transferencia en congelados, esto en comparación con los ciclos en fresco. La tendencia mostrada es compatible con los estudios previamente publicados. Las transferencias en día 5 de desarrollo embrionario muestran los mejores resultados tanto en fresco como en congelados.

CARTEL MAMPARA 111

Tasas de éxito entre transferencias de embriones en fresco y vitrificados en el programa de donación con óvulos hermanos: experiencia del Centro de Fertilidad-IECH

ROBERTO SANTOS HALISCAK, DIANA ABRIL CASANOVA NAÑEZ, IRAM OBESO MONTOYA, ANGÉLICA SARAI BRACAMONTE DÍAZ, MARCO ANTONIO ZAPATA LOERA
Centro de Fertilidad IECH Monterrey, Monterrey, NL.

Antecedentes: las tasas de embarazo con transferencia de embriones congelados han mostrado resultados similares a las obtenidas de embriones en fresco. Las mejores tasas de éxito en medicina reproductiva se dan en los casos de receptores de óvulos de donantes, por lo cual se convierten en el mejor modelo de evaluación.

Objetivo: describir los resultados obtenidos al comparar ciclos de transferencias de embriones en fresco versus vitrificados en programa de donación utilizando óvulos hermanos de la misma cohorte.

Material y método: estudio retrospectivo, observacional, transversal, analítico, comparativo y no ciego, de pacientes captadas de enero 2009 a diciembre 2012. Se seleccionaron 49 pacientes que se realizaron ciclos de transferencia de embriones en fresco y posteriormente vitrificados. Los embriones se obtuvieron del mismo ciclo de aspiración. **Resultados:** hubo una diferencia estadísticamente significativa en la tasa de embarazo y de embarazo clínico (58% Grupo 2 vs 37% Grupo 1 y 66.6% Grupo 1 vs 41.2% Grupo 2, respectivamente) en los ciclos de transferencia de embriones vitrificados. Cuando se consideraron las transferencias en día 3 no tuvo diferencia significativa entre ambos grupos (56.4% Grupo 1 y 30% Grupo 2). **Conclusión:** las tasas de embarazo y embarazo clínico obtenidos con transferencias en día 5 fueron estadísticamente significativas en el grupo de embriones vitrificados. Sin embargo, es conveniente considerar una muestra mayor para determinar si se mantiene este hallazgo. Además se puede considerar desarrollar el mismo modelo de estudio considerándolo una asignación aleatoria de ovocitos a cada grupo.

CARTEL MAMPARA 112

Tasa de embarazo a partir de ovocitos de la misma cohorte folicular durante la transferencia de embriones en fresco y congelados en técnicas de reproducción asistida.

ANGÉLICA SARAI BRACAMONTE DÍAZ, ROBERTO SANTOS HALISCAK, SERGIO ALBERTO DÁVILA GARZA, PEDRO GALACHE VEGA, GENARO GARCÍA VILLAFÁÑA

Instituto para el Estudio de la Concepción Humana IECH Monterrey, Monterrey, NL.

Antecedentes: la mejora en las técnicas de criopreservación, ha permitido obtener tasas de embarazo similares en las transferencias de embriones congelados como en los ciclos en fresco. Posiblemente el proceso de congelación-descongelación puede involucrar, indirectamente, la selección de los mejores embriones, además de evitar los posibles efectos adversos de la hiperestimulación ovárica controlada (HOC) sobre la receptividad endometrial, de los ciclos en fresco.

Objetivo: describir las tasas de embarazo obtenidas durante transferencia de embriones en fresco y congelados, con embriones obtenidos de ovocitos de la misma cohorte folicular.

Material y método: estudio transversal, comparativo. Se incluyeron pacientes a quienes se les realizó hiperestimulación ovárica controlada, aspiración de ovocitos, fertilización y transferencia de embriones en fresco, con vitrificación de embriones excedentes y transferencia de éstos en un ciclo posterior. Se analizaron tres grupos; Grupo 1 ambas transferencias en día 3 (fresco y congelado), Grupo 2: ambas transferencias en día 5 y Grupo 3: transferencia en fresco día 3 y ciclo congelado día 5. **Resultados:** 44 pacientes analizadas del 2008 al 2012. Los porcentajes de embarazo por grupo durante el ciclo en fresco fueron: 35%, 30% y 50%, respectivamente; Durante el ciclo de congelados fueron: 20%, 45% y 50% por grupo, respectivamente. Hubo diferencia significativa ($p = 0.01$) a favor de la transferencia en fresco de embriones en 3er día de desarrollo. **Conclusión:** este estudio nos muestra mejores porcentajes de embarazo en la transferencia de embriones en fresco en día 3, probablemente por la mayor frecuencia con la que se realiza este procedimiento. El excedente de embriones que fueron congelados, descongelados y transferidos en día 5 (blastocisto), mostraron un discreto incremento en las tasas de embarazo, comparado con las pacientes que transfirieron embriones congelados en día 3.

CARTEL MAMPARA 113

Tasa de embarazo con donación anónima vs donación familiar

CARLOS GERARDO SALAZAR LÓPEZ-ORTÍZ, MANUEL RODRÍGUEZ HERNÁNDEZ, SERGIO TÉLLEZ VELASCO, GONZALO SIU MOGUEL, JOSÉ JUAN LUNA MARTÍN DEL CAMPO

Clinica de Reproducción Asistida, HISPAREP del Hospital Español, México DF.

Antecedentes: en los mamíferos, el éxito del embarazo se basa en la aceptación de un feto semi-alogénico por el sistema inmune de la madre. Sin embargo, muchos de los mecanismos inmunológicos involucrados en este proceso aún son desconocidos.

Objetivo: comparar y analizar la tasa de embarazo en diferentes grupos etarios Grupo A (20-24 años), grupo B (25-30 años) y grupo C (>31 años) en ciclos de ovodonación con donante familiar vs donación anónima.

Pacientes y método: la selección de donantes de ambos grupos se hizo con base en los siguientes parámetros: concentraciones hormonales (hormona antimülleriana, FSH, TSH y prolactina), serologías, cariotipo, y edad (18 a 32 años). Excepto los dos últimos, para las donantes familiares a petición de las receptoras. No se encontraron diferencias significativas en la tasa de embarazo global comparando el grupo de ovodonación familiar vs ovodonación anónima siendo de 46 y 50%, respectivamente. Sin embargo, si existen diferencias significativas en el Grupo C de las donantes familiares vs anónimas: Grupo A: 50% vs 50%, Grupo B: 70% vs 62% y Grupo C 42% vs 33%.

Conclusión: a pesar de que la calidad embrionaria es fundamental para que exista un embarazo, también lo es la receptividad endometrial que no sólo consiste en la preparación celular del endometrio sino en la modulación del sistema inmunológico el cual deberá permitir la implantación de un tejido semi-alogénico.

CARTEL MAMPARA 114

FIV y malformación de Arnold Chiari II

CARLOS GERARDO SALAZAR LÓPEZ ORTIZ, SERGIO TÉLLEZ VELASCO, GONZALO DE JESÚS SIU MOGUEL, JENNIFER SEDGLACH ROCHA, JESÚS FERNANDO GALLARDO PINEDA

Clinica de Reproducción Asistida (HISPAREP), Hospital Español, México DF.

Desde el primer hijo concebido por tecnología de reproducción asistida, nació la preocupación en cuanto a la seguridad de la métodos. Los niños producto de ICSI están en aumento del riesgo de la incidencia de delección del cromosoma Y; y además de que se encuentran en riesgo de alteraciones cromosómicas de novo. El aumento de los riesgos de anomalías, puede explicarse en parte por la subfertilidad de las parejas. La malformación descrita en el siglo

XIX por Cleland, Chiari y Arnold, se caracteriza por el descenso del cerebelo por debajo del foramen magno. Se clasifica en IV tipos: En este caso el tipo II: es caracterizado por el descenso del vermis cerebeloso y del tercer ventrículo. Todos los tipos se pueden asociar con malformación esquelética. Se produce un trastorno en el flujo del líquido cefalorraquídeo que provoca aumento de la presión en la cabeza y disminución en el canal medular. El origen se ha identificado en el periodo embrionario, durante la cuarta o quinta semana, en relación con el tiempo de cierre del tubo neural.///Fem. de 41 años con diagnóstico de infertilidad primaria de 5 años / factor edad / endometriosis. Se prepara paciente con A. fólculo, A. acetilsalicílico, se realiza hiperestimulación ovárica controlada con menotrofina, r-hfsh, ganirelix y disparo con gonadotrofina coriónica. Aspiración folicular de 7 ovocitos en un día 13 del ciclo. Se realiza transferencia de 3 blastocisto. Se realiza HgC en día 14 postransferencia embrionaria con resultado positivo de 1908 mUI/mL., ultrasonido endovaginal a las 6 semanas de gestación con producto único vivo con fcf de 160xmin. Seguimiento de usg a la semana 20 de gestación presentando a nivel de cráneo, ventrículos laterales aumentados de tamaño con una dimensión de 11mm. y 12mm, derecho e izquierdo respectivamente, no se logra identificar el cerebelo y fosa posterior, ventriculomegalia cerebral leve con malformación de Arnold-Chiari, vigilancia por médico materno fetal. Resolución de embarazo por vía abdominal a las 37 SDG / malformación de Arnold Chiari, el cual se atiende por personal de pediatría. Existe muy poca información documentada sobre FIV y Arnold Chiari, en este caso clínico observamos que no existen estudios suficientes para demostrar que el FIV tiene relación con este tipo de malformación y aun con la terapia coadyuvante, los defectos del cierre del tubo neural llegan a presentarse.

CARTEL MAMPARA 115

Ruptura vesical espontanea, reporte de un caso.

CARLOS ANDRÉS RODRÍGUEZ CABRAL, ANA ISABEL OSORIO PÉREZ, LEONARDO ENRIQUE SALAZAR TRISTÁN, GABRIELA GARCÍA REYES, LUIS JOAQUÍN ROMO ENCISO

Servicio de Urología Ginecológica, Hospital de la Mujer Zacatecana, Secretaría de Salud de Zacatecas, Zacatecas, Zac.

La ruptura vesical espontánea es una entidad clínica poco común, que se produce en ausencia de traumatismo o maniobras iatrogénicas.

Material y métodos: paciente de 29 años, Ingresa refiriendo síntomas urinarios 5 días

previos, antecedentes de retención urinaria, dolor intenso en hipogastrio. A la exploración con datos de irritación peritoneal y abdomen agudo. USG: reporta liquido libre en cavidad de aproximadamente 400cc. Posterior a la LAPE presenta evolución tórpida, datos de síndrome de respuesta inflamatoria sistémica, drenando orina por penrose abdominal, por lo que se realiza cistoscopia en donde se encuentra techo vesical con pérdida de la continuidad de 0.5 a 1cm. Se reinterviene previa cateterización de ambos uréteres con Open End por cistoscopia, se realiza LAPE y se encuentra techo vesical adherido a peritoneo parietal con defecto de aproximadamente 7 cm, proceso adherencial severo a colon, se insertan extremos distales de catéteres Open End en sonda Foley de 18 fr, posteriormente se coloca otra sonda transuretral de 18 fr para drenaje, se procede a debridación de bordes quirúrgicos, cierre vesical en 3 planos, se coloca sellador de fibrina sobre herida quirúrgica. **Resultados:** cuatro semanas posteriores a la cirugía se realiza cistoscopia de control encontrando vejiga íntegra, con eficacia de vaciamiento del 82%.

Conclusión: la ruptura vesical espontánea es un evento poco común y que amenaza la vida. El diagnóstico rápido seguido de la intervención quirúrgica es la clave para un resultado exitoso.

CARTEL MAMPARA 116

Prolapso de fimbria como complicación de histerectomía abdominal

ERIKA OLGUIN VILLAMAR, MARÍA TERESA AGUILAR HERNÁNDEZ, VÍCTOR HUGO SANABRIA PADRÓN, DAYANA AUTUN ROSADO, LORENA SÁNCHEZ BASURTO *Hospital Regional Tlalnepantla, ISSEMyM, Tlalnepantla, Estado de México*

Se presenta al servicio de Urgencias de Ginecología, paciente femenino de 45 años de edad, refiriendo salida de líquido transvaginal en moderada cantidad de color amarillento, no fétido, con dispareunia y sangrado poscoital desde el 19 de septiembre de 2012, posterior a histerectomía total abdominal. Dentro de los antecedentes gineco-obstétricos de importancia se mencionan, menarquia a los 12 años; cuatro embarazos, de los cuales uno se resolvió por parto vaginal, uno por cesárea y dos abortos. Histerectomía total abdominal con técnica extrafascial cúpula abierta en septiembre de 2012 por hemorragia uterina anormal secundaria a miomatosis uterina de pequeños elementos e hiperplasia endometrial simple sin atipias. Niega comorbilidades asociadas. Índice de Masa Corporal de 17.8. Resto de antecedentes sin datos patológicos. A la exploración física se encuentra paciente consciente orientada, con adecuada hidratación y coloración de tegumentos, cardiopulmonar sin compromiso. Con abdomen

plano, blando, depresible no doloroso a la palpación, con presencia de cicatriz infraumbilical media, sin visceromegalias ni masas palpables, peristalsis presente y normal. A la especuloscopia a nivel de cúpula en meridiano de las 12 a las 2, se visualiza protrusión de aspecto filamentosos de color rojizo aproximadamente de 1.5 cm de diámetro con escaso sangrado y dolor a la manipulación e irradiación a fosa iliaca izquierda, así mismo se observa presencia de líquido verde-amarillento pálido, claro, no fétido en cantidad moderada. Bajo visión colposcópica se corroboran características macroscópicas compatibles con fimbria. Sospecha diagnóstica: Prolapso de fimbria. Se programa para Laparotomía exploradora, en la que se encuentra múltiples adherencias de peritoneo parietal a vejiga y colon sigmoides, así como defecto en cúpula vaginal de 1 cm de diámetro y prolapso de fimbria derecha, por lo que se realiza fimbrectomía ipsolateral, vía abdominal y remoción de tejido de granulación vía vaginal. El estudio histopatológico reporta fragmentos de tejido fibroconectivo con presencia de una pared de músculo liso recubierto por epitelio de tipo tubario, maduro y bien diferenciado con zonas de congestión sin alteraciones histológicas correspondiente a segmento de fimbria con lo que se corrobora diagnóstico.

CARTEL MAMPARA 117

Arteritis necrotizante aislada en tracto genital femenino: reporte de un caso

ANA ISABEL OSORIO PEREZ, CARLOS ANDRÉS RORIGUEZ CABRAL, LEONARDO ENRIQUE SALAZAR TRISTAN, CARLOS GONZALEZ CARRILLO, LUIS JOAQUIN ROMO ENCISO

Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital de la Mujer Zacatecana, Secretaría de Salud de Zacatecas, Zacatecas, Zac.

Antecedentes: la vasculitis aislada en órganos genitales femeninos es una condición rara que fue reportada por Plauth en 1932; desde entonces en la bibliografía anglosajona se han reportado 41 casos únicamente. Las localizaciones más frecuentes son el cérvix, miometrio, endometrio, ovarios y salpinges.

Objetivo: reportar el caso una vasculitis en tracto genital inferior, destacando esta patología como causa de un hallazgo histopatológico.

Material y método: paciente de 35 años. G6.P6. Ingresada para atención obstétrica con embarazo de término. Se detecta retención de placenta, con Hemorragia Obstétrica posterior, se colocó Balón intrauterino de Bakri sin resultado, se decide realizar Histerectomía Obstétrica por atonía uterina. A las 36 hrs posterior al evento obstétrico se encuentran datos clínicos de daño cerebral irreversible, y datos radiológicos de isquemia cerebral y hemorragia intracraneal.

Resultados: el diagnóstico histopatológico reportó miometrio con vasculitis necrotizante en arterias de mediano calibre.

Conclusión: la vasculitis del tracto genital femenino es una condición clínica y patológica extremadamente rara, ya que no hay más de 50 casos reportados en la bibliografía universal. Su diagnóstico se realiza generalmente de forma accidental y en muy pocas ocasiones tiene una repercusión sistémica

CARTEL MAMPARA 118

Factores clínicos y urodinámicos asociados con incontinencia dual

SILVIA RODRÍGUEZ COLORADO, JOSUE CHRISTIAN HERNÁNDEZ BAÑALES, VIRIDIANA GORBEA CHÁVEZ, CARLOS RAMÍREZ ISARRARAZ, ISABEL TOLENTINO SOSA

Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, Secretaría de Salud, México DF.

Objetivo: identificar los factores asociados a incontinencia dual en pacientes con síntomas del tracto urinario inferior

Material y método: estudio transversal retrospectivo en el que se incluyeron pacientes con síntomas del tracto urinario inferior y se revisaron antecedentes, estudio de urodinamia y exploración uroginecológica. Se determinaron la razón de momios y los intervalos de confianza del 95% para observar la asociación de cada variable con incontinencia dual.

Resultados: se incluyeron 202 pacientes, de las cuales 36 pacientes (17.8%) presentaron incontinencia dual. Se asoció a incontinencia dual, la presencia de prolapso uterino mayor a estadio II con un OR 4.5 (IC 95% 1.6-12.8), la presencia de histerectomía previa con un OR 2.72 (IC 95% 1.1-6.4) y urgencia urinaria con OR 3.58 (IC 95% 1.68-7.65) y dentro de los parámetros urodinámicos la presencia de contracciones del detrusor con OR 4.3 (IC 95% 1.8-10.2), orina residual elevada en la flujometría espontánea con OR 15.5 (IC 95% 10.4-72.0).

Conclusiones: el prolapso uterino mayor a estadio II, antecedente de histerectomía, presencia de urgencia urinaria, incontinencia urinaria mixta, detrusor hiperactivo y valores de orina residual elevada en la flujometría espontánea se asocian con incontinencia dual en pacientes con síntomas del tracto urinario bajo. Además se encontró una asociación entre incontinencia anal y presencia de infección de vías urinarias recurrentes.

CARTEL MAMPARA 119

Tratamiento del trastorno de vaciamiento en paciente con síndrome de cauda equina: presentación de un caso

LAURA ESCOBAR DEL BARCO, MARÍA KATHERINE TABARES TRUJILLO, SANDRA SUCAR ROMERO, VIRIDIANA GORBEA CHÁVEZ, SILVIA RODRÍGUEZ COLORADO

Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, Secretaría de Salud, México DF.

Antecedentes: el síndrome de cauda equina SCE es una compresión de la porción terminal de la médula espinal y las raíces de los nervios espinales a partir de la primera vertebra lumbar. Esta alteración incluye disfunción vesical, intestinal y anestesia perineal. La terapia de estimulación del nervio tibial posterior esta descrita en el tratamiento de pacientes seleccionadas con diagnóstico de trastorno de vaciamiento.

Objetivo: describir un caso en donde se realiza estimulación del nervio tibial posterior en paciente con trastorno de vaciamiento secundario a síndrome de cauda equina

Material y Método: paciente de 19 años de edad, un embarazo y una cesárea, con incontinencia urinaria de esfuerzo 1 vez al día en chorro pequeño Sandvik 8, con ausencia de sensaciones vesicales con cuadro de 2 años de evolución secundario a trauma medular contuso a nivel de L2 y posterior desarrollo de Síndrome de cauda equina SCE. Se realizaron 12 sesiones de terapia de estimulación de nervio tibial posterior y autocateterismo vesical. Se llenó el cuestionario de severidad de síntomas urinarios AUASI (American Urology Association Symptom INDEX). Se reportó mejoría en la medición de AUASI de 16 a 1 en la última sesión, disminución en el número de cateterizaciones diaria de 3 a 1, aumento del número de micciones espontáneas de 3 a 5, disminución de valores de orina residual en 25 mL la cual persistió posterior a la terminación de la terapia. Se reportó una mejoría subjetiva del 90% desde la 4 sesión hasta 3 semanas posterior a la finalización de la terapia

Conclusión: la neuromodulación del nervio tibial posterior es una modalidad en el tratamiento conservador en la disfunción del piso pélvico con resultados aceptables, sin embargo en el tratamiento de vejiga neurogénica aunque los resultados son adecuados, aún se requieren estudios prospectivos para evaluar la utilidad de este tratamiento.

CARTEL MAMPARA 120

Cirugía de mínima invasión para incontinencia urinaria de esfuerzo.

SANDRA GABRIELA RULE GÓMEZ, YULIANA OLIVIA GÓMEZ MERAZ, ERIKA ROCIO VALENCIA OLMO

Hospital de Especialidades de la Mujer y Neo-

natología, Secretaría de la Defensa Nacional, México DF.

La incontinencia urinaria de esfuerzo se define como la salida involuntaria de orina con esfuerzos, toser o estornudar. La más frecuente es la incontinencia urinaria de esfuerzo, representa del 29 al 75% de los casos. Compromete de manera significativa la calidad de vida. Los factores de riesgo son los siguientes: edad, raza, obesidad, menopausia, paridad, historia familiar, tabaquismo y EPOC. La evaluación de la paciente incontinente se realiza con historia clínica completa, exploración física detallada, pruebas de laboratorio y estudios de urodinamia. El tratamiento incluye cambios en los hábitos de micción, tratamiento médico, y quirúrgico con cintas transvaginales libre de tensión, las cuáles hoy en día son el tratamiento quirúrgico de elección en la incontinencia urinaria de esfuerzo, logrando su objetivo mediante la suplencia de los elementos anatómicos que en estas pacientes se han dañado por diferentes causas. Los resultados de las cirugías realizadas con TVTO han demostrado mantener una adecuada continencia en las pacientes con incontinencia urodinámica de esfuerzo, con menor tiempo operatorio, rápida recuperación, menor índice de retenciones urinarias posoperatorias y prescindir del control cistoscópico para el diagnóstico de lesiones vésico-uretrales. El caso clínico trata de una paciente de 71 años de edad con historia de incontinencia urinaria de esfuerzo de años de evolución además de presentar prolapso de órganos pélvicos, se realiza exploración física encontrando prueba de tos positiva y prolapso de órganos pélvicos III C. Se realizan estudios de laboratorio, así como urodinamia en la que se confirma incontinencia urodinámica de esfuerzo, se programa para histerectomía vaginal total y colocación de cinta transvaginal libre de tensión transobturadora. Se realiza procedimiento sin complicaciones, resolviéndose por completo la patología. La paciente egresa a domicilio asintomática.

CARTEL MAMPARA 121

Técnica para la aplicación de cinta anti-incontinencia retropúbica

ESTHER SILVIA RODRÍGUEZ COLORADO, JAIME IGNACIO CEVALLOS BUSTILLOS, VIRIDIANA GORBEA CHÁVEZ, MIGUEL DE JESÚS LÓPEZ RIOJA, ALEJANDRO SÁNCHEZ ARANDA

Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, Secretaría de Salud, México DF.

Antecedentes: la incontinencia urinaria de esfuerzo es un problema mundial que se puede encontrar en mujeres de todas las edades, se pre-

senta en un 5 a 45% durante toda su vida. Cinta vaginal libre de tensión (TVT) es el tratamiento de elección para la IUE desde 1995 desde que fue descrita por Ulmsten y Petros en 1995. Indicaciones del sistema de incontinencia cinta retro púbica está diseñado para ser utilizado como cabestrillo pubouretral Incontinencia urinaria de esfuerzo femenina resultante de hiper movilidad uretral y deficiencia del esfínter intrínseca.

Objetivo: explicar el material utilizado para la colocación de una cinta retro púbica y la técnica descrita de manera breve y didáctica con texto e imágenes.

Conclusión: el realizar la técnica quirúrgica de la cinta retropública como es descrita es fundamental para evitar el aumento de la morbilidad al momento de su colocación.

CARTEL MAMPARA 122

Incidencia de urgencia urinaria de novo en pacientes post operadas de cirugía antiincontinencia. Experiencia en el Instituto Nacional de Perinatología

ESTHER SILVIA RODRÍGUEZ COLORADO, JAIME IGNACIO CEVALLOS BUSTILLOS, VIRIDIANA GORBEA CHÁVEZ, CARLOS RAMÍREZ ISARRARAZ, VERÓNICA GRANADOS MARTÍNEZ

Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, Secretaría de Salud, México DF.

Objetivo: determinar la frecuencia de urgencia urinaria de novo en pacientes post operadas de Burch, cintas suburetrales libre de tensión o retropúbicas en pacientes con incontinencia urinaria de esfuerzo.

Material y método: estudio de cohorte simple retrospectiva en la que se incluyeron pacientes con incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) a las que se les realizó cirugía antiincontinencia en el Instituto Nacional de Perinatología (INPER) de 2009 a 2011. Se llevó a cabo seguimiento postquirúrgico a un año con interrogatorio dirigido a síntomas y estudios urodinámicos.

Resultados: se realizó cirugía antiincontinencia a 67 (34%) pacientes de de 201, a 42 (61%) se les realizó cirugía concomitante y 27 (39%) solo cirugía antiincontinencia. La edad promedio fue de 48.7+ años. A 11 (16.4%) pacientes se les realizó Burch, cinta transobturadora a 36 (53.7%) pacientes y cintas retropúbicas a 20 (29.9%) pacientes. Se presentó urgencia urinaria de novo en 9 (13.4%) pacientes, de las cuales a 4 (44.4%) se les realizó Burch, 3 (33.3%) de transobturadoras y 2 (22.2%) de retro púbicas. Las pacientes a las que se les realizó cirugía de Burch y aquellas que presentaron prolapso del compartimiento posterior previo a la cirugía tuvieron mayor riesgo de urgencia de novo un OR 5.83 (IC 95% 1.26-27.02) p=0.03 y OR 18

(IC 95% 1.2-262) p=0.050, respectivamente.

Conclusión: pacientes que se les realiza cirugía Burch y con prolapso del compartimiento posterior previo a cirugía antiincontinencia tienen mayor riesgo de presentar urgencia de novo.

CARTEL MAMPARA 123

Cintas libres de tensión: ventajas y complicaciones

DENISE NIZA BENARDETE HARARI, DIEGO MERAZ AVILA, SOFIA ARGUELLES ROJAS, KIYOSHI ARTURO MACOTELA NAKAGAKI

Centro Médico ABC, México DF.

La incontinencia urinaria de esfuerzo afecta del 4-35% de las mujeres. La Sociedad Internacional de Continencia la define como pérdida involuntaria de orina con los esfuerzos que ocurre cuando el aumento de la presión intraabdominal sobrepasa la presión de cierre del esfínter uretral. Las cintas vaginales libres de tensión son mallas de polipropileno recomendadas cuando los tratamientos conservadores han fallado, actúan como punto de apoyo dinámico en la uretra media. Esto se basa en la teoría presentada por Petros y Ulmsten en 1990 donde proponen que el control de cierre de la uretra involucra la interacción de tres estructuras: ligamentos pubouretrales, hamaca vaginal suburetral y músculo pubococcígeo, la laxitud de alguna de estas resultan en disfunción del piso pélvico.

Ventajas: los porcentajes de curación son de 81% con una mejoría del 94%. La segunda generación de cintas libres de tensión consisten en un abordaje transobturador y tercera generación o minicintas requiere una incisión vaginal y no requiere puntos de salida por lo que es menos invasivo y tienen mayor seguridad al evitar el paso del trocar a través del espacio retopúbico disminuyendo lesiones vasculares y del tracto urinario inferior.

Complicaciones: intraoperatorias: perforación vesical (3.8%), hematoma (1.9%), hemorragia, perforación uretral y lesión nerviosa o vascular (0.07%). Postoperatorias: retención urinaria (2.3%), incontinencia de urgencia, infección de vías urinarias, alteraciones en la cicatrización, infección de la herida, rechazo o infección de cinta, dolor postquirúrgico, dispareunia, incontinencia fecal y fístula.

CARTEL MAMPARA 124

Morbilidad de la cinta libre de tensión retropúbica en un programa de entrenamiento

ARNULFO MARTÍNEZ CHAPA, JOSÉ FRANCISCO LÓPEZ VERDUGO, RUTH V. WADE ISIDRO, CECILIA G. LEZAMA TORRES, MARIO A. MEADE GARCÍA
Hospital Regional ISSSTE Monterrey, Monterrey NL.

Antecedentes: cinta libre de tensión (TVT) retropúbico ha mostrado ser el más efectivo tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo desde la década anterior.

Objetivo: describir la morbilidad del TVT retropúbico intraoperatoria y postoperatoria, en un programa de entrenamiento.

Material y métodos: de Abril del 2002 a Abril del 2013, se evaluaron 293 procedimientos TVT retropúbico por incontinencia urinaria de esfuerzo ejecutados de abajo hacia arriba con tres tipos de introductores, por especialistas y residentes de ginecología, así como de urología, con antecedente de cirugía previa vaginal en 72 casos el 24.5%, y antecedente de cirugía retropúbica abierta en 12 casos el 4%. Intraoperatoriamente se evaluó el daño vesical, uretral, intestinal y vascular, postoperatoriamente se evaluó el decremento de hemoglobina > 1 gr. Disfunción de vaciado, liberación de cinta, erosión de cinta, dolor suprapúbico crónico, entrapamiento de nervio, urgencia urinaria e infección urinaria.

Resultados: daño vesical, fue 4.4 % (13/293), no se presentó daño uretral, intestinal, o vascular, postoperatoriamente de detecto, decremento de hemoglobina > 1 gr. 7.5% (22/293) disfunción de vaciado 22.5% (66/293), erosión de cinta 1.3% (4/293), liberación de cinta 1.7% (5/293), entrapamiento de nervio 1% (3/293) dolor pélvico suprapúbico 2.7% (8/293), y urgencia urinaria 11% (32/293). Infección urinaria 24.5% (72/293). En los especialistas el daño vesical fue 12 de 13, disfunción de vaciado 37 de 66 y liberación de cinta 5 de 5 presentados, siendo el decremento de hemoglobina mayor en los residentes 14 de 22 registrados.

Conclusiones: intraoperatoriamente el trauma vesical fue el más común, siendo los especialistas con más morbilidad, postoperatoriamente, la disfunción de vaciado y la reducción de hemoglobina fue relacionado con la manipulación, por los diferentes operadores. El resto de la morbilidad es acorde a la bibliografía reportada.

CARTEL MAMPARA 125

Clasificación y tratamiento de triple complicación de una malla para el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo: extrusión, perforación y fistula

NORAH NALLELI MACIAS VERA, PATRICIA INÉS VELAZQUEZ CASTELLANOS, NANCY GODOY RODRÍGUEZ, MAYRA ANABEL MONTES CASILLAS, ANGEL ALFONSO CÁRDENAS RAMOS

Unidad de Urología Ginecológica del Antiguo Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, Guadalajara, Jal.

Antecedentes y objetivo: el 80% de las cirugías para la incontinencia urinaria de esfuerzo

(IUE) conllevan la colocación de mallas y sus complicaciones son menores incluso que con las reportadas en la cirugía tradicional. El objetivo es presentar un caso de una triple complicación en la colocación de malla media uretral, su clasificación y tratamiento.

Metodología: paciente de 44 años quien acude a nuestro servicio por dolor vaginal, sangrado e incontinencia urinaria continua tras ser intervenida de cirugía antincontinencia un mes previo en medio particular. En la exploración encontramos extrusión de malla en pared vaginal anterior de 4 x 1 cm y en la cistoscopia se visualiza malla en ambas paredes laterales vesicales.

Resultados: debido a la extrusión del material protésico a pared vaginal y de la perforación y fistulización en vejiga, se clasifican estas complicaciones como IUGA /ICS 3Be-T2-S1 y 4B-T2-S3. Se intenta retirar la malla intravesical mediante cistoscopia sin éxito y se lleva a cabo reparación transabdominal de la fistula vesicovaginal con remoción de malla. Se retira la malla extruida en pared vaginal anterior y se afronta mucosa con adecuada evolución postquirúrgica. Tres meses después de la cirugía la cistoscopia muestra cicatriz a nivel de pared izquierda, se resolvió la fistula vesico-vaginal y la paciente inicio nuevo protocolo para IUE.

Conclusiones: el uso de malla para el tratamiento de IUE es un método seguro y eficaz, pero requiere adecuado entrenamiento para su colocación, detección oportuna de sus complicaciones y el tratamiento de ellas.

CARTEL MAMPARA 126

Sacrocolpopexia abdominal. Patrón de referencia en el prolapso de cúpula vaginal. ¿Qué hay de nuevo?

VICENTE MANUEL MIRANDA SEVILLA, DIANA YAZMIN COPADO MENDOZA, LAURA GUADALUPE ESCOBAR DEL BARCO

Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, Secretaría de Salud, México DF.

El prolapso de cúpula vaginal afecta de 6 a 11% de las mujeres sometidas a una histerectomía, esto es debido a una mala fijación de la cúpula vaginal o por la laxitud de los tejidos fibromusculares del soporte pélvico que conectan los órganos lateralmente a las paredes de la pelvis: los ligamentos cardinales, uterosacros, la fascia endopélvica. La corrección quirúrgica de estos defectos puede tener un abordaje abdominal o vaginal. Actualmente los procedimientos más frecuentes para la corrección de prolapso de cúpula vaginal son la sacrocolpopexia abdominal (abierta, laparoscópica o robótica), la suspensión de ligamentos sacroespinosos vía vaginal.

En los últimos años se ha propuesto realizar de manera conjunta cirugía antiincontinencia profiláctica en pacientes continentales sometidas a sacrocolpopexia abdominal. La última evidencia muestra que realizar dicho procedimiento disminuye (pero no desaparece) el riesgo de incontinencia urinaria de esfuerzo de novo. Se ha comprobado que la sutura de absorción tardía (PDS-2-0) utilizada para fijar la malla en la cúpula vaginal reduce la exposición de malla comparado con sutura permanente, sin incrementarse la tasa de fallas.

Cuando se compara la sacrocolpopexia abdominal contra la colpopexia vaginal sacroespinosa, se encontró que no hubo diferencias anatómicas en las mujeres de ambos grupos, pero sí hubo más reportes de falla subjetiva en el Grupo Vaginal. La vía abdominal fue mejor en cuanto a: Mejoría del estadio del prolapso, una tasa más baja de recurrencia así como un tiempo más prolongado para presentarla, menos Incontinencia urinaria de esfuerzo posoperatoria y menos dispareunia posoperatoria. Hoy día se considera como estándar de oro a la sacrocolpopexia abdominal para la corrección de cúpula vaginal. Con una tasa de éxito que varía del 78 al 100%.

CARTEL MAMPARA 127

Manejo y clasificación de erosión y exposición de malla para prolapso de órganos pélvicos

JORGE JESÚS SÁNCHEZ CISNEROS, MARÍA KATHERINE TABARES TRUJILLO, CARLOS RAMÍREZ ISARRARAZ, VIRIDIANA GORBEA CHÁVEZ, ESTHER SILVIA RODRÍGUEZ COLORADO

Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, Secretaría de Salud, México DF.

Paciente de 44 años con antecedente de cirugía de Burch con recurrencia de incontinencia urinaria, cirugía para corrección de rectocele con recurrencia del prolapso del compartimento anterior y posterior por lo que se colocó malla para corrección de prolapso, presentando al año erosión a recto de la malla vaginal tanto anterior como posterior por lo que es intervenida para retiro de la malla y coloanoanastomosis, actualmente con dolor vaginal de un año y medio, acompañado de dispareunia por lo que no tiene vida sexual, anismo y a la exploración vaginal se encuentra exposición de malla en vagina. Exploración física genitales externos normales reflejos perineales presentes normales, prueba de la tos negativa, insuficiencia perineal grado II, al tacto vaginal se palpa malla a las 2 y 10 horas de 1 cm cada una, dolor (escala análogo visual EAV 9/10). Especuloscopia: paredes vaginales con presencia de malla en sitios mencionados, sin pérdidas transvaginales.

Cuantificación de prolapso de órganos pélvicos (POPQ): Estadio IIApBp.

Tacto rectal con adecuado tono, fuerza e integridad, tabique rectovaginal adelgazado y con datos de estrechez a los 3 cm con contracciones reflejas sugiriendo datos de anismo, sin relajación adecuada del músculo elevador del ano. Para el anismo se indicó electroestimulación, terapia estrogénica vaginal para preparación de la cirugía y analgésicos con mejoría del estreñimiento.

Seis semanas después se realiza resección de malla de cara anterior vaginal en pared vaginal anterior y lateral. Actualmente sin dolor y vida sexual activa satisfactoria.

CARTEL MAMPARA 128

Complicaciones con el uso de material protésico para el tratamiento de prolapso de órganos pélvicos: descripción, clasificación, tratamiento y evolución

PATRICIA INÉS VELAZQUEZ CASTELLANOS, MAYRA ANABEL MONTES CASILLAS, NANCY GODOY RODRÍGUEZ, NORAH NALLELI MACIAS VERA

Unidad de Urología Ginecológica del Antiguo Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, Guadalajara, Jalisco.

Antecedentes: el uso de material protésico para la corrección de trastornos de piso pélvico como prolapso e incontinencia cada vez va en aumento, ocasionando con esto que existan complicaciones potenciales. El porcentaje de exposición de material protésico se reporta de 5 al 30%. El tratamiento dependerá de la síntomas, el área de exposición y los órganos afectados, lo que hace imprescindible la clasificación de las lesiones para estandarizar criterios.

Objetivo: describir y clasificar las complicaciones en el uso de material protésico para tratamiento de prolapso de órganos pélvicos (POP) así como su tratamiento y evolución.

Material y método: se citaron a las pacientes con colocación de material protésico para tratamiento de POP, se incluyeron las que presentaron complicaciones. Se evaluaron los síntomas y la presentación clínica y se clasificó de acuerdo con los criterios de la IUGA/ICS.

Resultados: de 35 equipos de mallas que se aplicaron se identificaron complicaciones en 13 pacientes (37%). La complicación fue catalogada como exposición a mucosa vaginal en todos los casos, el 46% (n=6) se manifestó dentro del primer año de colocación, al 54% (n=7) se les colocó Prolift total, en todas el tratamiento definitivo fue la remoción quirúrgica de la malla y la evolución fue satisfactoria.

Conclusiones: la vigilancia es muy importante para descartar las complicaciones con el uso de material protésico sintético. El uso de término-

logía consensada nos ayuda a clasificar a las pacientes de acuerdo a la lesión y síntomas. Hasta el momento hemos tenido buenos resultados con el tratamiento de la exposición a vagina del material protésico para el tratamiento de POP.

CARTEL MAMPARA 129

Sacrocolpexia a través de orificio natural

ARNULFO MARTÍNEZ CHAPA, JOSÉ FRANCISCO LÓPEZ VERDUGO, RUTH WADE ISIDRO, CECILIA LEZAMA TORRES, MAURICIO MONTEMAYOR BOLADO
Hospital Regional ISSSTE Monterrey, Monterrey NL.

Antecedentes: sacrocolpexia es estándar de tratamiento en prolapso de ápex vaginal; se han descrito abordajes abdominales, laparoscópicos y asistidos con robot.

Objetivo: reportar resultados a corto plazo de sacrocolpexia por orificio natural utilizando la misma técnica que abordaje abdominal.

Material y método: Diciembre de 2009-Agosto 2012 se realizaron 18 casos se incluyeron EC III, IV, se excluyeron, cirugía previa vaginal y ángulo subpubico menor a 90 grados. Se evaluó tiempo operatorio, pérdidas sanguíneas, complicaciones intraoperatorias, postoperatorias, cirugía concomitante. Todas cirugías realizadas por autor. Técnica colpotomía posterior disección retroperitoneal hasta 1er. Vertebra sacra colocan 2 o 3 suturas prolene 00, al ligamento anterior sacro, pasan a malla fina de polipropileno macroporosa 5 x 15 cm anudándose, se evierte vaginal se colocan puntos de prolene 00, 4 pared anterior, 6 pared posterior, se sutura malla de 5 x 5 cm a pared anterior, se invierte vagina y transactivamente suturas de pared posterior pasan injerto proveniente del sacro en forma oblicua y superior, se unen malla anterior y posterior prolene 00 se anudan puntos posteriores a malla del sacro restaurando el ápex vaginal.

Resultados: 17 fueron realizados, un caso requirió conversión abdominal. Edad media 57 años, IMC 29 Kg/m², histerectomías vaginales 4, cinta libre de tensión 2, conjuntamente se realizaron. Tiempo quirúrgico medio 72 minutos, estancia hospitalaria media 2.5 días, requirió transfusión 2 casos, dolor en miembro pélvico derecho un caso. Media de seguimiento de 13 meses, dos casos el punto C fue de -6 y -5, los 15 restantes C -10. No se evidenció erosión, infección o daño al tracto urinario recto o colon sigmoideos. 6 casos sexualmente activas mejoró su función sexual.

Conclusiones: es factible realizar sacrocolpexia por orificio natural con instrumentos convencionales siguiendo la técnica abierta en casos seleccionados.

CARTEL MAMPARA 130

Sacrocolpexia abdominal: resultados a largo plazo

ARNULFO MARTÍNEZ CHAPA, JOSÉ FRANCISCO LÓPEZ VERDUGO, CECILIA G. LEZAMA TORRES, RUTH V. WADE ISIDRO, MARIO A. MEADE GARCIA
Hospital Regional ISSSTE Monterrey, Monterrey NL.

Antecedentes: sacrocolpexia abdominal es la referencia y el estándar de tratamiento del prolapso de ápex vaginal.

Objetivo: evaluar resultados a largo plazo de sacrocolpexia abdominal realizadas de Noviembre 1994 a Noviembre 2012.

Material y métodos: 239 casos realizados con 12 casos PTFE (gore-tex), 61 malla de polipropileno alta densidad (hernia abdominal) y 166 casos malla macroporosa monofilamento (gynemesh) fijándose con prolene cardiovascular 00. Concomitantemente se realizaron 63 histerectomías abdominales, 202 culdoplastias Halban, 69 reparaciones paravaginal, 22 reparaciones paravaginal más Burch-Tanagho, 81 Burch-Tanagho únicamente y 7 cintas libre de tensión retropúbicas. Seguimiento de 6 meses a 18 años. Perdidas al seguimiento 52 casos.

Resultados: 187 casos incluidos con al menos una evolución anual, edad promedio fue de 60.2 ± 5.1 Etapas clínicas II 122, EC III 43, EC 22 IV, media de tiempo operatorio es 160 ± 15 minutos, la pérdida sanguínea 350 ± 100 cc. Se presentó hemorragia transoperatoria en 7 casos. Un caso de cistostomía. En el seguimiento se detectaron 8 casos de recurrencia de ápex vaginal, punto C -1; 2 con gore-tex, 3 con malla de hernia abdominal polipropileno y 3 casos con malla fina gynemesh, 11 casos de prolapso de pared anterior punto Aa -1. 13 hernias postincisionales, 16 erosiones de malla a vagina, 3 gore-tex, 6 malla alta densidad y 7 malla fina, 3 retenciones urinarias, 2 ileos paralíticos, 2 casos de infección herida quirúrgica postoperatoria. El éxito en suspensión de ápex vaginal es de 95.8 % y decremento a 90% al incluir el prolapso de pared anterior.

Conclusiones: la sacrocolpexia abdominal tiene excelente resultado en suspensión de ápex vaginal 95%, con morbilidad por erosión de 8.5% relacionado con histerectomía concomitante, 6.9 % de incisión quirúrgica. La hemorragia intraoperatoria 3.7%, debe ser considerada.

CARTEL MAMPARA 131

Cirugía de Manchester para elongación cervical: reporte de un caso

CARLOS ANDRÉS RODRÍGUEZ CABRAL, ANA ISABEL OSORIO PEREZ, LEONARDO ENRIQUE SALAZAR TRISTAN, GABRIELA GARCIA REYES, LUIS JOAQUÍN ROMO ENCISO

Servicio de Urología Ginecológica, Hospital de la Mujer Zacatecana, Secretaría de Salud de Zacatecas, Zacatecas Zac.

Antecedentes: el prolapso genital femenino es una de las causas más frecuentes de consulta e indicación quirúrgica en la práctica ginecológica diaria. La operación de Manchester consiste en una plastia anterior, amputación cervical, sección de ligamentos cardinales de Makenrodt y sutura de los mismos a la cara anterior del cuello uterino. Está indicada cuando se desea conservar el útero y no existe indicación de histerectomía.

Objetivo: presentar el caso de una paciente con POP Q III C con elongación cervical, en edad reproductiva con deseo de preservación uterina.

Material y métodos: paciente de 34 años G2 P2, con sensación de cuerpo extraño en vagina de 11 años de evolución. Con antecedente de displasia leve por citología, paridad no satisfecha y deseo de preservación uterina. Se programa para la realización de cirugía de manchester.

Resultados: seis meses del postoperatorio la paciente se refiere asintomática, se realiza histerometría corroborando permeabilidad del orificio cervical.

Conclusión: el procedimiento Manchester actualmente es una opción quirúrgica para pacientes jóvenes con deseo de preservación uterina y fertilidad, aunque se ha descrito que faltan estudios para establecer la tasa de éxito de ésta última.

CARTEL MAMPARA 132

Quiste vaginal y anomalías anatómicas müllerianas: reporte de caso

VICTORIA MARGARITA CEDEÑO MORALES, EMILIO MODESTO TREVIÑO SALINAS, LILIA CANO HINOJOSA, PATRICIA LEMINI CAMARILLO, ÓSCAR VIDAL GUTIÉRREZ

Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey NL.

Antecedentes: los quistes vaginales son formaciones saculares cubiertas por mucosa vaginal, presente en 1 de cada 200 mujeres. Más frecuente durante la tercera o cuarta décadas de la vida. Se pueden clasificar de acuerdo a su origen embriológico como quistes müllerianos y mesonéfricos, siendo más comunes los primeros en 44%. Su localización más común es la pared anterolateral de la vagina y su tamaño variable de 1 a 7 cm. La histología más común es derivada de las células mucinosas endocervicales. La mayoría asintomáticos, benignos y no requieren escisión, pocas veces se malignizan, presentándose cáncer de vagina en 1%. El diagnóstico usualmente es incidental como hallazgo durante una exploración física, sin embargo la paciente puede llegar a manifestar sensación de presión vaginal o síntomas urinarios. Las anomalías müllerianas tienen una incidencia en la población general de 0.001-10%. El útero

y vagina se desarrollan embriológicamente a partir de tres procesos: fusión lateral, fusión vertical y resorción, la falta de fusión de los conductos de müller ocasiona más comúnmente útero septado con incidencia de 35% y una prevalencia de 1-2%. Existen pocos casos en la bibliografía en los que está presente la triada representada por útero septado, doble cérvix y septo vaginal longitudinal, en los cuales no se conoce la incidencia.

Caso clínico: paciente de 32 años, acude a urgencias ginecología refiriendo leucorrea blanquecina, dolor hipogástrico y sensación de cuerpo extraño en vagina. Durante la exploración vaginal se observa tumoración no delimitable por presencia de dolor, se realiza ultrasonido pélvico que reporta útero y anejos normales, imagen redondeada en cérvix anecoica, con septos internos de 8 x 7cm. Se decide exploración bajo anestesia encontrándose tabique vaginal longitudinal, con presencia de doble cuello uterino, se delimita tumoración pediculada de 10 cm, drenaje de material hialino no fétido, se realiza resección. Ultrasonido de vías urinarias reportado normal. Reporte Anatomía patológica: quiste mucinoso de 5.5 cm de diámetro mayor.

CARTEL MAMPARA 133

Quiste uretral complejo

LAURA ESCOBAR DEL BARCO, ISABEL TOLENTINO SOSA, KATHERINE TABARES TRUJILLO, JOSUE HERNÁNDEZ BAÑALES, JORGE SÁNCHEZ CISNEROS *Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, Secretaría de Salud, México DF.*

Antecedentes: el divertículo uretral es una herniación entre la capa fibromuscular y periuretral de la pared anterior vaginal que se continua con la luz de la uretra.

La prevalencia en mujeres va del 1 al 6%. Ultrasonografía: recomendada como primera prueba no invasiva. Resonancia magnética: Sensibilidad 85-100%, con costo elevado. Cistografía retrograda: sensibilidad menor del 65%. El tratamiento es quirúrgico con una tasa de éxito hasta del 85.7%.

Objetivo: presentación de un caso de divertículo de forma anatómica en herradura, valorando su abordaje multidisciplinario para su diagnóstico y tratamiento.

Caso clínico: paciente de 37 años, que acude por presentar incontinencia urinaria mixta con predominio de esfuerzo de ocho meses de evolución, con sensación de cuerpo extraño en vagina.

En introito se observa masa periuretral de 6x6 cm, a la digito presión, se encuentra salida de material purulento por meato uretral.

Cistoscopia salida de material purulento en tercio medio uretral sin observar orificio de salida.

Diagnóstico Urodinámico: Incontinencia urodinámica de esfuerzo Ultrasonido perineal: Divertículo suburetral complejo de 4x3 cm. Con dos comunicaciones en uretra media parauretral bilateral.

Cistografía retrograda: normal.

Se realiza resección de divertículo uretral encontrándose en forma de herradura.

Se manejó en el postoperatorio con antibióticos terapéuticos, con sonda Foley durante 3 semanas. Paciente asintomática hasta la fecha con estudios de control en el postoperatorio. Los divertículos uretrales complejos presentan un reto para el diagnóstico. Una evaluación pre quirúrgica meticulosa aumenta el éxito de los resultados en este tipo de padecimiento.

CARTEL MAMPARA 134

Tumor de clítoris: reporte de caso y revisión de la bibliografía

ESTHER SILVIA RODRÍGUEZ COLORADO, JAIME IGNACIO CEVALLOS BUSTILLOS, VIRIDIANA GORBEA CHÁVEZ, CARLOS RAMÍREZ ISARRARÁZ, ABNER SANTOS LÓPEZ

Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, Secretaría de Salud, México DF.

Paciente de 52 años con tres embarazos y tres partos, colpoplastia anterior en el 2000. Al examen físico se encuentra lesión tumoral del clítoris de 3 cms. de longitud por 2 cms. de ancho, móvil, no dolorosa. Ultrasonido de clítoris reportó: masa irregular de aspecto mixto con excrescencias y dimensiones de 40x40x24mm correspondiente a clítoris y neo-formación. Diagnóstico de patología: Lesión quística. Las causas de clitoromegalia pueden ser hormonales y no hormonales; son raros. Muchos resuelven espontáneamente sin tratamiento. Se han reportado pocos casos de quistes epidermoides de clítoris en la bibliografía tanto congénitos como adquiridos. Los quistes epidermoides de clítoris secundarios a trauma se han reportado luego de mutilación genital femenina. Los quistes epidermoides pueden ser intradérmicos o subcutáneos de 1-5 cms. y pueden ocurrir en glándula, cuello, tronco y piel. Se originan cuando la epidermis se invierte a la dermis o tejido subcutáneo cuando ocurre un trauma, prenatal o espontáneo. En este caso la paciente niega un cuadro específico de trauma sin embargo cuenta con antecedente de tres partos previos y una colpoplastia anterior pudiendo ser factores predisponentes para su desarrollo. En este caso se estableció el quiste epidermoide como diagnóstico final. Los procedimientos quirúrgicos

de reducción con preservación de sensibilidad deben ser el estándar en estos.

CARTEL MAMPARA 135

Quiste de Nuck

ARTURO HERRERA CERVANTES, EDGAR MEDINA RAMOS, SANDRA ORENDAIN TALAVERA, MONICA ESTRADA JARA, JUAN DE DIOS RIVERA
Hospital General de Tijuana, Secretaría de Salud, Tijuana BC.

El quiste de Nuck o también denominado hidrocele de Nuck, se define como un divertículo del peritoneo parietal en el canal inguinal que acompaña al ligamento redondo en la mujer, encontrándose en condiciones fisiológicas obliterado. Una invaginación del peritoneo parietal durante el desarrollo del canal inguinal da lugar a la formación del conducto de Nuck. Aparece en mujeres jóvenes y en ocasiones en la edad adulta, manifestándose con mayor frecuencia como una masa asintomática en región inguinocrural con proyección hacia la región vulvar. A veces puede presentarse simulando una hernia inguinocrural encarcelada. Para su diagnóstico suelen ser necesarios los estudios radiológicos. Se comunica el caso de una paciente con dolor vulvar crónico, con aumento de volumen del labio mayor, al momento de la cirugía se detecta quiste de nuck con saco con endometriosis. Se presenta el caso por la rareza del mismo.

CARTEL MAMPARA 136

Embarazo ectópico asociado con quiste hemorrágico: reporte de un caso

WENDY OLIVIA GALICIA PELAEZ, VIOLETA REYNA LUCANO VENEGAS, JORGE DOMÍNGUEZ PÉREZ
Hospital General Comalcalco, Petroleos Mexicanos, Comalcalco, Tabasco

Los tumores anexiales durante el embarazo de diagnostican del 1-4%. Los tumores menores de 5 cm generalmente son benignos. Las complicaciones son más frecuentes en comparación a las no embarazadas. En embarazos ectópicos los quistes teca luteínicos pueden desarrollarse en respuesta de hGC. La ruptura espontánea puede ocurrir, si está asociado a hemorragia puede ocasionar dolor pélvico agudo, y el diagnóstico es incidental durante la evaluación ultrasonográfica. **Caso clínico:** paciente de 37 años, ciclos menstruales regulares, dos embarazos, un parto, retraso menstrual de 10 semanas, sin antecedentes personales de importancia. Acudió por dolor abdominal de 1 semana de evolución y escaso sangrado transvaginal. A la exploración levemente pálida, cardiorrespiratorio estable, abdomen con peristasis disminuida, blando, depresible, dolor en hipogastrio, rebote dudoso. Genitales con escaso sangrado

transvaginal. Paraclínicos: hCG más de 1000 mU, anemia leve (hb 9.8, hto 29); el ultrasonido pélvico: líquido libre hasta región hepática, quiste ovárico izquierdo heterogéneo de 6cm, útero con datos de restos ovulares. Se realiza laparotomía exploradora de urgencia, encontrando embarazo ectópico tubarico derecho roto, quiste ovárico hemorrágico izquierdo, hemoperitoneo de 300cc. En el postoperatorio inmediato presenta sangrado activo, a través del drenaje de cavidad (penrose), realizándose segunda laparotomía exploradora, con hallazgos: sangrado activo proveniente de cuña de ovario izquierdo, hemoperitoneo de 500cc, focos endometriósicos en intestino, terminando en ooforectomía izquierda. Presento recuperación en postoperatorio sin complicaciones. **Discusión:** en el embarazo ectópico, la presencia de quistes ováricos se asocia al incremento de hCG y en raras ocasiones pueden sufrir ruptura espontánea, con o sin presencia de hemorragia. Los quistes hemorrágicos pueden ocasionar dolor abdominal agudo y su diagnóstico diferencial es el embarazo ectópico, por lo que la coexistencia de ambas entidades es raro.

CARTEL MAMPARA 137

Embarazo ectópico miometrial

CAROLINA PORRAS DORANTES, LEONARDO DANIEL MURILLO VALADEZ, LUIS JOAQUÍN ROMO ENCISO, ANDRÉS RODRÍGUEZ CABRAL
Hospital de la Mujer Zacatecana, Secretaría de Salud de Zacatecas, Zacatecas, Zac.

El objetivo del trabajo es presentar el caso de una mujer a la cual se le realiza laparotomía exploradora por embarazo ectópico intramural roto. La frecuencia de embarazos ectópicos de localización tubárica es del 97-98 %, y en menos del 2% es en intersticio e intramural. Se trata de paciente de 33 años g3 p1 c1 que ingresa al hospital de la mujer zacatecana por dolor abdominal y datos de bajo gasto. Se decide la realización de laparotomía exploradora con presencia de embrión de 3 cm localizado en miometrio, cara posterior de útero. Se realiza histerectomía sin complicaciones. El estudio de patología reporta lesión en cara posterior y lateral de útero correspondiente a embarazo ectópico miometrial. La histerectomía se realizó debido a que la paciente deseaba paridad satisfecha y que no se logró adecuada hemostasia. El diagnóstico temprano por ultrasonido transvaginal o abdominal, nos permite un tratamiento adecuado de este tipo de patologías.

CARTEL MAMPARA 138

Embarazo ectópico cervical post ablación endometrial

ALEJANDRA ALEXIA ÁLVAREZ LOZANO, PAULETT BAYONA SORIANO, KIYOSHI ARTURO MACOTELA NAGAKI, ALEXANDRA BERMÚDEZ RODRÍGUEZ, ALEJANDRO AVENDAÑO BARROETA
Centro Médico ABC, México DF.

El embarazo cervical es una presentación poco común de embarazo ectópico en donde éste, se implanta en el revestimiento del canal endocervical. Forma parte del 1% de los embarazos ectópicos y tiene una incidencia de 1 en 9000 embarazos. Se sugiere que puede ser por patología local relacionada con cirugía previa cervical o uterina. La ablación endometrial es una de las opciones terapéuticas de el sangrado uterino anormal, la asociación de éste con un embarazo posterior a ablación es del 0.7%. El caso clínico trata de una paciente 42 años, con antecedente de ablación endometrial y cono cervical, la cual inicia con sangrado transvaginal abundante acompañado de dolor en hipogastrio, se realiza ultrasonido pélvico donde se reporta masa cervical, se toma HGC β con resultado de 6 000mUI/mL, se realiza diagnóstico de embarazo ectópico cervical. Es tratada mediante histerectomía total abdominal donde se corrobora el diagnóstico. El reporte de patología indica endometrio hipersecretor con fenómeno de arias stella, adenomiosis superficial extensa con cambios deciduales focales, restos ovulo placentarios del primer trimestre (12 g): vellosidades coriales del primer trimestre con degeneración hidrópica y necrosis focal.

CARTEL MAMPARA 139

Embarazo ectópico cervical de seis semanas de gestación: presentación de un caso

JOSÉ LUIS RIVAS AGUILAR, JOSÉ ANTONIO RIVAS GARCÍA
Hospital Español de México, México DF.

El embarazo ectópico cervical representa una forma poco frecuente de embarazo ectópico. Tiene una incidencia aproximada de 1 en 9000 nacimientos y se presenta en al menos 1% de todos los embarazos ectópicos. Las causas se desconocen actualmente sin embargo existen factores de riesgo asociados, dentro de los cuales se encuentran: antecedente de cirugía cervical, legrado uterino previo, cesárea previa o la utilización de técnicas de reproducción asistida en el presente embarazo. Existen distintos abordajes terapéuticos dentro de los cuales se encuentran: 1. Curetaje 2. Resección histeroscópica; 3. Tratamiento farmacológico. De no ser manejado de forma adecuada y oportuna existe un riesgo alto de presentar eventos adversos como hemorragia obstétrica que en muchos casos lleva a la realización de histerectomía obstétrica, por lo que es

un reto obstétrico en diagnóstico y tratamiento. Se expone el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de un embarazo ectópico cervical, espontáneo de 6 semanas de gestación así como revisión de la bibliografía y conclusiones.

CARTEL MAMPARA 140

Embarazo ectópico cervical molar parcial

LEONEL XOLALPA ALTAMIRANO, LORENA CANDELAS HUERTA, JULIETA CRUZ RUIZ, GABRIEL MUÑOZ JUÁREZ
Hospital General de León, Secretaría de Salud, León, Guanajuato.

Los embarazos ectópicos aunados a enfermedad trofoblástica gestacional es poco frecuente por lo que ante una evolución anormal posterior a un legrado debemos descartar otras patologías como alteraciones en la implantación. **Objetivo:** identificar datos de alarma ante evoluciones tórpidas en postquirúrgicos y descartar otras etiologías a fin de evitar hemorragias obstétricas.

Caso clínico: 26 años, 1 pareja sexual, FUM desconoce, G3C2A1. Sangrado transvaginal de 1 mes de evolución con dolor tipo cólico. PIE cualitativa positiva. A la palpación bimanual útero agrandado con cérvix permeable y extracción de tejido organizado. Ultrasonido abdominal útero de 192mmx 80 mm, saco gestacional en su interior colapsado sin esbozo embrionario, se realiza LUI con histerometría directa de 16 cm, extracción restos de aspecto trofoblástico, sangrado total de 1000 cc manejado con oxitócicos, hemoglobina de 7.2g/dl, Hto 22% plaquetas 122, fracción beta de 9124mUI/mL. Continúa con sangrado transvaginal de 7 días de evolución y síndrome anémico, con hemoglobina de 5.6mg/dl, ultrasonido con útero de 10x33x5, con imagen anecoica irregular, canal cervical normal, a la exploración tumoración de 7 cm a nivel del istmo en cara anterior del útero, parametrios libres, fracción beta 57.5mUI/mL, sangrado transvaginal incoercible de 1800 cc y se realiza histerectomía abdominal, se obtiene reporte histopatológico con diagnóstico de embarazo ectópico molar parcial. **Discusión:** se debe individualizar a cada paciente para identificar complicaciones postquirúrgicas e identificar datos de alarma que nos orienten a descartar patologías menos comunes. **Conclusión:** las anomalías en la implantación aunado a enfermedad trofoblástica gestacional es una relación poco frecuente pero factible que debemos tener en mente ante una hemorragia obstétrica posterior a un legrado uterino.

CARTEL MAMPARA 141

Tratamiento conservador del embarazo ectópico cervical con inyección intragestacional de metotrexato y KCl: reporte de un caso

GISELA GUADALUPE ALVARADO AVILÉS, JOSE ALFREDO FERNÁNDEZ LARA, JESÚS HÉCTOR SAN MIGUEL HERNÁNDEZ, DIANA ISABEL MARTÍNEZ MEJÍA, GILBERTO ALFONSO ALEMÁN MUÑOZ
Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto, San Luis Potosí SLP.

El embarazo cervical representa el 0.15% del total de ectópicos, su incidencia varía entre 1:1000-95,000 embarazos. El tratamiento es en la mayoría de los casos quirúrgico sin embargo el diagnóstico temprano permite la opción de un tratamiento médico conservador. Se presenta un caso de tratamiento conservador con metotrexato realizado en nuestro hospital y su seguimiento hasta su resolución.

Método: primigesta de 24 años. 7.1 semanas de gestación, no otros antecedentes de importancia, asintomática, ultrasonido endovaginal reporta endometrio lineal, saco gestacional en cérvix con embrión vivo de 5mm, saco gestacional 25mm. GCHb cuantificada de 45,882 UI/L. Candidata a tratamiento conservador. Mediante Guía ultrasonográfica vía endovaginal y con aguja de amniocentesis 22G se aplicaron 2mEq de KCL en el embrión, al confirmar ausencia de latido cardíaco se aplicó 75mg de metotrexato intrasacular. No se reportaron incidentes durante procedimiento, sangrado mínimo.

Resultados: tuvo sangrado escaso a las 48 hrs postprocedimiento, no dolor. Elevación de GCHb en 11% (cifras) el día 4, continuó en vigilancia estrecha. A los 7 días hubo una disminución del 15% (32,118 UI/L) de GCHb permaneciendo estable la paciente (Sin sangrado y sin dolor). Continuó con disminución progresiva de GCHb hasta tener concentraciones de 0.92 UI/L al día 45 de su seguimiento. Se corrobora por ultrasonido ausencia de anomalías a nivel cervical y la paciente permanece asintomática.

Conclusiones: aunque no existe aún un protocolo de tratamiento para esta patología, el uso de metotrexato intragestacional guiado por ultrasonido endovaginal facilita el tratamiento médico conservador y pudiera tener mejores tasas de éxito a la reportada por otros autores en terapia combinada. Es una opción viable para pacientes seleccionadas.

CARTEL MAMPARA 142

Tratamiento conservador con metotrexato del embarazo ectópico cervical: presentación de un caso

MARTHA MARIELA SIFUENTES LOERA, EMILIO TREVIÑO SALINAS, SARA PATRICIA PEÑA LIZOLA
Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey NL.

Introducción y objetivos: el embarazo ectópico es la implantación de un óvulo fecundado en cualquier lugar fuera de la cavidad uterina. Alrededor del 95 % de los embarazos ectópicos ocurren en las trompas de Falopio. El embarazo ectópico cervical representa menos del 1% de la totalidad de las gestaciones ectópicas, con una incidencia de un caso en cada 1.000-95.000 embarazos. El objetivo es el diagnóstico oportuno para el uso de tratamiento médico como el metotrexato y así disminuir la morbilidad materna.

Material y método: se trata de paciente de 30 años sin antecedentes médicos de importancia, última menstruación el 10 de julio de 2012. Inició su padecimiento el 25 de agosto del 2012 al realizarse prueba de embarazo positiva y ultrasonido donde se observó saco gestacional a nivel del cérvix con embrión de 3 mm para 5.6 semanas sin frecuencia cardíaca. Se realizó cuantificación de la fracción beta de la hormona gonadotropina coriónica (β -HGC) el 27 agosto con resultado de 43 731 mUI/mL y el 29 agosto de 44 157 mUI/mL. Ingresó al Hospital Universitario el día 1 de septiembre presentando sangrado transvaginal escaso, signos vitales normales; abdomen con peristalsis normal, blando depresible sin dolor a la palpación; vagina con escaso sangrado; cérvix con sangrado activo. El ultrasonido pélvico confirmó embarazo ectópico cervical con saco gestacional irregular de 3.5 cm con embrión en su interior, sin frecuencia cardíaca. El día 1 de septiembre se inició tratamiento con metotrexato a razón de 50 mg/m² de superficie corporal. Permaneció internada para vigilancia. El día 4 de septiembre se solicitó β -HGC: 42 658 mUI/mL. Se decidió tratamiento con múltiples dosis a razón de 1mg/kg (días 1-3-5-7) más ácido fólico 0.1mg/kg (días 2-4-6-8).

Resultados: el día 14 de septiembre se realizó β -HGC 13 360 mUI/mL. El ultrasonido reportó saco gestacional colapsado de 2cm. Se citó semanalmente a la consulta se decidió administrar misoprostol 800 mcg vía oral dosis única para expulsión de saco gestacional. El día 17 de octubre β -HGC 0mUI/mL por lo que se decide alta y se indican anticonceptivos orales por 6 meses.

Conclusiones: en el pasado cerca de 50% de las pacientes con embarazo ectópico eran ingresadas en choque e intervenidas quirúrgicamente de urgencia. En la actualidad exámenes como la β -HCG y la ultrasonografía, permiten un diagnóstico temprano y oportuno que ha permitido variar desde una conducta quirúrgica a un tratamiento expectante médico.

CARTEL MAMPARA 143

Embarazo ectópico ovárico: presentación de un caso

JONATHAN VALDEZ GONZÁLEZ, EMILIO MODESTO TREVIÑO SALINAS, MARTHA MARIELA SIFUENTES LOERA, SARA PATRICIA PEÑA LIZOLA, CESAR DARYL CASTRO REYES
Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey NL.

Objetivo: revisar la bibliografía del embarazo ovárico y reportar un caso.

Material y métodos: paciente de 23 años quien acude por sangrado transvaginal y dolor abdominal. Tres embarazos y tres parto sin método de planificación familiar, amenorra de 5.1 semanas. Hemodinámicamente estable, abdomen blando con peristalsis disminuida, dolor a la palpación en hipogastrio y fosa ilíaca derecha, sin rebote; a la especuloscopia huellas de sangrado en vagina; dolor a la palpación bimanual en fosa ilíaca derecha, sin palparse masas o tumoraciones. Se solicitó prueba de embarazo la cual se reportó positiva. Se realizó ecografía pélvica que reportó hacia anexo derecho imagen quística, redondeada, hipocóica de 3.3x2.6 cm y adyacente a esta se aprecia imagen con hiperecogenicidad en su periferia (anillo).

Resultados: en la laparotomía exploradora se encontró un embarazo ectópico no roto de 3 x 4 cm localizado en ovario derecho. Se realizó salpingooforectomía derecha, enviándose pieza a patología para estudio definitivo la cual reportó embarazo ovárico. La paciente evolucionó satisfactoriamente durante el postoperatorio.

Conclusiones: el embarazo ectópico ovárico representa una forma poco común de embarazo. Su incidencia real se desconoce debido a la dificultad en el diagnóstico comúnmente realizado durante la cirugía. Se estima la incidencia entre 0.15-3%. La causa de este tipo de embarazo sigue siendo imprecisa y puede ocurrir en ausencia de factores de riesgo y síntomas. Se requiere una gran sospecha del padecimiento para identificarlo. Se tomarán ultrasonidos seriados que reportan cavidad uterina vacía y trompas uterinas normales, con BHGC superiores a 1000 UI/L. El tratamiento puede ser quirúrgico o médico.

CARTEL MAMPARA 144

Embarazo ectópico con cuadro clínico que no descarta un tumor germinal

SERGIO GONZÁLEZ NOVOA, JESÚS HÉCTOR SAN MIGUEL HERNÁNDEZ, JESÚS MARIO CANSECO LIMA
Hospital Central Dr Ignacio Morones Prieto, San Luis Potosí, SLP.

Paciente de 24 año de edad, con prueba de embarazo en orina positiva en marzo 2013. FUM 160313. G3 P2 A0 C0 M13a R 28x3 IVSA 15a PS 2. Mayo 2013 acude a urgencias en hospital

comunitario por dolor en hipocondrio derecho, internada por amenaza de aborto 020613 al 090613. Referida a ésta institución 150613 por sangrado trasvaginal y embarazo molar. Ingres a con dolor tipo cólico en hipogastrio, abdomen aumentado de volumen hasta cicatriz umbilical, especuloscopia cérvix central, intermedio, puntiforme con huellas de sangrado, tacto bimanual útero de 15cm. Ultrasonido trasvaginal con útero de 7x5cm eco endometrial de 10mm lineal, ausencia de saco gestacional, masa anexial derecha de 9.74x9.13x8.64cm con volumen de 402.29cm3 con ecogenicidad heterogénea, con septos irregulares en su interior con patrón lobulado vascularidad periférica bidireccional, A su ingreso Hgb 8.45g/dL, Hct 26.1%, Plqts 415000, Leucos 10400, B-GCH 1286.87 IU/mL, AFP 8.59ng/mL, Ca 125 103.7U/mL, ACE 0.81ng/mL, DHL 409U/L. Tomografía con imagen abdomino-pélvica desde cicatriz umbilical hasta hueco pélvico dependiente de anexo derecho de bordes definidos y densidades heterogéneas con componentes sólido-quístico-hemorrágico, presencia de septos en su interior de 3 a 5mm irregulares, útero desplazado en dirección anterior. 210613 Laparotomía exploradora incisión media infra y supraumbilical, plastrón en fondo de saco posterior con hemoperitoneo y coágulos organizados de 800mL, salpinges edematosas, estudio transoperatorio negativo para células neoplásicas, fragmento tisular de 1.5x1.8x0.8cm blanco amarillo compatible con embarazo ectópico roto y cuerpo lúteo hemorrágico. Cuando existe sospecha de anormalidades en los anexos el primer abordaje implica determinar el origen y la extensión del tumor. Por lo general, un ultrasonido trasvaginal es una buena herramienta para determinar si la masa es ovárica y si es maligna (septos gruesos, líquido libre, componentes heterogéneos sólidos y quísticos) Cuando se tiene como posibilidad un tumor germinal como el disgerminoma se pueden confundir los hallazgos. En este caso en particular la aparición de una masa abdomino-pélvica de rápido crecimiento, elevación de marcadores tumorales y los hallazgos ultrasonográficos, así como un cuadro clínico atípico llevan a tener como diagnósticos diferencial esta afección.

CARTEL MAMPARA 145

Embarazo ectópico esplénico: reporte de un caso

ROSALÍA ELVIRA HERNÁNDEZ DÍAZ, REYNA LUZ SOTO GONZÁLEZ
CEMSI, Culiacán, Sin.

El embarazo esplénico es la forma más rara de embarazo ectópico, con muy pocos casos

documentados en la bibliografía. Se reporta el caso de un embarazo ectópico en una paciente, con antecedente de dos cesáreas previas, quien acude por retraso menstrual a control prenatal, durante las semanas subsecuentes comienza con dolor abdominal, se protocoliza y laparatomiza sin encontrar embarazo ectópico intrapélvico ni intestinal, persiste con dolor realizándose TAC, encontrándose masa esplénica que correspondía radiológicamente a un hemangioma, se realiza esplenectomía y en reporte histopatológico se reporta embarazo ectópico intraesplénico.

CARTEL MAMPARA 146

Embarazo ectópico cornual de 13.2 semanas de gestación: reporte de un caso

MARCELA JOSEFINA CORDOVA CASTILLO, RAÚL CORTÉS FLORES, YOLANDA REYNOSA OVIEDO, MARINA MARTÍNEZ GARCÍA, ERNESTO LÓPEZ VERA
Unidad Médica de Alta Especialidad 23, Instituto Mexicano del Seguro Social, Monterrey NL.

Antecedentes: el embarazo ectópico de localización cornual se presenta en el 2-4% de las gestaciones. Se acompaña de elevada morbilidad y una mortalidad del 2-5%, secundaria principalmente a hemorragia y a ruptura uterina, ésta última hasta de un 20%. La sintomatología es muy variada y su diagnóstico puede ser pasado por alto.

Objetivo: comunicar un caso poco frecuente de embarazo ectópico de localización cornual con evolución hasta las 13 semanas.

Caso clínico: paciente de 38 años, sin antecedentes de importancia para el padecimiento actual. Cinco embarazos y cuatro partos. Se sometió a legrado uterino instrumentado a las cinco semanas por aborto incompleto, obteniendo escaso material en el procedimiento. Evolucionó asintomática, 8.2 semanas después presenta dolor abdominal y sangrado transvaginal, ultrasonido pélvico muestra útero de 6 x 4 cm y masa a nivel cornual derecha de 4.38 x 3.85 cm. Se decide realizar laparotomía exploradora encontrando, útero con presencia de embarazo ectópico cornual derecho no roto de 7 x 5 cm, realizándosele resección sin complicaciones previa ligadura de uterinas, sangrado 100cc.

Conclusiones: es infrecuente que un embarazo ectópico de localización cornual evolucione intacto hasta el término del primer trimestre, como en el caso que presentamos. El rastreo ultrasonográfico debe ser cuidadoso y exhaustivo. El clínico debe sospechar cuando el diagnóstico de un aborto incompleto no sea claro y el material obtenido en el legrado uterino sea escaso.

CARTEL MAMPARA 147

Embarazo ectópico del segundo trimestre en cuerno rudimentario: reporte de dos casos

ESPERANZA JOSEFINA BAUTISTA GÓMEZ, VÍCTOR EDILBERTO MORALES GARCÍA, OMAR FELIPE DUEÑAS GARCÍA, NOEL PIZARRO OSORNO, ELSA MORENO VERDUZCO

Hospital General Aurelio Valdivieso, Secretaría de Salud de Oaxaca, Oaxaca, Oax.

Antecedentes: el embarazo ectópico en un cuerno rudimentario del útero es una forma muy rara de embarazo que se asocia con una alta morbilidad, materna y fetal. Se comunican dos casos de embarazo ectópico del segundo trimestre en un cuerno rudimentario que se presenta como abdomen agudo y requirieron laparotomía de emergencia con resección del cuerno con feto in situ y preservación del útero. A pesar de que es un diagnóstico raro el embarazo ectópico cornual debería ser considerado como parte del diagnóstico diferencial de abdomen agudo durante el embarazo. La consejería prenatal es sumamente importante en mujeres que presentan un cuerno rudimentario diagnosticado.

Objetivo: reportar dos casos de embarazo ectópico del segundo trimestre en cuerno rudimentario que se manifestó como abdomen agudo y requirió laparotomía de emergencia, con resección del cuerno, feto in situ y preservación del útero.

Reporte de caso y revisión de la bibliografía de la laparotomía de emergencia y resección cornual

Conclusiones: además de ser un diagnóstico raro, el embarazo ectópico cornual debería ser considerado con parte del diagnóstico diferencial de abdomen agudo durante el embarazo.

CARTEL MAMPARA 148

Embarazo ectópico en cicatriz de cesárea previa: reporte de un caso

SOFÍA DESIRÉE ESQUIVEL MONTOYA, JOAQUÍN OLIVA CRISTERNA, MARÍA DE LOURDES MARTÍNEZ ZUÑIGA *Hospital de la Mujer, Secretaría de Salud, México DF.*

Objetivo: difundir el conocimiento adquirido a través de la experiencia de un caso y revisión de bibliografía. Introducción: La prevalencia del embarazo ectópico en cicatriz de cesárea previa es de 0.15%. El primer caso se describió en 1978 por Solomon. Es causa principal de mortalidad materna. El diagnóstico es clínico por sangrado transvaginal y dolor abdominal en el primer trimestre; complementado con ultrasonido: a) tejido trofoblástico entre vejiga y útero; b) saco gestacional; c) pérdida de la continuidad del útero y d) flujometría Doppler. El tratamiento es farmacológico y/o quirúrgico, según el estado clínico, hallazgos y deseo de fertilidad.

Material y métodos: datos clínicos, estudios de laboratorio y gabinete, reporte histopatológico.

Resultados: paciente de 39 años gesta IV para I cesárea I aborto I con retraso menstrual de 10 semanas, sangrado transvaginal, prueba inmunológica de embarazo 631.62 UI/mL, ultrasonido con zona redondeada de 5cm hacia anexo derecho, vascularizada en el cuerpo/istmo/cérvix de 8.2x 6.8x 4.2cm. Con diagnóstico de aborto incompleto VS embarazo ectópico en cicatriz de cesárea previa, se realizó revisión de cavidad uterina, histerectomía abdominal y conservación de anexos. Hallazgos: aumento de volumen en cicatriz uterina previa 3cm, tejido trofoblástico en ligamento cardinal derecho, orificio cervical interno y canal cervical; sangrado 1500cc. Reporte histopatológico: útero con placenta increta en segmento y vellosidades coriales. Egresó al tercer día.

Conclusión: los antecedentes obstétricos, cuadro clínico, ultrasonido transvaginal y el conocimiento del embarazo ectópico son imprescindibles para decidir de manera integral el tratamiento, con base en las condiciones clínicas y deseo de preservar la fertilidad.

CARTEL MAMPARA 149

Embarazo ectópico en cicatriz de cesárea previa: reporte de un caso (INSEMER)

LAURA PATRICIA GONZÁLEZ DE JESÚS, ABRAHAM MARTÍNEZ RUIZ, JOSÉ ENRIQUE ISLAS VARELA, MARIO SERGIO CRISTO AGUIRRE, MARÍA VICTORIA MARCHESE

Instituto Especializado en Infertilidad y Medicina Reproductiva (INSEMER), México DF.

La implantación del blastocisto por fuera del endometrio en el sitio donde se realizó la histerotomía previa, se le denomina embarazo ectópico en cicatriz de cesárea previa, a pesar de que es una entidad poco frecuente de no ser diagnosticada y tratada en forma adecuada puede causar complicaciones graves e incluso la muerte de la madre.

Objetivo: reporte de caso clínico debido a la baja incidencia del mismo y diagnóstico temprano.

Caso clínico: paciente de 35 años de edad, con dos embarazos y una cesárea. Acudió a consulta con embarazo de 6.5 SDG por FUM, asintomática, sin factores de riesgo o antecedentes de importancia, se toma fracción β hCG de 3613, se realiza USG transvaginal encontrando SG y Saco Yolk en cicatriz de cesárea previa, por lo que se decide administrar primera dosis de metotrexate 1mg/kg, BH y PFH normales. Se realiza revisión una semana posterior con fracción β hCG 55,265 y USG transvaginal con SG 7 SDG, FCF presente se administra segunda dosis de metotrexate. Durante la tercera revisión se observa en USG LCC de 8.1 SDG, sin actividad cardíaca, presencia de polo fetal, sin evidencia de sangrado. A las 11.1 SDG se realiza USG transvaginal encontrando saco colapsado con presencia de hematoma retroplacentario se realizan fracción β hCG de 663. Posteriormente presenta manchado transvaginal, el cual persiste por un mes, con último control 3 meses posteriores a diagnóstico encontrando USG transvaginal con endometrio lineal, con imagen pb residual en sitio de implantación y fracción β hCG negativa.

Conclusión: el embarazo ectópico en cicatriz de cesárea previa es una entidad poco frecuente pero con consecuencias catastróficas, que ponen en peligro la vida de la madre. Representa el 6.15% de los embarazos ectópicos en mujeres con al menos una cesárea. La prevalencia ha sido calculada en 1:1800 a 1:1226 de todos los embarazos (0.15%). El diagnóstico temprano de este tipo de embarazos nos brinda la oportunidad de dar un tratamiento médico, mediante seguimientos estrechos y con menos riesgos para la madre.

Conclusión: el embarazo ectópico en cicatriz de cesárea previa es una entidad poco frecuente pero con consecuencias catastróficas, que ponen en peligro la vida de la madre. Representa el 6.15% de los embarazos ectópicos en mujeres con al menos una cesárea. La prevalencia ha sido calculada en 1:1800 a 1:1226 de todos los embarazos (0.15%). El diagnóstico temprano de este tipo de embarazos nos brinda la oportunidad de dar un tratamiento médico, mediante seguimientos estrechos y con menos riesgos para la madre.

CARTEL MAMPARA 150

Embarazo heterotópico: reporte de un caso

ALONDRA MONTSERRAT BARBA JIMÉNEZ, PAULINA CASTRO REYNOSO, JOSÉ DE JESÚS DÍAZ ÁVILA *Hospital Civil de Guadalajara. Fray Antonio Alcalde, Guadalajara Jal.*

Paciente de 29 años con antecedentes de cuatro embarazos, una cesárea y dos abortos, con 38 semanas de gestación y cerclaje cervical (realizado en la 16 SDG) acude por presentar actividad uterina y dolor referido en hipocondrio derecho. Se decide su ingreso para interrupción del embarazo vía abdominal por desproporción céfalo pélvica. Se realiza incisión tipo pfannenstiel, se disecciona por planos hasta cavidad, se realiza histerotomía tipo kerr y se obtiene producto único, vivo, posteriormente se da alumbramiento de placenta completa, se realiza revisión de cavidad digitotextil, se realiza histerorrafia en 2 planos con crómico 1, se realiza cierre de peritoneo vesical con crómico 2-0, se revisan correderas parietocólicas, se localiza anexo izquierdo y se realiza fimbrectomía tipo kroenner, se localiza anexo derecho y se observa en trompa aparentemente embarazo ectópico no roto y se realiza salpingectomía, separando pieza para envío a patología, se cierra peritoneo parietal con crómico 2-0, se cierra aponeurosis con vycril del 1, se afronta TCS con vycril 2-0. Se extraen coágulos vaginales y se da por terminado el procedimiento. El reporte histopatológico reportó en su descripción microscópica estroma salpingiario con hemorragia focal así como presencia de vellosidades coriales secundarias con cambio

isquémico y células gigantes tipo sincitiotrofo-
blasto, además de hemosiderofagos mezclados
con escaso infiltrado inflamatorio crónico activo,
y su diagnóstico anatomopatológico embarazo
ectópico tubario.

CARTEL MAMPARA 151

Embarazo heterotópico: reporte de caso y revisión de la bibliografía

SARA ELIA HERNÁNDEZ FLORES, ROBERTO CARLOS
OJENDIZ NAVA, JORGE ROMÁN AUDIFRED SALOMÓN,
DANNIELA NIEBLA CÁRDENAS

*Hospital General Dr. Manuel Gea Gonzalez,
Secretaría de Salud, México DF.*

El embarazo heterotópico suele manifestarse en
1:30,000 embarazos espontáneos. Se presenta
el siguiente caso tratado en nuestra unidad:
Paciente de 26 años, M: 15 años, T Y P 14
años, ciclos de 30 x 3, IVSA: 18 años, pare-
jas sexuales: 4 sanos, MPF: anticonceptivos
orales, Gesta: 2, Aborto 1; primer trimestre,
espontaneo, FUM: 07-06-13, dispareunia (-),
sinusorragia (-), ETS (-) PAP: nunca. Acude
por presentar dolor en fosa iliaca izquierda,
tipo cólico, intensidad moderada, sin irradia-
ciones, acompañado de nausea y vómito en 6
ocasiones, además de sangrado transvaginal de
un día de evolución. TA: 90/60mmHg FC: 80x',
FR: 19x', Temp: 36.2, palidez de tegumentos
+, hidratada, abdomen con peristalsis presente
con dolor a la palpación media y profunda en
fosa iliaca izquierda, rebote positivo, tacto
vaginal: cérvix, cerrado, con dolor a la mo-
vilización, sangrado transvaginal escaso, no
fétido, dolor a la palpación de anexo izquierdo.
Leucocitos: 19.3, hb: 12.10, plaquetas: 313,
glucosa 122, BUN 7.8, creatinina: 0.6, HGC:
10,646 UI/mL. Ultrasonido Obstétrico: con
saco gestacional de implantación fundica, con
una imagen sugerente de saco de yolk mide
10mm, que corresponde a un embarazo de 4
semanas, en topografía del ovario izquierdo, se
observa una imagen que mide 5.5x5.5x4.7cm
que muestra escasa vascularidad periférica,
presencia de liquido libre en fondo de saco,
espacio hepatorenal, esplenorrenal, correderas
parietocolicas y ambas fosas iliacas. Se somete
a LAPE, se realiza salpingectomía izquierda,
el reporte histopatológico fue vellosidades
coriales de primer trimestre, con usg control se
evidenció FCF, y HCG que mostro incremento.
Actualmente continúa control de embarazo.

CARTEL MAMPARA 152

Embarazo heterotópico espontáneo: reporte de un caso y revisión de la bibliografía

JORGE BELTRÁN MONTTOYA, JOAQUÍN RUIZ SÁNCHEZ,
ANGEL ELIZALDE MENDEZ, ITZEL ALVARADO MAL-
DONADO, CHRISTIAN REYES MAYORAL

*Instituto Nacional de Perinatología Isidro
Espinosa de los Reyes, Secretaría de Salud,
México DF.*

El embarazo heterotópico se define como la
presencia simultánea del embarazo intrauterino
y extrauterino. Comúnmente el EE está dentro
de la salpinx y poco común en otros sitios:
cuello uterino, abdomen u ovario. La incidencia
estimada del EH es entre 1/8000 y 1/30, 000.
Esta frecuencia elevada se ha atribuido a varios
factores, entre ellos mayor incidencia de la
enfermedad inflamatoria pélvica y el uso exten-
dido de las tecnologías de reproducción asistida.
Se presenta reporte de un caso, paciente femenino
de 43 años, gesta 3 aborto 1 ectópico 1, emba-
razo de 6.5 semanas, embarazo con ultrasonido
reporta embarazo heterotópico: embarazo ectó-
pico derecho no roto y embarazo intrauterino.
Clínicamente con datos de abdomen agudo,
por lo que se realizó laparotomía exploradora
reportándose como hallazgos hemoperitoneo de
900 mL, embarazo ectópico cornual derecho
roto con sangrado activo, utero gravido de 10 x
7cm, anexo izquierdo sepultado, escaso tejido
trofoblástico en cuerno. Posteriormente inicia
con dolor abdominal tipo cólico, se realiza tacto
vaginal encontrando sangrado rojo oscuro, no
fétido con cervix cerrado, se solicita ultrasoni-
do obstétrico concluyendo aborto incompleto.
El tratamiento de los embarazos heterotópicos
sigue siendo controvertido. Si la paciente con
diagnóstico de embarazo heterotópico es he-
modinámicamente estable, se puede considerar
tratamiento conservador. El tratamiento quirúrgico
es necesario cuando el tratamiento conservador fa-
lla o se acompaña de inestabilidad hemodinámica.
El abordaje laparoscópico tiene varias ventajas,
incluyendo el tiempo de recuperación corto, menor
necesidad de antibióticos y analgésicos, y un me-
nor número de heridas quirúrgicas en comparación
con la mayoría de los abordajes por laparotomía.
Según la Sociedad Americana de Cirujanos Gas-
trointestinales, los efectos en la mujer embarazada
y el feto son pequeños si el tiempo quirúrgico es
inferior a 60 minutos y se mantiene la presión
intraabdominal abajo 10-12 mmHg.

CARTEL MAMPARA 153

Embarazo heterotópico, tratamiento laparos- cópico: presentación de un caso y revisión de la bibliografía

ALBERTO KABLY AMBE, ÓSCAR ANDRÉS MARTÍNEZ
PACHÓN, FLORENCIA COVARRUBIAS HAIEK

*Hospital Ángeles Lomas, Huixquilucan, Estado
de México*

Paciente de 29 años, sin antecedentes de im-
portancia. Acudió a consulta por infertilidad
primaria, antecedente de 3 inseminaciones homó-
logas sin lograr embarazo. Se realiza FIVTE con
posteriores cuantificaciones de b HCG de 1600 al
día 14 post transferencia y de 7165 a los 4 días.
A las 5 semanas de embarazo se corrobora latido
cardíaco, con reacción decidual normal. A las 7.6
semanas acude por dolor abdominal intenso y
datos de abdomen agudo. Se realiza USG trans-
vaginal con presencia de embarazo heterotópico
anexial de 6.4 semanas, con presencia de latido
cardíaco. El otro embrión intrauterino de 7.6
semanas, con latido. Se realiza laparoscopia diag-
nóstica, encontrando embarazo implantado en
ligamento ancho izquierdo, con implantación has-
ta ovario. Se realiza SOF izquierda laparoscópica
y disección de ligamento ancho comprometido.
Requiere transfusión de dos paquetes globulares
postquirúrgicos. Se realiza nuevo USG encon-
trando ausencia de latido cardíaco de embrión
intrauterino, el cual es extraído por medio de
legrado. Se egresa al segundo día hospitalario.
Se define como embarazo heterotópico a la
presencia de un embarazo intrauterino, y un
segundo embarazo fuera de la cavidad uterina.
La incidencia es baja, ocurre en menos de 1
en 30,000 embarazos de manera espontánea.
Sin embargo, el incremento de las técnicas de
reproducción asistida han cambiado la inci-
dencia, se reporta una frecuencia hasta del 1%.
Los síntomas más comunes son dolor abdo-
minal, tumoración anexial, datos de irritación
peritoneal y aumento de volumen uterino.
El 70% de los casos se diagnostica entre la sema-
na 5 y 8 de gestación a través de un ultrasonido
transvaginal. El tratamiento conservador, indica-
do en casos sin ruptura del embarazo ectópico,
consiste en aspiración e inyección de cloruro
de potasio o prostaglandinas, dentro del saco
gestacional. El tratamiento por laparoscopia es
una opción adecuada, que ha mostrado resultados
favorables para la continuación del embarazo
intrauterino.

SEGUNDA PARTE: OBSTETRICIA

CARTEL MAMPARA 155

Near-Miss Materno en Adolescentes: Experiencia en el Instituto Nacional de Perinatología "Isidro Espinosa de los Reyes" 2009-2012.

JOSEFINA LIRA PLASCENCIA, KARLA SELEGNA SANCHEZ BAÑOS, RAÚL ROBERTO GONZÁLEZ CALVO, JAVIER MANCILLA RAMÍREZ, SELENE SAM SOTO, FRANCISCO IBARGÜENGOITIA OCHOA.

Instituto Nacional de Perinatología "Isidro Espinosa de los Reyes", Secretaría de Salud, México, D. F.

Antecedentes. La morbilidad materna extrema o near-miss materno se define como una paciente que durante el embarazo, parto o puerperio presenta situaciones que potencialmente amenazan su vida, pero que debido a intervenciones médicas no fallece. La vigilancia epidemiológica de near-miss materno, es una de las estrategias propuestas por la OPS y la OMS para lograr reducir la tasa de mortalidad materna para el año 2015.

Material y métodos. Estudio descriptivo, retrospectivo y transversal. Se realizó una evaluación de los expedientes de las pacientes internadas en el área de terapia intensiva del INPer durante los años 2009-2012. Se incluyeron únicamente las pacientes de 19 años o menos y se analizaron las características de su estancia a UTIA para catalogar a aquellas que pertenecían al grupo de near-miss materno.

Resultados. Se encontró un registro de 329 pacientes internadas en la unidad de terapia intensiva de adultos (UTIA) durante 2009 y 2012. Solo 32 (10.8%) pacientes cumplieron con el criterio de 19 años de edad o menos, y se incluyeron en el estudio. El promedio de edad fue de 17.4 años de edad, con una estancia promedio en UTIA de 2.7 días. Solo 50% (n=16) de las pacientes adolescentes cumplió con los criterios para incluirse dentro de la categoría near miss materno, 2 pacientes fallecieron. En estos dos casos la causa de fallecimiento fue paro cardiorespiratorio secundario a falla orgánica múltiple, ambas con el antecedente de Síndrome de HELLP.

Conclusiones. El porcentaje de pacientes adolescentes con características de near-miss materno encontrado en este estudio se encuentra muy por debajo a otros reportados en la literatura de hasta el 30%. Nuestros datos coinciden con la mayoría de los reportes en la literatura que indican que la morbilidad materna extrema es más prevalente en gestantes primigrávidas (81.2%, n=26). Es necesario realizar más investigaciones sobre la morbilidad materna extrema en las pacientes adolescentes en el hospital de estudio.

CARTEL MAMPARA 156

Síndrome de Respuesta Inflamatoria Sistémica en Obstetricia, Reporte de Caso.

MIGUEL ANGEL SERRANO BERRONES, GEORGINA CENTENO DURAN.

Departamento de Ginecología-Obstetricia, Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 4 Dr. Luis Castelazo Ayala. Instituto Mexicano del Seguro Social. México, D.F.

El término de SRIS, introducido en 1991 por la conferencia de Consenso del Colegio Americano de Cirujanos de Tórax y de la Sociedad Americana de Medicina Crítica, se define como la respuesta generalizada del organismo ante determinados estímulos. Aproximadamente del 0.1% al 0.9% de las pacientes embarazadas y puerperas presentan afectaciones fisiológicas, enfermedades específicas de la gestación y otras asociadas a ella. Son pocas las investigaciones en la actualidad que describen la incidencia y/o el impacto del SRIS y falla de múltiples órganos. El 59% de las pacientes obstétricas críticamente enfermas, desarrollan SRIS siendo la disfunción endotelial, la base fisiopatológica tanto de la preeclampsia y del SRIS.

Se recomienda realizar estudios con mayor tamaño de muestra debido a que los criterios para definir puntos de corte del síndrome de respuesta inflamatoria sistémica no parecen ser los más adecuados para la gestante ajustados a sus variables fisiológicas, presentando similitudes con el síndrome de HELLP sin embargo con una expresión más severa como el caso clínico presentado.

CARTEL MAMPARA 157

Uso y abuso de antibióticos en la práctica gineco-obstétrica.

LUIS FELIPE MALDONADO NÁJERA, ERIKA RAMÍREZ ROBLES, RUBEN CHAVEZ DELGADO, WILLIAM ZOPIYAXTLE JARQUIN, RICARDO JAUREGUI TEJADA.

Hospital General Dr. Nicolas San Juan, ISEM, Toluca, Estado de México.

Se realizó un estudio descriptivo, observacional, transversal, retrospectivo, de 10 meses de marzo de 2012 a enero 2013 en el Hospital General Nicolas San Juan Toluca, ISEM, donde se describe el uso de antibioticos en evento quirurgico y uso de antibioticos en pacientes que presentaron dehiscencia de herida quirúrgica, así como reporte de resultado de cultivos, determinando la prevalencia de dehiscencias y correlación de uso de antibioticos con cultivos. Durante el periodo de estudio se realizaron un total de 1584 cirugías gineco - obstetricas de las cuales 18 presentaron dehiscencias de herida quirurgica, presentando una prevalencia de 1.1% en el Hospital General Dr. Nicolas San Juan, presentando una media

de edad de pacientes de aproximadamente 32.3 con edad maxima de 48 años y minima de 17 años. Los procedimiento quirurgicos que con mayor frecuencia presentaron dehiscencia de herida quirurgica fue cesarea con un 44.4%, histerectomia con un 33.3%, histerectomia obstetrica 11.1% y salpingectomia y laparotomia exploradora en un 5.5% respectivamente, se uso antibiótico en todas las pacientes del estudio, en 6 se usaron 2 antibioticos y cuando presentaron la dehiscencia de herida en 15 pacientes se uso doble cobertura antibiotica y en 3 pacientes triple cobertura antibiotica y del total de pacientes los cultivos fueron negativos sin desarrollo a las 72hrs.

CARTEL MAMPARA 158

Importancia del control glicémico en la embarazada con diabetes mellitus en los resultados perinatales y obstétricos.

RAÚL FERNANDEZ SILVA, GENARO VEGA MALAGÓN. *Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Querétaro, Querétaro, Qro.*

Objetivo general.- Determinar la Importancia del control glicémico en la embarazada con diabetes mellitus en los resultados perinatales y obstétricos.

Metodología.- Estudio casos y controles realizado en el HGR No. Del IMSS Delegación Querétaro en el periodo del 2009 a 2011, se incluyeron aleatoriamente pacientes embarazadas con diabetes mellitus con al menos tres determinaciones de glucosa en el control prenatal, el grupo de casos se integró con 45 pacientes con mal control metabólico de la glicemia, el cual se considero aquellas pacientes con: 3 cifras de glucosa >95 mg/dl y/o hemoglobina glucosilada >6% y/o presencia de cetonuria e hipoglucemia; el grupo control, mujeres con glicemia y hemoglobina glicosilada normal, se estudiaron variables sociodemográficas, bioquímicas, morbilidad obstétrica y perinatal. El análisis se llevó a cabo con estadística descriptiva, medidas de tendencia central, medidas de dispersión, porcentajes y razones. Se utilizó estadística inferencial con prueba χ^2 y t de student, razón de momios con IC 95%, el nivel de significancia de $p < 0.05$.

Resultados.- Resultados: El promedio de edad de la población estudiada del grupo control fue 30.8 ± 4.2 años y del grupo de casos 33.0 ± 6.1 años. Los siguientes resultados mostraron significancia estadística ($p < 0.05$): retraso del crecimiento intrauterino (OR: 13.054, I.C. 2.797-60.922); parto prematuro (OR: 5.333, I.C. 1.767-16.095); polihidramnios (OR: 4.629, I.C. 1.387-15.448).

Conclusiones. Es importante el buen control metabólico de la paciente con diabetes mellitus

durante el embarazo para disminuir la morbilidad materna y fetal.

CARTEL MAMPARA 159

Impacto perinatal de estrategias de detección para diabetes mellitus gestacional en embarazadas en el Hospital General de México

DIANA ROSALIA TIRO HERNANDEZ, ROCIO GUERRERO BUSTOS, MARTHA LEON ALCANTARA.

Hospital General de Mexico, Secretaria de Salud, Mexico, D.F.

La DMG es el principal problema metabólico de la población mundial y es la enfermedad que con mayor frecuencia complica al embarazo perjudicando el pronóstico perinatal. Se trata de un padecimiento caracterizado por la intolerancia a los carbohidratos con diversos grados de severidad que se reconoce por primera vez durante el embarazo y que puede o no resolverse posterior a éste.

La prevalencia de este padecimiento se estima en 7%, en México dependiendo de la prueba, los criterios diagnósticos utilizados y de la población estudiada. Se ha informado entre 3 y 19.6% con promedio de 7%. Más del 90% de la Diabetes que complica a un embarazo se trata de Diabetes Gestacional y solo el 10% corresponde a Diabetes pregestacional, es decir tipo 1 o 2. La Diabetes Mellitus Gestacional es aquella que se diagnostica por primera vez durante el embarazo, se trata del principal problema metabólico de la población mundial y es la enfermedad que con mayor frecuencia complica al embarazo perjudicando el pronóstico perinatal. Al ser la diabetes gestacional una de las complicaciones obstétricas más comunes se ha convertido en un verdadero problema de salud pública, se ha estudiado profundamente y se ha establecido su asociación con el incremento de la morbi-mortalidad materna y fetal. En el Hospital General de México O. D. teniendo en cuenta lo antes mencionado se realizó un acuerdo de gestión en el año 2006, en el cual se establece como objetivo principal realizar la detección oportuna de dicho padecimiento para disminuir la morbi – mortalidad perinatal. Material y metodos: Se realiza un estudio retrospectivo, descriptivo y observacional de casos consecutivos que se presentaron en el servicio de perinatología del Hospital General de México en el periodo comprendido del mes de Enero a Mayo de 2012 evaluando mediante un cuestionario de detección de factores de riesgo para Diabetes Gestacional a cuántas de estas pacientes se diagnosticó de forma temprana mediante tamiz o curva de tolerancia a la glucosa oral. Posteriormente se comparó la incidencia de dicho padecimiento con la reportada por las estadísticas de Diabetes Gestacional dadas para

el periodo de Agosto a Diciembre de 2006 (previas al acuerdo de gestión ya mencionado) así como los resultados perinatales. Resultados. La incidencia de Diabetes Mellitus Gestacional en el Hospital General de México para el año 2012 es similar a lo reportado en la literatura nacional. Gracias a los acuerdos de gestión se instauraron los lineamientos y métodos adecuados para realizar dicho diagnóstico y en este estudio se encontraron resultados muy alentadores pues se logró incrementar la tasa detección de pacientes con dicho padecimiento con lo que ha disminuido la morbi-mortalidad asociada a éste.

CARTEL MAMPARA 160

Factores de riesgo asociados a la necesidad del uso de insulina en mujeres con diabetes mellitus gestacional.

ENRIQUE REYES MUÑOZ, CARLOS ORTEGA GONZÁLEZ, ARMANDO ROQUE SÁNCHEZ, NAYELI ELIZABETH MARTÍNEZ HUERTA, ALFREDO CASTILLO MORA.

Instituto Nacional de Perinatología "Isidro Espinosa de los Reyes", Secretaria de Salud, México, D. F.

Introducción: La diabetes mellitus gestacional (DMG) afecta al 10% de las mujeres durante el embarazo. Entre 10 y 30% de las mujeres con DMG requieren tratamiento con insulina, para lograr el adecuado control glicémico durante el embarazo. Se desconocen los factores de riesgo asociados a la necesidad del uso de insulina en mujeres mexicanas con DMG.

Objetivo: Conocer los factores de riesgo (FR) asociados a la necesidad del uso de insulina para el control glicémico (CG) de mujeres mexicanas con DMG.

Métodos: Estudio de casos y controles. Grupo 1 (CG con Insulina) y grupo 2 (CG sin insulina). Incluimos mujeres con DMG y embarazo único. Analizamos la asociación de FR con la necesidad de usar insulina para el CG. Se calculó razón de momios (RM) con intervalo de confianza al 95% (IC 95%).

Resultados: Grupo 1 n=48 y grupo 2 n=119. La RM con (IC 95%) fueron; antecedente de DMG: 4.3 (2.1-5.4), IMC pregestacional >30 kg/m²: 2.8 (1.3-6.1), tener <20 semanas de gestación (SDG) al diagnóstico: 2.03 (1.01-4.05), glucosa en curva de tolerancia oral a la glucosa (CTOG): ayuno ≥105 mg/dl: 3.4 (1.6-6.1), 1h ≥190 mg/dl: 3.2 (1.4-7.2) y HbA1c ≥6 %: 3.4 (1.4-8.2). No hubo asociación con antecedente familiar de DM, edad y glucosa 2 h.

Conclusión: El antecedente de DMG, IMC pregestacional ≥30 kg/m², diagnóstico de DMG antes de 20 SDG, glucosa en la CTOG ayuno ≥105 mg/dl, 1h ≥190 mg/dl y HbA1c ≥6 %, se asocian con mayor riesgo de utilizar insulina para el CG en mujeres mexicanas con DMG.

CARTEL MAMPARA 161

Efectividad del tratamiento médico nutricio más metformina transgestacional, para disminuir la incidencia de diabetes mellitus gestacional en mujeres de alto riesgo.

ENRIQUE REYES MUÑOZ, JENNIFER MIER CABRERA, CARLOS ORTEGA GONZÁLEZ, NAYELI ELIZABETH MARTÍNEZ HUERTA, ARELIA ÁVILA CARRASCO.

Instituto Nacional de Perinatología "Isidro Espinosa de los Reyes", Secretaria de Salud, México, D. F.

Introducción: La resistencia a la insulina consecuencia del embarazo per se, incrementan el riesgo de desarrollar diabetes mellitus gestacional (DMG) hasta 40% en mujeres de alto riesgo. Objetivo: Comparar la efectividad del tratamiento médico nutricio más metformina (TMN+MET) vs TMN sin MET para disminuir la incidencia de DMG en mujeres embarazadas con alto riesgo para desarrollar DMG.

Material y Métodos: Estudio clínico aleatorizado, se incluyeron embarazadas con alto riesgo para desarrollar DMG, definido por tres o más de los siguientes factores de riesgo: Obesidad, síndrome de ovarios poliquísticos, edad >25 años, antecedente de hijo macrosómico, familiar con diabetes mellitus tipo 2 en primer grado, antecedente de infertilidad, antecedente de intolerancia a carbohidratos. Las participantes fueron asignadas aleatoriamente a recibir: TMN+MET (grupo 1) ó TMN sin MET (grupo 2). Se realizó detección de DMG con curva de tolerancia oral a la glucosa con 75 g-2h (CTOG 75 g-2h) entre las 14-16 semanas de gestación (SDG) para descartar DMG al ingreso al estudio y a las 24-28 SDG (10-12 semanas después de la intervención). Se comparó la incidencia de DMG entre ambos grupos. Se consideró significativa una p < 0.05.

Resultados: Se incluyeron 20 mujeres en el grupo 1 y 22 mujeres en el grupo 2. No hubo diferencias en las características basales en ambos grupos. No hubo casos de DMG en el grupo 1 y hubo 3 casos de DMG (13.6%) en el grupo 2 p= 0.40.

Conclusiones: El TMN asociado a metformina transgestacional muestra una tendencia favorable para disminuir la incidencia de DMG en mujeres con alto riesgo de desarrollar DMG. Se requieren estudios con mayor muestra para corroborar dichos hallazgos.

Registro por comités de ética e investigación INPer No. 21225042101. Financiamiento CONACYT número 151819

CARTEL MAMPARA 162

Factor psiconeuroinmunoendocrino y el manejo con aines como celecoxib en la diabetes gestacional.

FELIPE CAJIGA MATA, PATRICIA LORANCA MORENO, ISELA VIEYRA LOBATO, MAURICIO ANGUAS GONZALEZ.

Hospital Regional Primero de Octubre, ISSSTE, México, D.F.

La psiconeuroinmunoendocrinología (PNIE) comprende el estudio de la relación de los mecanismos regulatorios y de control del organismo, entrelazando neurotransmisores, neuromediadores, sistema inmunitario y sistema endocrino. El estrés durante el embarazo ocasiona la síntesis de radicales libres y prostaglandinas que pueden desencadenar diabetes e hipertensión gestacional. La disminución en la producción de radicales libres con el uso de celecoxib como inhibidor de la Cox2 reduciría la incidencia de estos padecimientos y a su vez de enfermedades crónico degenerativas, en las cuales el estrés es un indicador importante.

Objetivo: Demostrar que mediante el uso de celecoxib se tiene un mejor control de pacientes con diabetes e hipertensión gestacional.

Desarrollo: Hoy se sabe que cada uno de los componentes que forman la PNIE, es capaz de relacionarse con otro o bien actuar sobre sí mismo (automodulación, conceptualizados en una red de trabajo interrelacionada (network). Siendo la inmunología el punto de partida.

S. Psicologico: Tres circuitos principales: límbico, paralímbico y pineal.

S. Endocrino: Importante en el eje córtico-límbico-hipotalamo-hipofiso-periféricos.

S. Inmunológico: Aquí el principal motor son las citocinas, las cuales son plurifuncionales y actúan siempre complementariamente.

Resultados: El uso de celecoxib en pacientes hospitalizadas durante 48 hrs con diagnóstico de diabetes gestacionhan disminuido notablemente sus niveles centrales y capilares de glucosa.

Discusion: Las investigaciones recientes dan evidencias incuestionables de las interacciones mente-cerebro-cuerpo, a nivel molecular, celular y del organismo que impactan sobre la salud y la calidad de vida de los individuos. Celecoxib se utiliza como inhibidor de la síntesis de PG a través de la vía de la ciclooxigenasa-2, inhibiendo prostanoideos inflamatorios.*Se ha demostrado en estudios en animales la disminución en la multiplicidad celular del tumor en cáncer de colon.

Conclusion: Se ha comprobado la eficacia de celecoxib frente a enfermedades crónico degenerativas: cáncer, Hipertensión Arterial y Diabetes mellitus tipo 1, 2, gestacional. Parece representar un manejo de alto nivel en el futuro.

CARTEL MAMPARA 163

La resistina materna influye en el perfil de lípidos fetal

SALVADOR ESPINO Y SOSA, MARIO RODRÍGUEZ BOSCH, MARIO SOLÍS PAREDES, VERÓNICA ORTEGA CASTILLO, GUADALUPE DEL CARMEN ESTRADA GUTIÉRREZ.

Instituto Nacional de Perinatología "Isidro Espinosa de los Reyes", Secretaría de Salud, México, D. F.

Introducción: La resistina es una adipocina secretada por el tejido adiposo que está relacionada con vías asociadas al metabolismo del tejido graso. El objetivo del presente estudio fue evaluar si las concentraciones maternas de resistina influyen sobre el perfil de lípidos fetal.

Métodos: Se realizó un estudio transversal simple, se cuantificaron las concentraciones de resistina materna utilizando ELISAs comerciales (R&D systems) y las concentraciones fetales de HDL, LDL, colesterol y triglicéridos con pruebas colorimétricas enzimáticas (Diasys corp), en embarazos de término resueltos por vía abdominal, sin patologías de base. Se controló por diseño el índice de masa corporal pregestacional materno y la ganancia de peso durante el embarazo. El protocolo fue aprobado por la comisión de investigación y ética institucional, las pacientes fueron invitadas a participar con carta de consentimiento informado. La distribución se evaluó con Kolmogorov-Smirnov y las correlaciones con Rho de Spearman (SPSS ver. 20)

Resultados: Estudiamos 31 pacientes: media de edad materna 32 años (DE 7.5); talla 156 c (DE 8.4); IMC pregestacional 29.4 kg/m²SC (DE 5.2), ganancia de peso 6.85 Kg (DE 5.4). Encontramos correlaciones significativas entre la concentración de resistina materna con LDL fetal ($p = -0.34$, $p = 0.05$) y LDL/HDL fetal ($p = -0.39$, $p = 0.03$). Observamos una clara tendencia con las concentraciones de colesterol fetal ($p = -0.34$, $p = 0.06$). No se observó correlación con las concentraciones de triglicéridos ($p = 0.63$) y glucosa fetales ($p = 0.12$)

Discusión: la resistina interviene en la adaptación materna al embarazo y la composición corporal neonatal. La correlación encontrada sugiere un efecto adicional y codependiente a los mecanismos de homeostasis maternos a nivel de la zona de intercambio que influyen de forma directa en el control de lípidos a nivel fetal.

CARTEL MAMPARA 164

Las adipocinas maternas están implicadas en la regulación homeostática de la glucemia fetal.

SALVADOR ESPINO Y SOSA, MARIO SOLÍS PAREDES, OTILIA PERICHART PERERA, MARI CRUZ TOLENTINO DOLORES, GUADALUPE DEL CARMEN ESTRADA GUTIÉRREZ.

Instituto Nacional de Perinatología "Isidro Espinosa de los Reyes", Secretaría de Salud, México, D. F.

Introducción: La adiponectina y la leptina son hormonas vinculadas con sensibilidad a la insulina, la gluconeogénesis y el metabolismo basal. El objetivo del estudio fue analizar la influencia de las concentraciones de adipocinas maternas sobre la glucemia fetal.

Métodos: Se realizó un estudio transversal simple, se cuantificaron las concentraciones séricas de leptina y adiponectina maternas utilizando ELISAs comerciales (R&D systems) y las concentraciones fetales séricas de glucosa con el método de glucosa oxidasa, en embarazos de término resueltos por vía abdominal, sin patologías de base. Se controló por diseño el índice de masa corporal pregestacional materno y la ganancia de peso durante el embarazo. El protocolo fue aprobado por la comisión de investigación y ética institucional, las pacientes fueron invitadas a participar con carta de consentimiento informado. La distribución se evaluó con Kolmogorov-Smirnov y las correlaciones con Rho de Spearman (SPSS ver. 20)

Resultados: Estudiamos 17 pacientes: media de edad materna 31 años (DE 8.7); talla 157 c (DE 8.6); IMC pregestacional 29.4 kg/m²SC (DE 5.6), ganancia de peso 6.3 Kg (DE 4.9). Encontramos correlaciones significativas entre las concentraciones de glucosa sérica fetal con las concentraciones de adiponectina materna ($p = 0.67$, $p = 0.003$) y con leptina materna ($p = -0.63$, $p = 0.007$). No se observó correlación en HOMA fetal ($p = 0.69$, $p = 0.85$, respectivamente) Discusión: Ya se ha publicado la relación entre leptina y adiponectina maternas con control glucémico materno, los hallazgos del presente estudio sugieren adicionalmente un estrecho vínculo entre los mecanismos reguladores controlados por adipocinas maternas y la glucemia fetal, abriendo un campo de investigación en nutrición y embarazo.

CARTEL MAMPARA 165

Relación de parto prematuro y bajo peso al nacer con menarca precoz en pacientes nacidas en el Instituto Nacional de Perinatología "Isidro Espinosa de los Reyes" entre 1997-2000.

KARLA SELEGNA SÁNCHEZ BAÑOS, JOSEFINA LIRA PLASCENCIA, JAVIER MANCILLA RAMÍREZ, SELENE SAM SOTO, IVÁN MADRAZO RODRÍGUEZ, AURORA RAMÍREZ TORRES.

Instituto Nacional de Perinatología "Isidro Espinosa de los Reyes", Secretaría de Salud, México, D. F.

Introducción. En los últimos 25 años han mejorado las condiciones de salud en México.

Esto se ha traducido en una mayor esperanza de vida y en sobrevivencia de fetos muy prematuros o con bajo peso al nacer. En contraste, estas pacientes tienen cambios en su metabolismo que las predisponen a: una edad más temprana de presentación de menarca, pubertad precoz, sobrepeso, obesidad y riesgo a padecer SOP.

Material y métodos. Estudio retrospectivo de revisión de casos y controles, de expedientes clínicos de niñas nacidas entre 1997-2000, en el INPer y que continúan el seguimiento pediátrico en esta misma institución. Se dividieron en dos grupos; criterios de inclusión para grupo A fueron: 1) nacer entre 1997-2000 en el INPer, 2) femenino, 3) prematuridad o bajo peso al nacer, 4) datos de peso y talla al momento de la menarca. Para grupo B fueron: 1) nacer entre 1997-2000, 2) femenino, 3) feto de término, 4) datos de peso y talla al momento de la menarca. Las pacientes del grupo B fueron elegidas al azar entre las que acuden a su control prenatal a la Clínica de la Adolescencia INPer.

Resultados. Solo 30 expedientes cumplieron con los criterios de inclusión para el grupo A. Se eligió el mismo número de pacientes para el grupo B. La media para la edad fue para el grupo A 14.07 ± 1.66 , para el grupo B 15.10 ± 1.213 . La media de presentación de menarca fue para el grupo A 11.3 ± 1.208 , para el grupo B 12.33 ± 0.884 ; con un IMC al momento de su presentación de 20.08 ± 3.287 para grupo A, y 20.30 ± 2.917 para grupo B. La media de peso al nacer fue para el grupo A, 1679.0 ± 596.463 gr, con una media de 31.6 ± 2.6 sdg al nacimiento; para el grupo B 3370.0 ± 365.513 gr y 38.6 ± 1.0 sdg al nacer.

Conclusiones. Es importante tomar en cuenta el factor de bajo peso al nacer al momento de evaluar una paciente que presente menarca a una edad temprana, hemorragia uterina disfuncional de difícil control, sobrepeso, obesidad o SOP, así como proporcionar un enfoque multidisciplinario para su atención.

CARTEL MAMPARA 166

Hiperparatiroidismo e hipotiroidismo complicando el embarazo. A propósito de un caso.

CLARA DEL CARMEN FLORES ACOSTA, DONATO SALDÍVAR RODRÍGUEZ, GREGORIO TREVIÑO MARTÍNEZ, OSCAR RUBEN TREVIÑO MONTEMAYOR, MAURO ANTONIO MACEDO.

Departamento de Ginecología y Obstetricia, Hospital Universitario "Dr. José E. González", Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, N.L.

Objetivos: Presentación de un caso clínico sobre hiperparatiroidismo e hipotiroidismo complicando un embarazo.

Materiales y métodos: Reporte de caso utilizando datos del expediente clínico y revisión de literatura.

Caso clínico: Femenino de 20 años, primigesta, con antecedente de enfermedad de Graves diagnosticada a los 12 años tratada con I-131, con posterior hipotiroidismo tratado con levotiroxina con mal apego al tratamiento. Acude cursando embarazo de 17.6 sdg refiriendo náusea y vómito de 2 semanas de evolución, a su exploración se encuentra cifra hipertensiva (140/90) y decide su ingreso para manejo y control, durante su estancia se reporta hipercalcemia (12.8mg/dL) e inicia manejo por parte de Medicina Interna; determinación de PTH en 82.1mcg. Se mantiene en estancia hospitalaria por 26 días con manejo hidroelectrolítico, anti-hipertensivo y levotiroxina, con mejoría clínica se decide egreso al cursar 21.3sdg con seguimiento por consulta de control prenatal y manejo endocrinológico; la paciente no acude a consultas subsecuentes, por lo que se contacta familia posteriormente y se nos informa muerte prenatal del producto aproximadamente a las 28sdg, con inducción de parto obteniéndose producto femenino, se mantiene paciente en hospitalización y solicita egreso voluntario al tercer día de EIH.

Conclusiones: El hiperparatiroidismo, a pesar de ser de los defectos endocrinológicos más comunes con prevalencia de 0.1-0.5% en EUA, sigue siendo raro durante el embarazo reportándose aproximadamente 200 casos en la literatura, y con alta asociación de morbi-mortalidad fetal alcanzando tasas de complicación perinatal de hasta 50%. Sus síntomas se relacionan al nivel de calcio sérico. La asociación entre hiperparatiroidismo e hipotiroidismo complicando el embarazo es aún rara y debe ser estudiada para su mejor comprensión y manejo.

CARTEL MAMPARA 167

Oligohidramnios, insuficiencia uteroplacentaria y restricción en el crecimiento intrauterino.

DAVID JONATHAN DIAZ REYES, MANUEL SAENZ CABRERA, SILVIA ORTEGA BARRIOS, ALYHATRA ELIZABETH SERRANO VAZQUEZ, DANIEL CALDERON MONTAÑO.

Hospital General Acapulco, Secretaría de Salud, Acapulco, Gro.

El oligohidramnios es el descenso del líquido amniótico por debajo de los límites normales, a veces hasta de unos cuantos mililitros. En general el oligohidramnios que se presenta en etapas tempranas del embarazo es menos frecuente y a menudo tiene mal pronóstico. Por el contrario a menudo se puede encontrar disminución del volumen de líquido en embarazos que continúan más allá del término. El oligohidramnios de encuentra definido como un índice de líquido

amniótico de 5 cm o menor; 25% de las mujeres que cursan con un embarazo después de las 41 semanas de gestación (Gagnon et al.2002) descubrieron que la insuficiencia placentaria grave crónica causaba disminución del volumen del líquido amniótico atribuible a una menor producción de orina por el feto. El riesgo de compresión de cordón y a su vez pérdida del bienestar fetal, aumenta conforme disminuye el volumen de líquido en todos los trabajos de parto pero en especial después del término. A continuación se presenta el caso de paciente de 26 años con los siguientes antecedentes AHF: padre y madre diabéticos tipo 2 APP: niega saberse diabética o hipertensa, control prenatal desde el primer mes de gestación con ingesta de hematinicos, niega complicaciones durante la gestación, GO: G:3 P:1 C:1 la cual presenta FUR: 13-07-12 FPP:20-04-13. El antecedente de cesárea hace 4 años por embarazo de término más oligohidramnios severo más pérdida del bienestar fetal se obtuvo producto masculino con peso de 1800 grs. Apgar 8/9 el cual actualmente en preescolar sin alteraciones y peso actual de 16 kg. El diagnóstico de ingreso actual es embarazo de 37.4 sdg x FUR, 32.2 sdg más oligohidramnios severo (1-2cc phellan) más circular de cordón por ultrasonido. Durante su estancia glucosa central casual: 346mg/dl, urea 28 gr/dl y creatinina 0.59 gr/dl; 15 hrs después se realiza interrupción vía abdominal y se obtiene producto femenino vivo peso 1700 grs, talla de 46 cm, APGAR 8/9 y Capurro de 38 semanas, ingresa a cueros patológicos 2 días para vigilancia y egresa sin complicaciones, la madre egresa 48 hrs después de su ingreso sin complicaciones (glucosa 126 mg/dl) con tratamiento con insulina NPH y con seguimiento por la consulta externa.

CARTEL MAMPARA 168

Restricción del crecimiento intrauterino estrategias diagnósticas y terapéuticas a propósito de un caso.

JOHNATAN TORRES TORRES, DIANA ROSALIA TIRO HERNANDEZ, FAUSTO CORONEL CRUZ, JESUS HERNANDEZ HERNANDEZ.

Hospital General de Mexico, Secretaría de Salud, Mexico, D.F.

Se presenta el caso de una paciente con embarazo de tercer trimestre quien ingresa a nuestro hospital referida de unidad médica básica por un antecedente que se considera le condiciona un embarazo de alto riesgo.

Femenino de 38 años, casada, carga genética para hipertensión arterial, diabetes mellitus, hipotiroidismo. Padeció angina de Ludwig complicada hace 10 años condicionando estancia prolongada en la Unidad de Cuidados Intensi-

vos de Adultos sin complicaciones posteriores. Dentro de sus antecedentes ginecológicos y obstétricos a destacar que no practica uso de método de planificación y desconoce fecha de última menstruación. Gestas 3, primera gesta aborto espontáneo hace 21 años, segunda gesta hace 20 años sin complicaciones perinatales, termino del embarazo mediante cesárea secundaria a desproporción cefalo-pélvica, recién nacido con peso de 3350 gramos. Tercera gesta con embarazo diagnosticado con prueba inmunológica de embarazo positiva, control prenatal en centro de salud con 5 consultas. Refiere estudios prenatales y 4 ultrasonidos sin reportarle alteraciones. Es enviada al Hospital General de México para atención del embarazo por el antecedente de Angina de Ludwig. Se reporta en ultrasonido realizado en el servicio de ultrasonografía de embarazo de alto riesgo dicho estudio encontrando feto único en presentación pélvica de 31.5 semanas de gestación por ultrasonido, con peso de 1792 gramos (por debajo de percentil 3, placenta con grado II de maduración de acuerdo a Granumm, índice de pulsatilidad de arteria umbilical de 1.48 (por arriba de percentil 95), arteria cerebral media con índice de pulsatilidad de 0.61 (por debajo de la percentil 5). Se diagnostica como una restricción del crecimiento intrauterino tipo IV pues al realizar estudio de ductos venoso aún conservaba morfología normal y no presentaba arteria umbilical con flujo diastólico reverso. Se decide de acuerdo a las Guías de diagnóstico y tratamiento de la Restricción del crecimiento intrauterino de la Secretaría de Salud la interrupción del embarazo y debido a la presentación fetal se decide la vía abdominal. Durante la cirugía presenta cifras tensionales entre 170/100 a 150/85mmHg, se recaban paraclínicos que reportan proteinuria, sin otras alteraciones. Se clasifica con preeclampsia y se inicia manejo con calcio antagonista por persistir con elevación de cifras tensionales. Se obtuvo recién nacido único masculino con peso de 1700 gramos, talla 42 centímetros, Apgar 8/9, Capurro 37.4 semanas, Silverman 2, pasa a cuero de crecimiento y desarrollo para su manejo egresándose 6 días postnatales por dificultad respiratoria e hipotermia.

CARTEL MAMPARA 169

Restricción de crecimiento intrauterino, reto diagnóstico; reporte de caso.

BENJAMIN CANTU LOPEZ, JUVENTINO FONSECA SANCHEZ, JORGE PEREZ ZAPATA, ROCIO JUDITH SANDOVAL INDA

UMAE No 23, Instituto Mexicano del Seguro Social, Monterrey, N.L.

Femenino 32 años Antecedentes relevantes: G: 4 C: 3, FUR: No recuerda. Control Prenatal: Peso

inicial 74 kgs, talla de 1.57, IMC 30. Medicina familiar: 24 abril 2013, 19 SDG por ecos previos, peso 75kgs, TAM 80mmHg, Fondo uterino (FU) de 18 cm, FCF 138, se envía a tercer nivel para manejo especializado. Consulta prenatal: 16 mayo 2013, asintomática, Hb de 12.9gr/dl, Gluc 80, EGO normal, A (+), VDRL (-), HIV (-).FU: 23 cm. 22 SDG por ecos traspolados. 20 Junio 2013: Asintomática, Labs: Hb 12.9gr/dl., FU: 28 cm. 27 SDG por ecos traspolados 18 Julio 2013: Asintomática, FU 31 cm, 31 SDG por ecos traspolados 13 agosto 2013: Asintomática, Labs: Hb 13.3gr/dl plaquetas 209 glucosa 84, FU: 27cm, 35 SDG por ecos traspolados, 20 agosto 2013: Asintomática, FU 35 cm, PSS clase I, MPF: OTB envío a materno fetal para valoración placentaria. Clínica de Doppler: 26 Agosto 2013. 36.6 SDG por eco traspolado. TA 120/60, peso 83kgs, US: feto único, movimientos disminuidos, FCF presente, placenta fundica grado 2, anhidramnios, fetometría: DBP 74mm – 29.6 SDG / CC 275mm – 29.6 SDG / CA 290mm para 32 SDG, Fémur 60mm – 30.6SDG / Húmero 50mm – 30 SDG. Peso fetal estimado 1900grs Doppler: IPs Arteria Umbilical 2.5 >p95 anormal diástole reversa, ACM 0.91 <p5 Anormal, RCP 0.3 vasodilatación <p5 anormal, Ducto venoso 1.7 Anormal con onda A reversa. Idxs: Emb de 36.6 SDG mas RCIU V feto en percentil 1.

Us previos: 12 abril de 2013 reporta 17.3 SDG traspolado para el día de su cesárea: 36.6 SDG 8 Mayo de 2013 reporta 21 SDG / 12 junio 2013 reporta 25.6 SDG Resultados perinatales: Fecha nacimiento: 26 agosto 2013, 12hrs Apgar 7/9 peso de 2040grs, Talla 44cm, PC 31.5cm, liquido amniótico: meconio espeso, pH cordón umbilical: pH 7.11 pCO₂ 64mmHg, pO₂ 4mmHg, Hto 45%, HCO₃ 20.3 HCO₃std 14.4 TCO₂ 22.3 BEef – 9.2 BE(B) -10.1 SO₂ 2% THbc 14.0. Dx: recién nacido de termino, pequeño para edad gestacional, hipoglicemia asintomática, síndrome de dificultad respiratoria, sepsis tardía, hipertrofia ventrículo derecho, hipertensión pulmonar leve a moderada.

CARTEL MAMPARA 170

Amnioinfusión: reporte de caso en paciente con oligohidramnios.

MARCO ANTONIO AGUIRRE RAMOS, JOSÉ IGNACIO GARCÍA DE LA TORRE, SERGIO HERNÁNDEZ LÓPEZ, GERARDO GONZÁLEZ CANTÚ.

Hospital Universitario de Saltillo, Secretaría de Salud, Saltillo, Coahuila.

El oligohidramnios se define como una sola lectura del Índice del líquido amniótico (ILA) por debajo de 5 cm. Esta entidad afecta solamente a un 4%-5.5% de todos los embarazos.

Un tratamiento conservador es la amnioinfusión, el cual durante los últimos años se ha conside-

rado un procedimiento efectivo, seguro y fácil de realizar (2). Se realizan un aproximado de 20,000 amnioinfusiones al año en EU (3).

La amnioinfusión transabdominal para prevenir las secuelas del oligohidramnios idiopático, ha sido utilizada para mejorar los resultados perinatales, los resultados han sido buenos en animales y en la reducción de la hipoplasia pulmonar (4). En este reporte de caso se presenta una paciente con oligohidramnios en el tercer trimestre, se realiza un manejo conservador con amnioinfusión y se presentan los resultados perinatales. Caso clínico. Se valora a paciente femenino de 19 años en Noviembre del 2012, que acude a consulta por diagnóstico previo de oligohidramnios, G2A1 con antecedente de un legado en el 2010 por aborto incompleto, resto sin antecedentes de importancia. Acude cursando embarazo actual de 27.1 SDG por FUM el 07/02/2013; refiere 3 visitas a control prenatal en Secretaría de Salud; la refieren a nuestro Hospital, reportamos en el ultrasonido del 06 de Noviembre del 2012 un ILA de 3.7 cm, una edad gestacional de 24.1 SDG, con una curva de crecimiento fetal <p10, un peso fetal estimado de 750 grs, FCF de 133 LPM, sin anomalías en flujo de arterias uterinas, sin poder valorar más flujos por oligohidramnios. Se realiza amnioinfusión previo consentimiento informado por escrito, el día 09 de Noviembre del 2012, realizándose el procedimiento a las 27.4 SDG colocando a la paciente en decúbito supino, se realiza asepsia abdominal y se coloca transductor, localizando el pool mayor, se introduce catéter calibre 20, se introduce un total de 100 cc de Solución salina, en bolos de 20 cc, se retira catéter y se da por terminado el procedimiento.

Posteriormente acude el día 01 de Diciembre del 2012 con 30.5 SDG, ingresa con actividad uterina de 4 horas de evolución con 5 cm de dilatación, 80% de borramiento, con una presentación pélvica. Se obtuvo recién nacido, vía abdominal de sexo femenino, se realiza maniobras de reanimación neonatal por servicio de Pediatría, con Apgar al minuto de 6, se decide realizar intubación endotraqueal, por lo que no se puede valorar APGAR a los 5 minutos, con una somatometría de peso de 900 grs, longitud de 38 cm, con un Ballard de 30 SDG. Se ingresa a UCIN con una estancia hospitalaria de 80 días, egresándose con un peso de 1,800 grs. Actualmente sana se revisó en Abril del 2013 con 4 meses de edad, la paciente pesa 2,780 grs, con buen crecimiento y sin alteraciones.

CARTEL MAMPARA 171

Resultados perinatales de embarazos triples: experiencia en 5 años.

NORMA PAULINA PEREZ RAMÍREZ, FRANCISCO IBAR- GUENGOTIA OCHOA, LAURA VANESSA RODRIGUEZ

ROCHA, MARIA JOSE RODRIGUEZ SIBAJA, JIMENA HERNÁNDEZ ZÁRATE.

Instituto Nacional de Perinatología "Isidro Espinosa de los Reyes", Secretaría de Salud, México, D. F.

Los embarazos múltiples incrementan de forma significativa la morbilidad materna y fetal; las complicaciones como trabajo de parto pretérmino, ruptura prematura de membranas, restricción del crecimiento intrauterino, muerte fetal intrauterina, diabetes gestacional y preeclampsia se presentan en más de 80% de los embarazos múltiples comparado con el 25% de las gestaciones con feto único.

Se analizaron 74 embarazos triples ocurridos entre el 1 de enero de 2008 a 31 de diciembre de 2012. Treinta y nueve embarazos fueron resultado de tratamientos de fertilidad (52.06%), treinta y cinco pacientes lograron el embarazo en forma espontánea (47.94%). Se presentó hipertensión gestacional en el 6.7% de las pacientes y preeclampsia en el 31.08%, diabetes gestacional en el 20.2%. La amenaza de parto pretérmino se presentó en el 40 % de las pacientes, el 12.1% de las pacientes presentó ruptura prematura de membranas pretérmino; el 72.9% de las pacientes recibió esquema de madurez pulmonar. La resolución del embarazo se llevó a cabo en la semana 31 de gestación, el peso fetal promedio fue de 1411g. El promedio de días de estancia intrahospitalaria en este grupo de pacientes fue de 17 días ya que por normatividad institucional las pacientes se hospitalizan de dos a tres semanas previas a la resolución del embarazo. Comparada con la serie de 283 casos publicada por la Sociedad Canadiense de Fertilidad y Andrología en 2007 los embarazos triples se resolvieron en promedio a las 32.1 semanas y el 94.1% tuvieron un peso inferior a 2500g compatible con lo encontrado en nuestra serie de casos. Las pacientes con embarazo de alto orden fetal requieren un seguimiento estrecho ya que presentan con mayor frecuencia morbilidad materna y fetal asociado principalmente a prematuridad. La resolución con resultados perinatales favorables puede llevarse a cabo en la semana 32 de gestación de acuerdo con lo establecido por las guías internacionales.

CARTEL MAMPARA 172

Pretérmino, indicación de las cesáreas, experiencia en un hospital privado.

CARLOS QUESNEL GARCÍA-BENITEZ, MIGUEL DE JESÚS LÓPEZ RIOJA, ALEJANDRO SANCHEZ ARANDA, SANTIAGO CASTELAZO ALATORRE, LUZ DEL CARMEN JUÁREZ GARCÍA.

Hospital Angeles Lomas, Institución Privada, Huixquilucan, Estado de México.

Los nacimientos pretérmino representan no sólo un problema obstétrico, sino un problema de salud pública, ya que contribuye hasta en el 70% de la mortalidad perinatal a nivel mundial y produce una elevada morbilidad neonatal, tanto inmediata como a largo plazo, manifestada sobre todo por secuelas neurológicas que repercuten en la vida futura del neonato, de la madre, de las familias y de la sociedad. Los gastos que se requieren en forma global para atender las consecuencias del parto pretérmino, son de gran trascendencia tanto para las familias, la sociedad, las instituciones y los gobiernos. Se define como pretérmino menos de 37 semanas (< 259 días).

- Pretérmino moderado: Entre la semana 32 a 36.6
- Pretérmino tardío: Entre la semana 34 a 36.6
- Pretérmino precoz o muy pretérmino: Entre la semana 28 a 31.6
- Extremadamente pretérmino: Menos de 27.6 semanas
- Peso bajo al nacer: Recién nacidos de menos de 2,500 gramos
- Peso muy bajo al nacer: Recién nacidos de menos de 1,500 gramos
- Peso extremadamente bajo al nacer: Recién nacidos de menos de 1,000 gramos.

Se realizó un estudio observacional, retrospectivo, donde se revisaron 1,507 expedientes de pacientes a quienes se le realizó una cesárea entre el año 2002 y 2011 en el archivo del Hospital Ángeles Lomas, de los cuales 193 eran pretérmino y analizamos las indicaciones de las cesáreas en pretérmino, una vez obtenidos estos resultados se compararon con lo que menciona la literatura. Dentro de los resultados que pudimos analizar observamos que muchas de las variantes coinciden con la literatura la mediana fue de 35 semanas cuando sabemos que el 80% de los pretérmino nacen entre las 32 a 36 semanas y la incidencia de pretérmino en el Hospital Ángeles Lomas el cual fue de (12%). Cuando uno revisa las causas de nacimientos pretérmino los embarazos múltiples es una de las principales causas que ha ido en aumento debido a las técnicas de reproducción asistida, en el hospital es la primera causa de cesárea en pretérmino (23.8%). Sabemos por los estudios realizados que en caso de un embarazo pretérmino debemos realizar cesárea solo cuando existe una indicación obstétrica debido a que podemos condicionar a la paciente a una segunda cesárea a futuro porque en muchas ocasiones se realiza una cesárea corporal, en este estudio observamos que las indicaciones para cesárea no son por causa obstétrica.

CARTEL MAMPARA 173

Cesárea iterativa, prevalencia y pronóstico perinatal.

ERNESTO CASTELAZO MORALES, MIGUEL DE JESÚS LÓPEZ RIOJA, MANUEL UBIERGO GARCÍA, SANTIAGO CASTELAZO ALATORRE, LUZ DEL CARMEN JUÁREZ GARCÍA

Hospital Angeles Lomas, Institución Privada, Huixquilucan, Estado de México.

La cesárea iterativa es definida como aquella cesárea que se practica en pacientes con antecedente de dos o más cesáreas. A pesar de que la literatura reciente menciona que aquellas pacientes que cumplan, con una serie de requisitos, pueden ser candidatas a trabajo de parto, hoy en día en México y gran parte del mundo sigue siendo considerada como una indicación absoluta de cesárea, siendo una de las indicaciones más frecuentes. La cesárea necesaria que se estima indispensable es de 10 a 15% de los embarazos según la Organización Mundial de la Salud (OMS) o 15 a 20% según la NOM-007. En las últimas décadas México ha registrado un incremento en el número de cesáreas, superando por mucho el límite máximo que se estima indispensable, con un consiguiente incremento de morbi-mortalidad materna y perinatal. Mientras incrementa el número de cesáreas previas, aumenta el riesgo relativo de acretismo placentario, inserción anormal de placenta, ruptura uterina, hemorragia obstétrica, necesidad de transfusión, restricción del crecimiento intrauterino, nacimientos pretérminos e incluso la posibilidad de presentar un óbito. Por otra parte, la morbilidad materna a largo plazo puede relacionarse con dolor pélvico crónico y adherencias. En relación a la fertilidad, tiene efectos adversos en la fertilidad y aumenta el riesgo de aborto espontáneo y embarazo ectópico.

El tipo de estudio fue transversal, observacional, retrospectivo; se revisaron aleatoriamente 1,544 expedientes clínicos de pacientes a las cuales se les practicó una cesárea entre el 2002 al 2011; 37 expedientes no cumplieron con los criterios de inclusión, por lo cuales solo se analizaron 1,507 obteniendo los siguientes resultados: 312 tenían una indicación electiva, 452 absolutas, y 743 relativas. Dentro de las cesáreas con indicación absoluta, la cesárea iterativa fue la que se presentó con mayor frecuencia en un 61.2%. Las características demográficas de la población se analizaron por mediana, teniendo como edad 32 años, cursando su tercer embarazo, sin antecedentes de partos, con una edad gestacional de 38 semanas por fecha de última menstruación, un peso de los recién nacidos de 2985 g. La incidencia de acretismo e inserción anormal de placenta fue de 2 y 3% respectivamente. El pronóstico perinatal se evaluó mediante la calificación de Apgar a los 5 y 10 minutos, que fue de 9 puntos en ambos grupos, obtenido una

edad gestacional por escala de Capurro de 38.5 semanas. Con los datos obtenidos podemos concluir que en el Hospital Ángeles Lomas la mayoría de las cesáreas que se practican con una indicación absoluta son por cesárea iterativa. Las cuales se interrumpen a las 38 semanas por fecha de última menstruación; con un Capurro que resulta en 38.5 semanas, valores que coinciden con la recomendación de la ACOG, teniendo un pronóstico perinatal favorable.

CARTEL MAMPARA 174

Cesárea electiva ¿moda o necesidad?

CARLOS QUESNEL GARCÍA-BENÍTEZ, MIGUEL DE JESÚS LÓPEZ RIOJA, FLORENCIA COVARRUBIAS HAEIK, MARSELLA FRANCO JARAMILLO, MÓNICA YAZMÍN OLOVARRÍA GUADARRAMA.

Hospital Ángeles Lomas, Institución Privada, Huixquilucan, Estado de México.

La cesárea electiva es la indicación relativa de cesárea más polémica hoy en día. Definida por el Lineamiento Técnico de la Secretaría de Salud, como aquella cesárea que se programa para ser realizada en una fecha determinada, por alguna indicación materna o fetal, que se ejecuta antes de que inicie el trabajo de parto. Responsable de incrementar significativamente las tasas de nacimiento por cesárea a nivel mundial.

A nivel mundial se realizan aproximadamente 18.5 millones de cesáreas anuales, de las cuales el 50% son consideradas como innecesarias y ocasionan un costo excesivo de aproximadamente 5.4 veces más que lo esperado para la atención del nacimiento. En un comparativo a nivel mundial de cesáreas sin indicación médica, México se sitúa en el cuarto lugar, después de China, Brasil y Estados Unidos. Se estima que la proporción de cesárea electivas corresponde a 2.5% del total de nacimientos por cesárea en Estados Unidos y del 4 al 18% en México.

La cesárea con una indicación relativa o absoluta se estima de 10 a 15% de los partos según la Organización Mundial de la Salud (OMS) o 15 a 20% según la NOM-007. En México existen grandes diferencias de acuerdo a la entidad federativa; Nuevo León y el Distrito Federal son las entidades con mayor número de nacimientos por cesárea con 50 y 48% respectivamente.

Se realizó este estudio observacional, descriptivo y retrospectivo entre los años 2002 y 2011, en donde se revisaron aleatoriamente expedientes de 1544 pacientes que fueron sometidas a un procedimiento de cesárea; se eliminaron 37 expedientes por información incompleta, quedando así 1507 casos sujetos para estudio. De este total, 454 casos (29.99%) tenían una indicación absoluta de cesárea, 743 casos (49.31%) correspondían a indicación relativa de cesárea y 312 casos (20.70%) indicación de cesárea electiva.

Con los datos obtenidos podemos concluir que en el Hospital Ángeles Lomas la mayoría de las cesáreas que se practican cuentan con una indicación relativa de cesárea. Sin embargo, la incidencia de cesárea electiva corresponde al 20.70%, representando un porcentaje mayor en comparación con la literatura que reporta una proporción estimada del 4 al 18% en nuestro país. Se puede cuestionar si el incremento en cesáreas electivas es una cuestión de moda, o de necesidad médica o del paciente. El incremento en la incidencia, epidemia, o moda de la cesárea electiva, no es justificación para subestimar las implicaciones que surgen de un acto quirúrgico.

CARTEL MAMPARA 175

Presentación pélvica como indicación de cesárea.

ERNESTO CASTELAZO MORALES, MIGUEL DE JESÚS LÓPEZ RIOJA, BELINDA CEDILLO ZUÑIGA, SANTIAGO CASTELAZO ALATORRE, JAIME IGNACIO CEVALLOS BUSTILLOS.

Hospital Angeles Lomas, Intitución Privada, Huixquilucan, Estado de México.

La presentación pélvica ocurre entre el 3 y 4% del total de los embarazos a término, en la mayoría de las unidades obstétricas, este tipo de presentación constituye una indicación de cesárea, excepto cuando la paciente acude en periodo expulsivo. Se define presentación pélvica cuando el feto ofrece su pelvis al estrecho superior de la pelvis materna, teniendo como diámetro de presentación el bitrocantérico y como punto toconómico el sacro. Esta presentación es más frecuente lejos de término. Conforme se acerca el término la cavidad uterina suele alojar al feto en una situación longitudinal en presentación de vértice.

La incidencia de presentación pélvica se presenta en el 25% de todos los embarazos alrededor de la semana 28, en la semana 37 se presenta en el 7% y a término entre 3 y 4%.

Existen diferentes tipos de presentación pélvica:

- Presentación pélvica franca: Es cuando los miembros inferiores están flexionados por la cadera con las rodillas extendidas; se presenta con una frecuencia de 73%

- Presentación pélvica incompleta: Se encuentra una o ambas caderas extendidas, se presenta con una frecuencia entre 12 y 38%

- Presentación pélvica completa: La cadera y las rodillas se encuentran flexionadas; se presenta con una frecuencia entre 5 y 12%

El tipo de estudio fue transversal, observacional, retrospectivo; se revisaron aleatoriamente 1,544 expedientes clínicos de pacientes a las cuales se les practicó una cesárea entre el 2002 al 2013; 37 expedientes no cumplieron con los criterios de inclusión, por lo cual solo se analizaron 1,507

obteniendo los siguientes resultados: 93 casos (6.84%) tenían como indicación presentación pélvica, de estos 64 casos (68%) se encontraban en una presentación pélvica franca, 23 casos (25%) pélvicas incompleta, y 6 casos (7%) pélvica completa.

Las características demográficas de la población se analizó por mediana, teniendo como edad 32 años, cursando su segundo embarazo, con el antecedente de un parto, con una edad gestacional de 38.4 semanas por fecha de última menstruación y un peso de los recién nacidos de 3020g. De las 93 pacientes en total, 43 (45%) eran interrumpidos a las 39 semanas y las 50 pacientes restantes (55%), antes de las 39 semanas. No existieron complicaciones maternas. Los hallazgos operatorios más frecuentes fueron: miomatosis uterina 50%, polihidramnios 12%, oligohidramnios 11%, malformaciones Mullerianas 10%, malformaciones fetales 3%. Las semanas en las que se interrumpieron la mayoría de estos embarazos, fueron menor a lo recomendado por el ACOG. Quizás por la influencia psicológica y emocional del obstetra, por el estrés generado por considerarse una situación con un incremento en el riesgo de complicaciones.

CARTEL MAMPARA 176

Cesárea de urgencia, prevalencia, indicaciones y pronóstico perinatal.

ERNESTO CASTELAZO MORALES, MIGUEL DE JESÚS LÓPEZ RIOJA, FLORENCIA COVARRUBIAS HAEIK, MARSELLA FRANCO JARAMILLO, JAQUELINE IVETT LAGUARDIA DOMÍNGUEZ

Hospital Ángeles Lomas, Institución Privada, Huixquilucan, Estado de México.

El 15% de todos los nacimientos en el mundo ocurren por cesárea. Las estadísticas mundiales reportan un incremento en la tasa de operación cesárea, hasta de un 60%. Este aumento se explica, parcialmente, por el incremento en los embarazos de alto riesgo, en los que la vida de la paciente obstétrica y el feto se encuentran en riesgo. Se reporta una incidencia del 0.5% a 1% de embarazos que requieren una intervención de emergencia.

El estudio que realizamos tiene como características ser transversal, observacional, retrospectivo; Se revisaron aleatoriamente 1,544 expedientes clínicos de pacientes a las cuales se les practicó una cesárea entre el 2002 al 2011; 37 expedientes no cumplieron con los criterios de inclusión, por lo cual se analizaron 1,507 expedientes en total.

Se obtuvieron los siguientes resultados de acuerdo a la indicación de cesárea: 312 casos cesárea electiva, 452 casos contaban con una indicación absolutas de cesárea, y 743 con una

indicación relativa. Del total de cesáreas 148 tenían una indicación de cesárea de urgencia, representando el 9.82% del total de los casos. Las características demográficas de la población se analizaron por mediana, encontrando una edad de 31 años, número de gesta 2, edad gestacional en la que se interrumpió el embarazo de 38 semanas, peso del recién nacido de 2,950g, pronóstico perinatal con: puntaje de Apgar de 8/9 y Capurro de 39. Además, se analizaron las principales indicaciones de urgencia en porcentaje: con estado fetal no tranquilizador 56.08%, preeclampsia 33.7%, desprendimiento prematuro de placenta normoinsera 6.08%, síndrome de HELLP 2.7%, ruptura uterina 0.67% y eclampsia 0.6%.

A partir de los resultados que obtuvimos se puede concluir que en nuestra institución privada, la prevalencia de cesárea de urgencia es de 9.82%. La mejor herramienta para valorar las repercusiones del incremento en cesárea de urgencia son los resultados perinatales, los cuales no mostraron repercusiones. La tecnología de hoy nos permite tener una vigilancia más estrecha del trabajo de parto, lo que se refleja en el porcentaje de cesáreas de urgencia secundarias, a estado fetal no tranquilizador, siendo éste el motivo más común de la interrupción del embarazo con esta indicación.

La cesárea de urgencia, llevada a cabo con los requisitos que establecen las guías internacionales, mejora el pronóstico y los resultados perinatales en circunstancias obstétricas específicas.

CARTEL MAMPARA 177

Comportamiento de la cesárea en la mujer con edad materna avanzada.

RODRIGO ZAMORA ESCUDERO, MIGUEL DE JESÚS LÓPEZ RIOJA, EUNICE ADRIANA LEÓN BANDERAS, MARSELLA FRANCO JARAMILLO.

Hospital Ángeles Lomas, Institución Privada, Huixquilucan, Estado de México.

En las últimas décadas, se ha presentado un incremento de la edad en que las mujeres se reproducen. Esto se ha asociado con las actividades profesionales, culturales, sociales y económicas en las cuales hoy en día la mujer se involucra. La edad materna avanzada (EMA) se define como el nacimiento del hijo de los 35 años en adelante. Está bien establecida su asociación con muchas complicaciones perinatales. De las circunstancias más polémicas y poco estudiadas en este grupo etario, es la vía de resolución del embarazo sin alguna indicación obstétrica. La escasa información disponible, menciona una tendencia incrementada en la interrupción vía abdominal, principalmente como una indicación electiva o por petición materna. La recomendación del American College of Obstetricians and

Gynecologists (ACOG) sobre el momento indicado para la resolución del embarazo con una cesárea electiva, es al cumplir las 39 semanas, esto es debido a que están bien asociados los riesgos perinatales que esto implica, así como el incremento de los costos de hospitalización materna y neonatal. Debido a todo esto decidimos realizar el siguiente estudio para analizar el comportamiento de la cesárea en mujeres con edad materna avanzada. El tipo de estudio fue transversal, observacional, retrospectivo; se revisaron aleatoriamente 1,544 expedientes clínicos de pacientes a las cuales se les practicó una cesárea entre el 2002 al 2011; 37 expedientes no cumplieron con los criterios de inclusión, por lo cual solo se analizaron 1,507 obteniendo los siguientes resultados: 397 (26%) tenían una edad materna avanzada, y de estas, 240 (60%) tenían una indicación relativa y 157 (40%) absoluta. Dentro de las cesáreas con indicación absoluta la cesárea iterativa fue la que se presentó con mayor frecuencia con (20%) y del grupo de indicaciones relativas, fue la cesárea electiva con 73 pacientes (18%). Las características demográficas de la población se analizó por mediana, teniendo como edad 37 años, cursando su segundo embarazo, cesárea previa, con una edad gestacional de 38.1 semanas por fecha de última menstruación y un peso de los recién nacidos de 3090g. Las complicaciones perinatales más frecuentes fueron estado fetal no tranquilizador y diabetes gestacional, con una incidencia de 5.28% y 3.27% respectivamente. El pronóstico perinatal se evaluó mediante la calificación de Apgar a los 5 y 10 minutos, que fue de 9 puntos en ambos grupos, obtenido una edad gestacional por escala de Capurro de 38.5 semanas. Debido a todo lo expuesto, se cuestiona si la mujer con edad materna avanzada, sin indicación obstétrica, pueda ser expuesta a un mayor riesgo al interrumpir el embarazo vía abdominal que por parto, sobrepasando los riesgos, a los beneficios, generando diversas complicaciones en éste y en el embarazo subsiguiente.

CARTEL MAMPARA 178

Eficacia de misoprostol en inducción de trabajo parto electivo de pacientes primigestas.

ALEXANDRA BERMUDEZ RODRÍGUEZ, JACOBO DABBAH MUSSOLY, MARIO ALBERTO MUÑOZ VARGAS, MIRIAM GUADALUPE SERRANO GARCÍA, CHRISTA EVERSBUCH WOLF.

Atención Especializada de la Mujer, S.A. Institución Privada, México, D.F.

Existen muchos métodos para inducir el trabajo de parto, incluyendo métodos mecánicos o farmacológicos. El misoprostol es una prostaglandina que se ha estudiado en inducción de trabajo de parto a diferentes dosis, sin em-

bargo no enfocado a primigestas con deseo de inducción de trabajo de parto sin ninguna otra indicación.

Objetivo: Evaluar el tiempo, vía de resolución de embarazo y complicaciones en pacientes primigestas con inducción de trabajo de parto electiva utilizando 25mcg de misoprostol.

Metodología: Estudio prospectivo experimental descriptivo, de octubre 2011 a agosto 2013. Se incluyeron pacientes primigestas con embarazo de 38 a 40.6 sdg con deseo de iniciar trabajo de parto y Bishop menor a 3. Bajo consentimiento informado se les administró 25mcg de misoprostol intravaginal. Se administró segunda dosis de misoprostol a las 6hrs si el Bishop era menor a 3 en la revaloración. Se evaluó el tiempo en alcanzar trabajo de parto activo posterior a la aplicación de misoprostol, el tiempo entre aplicación de misoprostol y nacimiento, y la vía del mismo.

Resultados: Se incluyeron 43 pacientes, edad 32.7 ± 3.9 (25-43) y edad gestacional 39.5 ± 0.6 (38.2-40.5) de las cuales 38 presentaron resolución vaginal y 5 por cesárea por falta de progresión de trabajo de parto. Al 50% de las pacientes se administró una segunda dosis de misoprostol a las 6hrs. El tiempo en alcanzar trabajo de parto activo fue 9.6 ± 6.2 hrs (1.2-20.3) y para el nacimiento 13.6 ± 6.2 (3.15-26.2) hrs. El peso promedio de los recién nacidos de parto vaginal fue 3004.5gr, con apgar 9-9 en 97.4%, el apgar mas bajo fue 8-9. No se observó ningún evento de taquisistolia.

Conclusión: La inducción electiva de trabajo de parto con 25mcg de misoprostol en pacientes primigestas fué efectivo para la resolución vía vaginal en 88.4% de las pacientes, logrado en 14 hrs en promedio y con una evaluación apgar del recién nacido 9-9 en el 97.4% de los casos por lo que debería considerarse una buena opción en estas pacientes.

CARTEL MAMPARA 179

Placenta previa percreta con invasión vesical: Reporte de un caso.

ROSALÍA ELVIRA HERNÁNDEZ DÍAZ, LUIS FERNANDO ACOSTA ALFARO, ANTONIO VELA OLIVO, ARTURO VERDUZCO GUERRERO

Hospital de la Mujer, Secretaría de Salud, Cuiliacan, Sin.

Se reporta el caso de una mujer de 33 años de edad, con tres cesareas previas, atendida por primera vez en nuestro hospital a la 26a semana de embarazo.

Se documenta datos sugestivos de acretismo placentario, con probable percreta invadiendo vejiga urinaria. Se mantuvo hospitalizada desde la semana 30 y se operó en la semana 33 por APP y placenta previa sangrante. La

placenta se encontraba firmemente adherida al tabique vesicouterino. Se realizó histerectomía con ligadura de hipogástricas bilateral así como reparación vesical y colocación de sonda Foley.

CARTEL MAMPARA 180

Placenta previa central total y acretismo placentario.

SILVIA ORTEGA BARRIOS, GISELA RUEZGA ROMO, MANUEL SAENZ CABRERA, RICARDO MALDONADO CRUZ, ALYHATRA ELIZABETH SERRANO VAZQUEZ. *Hospital General Acapulco, Secretaría de Salud, Acapulco, Guerrero.*

La placenta ácreta es la adherencia anormal de las vellosidades coriales al músculo uterino, debido a la ausencia total o parcial de la decidua basal y al desarrollo irregular de la capa fibrinoide de Nitabuch. Incidencia: 1/2.500 embarazos. La placenta previa es la inserción del lecho placentario en la región cérvico-segmentaria. Incidencia 3,8/1.000 embarazos. Un estudio en el INPer señala que con la placenta previa el riesgo de coexistencia con acretismo se incrementa con la edad materna avanzada y el antecedente de 2 o más cesáreas. La placenta ácreta ocurrió en 9.3% de mujeres con placenta previa y en 0.004% con placenta normoinsera.

Los factores de riesgo más importantes asociado al acretismo placentario y a la placenta previa son cesáreas anteriores, placenta previa, curetajes uterinos, multiparidad, edad de 35 años o más, miomectomías, corrección de malformaciones uterinas, abortos repetidos, endometritis previa y radioterapia abdominal previa, entre las más importantes para placenta ácreta y placenta previa.

Se analiza un caso en el Hospital general de Acapulco, se trata de femenino de 29 años, gesta 2, cesárea 1 hace 2 años. Acude al servicio por presentar sangrado transvaginal escaso. USG: embarazo de 34.6 SDG/placenta corporal previa oclusiva total/placenta percreta con probable invasión a vejiga y recto. Se realiza cesárea tipo kerr 7 días después, encontrando importante vascularización a nivel del segmento vesicouterino, posteriormente se realiza Histerectomía Total Abdominal con sangrado aproximado 2000cc. Se egresa al 7mo día postquirúrgico por evolución satisfactoria. El servicio de patología reporta hallazgo de placenta íncrta, gracias a la herramientas diagnósticas que se usaron durante la valoración de la patología se pudo llevar un manejo adecuada y proveer las posibles complicaciones que se pudieran haber tenido en el suceso quirúrgico.

CARTEL MAMPARA 181

Resultados de dos técnicas de histerectomía obstétrica efectuada a pacientes con acretismo

placentario. Análisis de dos años en el Hospital General de Occidente.

ROBERTO CARLOS ORTIZ VILLALOBOS, ALBERTO BAÑUELOS FRANCO, ISRAEL GONZALEZ GOMEZ, FIDEL ÁNGEL CORTINA LUNA, RAYMUNDO FELIPE SERRANO ENRIQUEZ.

Hospital General de Occidente, Secretaría de Salud Jalisco, Secretaría de Salud, Guadalajara, Jalisco.

Antecedentes: Acretismo placentario, problema de salud pública por las altas tasas de morbi-mortalidad materno y fetal, aumentando la incidencia y la necesidad de un diagnóstico e intervención oportuna, por lo que analizar las intervenciones en los servicios de obstetricia, es una tarea para brindar una atención con el menor riesgo y mejor calidad. Objetivo: Describir las diferencias al utilizar dos técnicas de histerectomía obstétrica en pacientes con acretismo placentario en un periodo de dos años. Metodología: Estudio descriptivo-retrospectivo, utilizando como fuente de información los expedientes clínicos de pacientes con diagnóstico de acretismo placentario, intervenidos durante el periodo de estudio. Resultados: 16 casos, 75% placenta ácreta, 12.5% placenta íncrta y 12.5% placenta percreta; edad promedio 32.4 años, (rango 21 a 45 años), 5.6 gestas promedio y 1.3 cesáreas en promedio, solo 4 casos aplicaron protocolo de Inductores de Madures Pulmonar. Se encuentran dos tipos de intervención quirúrgica: a) técnica convencional (9 casos), con interrupción del embarazo a las 34.2 SDG en promedio, sangrado promedio de 4900ml, dos días promedio en terapia intensiva con 9.4 días promedio de estancia intrahospitalaria y b) técnica modificada (7 casos), interrupción del embarazo a las 35.4 SDG en promedio, sangrado promedio de 2100ml, ninguna ocupó terapia intensiva y el promedio de estancia hospitalaria fue de 5 días. No hubo muerte materna ni fetal en ninguno de los casos. Conclusiones: Se encuentran diferencias entre una técnica y otra, necesitando considerar los beneficios y riesgos principalmente para la madre y el producto, así como para la institución, pretendiendo lograr una atención específica y oportuna que mantenga sin muerte materna o neonatal por esta patología al hospital.

CARTEL MAMPARA 182

Rotura uterina y percretismo placentario en embarazo gemelar de 25 semanas con miomectomía y transferencia de embriones donados. Reporte de caso.

DINORA ROBLEDO GONZALEZ, SINUHE CHAVEZ COSS, NYDIA TATHIANA ESPARZA BONALES, ALMA KARINA GARCIA PADILLA.

Hospital General de Occidente, Secretaría de Salud Jalisco, Zapopan, Jal.

La rotura uterina es una de las complicaciones más serias del embarazo y del parto, es una entidad rara con una incidencia de 0.07% con una alta morbi-mortalidad materno fetal, la etiología de la rotura se subdivide en 3 categorías: rotura de la cicatriz, rotura traumática y rotura espontánea. Una causa de rotura uterina aunque poco frecuente es la placenta percreta. Se comunica el caso de una mujer de 45 años G2 A1, con embarazo gemelar de 25 semanas obtenido por transferencia de embriones donados, antecedente de aborto espontáneo a los 28 años en una gestación natural; con miomectomía 9 meses previos a la transferencia embrionaria. Es derivada a nuestro hospital de la unidad de urgencias médicas municipales por actividad uterina y deterioro súbito del estado de conciencia, con datos clínicos de choque hipovolémico, irritación peritoneal, sangrado transvaginal, ultrasonido sin evidencia de vitalidad fetal, líquido libre en cavidad abdominal con visualización de la placenta hacia segmento inferior. Se somete a laparotomía encontrando hemoperitoneo de 2000cc, productos en cavidad abdominal con membranas fetales integra, placenta bicoriónica fusionada a través de rotura completa de fondo uterino fuertemente adherida a miometrio. Se realiza histerectomía total. La paciente es enviada a la unidad de cuidados intensivos y es egresada por mejoría 7 días después. El estudio histopatológico reportó: rotura uterina con percretismo placentario.

CARTEL MAMPARA 183

Ruptura uterina espontánea secundaria a placenta percreta: reporte de un caso y revisión de la literatura.

LILIANA MORALES DOMINGUEZ, CRISTINA CEVALLOS DUARTE, JORGE ROMAN AUDIFRED SALOMON, MARTHA ISABEL MENDEZ BAUTISTA.

Hospital General Dr. Manuel Gea Gonzalez, Secretaría de Salud, México, D.F.

La placenta percreta supone el 5% de los casos de acretismo placentario y concentra la mayor morbi-mortalidad materna y perinatal. Dentro de los factores de riesgos se encuentran: placenta previa, cesárea anterior o cirugías uterinas, legrados uterinos previos, abortos previos, edad materna mayor de 35 años, multiparidad, aumento de α -feto proteína y β -HCG, antecedentes de endometritis, ablación endometrial y radiación uterina. Se presenta el caso de una paciente de 36 años Gesta 4 Cesárea 2 Aborto 1, inicia con dolor abdominal tipo obstétrico inicio súbito intensidad 10/10, referido como "una sola contracción sostenida" no percibe movimientos fetales, se encuentra a la exploración física con hipersensibilidad uterina, hipertonía uterina, se ingresa a para interrupción del embarazo

via abdominal, encontrándose hemoperitoneo; macroscópicamente se visualiza solución de continuidad en fondo uterino; se extrae producto y se decide realizar histerectomía total. Patología reportando placenta percreta. La incidencia de placenta percreta ha ido en aumento durante las décadas pasadas, el cual coincide con el aumento de cirugías cesárea. El diagnóstico de esta complicación de alta morbimortalidad es difícil, en especial cuando es enmascarada por otras complicaciones severas del embarazo. Una causa reconocida de rotura uterina, aunque poco frecuente, es la placenta percreta, que a su vez es la variedad menos común del acretismo placentario. Las complicaciones inciden en elevadas mortalidades perinatal y materna.

CARTEL MAMPARA 184

Manejo conservador de acretismo placentario: Reporte de un caso y revisión de la literatura.

GISELA GUADALUPE ALVARADO AVILÉS, MANUEL MENDOZA HUERTA, JUAN CARLOS TORO ORTIZ, JESÚS HÉCTOR SAN MIGUEL HERNÁNDEZ.
Hospital Central "Dr. Ignacio Morones Prieto", Gubernamental, San Luis Potosí, S.L.P.

La prevalencia de cardiopatía en el embarazo es 1- 4%. Pacientes con conducto arterioso permeable toleran bien el embarazo y parto en ausencia de insuficiencia cardíaca difiriéndose su corrección posterior. Desde enero de 2011 se realiza en nuestro hospital el cierre percutáneo de este defecto durante embarazo por el servicio de cardiología. Se describen su evolución y resultados.

Método: Caso 1: Femenino de 29 años, GIII P1 A1 CO, PCA diagnosticada en embarazo (clase funcional II) con deterioro progresivo; se considero finalizar embarazo pero se opto por cierre percutáneo sin incidentes. Caso 2: Primigesta de 19 años con PCA detectada en embarazo (clase funcional II), programada para cierre electivo con corto circuito residual, presento 72 hrs. después trombocitopenia y elevación de TGO que se relaciono a presencia de Amplatzer. Caso 3: Primigesta de 21 años antecedente de PCA (clase funcional I), programada electivamente para cierre sin incidentes. Caso 4: Femenino de 34 años, GV PIV A O C O, se diagnostico en embarazo PCA (clase funcional II) programada para cierre electivo sin incidentes. Caso 5: Primigesta de 19 años con VIH positivo y PCA (clase funcional I), programada para cierre sin incidentes.

Resultados: Los casos 1 y 3 no tuvieron cortocircuito residual y presentaron parto eutócico a término. El caso 2 se resolvió vía abdominal por desproporción cefalopélvica. EL caso 4 no tuvo cortocircuito residual pero se desconocen resultados obstétricos. El caso 5 cursa embarazo normoevolutivo.

Conclusiones: El intervencionismo percutáneo ofrece adecuados resultados y puede considerarse en pacientes embarazadas seleccionadas con fin de disminuir la morbi-mortalidad asociada a esta patología considerándose también sus complicaciones asociadas inmediatas.

CARTEL MAMPARA 185

Caso clínico de incretismo placentario: Importancia en su diagnóstico prenatal y manejo multidisciplinario.

ALEJANDRA CONTRERAS RENDÓN, JAVIER HAGENBECK ALTAMIRANO, RODRIGO AYALA YÁÑEZ, ARTURO HERNÁNDEZ JIMÉNEZ, DAVID ZÁRATE SAENZ.
Centro Médico ABC, Asistencia Privada, México, D.F.

Introducción: Se presenta caso clínico real secundigesta con embarazo pretérmino con diagnóstico prenatal de malformación mulleriana y probable acretismo placentario que curso con sangrado transvaginal intermitente. La utilización de herramientas diagnósticas como el ultrasonido y resonancia magnética permitió programar el embarazo de manera multidisciplinaria minimizando así el riesgo de complicaciones maternas y fetales.

Presentación Caso: Femenino de 32 años, gesta 2 cesárea 1 cursando embarazo de 30.6 semanas de gestación por fecha de última menstruación, cuenta con antecedentes de hipotiroidismo en tratamiento, útero arcuato diagnosticado hace 5 años, así como cesárea previa hace 2 años 6 meses secundario a la malformación mulleriana. Inicio su padecimiento actual con sangrado vaginal abundante durante el primer trimestre del embarazo bajo tratamiento médico y reposo, el día de su ingreso con sangrado intenso y expulsión de coágulos, sin actividad uterina, dolor tipo cólico en periné, frecuencia cardíaca fetal 135 por minuto, sin cambios cervicales ni repercusión fetal. En la semana 30 con aumento de las lagunas placentarias y vascularización interfase serosa uterina vejiga. Se realiza resonancia magnética con irregularidad del techo de la vejiga y pérdida de la línea hipointensa que la separa del miometrio y de la placenta.

Durante su estancia intrahospitalaria se da manejo para maduración pulmonar, medidas de soporte general y vigilancia estrecha de binomio. Curso con múltiples cuadros de sangrado y expulsión de coágulos, se decide interrupción de embarazo vía abdominal a las 32.2 semanas de gestación previa colocación de catéter central y cateterización de ureteros vía cistoscopia descartando infiltración vesical. Se realiza cesárea media con histerotomía corporal obteniendo producto femenino de 1690 gramos, Apgar 8/8, Silverman 1, se liga cordón umbilical se interioriza a cavidad miometrial y se inicia

histerorrafia, con realización de histerectomía obstétrica, sangrado de 2800 mililitros. Se transfundieron 6 paquetes globulares y 3 plasmas durante el procedimiento quirúrgico, posterior al procedimiento quirúrgico pasa a vigilancia en terapia intermedia donde permaneció tres días con adecuada evolución. Se decide su egreso siete días posterior a la interrupción del embarazo con adecuada evolución del binomio. El reporte final de patología con acretismo placentario que se extiende hasta el tercio externo del miometrio sin involucrar la superficie serosa, la invasión placentaria dista 4 milímetros del borde seroso libre. Placenta madura con congestión vascular acentuada y dismadurez de vellosidades coriales. El diagnóstico final fue incretismo placentario.

CARTEL MAMPARA 186

Percretismo placentario. Reporte de un caso.

LUIS FELIPE MALDONADO NÁJERA, ERIKA RAMÍREZ ROBLES, WILLIAM ZOPIYAXTLE JARQUIN, RUBEN CHAVEZ DELGADO, RICARDO JAUREGUI TEJADA.
Hospital General Dr. Nicolás San Juan, ISEM, Toluca, Estado de México.

Se realiza un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal con diseño de estudio de reporte de caso clínico presentado en mayo 2013. Se trata de paciente femenino de 24 años de edad con FUM: 12/diciembre/2012, gesta 4, cesareas 2, aborto 1, embarazo actual normoevolutivo consumiendo ácido fólico y sulfato ferroso hasta el tercer trimestre, con único reporte de ultrasonido obstétrico del tercer trimestre que documenta embarazo de 37 semanas por DBP Y LF, presentación pélvica, líquido amniótico normal, placenta corporal anterior grado II de madurez, trabajo de parto activo, cesarea iterativa, paridad satisfecha, FCF 133lpm, FU 28cm, al TV cervix con 6cm dilatación, 80% borramiento, signo de Band Frommel Pinard presente. se realiza interrupción del embarazo vía abdominal urgente hallazgos: útero con infiltración de placenta en cara anterior, presencia de vasos de gran calibre en apariencia de cabeza de medusa, area vesical tomada en el borde superior y posterior de la vejiga y adherida al utero. Se realiza incision Fundica obteniendo producto unico vivo, sexo femenino, peso 3280grs, apgar 8-9, 38SDG por capurro, se realiza histerectomia obstetrica total con liberación y disección de región vesical, presentando un sangrado total de 1600cc, evolución posquirurgica adecuada sin complicaciones posteriores.

CARTEL MAMPARA 187

Embolización de arterias uterinas en acretismo placentario.

JOHNATAN TORRES TORRES, FAUSTO MOISES CORONEL CRUZ, EDNA ARIANNA AMARO HERNANDEZ, ROCIO GUERRERO BUSTOS, DIANA ROSALIA TIRO HERNANDEZ.

Hospital General de Mexico, Secretaria de Salud, México, D.F.

La embolización arterial transcáteter ha sido usada con éxito como medida profiláctica en pacientes con alto riesgo de sangrado durante la cirugía en pacientes obstétricas, incluyendo pacientes con placenta previa y/o ácreta; a pesar de los resultados satisfactorios existe una subutilización de este recurso en la práctica existencial y dada la baja frecuencia de complicaciones del cateterismo arterial, este procedimiento probó ser beneficioso.

Se presenta la experiencia en la utilización de esta técnica en la unidad de Ginecología y Obstetricia del Hospital General de Mexico.

Objetivo: Demostrar la utilidad y seguridad de la utilización de embolización de arterias uterinas en acretismo placentario comprobando la disminución de la morbi-mortalidad materna. Se analizan los casos de 16 pacientes con diagnóstico de acretismo placentario en quienes se realizó embolización de arterias uterinas como medida profiláctica de hemorragia obstétrica.

Los procedimientos fueron realizados en una sala de angiografía digital por médicos especialistas en radiología intervencionista.

Técnica: punción percutánea femoral bilateral. Cateterización de ambas arterias uterinas con técnica de cross-over, utilizando catéteres cobra tipo 1 de 5 french y medio de contraste hidrosoluble yodado. El material embolizante empleado correspondió a partículas de esponja y polvo de gelatina absorbible (gelfoam). Se realizó la cateterización bajo anestesia peridural inmediatamente después de cesárea electiva y se procedió a la embolización luego de la extracción fetal.

Población: Se incluyen a pacientes con diagnóstico durante control prenatal de placenta acreta, mediante el uso de ultrasonido doppler y cistoscopia

Se realizaron 16 procedimientos con sospecha prenatal de acretismo placentario y se reafirmo la factibilidad de las técnicas endovasculares de embolización arterial ante la sospecha de acretismo placentario.

En todos los casos fue posible llevar a cabo el procedimiento en forma rápida y sencilla, el control de la hemorragia fue efectivo.

CARTEL MAMPARA 188

Manejo conservador de hematoma corial. Reporte de un caso en el Hospital Regional de PEMEX Salamanca.

ISMAEL MADRIGAL GARCIA, ROMAN MURGUIONDO FONSECA, VICTOR HUGO DIAZ CARBAJAL, KARLA

DENNISE LUNA HINOJOSA, SERGIO ARMANDO VARELA ORTIZ.

Hospital Regional, PEMEX, Salamanca, Gto.

Caso clínico: Femenino de 34 años multigesta cursando a su valoración inicial con embarazo de 16 semanas de gestación, acude al servicio por hemorragia transvaginal escasa, mas dolor tipo cólico que inicia en región lumbar y se irradia a región pélvica.

E.F. Se realiza especuloscopia visualizando acumulación de sangre en fondo de saco posterior, al tacto vaginal cérvix posterior, largo, reblandecido.

U.S.G. con producto único vivo 15 semanas 3 días de gestación. placenta normo inserta corporal posterior de 16 mm de espesor, en la pared anterior se detectó colección subcorial, hipo ecoica, homogénea, con dimensiones de 40x24x46 mm, para un volumen aproximado de 23 ml, se maneja en hospitalización por 72 hrs, manejo a base de reposo y progesterona vía oral hasta remitir sangrado se realiza ultrasonografía control sin cambios ni alteraciones estructurales, seguimiento por consulta con ultrasonido de II nivel y tamizajes bioquímicos, sin presentar complicaciones obstétricas se resuelve por parto eutócico RN único vivo del sexo femenino de 3000 grs, talla 49 cm, apgar 8/9, capurro 39 semanas placenta, con presencia de material fibroso en placenta por lo que se manda a estudio histopatológico

Patología: Etiquetado como placenta. Espécimen discoideo que pesa 500 grs. y mide 16.5 x 15 x 3 cm. La cara fetal con membranas transparentes y vasos aparentes. La cara materna con cotiledones íntegros, color rojo vinoso y aspecto esponjoso. Se observan calcificaciones en un 2% de la superficie.

Conclusiones: La relación entre los síntomas clínicos (dolor pélvico/ sangrado transvaginal) y ecográficos con formación de hematomas subcoriales, son factores que aumentan significativamente el riesgo de resultado perinatal adverso, independientemente de la conducta que se desee seguir, hasta el momento no hay datos suficientes que apoyen que el reposo, manejo hormonal o farmacológico mejoren el resultado perinatal, estudios actuales apuntan a que el uso de progestágenos es útil sin embargo aun con resultados limitados, sugerimos un control prenatal estricto apegados a las normas y con estudios de tamizaje completos en primero y segundo trimestre que nos permitan prevenir o diagnosticar oportunamente complicaciones en la gestación para mejorar los resultados perinatales.

CARTEL MAMPARA 189

Técnica modificada para sutura compresiva del útero en cesárea con atonía uterina refractaria a tratamiento médico.

ALFREDO RAMIREZ CARDENAS, HERNANDO SOLIS TRASANCOS, PAOLA GARCIA RUIZ, JUAN MANUEL RAMIREZ GARCIA.

Hospital Regional de Veracruz, Secretaria de Salud, Veracruz, Ver.

Una de las principales causas de muerte a nivel mundial es la hemorragia postparto. Un gran recurso quirúrgico es el empleo de la sutura compresiva uterina B-Lynch y algunas modificaciones las cuales se han desarrollado para disminuir las dificultades técnicas y mejorar su eficacia. Objetivo: Determinar si la modificación en la técnica original condiciona ventajas sobre esta. Material y métodos: Estudio observacional, prospectivo en mujeres sometidas a cesárea con atonía uterina durante la intervención. Del 1 de marzo al 31 de septiembre del 2012, realizaron sutura compresiva uterina B-Lynch modificada. Se inicia el procedimiento con monocryl No 1, primer punto se realiza a dos cm del borde lateral derecho del útero y dos cm por arriba de la histerotomía, los siguientes puntos se mantendrán 2cm del margen; el segundo punto a 3cm por arriba del borde de la histerorrafia ;tercer punto a nivel del fondo uterino, cuarto punto cara posterior de útero en forma de espejo al punto colocado en cara anterior, quinto punto se coloca por arriba de los ligamentos uterosacros, sexto punto se realiza a la misma altura que el punto cuatro, Séptimo punto se coloca a nivel transfundico, octavo punto se realiza en cara anterior del útero a nivel del segundo punto una vez realizado la sutura descrita se retrae los extremos de la sutura mientras se comprime las paredes del útero en sentido vertical y antero-posterior de forma sostenida, para sujetar los extremos de la sutura, ejerciendo compresión sostenida entre las paredes del útero. Resultados: Se realizó técnica modificada en 19 pacientes con hemorragia uterina refractaria a uterotónicos, el rango de edad de las pacientes fueron de 17 a 37 años. En 16 de las pacientes (84%) fue resuelto el sangrado, en 2 pacientes se realizó sutura compresiva y desarterialización escalonada, en una paciente histerectomía obstétrica. En dichas pacientes no se presentaron complicaciones, la pérdida estimada de sangre durante todos los procedimientos se mantuvo en el rango de 900 a 1700 cc, no hubo muertes maternas. Discusión: La modificación en la técnica original es segura y efectiva. La técnica propuesta es sin duda de menor grado de dificultad comparada con otras técnicas.

CARTEL MAMPARA 190

Desarterialización selectiva de arterias uterinas como manejo para la hemorragia obstétrica

MIRIAM ELIZABETH CRUZ RAMIREZ, SERGIO RAFAEL LOPEZ ORGANISTA, ROBERTO CARLOS AYALA POSADAS, PAULINA VALDES AGURREBERE.

HGZ 1-A "Rodolfo Antonio De Mucha Macias", Instituto Mexicano del Seguro Social, México, D.F.

La hemorragia obstétrica (HO) es la pérdida sanguínea durante el parto mayor de 500 ml y en la cesárea mayor a 1000 ml, es la causa directa más común de muerte materna en el mundo.

Es una causa de importante de morbi-mortalidad materna en países desarrollados como en vías de desarrollo. Ocurren 14 millones de casos al año con una tasa de mortalidad del 1%.

La HO es la complicación más frecuente ocurre en 75% de los casos del puerperio. La incidencia de la hemorragia postparto es de 2-6% sin embargo, se puede considerar que este porcentaje es mayor por: subestimación en la cantidad de sangre perdida, falta de métodos y estrategias de cuantificación exacta de sangrado o incremento del número de cesáreas.

En los hospitales del IMSS, las HO son la segunda causa de mortalidad materna. Siendo la atonía uterina una de las principales causas. Material y métodos: Estudio analítico observacional, retrospectivo longitudinal

Se incluyeron pacientes con HO, registradas en censos de intervención quirúrgica y libreta de procedimientos de tococirugía obteniendo información de expedientes clínicos.

Las pacientes seleccionadas fueron las que cumplían con la definición de HO o repercusiones hemodinámicas que después a maniobras conservadoras no respondieron por lo que se realizó DSAU con técnica de O'Leary,

Resultados: De un total de 12 pacientes con promedio de edad de 29 años y promedio de sangrado de 1500, siendo la causa más importante la atonía uterina, se obtuvo 100% de resultados satisfactorios con remisión de la hemorragia obstétrica, sin complicaciones reportadas ni reintervenciones.

Conclusión: La desarterialización selectiva de arterias uterinas es una técnica quirúrgica conservadora, segura, efectiva, con bajo grado de dificultad, rápida con ventajas sobre otras técnicas ya que conserva la fertilidad y disminuye el costo y tiempo quirúrgico.

CARTEL MAMPARA 191

Control de la hemorragia posthisterectomía obstétrica; empaquetamiento del hueco pélvico con balón de Bakri.

CONSUELO AVILES MORAN, DELFINO CRUZ CRUZ, ERICK GARCIA MORALES, JOSE JESUS PRADO ALCAZAR, MARIA DEL CARMEN CORDOVA MENDOZA. *Hospital de la Mujer, Secretaria de Salud, Mexico, D.F.*

Introducción.- La O.M.S. reporta que el 25% de las muertes maternas son originadas por hemorragia obstétrica.

El empaquetamiento pélvico en obstetricia, es utilizado en aquella paciente con sangrado incoercible del lecho quirúrgico posterior a histerectomía obstétrica; tradicionalmente se conocen 2 tipos; el de Mikulicz y el de Logothetopulus.

Se utilizó empaquetamiento en hueco pélvico con Balón de Bakri posterior a la realización de histerectomía obstétrica y ligadura de arterias hipogástricas debido a sangrado incoercible a nivel del lecho quirúrgico.

Reporte de caso: Paciente de 34 años con embarazo de 29 semanas 4 días a quien se le realiza cesárea de urgencia por presentar placenta previa total sangrante más acretismo placentario; durante el procedimiento quirúrgico se observó infiltración placentaria a vejiga por lo que decide realizar ligadura de arterias hipogástricas, e histerectomía obstétrica, con un sangrado de 3000ml.

A pesar del manejo quirúrgico continuaba con sangrado en capa a nivel del lecho quirúrgico, por lo que se decide realizar empaquetamiento del hueco pélvico con Balón de Bakri, el cual fue llenado con 600ml de solución fisiológica y tracción externa vía transvaginal con 1 kg de peso.

Resultado.- Se logró hemostasia efectiva a nivel del lecho quirúrgico, utilizando balón de Bakri con tracción vía vaginal. Se retiró Balón 24hrs posteriores a su colocación sin complicaciones. Conclusiones.- Se demuestra la utilidad del empaquetamiento con balón de Bakri, para el control de la hemorragia incoercible del lecho quirúrgico, posterior a la realización de ligadura de arterias hipogástricas y de la histerectomía obstétrica. Siendo éste una nueva alternativa de empaquetamiento pélvico.

Se evita una segunda intervención quirúrgica para el retiro del empaquetamiento, disminuyendo de esta manera la morbi-mortalidad materna.

CARTEL MAMPARA 192

Histerectomía Obstétrica, tratamiento quirúrgico definitivo en la hemorragia obstétrica. Experiencia de dos años.

YOLANDA REYNOSA OVIEDO, ELOISA LOPEZ MANRIQUEZ, MIREYA TOPETE GONZALEZ, ERNESTO LOPEZ VERA.

Unidad Médica de Alta Especialidad No. 23, Instituto Mexicano del Seguro Social, Monterrey, N.L.

Antecedentes: La histerectomía periparto de emergencia es un procedimiento obstétrico poco común, que generalmente se realiza como una medida para salvar la vida de la paciente en casos de hemorragia obstétrica severa.

Objetivo: Determinar la incidencia, indicaciones y complicaciones de la histerectomía obstétrica en un hospital de tercer nivel y comparar los resultados con otros reportados en la literatura. Material y métodos: Se realizó un estudio transversal, retrospectivo, del 1 de Enero del 2011 al 31 de Diciembre del 2012, en la Unidad Médica de Alta Especialidad No. 23, Hospital de Ginecoobstetricia del IMSS. Donde se revisaron los expedientes de 231 pacientes a quienes se les realizó histerectomía obstétrica. Se calculó la incidencia y se identificaron las características clínicas y maternas, las indicaciones y las complicaciones de la histerectomía obstétrica expresadas en frecuencias, porcentajes y medidas de tendencia central.

Resultados: Se realizaron 231 histerectomías obstétricas de 47,623 procedimientos obstétricos: con una incidencia de 4.8 casos por cada 1000 procedimientos. La principal indicación fue placentación anómala (55.8%), seguida de atonía uterina (20.3%). Las complicaciones fueron: choque hipovolémico grado IV (50%), reintervención (20%), y muerte 1.72% (4/231). Conclusiones: La hemorragia obstétrica es una de las principales causas de mortalidad y morbilidad materna, y representa la complicación mas difícil a la que un obstetra se puede enfrentar. El antecedente de cesárea previa induce mayor incidencia de histerectomía obstétrica en mujeres con embarazo de alto riesgo, ya que se relaciona con alteraciones en la placentación, incrementando así la posibilidad de hemorragia.

CARTEL MAMPARA 193

Frecuencia y factores asociados a complicaciones post operatorias en la paciente obstétrica.

ALFREDO URIBE NIETO, GENARO VEGA MALAGÓN, JAVIER AVILA MORALES, NICOLAS CAMACHO CALDERÓN.

Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Querétaro, Querétaro, Qro.

Objetivo: Determinar la frecuencia y factores asociados a complicaciones post operatorias en la paciente obstétrica.

Material y Métodos: Se realizó un estudio de cohorte, considerando a Mujeres embarazadas llevadas a cualquier evento quirúrgico en el 2004 y 2005, en el Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer. Se analizaron las variables dependientes de morbilidad y mortalidad, así como las variables independientes sociodemográficas, del estado clínico funcional, hematológico, metabólico, nutricional, obstétrico e inherente al evento. Aquellas que presentaron diferencia significativa fueron comparadas mediante regresión logística mediante programa SPSS, el nivel de significancia fué de $p < 0.05$.

Resultados: Se obtuvieron 19 variables con significancia estadística, de ellas se jerarquizaron en tres categorías de variables: Alto riesgo: Edad gestacional <30 sdg, Albúmina <3.2, Escala de la ASA 2 o más, Tipo de cirugía no obstétrica y celeridad de la cirugía de urgencia. Mediano riesgo: Deshidrogenasa láctica >160mg%, Fosfatasa alcalina >120UI/L, Diferencia de peso baja <11Kg, Co-morbilidad >1 Transaminasa glutámico-pirúvica >31mg%, Nivel socioeconómico bajo o marginal, de acuerdo a la escala de Graffar, Tabaquismo presente. Bajo riesgo: Bilirrubina directa >0.3, Leucopenia <6000 células/mm³, Complicaciones gestacionales >1 y Consumo de bebidas alcohólicas presente. Conclusiones: Estos resultados se deben evaluar en próximos estudios para estandarizar como una escala pre quirúrgica pronostica de la paciente obstétrica, ya que no son equiparables estos datos con los que se valoran al realizar la evaluación de riesgo quirúrgico en pacientes convencionales.

CARTEL MAMPARA 194

Reporte de caso y revisión bibliográfica de trauma genital asociado a parto asistido con fórceps.

DENISE ACUÑA GONZALEZ, JESÚS JORGE BELTRAN MONTOYA, ANTONIO GARCÍA LUNA VASQUEZ, DEISI VERONICA ALVARADO ROSALES, FERNANDO NIETO LANDEROS.

Instituto Nacional de Perinatología "Isidro Espinosa de los Reyes", Secretaría de Salud, México, D. F.

Objetivo: Describir los tipos de lesiones genitales asociadas a aplicación de fórceps así como factores de riesgo para que se presenten. Presentación de caso: Paciente de 31 años, secundigesta con embarazo de término en periodo expulsivo prolongado, con variedad de posición occipito-transverso izquierdo, en tercer plano de Hodge, en quien se decide la aplicación de fórceps Kielland medios indicados por occipito-transverso izquierdo persistente, obteniendo un recién nacido sano sin lesiones. En la revisión del canal vaginal se observan desgarros en paredes laterales de 4cm, desgarros en comisuras cervicales reparados todos satisfactoriamente. Seis horas después presenta deterioro en sus constantes vitales sin sangrado transvaginal visible, por lo que se revisa canal vaginal encontrando hematoma disecante de pared vaginal posterior de 15x8cm a tensión, el cual se drena satisfactoriamente. Resultados: Se reporta un caso de una paciente con hematoma y múltiples laceraciones a nivel vaginal secundario a la aplicación de fórceps. Se drenó hematoma satisfactoriamente. Discusión: El parto vaginal asistido con fórceps aumenta

significativamente, los riesgos de desgarros vaginales, lesiones del esfínter, hemorragia y la retención urinaria. Diferentes instrumentos tienen resultados maternos similares. EL parto vaginal instrumentado incrementa los riesgos de incontinencia anal durante el primer año después del parto. No parece estar asociado con el riesgo de incontinencia urinaria posparto y prolapso genital en comparación con el parto vaginal espontáneo. Sin embargo, aumenta el riesgo de dolor perineal y la dispareunia posparto y trastornos sexuales. Conclusiones: Los factores de riesgo para que se presenten las lesiones son una aplicación alta, posición occipitoposterior persistente y/o macrosomía. No hay evidencia de que un tipo de fórceps es menos seguro que otro.

CARTEL MAMPARA 195

Análisis estadístico de la hemorragia obstétrica como causa de muerte materna.

AMOS ROJAS TRINIDAD, CELSO DIOGENES RAMIREZ PALACIOS, YOLANDA ELENA RIVAS RAMIREZ *Hospital de la Mujer, Secretaría de Salud, México, D.F.*

Objetivo. Realizar un análisis estadístico retrospectivo de la hemorragia obstétrica, como causa de muerte materna en el Hospital de la Mujer. Determinar el riesgo de fallecer de una paciente con diagnóstico de hemorragia obstétrica.

Material y métodos. Se analizaron 17 expedientes relacionados con casos de muerte materna, del periodo 2008-2012. Se analizaron 99 expedientes de pacientes que ingresaron a la UCIA del 2010-2012, con diagnóstico de hemorragia obstétrica, registrándose el total de sangrado reportado así como el total de hemoderivados transfundidos. Se calculó el riesgo de fallecer de una paciente que ingresa a la UCIA con diagnóstico de hemorragia obstétrica.

Resultados y discusión. Del periodo 2008-2012 del total de 17 muertes maternas reportadas, 6 se asociaron con hemorragia obstétrica. Casos reportados de hemorragia obstétrica como causa de muerte materna: 2008, 4 casos, 1 por hemorragia (25%); 2009: 3 casos, 1 por hemorragia (33%); 2010: 5 casos, 2 por hemorragia (40%); 2011: 3 casos, 1 por hemorragia (33%); 2012: 2 casos, 1 por hemorragia (50%). La hemorragia obstétrica constituyó el 35% de las causas, siendo la principal causa, seguida de la sepsis. Causas de hemorragia obstétrica: atonía uterina 2, DPPNI 1, placenta previa 1, acretismo placentario 2 y embarazo ectópico 1.

Total de pérdida sanguínea estimada en cada caso de muerte materna por hemorragia obstétrica: 2007, 3100cc de sangrado; 2008, 5000 cc de sangrado; 2009: 5500 cc de sangrado (promedio de los 2 casos); 2010, 6000 cc de

sangrado; 2011: 7000 cc de sangrado; 2012: 13800 de sangrado.

Del periodo 2010-2012, se ingresaron a la UCIA un total de 981 pacientes, la hemorragia obstétrica ocupa el segundo lugar con el 10% (99 casos), después de la preeclampsia-eclampsia que ocupa el primer lugar con un 65% (637 casos).

Conclusiones. La hemorragia obstétrica representa la primera causa de muerte materna en el hospital en los últimos 5 años. El apoyo del banco de sangre, es fundamental para el tratamiento de estas pacientes. Pese a que es la segunda causa de ingresos a la unidad de cuidados intensivos, cuando la paciente ingresa con diagnóstico de hemorragia obstétrica a la UCIA tiene un riesgo de fallecer de 5.8 veces, con un IC 95% de 1.13-10.7.

CARTEL MAMPARA 196

Colocación de sonda Sengstaken-Blakemore con control ecográfico posterior: experiencia en la U.M.A.E. No. 23.

ALBERTA FRANCO PERALTA, HUGO FRANCISCO PINEA ALEMAN, YOLANDA REYNOSA OVIEDO, ERNESTO LOPEZ VERA, ELOISA LOPEZ MANRIQUEZ.

Unidad Medica de Alta Especialidad No. 23 "Dr. Ignacio Morones Prieto", Instituto Mexicano del Seguro Social, Monterrey, N.L.

Antecedentes: La hemorragia obstétrica es causa principal de mortalidad en todo el mundo, representa el 35% de las muertes maternas, la hemorragia posparto puede ocurrir independientemente del tipo de desembrazo, ya sea un parto eutócico, distócico, cesárea o legrado, y en 2 a 4% de los casos ocurrirá sin ningún factor de riesgo previsible.

Objetivo. Describir nuestra experiencia con colocación de sonda Sengstaken Blakemore en hemorragia posparto y la verificación del posicionamiento adecuado del mismo con ecografía. Materiales y métodos: Se realizó ecografía de control posterior a la colocación de sonda Sengstaken Blakemore por hemorragia posparto independientemente de la causa de esta con ultrasonido endovaginal Logic Alfa 200 con transductor endocavitario de 5Mhz y Convexo de 3.5Mhz. Este proceso fue inmediatamente al término de colocar SSB.

Resultados. Se realizaron ecografías de control de SSB en un periodo de 3 meses. Solo hubo un recambio de 7 de ellas por criterios ecográficos de colocación el cual se identifica en cortes sagitales en línea media materna que el balón se encuentre parcialmente hacia el canal cervical. Todas las que se recolocaron fueron la misma situación. Se realizó volumetría de 3 planos para correlacionar con volumen instilado en balón. Eso indica que solo el 18.9% de ellas requirieron el reacomodo del balón por un criterio ecográ-

fico, de ese número de pacientes de reacomodo de SSB el 100% refirió dolor intenso en área suprapública o en vagina.

Conclusiones: En un periodo de 6 meses en la UMAE 23 se han colocado 107 SSB aproximadamente, en la etapa inicial de uso SSB se realiza ultrasonido posterior para evaluar su posicionamiento ya que la marca líder de balón para control de hemorragia posparto indica que debe ser un proceso ecoguiado y de igual manera expone que la posición de la sonda hacia canal cervical es indicación para reacomodo. Durante este proceso de aprendizaje fue de gran utilidad la ayuda visual en los casos que se colocó la sonda ya que se carecía de la experiencia en este tipo de evaluación. Se lograron identificar estructuras anatómicas que nos sirvieron de referencia para corroborar la posición de los balones. Es conveniente estudios detallados y estadísticamente elaborados si desea compararse como coadyuvante en el entrenamiento de colocación de balón intrauterino.

CARTEL MAMPARA 197

Apego a la Guía de Práctica Clínica, para la detección y diagnóstico de enfermedades hipertensivas del embarazo en el primer nivel de atención.

VANIA RAMÍREZ TORRES, GENARO VEGA MALAGÓN, LETICIA BLANCO CASTILLO, MARTHA LETICIA MARTÍNEZ MARTÍNEZ, LUZ DALID TERRAZAS RODRÍGUEZ. *Unidad de Medicina familiar No. 16, Instituto Mexicano del Seguro Social, Querétaro, Qro.*

Objetivo.- Determinar el apego a la Guía de Práctica Clínica, para la detección y diagnóstico de enfermedades hipertensivas del embarazo en el primer nivel de atención.

Metodología.- Se realizó un estudio descriptivo, transversal y retrolectivo, en 137

expedientes de pacientes con enfermedad hipertensiva del embarazo, en la UMF 16, IMSS, delegación Querétaro, en el periodo de enero 2011 a enero 2012. Para determinar el apego a la Guía de Práctica Clínica, se elaboró y se validó por contenido un instrumento, el cual evalúa las dimensiones de la predicción de preeclampsia (6 ítems), prevención (15 ítems), diagnóstico y clasificación de las enfermedades hipertensivas del embarazo (12 ítems), seguimiento de egreso hospitalario (15 ítems), referencia a consulta externa y urgencias obstétricas (10 ítems). El instrumento consta de 52 ítems. Se midió con una escala de cinco niveles, alto (28-31), aceptable (21-27), regular (14-20), deficiente (7-13) y desapego (0-6). Se analizó con estadística descriptiva (promedios, frecuencias e intervalos de confianza al 95%).

Resultados.- El nivel de apego para la predicción de preeclampsia, fue alto (59.9%), para la

prevención de preeclampsia, aceptable (47.1%), para el diagnóstico, regular (71.5%), de acuerdo al seguimiento extra hospitalario, deficiente (41.6%) y para la referencia a segundo nivel, regular 32.8%. De acuerdo al nivel de apego global fue regular en 46.7%.

Conclusiones: El nivel de apego a la Guía de Práctica Clínica de la enfermedad hipertensiva del embarazo fue regular.

CARTEL MAMPARA 198

Niveles séricos de h-gonadotropina coriónica humana y su relación con diferentes estados hipertensivos del embarazo

JESSICA ELIZABETH SALAZAR CAMPOS, RAUL DIAZ MOLINA, JOSE ROJAS SERRATO, CARMEN GORETY SORIA RODRIGUEZ, JOSEFINA RUIZ ESPARZA CISNEROS. *Hospital Materno Infantil de Mexicali ISSSESLUD, Mexicali, B.C.*

Introducción. La preeclampsia es la patología hipertensiva más frecuente del embarazo, y una de las principales causas de morbilidad y mortalidad materna, fetal y neonatal. Se presenta en todas las poblaciones con una incidencia general que varía mayormente entre el 5 y 7%. Se estima que en los Estados Unidos los costes anuales directos debidos a los cuidados maternos y neonatales derivados de la preeclampsia son de aproximadamente 7,000 millones de dólares, sin tomar en cuenta que las mujeres que desarrollan preeclampsia tienen un riesgo mayor de padecer complicaciones cardiovasculares a lo largo de su vida. Objetivo. Determinar si existe diferencia estadísticamente significativa entre los niveles séricos de gonadotropina coriónica humana fracción β (β -hCG) y los principales estados hipertensivos del embarazo (hipertensión gestacional, preeclampsia severa y preeclampsia leve). Materiales y Métodos. Se realizó un estudio prospectivo aleatorizado en el que se incluyeron, previo consentimiento informado, pacientes aparentemente sanas que cursaron con embarazo único, menores de 37 años, de edad gestacional entre 27 y 41 semanas corroborado por FUM Tipo 1 y/o ultrasonido del primer trimestre. Las pacientes fueron divididas en cuatro grupos: 10 hipertensas gestacionales, 15 gestantes normotensas (controles), 15 gestantes con preeclampsia severa y 13 gestantes con preeclampsia leve. En todos los casos se determinó la concentración sérica de β -hCG mediante un ensayo inmunoenzimométrico de disponibilidad comercial. Para el análisis de los resultados se utilizó el programa VassarStats, mediante ANOVA de una vía para cuatro muestras independientes y la aplicación de la prueba de Tukey para la búsqueda de diferencias entre grupos. Resultados. La media de las concentraciones séricas de β -hCG en las gestantes con

preeclampsia severa ($38,503.13 \pm 12,690.78$ mUI/mL) fue significativamente más elevada en relación con los niveles que presentaron el grupo control ($p < 0.01$), el grupo de hipertensas gestacionales ($p < 0.01$) y el grupo de gestantes con preeclampsia leve ($p < 0.01$). No se encontró diferencia estadísticamente significativa entre los grupos de hipertensas gestacionales y gestantes con preeclampsia leve, con respecto al grupo control. Conclusiones. Los resultados del presente estudio demuestran que existe una diferencia significativa en los niveles séricos de β -hCG en las gestantes con preeclampsia severa en relación con las hipertensas gestacionales, gestantes normotensas y gestantes con preeclampsia leve, por lo que la β -hCG podría ser útil como marcador sérico para predecir no sólo el desarrollo de preeclampsia sino también su severidad.

CARTEL MAMPARA 199

Diagnóstico temprano de preeclampsia severa por ultrasonido Doppler de arterias uterinas. Caso clínico resultado perinatal

MARTIN TULIO SANTA RITA ESCAMILLA, HELGA PEREZNUÑEZ ZAMORA, SERGIO ALEJANDRO MUÑOZ BARRAGAN, KARELIA MENDOZA BARRAGAN.

Medica Sur Tlalpan, Institución Privada, México, D.F.

Síndrome multisistémico de severidad variable, caracterizado por hipoperfusión tisular generalizada así como una respuesta vascular anormal placentaria que se asocia con un aumento en las resistencias vasculares sistémicas, daño endotelial, cambios metabólicos, consumo plaquetario, aumento en la respuesta inflamatoria y activación del sistema de coagulación. Constituye una causa importante de morbilidad materna y perinatal en nuestro medio, así como de nacimiento pretérmino. Al inicio del primer trimestre, la interferencia de la angiogénesis es probable que desencadene una pobre adherencia placentaria y por consiguiente un aborto. Si se logra establecer un abastecimiento suficiente a la masa placentaria, es posible que se logre la diferenciación, sin embargo, si la invasión trofoblástica permanece confinada a la porción decidual del miometrio, las arterias radiales y espirales maternas fracasan en lo relativo a su transformación fisiológica a vasos de baja resistencia.

Caso clínico: CGMS de 39 años, G1, primigesta, FUM: 10/08/12, FPP: 17/05/13, recibió esquema de madurez pulmonar terminando el viernes 01/03/13, USG a las 13.1 sdg con onda de velocidad de flujo Notch bilateral presente, detección de hipertensión gestacional en la semana 22 de embarazo, manejo con AMD a dosis bajas. Acudió a cita el día 04/03/13 para USG

Doppler con embarazo de 29.4 sdg en donde se encontró: DBP 25.6 sdg, CC 27.5, cerebelo 30, CA 25.3, LF 25.1, LC 28.1, LH 26.2, LT 25.6, peso 831 gr, promedio de fotometría: 26.2 sdg, cardiomegalia con escaso derrame pleural derecho, ausencia de cámara gástrica y escaso liquido de ascitis, liquido amniótico bolsillo vertical máximo de 2.5 cm. Flujiometría doppler de vasos fetales: IP AU 3.17 $p > 95$ anormal, IP arteria umbilical 4.56 $p > 95$ anormal flujo diastólico reverso, índice cerebroplacentario 0.36 $p < 5$ anormal, vena umbilical pulsátil anormal. Motivo por el cual se programó para cesárea de urgencia con diagnóstico de 39 años, G1, embarazo de 29.4 sdg preeclampsia severa secundaria a derrame pleural, reflujo arterial presente, oligohidramnios. Datos del recién nacido: 04/03/2013, 11:59, Cesárea, PUVI femenino, Apgar: 8/9, Ballard: 29, Peso 980grs, Talla 35.5cm, placenta pequeña y muy calcificada, anhidramnios.

Conclusiones: El uso de la ultrasonografía doppler en la práctica obstétrica está bien establecido, aunque falta precisar el papel que juega en la vigilancia prenatal. Estudios de velocimetría doppler de la circulación uterina, han identificado una relación entre ondas uterinas de alta resistencia y las complicaciones asociadas con invasión trofoblástica inadecuada.

CARTEL MAMPARA 200

Manejo clínico y tratamiento antihipertensivo más utilizado en las pacientes con diagnóstico de enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo durante el puerperio en un hospital del 2do nivel.

EDNA RUTH GARCÍA PORRAS, JORGE VILLEGAS MORALES, SERGIO RAFAEL LÓPEZ ORGANISTA. *HGZ I-A "Dr. Rodolfo de Mucha Macías", Instituto Mexicano del Seguro Social, México, D.F.*

En México, la preeclampsia representa hasta 34% del total de las muertes maternas, constituye la principal causa de muerte asociada a complicaciones del embarazo. Aproximadamente el 10% de las muertes maternas debidas a trastornos hipertensivos del embarazo ocurren en el puerperio. El problema ocurre con mayor frecuencia entre el tercer y sexto día posterior al parto. El fármaco antihipertensivo de primera línea recomendado en EHIE es el Nifedipino. Como segunda línea se recomienda labetalol. Otros agentes antihipertensivos utilizados son captopril, enalapril, alfametildopa, hidroclorotiazida, propanolol.

Material y método: Estudio transversal, retrospectivo. Revisión de expedientes de pacientes registradas entre el periodo del 1º de noviembre al 31 abril del 2013 con diagnóstico de EHIE, en las que se haya resuelto el embarazo durante

internamiento o hayan sido ingresadas con diagnóstico de EHIE durante el puerperio.

Resultados: Total de expedientes revisados: 63 expedientes. En el periodo analizado el 100% de las pacientes con EHIE fueron manejadas con alfametildopa como primera opción de antihipertensivo, seguido de hidralacina. El nifedipino fue utilizado solamente en 19.35% de los casos de preeclampsia leve; en el 61.1 % de los casos de preeclampsia severa; en el 25% de los casos de hipertensión gestacional y en el 83% de los casos de Síndrome de Hellp. En ningún caso fue el nifedipino utilizado como primera línea de tratamiento.

Conclusiones: El fármaco antihipertensivo más utilizado es: Alfametildopa, seguido de hidralacina, en todos los casos de EHIE. Fármacos como IECAs, Nifedipino y Prazocin fueron utilizados principalmente en estados hipertensivos graves y no como primera opción. No se encontró seguimiento en paciente egresadas con estados hipertensivos graves.

CARTEL MAMPARA 201

Características de las pacientes con interrupción del embarazo por preeclampsia severa en el servicio de tococirugía del Antiguo Hospital Civil "Fray Antonio Alcalde".

NORAH NALLELI MACIAS VERA, GABINO DE JESUS VACA CARBAJAL, FRANCISCO JAVIER HERNANDEZ MORA, FRANCISCO VILLA VILLAGRANA, NADIA PAOLA MACIAS VERA.

Division de Ginecología y Obstetricia, Antiguo Hospital Civil Fray Antonio Alcalde. Organismo Público Descentralizado, Guadalajara, Jal.

La enfermedad hipertensiva del embarazo es una patología multisistémica, de causa desconocida, constituye la principal causa de muerte materna a nivel mundial y una de las principales causas de morbi-mortalidad perinatal.

Objetivo. Conocer las características sociodemográficas y los antecedentes obstétricos de las pacientes con interrupción del embarazo por preeclampsia severa

Material y Métodos. Se realizó el estudio observacional descriptivo retrospectivo en el Antiguo Hospital Civil Fray Antonio Alcalde solicitando los expedientes en el Archivo Clínico de las pacientes que acudieron al Servicio de Obstetricia cuyos diagnósticos de ingreso o de egreso fueran: hipertensión, preeclampsia, eclampsia (CIE 0141, 0149, 016X, 013x, 0140) del periodo comprendido del 1 de mayo de 2010 al 30 de abril de 2012. Se obtuvieron 286 ingresos/egresos con los diagnósticos anteriormente mencionados que correspondían a 282 pacientes, solo 211 presentaban el diagnóstico de preeclampsia severa y cumplieron los criterios para formar parte del estudio.

Resultados. El bimestre en el que más se presentó el diagnóstico de preeclampsia severa fue el marzo-abril (26.6%), el 99.5% de las pacientes (n=210) finalizaron su embarazo mediante una cesárea, la prevalencia de preeclampsia fue inversamente proporcional al número de gestaciones que presentaban, 10% desarrollo Síndrome de Hellp, 1.9% presentó eclampsia, 3.3% requirió traslado a la Unidad de Cuidados Intensivos y no se presentó ninguna muerte materna.

Conclusión. Las características sociodemográficas son similares a los reportes de otros estudios, destacan en nuestro medio la interrupción del embarazo vía abdominal en su mayor proporción y la tasa de cero mortalidad materna.

CARTEL MAMPARA 202

Preeclampsia atípica y éxito perinatal: Reporte de caso y revisión de la literatura.

DIANA ELENA MONZALBO NUÑEZ, ERNESTO CASTELAZO MORALES, MIGUEL DE JESÚS LÓPEZ RIOJA, SANTIAGO CASTELAZO ALATORRE, JAQUELINE IVETT LAGUARDIA DOMÍNGUEZ.

Hospital Angeles Lomas, Institución Privada, Huixquilucan, Estado de México.

La preeclampsia es un síndrome multisistémico de gravedad variable, específico del embarazo, consecuencia de una respuesta vascular anormal a la placentación, con aumento de la resistencia vascular periférica, estimulación de la agregación plaquetaria, activación del sistema de la coagulación y disfunción endotelial. En la mayoría de los casos se manifiesta con hipertensión gestacional y proteinuria, después de las 20 semanas, sin embargo, en otros casos se ha presentado de forma atípica (con ausencia de hipertensión y/o proteinuria) comportándose como preeclampsia severa.

Se reporta el caso de una paciente primigesta de 32 años, con un embarazo de 26.6 semanas, que acude por vómito postprandial en proyectil. A su ingreso presenta súbitamente cefalea, fosfenos y acúfenos asociado a epigastralgia, con presión arterial de 110/70mmHg; frecuencia cardíaca fetal de 146 lpm, miembros inferiores y reflejos osteotendinosos normales.

La citometría hemática, química sanguínea y pruebas de función hepática (en parámetros normales), examen general de orina con proteinuria. Ultrasonido hepático normal; Ultrasonido obstétrico con fetometría 2.6 semanas menor, con aplanamiento de la curva de crecimiento; Flujiometría Doppler con aumento de resistencias a nivel placentario y oligohidramnios. Dado el cuadro clínico compatible con preeclampsia severa, se inicia sulfato de magnesio,

esquema de madurez pulmonar y se decide la interrupción vía abdominal. Obteniendo un recién nacido femenino, de 595g, Apgar 4/7. En el puerperio inmediato presenta elevación de la presión arterial a 150/90mmHg. Egresando normotensa a las 96 horas.

La recién nacida se egresó hasta alcanzar un peso de 2000g, y actualmente se encuentra neurológicamente íntegra.

CARTEL MAMPARA 203

Preeclampsia severa secundaria a enfermedad trofoblástica gestacional, en su variante mola parcial: Reporte de un caso y revisión de la literatura

PAOLA ANTONIETA TORRES BARRAGÁN, GABRIELA VICTORIA SÁNCHEZ VIDAL, HUGO BRICIO MARTÍNEZ AYALA.

Hospital General Dr. Manuel Gea González, Secretaría de Salud, México, D.F.

En la actualidad existen casos reportados en la bibliografía internacional de aparición de preeclampsia, eclampsia e incluso síndrome de HELLP con sus complicaciones antes de la semana 20 de gestación. Se han descrito en embarazos molares, gemelares o degeneración hidrópica de la placenta.

Paciente de sexo femenino de 32 años. Gineco obstétricos: menarca, telarca y pubarca: 12, ritmo regular, eumenorreica, PS: 1, niega ETS, niega DOCACU, DOCMA. MPF ninguno, FUM: 23.12.12. Gesta 1: actual

Paciente que acude a valoración ya que médico particular menciona que cursa con hipertensión en el embarazo. Se refiere asintomática.

EF: TA: 180/110, FC: 80, FR: 20, T: 36. Consciente, orientada, cardiopulmonar sin compromiso, mamás sin alteraciones, abdomen con fondo uterino de 18cm, pétéreo, indurado, genitales externos de acuerdo a edad y género, cérvix posterior, cerrado, formado, no doloroso a la movilización, fondos de saco libres, a la salida de guante explorador con escaso manchado hemático.

L: 9.5, Hb: 14.10, Pla: 189, Gl: 78, Cr: 0.60, BT: 0.45, BD: 0.02, ALT: 35, AST: 54, LDH: 207, EGO: 500 mg/dl de proteínas. HGC: 323417mIU/mL. TSH: 0.9, TT3: 1.29, FT3: 2.85, TT4: 13.09, FT4: 0.80.

Reporte de patología: Mola hidatiforme parcial USG pélvico: útero aumentado de tamaño 17x60x11cm, bordes bien definidos, interior heterogéneo por la presencia de múltiples imágenes redondeadas de bordes bien definidos e interior anecoico que a la exploración Doppler no presentan saturación. Anexo izquierdo de forma y situación normal, anexo derecho no se visualiza.

CARTEL MAMPARA 204

Preeclampsia severa en un embarazo de 17 semanas asociada a una mola parcial: reporte de un caso.

EDÉN FRANCISCO REYNA ROJAS, JUAN ANTONIO SORIA LOPEZ, GREGORIO TREVIÑO MARTÍNEZ, CÉSAR DARYL CASTRO REYES, REYNA ANDREINA GARCÍA LEZAMA.

Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González", UNIVERSIDAD Autónoma de Nuevo León, Monterrey, N.L.

La enfermedad trofoblástica gestacional comprende a la mola hidatiforme, mola completa y mola parcial, las cuales se consideran enfermedades benignas. La neoplasia trofoblástica gestacional incluye a la mola invasora coriocarcinoma y tumor del sitio placentario los cuales se consideran patologías malignas. Tanto el embarazo molar completo como la mola parcial se caracterizan por degeneración hidrópica de las vellosidades coriónicas, pero en menor grado esta última. Se reporta el caso de una paciente 27 años de edad, con antecedente de cuatro gestas con embarazo molares, al cursar un embarazo de 17 semanas, inició con cifras tensionales elevadas 160/100 mmHg, edema de extremidades inferiores +++. Laboratorio reportó proteinuria de 5.2 gramos en muestra única de orina y 1.9 g en 24 horas. Durante su estancia intrahospitalaria, persistió con cifra de TA entre 140/90 a 150/100 mmHg, edema de extremidades inferiores y con reflejos osteotendinosos aumentados y cefalea. Se requirió la terminación del embarazo por vía vaginal debido a las cifras de hipertensión arterial. Se inició inducción de trabajo de aborto a con misoprostol 200 µg de misoprostol vía oral y 200 µg vía vaginal. Presentó expulsión de producto y se realizó legrado uterino instrumentado el día 11 de abril a las 21:00 horas. Mediante curetaje se obtuvieron moderados restos ovuloplacentarios, no se observaron vesículas. El reporte de Anatomía patológica fue vellosidades coriales con áreas de degeneración hidrópica. Durante su seguimiento se registró una tensión arterial normal. En la actualidad existen casos reportados en la bibliografía internacional de aparición de preeclampsia, eclampsia e incluso síndrome de HELLP con sus complicaciones antes de la semana 20 de gestación. Se ha descrito en embarazos molares o degeneración hidrópica de la placenta con o sin la existencia de feto; sin embargo, siempre que se encuentre esta posibilidad se recomienda establecer el diagnóstico diferencial minucioso.

CARTEL MAMPARA 205

Manejo conservador de hematoma subcapsular asociado a síndrome de HELLP reporte de un caso.

ANGEL ELIZALDE MENDEZ, FERNANDO NIETO LANDEROS, JESUS JORGE BELTRAN MONTOYA, ROGELIO CASTILLO LUNA, DENISE ACUÑA GONZALEZ.

Instituto Nacional de Perinatología "Isidro Espinosa de los Reyes", Secretaría de Salud, México, D. F.

Objetivo. Describir un caso de hematoma subcapsular secundario a síndrome de HELLP y el manejo expectante como alternativa terapéutica en pacientes hemodinámicamente estables.

Introducción: El síndrome de HELLP se caracteriza por la elevación de enzimas hepáticas, hemólisis y trombocitopenia. Afecta aproximadamente del 0.1-0.6 % de todos los embarazos, se asocia a preeclampsia severa hasta en 4-14%. Se han descrito casos de ruptura hasta 6 semanas posteriores a su diagnóstico. En caso de ruptura, representa una mortalidad materna y neonatal de 59 y 62%, respectivamente.

Presentación de caso: Paciente de 28 años, gestas 3, cesáreas 2, con embarazo de 32.3 semanas de gestación, quien acude al servicio de urgencias, por primera vez, por presentar dolor en epigastrio e hipocondrio con irradiación a espalda de moderada intensidad de 12 horas de evolución. A su ingreso con tensión arterial de 140/85 mmHg, por lo que se solicitan laboratorios, estableciendo el diagnóstico de Síndrome de HELLP: se decide interrupción del embarazo vía abdominal.

Previo a evento quirúrgico se transfunden 2 aféresis plaquetarias. El 14-7-13 a las 3:00 hrs, durante el procedimiento quirúrgico, se observa hematoma subcapsular ocupando el 50% del lóbulo hepático derecho. Hemorragia transquirúrgica 1500 cc. Sin complicaciones ni dificultades técnicas.

Ingresa posteriormente a Unidad de Cuidados Intensivos del Adulto, para vigilancia, se transfunden 2 concentrados eritrocitarios y 2 plasmas frescos.

Se mantuvo en manejo conservador mediante vigilancia con ecografía hepática seriada y laboratoriales. Egresó del servicio a hospitalización en 23 días. Se egresa a domicilio para vigilancia a través de la consulta externa.

Discusión: El hematoma subcapsular hepático secundario a HELLP es una complicación rara, que conlleva un alto riesgo de mortalidad. La mayoría de los hematomas hepáticos se localizan en el lóbulo derecho, como en el caso presentado. Debido a la severidad de la enfermedad además de las alteraciones de la coagulación se presentan otras complicaciones como: choque hemorrágico, insuficiencia renal aguda, falla pulmonar y alteración de la función hepática.

Conclusiones: La sospecha clínica, el diagnóstico rápido y un abordaje multidisciplinario, son fundamentales para mejorar la morbi-mortalidad

de las pacientes con hematoma subcapsular hepático. Se acepta el tratamiento expectante mediante observación clínica y seguimiento por medio de pruebas de imagen y laboratorio para prevenir complicaciones.

CARTEL MAMPARA 206

Manejo Conservador de un hematoma hepático asociado a preeclampsia y síndrome de HELLP: Presentación de caso

MYRNA CÉSAR REYES, ALEJANDRA HERRERA ORTIZ, ERIC RODOLFO ARREOLA CONDE.

Hospital General Dr. Manuel Gea González, Secretaría de Salud, México, D.F.

Paciente femenina de 21 años de edad gestante con producto de 27 semanas con dolor torácico tipo opresivo y epigastralgia, acompañada de disnea de medianos esfuerzos, vómito, y dolor en hipocondrio derecho. Se le realizó una resonancia magnética donde se identificó hematoma subcapsular hepático de 1050cc y líquido libre en cavidad abdominal. Cursó con anemia grave, trombocitopenia, elevación de enzimas hepáticas y presión arterial de 160/95mmHg, integrándose diagnóstico de Preeclampsia Severa y Síndrome de HELLP con hematoma hepático. Se interrumpe el embarazo vía abdominal obteniendo un producto vivo de 1224 gramos con Capurro de 33.4, con desprendimiento de placenta del 40%, y presencia de hematoma a nivel hepático de 15 x 6 cm en cara anterior del lóbulo derecho del hígado, no pulsátil, sin datos de sangrado activo, no se realiza ningún procedimiento quirúrgico y se coloca drenovac. Se interconsulta al Departamento de Transplantes del INNSZ quienes refieren se puede egresar a la paciente con estudios de imagen de control para valorar disminución del hematoma hepático egresando 5 semanas posteriores a la resolución del evento obstétrico hemodinámicamente estable. Se realiza RMN de abdomen superior de control donde reportan disminución de un 85% del volumen del hematoma. La conducta del hematoma sub-capsular hepático, es controversial, pero los mejores resultados se dan cuando este es conservador. Las pacientes con probable ruptura o hematoma hepático idealmente deberían ser evaluadas mediante tomografía computarizada, que según la literatura es el mejor método de elección para realizar el diagnóstico; El ultrasonido puede ser menos sensible en la detección, e incluso pasar por alto anomalías hepáticas. Sin embargo en esta paciente se logró demostrar la utilidad de la RMN como estudio de imagen para el seguimiento del hematoma hepático.

CARTEL MAMPARA 207

Cerclaje de emergencia con técnica doble en embarazo del segundo trimestre tardío: Reporte de caso.

VIOLETA REYNA LUCANO VENEGAS, WENDY OLIVIA GALICIA PELAEZ, ALEJANDRA CELESTE MACIAS GIL. *Hospital General Comalcalco, Petroleos Mexicanos, Comalcalco, Tabasco.*

El 16-20% de las pérdidas del 2do trimestre, y el 10% de los nacimientos pretérminos se debe a una incompetencia istmico cervical. Ésta se define como una pérdida recurrente del 2do trimestre causada por una insuficiencia del cérvix para retener el embarazo hasta el término. En estas pacientes, idealmente se debe colocar un cerclaje cervical profiláctico entre la semana 13-17, sobre uno de emergencia en la semana 18 -20 cuando ha ocurrido modificaciones cervicales, puesto que la incidencia de nacimientos preterminos es menor (76 vs 30%). Se ha descrito el empleo de doble cerclaje profiláctico (en el tercio superior y medio del cérvix) demostrando mayor eficacia que el cerclaje único, reportando una menor incidencia de nacimientos preterminos (5.9% vs 29.4%).

Caso clínico

Paciente de 30 años, gesta 4, cesárea 1 (término), para 1 (23 SDG), aborto 1 (19 SDG), acude a control prenatal en la semana 24 de gestación, refiriéndose asintomática. A la exploración física se encuentra fondo uterino de 25 cm por arriba de sínfisis del pubis, con producto único, vivo, sin malformaciones, FCF 140 lpm, sin actividad uterina; al tacto vaginal, dilatación 1 cm, acortado de 1.5 cm, reblandecido, membranas integras. Ultrasonido: imagen en embudo, con membranas por delante de la presentación, con longitud cervical de 2 centímetros. Se ingresa con el diagnóstico de incompetencia istmico cervical para cerclaje de emergencia. Se coloca dos cintas de mersilene del #5, 1era cinta en el tercio superior del cérvix con técnica Espinosa Flores y la 2da en el tercio inferior de cérvix con técnica McDonald. Con evolución satisfactoria hasta a semana 37.5 cuando acude con actividad uterina, por lo que se retira cerclaje, con resolución del embarazo por vía vaginal obteniendo producto vivo, apgar 8-9.

Discusión. El cerclaje profiláctico con doble cinta se ha reportado más eficaz que el de cinta única, disminuyendo hasta el 80% la incidencia de los nacimientos preterminos. Sabemos que el cerclaje de emergencia tiene una alta tasa de productos preterminos, y no hay estudios que reporten la eficacia de doble cinta en este tipo de pacientes. El caso presentado es una paciente con embarazo del 2do trimestre tardío con alto riesgo de falla del cerclaje, por lo que se optó la colocación de doble cinta con dos técnicas distintas con éxito, logrando una gestación de término.

CARTEL MAMPARA 208

Cerclaje en paciente con embarazo de segundo trimestre con útero didelfo y tabique vaginal completo.

YULIANA OLIVIA GOMEZ MERAZ, MIGUEL CHAYA HAJJ, ALEJANDRA CONTRERAS RENDON, LORENA MATIENZO SERMENT, MARIA DE LOS ANGELES FLORES MANZUR.

Centro Médico ABC, Intitución Privada, México, D.F.

El útero se origina de los conductos müllerianos o paramesonéfricos. Cualquier grado de falla en la fusión de los conductos müllerianos o subsecuente falla de la resorción del tejido da como resultado un espectro de manifestaciones clínicas. El útero didelfo es una condición en la que hay un defecto en la fusión lateral de ambos conductos müllerianos produciendo la presencia de dos hemiúteros y dos cuellos. El embarazo en este tipo de úteros causa varias complicaciones como, aborto espontáneo, parto pretérmino, presentaciones anómalas y aumento de la incidencia de cesáreas. El problema más común en estas pacientes es la incompetencia cervical como resultado de la alteración anatómica que produce debilidad del orificio cervical interno. El caso trata de una paciente de 25 años de edad, primigesta, con embarazo de 15.5 semanas de gestación por fecha de última menstruación segura y confiable del día 12 de abril del 2012 con fecha probable de parto el día 17 de enero del 2013. La paciente cuenta con malformación mülleriana de tipo útero didelfo + tabique vaginal diagnosticada por medio de ultrasonido, niega cirugías urogenitales previas. A la exploración con espejo vaginal se observó la presencia de un tabique vaginal completo que divide la vagina en forma longitudinal, así como dos cuellos uterinos. Hemiútero derecho grávido, se escucha frecuencia cardíaca fetal de 150 latidos por minuto. Se programa paciente para resección de tabique vaginal y colocación de cerclaje en "8" tipo Espinosa Ibarra. Se realiza procedimiento quirúrgico sin complicaciones, y egresa paciente asintomática a domicilio.

CARTEL MAMPARA 209

Embarazo en paciente con útero unicorne reporte de un caso y revisión de la bibliografía.

SILVIA FABIOLA ESTRADA RIVERA, GABRIELA VICTORIA SANCHEZ VIDAL, HUGO BRICIO MARTINEZ AYALA.

Hospital General Dr. Manuel Gea Gonzalez, Secretaría de Salud, México, D.F.

Caso clínico: Femenina de 34 años de edad, antecedentes personales patológicos corrección de estrabismo a los 19 años. AGO: M: 14 años, Telarca y Pubarca: 14 años, ciclos menstruales

regulares de 28x3 días eumenorreica. Dispareunia (-), sinusorragia (-). FUM: desconoce. Exploración física: TA: 150/90mmHg. Consciente, adecuada coloración de tegumentos bien hidratada, abdomen globoso a expensas de útero gestante FU 31 cm, presentación pélvica, situación longitudinal, dorso a la derecha FCF: 136 lpm, actividad uterina palpable 1 contracción en 10 min intensidad +, duración 30 segundos, tono uterino normal. Chaussier negativo. Tacto vaginal, cérvix posterior blando 1cm de dilatación 50 % de borramiento Tarnier y válsala negativos, Extremidades ROTS normales.

Laboratorios: Leucocitos: 6.6, Hb: 14.4 Plaquetas: 112 000, glucosa: 70, BUN: 13.1, Creat: 0.83 BT: 0.46 BI: 0.39 BD: 0.07 AST: 70 ALT: 74 LDH: 283, EGO: Proteinuria: 500.

Impresión diagnóstica: Gesta 1 + Embarazo de 39.4 SDG por USG del primer trimestre + Fase latente de trabajo de parto + Preeclampsia severa + Producto en presentación pélvica.

Ingresa a la unidad toco quirúrgico y se decide interrupción vía abdominal con los siguientes hallazgos quirúrgicos: Útero unicornio (salpínge y ovario derecho presentes sin alteraciones aparentes, agenesia de salpínge y ovario izquierdo), producto en presentación pélvica, sexo femenino, peso 2826g talla 50cm, Apagar: 8/9 presenta hipotonía uterina transitoria la cual revierte con medicamentos.

Marco teórico: El útero unicornio representa el 10% de todas las anormalidades uterinas, en mujeres fértiles tiene una incidencia del 0,2% y en infértiles 0,6%.

Las complicaciones obstétricas que se presentan en estas pacientes: embarazo ectópico en 2.7%, abortos del primer trimestre 24.3%, abortos del segundo trimestre 9.7%, parto pretérmino 20.1%, muerte fetal intrauterina 10.5% y nacidos vivos 49.9%.

CARTEL MAMPARA 210

Tratamiento conservador en embarazo gemelar con feto acárdico.

ALEJANDRO ROBERTO PLIEGO PÉREZ, EUNICE ADRIANA LEÓN, DIANA YAZMÍN COPADO MENDOZA.

Hospital Ángeles Lomas, Institución Privada, Huixquilucan, Estado de México.

Paciente de 21 años, G3, C1, A1, O+. Sin APP y no patológicos de importancia. Antecedentes GO: Menarca a los 12 años, ciclos regulares de 28 x 6 días, eumenorréicos, sin método de planificación familiar previo, citología cervical en 2011 negativa malignidad. Fecha de última menstruación (a su ingreso) 27 de abril de 2012. G1: 2009, embarazo de término, cesárea por DPPNI, femenino de 2460g, sana. G2: 2012, aborto incompleto del primer trimestre que requirió legrado uterino instrumentado. G3:

actual, embarazo gemelar doble monocorial biamniótico; adecuado control prenatal desde el inicio del embarazo. Seguimiento ecográfico, a las 17.4 semanas reporte de Gemelo Acárdico. Se mantiene en seguimiento ecográfico, vigilancia y manejo conservador, mientras se mantenga bienestar de gemelo viable. A las 32 semanas inicia con amenaza parto pretérmino. Se inicia esquema de maduración pulmonar y uteroinhibición. Nueva valoración ecográfica con reporte de: Gemelo B acárdico, Gemelo A en situación indistinta de 1544 g, edad gestación por fetometría: 30.4 semanas (1 semana y 5 días menor), ILA: 33-34 cm, PFE <p 3 y Ca <p2, con redistribución de flujos en arteria cerebral media. Interrupción del embarazo con un diagnóstico de embarazo de 32.4 semanas gemelar doble (gemelo A polihidramnios + restricción del crecimiento intrauterino, gemelo B acárdico. Gemelo A femenino de 1410g, Apgar 9/9, Gemelo B acárdico acephalus de 1280g. El reporte histopatológico final es Placenta macroscópicamente íntegra, con dos cordones, de 719g, un cordón umbilical con tres vasos y el otro con arteria única. La acardia, es una malformación poco frecuente, se reporta en 1 de 35000 embarazos, siendo más común en embarazos gemelares monocoriales. Se reporta en 1 de cada 100 gemelos monocigotos. Consiste en la ausencia de estructuras cardíacas bien definidas en uno de los gemelos, con la presentación de un "gemelo bomba" que puede sufrir importantes repercusiones hemodinámicas, así como una tasa de mortalidad del 50 a 75%. Dependiendo el curso y grado de afectación del gemelo bomba, se decide el manejo conservador o la intervención terapéutica con finalidad de oclusión vascular del gemelo acárdico, misma que puede ser llevada a cabo por guía ecográfica o por fetoscopia. Actualmente se ésta valorando el uso de la terapia ecográfica focal de alta intensidad, como terapia fetal no invasiva para la oclusión vascular del gemelo acárdico. Sin embargo aún se requiere más experiencia en éste campo. En éste caso clínico, se decide el manejo conservado, bajo una adecuada vigilancia ecográfica del gemelo bomba, por lo cual se puede llegar a una edad gestacional, donde se ofrece mejores recursos para asegurar una evolución óptima del gemelo bomba al nacimiento.

CARTEL MAMPARA 211

Embarazo gemelar complicado con secuencia de perfusión arterial reversa. Reporte de caso y revisión bibliográfica.

MIGUEL ALEJANDRO HERNÁNDEZ DE LA GARZA, PATRICIA EUGENIA REYNOSO OLIVAS, HUGO FRANCISCO PINEDA ALEMAN, ERICK NOE GUDIÑO RUIZ.

Hospital de Ginecología y Obstetricia "Dr. Ignacio Morones Prieto", Instituto Mexicano del Seguro Social, Monterrey, N.L.

La secuencia de perfusión arterial reversa o secuencia TRAP por sus siglas en inglés (Twin Reverse Arterial Perfusion) es una patología única de los embarazos gemelares monocoriales, con una incidencia de 0.3 a 1% de dichos embarazos aproximadamente. Uno de los gemelos es llamado gemelo normal o gemelo bomba y el segundo es llamado gemelo acárdico, el cual presenta múltiples malformación y un corazón ausente o rudimentario. El gemelo normal o bomba, es el encargado de la perfusión del gemelo acárdico con sangre desoxigenada por medio de flujo retrógrado de anastomosis arterio-arteriales de cada gemelo. el gemelo acárdico posteriormente regresa sangre aún más desoxigenada al gemelo bomba por medio de anastomosis venosas. La mortalidad reportada sin tratamiento de esta patología mayor al 50%; en la mayoría de los casos debida a falla cardíaca, hidrops y polihidramnios del feto bomba, y debido a esto es que un diagnóstico y manejo oportuno son vitales.

Caso clínico: Paciente de 24 años de edad, quien cursaba su cuarta gesta (un aborto y dos cesáreas), sin antecedentes patológicos personales o familiares conocidos. Con mal control prenatal. Referida a tercer nivel de atención cursando embarazo de 30 semanas por amenorrea al momento de su envío, por hallazgo ultrasonográfico de tumoración placentaria (Ultrasonido nivel 1 con fetometría de 30.3 semanas, con peso estimado de 1626gr, con presencia de tumoración aparentemente dependiente de placenta, de 86 por 64mm con presencia de áreas hiperecogénicas en su interior, resto de hallazgos ultrasonográficos dentro de la normalidad y acordes a edad gestacional). Es valorada tres semanas después de su envío y se realiza nuevo ultrasonido encontrándose fetometría promedio de 35.5 semanas, y peso fetal estimado de 2730gr. así como aumento mínimo de la tumoración antes reportada (80x78mm). Registro cardio-tocográfico clase 1. Al no presentar datos o síntomas de compromiso fetal se da cita en 2 semanas para revaloración, sin embargo 12 días después acude por presencia de actividad uterina dolorosa, con presencia de modificaciones cervicales, por lo cual se solicita para cesárea cursando embarazo de 36 semanas de acuerdo a primer ultrasonido mencionado. Se realiza cesárea la cual transcurre sin complicaciones, reportándose como hallazgo embarazo gemelar doble, con placentación monocorial, primer gemelo de sexo femenino con peso fetal de 2870gr. talla 52cm. Apgar 8-9 al minuto 1 y 5 respectivamente, sin patología aparente; gemelo 2 con presencia de múltiples malformaciones, asexuado y sin presencia de frecuencia cardíaca, con talla de 14cm. (Fig. 1-4) Madre e hijo evolucionan de manera favorable y son

egresados de manera conjunta 48hrs posterior a procedimiento quirúrgico.

CARTEL MAMPARA 212

Resultados perinatales posterior a coagulación láser por fetoscopia en síndrome de transfusión fetal en el Hospital Universitario, “Dr. José Eleuterio González”

JUAN ANTONIO SORIA LOPEZ, DONATO SALDIVAR RODRIGUEZ, GABRIEL EDGAR VILLAGÓMEZ MARTINEZ, BLANCA YURITH HERNANDEZ GARZA, JUAN GERARDO SEPULVEDA GONZALEZ.

Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González”, Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, N.L.

Objetivo: Evaluar el resultado perinatal de las pacientes con embarazo gemelar monocoriónico- biamniótico tratadas con coagulación láser a través de fetoscopia en el Hospital Universitario José E. González.

Material y metodos: se incluyeron todas las pacientes con diagnóstico de STFF o RCIU selectivo tratadas con coagulación láser por fetoscopia en el periodo de abril 2011- julio del 2013 en el Hospital Universitario , Monterrey Nuevo León México.

Resultados: se reclutaron 13 pacientes con embarazo gemelar monocorional- biamniótico y que cursaron con STFF. Las semanas de gestación al momento del diagnóstico fue 22.1 semanas (16-26); la coagulación láser por fetoscopia se realizó en promedio a las 22.3 semanas (17-26). El procedimiento tuvo una duración promedio de 37 min. El nacimiento de los fetos fue a las 25 semanas (17- 33.4). Las complicaciones secundarias al procedimiento fueron, una paciente con DPPNI una hora posterior a evento, tres pacientes con TPP, una paciente con TPI y dos pacientes con RPM. El 69% de los embarazos concluyeron con al menos un producto vivo; con dos productos vivos el 38% y cuatro pacientes (30%) presentó muerte de ambos. La sobrevida en general fue del 53%.

Conclusiones: De acuerdo a lo descrito en la literatura encontramos que en el 2011 Hernández y cols reportaron una sobrevida en general del 60%, de por lo menos un producto 77% y de ambos 44%. La serie más grande por Hecher en el 2000 con 200 casos, Gratacos en el 2002(32 casos) y Sepulveda (33 casos) en el 2007 reportaron resultados similares. Podemos concluir que nuestros resultados tienen una sobrevida general equiparable a lo reportado en la literatura.

CARTEL MAMPARA 213

Colocación de balón intratraqueal por fetoscopia en producto con hernia diafragmática congénita: reporte de un caso.

EDÉN FRANCISCO REYNA ROJAS, SERGIO ARTURO LÓPEZ RIVERA, BLANCA YURITH HERNANDEZ GARZA, GABRIEL EDGAR VILLAGÓMEZ MARTÍNEZ, GERARDO SEPULVEDA GONZÁLEZ.

Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González”, Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, N.L.

La hernia diafragmática congénita es una anomalía caracterizada por la protrusión de órganos abdominales hacia la cavidad torácica a través de un defecto del diafragma; tiene una incidencia de 1 de cada 5.000 nacidos vivos. Actualmente es posible hacer un diagnóstico temprano, y ofrecer una alternativa mediante terapia fetal. El impacto de la HDC sobre el tamaño pulmonar se ha expresado por medio de la relación del área pulmonar contralateral a la hernia diafragmática congénita con la circunferencia cefálica, el Lung to Head Ratio (LHR). La estrategia actual consiste en la oclusión traqueal fetoscopia con balón (fetal endoscopic tracheal occlusion (FETO). La oclusión impide la salida del fluido pulmonar e induce un crecimiento acelerado del pulmón mediante un estímulo mecánico directo. Presentamos el caso de una paciente de 29 años sin antecedentes de importancia, cursando la semana 16 de gestación se detectó una hernia diafragmática izquierda que incluía estómago e intestino; se calculó Lung to head ratio (LHR) en 1.3, el resto de anatomía normal. El día 8 de agosto de 2013 cursando 28.5 semanas, se llevó a la cabo fetoscopia con la colocación del balón intratraqueal, sin complicaciones. Posterior al procedimiento el área pulmonar aumento de 3.7 cm2 a 5.4 cm2. Se egresó a los 9 días del posoperatorio con evolución favorable. El porcentaje de sobrevida en los fetos tratados es mayor al 50%, resultando superior al 10% de sobrevida esperada en los casos no tratados. Los mayores predictores de sobrevida son la edad gestacional al momento del nacimiento y el volumen pulmonar antes del procedimiento.

CARTEL MAMPARA 214

Resultados perinatales posterior a cierre percutáneo de conducto arterioso persistente mediante dispositivo “Amplatzer” durante embarazo. Experiencia en nuestro hospital.

GISELA GUADALUPE ALVARADO AVILÉS, MANUEL MENDOZA HUERTA, JUAN CARLOS TORO ORTIZ, JESÚS HÉCTOR SAN MIGUEL HERNANDEZ.

Hospital Central “Dr. Ignacio Morones Prieto”, Gubernamental, San Luis Potosí, S.L.P.

La prevalencia de cardiopatía en el embarazo es 1- 4%. Pacientes con conducto arterioso permeable toleran bien el embarazo y parto en ausencia de insuficiencia cardiaca difiriéndose su corrección posterior. Desde enero de 2011 se

realiza en nuestro hospital el cierre percutáneo de este defecto durante embarazo por el servicio de cardiología. Se describen su evolución y resultados.

Método: Caso 1: Femenino de 29 años, GIII P1 A1 CO, PCA diagnosticada en embarazo (clase funcional II) con deterioro progresivo; se considero finalizar embarazo pero se opto por cierre percutáneo sin incidentes. Caso 2: Primigesta de 19 años con PCA detectada en embarazo (clase funcional II), programada para cierre electivo con corto circuito residual, presento 72 hrs. después trombocitopenia y elevación de TGO que se relaciono a presencia de Amplatzer. Caso 3: Primigesta de 21 años antecedente de PCA (clase funcional I), programada electivamente para cierre sin incidentes. Caso 4: Femenino de 34 años, GV PIV A O C O, se diagnostico en embarazo PCA (clase funcional II) programada para cierre electivo sin incidentes. Caso 5: Primigesta de 19 años con VIH positivo y PCA (clase funcional I), programada para cierre sin incidentes.

Resultados: Los casos 1 y 3 no tuvieron cortocircuito residual y presentaron parto eutócico a término. El caso 2 se resolvió vía abdominal por desproporción cefalopélvica. EL caso 4 no tuvo cortocircuito residual pero se desconocen resultados obstétricos. El caso 5 cursa embarazo normoevolutivo.

Conclusiones: El intervencionismo percutáneo ofrece adecuados resultados y puede considerarse en pacientes embarazadas seleccionadas con fin de disminuir la morbi-mortalidad asociada a esta patología considerándose también sus complicaciones asociadas inmediatas.

CARTEL MAMPARA 215

Toracocentesis intrauterina de quilotórax congénito: reporte de un caso.

ROCÍO JUDITH SANDOVAL ÍNDA, LETICIA MALDONADO GÓMEZ, ROSALINDA VÁZQUEZ VARELA, BENJAMÍN CANTÚ LÓPEZ, ERIK NOÉ GUDIÑO RUIZ.

UMAE 23 de Ginecología Y Obstetricia, Instituto Mexicano del Seguro Social, Monterrey, N.L.

Ficha de identificación: Femenino de 22 años de edad, casada, empleada, escolaridad preparatoria, originaria y residente de Monterrey, Nuevo León. Religión católica.

AHF: Negados

APNP: Hemotipo: O positivo, alcoholismo ocasional antes del embarazo. Niega tabaquismo y consumo de drogas. Esquema de vacunación completa. Zoonosis: 2 perros. Hábitos alimentarios adecuados.

APP: Negados

AGO: Menarca: 14 años, ciclos regulares de 30 x 4 días. G1 FUM: 20-09-12 FPP: 27-06-13 PA: Referida de medio privado con diagnóstico de derrame pleural fetal.

Exploración física: Conciente, tranquila, orientada, buen estado de hidratación, adecuada coloración mucotegumentaria, cardiopulmonar sin compromiso, abdomen globoso a expensas de útero grávido, AFU de 20 cms. USG: Feto único, vivo, cefálico, FCF 148 lpm, movimientos fetales presentes, ILA: 13.6 cms, fetometría promedio de 22 semanas, peso fetal estimado 470 grs, placenta posterior grado I, derrame pleural unilateral derecho, calcificaciones hepáticas, extremidades sin edema, ROTS normales. IDX: Embarazo de 22.6 semanas / Hidrotórax unilateral derecho / Calcificaciones hepáticas Plan: STORCH (Normal)

03-03-13 Se realiza toracocentesis fetal bajo guía ultrasonográfica extrayendo 22 cc de líquido cetrino.

Líquido pleural: Aspecto turbio, color xantocrómico, coagulabilidad negativa, leucocitos 1460 x campo, eritrocitos 0, glucosa 71, cloro 109, proteínas negativo, observaciones: Polimorfonucleares 0.6% y mononucleares 99.4%. Se programa para cesárea por oligohidramnios a las 39.4 semanas (ILA de 3 cm) el día 24 de junio del 2013, sexo femenino, peso: 2560 grs, talla: 49 cms, apgar 9-9. RX de tórax normal.

CARTEL MAMPARA 216

Derivación vesico amniótica, una opción para fetos con valvas uretrales posteriores.

JOHNATAN TORRES TORRES, JESUS HERNANDEZ HERNANDEZ, FAUSTO MOISES CORONEL CRUZ, DIANA ROSALIA TIRO HERNANDEZ.

Hospital General de Mexico, Secretaria de Salud, Mexico, D.F.

La obstrucción a nivel uretral representa el 10% de las uropatías obstructivas, sin embargo es la que tiene mayor repercusión fetal. En casos de obstrucción de vía urinaria baja el pronóstico es malo, con una mortalidad del 60% y en casos severos del 100%. El daño producido en estos casos se debe a una hipoplasia pulmonar y a daño renal secundario producido por oligohidramnios o anhidramnios.

La presencia de válvulas uretrales posteriores es una patología que afecta únicamente a sexo masculino con una frecuencia de 1:5000, representando la causa más común de obstrucción vesical. Al producirse la obstrucción la vejiga comienza a dilatarse y a engrosar su pared muscular ocupando progresivamente el abdomen fetal y comprimiendo los órganos vecinos. Este aumento de la presión intraabdominal llevara a la compresión y elevación del diafragma, lo que finalmente puede traducirse en una hipoplasia pulmonar bilateral. Así mismo al estar obstruida la vía urinaria se desarrollara oligohidramnios. En la evolución natural de los pacientes con valvas uretrales posteriores el daño renal se

produce secundario a obstrucción y dependiendo de la duración de la misma se debe prevenir la hipoplasia pulmonar, si el diagnóstico prenatal es adecuado y se excluyen otras anomalías la corrección in útero ha demostrado ser efectiva y el riesgo para la madre ha demostrado ser razonablemente bajo.

Se presenta la evolución de un feto con megavejiga secundario a valvas uretrales posteriores, en el cual se realiza vesicocentesis obteniendo orina para evaluar función renal fetal, con los siguientes resultados osmolaridad de 1,006, Nau 129.6, Ku 3.77, Cau 7.4, Clu 121.9, creatu 1.2, con datos sugerentes de función renal fetal conservada, por lo que se realiza derivación vesico amniótica con la finalidad de mejorar pronóstico fetal.

Con seguimiento estrecho se interrumpe el embarazo a las 32 semanas por trabajo de parto fase activa y se obtiene producto masculino de 32 semanas por capurro, peso de 1296gr, talla 42cm, apgar 7/8. Por lo que excluyendo otras causas la corrección in útero demuestra ser efectiva y el riesgo para la madre es realmente bajo.

CARTEL MAMPARA 217

Corioamnionitis en una paciente con esferocitosis hereditaria. Revisión de 1 caso.

LILIA CANO HINOJOSA, ROBERTO AMBRIZ LÓPEZ, BRENDA LISSET BRIONES BERNAL, MÓNICA MELISSA GUAJARDO ZAMORA.

Hospital Universitario Dr. Jose Eleuterio Gonzalez, Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, N.L.

Estudio descriptivo, transversal donde se analizó el cuadro clínico, laboratorio, evolución, complicaciones maternas y fetales e histopatología. RESULTADOS: En el año 2013 se atendió un caso de Corioamnionitis en una paciente con diagnóstico de Esferocitosis Hereditaria con los siguientes hallazgos clínicos: Edad: 16 años. Gesta: 1°. Sintomatología: actividad uterina con trabajo de parto de 4 horas y RPM espontánea durante éste. Edad gestacional de 26.4 semanas. Vía de nacimiento: Parto. Laboratorio: Hb 9.7 (8.8- 11.2) Leu 26.9 (19.2-32.6), Neu 82 (78.6 – 86.4), Plt 413 (373-435) Reporte anatomía patológica: Corioamnionitis y Onfalitis aguda. CONCLUSIONES: Aunque la corioamnionitis complica del 1-4% de los nacimientos en los EU y de 40-70% partos prematuros, debemos reconocer sus características clínicas de manera precoz, para actuar de forma oportuna. Llama la atención que ésta paciente no presentó el cuadro clínico típico, caracterizado por fiebre materna mayor a 37.8°, taquicardia materna y/o fetal, leucocitosis materna, irritabilidad uterina ó leucorrea. La leucocitosis materna, fue el único criterio clínico que persistió en los

exámenes de control, teniendo en cuenta, que no se cumplen con todos los criterios diagnósticos para establecer la patología como tal. Sin embargo hay una superposición significativa entre la corioamnionitis clínica e histológica, basada en los hallazgos del examen microscópico de la placenta que abarca enfermedad sub-clínica como corioamnionitis clínica. Los recién nacidos prematuros de madres con corioamnionitis tienen una mayor tasa de complicaciones que de recién nacidos a término. En las pacientes con esferocitosis las complicaciones maternas son infrecuentes, a excepción de anemia y los resultados perinatales son generalmente buenos. No se ha demostrado mayor incidencia de corioamnionitis o parto prematuro comparado con la población obstétrica en general.

CARTEL MAMPARA 218

Síndrome de plaqueta gris y embarazo reporte de un caso.

FERNANDO NIETO LANDEROS, ANGEL ELIZALDE MENDEZ, MA. DE LOURDES GOMEZ SOUSA, DEISI VERONICA ALVARADO ROSALES, MONSERRAT FABIO-LA VELEZ MIJANGOS

Instituto Nacional de Perinatología "Isidro Espinosa de los Reyes", Secretaria de Salud, México, D. F.

Objetivo. Presentación de un caso síndrome de plaqueta gris y embarazo, seguimiento y manejo. Introducción: Síndrome hereditario raro, se han reportado menos de 100 casos en la literatura. Caracterizado por macrotrombocitopenia, disfunción plaquetaria, ausencia específica de gránulos alfa, que contienen proteínas esenciales para la hemostasia, con plaquetas de color gris cuando se aplica tinción de Wright en el frotis sanguíneo.

Caso: Inicia padecimiento en la infancia con episodios de epistaxis de repetición, posteriormente, ciclos con hipermenorrea desde los 11 años de edad, con protocolo de estudio en Hospital Infantil de México. En la microscopía electrónica de plaquetas, alteración estructural en la forma y calidad de los gránulos plaquetarios alfa, confirmando diagnóstico.

Ingresa al Instituto con embarazo de 18.2 semanas de gestación, para control prenatal. Recuento plaquetario al ingreso de 222 mil/mm3, manteniéndose en rangos normales.

Con manejo multidisciplinario. Se programa para resolución del embarazo al término, vía abdominal de forma electiva, bajo anestesia general, recibió una aferesis plaquetaria en el transoperatorio y pos quirúrgico. Cesárea sin eventualidades. Egresó del instituto a las 72 horas, sin complicaciones, con hemoglobina de 11.2 g/dl y cuenta plaquetaria de 258 mil/mm3. Discusión: Transmisión predominantemente

autosómica dominante. Patología con afección sin predominio de género, diagnóstico en la infancia o adolescencia, presentación clínica más frecuente: epistaxis e hipermenorrea.

Diagnóstico con microscopía electrónica y estudios funcionales, puede apoyarse con recuento de plaquetas y frotis sanguíneo. El efecto del embarazo en el síndrome de plaqueta gris, su abordaje y resolución aun no han sido descritos. Recomendamos el manejo multidisciplinario, ofrecer una resolución mediante un manejo activo, con transfusión de manera profiláctica de aféresis plaquetaria.

CARTEL MAMPARA 219

Síndrome de Evans y embarazo reporte de un caso.

PATRICIA LORENA GALAVIZ VIRAMONTES, HILDA VAZQUEZ DELFIN, LEOPOLDO CESAR SERRANO DIAZ. *Hospital de la Mujer Aguascalientes, Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes, Aguascalientes, Ags.*

Se trata de paciente femenino de 38 años de edad, la cual es referida a nuestro hospital por un embarazo de 9 semanas de gestación y el diagnóstico de síndrome de Evans controlado, más hipertensión crónica controlada, más antecedentes de varicostrombosis de miembro pélvico derecho.

La paciente fue diagnosticada con un síndrome de Evans en agosto del 2010 cuando debuta con un cuadro de anemia severa y trombocitopenia que se confirman autoinmunes mediante determinación de coombs directo y anticuerpos anti-plaquetas positivos, se inició tratamiento a base de prednisona 1 mg/kg de peso por día, cursando con buena respuesta, se da vigilancia y a las tres semanas se detecta con hemólisis persistente diagnosticada por disminución de la hemoglobina y hematocrito, así como elevación de bilirrubinas y DLH, motivo por lo cual se agrega azatioprina 50 mg vía oral cada 24 hrs, posterior a lo cual el cuadro remite por completo. En febrero del 2012 se suspende por completo la terapia y en marzo del mismo año regresa con un cuadro de anemia hemolítica severa ameritando reinstalación del esquema de prednisona y azatioprina, posterior a lo cual se logra recuperación después de un mes y es cuando se detecta la gestación actual.

Se recibe en el servicio con un embarazo del primer trimestre un embrión vivo de 9 semanas de gestación con medición de LCC acorde a amenorrea, con una hemoglobina inicial 11.1 g/dl, Hematocrito 35.6% y leucocitos de 10 mil, se mantiene misma dosis de azatioprina 50 mg cada 24 hrs y prednisona 50 mg vía oral cada 24 hrs, mostrando estabilidad en sus recuentos celulares por lo que se comienzan dosis de reducción hasta

mantener prednisona a 12.5 mg cada 24 horas en la semana 32 de la gestación, se mantiene estable hasta la semana 33 de gestación donde se diagnostica diabetes gestacional, se le inicia manejo dietético y se instala esquema de insulina a dosis de 0.5 UI/kg/día, con buen control metabólico, muestra estabilidad en relación a todas sus patologías de base durante toda la gestación recibiendo únicamente la dosis mencionada de insulina y prednisona, así como azatioprina 50 mg vía oral cada 24 hrs y alfametildopa 250 mg vía oral cada 8 hrs, se resuelve embarazo a las 38 semanas de gestación por vía vaginal con un peso de 3400 gr, APGAR 8-9, sin morbilidad neonatal agregada.

CARTEL MAMPARA 220

Síndrome de Fisher Evans en el embarazo reporte de un caso y revisión de la literatura

JESÚS JORGE BELTRÁN MONTOYA, GERARDO BUENDÍA DÍAZ, MARGARITA CONCEPCIÓN RUIZ HUERTA, ALEJANDRA ERÉNDIRA RAMÍREZ ROMÁN, ALEJANDRO RENDÓN MOLINA.

Instituto Nacional de Perinatología "Isidro Espinosa de los Reyes", Secretaría de Salud, México, D. F.

La trombocitopenia inmunológica es un desorden adquirido con una incidencia general de 4.4 casos por 100,000 personas, Fisiopatológicamente ocurre una reacción cruzada glicoproteína IIb-IIIa o de la glicoproteína Ib-IX. Durante el embarazo el manejo farmacológico se inicia con cuentas plaquetarias debajo de 50 mil o en presencia de sangrado. La inmunoglobulina intravenosa es apropiada para casos refractarios al uso de prednisona. En casos refractarios al tratamiento se recomienda la esplenectomía. El síndrome de Evans se caracteriza por la presencia de anemia hemolítica autoinmune y trombocitopenia autoinmune. Tiene una incidencia de 0.8-3.7 de los pacientes con diagnóstico previo de trombocitopenia autoinmune o Anemia hemolítica autoinmune, Es considerado un diagnóstico de exclusión. Es refractario al tratamiento convencional de la trombocitopenia y requiere del uso de fármacos inmunomoduladores.

CASO CLINICO Multigesta de 30 años de edad gestas 4 partos 3 A positivo, con embarazo de 33.2 semanas de gestación, síndrome de Fisher Evans, diabetes mellitus, clínicamente con presencia de equimosis en ambos brazos, petequias en abdomen y edema vulvar. Ingresa el 9/08/2013 por presentar, epistaxis extensa, anemia severa normocítica (6.8g/dl), normocrómica y trombocitopenia severa (2000/mm³). Se realiza aspirado de médula ósea con resultado médula ósea hiperplásica positiva, con megacariocitos aumentados inmaduros e incremento

de serie eritroide. Con tratamiento a base de bolos de metil prednisolona y continuación con prednisona. Sin embargo persiste con cifras plaquetarias bajas por lo que se inicia inmunoglobulina anti d. El 22/08/2013 se realiza cesárea y fimbriectomía bilateral bajo anestesia general y transfusión con 2 unidades de plaquetaféresis en el transoperatorio, sin complicaciones. Durante su puerperio sin respuesta al tratamiento, Se sugiere la esplenectomía.

CARTEL MAMPARA 221

Linfoma no Hodgkin y embarazo: reporte de un caso y revisión bibliográfica.

BARDO ISRAEL QUISPE SANCHEZ, FABIOLA MONSERRAT ARREOLA MARTINEZ, CESAR CERVANTES REYES, ALEJANDRO PORRAS BOJALI, CARLOS HUMBERTO BRIONES LANDA.

Hospital General Zona Norte, Puebla, Pue.

El linfoma no Hodgkin (NHL) es muy poco frecuente en mujeres embarazadas

Se reportaron menos de 85 casos hasta 2006 (Ward y Weiss2007). El pronóstico es malo, y poca la información en relación con el embarazo ya que es a menudo es asociado con agresividad las características del tumor y la enfermedad diseminada, nosotros Presentamos un caso de una mujer con LNH que presento durante el segundo trimestre del embarazo, con una masa de rápido crecimiento en el cuello. Paciente femenino de 22 años la cual ingresa al servicio de obstetricia con con embarazo de 24 SDG por fum. Negando antecedentes de enfermedades previas a urgencias aparentemente con tos, mal estar general, inicialmente considerándose infecciones respiratorias incluso se sospecho influenza la cual se descarta con prueba rapida, cursando con evolución insidiosa con agudización de sintomatología caracterizada por disnea a pequeños esfuerzos, diaforesis, taquipnea se valora por el servicio de Medicina interna con sospecha de posible cardiopatía congénita Pb estenosis mitral, maneja de manera inicial por falla cardiaca, ingresando al servicio de UCIA. Presentando deterioro respiratorio y hemodinamico que amerito IOT. Se identifico derrame pleural unilateral derecho 50%, así como un probable derrame pericárdico que por inestabilidad hemodinamica se realizo pericardiocentesis obteniendo escaso liquido hemático sin mejoría hemodinámica, amerito inicio de dopamina así como dobutamina. Presentando clínicamente con datos francos de Sx. Vena cava superior con edema de tórax, cara, red venosa gomosa, móvil a nivel axilar derecho. Estudios de imagen Rx tórax con presencia de masa dependiente de mediastino anterior, con presencia de cadena ganglionar paratraqueal bilateral. Durante su estancia en UCIA permaneció inestable con

datos de choque obstructivo condicionado por masa mediastinal, se realiza biopsia de masa mediastinal. El informe de patología reveló una célula B con características de linfoma, se interrumpe embarazo vía abdominal por deterioro hemodinámico y respiratorio, se obtiene producto de 590 gr con prematuridad extrema. Presentando 2 eventos de PCR, saliendo a ritmo sinusal. Se inicia manejo con esteroide por linfoma, con mejoría discreta hemodinámica posterior. Se suspende sedación, realizando ventana neurológica, sin mejoría con datos de coma por encefalopatía anoxo-isquémica secundaria a eventos de PCR. Nuevamente presenta otro evento PCR el día 21-02-13 con datos de coma por encefalopatía anoxo-isquémica se decide su egreso de UCIA por máxima alcance terapéutico, se egresa al servicio de hospitalización el día 24/02/13 con presencia de nuevo PCR sin respuesta a maniobras de resucitación presentando el día 24/02/13 a las 11:00hrs asistolia.

CARTEL MAMPARA 222

Desenlace perinatal en leucemia asociada a embarazo: experiencia de 14 casos en el Instituto Nacional de Perinatología.

ITZEL VÁZQUEZ FERRERO, CLAUDIA ELIZABETH TORRES NAVARRO, JORGE BELTRÁN MONTOYA, ALEJANDRO ROSAS BALAN.

Instituto Nacional de Perinatología "Isidro Espinosa de los Reyes", Secretaría de Salud, México, D. F.

Introducción: La asociación entre leucemia y embarazo es poco común, se reporta una incidencia aproximada de 1 en 75,000 embarazos; se conoce que las mujeres con leucemia no tratadas presentan una alta incidencia de aborto espontáneo, óbito y muerte materna; sin embargo con los nuevos tratamientos se ha logrado prolongar la vida de estas pacientes y mejorar el desenlace neonatal en caso de agudización durante la gestación.

Objetivo del estudio: Conocer el desenlace perinatal en casos de leucemia asociada a embarazo en 14 casos del Instituto Nacional de perinatología

Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo del periodo 2010-2013 encontrando 14 casos de leucemia asociada a embarazo en el Instituto Nacional de Perinatología, la edad promedio de las pacientes fue 23 años y los dos tipos morfológicos más comunes fueron la leucemia granulocítica crónica y la leucemia linfoblástica aguda; en 5 de estas pacientes el diagnóstico fue realizado durante la gestación, sólo una paciente presentó recaída de diagnóstico previo y el resto se encontraron en remisión primaria. Dentro de los tratamientos usados encontramos citarabina, imatinib y ácido tran-

sretionoico. De las 14 pacientes 2 presentaron abortos espontáneos y el resto resolución del embarazo con recién nacido vivo estable, sólo dos nacimientos pretérmino, se reportó como complicaciones maternas hemorragia obstétrica solo en una paciente.

Conclusiones: Las neoplasias hematológicas asociadas a la gestación representan un resultado sombrío para la madre y el neonato, sin embargo con los nuevos tratamientos ha mejorado la supervivencia y los resultados durante la gestación; no existen suficientes estudios prospectivos por la baja incidencia de estas patologías por lo que las decisiones suelen ser difíciles para el personal de salud, ya que se persiguen dos objetivos importantes: aumentar las posibilidades de curación para la madre y la seguridad del feto. Se conocen bien los riesgos de malformaciones fetales de la quimioterapia en el primer trimestre, además de los riesgos en los trimestres posteriores como RCIU, óbito, parto pretérmino y bajo peso al nacer; por lo que siempre se deberán tomar en cuenta para el manejo de estas neoplasias. Además se requiere un abordaje multidisciplinario y una vigilancia obstétrica estrecha por los riesgos mencionados para el recién nacido.

CARTEL MAMPARA 223

Reporte de un caso: Fiebre en estudio en paciente embarazada con enfermedad de Kikuchi Fujimoto

ITZEL VÁZQUEZ FERRERO, MONICA NAVA OCAMPO, FRANCISCO IBARGUENGOTTA OCHOA.

Instituto Nacional de Perinatología "Isidro Espinosa de los Reyes", Secretaría de Salud, México, D. F.

La enfermedad Kikuchi Fujimoto (EKF), también conocida como linfadenitis histiocítica necrosante, es un síndrome enigmático benigno y autolimitado que se caracteriza por la presencia de linfadenopatías cervicales, (habitualmente dolorosas acompañadas de fiebre y sudación nocturna). En la actualidad existe controversia en relación con la causa y patogenia de esta entidad, aunque se ha propuesto un origen viral o autoinmunitario. Los hallazgos histológicos e inmuno histoquímicos apuntan a la existencia de una reacción hiperinmunitaria mediada por linfocitos T—en individuos genéticamente predispuesto—probablemente frente a varios microorganismos, algunos genes HLA de clase II son más frecuentes en individuos afectados de EKF, en particular la incidencia de los alelos DPA1*01 y DPB1*0202 es significativamente mayor en paciente con EKF que en controles sanos.

Objetivo del estudio: Conocer la presentación y desenlace de un caso del síndrome de Kikuchi Fujimoto en un apaciente embarazada.

Material y métodos. Femenino de 33 años, multigesta, ingresa con embarazo de 11.4 SDG, fiebre de 40°, escalofríos de predominio nocturno, faringitis y adenopatías bilaterales dolorosas; así como sintomatología urinaria y pérdida de peso 4kg. Laboratorios con leucopenia, linfopenia y pruebas de funcionamiento hepático alteradas. TORCH, hepatitis y VIH negativos. ANA negativos. Radiografía de tórax y exámenes de ultrasonido abdominal normales. Cultivos de sangre y orina fueron negativos, PPD a las 72hrs 5mm, Reacciones febriles negativas, Aspirado de medula ósea normal. Biopsia de 2 ganglios cervicales reporta: linfadenitis necrotizante por infección de virus de Epstein-Barr y con linfadenopatía de Kikuchi Fujimoto. Se da tratamiento sintomático con AINES, con lo que presenta mejoría clínica. Se decide realizar cesárea electiva a las 39.1 SDG, RCIU estadio I, obteniendo femenino Peso 2645grs, sin complicaciones.

Conclusiones: La EKF es una enfermedad típicamente auto limitada en un tiempo de 1-4 meses. Afecta predominantemente a mujeres jóvenes, y no tan raras veces, las mujeres embarazadas. Tiene recurrencia de 1-3% en especial en algunos pacientes con diagnóstico de LES. El diagnóstico diferencial puede ser difícil de hacer entre EKF y LES, especialmente en mujeres jóvenes embarazadas. El estudio diagnóstico de la fiebre y linfadenopatía prolongada o recurrente durante el embarazo debe incluir una biopsia de los ganglios linfáticos. No se han observado resultados perinatales adversos durante el embarazo.

CARTEL MAMPARA 224

Paludismo y embarazo.

JOSÉ LUIS AQUINO HERNÁNDEZ, JORGE ALBERTO RAMÍREZ MATÚS, LILIANA VALDEZ GIL, BEATRIZ AGÜERO SANTIAGO, DIANA CAROLINA ALVÍDREZ FALCONER

Hospital General Regional "Dr. Rafael Pascacio Gamboa", Secretaría de Salud, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

Presentación de un caso. Femenino de 20 años de edad referida del hospital de San Cristóbal de las Casas, Chiapas que ingresa con diagnóstico de primigesta con embarazo de 39.3 semanas de gestación por FUM con síndrome febril en estudio y plaquetopenia a descartar dengue hemorrágico (2,000/mm³).

Inicia padecimiento 3 días previos con mialgias, artralgias referida a quebrantahuesos, cefalea y por control de biometría hemática la plaquetopenia; se inicia medidas generales, vigilancia estrecha de actividad uterina y frecuencia cardíaca fetal con trabajo de parto en fase latente a evolución espontánea resolviéndose a las 24

horas a su ingreso con parto eutócico obteniéndose PUVI femenino 3700 grs, apgar 8/9 capurro de 40 semanas de gestación; habiendo transfundido 8 concentrados plaquetarios; y con proceso febril persistente y plaquetopenia de 17,000 por mm³ y hgb de 9.0 mg/dl y esplenomegalia por ultrasonido.

Se realiza gota gruesa al 3er día del puerperio siendo esta positiva, por lo que se administra cloroquina y primaquina. Egresándose a los 10 días de su ingreso con hgb de 8.5mg/dl y plaquetas de 110mil/mm³, con tratamiento antipalúdico completo.

Toda paciente con la presencia de proceso febril persistente, habiendo descartado las enfermedades comunes, se debe considerar el diagnóstico de paludismo y la confirmación con el estudio de gota gruesa, para evitar el daño sistémico y en consecuencia al producto de la gestación y establecer el tratamiento a la brevedad y hacer seguimiento del binomio. Recordando que la migración de la población predispone a la presentación de la enfermedad en áreas geográficas donde comúnmente no suelen presentarse.

CARTEL MAMPARA 225

Malaria en el embarazo, caso clínico.

GLORIA ALICIA HEREDIA SALAZAR, MONTOYA LEONOR INDA, ZAMUDIO JOSE ALFREDO CORONEL, ALFARO LUIS FERNANDO ACOSTA.

Hospital de la Mujer, Secretaría de Salud, Cuiliacan, Sinaloa.

Se trata de paciente femenino 23 años de edad, originaria del estado de Guerrero, residente de La Cacachila, Municipio de Sinaloa de Leyva, Estado de Sinaloa; ama de casa, la cual vive en unión libre, escolaridad secundaria incompleta. Niega antecedentes personales patológicos y no patológicos de importancia. Antecedentes ginecoobstetras de importancia G2, P1, con embarazo actual de 26 semanas de gestación por fecha de última regla, (26-04-2012), confiable; con control prenatal en centro de salud, una vez por mes, consume ácido fólico y fumarato ferroso diario.

Inicia su padecimiento 9 días previos a su ingreso con malestar general, astenia, adinamia, hiporexia, cefalea, posteriormente se agrega fiebre cuantificada en 40°C, acude a hospital General de Guasave de donde es referida por alteraciones en los laboratorios (Biometría hemática (BH): Hb 7.8 gr/dl, Hct 24.2%, Leu 2.4, Plt 27,000.

Conclusión: Se plantea el caso clínico de una paciente con malaria grave gestacional, donde se da tratamiento antipalúdico, teniendo estos riesgos potenciales involucrados. Se requiere datos sobre las drogas de disposición durante el embarazo y las posibles responsabilidades toxi-

cológicos para el desarrollo del feto y la madre. En la mayoría de los casos esta información no está disponible. Se sugiere utilizar mecanismos que se puede utilizar para capturar datos sobre el riesgo después de tratamiento contra las drogas en el embarazo; ya que el resultado perinatal en este caso fue excelente, superando por mucho el beneficio sobre el riesgo.

CARTEL MAMPARA 226

Muerte materna indirecta por dengue hemorrágico.

DAVID FERNANDO MORALES BAUTISTA, EDMUNDO GONZALEZ VARGAS, JESUS HERNANDEZ HERNANDEZ, CITLALLI QUIROZ MIRANDA

Hospital de la Mujer, Yauatepec Morelos. Secretaría de Salud, Yauatepec, Mor.

El dengue en una enfermedad febril infecciosa de etiología viral sistémica, transmitida por mosquitos hembras del género *Aedes* sp. Existen cuatro categorías. El grave caracterizado por manifestaciones de fuga plasmática, hemorragia grave. La hipoperfusión consecutiva de órganos vitales resulta en falla orgánica progresiva, acidosis metabólica y CID, complicándose con hemorragia grave.

MPP 28 años ingresa a urgencias, somnolienta, inconsciente, palidez de tegumentos ++, petequias en extremidades, con TA 64/35, FC 146 min, FR 19, fiebre de 42 C. Exploración: útero a 2 cm por debajo de cicatriz umbilical, al TV con feto pélvico, se pasa a legrado, complicándose con atonía uterina, no respondiendo a uterotónicos, persiste con sangrado transvaginal, se realiza histerectomía, persiste sangrado, tejidos friables, empaquetan a la paciente y envía a tercer nivel.

Se ingresa directamente al área de quirófano con TA 210/130 mmHg, FC 145, FR 20, Temp 35.5 y SO₂ 86%, palidez de tegumentos, con herida quirúrgica con secreción hemática, miembros inferiores edematizados. Encontrado sangrado en cavidad de 2500cc, sangrado activo, hematoma retroperitoneal, realizándose ligadura de arterias hipogástricas bilateral, empaquetamiento abdominal pasa a UCI. (Hb 4.4 gr/dl, Htc 13.7%, plaquetas 68000 /UI, leucos 8100/UI, TP, TPT no coagulan, AST 1012.7, U/I ALT 455.2 IU/L, DHL 1887U/L, proteínas totales 0.4g/dl) Evolucionan de manera inadecuada, hematuria, piel marmórea, sin pulsos, con sangrado de tubo digestivo, presenta paro cardiorrespiratorio irreversible.

Conclusiones: En México el dengue se ha considerado una enfermedad de importancia para la salud pública. Las mujeres con dengue durante la gestación tienen riesgo de hemorragia vaginal y presentan mayor frecuencia de actividad uterina, desencadenada por la infección.

El embarazo es una condición coexistente que aumenta el riesgo a daño orgánico en diversos sistemas y aparatos que puede llegar a la muerte.

CARTEL MAMPARA 227

Abordaje diagnóstico y terapéutico de la paciente con TORCH positivo.

DIANA ELENA MONZALBO NUÑEZ, ERNESTO CASTELAZO MORALES, MIGUEL DE JESÚS LÓPEZ RIOJA, SANTIAGO CASTELAZO ALATORRE, MÓNICA YAZMÍN OLOVARRÍA GUADARRAMA.

Hospital Angeles Lomas, Institución Privada, Huixquilucan, Estado de México.

El objetivo de esta revisión es mencionar mediante diagramas de flujo el abordaje diagnóstico y terapéutico de la paciente con TORCH positivo (toxoplasmosis). Ya que el obstetra siempre espera encontrar negativo este perfil y en el momento en que es positivo, existe mucha controversia sobre el tipo de abordaje y terapéutica que va emplear.

La toxoplasmosis es la zoonosis más frecuente en los humanos. Esta parasitosis es causada por *Toxoplasma gondii* un protozoo intracelular obligado, que pertenece a la familia Apicomplexa, del orden Coccidia, que recibe su nombre por el complejo apical de su citoesqueleto. Tiene como huésped definitivo al gato. Teniendo como huéspedes intermedios a: humanos, mamíferos, aves entre otros.

La transmisión puede ser: congénita (transmisión vertical), por ingestión de carnes contaminadas y por ingesta de alimentos contaminados con ooquistes. Salvo los casos de inmunodepresión, la transmisión vertical sólo se produce durante la primoinfección, en la fase de parasitemia por un paso placentario. El riesgo de transmisión dependerá del; trimestre en el que se infecta la madre, la respuesta inmunitaria, la carga parasitaria y la virulencia de la cepa infectante. La cual puede producir morbimortalidad significativa en el feto y recién nacido con posibles secuelas a largo plazo en niños y adultos.

Paraclínicamente se puede realizar el diagnóstico por vía indirecta con métodos serológicos, y directamente por PCR en tiempo real, aislamiento (por cultivo celular o inoculación de ratones), hibridación e histopatología. Los métodos indirectos pueden ser útiles en pacientes inmunocompetentes, pero en aquellos con compromiso de su sistema inmunológico el diagnóstico se logrará por demostración directa del *T. gondii* en fluidos corporales como: orina, sangre, líquido cefalorraquídeo o líquido amniótico.

Los anticuerpos antitoxoplasma son de diferentes clases (IgG, IgM, IgA e IgE), y su determinación son el método más comúnmente

usado para el diagnóstico y seguimiento de la toxoplasmosis

Estudios de imagen; Los fetos con toxoplasmosis congénita generalmente se observan normales al estudio ecsonográfico, y pocas veces se puede evidenciar; placentomegalia, hepatomegalia, ascitis, calcificaciones intracraneales

Al ocurrir la seroconversión en el embarazo sin evidencia de infección fetal y antes de las 20 semanas de gestación, se debe tratar de forma inmediata con espiromicina 1gramo vía oral cada 8 horas sin los alimentos.

CARTEL MAMPARA 228

Chlamydia en adolescentes embarazadas: Una realidad.

IVAN MADRAZO RODRIGUEZ, SELENE SAM SOTO, KARLA SELEGNA SANCHEZ BAÑOS, CIRENIA RUIZ BALDERRAMA, GEORGINA RUBALCABA ORTIZ.

Clinica de la Adolescente. Instituto Nacional de Perinatología "Isidro Espinosa de los Reyes", Secretaría de Salud, México, D. F.

La infección genital por Chlamydia Trachomatis es el padecimiento infeccioso reportado con más frecuencia en Estados Unidos, la prevalencia es mucho más alta en mujeres menores de 25 años. En México, se reportan prevalencias de 6.7% a 11.4% en la población general. No hay informes sobre la prevalencia de Chlamydia Trachomatis en adolescentes embarazadas en México. Objetivo: Estimar la prevalencia de infección por Chlamydia Trachomatis en adolescentes embarazadas menores de 17 años y la morbilidad materna asociada. Métodos: Estudio observacional retrospectivo descriptivo en pacientes que acudieron a la clínica de adolescencia del instituto de febrero del 2011 a octubre del 2012 a las que se realizó detección de Chlamydia mediante reacción en cadena polimerasa, las que resultaron positivas se identificaron antecedentes generales y resultados obstétricos. Resultados: La prevalencia de infección por Chlamydia fue de 7.4%, la mediana de edad de las pacientes fue de 16 años, 27 eran solteras (75%), el inicio de vida sexual activa fue en promedio a los 14 años. El momento de la detección fue en la mayoría a las 28 semanas de gestación. 15 pacientes (41.7%) presentaron también cultivo positivo para Ureaplasma Urealyticum. Todas las pacientes recibieron tratamiento y se demostró posteriormente ausencia de infección con PCR y/o cultivos de control. La vía de nacimiento más frecuente fue por Cesárea (52%). Las complicaciones más frecuentes encontradas fueron fiebre (11.1%) e hipotonía uterina transitoria (11.1%), solo una paciente presentó parto pretermino y solo hubo un caso de endometritis. Conclusiones: El diagnóstico

y tratamiento oportuno de la infección genital por Chlamydia en mujeres adolescentes embarazadas previene las complicaciones obstétricas asociadas. La detección temprana de infección asintomática por Chlamydia en el embarazo debería de realizarse de forma sistemática en los servicios de salud como parte de la estrategias preventivas.

CARTEL MAMPARA 229

Hígado graso agudo del embarazo.

LUIS ANTONIO COBOS AZUARA, GUILLERMO CRESPO FLORES, LINA ELIZABETH LÓPEZ CEJA, BERTHA LAURA SALINAS RUIZ.

Clinica Hospital CEMAIN, Institucion Privada, Tampico, Tamaulipas.

Patología tercer trimestre del embarazo, promedio 34.5 semanas, incidencia 1/16000 embarazos, mortalidad materna 12-18%, fetal 23-58%.

Examen histopatológico: infiltración grasa micro vesicular hepatocítica.

Criterios diagnósticos: Vómitos, Dolor abdominal, Polidipsia, Encefalopatía, Hiperbilirrubinemia, Hipoglucemias, Urato elevado, Leucocitosis, Ascitis, Hígado hiperecogénico, Transaminasemia, Hiperamonemia, daño renal, Coagulopatía, Biopsia hígado.

Fisiopatología: deficiencia 3 hidroxiacil-coenzima A deshidrogenasa. Ésta, oxida ácidos grasos fetales obteniendo energía, provocando acumulación lipídica en suero materno causando hepatotoxicidad.

Tratamiento- interrupción del embarazo, medidas de soporte en UCIA, si es cesárea, son frecuentes complicaciones por coagulopatías. Mortalidad asociada a diagnóstico tardío generalmente por CID, edema pulmonar, pancreatitis, necrosis tubular aguda.

Resumen clínico: Paciente de 28 años gesta 2, cesárea 1. Antecedente 1 semana con anorexia, náusea, vómito, Polidipsia. Ácude urgencias encontrándose somnolienta, ictericia, embarazo 38 semanas por ultrasonido óbito masculino.

Tacto cérvix 3 cm. dilatación. Análisis 5 días previos tp y tpt alargados.

Se transfunden 3 paquetes de plasma fresco, se realiza cesárea, hallazgos: óbito, 3,485 gr., útero, líquido amniótico, cordón umbilical ictericos.

Evoluciona con dolor, taquicardia, coluria, hipoglucemia (35 mg), ante deterioro físico y hemodinámico, se realizan exámenes reportando alargamiento tiempos de coagulación, elevación de enzimas hepáticas, bilirrubinas, fosfatasa alcalina, hb 5.6, plaquetas 76000, nuevo ultrasonido reporta hematoma de pared, se realiza laparotomía encontrando hematoma pared y 3,100 ml. de sangre en cavidad abdominal, útero normal, se deja bolsa Bogotá. Ingreso a UCI ante

agravamiento hemodinámico con sangrado de mucosas, sitios de punción y transvaginal, inicia ventilación mecánica asistida, manejo de CID, e histerectomía simple con empaquetamiento con 4 compresas, se retiran 3 días después. Evolución lenta hacia mejoría pero con abundante drenaje de líquido seroso, se decide quinta intervención para colocación de drenovac en correderas parietocólicas. Estancia 32 días. Tratamiento: 5 cirugías, cuidados intensivos, nutrición parenteral, ventilación mecánica, antibióticos, 13 concentrados eritrocitarios, 31 concentrados plaquetarios, 42 plasma fresco.

CARTEL MAMPARA 230

Colestasis intrahepática del embarazo y resultado perinatal: reporte de 3 casos.

JUAN MANUEL SOTO PINEDA, FRED MORGAN ORTIZ, MARIA GUADALUPE GUICHO SAMANIEGO, DALIA GABRIELA SOSA ATONDO, MARIA DEL SOCORRO LEON GIL.

Hospital Civil de Culiacan, Universidad Autonoma de Sinaloa, Gobierno del Estado, Culiacan, Sinaloa.

Objetivo: Describir tres casos de colestasis intrahepática del embarazo y su resultado perinatal. Pacientes que acuden a consulta externa de ginecología por presentar prurito generalizado que incluye palmas y plantas de los pies, coexistente con un embarazo del tercer trimestre.

Caso 1: Paciente de 28 años, Gesta 1, 36 semanas, perfil hepático alterado. Se diagnostica colestasis intrahepática. Prueba sin estrés reactiva. Presenta hipomotilidad fetal a las 37 semanas, ultrasonido con ausencia de frecuencia cardíaca fetal. Se realiza Cesárea por petición; obteniéndose: producto único muerto, 2490 grs, líquido amniótico meconial.

Caso 2: Paciente 35 años, gesta 2, cesárea 1, 34 semanas, perfil hepático alterado, se inicia manejo con Ácido Ursodesoxicólico 500mgrs. Cada 8 hrs, mostrando mejoría clínica del prurito. A las 35.2 semanas, presenta hipomotilidad fetal, feto vivo, prueba sin estrés no reactiva. Se realiza cesárea con: producto único vivo, peso 2790 grs, líquido amniótico claro y escaso.

Caso 3: Paciente 25 años, gesta 4, abortos 2, cesárea 1, inicia con prurito intenso en palmas y plantas a las 34 semanas; a la semana 37, consulta por misma sintomatología. Perfil hepático alterado, se inicia Ácido Ursodesoxicólico 500 mgrs. Cada 12 horas. Hipomotilidad fetal a las 37.6 semanas, feto vivo, prueba sin estrés no reactiva. Se realiza cesárea con: producto único vivo, peso 3000 grs, líquido amniótico claro y escaso.

Conclusión: en base a la sintomatología presentada, las semanas de gestación, y los resultados de laboratorio, se integra diagnóstico de Coles-

tasis Intrahepática del Embarazo. La conducta de manejo actual consiste en la administración de ácido ursodesoxicólico, la paciente que presentó muerte fetal no recibió medicación. El pronóstico perinatal se beneficia terminando la gestación de manera electiva; siempre en función de la madurez pulmonar fetal o antes si se identifica afectación fetal.

CARTEL MAMPARA 231

Quiste pancreático en el embarazo, reporte de un caso y revisión de la literatura.

ANA PAULA VÁZQUEZ ALVARADO, EDUARDO IBARROLA BUENABAD, MARÍA ANDREA BARBERO IBARROLA, KIYOSHI ARTURO MACOTELA NAKAGAKI. *Centro Medico ABC, Institución Privada, México, D.F.*

Paciente de 27 años, Gesta 1, cursando embarazo de 39 semanas de gestación. Se le realizó un ultrasonido a la semana 38, en el cual se reporta la presencia de masa en ovario izquierdo de aproximadamente 13 cm de diámetro, así como producto único femenino, peso aproximado de 2800 gramos, con líquido amniótico, cordón umbilical y placenta de características adecuadas para la edad gestacional. Se ingresa paciente programada para interrupción del embarazo vía abdominal y resección de quiste de ovario izquierdo.

Posterior a la realización de la cesárea Kerr, se realiza exploración de ambos anexos encontrándolos sin alteraciones. Se realiza exploración de resto de cavidad abdominal donde se encuentra masa en mesogastrio, de 20x10 cm aproximadamente, móvil, color café, no dependiente de ovario. Se realiza disección de la cápsula del quiste, se colocan pinzas en su unión con el mesenterio y se corta cápsula la cual se envía a estudio patológico transoperatorio donde se reporta cistadenoma mucinoso sin lograr especificar su origen en ese momento.

Se envía a patología definitiva y corresponde a pared de quiste previamente abierto, que mide 8.5x6 cm, con un espesor promedio de 0.3 cm, ambas superficies son lisas, de color rojizo y consistencia blanda, con zonas de hemorragia. Se reporta cistadenoma mucinoso originado en tejido pancreático con inflamación crónica y fibrosis de la pared. Los cortes estudiados de la lesión quística muestran un revestimiento de epitelio simple mucosecretor sin datos de pleomorfismo, con zonas de fibrosis e inflamación crónica. Se identifica en la pared del quiste, de forma multifocal, tejido pancreático conformado por acinos de páncreas exócrino e islotes de Langerhans de páncreas endócrino, los cuales no presentan alteraciones patológicas. El diagnóstico corresponde a cistadenoma mucinoso originado en tejido pancreático.

La paciente evoluciona favorablemente durante post operatorio y es egresada cuatro días después de la intervención quirúrgica.

CARTEL MAMPARA 232

Trombosis mesentérica aguda: reporte de un caso.

LOURDES BLANCO ESQUIVEL, MARIA JESUS ANGELES VAZQUEZ, CESAR HUMBERTO APARICIO ALBARRAN, MAURICIO MALAGON REYES, FRED MORGAN ORTIZ. *Hospital Materno Perinatal Monica Pretelini Sáenz, ISEM, Toluca de Lerdo, Estado de Mexico.*

La isquemia mesentérica es causada por una reducción en el flujo sanguíneo intestinal, lo cual surge por oclusión, vasoespasmos y/o hipoperfusión de la vasculatura mesentérica. Las consecuencias clínicas pueden ser catastróficas, incluyendo sepsis, infarto intestinal, y muerte, por lo que es imperativo un pronto diagnóstico y tratamiento. La isquemia intestinal puede ser dividida en aguda y crónica, en base a la rapidez y el grado en el que se ve comprometido el flujo sanguíneo. Isquemia mesentérica aguda se refiere a la aparición repentina de la hipoperfusión intestinal, que puede ser debido a la obstrucción de flujo sanguíneo oclusiva o no oclusiva arterial o venosa. La obstrucción arterial oclusiva es más común debido a la embolia o trombosis de las arterias mesentéricas, mientras que la obstrucción venosa oclusiva es debido a una trombosis o estrangulación segmentaria. Hipoperfusión arterial no oclusiva es más común debido a la vasoconstricción esplácnica primaria. Involucra principalmente al intestino delgado. Isquemia mesentérica crónica (angina intestinal) se refiere a hipoperfusión intestinal episódica y constante, la cual usualmente es desarrollada en pacientes con enfermedad aterosclerótica.

Objetivos. Describir los hallazgos clínico-quirúrgicos e histopatológicos. El seguimiento de una paciente obstétrica crítica complicada por aborto inducido, con choque séptico, coagulopatía por consumo, trombosis mesentérica y renal. Método. Reporte de caso, retrospectivo. Paciente de 21 años, primigesta, amenorrea 6 sdg, referida por diagnóstico de sepsis puerperal, choque séptico y falla renal aguda. Inicia padecimiento 16 días previo a su ingreso tras la administración de 6 tabletas de misoprostol y 2 vía vaginal, con sangrado transvaginal por 3 días, agregándose fiebre no cuantificada y sangrado fétido, disnea de medianos a mínimos esfuerzos, astenia, adinamia, ataque al estado general, por lo que es trasladada a Hospital cercano donde realizan ultrasonido con abundantes restos placentarios, realizan revisión de cavidad mediante legrado uterino instrumentado, presentando hipotensión que requiere manejo con norepinefrina y es enviada a UCIO. A su ingreso

paciente inestable, con elevación de azoados, se coloca catéter de Tenckhoff para diálisis peritoneal, observando cambio de coloración de asas intestinales, se realiza laparotomía exploradora encontrando isquemia generalizada de abdomen, con sangrado por herida y sitios de punción, e incremento de presión intrabdominal, con trombosis mesentérica total, se toman biopsias. Presenta bradicardia y asistolia, sin respuesta a las mismas.

CARTEL MAMPARA 233

Síndrome anticuerpos antifosfolípidos

PERLA SOLEDAD RUIZ LAGUNAS, JOSÉ GABRIEL GARCÍA DÍAZ.

Hospital General Zona Norte de Puebla, Secretaría de Salud, Puebla, Pue.

El síndrome antifosfolípido está definida por dos componentes principales: A) La aparición de al menos una característica clínica: evento vascular o morbilidad embarazo. B) La presencia de al menos un tipo de autoanticuerpo conocido como un anticuerpo anti fosfolípido. Su incidencia se puede estimar que presenta una prevalencia entre 3-200 casos por 100.000 habitantes.

Objetivo: Dar a conocer a través de un caso clínico las características clínicas y métodos diagnósticos para diagnóstico de síndrome anticuerpos antifosfolípidos, en correlación a pérdida gestacional recurrente.

Presentación clínica. Femenino de 17 años de edad la cual cuenta con antecedente de anemia durante a los 12 años, ingresa con diagnóstico: gesta 3 aborto 2 (ambos menores a 10 semanas) embarazo de 7.4 semanas de gestación, ingresa al servicio por presentar dolor en miembro pélvico derecho e imposibilidad a la deambulacion, así como dolor cólico en hipogastrio. A la exploración Miembro pélvico derecho con aumento de volumen, hipertérmico e hiperémico, doloroso a la palpación y la movilización con pulsos poplíteo y pedio presentes, Hofman (+) llenado capilar 3 segundos. Rastreo USG endovaginal se observa saco gestacional intrauterino con implantación fúndica regular de DSM 10.8mm, sin eco cardiaco en miembro pélvico, saco de yolk 4.9 mm, adecuada reacción decidual. Se realizan laboratorios hallando: Hemoglobina 7.8g/dL, hematocrito 25.7%, VCM 79.3 fL, 24.1 pg, plaquetas 60 000/uL, leucocitos 673000/uL, Tiempo de protrombina 17.4 seg tiempo de tromboplastina 17.4 seg, INR 1.36 fibrinogeno 504, DDIM3250 ng/mL, coombs indirecto negativo, TORCH. Solo con memoria para herpes, anticuerpo anticardiolipina en título de 42 GPL, anticoagulante lupico: positivo, B2 glicoproteína isotipo IgM positivo, anticoagulante lúpico positivo y anticuerpos antifosfolípidos positivo, VDRL reactivo, así mismo se realiza fracción

beta de gonadotropina corionica seriada, sin embargo con disminución gradual de la misma, con nuevo ultrasonido a la semana, no reportando embriocardio, se decide realización de legrado. Discusión: paciente la cual cumple criterios bioquímicos como clínicos de síndrome anticuerpos antifosfolípidos.

Conclusion. El síndrome anticuerpos antifosfolípidos es una patología que hay que considerar en protocolo de estudio para pérdida gestacional recurrente ya que mujeres que presentan abortos como única manifestación, corren riesgo de eventos tromboticos posteriores casi del doble trombosis venosa profunda, embolia pulmonar, ictus o ataque isquémico transitorio en pacientes sin evidencia de trombofilia, aunado a una gestación con complicaciones de muerte fetal, asociados a preeclampsia severa, insuficiencia placentaria o múltiples pérdidas embrionarias.

CARTEL MAMPARA 234

Preeclampsia severa y eclampsia como forma de debut de lupus eritematosos sistémico. A propósito de un caso.

ROBERTO MIRANDA CRUZ, DIANA KARINA ROCHA ROMO, JULIO CÉSAR BERMÚDEZ ARANDA, ABELARDO LADRÓN DE GUEVARA PUERTO, HÉCTOR ROGELIO SANTANA GARCÍA.

Hospital General de Tlalnepantla "Valle Ceylan", Instituto de Salud del Estado de México, Secretaría de Salud. Tlalnepantla de Baz, México.

Objetivos: Presentación de un caso sobre preeclampsia severa y eclampsia en asociación a lupus eritematoso sistémico

Materiales y metodos: reporte de caso utilizando datos del expediente clínico del Hospital General Tlalnepantla y del Hospital General de México y revisión de literatura.

Caso clínico: Femenina de 17 años primigesta, sin antecedentes de importancia, ingresa al servicio con diagnóstico de embarazo de 24.2 SDG en estado post-ictal y tensión arterial 150/110 mmHg, se inicia tratamiento con hidralazina IV así como esquema de Zuspan con la inmediata interrupción del embarazo vía cesárea tipo kerr con producto único óbito, con posterior pase al servicio de UCI bajo apoyo ventilatorio mecánico y acidosis metabólica no compensada y laboratoriales de ingreso Creatinina en 1.7 mg/dl, ácido úrico 10.7 mg/dl, AST 38 mg/dl, ALT 32 mg/dl, LDH 412 U/l Hemoglobina 12.5 g/dl, Leucocitos 11.9, Plaquetas 126,000, EGO: Albumina 100mg/dl. Se extuba a las 24hr con aumento de leucocitos de 19.3 mil y descenso de plaquetas de 88mil. Se reinterviene quirúrgicamente a las 72hr por probable sepsis de origen pélvico sin hallazgos de importancia. Egreso al decimo día. Reingreso 4-09-13 a los 14 días de puerperio a medicina interna con fiebre y

disnea diagnosticándose tamponade cardiaco transferida al Hospital General de México, encontrando, alopecia, fotosensibilidad, serositis haciéndose el diagnóstico de LES clínico y laboratorialmente. La paciente muere a causa de paro cardiorespiratorio.

Conclusiones: El LES tiene una prevalencia de 20 a 150 casos por 100.000 y una incidencia de 1 a 25 casos por 100.000 personas/año, con tasas de exacerbación de la actividad durante el embarazo hasta el 60%. Las probabilidades de complicaciones de la gestación son más altas que en la población obstétrica general, con un 19% de pérdida gestacional (55% como muertes fetales del segundo trimestre), 22% de preeclampsia (60% en pacientes con enfermedad renal), incluso asociado con restricción de crecimiento intrauterino y 30% de parto pretérmino

CARTEL MAMPARA 235

Nefritis lúpica en embarazo. Reporte de un caso.

ALONDRA MONTSEERAT BARBA JIMÉNEZ, NORMA GISEL DE LEÓN PEGUERO, FRANCISCO JAVIER HERNÁNDEZ MORA.

Hospital Civil de Guadalajara, Fray Antonio Alcalde, Organismo Público Descentralizado, Guadalajara, Jal.

Femenino de 17 años de edad, primigesta con diagnóstico de Lupus Eritematoso Sistémico y Nefritis lúpica proliferativa difusa clase IV de la Clasificación ISN/RPS 2003, desde los 10 años de edad. Cuenta con anticuerpos anti-DNA nativo con títulos de 1:10 3+ y anticuerpos antinucleares positivos en títulos de 1:1280. Tratada con prednisona, cloroquina y azatioprina, medicamentos que fueron suspendidos hace un año sin indicación médica. Cursando embarazo de 18 semanas, inicia con malestar general, anasarca, hipertensión y lesiones cutáneas por lo que acude a consulta. Es valorada diagnosticándose Enfermedad Renal Crónica (ERC) estadio V secundaria a nefritis lúpica por lo que se inició terapia de sustitución renal con hemodiálisis diaria.

Se realizó monitorización seriada con ultrasonido para vigilar el crecimiento fetal. A la semana 26 de gestación se reportan alteraciones en los flujos de las arterias umbilical y cerebral media fetal. A las 30 semanas polihidramnios. Debido al descontrol de cifras tensionales pese al tratamiento antihipertensivo, con datos clínicos y laboratoriales de preeclampsia severa y datos de restricción del crecimiento intrauterino Tipo IV, caracterizados por un retraso en el crecimiento de 6 semanas, con flujometría doppler alterada se decide interrupción del embarazo vía abdominal, cursando procedimiento quirúrgico sin complicaciones, con supervivencia del producto únicamente de tres días.

La nefritis lúpica es caracterizada por presencia de depósitos inmunes y de infiltrados celulares que pueden localizarse en el glomérulo, en los vasos y a lo largo de la membrana basal tubular. La incidencia oscila entre 1.5 a 83% para brote de NL durante el embarazo, en promedio 25.6%. Cuando la nefritis lúpica ocasiona daño renal severo se incrementa el riesgo para presentar parto pretérmino, preeclampsia, restricción del crecimiento intrauterino y mortalidad materna, fetal y neonatal. La preeclampsia es la principal complicación presente en las pacientes con NL, alcanzando cifras de hasta 35%, de igual manera se puede presentar desprendimiento de placenta normoinsera y eventos tromboticos.

CARTEL MAMPARA 236

Síndrome nefrótico y embarazo asociado a trombofilia congénita. Comunicación de un caso.

AMARANTA PAULINA MARTÍNEZ ALVARADO, ALBERTO BAÑUELOS FRANCO, JOSÉ LUIS RODRÍGUEZ CHÁVEZ, MARÍA DEL CARMEN FREGOSO GARCÍA.

Hospital General de Occidente, Secretaria de Salud Jalisco, Zapopan, Jalisco.

Objetivos. Describir los hallazgos clínicos y bioquímicos de una paciente obstétrica complicada por síndrome de fuga capilar y sospecha de patología autoinmune.

Método. Reporte de caso, retrospectivo Latina de 26 años cursando segunda gestación segundo trimestre, control prenatal subóptimo, acude al servicio de urgencias obstetricia por presentar encefalopatía hipertensiva (cefalea, tinnitus y fosfenos) acompañado de crisis hipertensiva bioquímicamente síndrome de fuga capilar (PCOc:11.5 índice de Briones de 0.11 torr) asociado a síndrome nefrótico y se decide protocolo diagnóstico y terapéutica dirigida. Perfil preeclámtico el cual reporta hemoconcentración, EGO con proteinuria de 300 mg/dL y sedimento activo (cilindruria, hematuria y proteinuria) se obtiene reporte Depuración de creatinina en orina de 117ml/min y proteinuria masiva en orina de 24 hrs de 12g. Serologías negativas para VHB, VHC, VIH negativas. Proteínas totales de 3.9 y albumina de 1.4, Colesterol de 445 y triglicéridos de 334. C3 126 y C4 29, Dímero D 3960, Fibrinógeno 280, Antitrombina III 45, Proteína S 88 y Proteína C 130. USG Doppler reporta arterias uterinas 2.61 (P>95) posteriores normales. Se inicia tratamiento con Prednisona a dosis 1mg/kg/día durante 4 semanas con reducción posterior y diuréticos Asa Furosemide 1mg/kg/día, espirinolactona 0.3mg/kg/día y profilaxis antitrombotica con enoxaparina 1mg/kg/día. Reportes posteriores de proteinuria en 24 hrs con reducción hasta los 2 g con mejoría clínica en sus visitas posteriores de control

prenatal logrando un embarazo a término sin complicaciones mayores se obtiene producto a través de parto vía vaginal eutócico peso 2400 gramos, apgar 9/9, silverman Anderson 0/0 y capurro de 40 sdg.

Discusión y conclusiones.

La trombofilia se relaciona con morbilidad materno-fetal, fundamentalmente en relación a eventos tromboembólicos venosos (ETEV) y arteriales en el período grávido puerperal, así como también con alteraciones obstétricas como PRE, restricción del crecimiento intrauterino (RCIU) o restricción del crecimiento fetal (RCF), preeclampsia grave y precoz, entre otras complicaciones. Por lo tanto es importante evaluar a aquellas embarazadas que tengan riesgo de enfermedad trombótica o de complicaciones obstétricas según los antecedentes personales y/o familiares en un intento de prevenir dichas complicaciones. Se requieren estudios que evalúen la incidencia y correlación entre el síndrome nefrótico y el déficit de antitrombina III.

CARTEL MAMPARA 237

Enfermedad Renal Crónica y Embarazo.

NORMA PAULINA PÉREZ RAMÍREZ, ERIKA VELAZQUEZ HERNÁNDEZ, NORMA LIDIA SANDOVAL OSUNA, MARÍA ANTONIETA ARAIZA ILLAN, FRANCISCO IBARGÜENGOITIA OCHOA.

Instituto Nacional de Perinatología "Isidro Espinosa de los Reyes", Secretaría de Salud, México, D. F.

Objetivo: Describir las características clínicas y demográficas de las pacientes que ingresaron al Instituto Nacional de Perinatología con enfermedad renal crónica y embarazo, así como también describir el curso clínico del embarazo y los resultados perinatales obtenidos.

Diseño del estudio: Estudio de cohorte simple donde se revisaron los expedientes de todas las pacientes con diagnóstico de enfermedad renal crónica y embarazo admitidas al Instituto Nacional de Perinatología durante el periodo de enero de 2008 a diciembre de 2012; para el análisis estadístico se obtuvieron la media de las variables numéricas y proporciones para las variables nominales y categóricas. Resultados: Se estudiaron 20 pacientes de las cuales el promedio de edad fue de 24.55, el promedio de edad gestacional de inicio del control prenatal fue de 19.4 semanas.

La etiología de la enfermedad renal crónica más frecuente no se logró identificar en el 28.5 % de los casos, siendo la segunda causa la poliquistosis renal así como las glomerulonefritis primaria. El estadio de la enfermedad renal crónica al momento del ingreso fue: leve en el 14.3 % de las pacientes, moderada en el 23.8 % y severa en el 61.9 %. El promedio de creatinina

sérica al ingreso fue de 3.4 mg/dL y posterior a la resolución fue de 3.47 mg/dL. La depuración de creatinina al ingreso fue en promedio de 27.5 mL/min. Se presentó anemia en el 80 % de estas pacientes y preeclampsia en 10%. Se requirió de diálisis en ocho casos (40 %). La vía de resolución más frecuente fue por cesárea en el 90 % de los casos. Las indicaciones maternas para la interrupción del embarazo más frecuentes fueron parto pretérmino. El promedio de peso de los recién nacidos fue de 1765 g.

Conclusión: Las complicaciones perinatales más frecuentes fueron deterioro de la función renal, anemia, prematuridad y bajo peso al nacer.

CARTEL MAMPARA 238

Tratamiento materno en paciente con estenosis pulmonar severa y embarazo.

LAURA GABRIELA SERRANO CASTRO, JOSÉ LUIS IGLESIAS BENAVIDES, ABEL GUZMÁN LÓPEZ, ROBERTO AMBRIZ LÓPEZ, SARA PATRICIA PEÑA LIZOLA. *Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González", Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, N.L.*

Objetivo: Presentación del caso de una paciente embarazada con estenosis severa de la válvula pulmonar y la corrección de su problema hemodinámico. Material y métodos: paciente de 33 años, gesta 2, cesárea de producto pretérmino con PCI, con cardiopatía no especificada diagnosticada a los 9 años de edad, caracterizada solo por soplo cardíaco, sin síntomas, con tratamiento no especificado suspendido a los 15 años. Acude por primera vez a nuestro Hospital a consulta de control prenatal cursando 32.6 semanas de gestación, con disnea de pequeños esfuerzos de 3 meses de evolución, con datos severos de hipoxia crónica (acropaquia) y saturación de oxígeno de 89%. Se decide internamiento para estudio hemodinámico y vigilancia de bienestar materno fetal, con manejo conjunto por Obstetricia y Cardiología. Resultados: Se diagnosticó comunicación interauricular y estenosis valvular pulmonar severa, proponiendo tratamiento materno con cateterismo de cavidad derecha y valvuloplastia pulmonar, siendo ésta exitosa en la semana 34 de gestación; debido a una Restricción Intrauterina Tipo III se realiza cesárea a la semana 36, con evolución satisfactoria tanto la madre como el producto. Conclusiones: La cardiopatía y el embarazo tienen una frecuencia de 1 al 8% en la población general, es la causa no obstétrica más importante de muerte materna. La estenosis de la válvula pulmonar representa del 10-12% de las cardiopatías congénitas en adultos. La complicación fetal más frecuente es la Restricción del Crecimiento Intrauterino, también se asocian a mayor incidencia de parto prematuro y mortalidad perinatal 10 veces supe-

rior a la general. La estenosis pulmonar severa en el embarazo puede precipitar insuficiencia cardíaca severa o arritmias; la mortalidad en las pacientes con ésta cardiopatía es de 1-10% y la valvuloplastia puede realizarse después de la semana 12 de gestación en pacientes hemodinámicamente inestables, en donde el tratamiento favorecerá tanto a la madre como al feto. El tratamiento multidisciplinario, en especial con cardiología, aunado actualmente a la tecnología ha logrado el éxito en especial en ésta patología.

CARTEL MAMPARA 239

Reporte de un caso: Síndrome de Eisenmenger en el embarazo, con evolución exitosa hasta el puerperio tardío.

JORGE BELTRÁN MONTOYA, GRISELDA CLARIBEL REYES TORRES, MARGARITA RUÍZ HUERTA, ÁNGEL LEMUS HUERTA, ROGELIO CASTILLO LUNA.

Instituto Nacional de Perinatología "Isidro Espinosa de los Reyes", Secretaría de Salud, México, D. F.

El síndrome de Eisenmenger es un desorden multisistémico secundario a hipertensión arterial pulmonar secundaria a un corto circuito de izquierda a derecha o mixto, que provoca enfermedad vascular pulmonar con resistencias vasculares pulmonares elevadas que finalmente condiciona que el cortocircuito sea bidireccional o invertido. Los cambios fisiológicos del embarazo hacen que la hipertensión pulmonar sea pobremente tolerada, en especial en el puerperio con la redistribución de flujos, conlleva serios riesgos por la reducida reserva hemodinámica. La mortalidad materna durante la gestación varía en la literatura, reportando desde el 30 hasta el 70% principalmente en el tercer trimestre y los primeros días posparto. Incrementa la morbilidad fetal (parto prematuro y restricción del crecimiento intrauterino). Solo 15-25 % de los embarazos llegan a término.

Se presenta caso clínico de una paciente de 21 años, que ingresa al INPER con diagnóstico de comunicación interventricular e hipertensión de la arteria pulmonar severa (62 mm de hg), Trombocitopenia de 109 mil con embarazo de 29-30 semanas, que cursa con restricción del crecimiento intrauterino tipo I durante la evolución del embarazo sin presentar otra complicación, se monitoriza semanalmente con USG de II nivel y PSS, se manejó sildenafil para mejorar la clínica en la deambulacion. El embarazo se resuelve a las 34 semanas de gestación en el Instituto Nacional de Cardiología sin complicaciones. Madre egresada del Instituto Nacional de Cardiología al segundo día de puerperio quirúrgico por mejoría, sin repercusiones hemodinámicas significativas, clase funcional NYHA I. Al momento del nacimiento recién nacido masculino

de 1770 gramos, 42 centímetros, Apgar 8/9, Silverman 2, Capurro 34.1 egresado del Instituto Nacional de Perinatología a los 10 días de vida extrauterina únicamente hospitalizado para ganancia ponderal y haber presentado reflujo. El Síndrome de Eisenmenger es una patología vascular pulmonar cuyos cambios en el embarazo suelen ser pobremente tolerados por las pacientes.

La mortalidad materna en pacientes con Síndrome de Eisenmenger varía entre el 30-50% siendo el periodo de mayor riesgo el tercer trimestre y los primeros días postparto. La morbi-mortalidad fetal también suele estar aumentada en hijos de madres con diagnóstico de Síndrome de Eisenmenger.

La vigilancia estrecha del binomio materno-fetal puede ayudar a aumentar la esperanza de vida y a disminuir la morbilidad tanto en madres como recién nacidos posterior a un embarazo complicado por diagnóstico de Síndrome de Eisenmenger.

CARTEL MAMPARA 240

Coartación aortica y embarazo experiencia institucional.

MARIO RODRIGUEZ BOSCH, SANTOS SALGUERO ZACARÍAS, ESTEBAN DURAN BOULLOSA, CHRISTINA MAGALY SANCHEZ GONZALEZ, JAVIER PAYEN PADILLA. *Instituto Nacional de Perinatología "Isidro Espinosa de los Reyes", Secretaría de Salud, México, D. F.*

La coartación aórtica representa el 5-8% de todos defectos cardíacos congénitos. En los últimos años se han desarrollado nuevos tratamientos. Por lo tanto, el número de las mujeres que alcanzan la edad fértil con ha ido en aumento y este grupo representa ahora la mayoría de las mujeres con cardiopatías congénitas durante el embarazo. Sin embargo, es importante reconocer el trastorno, porque sus complicaciones son peligrosas en el embarazo. Se presenta un total de 10 casos los cuales se presentaron de 2000 a mayo 2013 en el Instituto Nacional de Perinatología. Se obtuvo un rango de edad de 18 a 30 años con un promedio de 23.8 años, las pacientes presentaron un promedio de dos gestas, la edad gestacional de ingreso fue de 26.5 sdg y la edad gestacional promedio de resolución fue de 38.1 semanas, todas las pacientes analizadas presentaron coartación aortica congénita, 8 en un grado leve, una paciente presento grado moderado, y una grado severo. 7 pacientes presentaron clasificación 1 NYHA, 2 presentaron grado 2 y una paciente grado 3. La vía de resolución 8 fue vía abdominal y 2 parto asistido por fórceps. Respecto a los resultados Perinatales, se obtuvieron 6 neonatos femeninos y 4 masculinos, el promedio de APGAR al minuto fue de 7 y a los

5 minutos 8. La talla promedio fue de 48 cm, el Capurro de 37 semanas, 2748 gr de peso. El sangrado promedio 360 gr; a 8 pacientes recibieron profilaxis antibiótica y a dos pacientes no se les administró antibioterapia, el promedio de días de estancia hospitalaria fue de 3.5 días. La experiencia en la atención pacientes con coartación de aorta y embarazo muestra resultados perinatales favorables, la conclusión del embarazo fue a término en el 100%, no presentaron morbilidades agregadas en la resolución y los recién nacidos fueron de peso adecuado y no presentaron apgar bajo.

CARTEL MAMPARA 241

Cardiopatía congénita compleja situs ambiguus visceral.

CLAUDIA MARTINEZ MEJIA, FRED MORGAN ORTIZ. *Hospital Materno Perinatal Monica Pretelini Sáenz, ISEM, Toluca De Lerdo, Estado de Mexico.*

Los defectos cardíacos congénitos ocurren con una frecuencia estimada de 40-80:10,000 de los nacidos vivos. En la mayoría de los casos tienen un origen multifactorial, menos del 5% de los defectos cardíacos resultan de un defecto de gen único. El ultrasonido prenatal, ecocardiografía fetal y Doppler color permiten reconocer y caracterizar la mayor parte de las anomalías cardíacas. El situs ambiguus es una anomalía congénita en adultos, y los casos reportados son hallazgos incidentales. La incidencia reportada es de 1/40 000 nacidos vivos. El pronóstico en niños es fatal en edades tempranas, lo que resulta en diferentes grados de enfermedades cardíacas congénitas. Dentro de las cuales están presentes del 50-100% de los casos: 68% defectos de septum auriculoventricular. 38% bloqueos de rama, 23% doble salida de ventrículo derecho, 21% obstrucciones del tracto de salida de ventrículo derecho, 5% vena pulmonar anómala. Por tanto los casos reportados en edades adultas son extremadamente raros. El rearrreglo abdominal de los órganos esta presente en el 50% de los sometidos a autopsias.

Objetivos: Describir los hallazgos clínicos, ecocardiográficos y de radiología de una cardiopatía congénita compleja de tipo situs ambiguus visceral, situs inversus auricular, discordancia auriculoventricular con doble vía de salida ventricular, comunicación interauricular y ventricular, en una paciente de 21 años con embarazo de 32.4 sdg

Método: Reporte de caso. Paciente de 21 años, primigesta, con embarazo de 32.4sdg enviada de consulta de cardiología, inicia padecimiento con dolor precordial de tipo opresivo con irradiación hacia brazo derecho acompañado de náusea sin llegar al vómito, incrementando al realizar

actividad física mínima. A su ingreso a UCIO se protocoliza para manejo por síndrome isquémico coronario agudo, toma de Electrocardiograma y enzimas cardíacas. Se descarta síndrome isquémico coronario agudo, es candidata a estudio por electrofisiología con posibilidad de encontrar vía anómala en la conducción. Es valorada por servicio de Materno Fetal que reporta producto pequeño para edad gestacional con flujometría doppler dentro de límites normales. Egresada de la unidad con cita a cardiología y Materno Fetal. Resultados: Se integró el diagnóstico de cardiopatía congénita compleja mediante estudio ecocardiográfico. Al momento la paciente sin desarrollar complicaciones secundarias a anomalías cardiovasculares. Feto sin alteraciones mayores.

CARTEL MAMPARA 242

Enfermedad de von Hippel-Lindau y embarazo. Revisión de la literatura y reporte de un caso.

MARYSOL OLIVOS CRESPO, SARA MORALES HERNANDEZ, MAGALHI ROBLEDO CLEMENTE. *Hospital de Ginecología y Obstetricia No 3, La Raza, Instituto Mexicano del Seguro Social, México, D.F.*

La Enfermedad de Von Hippel-Lindau es un síndrome hereditario, autosómico dominante asociado a la mutación de un gen supresor tumoral localizado en cromosoma 3p25-26 que tiene riesgo genético esperado de desarrollar hemangioblastoma múltiple en cerebro, dentro de otras manifestaciones clínicas y neurológicas especiales. Se presenta en el Hospital de ginecología y obstetricia No 3 La Raza un caso clínico de hemangioblastomas de medula espinal quien llevo su tratamiento dentro de la unidad. En este artículo exponemos la clínica el tratamiento y el curso de la evolución del embarazo.

Se presenta Primigesta de 28 años de edad con diagnóstico de envió de embarazo de 18 semanas de gestación con enfermedad de von hippel lindaou, vitiligo y probable infección de vías urinarias a descartar trastorno hipertensivo del embarazo, motivo por el cual se hospitaliza. A su ingreso se realizó el primer ultrasonido obstétrico que reporta embarazo de 15 semanas de gestación con cérvix cerrado, placenta anterior fundica grado I da maduración, con frecuencia cardíaca fetal de 152 latidos por minuto, se descartó trastorno hipertensivo asociado al embarazo y se egresó de la unidad hospitalaria. Acude 6 semanas posteriores a consulta obstétrica, y es valorada por Embarazo de 21 semanas de gestación con enfermedad de von Hippel lindau y ausencia de frecuencia cardíaca fetal, por lo que se realiza ultrasonido obstétrico el cual encuentra embarazo de 22-23 semanas de ges-

tación y placenta grannum I, índice de líquido amniótico 46mm por medición de Chamberlain. Ingresó nuevamente a servicio por urgencias presentando dolor lumbar importante así como en extremidades inferiores, se realiza ultrasonido obstétrico que reporta embarazo de 32-33sdg, placenta grado II de grannum e índice de líquido amniótico por Chamberlain de 14mm. Se realiza registro cardiotocográfico el cual es reactivo, se decide interrupción del embarazo con diagnóstico Embarazo de 33 semanas de gestación y oligohidramnios, obteniendo recién nacido sexo masculino de 1950 g, 44 cm de talla, capurro 34 semanas, sin malformaciones aparentes, placenta hipotrofica calcificada, cavidad eutermica, líquido amniótico escaso sin grumos, con un sangrado: 600 cc, con DIU como método de planificación familiar, cursa evolución favorable del postquirúrgico y es valorada por neurología quienes no agregan medicamento o tratamiento en ese momento y envían a valoración por consulta externa. Se egresa de nuestro servicio por puerperio inmediato y mediato.

CARTEL MAMPARA 243

Neurofibromatosis tipo I y embarazo: reporte de un caso y revisión de la literatura.

JESUS JORGE BELTRAN MONTAÑA, MARIA JOSE RODRIGUEZ SIBAJA, ESTELA MILO SUAREZ, JOSE LUIS MORALES GONZALEZ, MARGARITA RUIZ HUERTA. *Instituto Nacional de Perinatología "Isidro Espinosa de los Reyes", Secretaría de Salud, México, D. F.*

Introducción. La Neurofibromatosis tipo 1 o enfermedad de Von Recklinghausen es un padecimiento autosómico dominante con una incidencia de 1 en 2500 a 3000 nacimientos. La enfermedad está causada por una mutación en NF1 un gen supresor tumoral en 17q11.2 que codifica la fibromina o a una microdelección en NF1 y sus alrededores. Casi la mitad de los casos se deben a una mutación de novo, mientras que el resto hereda el gen alterado de un familiar afectado. La constelación típica de hallazgos son manchas café con leche, neurofibromas, nódulos de Lisch, efélides axilares o inguinales y lesiones óseas. Estos pacientes pueden desarrollar también schwannomas y neurofibromas plexiformes, con potencial transformación maligna. La penetrancia es de casi 100% al llegar a los 20 años, sin embargo, existe una pobre correlación genotipo-fenotipo.

Caso. Paciente primigesta de 36 años con diagnóstico de Neurofibromatosis tipo I, talla baja y xifoesciosis, como único antecedente de importancia, madre y hermana con neurofibromatosis. Inicia control prenatal a las 29.6 SDG, en la exploración con los siguientes hallazgos de importancia: talla 126 cm peso de 36 kg, manchas café con leche diseminadas, neurinoma

plexiforme en brazo derecho, neurofibromas múltiples y xifoesciosis. Se realizó un abordaje y control prenatal multidisciplinario, descartándose alteraciones a nivel cardiopulmonar mediante ecocardiograma y espirometría, patología óptica por fondo de ojo, con seguimiento de las lesiones por dermatología para descartar malignización, monitorización de la tensión arterial, curva de crecimiento fetal en busca de restricción del crecimiento intrauterino y consejo genético. Cursó embarazo normo-evolutivo observándose únicamente aumento de tamaño de neurofibromas, sin aparecer nuevos. El embarazo se resolvió a las 38.3 SDG, vía abdominal por desproporción cefalopélvica, bajo anestesia general posterior bloqueo peridural fallido, reportándose sin complicaciones con los siguientes hallazgos: Recién nacido femenino de 2355 gr, talla de 46 cm, Apgar 8/9, Silverman Andersen de 2, Capurro de 38.4 SDG, sin evidencia lesiones características de neurofibromatosis. Se egresa a la paciente sin complicaciones 3 días después.

Conclusión. Es importante que estas pacientes reciban consejo genético y un control prenatal por obstetras en conjunto con un equipo multidisciplinario, todos experimentados en las complicaciones asociadas que pudieran presentarse durante el curso del embarazo.

CARTEL MAMPARA 244

Neurofibromatosis tipo I y embarazo: Reporte de 6 casos en el Instituto Nacional de Perinatología y revisión de la literatura.

EDGAR ALONSO CRUZ CRUZ, JORGE BELTRAN MONTAÑA, JOAQUIN RUIZ SANCHEZ, RODRIGO GUARNEROS VALDOVINOS, IVAN LUIS VASQUEZ.

Instituto Nacional de Perinatología "Isidro Espinosa de los Reyes", Secretaría de Salud, México, D. F.

Introducción: La neurofibromatosis tipo 1 (NF1) es un síndrome autosómico dominante caracterizado por tumores benignos del sistema nervioso central y periférico. Tiene una incidencia aproximada de 1 en 3000. La NF1 en el embarazo se ha asociado con incremento en la morbilidad materna.

Objetivo: Conocer la morbilidad materna y perinatal en embarazadas con neurofibromatosis tipo 1.

Material y métodos: Durante un periodo de 5 años entre enero 2008 y julio 2013, se atendieron en el Instituto Nacional de Perinatología 6 embarazadas con diagnóstico previo de NF1. Se revisaron los expedientes físicos y electrónicos de dichas pacientes, obteniendo información relacionada con la edad, paridad, antecedentes de importancia, comorbilidades, así como complicaciones maternas y perinatales.

Resultados: Llevaron control prenatal en el Instituto 6 pacientes, todas nulíparas, 3 con antecedentes familiares de neurofibromatosis. Las comorbilidades diagnosticadas durante su embarazo fueron preeclampsia (2/6) y diabetes gestacional (2/6). 1 paciente cursó con amenaza de parto pretérmino. En ninguna de las pacientes se reportó diagnóstico de restricción del crecimiento intrauterino. La edad gestacional promedio al nacimiento fue de 37 semanas. La vía de resolución en todas las pacientes fue cesárea, indicada por riesgo de pérdida del bienestar fetal, preeclampsia severa, desproporción cefalopélvica por escoliosis pronunciada o de manera electiva.

Conclusiones: Las embarazadas con NF1 tienen mayor riesgo de presentar complicaciones como restricción del crecimiento intrauterino, parto pretérmino, trastornos hipertensivos y nacimiento por cesárea. Por lo tanto, dichas pacientes requieren de vigilancia prenatal estrecha en instituciones de tercer nivel de atención.

CARTEL MAMPARA 245

Síndrome de Sturge-Weber. Presentación de un caso en embarazo y mejor vía de resolución

JORGE ZEPEDA ZARAGOZA, EDGARDO BUSTILLOS ALAMILA, ADRIANA HUERTA ESPINOSA, CRISTINA JUÁREZ CABRERA, YESENIA RAMÍREZ PONCE. *Hospital Central Norte de Petróleos Mexicanos, PEMEX, México, D.F.*

El síndrome de Sturge-Weber es un trastorno neurocutáneo congénito, esporádico con una incidencia de 1:230,000, que incluye asociación de manifestaciones vasculares cerebrales, cutáneas y oculares, caracterizado clínicamente por angioma cutáneo en el área facial del trigémino, retraso mental o déficit cognitivo y glaucoma.

Objetivo: Conocer los datos clínicos que manifiesta la enfermedad para un diagnóstico oportuno en el embarazo y elección de la mejor vía de resolución. **Diseño del estudio:** Descripción del caso de una paciente embarazada con síndrome de Sturge-Weber.

Material y métodos: Paciente derechohabiente de Pemex con embarazo de 38.4 semanas de gestación resuelto por operación Cesárea en el Hospital Central Norte de Petróleos Mexicanos. Aunque la incidencia del Síndrome de Sturge-Weber es poco frecuente, es importante conocer las manifestaciones clínicas de dicha patología para un diagnóstico precoz con control multidisciplinario y así evitar las complicaciones que representan la ruptura de malformaciones arteriovenosas y las secuelas graves que éstas conllevan a las pacientes en caso de someterlas a Trabajo de parto.

CARTEL MAMPARA 246**Displasia ósea en el embarazo reporte de un caso y revisión de la literatura.**

JESÚS JORGE BELTRÁN MONTOYA, GERARDO BUENDÍA DÍAZ, VERÓNICA FLORES RUEDA, ALEJANDRA ERÉNDIRA RAMÍREZ ROMÁN, YESENIA RECIO LÓPEZ. *Instituto Nacional de Perinatología "Isidro Espinosa de los Reyes", Secretaría de Salud, México, D. F.*

Las displasias óseas son un grupo heterogéneo de desordenes de tejido conectivo asociados con anomalías en la talla y forma de las extremidades, tronco y cráneo, que resultan en desproporción y corta estatura. Las displasias óseas superponen a la fisiología preexistente cambios en el embarazo, que presentan desafíos, anestésicos y obstétricos. En las formas graves de la enfermedad, las anomalías en los huesos, trastornos metabólicos, cardíacos y pulmonares pueden aumentar significativamente la morbilidad materna. Además, muchos de estos pacientes requieren parto por cesárea debido a una pelvis deformada, desproporción céfalo-pélvica, o un feto con afección por dicha enfermedad. Caso clínico: Paciente de 28 años de edad primigesta, cursando con un embarazo 36.3 SDG por amenorrea, con diagnóstico de displasia ósea, diagnosticada desde los 3 años por médicos de la comunidad, jamás se realizó estudios. Cuenta con valoración por el servicio de genética INPER donde no se descartaría el antecedente de probable consanguinidad o endogamia. En el caso de que la madre se tratara de un padecimiento autosómico recesivo por isonimia, se tendría un riesgo en este embarazo del 100% de productos portadores sanos, y que el padre no fuera portador. Paciente que a partir de las 34 semanas de embarazo ha presentado dificultad respiratoria, y lipotimias postprandiales. Por lo que se decide su internamiento hasta resolución del embarazo para vigilancia estrecha de condiciones hemodinámicas y parámetros ventilatorios. Cuenta con seguimientos ultrasonográficos de II nivel acordes a fecha de última menstruación y sin alteraciones. Se resuelve el embarazo por vía cesárea el 24/07/2013 bajo bloqueo epidural obteniéndose un recién nacido femenino, sano con peso de 2042 gr, talla de 45 cm, capurro de 37.1 semanas, apgar 9/9, silverman 2. Realizándose como método de planificación familiar oclusión tubaria bilateral.

CARTEL MAMPARA 247**Espondilodiscitis en el embarazo, reporte de caso y revisión de la literatura**

PATRICIA LEMINI CAMARILLO, JUAN ANTONIO SORIA LÓPEZ, GREGORIO TREVIÑO SALINAS, CLARA DEL CARMEN FLORES ACOSTA, NANCY MAGDALENA DÁVILA FLORES.

Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González"; Universidad Autónoma de Nuevo León, Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, N.L.

Espondilodiscitis es una enfermedad poco común, durante el embarazo son pocos los casos reportados en la literatura. En la espondilodiscitis infecciosa el hueso vertebral y el disco adyacente son colonizados por microorganismos, se presenta con dolor de espalda baja que aumenta con la deambulacion. Generalmente después de una bacteriemia, lo que resulta en un proceso piógeno. Asociado con mayor frecuencia a usuarios de drogas inyectables. El dolor lumbar, habitual durante el embarazo, es parte de la presentación de esta entidad, la baja incidencia de la enfermedad, los síntomas inespecíficos y la dificultad en localizar el dolor contribuye al problema de establecer el diagnóstico, por lo que las manifestaciones iniciales se pueden atribuir a la artropatía asociada al embarazo, la fiebre está ausente en un sustancial número de pacientes. Presentamos el caso de una paciente de 32 años de edad, gesta 5, cesárea 3 abortos 1, niega toxicománias, cursando 17 semanas de gestación, acude con 3 meses de evolución de dolor leve en región sacrolumbar que fue aumentado en intensidad, se irradiaba a extremidades inferiores y aumentaba con la deambulacion, presentó dos picos febriles una semana previa a ser valorada. A la exploración física se encontraba afebril y dolor a la palpación sobre las vertebrae L4-L5, exploración ginecológica normal. Las pruebas de laboratorio revelaron leucocitosis con predominio de neutrófilos, velocidad de sedimentación globular elevada. Resonancia magnética de la columna lumbar mostró lesión en disco vertebral L4-L5, compatible con espondilodiscitis, probable absceso; se inició antibióticoterapia con dicloxacilina y analgésico paracetamol; sin mejoría, se realizó por departamento de traumatología laminectomía y discectomía y se envió tejido para cultivo, creció *Staphylococcus aureus* sensible a meticilina. Con mejoría clínica se egresó con mismo manejo de antibiótico por dos semanas.

CARTEL MAMPARA 248**Síndrome de Call Fleming en el puerperio, reporte de un caso.**

MIGUEL ANGEL SERRANO BERRONES, GEORGINA CENTENO DURAN.

Departamento de Ginecología-Obstetricia, Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 4 Dr. Luis Castelazo Ayala. Instituto Mexicano del Seguro Social. México, D.F.

La enfermedad de Call-Fleming o de vasoconstricción cerebral reversible, es una entidad rara

de etiología indeterminada que se caracteriza por cefalea, déficit neurológico y vasoespasmo cerebral reversible.

Caso: Femenino de 34 años de edad, gesta 3, para 1, aborto 1, con embarazo de 40 semanas, sin antecedentes personales patológicos de importancia. Es ingresada por presentar actividad uterina irregular iniciándose maduración cervical; sin existir progresión de trabajo de parto, se decide interrupción vía abdominal, obteniéndose un producto femenino de 3270g, Apgar 8-9, talla 51 cm, se administró ergonovina 0.2 mg vía i.m. dosis única como profilaxis para hemorragia obstétrica, presentando cefalea fronto-temporal derecha de gran intensidad, punzante, acompañada de amaurosis. Se reportó el evento quirúrgico sin complicaciones, manteniéndose normotensa en el transoperatorio. Durante el postoperatorio presentó cifras tensionales de 170 / 90 mmHg iniciando tratamiento antihipertensivo, persistiendo con cefalea y presencia de amaurosis por lo que ingresó a la unidad de cuidados intensivos donde se solicitó perfil bioquímico el cual se reportó con resultados dentro de parámetros normales sin proteinuria. Durante su permanencia en UCIA, se mostró normotensa con esquema de antihipertensivo a dosis bajas; a pesar del tratamiento continuó con cuadro clínico referido anteriormente, presentando mejoría progresiva durante el puerperio mediato y remisión posterior de sintomatología de vasoespasmo.

Conclusión: La paciente presenta un síndrome de vasoespasmo persistente a pesar del control de la tensión arterial, posterior a la administración de ergonovina, sin embargo no se encontró en la literatura asociación alguna. El síndrome de Call Fleming es una entidad poco frecuente durante el embarazo y el puerperio por lo que debe ser considerada como diagnóstico diferencial de eclampsia, trombosis del seno dural y hemorragia intracraneal en el puerperio cuando estas mismas ya se han descartadas.

CARTEL MAMPARA 249**Adenoma hipofisiario y embarazo: reporte de un caso y revisión de la literatura.**

LILIANA MORALES DOMINGUEZ, SARA ELIA HERNANDEZ FLORES, MARIA ELENA BOHORQUEZ BARRAGAN, JORGE ROMAN AUDIFRED SALOMON.

Hospital General Dr. Manuel Gea Gonzalez, Secretaria de Salud, México, D.F.

Los prolactinomas son los tumores funcionantes más frecuentes de la hipófisis en las mujeres en edad fértil; representan 40% de los adenomas hipofisiarios. La hiperprolactinemia interfiere en diferentes niveles del eje hipotálamo-hipófisis-ovario y es la causa de un tercio de todos los casos de infertilidad femenina. De acuerdo a

los datos reportados el riesgo de crecimiento tumoral sintomático para los microprolactinomas durante el embarazo es muy bajo (2-5%), mientras que con los macroprolactinomas existe un riesgo de 15-35% de que ocurra un crecimiento importante. Se presenta el caso de femenino de 28 años, Gesta 1 con embarazo normoevolutivo, antecedente de Diabetes Mellitus e Hipotiroidismo de 3 años de evolución, y Adenoma hipofisiario de 3 años de diagnóstico mediante tomografía computarizada y niveles séricos de prolactina elevados, refiere tratamiento con cabergolina durante 2 años, al momento actual sin tratamiento; se interconsulta al servicio de oftalmología quienes no detectan alteraciones campimétricas o de otro tipo. De acuerdo a los datos reportados el riesgo de crecimiento tumoral sintomático durante el embarazo para los microprolactinomas es muy bajo (2-5%), mientras que con los macroprolactinomas existe un riesgo de 15-35% de que ocurra un crecimiento importante que comprometa estructuras vecinas. Debido a lo anterior, no es necesario realizar controles neurooftalmológicos o resonancia magnética en forma periódica en estas pacientes. Sólo se debe recurrir a estudios complementarios, si existieran indicios de complicaciones clínicas, como cefaleas importantes o alteraciones visuales.

CARTEL MAMPARA 250

Meningioma en el embarazo: presentación de caso

MYRNA CÉSAR REYES, CINTIA MARLEN TORRES HERNÁNDEZ, ALEJANDRA HERRERA ORTIZ, ERIC RODOLFO ARREOLA CONDE, VLADIMIR FIGUEROA ANGEL.

Hospital General Dr Manuel Gea González, Secretaría de Salud, México, D.F.

Paciente de 33 años con gravidez avanzada, debuta con crisis convulsivas en el embarazo actual de características tónico-clónicas, pérdida del conocimiento, hemiparesia del hemicuerpo izquierdo y parestesias del miembro pélvico izquierdo, cianosis peribucal, control de esfínteres conservados y desviación de la mirada en supraversion. Obstétricamente con producto único vivo con FCF 140 lpm sin actividad uterina y sin modificaciones cervicales. Conclusión neurologica de Crisis Epilépticas Parciales Simples Secundariamente Generalizadas De Tipo Tónico-Clónicas/Generalizadas. Inicia tratamiento por el antecedente de 3 episodios, tres días posteriores a su ingreso presentó relajación de esfínteres, hemiparesia izquierda y sensación de angustia, añadiendo al diagnóstico probable Epilepsia Focal Criptogénica. Se realizó Tomografía de cráneo sin contraste donde se observa lesión discretamente hiperdensa redondeada

parasagital derecha con edema perilesional y discreto desplazamiento de la línea media a considerar neoplasia. Se interrumpe embarazo por cesárea por presentar nueva crisis convulsiva, sin complicaciones. Se realiza RMN simple y contrastada de encéfalo y venorresonancia donde se observa probable meningioma del tercio medio de la hoz de lado derecho y se propone excéresis por craneotomía centrada a la lesión, encontrando neoplasia extraaxial de 6x5x5 cm con implante hacia la hoz del cerebelo, pared del seno longitudinal superior y duramadre, vascularizada y con desplazamiento dorsal de venas frontales y parietales, con resección total de la lesión. Los meningiomas son los tumores benignos más frecuentes del sistema nervioso central con evidencia de factor hormonal en su crecimiento, incrementan su tamaño durante el embarazo. Con extirpación total la recurrencia a 10 años es del 8-10% contra 29-44% en los casos en que queda tumor residual. La recurrencia general con seguimiento de 20 años va del 19-50%, la recurrencia es del 4% en el caso de excéresis completa.

CARTEL MAMPARA 251

Meningioma frontal derecho, diagnosticado en el puerperio.

LOURDES BLANCO ESQUIVEL, SERGIO GARCIA BARRIOS, OSCAR PERFECTO GONZALEZ VARGAS, RUBEN CASTORENA DE AVILES, FRED MORGAN ORTIZ.

Hospital Materno Perinatal Monica Pretelini Sáenz, ISEM, Toluca de Lerdo, Estado de Mexico.

Los meningiomas intracraneales resultan más frecuentes en mujeres de la cuarta y quinta década de la vida, la cefalea, el déficit motor y las alteraciones mentales son los signos y síntomas neurológicos con mayor incidencia. La localización más frecuente de la lesión es la convexidad frontal y la de mejor resección quirúrgica. El meningioma meningotelial, seguido del psamomatoso son los tipos histológicos que predominan y las complicaciones respiratorias, fistula de LCR y quirúrgica ocupan el primer lugar en cuanto a complicaciones.

Objetivos: Describir los hallazgos clínicos, neuroimagen e histopatológicos en una paciente que desarrollo vértigo, diagnosticándose durante el puerperio con estudio de neuroimagen meningioma frontal derecho,

Método: Reporte de caso. Paciente de 35 años, primigesta, con embarazo de 34sdg inicia padecimiento por episodios de emesis de 8 ocasiones por día y vértigo de difícil control, por lo que es valorada por servicio de otorrinolaringología donde se inicia manejo por neuritis vestibular (esteroide- difenidol). Presenta ruptura de membranas y se realiza cesárea a la semana 37 de gestación. Persistiendo con vértigo durante

el puerperio, es valorada por el servicio de neuroperinatología del hospital solicitando TAC de cráneo, donde se reporta probable meningioma de la convexidad frontal derecha de 4x3x 6cm. Se inicia medidas antiedema (manitol) y se programa excéresis del tumor, con sangrado de 1200cc. Ingresa a UCIO estable manejándose con hipocapnia e hipotermia (hibernación cerebral) por 72 hrs, lográndose extubar sin complicaciones. A su egreso únicamente con disminución de la fuerza en miembro superior izquierdo con funciones mentales conservadas. Resultados: Se integró el diagnóstico de meningioma de estirpe celular ciliar, mediante estudio histopatológico. La paciente sin secuelas es vista al término del puerperio.

Conclusiones: La mayor incidencia de este tipo de tumores en las mujeres, la presencia de receptores estrogénicos, progestrogénicos y androgenitos, una asociación entre cáncer de mamas y meningiomas, y cambios de tamaño del tumor durante la fase lútea del ciclo menstrual y el embarazo sugieren una asociación de las hormonas y el riesgo de meningioma.

CARTEL MAMPARA 252

Encefalopatía posterior reversible en el embarazo. Caso clínico

HILDA ZULEYKA MORENO AVITIA, ALFREDO CORONEL ZAMUDIO, ANTONIO VELA OLIVO.

Hospital de la Mujer, Secretaría de Salud, Culiacán, Sinaloa.

El síndrome de encefalopatía posterior reversible (SEPR), es una entidad clínicamente reconocible por signos y síntomas neurológicos, se manifiesta con cefalea, vómitos, trastorno de conciencia, alteraciones visuales, crisis epilépticas y paresia de extremidades. Es una entidad poco frecuente, debida a una pérdida de la autorregulación circulatoria cerebral, secundaria a una crisis de hipertensión arterial. Se ha relacionado con eclampsia, enfermedades autoinmunes, falla renal aguda, entre otras. Es más común en mujeres, se desconoce su prevalencia en la gestación dada su naturaleza transitoria y el limitado número de neuroimágenes realizadas en las gestantes. Se desarrolla generalmente en el tercer trimestre de la gestación y en el puerperio. La resonancia magnética es el estándar de oro para su diagnóstico, permite observar el compromiso de territorios vasculares, mostrando lesiones preferentemente en regiones cerebrales posteriores. La corrección oportuna del factor causal produce la regresión total de los síntomas y de las lesiones cerebrales, salvo cuando existe edema citotóxico capaz de producir un daño irreversible. Caso Clínico: Femenino de 25 años de edad, ingresa con embarazo de 30 semanas de gestación, tras iniciar con vómito acompa-

ñado de cefalea y amaurosis fugaz. Durante su estancia se corrobora hipertensión y datos de encefalopatía hipertensiva con presencia de movimientos tónico-clónicos parciales, nistagmus horizontal iniciando manejo antihipertensivo, decidiéndose la interrupción de su embarazo previa estabilización hemodinámica. Ingresa posteriormente a terapia intensiva, se realiza RMN de encéfalo encontrándose imágenes hiperintensas en regiones cerebrales posteriores, compatibles con SEPR. Se egresa paciente de terapia intensiva tras 24 hrs de estancia, egresándose al sexto día de estancia hospitalaria, sin registro de secuelas neurológicas a su egreso o durante citas de control. Conclusión: Poco se conoce en relación al comportamiento y las posibles consecuencias neurocognitivas del SEPR en las pacientes obstétricas, sin embargo, el diagnóstico y el manejo inadecuado pueden conducir a lesiones irreversibles. Por lo que el empleo de estudios de neuroimagen en la paciente obstétrica se vuelve indispensable ante la sospecha clínica de este trastorno, permitiendo establecer un adecuado diagnóstico y tratamiento.

CARTEL MAMPARA 253

Síndrome de Guillain Barré y embarazo. Reporte de un caso en el Hospital General de México.

CLAUDIA NAYELY PAREDES PALMA, MOISÉS JUDÁ RAMOS ABARCA, FAUSTO CORONEL CRUZ, JESÚS HERNÁNDEZ HERNÁNDEZ.

Hospital General de México, Secretaría de Salud, México, D.F.

Femenino 33 años, residente Estado de México. Antecedentes heredofamiliares, personales no patológicos y patológicos negados. Antecedentes ginecoobstétricos: Menarca 14 años, Inicio de vida sexual: 15 años, 1 pareja sexual, método de planificación familiar: implante 2012. Niega enfermedades de transmisión sexual. Citología en 2012 sin alteraciones. FUM: 24.02.13 G4, P2, A0, C1. Cursa con Embarazo de 23.4 Semanas. Padecimiento actual: Inicia el 18 de Julio 2013 presentando dolor en extremidades inferiores con disminución de la fuerza y la movilidad bilateral, evoluciona con aumento en la intensidad del dolor y patrón ascendente, dificultad para la deambulación. Posteriormente presenta misma sintomatología en extremidades superiores. Aparece temblor, insomnio, desviación de comisura labial izquierda, dificultad para el cierre palpebral derecho, visión borrosa. Objetivo: Detectar los síntomas de una enfermedad desmielinizante en el embarazo para su diagnóstico y tratamiento oportuno.

Justificación: Incidencia en la población general es de 0.75 a 2 casos por 100 000 al año. En el embarazo 1.7 a 100 000. Debido a la baja inci-

dencia que se presenta en el embarazo, damos a conocer el reporte de un caso y su estudio.

Marco teórico: Principal causa de parálisis flácida aguda; proceso inflamatorio con afección principal de la mielina. Hipótesis: autoanticuerpos dirigidos contra antígenos del sistema nervioso periférico posterior a la presencia de un proceso infeccioso bacteriano o viral como consecuencia de un mimetismo molecular y reactividad cruzada entre los antígenos bacterianos y los epítopes neuronales con la estimulación de células T y la producción de anticuerpo. 40% de los pacientes reciben rehabilitación en la fase aguda, 20% presentará discapacidad significativa. Mortalidad estimada 15%.

CARTEL MAMPARA 254

Malformación arteriovenosa cerebral en embarazo con reporte de un caso.

BERENICE GONZALEZ REYES, FRED MORGAN ORTIZ, CARLOS ALBERTO GARCIA MONTALVO.

Hospital Civil de Culiacán, Departamento de Ginecología y Obstetricia, Universidad Autónoma de Sinaloa, Culiacán, Sinaloa.

Objetivo del estudio: Hacer una revisión de los aspectos epidemiológicos, clínicos, y terapéuticos de las malformaciones arteriovenosas en pacientes embarazadas. Contar con una guía de abordaje para el tratamiento endovascular de las malformaciones arteriovenosas tratando de delimitar sus indicaciones, contraindicaciones y requisitos mínimos necesarios para su práctica sin poner en riesgo el embarazo. Detallar las técnicas endovasculares disponibles en la actualidad, sus desventajas inconvenientes y complicaciones.

Materiales y Métodos: Se presenta un caso clínico de malformación arteriovenosa en paciente embarazada de manera incidental y por causas secundaria a un sincope, el resumen del caso clínico, se trata de femenino de 19 de edad que acude a revisión por presentar embarazo de 5.4 semanas con antecedentes personales no patológico residente de Culiacán, cuenta con casa propia con todos los servicios zoonosis negativa, estudiante de diseño de interiores, religión católica grupo y Rh O positivo, antecedentes heredofamiliares y patológicos sin importancia con antecedentes ginecobstetricias de importancia menarca 12, telarca y pubarca 10, IVSA 17, PS: 1, G0 P0 C0 A0, RITMO 28X4, FUR 05-07-2012 dismenorrea, MPF: ninguno, PAP nunca realizado, peso 62 kg, con pie positivo y ultrasonido pélvico con saco gestacional intrauterino, cursa con embarazo normo evolutivo, hasta las 16.4 semanas que presenta sincope es valorada por cardiología y neurocirugía, encontrando como hallazgo

a la resonancia magnética de malformación arteriovenosa frontal izquierda dependiente de arteria cerebral anterior(280912). Continuo su embarazo normo evolutivo.

Resultados: se obtiene producto recién nacido a término apgar 9-9, talla 48 cm, peso 2770 gr, capurro 38 sdg. Con un puerperio quirúrgico no complicado más malformación arteriovenosa cerebral se indica método de planificación con diu mirena. Se envía con neurocirugía para seguimiento y planificación de la cirugía para corrección quirúrgica.

Se realiza angiografía cerebral encontrando malformación arteriovenosa frontal izquierda dependiente de arteria cerebral anterior. La cirugía electiva para corrección de la lesión no se ha realizado, es una paciente relativamente joven para la epidemiología reportada y además no se presentó síntoma hemorrágico.

CARTEL MAMPARA 255

Hernia de Bochdalek materna y embarazo a término: reporte de un caso y revisión de la literatura.

ESPERANZA JOSEFINA BAUTISTA GÓMEZ, DAVID GUZMAN ORTIZ, VÍCTOR EDILBERTO MORALES GARCÍA, HONORIO GALVÁN ESPINOSA, NOEL PIZARRRO OSORNO.

Hospital General "Dr. Aurelio Valdivieso" Oaxaca, Secretaría de Salud, Oaxaca, Oax.

Las hernias diafragmáticas congénitas que complican el embarazo son raras y generalmente mal diagnosticadas.

Las mujeres con hernias diafragmáticas están asintomáticas hasta el momento del embarazo cuando se presenta una complicación fatal como estrangulamiento visceral.

Los datos clínicos son inespecíficos e incluyen dolor abdominal, náusea, vómito, dolor torácico y disnea. El tratamiento temprano disminuye de forma significativa la morbilidad materna y fetal.

En estas pacientes esta contraindicado una resolución del embarazo por vía vaginal.

Presentamos el caso de una paciente de 33 años de edad, secundigesta, quien cursa con un embarazo de 36 semanas por fecha de última regla. Acude con un cuadro de dolor lumbar que evita la deambulación, disnea, y fiebre.

Se diagnóstica hernia diafragmática apoyándonos con una Radiografía de tórax y TAC.

Se realiza interrupción del embarazo vía abdominal y toracotomía para cierre de defecto.

La paciente evoluciona satisfactoriamente siendo egresada a la semana de su intervención.

CARTEL MAMPARA 256

Cistoadenoma seroso gigante de ovario y embarazo a término. Reporte de un caso.

Leticia Villafan Cedeño, Genaro Vega Malagón, Marisol Rivera, Maria del Rosario Romo Rodríguez, Alma Becerril Santos.

Instituto Mexicano del Seguro Social, Facultad de Medicina de la UAQ, Universidad Autónoma de Querétaro, Querétaro, Qro.

Objetivo general.- Presentar el caso clínico de una mujer de 25 años de edad con embarazo de pre término y un adenoma seroso gigante de ovario resuelto quirúrgicamente, en el Hospital Regional No. 1 del IMSS Querétaro.

Caso clínico.- Femenina de 25 años de edad, primigesta, control prenatal irregular, acudió al servicio de Toco quirúrgica a las 35.4 semanas de embarazo, enviada por su médico familiar por alteraciones de la frecuencia cardíaca fetal, a la E.F. se encontró útero mayor que amenorrea con tumoración abdominal palpable, móvil, signo de la ola positivo, al ultrasonido se observó una tumoración quística hipoeoica sin precisar tamaño, producto único vivo con retraso en el crecimiento intrauterino y oligohidramnios severo. Se efectúa cesárea obteniendo producto femenino de 2050 gr. Apgar 9-9, se extrajo tumoración quística de 30x30x30 y 12 kg. de peso, el reporte histopatológico reporto cistoadenoma seroso gigante de ovario. La evolución posoperatoria de la madre y el recién nacido fue satisfactoria.

Conclusion.- Los tumores epiteliales son los tumores de ovario más frecuentes encontrados en el embarazo, su potencial para complicar el desarrollo del mismo, depende fundamentalmente de su tamaño, en este caso, el volumen del tumor ocasionó retraso en el crecimiento intrauterino y sufrimiento fetal agudo, cuyo desenlace hubiera sido fatal para el producto si no es diagnosticado y tratado quirúrgicamente de manera oportuna.

CARTEL MAMPARA 257

Cistadenoma mucinoso gigante en embarazo de término.

LORENA MATIENZO SERMENT, WERNER VON DER MEDEN ALARCÓN, MIGUEL CHAYA HAJJ, SUSANA LÓPEZ GONZÁLEZ, MARIA DE LOS ANGELES FLORES MANZUR.

Centro Medico ABC, Institución privada, México, D.F.

La incidencia reportada de masas anexiales durante el embarazo oscila entre 1 en 81 y 1 en 8000 mil embarazos. La mayoría de estas son diagnosticadas de manera incidental en durante el ultrasonido obstétrico de primer trimestre. El quiste simple es la lesión más comúnmente identificada durante el embarazo. Entre el 13 y 17% de las masas quísticas simples que persisten durante el segundo trimestre son diagnosticadas como cuerpo lúteo. El ultrasonido es el método

de imagen preferido para el diagnóstico, ya que sirve para diferenciar las características morfológicas, que nos ayudan a diferenciar entre masas de características benignas y malignas, y así determinar el plan de tratamiento. La mayoría de las masas identificadas durante el embarazo pueden resolver de manera espontánea sin requerir tratamiento quirúrgico, sobre todo aquellas con aspecto simple en imagen por ultrasonido, diámetro menor a 5-6 cm, diagnóstico antes de 16 semanas de gestación. Las masas más grandes o aquellas que tienen una morfología compleja tienen menos posibilidad de resolución espontánea y pueden representar un proceso neoplásico. El tratamiento quirúrgico de las masas anexiales tradicionalmente se ha llevado a cabo mediante laparotomía. Sin embargo recientemente se ha notado un incremento en el uso de cirugía laparoscópica para su tratamiento. El caso trata de paciente de 30 años de edad, Gesta 1, embarazo de 37 semanas de gestación por fecha de última menstruación. Control prenatal desde el primer trimestre. Aumento de 20 kilogramos. Se realizaron 6 ultrasonidos obstétricos, último a las 36 semanas con producto femenino, de 3800 gramos, índice de Pheland de 40, con masa anexial de ovario derecho de 20 cm x 23 cm aproximadamente. Se realiza interrupción del embarazo vía abdominal obteniendo: Producto femenino, peso 3261 gramos, talla 52 centímetros, Apgar 8/9, Silverman 0; así como Quiste de ovario derecho de aproximadamente 40 centímetros en el eje mayor, el cual se envía a transoperatorio reportando probable Cistoadenoma mucinoso benigno, líquido citrino ligeramente viscoso (800 cc) con hiperplasia mesotelial reactivo, negativo para células neoplásicas. Se corrobora resultado en reporte definitivo de patología.

CARTEL MAMPARA 258

Torsión ovárica en paciente con embarazo gemelar temprano.

YULIANA OLIVIA GOMEZ MERAZ, RUBEN ANTONIO BOLAÑOS ANCONA, ROBERTO ARMANDO NEVAREZ BERNAL, ALEJANDRA ALEXIA ALVAREZ LOZANO, MARIA GUADALUPE HUGUES GARCIA.

Centro Medico ABC, Institución Privada, México, D.F.

El síndrome de hiperestimulación ovárica se refiere a la combinación de ovarios aumentados de tamaño debido a múltiples quistes y acumulación aguda de líquido en el espacio intravascular. Las manifestaciones más severas del síndrome incluyen aumento masivo de tamaño ovárico, hemoconcentración y acumulación de líquido en tercer espacio, esto se puede complicar con torsión ovárica, alteración hidroelectrolítica, insuficiencia renal, choque hipovolémico, epis-

dios tromboembólicos, insuficiencia respiratoria y muerte. Tiene una incidencia que va del 0.6 al 10%. La fisiopatología se desarrolla con la presencia de HCG, que ocasiona liberación de interleucinas 1 y 6, IGF-1, angiotensina II y sobre todo el VEGF, que producen aumento de la permeabilidad vascular con salida de líquido y proteínas del espacio intravascular al tercer espacio, provocando depleción del volumen intravascular, responsable de los síntomas. El cuadro es autolimitado y en caso de gestación los síntomas pueden seguir durante pocas semanas. El tratamiento es sintomático, restituyendo el volumen intravascular con la administración de cristaloides y/o albumina. El caso clínico trata de una paciente de 29 años de edad con antecedente de estimulación ovárica, y embarazo gemelar actual temprano que acude por dolor abdominal de intensidad severa, se realiza ultrasonido pélvico encontrando ambos ovarios con aumento de tamaño, ovario derecho de 10 x 5 cms, con compromiso de la circulación, se realiza diagnóstico de síndrome de hiperestimulación ovárica grado I con torsión ovárica y se realiza laparoscopia para corrección de torsión. Se realiza procedimiento sin complicaciones con posterior resolución del cuadro clínico. Se mantuvo a la paciente en vigilancia y egreso a domicilio asintomática.

CARTEL MAMPARA 259

Manejo obstétrico de embarazo con miomatosis uterina de grandes elementos en el Hospital Central Norte de Petróleos Mexicanos

ALMA LAURA JURADO GARCÍA, EDGARDO BUSTILLOS ALAMILLA, JORGE ZEPEDA ZARAGOZA, CRISTINA JUÁREZ CABRERA.

Hospital Central Norte de Petróleos Mexicanos, Azcapotzalco, México, D.F.

La prevalencia de miomatosis en el embarazo varía entre 1.6 y 10.7 % según las revisiones de estudios realizados (tamaño del mioma, edad gestacional del diagnóstico). Su frecuencia aumenta conforme aumenta la edad de la paciente y si tienen raza afroamericana (18% versus 10 % en mujeres hispanicas). La mayoría de las pacientes no tiene complicaciones durante el embarazo. Entre las posibles complicaciones obstétricas que pueden presentarse están: dolor, el más frecuente, pérdida de la gestación, parto pretérmino, DPPNI, posición fetal anómala, rpm si esta en estrecha relación con la placenta. Riesgo aumentado de cesárea por mal posición fetal, obstrucción (mioma en segmento), DPPNI o trabajo de parto disfuncional.

Resumen: Femenino de 29 años de edad primigesta con grupo sanguíneo B positivo, sin enfermedades crónicas degenerativas, tabaquismo positivo suspendido al saberse

embarazada, presento intolerancia a los carbohidratos diagnosticada en el embarazo. Se realizó el diagnóstico como hallazgo en el ultrasonido obstétrico a las 8 SDG que reportó suberoso de 12 x 11 x 12 centímetros. Evolucionó favorablemente hasta el término presentando como principales complicaciones dolor abdominal y amenaza de parto pretérmino que se resolvieron con uteroinhibidor betamimético y analgésico solo por razón necesaria. Se realizó resonancia magnética a las 24.5 semanas resonancia magnética que reportó mioma intramural heterogéneo de 12.9 x 12.2 compresión extrínseca de cavidad uterina, producto intrauterino cefálico lo que nos hizo pensar en la posibilidad de parto vaginal, sin embargo ingresa con embarazo de 39.2 semanas de gestación + ruptura de membranas con presencia de líquido menconial y Bishop desfavorable para inducción por lo que se realiza cesárea con los hallazgos de: feto masculino, e 2460 gramos, Apgar 8/9, 48 cm líquido amniótico muy escaso con meconio ++/+++; placenta sin alteraciones, brevedad de cordón y útero con múltiples miomas intramurales el mayor de 14x12 centímetros localizado en cuerno derecho, otro de tipo suberoso de 4x5 centímetros en pared posterior. Sangrado de 1,200 mililitros. Presento hipotonía transitoria revertida con masaje uterina en el puerperio inmediato. Evolucionó favorablemente egresándose del servicio 56 horas después de la resolución.

Conclusiones: La miomatosis uterina es una patología muy frecuente en las mujeres en edad reproductiva, el diagnóstico oportuno nos puede ayudar a prevenir las principales complicaciones obstétricas para un mejor resultado perinatal.

CARTEL MAMPARA 260

Miomectomía durante la gestación. Reporte de dos casos.

NORAH NALLELI MACIAS VERA, IGNACIO JAVIER GONZALEZ JIMENEZ, HECTOR EDUARDO MACIAS VERA, CARLOS IGNACIO GONZALEZ NAVARRO.

Especialidades Medicas Guadalupe, Institución Privada, Guadalajara, Jalisco.

Introducción: La incidencia de miomatosis en el embarazo es menor al 4%, cada vez es más frecuente encontrarlos debido a que las mujeres han postergado su maternidad; puede condicionar infertilidad, abortos y partos pretermino; el tratamiento de la miomatosis durante la gestación es controversial.

Objetivo: Presentar dos casos de miomectomía durante la gestación.

Caso Clínico. Paciente no. 1: Femenina de 38 años, primigesta, con embarazo de 13 semanas de gestación por Fecha de última menstruación (FUM) y acorde a ecosonograma, presenta embarazo intrauterino masa a nivel del fondo

uterino. Se le realiza miomectomía abierta obteniendo un mioma de 11 x 11 cm. Paciente no 2. Femenina de 37 años, primigesta, con embarazo de 11 semanas de gestación por FUM, presenta cólicos de moderada intensidad, se le realiza ecosonograma encontrando embarazo intrauterino de 11 semanas y varias imágenes a nivel de pared lateral izquierda y fondo compatible con miomatosis de grandes elementos. Se realiza miomectomía abierta encontrando mioma intramural multilobulado que en su conjunto media 12 x 10.5 cm.

Resultado: Ambas pacientes fueron concientizadas de los riesgos de realizar la miomectomía así como los de no realizarla. Ambas presentaron adecuada evolución intra y postquirúrgica, alcanzando las 37 semanas de gestación, siendo programadas para cesárea. La primera paciente obtuvo un recién nacido vivo masculino de 3200 gr y 50 cm, apgar 8-9 y la segunda paciente obtuvo un recién nacido vivo femenino de 2950 gr y 49cm, apgar 8-9, siendo dados de alta junto con sus madres.

Conclusiones: El eje del manejo de la miomatosis durante el embarazo es preferentemente conservador, sin embargo este ha sido una de las causas más importantes de pérdida gestacional por el volumen y la localización de los miomas. Aquí presentamos dos casos de pacientes con adecuada evolución obstétrica y perinatal tras el tratamiento quirúrgico de miomectomía durante su gestación.

CARTEL MAMPARA 261

Efecto del tamaño de miomas sobre los resultados perinatales adversos en mujeres embarazadas con miomatosis uterina vs mujeres sin miomatosis.

ARTURO ARELLANO EGUILUZ, ENRIQUE REYES MUÑOZ.

Instituto Nacional de Perinatología "Isidro Espinosa de los Reyes", Secretaría de Salud, México, D. F.

Introducción. Los miomas aparecen frecuentemente en la etapa reproductiva de la mujer, asociados a complicaciones en evolución del embarazo, parto y puerperio. La información en población mexicana es limitada.

Objetivo. Comparar resultados perinatales adversos en mujeres mexicanas con miomas de 3- 5.9cm, ≥ 6 cm vs mujeres sin miomas, pareadas por edad, índice de masa corporal, semanas de gestación y paridad.

Material y Métodos. Estudio de cohorte histórica, grupo 1 mujeres sin miomatosis, grupo 2 mujeres con miomas de 3-5.9cm, grupo 3 mujeres con miomas ≥ 6 cm. Se calculó riesgo relativo (RR IC 95%) para ruptura prematura de membranas (RPM), amenaza de parto pre-

término (APP), parto pretérmino, hemorragia obstétrica, transfusión sanguínea, presentación anormal, restricción del crecimiento, desprendimiento prematuro de placenta, atonía uterina, preeclampsia y óbito. Excluyendo mujeres con patología agregada.

Resultados. Grupo 1 (n=319), grupo 2 (n=136) y grupo 3 (n=133) miomas ≥ 6 cm. El riesgo de resultados perinatales adversos fue mayor en grupo 3 vs 1, RR (IC 95%): RPM: 3.8 (1.8-8.2), APP: 2.2 (1.3-4.07), parto pretérmino: 2.05 (1.24-3.41), presentación anormal: 5.1 (2.2-11.5), hemorragia obstétrica: RR 3.0 (1.6-5.6), transfusión sanguínea: 3.8 (1.79-8.2). Sin diferencias entre grupo 2 vs 1, ni el resto de resultados perinatales adversos.

Conclusiones: Mujeres mexicanas con miomas de 3-5.9cm tienen igual riesgo de resultados perinatales adversos que mujeres sin miomas. Mujeres con miomas ≥ 6 cm tienen mayor riesgo de RPM, APP, parto pretérmino, presentación anormal, hemorragia obstétrica y transfusión sanguínea que mujeres sin miomas o con miomas < 6 cm.

CARTEL MAMPARA 262

Miomatosis uterina y embarazo.

ALEJANDRA INES PEREZ MORALES, SARA ELIA HERNANDEZ FLORES, JORGE ROMAN AUDIFRED SALOMÓN, DANNIELA NIEBLA CÁRDENAS.

Hospital General Dr. Manuel Gea Gonzalez, Secretaría de Salud, México, D.F.

La miomatosis uterina es la causa más común de tumores pélvicos sólidos ocurren en 20 a 40% de mujeres en edad reproductiva, con mayor frecuencia en raza negra, uso de anticonceptivos orales, menarca temprana, terapia de reemplazo hormonal, tabaquismo, obesidad. Éstos se presentan en 1.4 a 8.6% de los embarazos. La asociación de leiomioma uterino y gestación es de 0.09-3.9%

Caso clínico. A propósito se presenta el caso de paciente de 42 años Gesta 1 Actual, que acude al servicio con dolor en miembro pélvico izquierdo y edema una semana antes a su ingreso, a la exploración física abdomen globoso por útero gestante de 35cm, ollow y homanns positivos, ultrasonido doppler con trombosis de miembro pélvico izquierdo, colocando filtro de vena cava posteriormente inicia con trabajo de parto por lo que se realiza cesáreapresentando atonía uterina y realizando histerectomía obstétrica. Patología reporto útero con leiomiomas intramurales y subserosos, el mayor de 11cm y el menor de 1cm, con hialinización y cambio isquémico focal.

Discusión y conclusión: Aparecen complicaciones en el 10%, en cualquier etapa de la gestación, únicamente el 20-30% de los miomas incrementan de tamaño durante el embarazo y

que este incremento no es mayor del 25% debido al incremento de estrógenos y progesterina en el embarazo.

CARTEL MAMPARA 263

Útero doble unicollis y embarazo.

BEATRIZ ADRIANA DE LA CRUZ ALARCÓN, ARMANDO VERDUZCO NIETO, MIREYA PUENTE VILLALOBOS, IDALIA CELESTE MORALES VÁSQUEZ, OSCAR MICHEL SALAZAR CERDA.

Hospital de Ginecología y Obstetricia de Monterrey, Institución Privada, Monterrey, N.L.

Caso clínico. Paciente femenino de 25 años. Sin antecedentes de importancia. AGO: G2P1 (2008, parto eutócico, pretérmino a las 34 semanas de gestación, obteniendo un producto de 2400 gr, sin complicaciones). Se coloca DIU postparto. FUM: 04/04/2013. Acude a valoración por opomenorrea de 8 semanas, se realiza PIE sérico (+). El 06 de junio del 2013 Se realiza US pélvico con los siguientes hallazgos: 1) Útero doble, 2) útero derecho de 93 x 45 mm, con presencia de DIU normoinserito; 3) Útero izquierdo de 95x52 mm, con presencia de saco gestacional en su interior, con embrión de 2.07 cm por LCC que corresponde a 8.5 semanas, con FCF de 180 LPM. 4) se observa un solo cérvix, con división a partir del istmo. 5) se observan ambos úteros con sus respectivas paredes íntegras, con adecuado grosor del miometrio. 6) Fecha probable de parto por US: 11 de Enero del 2013. Se realiza especuloscopia, observando un sólo cérvix y una sola vagina. No se había documentado la presencia de un útero doble en el embarazo previo. Continúa control prenatal adecuado; con vigilancia estrecha. Actualmente cursa con embarazo normoevolutivo de 20.5 semanas de gestación.

Los desafíos reproductivos en las pacientes con anomalías müllerianas se inclinan más hacia el mantenimiento del embarazo, y no en la concepción.

Es de vital importancia reconocer las distintas variaciones de anomalías uterinas y el impacto de cada anomalía sobre la reproducción. Así como conocer el origen embriológico de las malformaciones uterinas congénitas; la aplicación correcta de las técnicas de imagen para establecer un diagnóstico certero; para poder ofrecer un buen resultado reproductor.

CARTEL MAMPARA 264

Tumor desmoide y embarazo, Reporte de un caso.

REYNA ANDREINA GARCÍA LEZAMA, CLARA FLORES ACOSTA, EDEN REYNA ROJAS, LILIA ARANDA IRACHETA.

Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González", Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, N.L.

El tumor desmoide es una neoplasia de tejido conectivo caracterizada por no tener potencial de metástasis o diferenciación. Es un tumor relativamente raro correspondiente al 0.03 % de todas las neoplasias y menos del 3% de los tumores de tejidos blandos. El 16 % de los pacientes con tumor desmoides tienen antecedente de cirugía previa y este se desarrolla subyacente o alrededor de la cicatriz. La evidencia de que hormonas, especialmente los estrógenos, puedan desarrollar algún tipo de papel regulador, esto basado en la alta incidencia de estos tumores en mujeres en edad reproductiva, la tendencia a desarrollarse durante el embarazo o poco después, la producción de lesiones similares en animales de laboratorio por la administración de estrógenos, así como el potencial beneficio de fármacos anti-estrogénicos. En este caso se reporta a una paciente de 28 años, con antecedente de cesárea previa, la cual durante su cuarto embarazo se realizó ultrasonido en el primer trimestre donde reporta producto único vivo intrauterino y un mioma de 12.5 x 5.6 x 8.5 cm, durante su embarazo el producto presentó adecuado desarrollo, la tumoración creció hasta llegar a una dimensión de 26 x 20.5 x 18 cm, el embarazo fue terminado vía cesárea al llegar a término por producto transversal y trabajo de parto, durante la cesárea se tomó biopsia incisional, con resultado de patología se confirma tumor desmoides, es programada para resección de la tumoración y reparación de la pared abdominal la cual se realizó sin complicaciones.

CARTEL MAMPARA 265

Cáncer de vagina y embarazo: reporte de un caso.

MANUEL MENDOZA HUERTA, ZULEMA MARTINEZ TREJO, JESUS HECTOR SAN MIGUEL HERNANDEZ, JUAN CARLOS TORO ORTIZ, JOSE DE JESUS ZERMENO NAVA.

Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto, Servicios de Salud, San Luis Potosí, S.L.P.

Objetivo del estudio: Dar a conocer el caso de una patología muy poco frecuente y raramente asociada al embarazo.

Materiales y Métodos: Se presenta el caso de femenino de 23 años Gesta: II Partos: I. Cursando 24 semanas de gestación, acude a Urgencias Obstétricas por presentar sangrado vaginal indoloro; se detecta mediante especuloscopia masa nodular, friable, de 3 x 4 cm. dependiente de pared anterior de vagina la cual se toma biopsia con reporte de patología de Adenocarcinoma de células claras invasor y se clasifica en estadio II; se inicia quimioterapia a base de carboplatino y epirrubicina continua control prenatal hasta semana 36 donde mediante cesárea electiva se obtuvo feto único vivo femenino de 2880

gramos APGAR de 8-9. Cursa su puerperio quirúrgico con buena evolución; egresa en buen estado general. Reinicia su tratamiento oncológico con braquiterapia recibiendo 50 Gy en 25 fracciones; en la actualidad continúa en vigilancia oncológica.

Resultados: El estudio histopatológico reportó adenocarcinoma de células claras poco diferenciado; al corte histológico con estructuras papilares y glandulares, con nidos de células poliédricas con pérdida de la relación núcleo-citoplasma, con múltiples mitosis atípicas. La evolución de su puerperio sin complicaciones. Conclusiones: El carcinoma de vagina es una entidad ginecológica infrecuente (1% de las neoplasias ginecológicas), que en este caso asociado al embarazo lo hace más raro. En la paciente se inició su tratamiento oncológico a 10 días de su detección (quimioterapia a la semana 26 de gestación) y el resultado perinatal fue bueno; en la actualidad culminó su radioterapia y sigue en vigilancia oncológica.

CARTEL MAMPARA 266

Carcinoma ductal infiltrante de mama en la gestación, reporte de un caso en el Hospital Regional PEMEX Salamanca.

ISMAEL MADRIGAL GARCIA, MAYRA JIMÉNEZ AVA-LOS, NEPTALI PRECIADO CASTRO, GUSTAVO ERNESTO MAYA PEREZ, CHAVEZ ALMA PATRICIA JACOBO.

Hospital Regional PEMEX, Salamanca, Gto.

Justificación. El cáncer de mama en el embarazo se presenta en 1 de cada 3.000 gestantes. Es una situación clínica difícil, ya que el bienestar materno-fetal se debe tener en cuenta.

Objetivo. Diagnosticar de manera temprana el cáncer de mama en la mujer embarazada.

Caso clínico. Femenino de 29 años Gesta 2, parto 1 hace 2 años. Acude a las 24 semanas de embarazo, con nódulo en mama derecha de 1 mes de evolución y fiebre, se da antibiótico por 1 semana, a las 34 semanas mismo cuadro. A la exploración, la mama derecha esta con edema en piel y nódulo palpable en cuadrante inferior interno, de 3x4 centímetros, consistencia sólida. Presenta biometría hemática normal. Ultrasonido de mama tejido fibroglandular tumefacto, trabéculas anecoicas, piel engrosada de 3mm. A las 35 semanas de embarazo histológicamente como carcinoma ductal infiltrante en estadio IIIB y por inmunohistoquímica valor triple negativo. Se realiza cesárea a las 37 semanas. Posterior al puerperio se inicia quimioterapia con anticuerpos monoclonales y 6 meses después con mastectomía total radical y en control actual.

Discusión. Debemos individualizar el manejo la neoplasia, el tratamiento de un cáncer de mama no deberá demorarse innecesariamente a causa

de embarazo. La interrupción del embarazo no ha sido demostrada para mejorar los resultados del embarazo asociados con el cáncer de mama. Conclusion: Los retrasos en los diagnósticos son comunes, con un promedio de retraso de 5 a 15 meses desde el comienzo de los síntomas. Las mismas opciones de tratamiento locales que están disponibles para pacientes no embarazadas deben considerarse en mujeres embarazadas, con la excepción de la terapia de radiación, a diferencia de la cirugía, que es el tratamiento definitivo local para el embarazo asociada a cáncer de mama.

CARTEL MAMPARA 267

Cáncer de mama durante el embarazo, uso de quimioterapia.

JULIETA CRUZ RUIZ, MARÍA LUISA OKAMOTO HORTA, LÓRENA CANDELAS HUERTA, LEONEL OLLINZAYI XOLALPA ALTAMIRANO.

Hospital General de León, Secretaría de Salud, León, Guanajuato.

El cáncer de mama es poco común en embarazo, 1 de cada 1,000-10,000 embarazadas. Incidencia que incrementará por tendencia actual a retrasar la maternidad.

Objetivo. El tratamiento dependerá del estadio y edad gestacional. Se siguen mismos criterios terapéuticos que en las no gestantes solo con monitoreo conjunto del embarazo por médico materno fetal y oncólogo.

Caso clínico. Femenino 27 años, embarazo 29 semanas, internamiento por dolor lumbar, tumoración mamaria derecha de 2 años, diagnóstico histopatológico de carcinoma lobulillar infiltrante, gammagrama óseo positivo, T4d N2 M1 estadio IV. Ciclo de quimioterapia: 5-fluoracilo, doxorubicina, ciclofosfamida. 2 internamientos posteriores por Síndrome de Parto Pretérmino. Resolución del embarazo por cesárea a las 35.3 semanas, nacido vivo masculino, 2375 grs, sin malformaciones congénitas aparentes. Egresos con seguimiento en Oncología.

Discusión. El problema inicial de cáncer de mama en embarazo es la continuación del mismo. Se sugiere que quimioterapia no debe administrarse en primer trimestre, posponerlo hasta el segundo, si estadio lo permite. Ciertos medicamentos, si se administran en el segundo y tercer trimestre, no se relacionan con defectos o muerte fetal. Si se encuentra en tercer trimestre, quimioterapia se podría posponer hasta después del nacimiento, sobre todo si nos encontramos dentro de las 3 semanas previas a la interrupción, para permitir que los recuentos sanguíneos maternos, que pueden estar disminuidos, se normalicen.

Conclusión. El pronóstico se ve afectado principalmente por retraso diagnóstico y terapéutico.

Entre complicaciones obstétricas principales encontramos: parto pretérmino, malformaciones congénitas por administración de quimioterapia en primer trimestre, retraso de crecimiento intrauterino, óbito, mielosupresión transitoria materna y fetal.

CARTEL MAMPARA 268

Carcinoma medular atípico, basal, molecular de mama asociado a embarazo: presentación de un caso poco frecuente y revisión de la literatura.

ANTONIO SIFUENTES ÁLVAREZ, TEODORO GURROLA MORALES, MIGUEL REYES ROMERO.

Facultad de Medicina y Nutrición de la UJED, Hospital General de la Secretaría de Salud de Durango, Durango, Dgo.

Antecedentes: El cáncer medular, atípico, molecular de la glándula mamaria es un subtipo poco común, representa el 3% de los cánceres de mama, afecta con más frecuencia a mujeres entre 45 y 55 años que tienen una mutación del gen BRCA1, y está relacionado en un 50% con el carcinoma ductal, pudiendo encontrar células del tejido inmune en tumor.

Objetivo. Presentación de un caso clínico de cáncer de mama de baja prevalencia y revisión de la literatura.

Presentación del caso: Femenino de 35 años, con antecedentes heredo-familiares de cáncer de mama, primer embarazo 24 años, G:3 Inicia padecimiento en la segunda mitad del embarazo, con la presencia de una induración en mama derecha, diagnosticándose como absceso e instalándose tratamiento médico; durante el puerperio el cuadro se exacerba apareciendo una masa tumoral localizada principalmente en cuadrante superoexterno, de 25cm, indurada, con rubor, calor ulceración, zonas de necrosis, secreción seropurulenta y retracción del pezón. Se toma biopsia mostrando el estudio histopatológico un carcinoma medular atípico. Se realizan estudios de inmunohistoquímica con ausencia de receptores para estrógenos y progesterona, HER2 negativo y citoqueratina 34betaE12 positiva, P53 mutado con un Ki67 elevado, integrando el diagnóstico final de carcinoma medular atípico, basal, molecular de mama. Actualmente bajo tratamiento con quimioterapia con buena respuesta clínica.

Conclusiones: Caso clínico poco frecuente, con lesión voluminosa, ulcerada, de crecimiento rápido y por su característica de atipia, basal y P53 mutado, evolución de mal pronóstico.

CARTEL MAMPARA 269

Angiocarcinoma de mama con metástasis a distancia y embarazo.

MONICA MALAGON GOMEZ, FAUSTO CORONEL, MARIA DEL CARMEN AGUILAR PEREZ, EMIR MENDOZA. *Hospital General de Mexico, Secretaría de Salud, Mexico, D.F.*

Caso clínico: RDJ, 23 años, originaria: Edo de Hidalgo, escolaridad: bachillerato incompleto, católica, unión libre, ama de casa. AHF: negativos APNP: negativos APP: negativos AGO: menarca: 12 años, ciclos menstruales irregulares, IVSA: 15 años, #PS:1, Gestas:3, partos:2. Lactancia positivo. DOC: 2012 negativo. MPF: ninguno. PA: Inicia hace 2 meses con aumento de volumen en mama derecha, dolor, cambio de coloración, acude a facultativo con manejo no especificado en noviembre 2012, sin mejoría. Acude a la unidad, se realizó biopsia con diagnóstico de Angiosarcoma de mama derecha bien diferenciado, con mastectomía radical enero del 2013, 17 ciclos de radioterapia y de quimioterapia con plaquitaxel y con esquema AIM, EF: tumoración en región frontoparietal localizado en piel cabelluda, coloración negra de 5cm, cicatriz mastectomía derecha, abdomen globoso de 16 cm, producto único vivo, situación variable, FCF de 145 latidos x min al tacto vaginal cérvix cerrado sin pérdidas. Revisión de caso a comité para interrupción legal del embarazo el cual se lleva a cabo. Paciente continúa con manejo en servicio de oncología, tratamiento con analgésicos no esteroideos e internamiento para sesiones de quimioterapia y radioterapia, realiza TAC de cerebro, se descarta metástasis. Discusión: El angiosarcoma de mama representa un 0.04% de todos los tumores malignos primarios de mama, su incidencia varía entre el 2.7 y el 9.1%. Es un tumor de estirpe mesenquimal, considerado letal dentro de todos los tumores malignos de mama. 1907, se realizó la primera descripción de la enfermedad a la que se llamó "hemangioma metastatizante", por su naturaleza maligna como su origen vascular, la más común es angiosarcoma cutáneo, con pronóstico malo; tasa de supervivencia menor al 15%. El embarazo no modifica la evolución de la enfermedad, pero fármacos para quimioterapia son categoría D en el embarazo, así como la radioterapia ponen en riesgo la salud y el crecimiento del producto

CARTEL MAMPARA 270

Resultados perinatales en pacientes embarazadas y DIU in situ: experiencia institucional.

EDGAR ALONSO CRUZ CRUZ, YOALLI ALEIDA PALMA OROZCO, NORMA ANGELICA VELÁZQUEZ RAMÍREZ, FRANCISCO IBARGÜENGOITIA OCHOA, ESTEBAN DURÁN BOULLOSA.

Instituto Nacional de Perinatología "Isidro Espinosa de los Reyes", Secretaría de Salud, México, D. F.

El dispositivo intrauterino es uno de los métodos anticonceptivos más efectivos y seguros hoy en día. La tasa de falla durante el primer año con el uso típico es del 0.8%. Sin embargo, la presencia de DIU durante el embarazo se asocia a resultados perinatales adversos.

Objetivo: Conocer la frecuencia de resultados perinatales adversos en pacientes con presencia de DIU durante el embarazo en una población hospitalaria de tercer nivel de atención

Material y Métodos: Se trata de un estudio observacional, retrospectivo, descriptivo, se revisaron los expedientes clínicos de todas las pacientes embarazadas con presencia de DIU, en el periodo comprendido entre los años 2008-2013, obteniendo registro de 46 pacientes. Se obtuvo información respecto a complicaciones obstétricas y resultados perinatales de cada una de las pacientes. Se utilizaron medidas de tendencia central para la descripción de la muestra, para lo cual se utilizó SPSS Statistics versión 22. **Resultados:** De nuestro grupo de pacientes 17.4% presentaron aborto espontáneo, 21.7% presentaron parto inmaduro (20-28 SDG), 10.8% parto pretérmino (28-36.6 SDG) y el 50% resolución de su embarazo a término (más de 37 SDG). En 6 pacientes de nuestra población se les retiró el dispositivo durante el primer trimestre, de ellas sólo una presentó aborto manejado con legrado uterino instrumentado. La mitad de nuestras pacientes no presentaron ninguna complicación obstétrica, el resto de ellas presentaron algún resultado perinatal adverso como es ruptura de membranas (RPM) 12 (26.1%), corioamnionitis 11 (23.9%), embarazo ectópico 1 (2.2%), hemorragia obstétrica 2 (4.3%).

Conclusión: La presencia de DIU durante el embarazo se asocia a resultados perinatales adversos como son aborto espontáneo, predominantemente durante el segundo trimestre, infección intrauterina, ruptura prematura de membranas y parto pretermo. Por ende, se debe informar a las pacientes del riesgo durante el embarazo sin dejar del lado un adecuado control prenatal

CARTEL MAMPARA 271

Ruptura de vejiga secundaria a maniobra de Kristeller.

VIANI ELIZABETH GACHÚZ MARTÍNEZ, LILIANA CAMPOS LARA, GEORGINA CARRANZA ESCALERA. *Benemérito Hospital General con especialidades Juan María de Salvatierra, Secretaría de Salud, La Paz, Baja California Sur.*

Femenina, 22 años, el 14/05/13 es enviada al Hospital General con diagnóstico de puerperio tardío distócico por macrosomía fetal 22/04/13, choque séptico resuelto para continuar tratamiento, a su ingreso con dolor en área genital

y abdominal con predominio en hipogastrio, con disuria, pujo y tenesmo vesical, abdomen con tumoración pélvica 3 cm por arriba de la cicatriz umbilical, de bordes regulares, doloroso sin datos de irritación peritoneal, sonda foley a derivación drenando orina concentrada escasa. Con antecedentes de 22/04/13 23:45 pm parto distócico con necesidad de aplicación maniobra de Kristeller producto con peso de 4500gr, cursa puerperio inmediato con fiebre, dolor intenso abdominal y oliguria, se trata con paracetamol y antibiótico y se egresa. El 12/05/13 se hospitaliza en Hospital de Zona por presentar anuria por más de 24 horas, fiebre y choque séptico se drenan 5000 ml de orina y presenta fiebre persistente, se inicia manejo antibiótico, sin respuesta. Metodología diagnóstica. Ultrasonido: Huevo pélvico imagen anecoica con septos finos en relación a quiste complejo, pb de ovario. Uretrografía excretora. fuga de contraste vesical evidente, se encuentra desplazada la vejiga en sentido posterior y lateral izquierdo llamando la atención doble imagen bien definida anterior extravesical corresponde a colección o lesión enquistada pélvica. TAC Los riñones con buena diferenciación corteza- médula, impregnación homogénea, atenuación de 5UH con márgenes regulares, lobulados que ocupa la parte anterosuperior de la pelvis y parcialmente cavidad abdominal, aparente origen supravescical, en situación anatómica vesical globo de sonda Foley. IDX. Gran lesión quística que puede corresponder con urinoma vs “globo” vesical secundario a retención aguda de orina.

Tratamiento. 22/05/13. Se decide realizar Lape, por tumoración pélvica en estudio y probable urinoma, se encuentra abundante material gelatinoso en toda la cavidad abdominal, múltiples adherencias, se encuentra ruptura de vejiga en su cara posterior de aproximadamente 4 cm.

Propuesta. En pacientes que se presentan con necesidad de maniobra de Kristeller, masa abdominal aguda y datos de retención urinaria la metodología diagnóstica es Cistografía y TAC evitando retardos para el diagnóstico y tratamiento.

CARTEL MAMPARA 272

Reporte de caso y revisión bibliográfica de trauma genital asociado a parto asistido con fórceps.

DENISE ACUÑA GONZALEZ, JESÚS JORGE BELTRAN MONTOYA, ANTONIO GARCÍA LUNA VASQUEZ, DEISI VERONICA ALVARADO ROSALES, FERNANDO NIETO LANDEROS.

Instituto Nacional de Perinatología “Isidro Espinosa de los Reyes”, Secretaría de Salud, México, D. F.

Objetivo: Describir los tipos de lesiones genitales asociadas a aplicación de fórceps así

como factores de riesgo para que se presenten. **Presentación de caso:** Paciente de 31 años, secundigesta con embarazo de término en periodo expulsivo prolongado, con variedad de posición occipito-transverso izquierdo, en tercer plano de Hodge, en quien se decide la aplicación de fórceps Kielland medios indicados por occipito-transverso izquierdo persistente, obteniendo un recién nacido sano sin lesiones. En la revisión del canal vaginal se observan desgarros en paredes laterales de 4cm, desgarros en comisuras cervicales reparados todos satisfactoriamente. Seis horas después presenta deterioro en sus constantes vitales sin sangrado transvaginal visible, por lo que se revisa canal vaginal encontrando hematoma disecante de pared vaginal posterior de 15x8cm a tensión, el cual se drena satisfactoriamente. **Resultados:** Se reporta un caso de una paciente con hematoma y múltiples laceraciones a nivel vaginal secundario a la aplicación de fórceps. Se drenó hematoma satisfactoriamente. **Discusión:** El parto vaginal asistido con fórceps aumenta significativamente, los riesgos de desgarros vaginales, lesiones del esfínter, hemorragia y la retención urinaria. Diferentes instrumentos tienen resultados maternos similares. EL parto vaginal instrumentado incrementa los riesgos de incontinencia anal durante el primer año después del parto. No parece estar asociado con el riesgo de incontinencia urinaria posparto y prolapso genital en comparación con el parto vaginal espontáneo. Sin embargo, aumenta el riesgo de dolor perineal y la dispareunia postparto y trastornos sexuales. **Conclusiones:** Los factores de riesgo para que se presenten las lesiones son una aplicación alta, posición occipitoposterior persistente y/o macrosomía. No hay evidencia de que un tipo de fórceps es menos seguro que otro.

CARTEL MAMPARA 273

Caso clínico. Complicación urinaria en el puerperio.

VERÓNICA GRANADOS MARTÍNEZ, SILVIA RODRIGUEZ COLORADO, VIRIDIANA GORBEA CHÁVEZ, CARLOS RAMIREZ ISARRARAZ, JAIME IGNACIO CEVALLOS BUSTILLOS.

Instituto Nacional de Perinatología “Isidro Espinosa de los Reyes”, Secretaría de Salud, México, D. F.

Paciente 29 años, gestaciones 4 partos 4, Antecedente de trabajo de parto prolongado, uso de fórceps no especificados y desgarro de tercer grado. En el último parto, al tercer día del puerperio presentó retención de restos placentarios, y urinoma se manejo con reparación y drenaje vesical; al séptimo día presenta incremento de orina residual manejándose con drenaje vesical continuo; presentándose a nuestra institución

con diagnóstico de retención urinaria de 3 meses de evolución y drenaje vesical continuo. Se realiza urodinamia, sin lograr micción espontánea en el estudio de Flujometría, Perfilometría con Presión Máxima de cierre Uretral de 58cmH₂O, con sensaciones vesicales normales, puntos de pérdida en Valsalva a 200cc negativos y Flujo - Presión con volumen miccionado 140cc, flujos disminuidos, orina residual de 550cc, y presión del detrusor al flujo máximo de 32cmH₂O. Se calcula el Índice de Contractilidad Vesical con datos de hipotonía en el detrusor e índice de obstrucción vesical sin datos de obstrucción. Se indica autocateterismo intermitente cada 3 horas presentando orina residual con valores entre 150 y 300cc. Presenta infección de vías urinarias de repetición tratándose de acuerdo a antibiograma y se indica profilaxis; se propone electroestimulación del nervio tibial posterior (con aguja) sin aceptar tratamiento por lo que se inicia tratamiento con electroestimulación con energía TENS (Electroestimulación nerviosa transcutánea) protocolo inhibitorio y electrodo vaginal.

CARTEL MAMPARA 274

Útero de Couvelaire asociado a desprendimiento prematuro de placenta normoinsertra

ROBERTO CARLOS OJENDIZ NAVA, ILEANA ALEJANDRA MENDIBURU CANTON, MARÍA GABRIELA BARRON CANO, JORGE ROMAN AUDIFRED SALOMÓN.
Hospital General Dr. Manuel Gea Gonzalez, Secretaria de Salud, México, D.F.

Paciente de 27 años, sin antecedentes patológicos de importancia. Gpo sanguíneo A+. Ciclos 30x5, IVSA: 19ª, parejas sexuales: 1, sano, MPF: ninguno. Gesta 2 cesárea 1, con embarazo actual de 25 semanas por FUM1, ingresa por con dolor obstétrico de 20 minutos de evolución, sin pérdidas transvaginales, sin datos de vasespasmio, neurovegetativos, percibe movimientos fetales. Signos vitales normales, orientada, sin palidez, hidratada, mamas con cambios propios de embarazo, abdomen, con FU de 23 cm, producto único, vivo, cefálico, longitudinal, FCF de 145 x', actividad uterina palpable 2 a 3 contracciones en 10 minutos, Chaussier, Giordanos negativos, genitales normales, cérvix posterior, blando, 1 cm de dilatación, 30% de borramiento, amnios íntegro, Tarnier, Valsalva negativos, pelvis ginecoide, extremidades normales. Laboratorios: Bh: leucocitos 11.6, Hb 12.9, Hto 37.6, plaquetas 155, tiempos de coagulación normales. Ingresa a unidad tocoquirúrgica para uteroinhibición con inhibidor de prostaglandinas y calcio antagonista. Presenta hipertensión uterina por lo que se agrega antagonista de receptores de oxitócina, sin mejora. Presenta sangrado oscuro, activo y dolor intenso, por lo que se

decide histerotomía por diagnóstico de DPPNI. Se obtiene recién nacido masculino de 503 grs, 24 semanas, sin frecuencia cardíaca, desprendimiento placentario del 100%. Líquido amniótico hemático. Útero de Couvelaire, atonía uterina. Hemorragia Obstétrica: 5000 cc de acuerdo a servicio de Anestesiología. Con necesidad de histerectomía obstétrica. Evolución: 7 días de estancia intrahospitalaria, transfusión de 7 concentrados eritrocitarios y 3 plasmas frescos, apoyo aminérgico, función renal conservada, herida quirúrgica con adecuada cicatrización, cúpula vaginal bien suspendida. Se egresa sin complicaciones. Reporte de patología: Útero de Couvelaire.

CARTEL MAMPARA 275

Útero de Couvelaire en el puerperio.

MIGUEL ANGEL SERRANO BERRONES, GEORGINA CENTENO DURAN, SERGIO LEYVA OLMOs.
Departamento de Ginecología-Obstetricia, Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 4 Dr. Luis Castelazo Ayala. Instituto Mexicano del Seguro Social. México, D.F.

El útero de couvelaire es una entidad rara en la obstetricia moderna, un estado de infiltración hemática del miometrio uterino debido a la formación de un hematoma retroplacentario masivo que no encuentra salida hacia la cavidad vaginal por vía cervical. En todos los casos descritos en la actualidad existe el antecedente de desprendimiento placentario durante el trabajo de parto o debido a traumas y farcamos que condicionan el colapso de la circulación utero placentaria.

El presente caso sucedió en el puerperio sin haber encontrado el antecedente de desprendimiento placentario sino únicamente el de atonía uterina y preeclampsia severa. El reporte histopatológico confirma la infiltración hemática sin áreas de hiperplacentación o necrosis del lecho placentario por lo que la teoría que establecemos es la del sellamiento uterino. El cérvix fue sellado por múltiples coágulos los cuales impidieron el drenaje de los loquios, en consecuencia el acumulo masivo de estos condiciona el aumento de la tensión intrauterina con la consecuente infiltración hemática del miometrio. Tomando como referencia lo escrito en la literatura mundial, nos encontramos ante un caso que no encaja en el contexto de couvelaire debido a que sucedió en el puerperio y no hubo antecedente de desprendimiento placentario. Por lo que lo denominamos infiltración uterina por sellamiento cervical en el puerperio.

CARTEL MAMPARA 276

Ruptura uterina espontanea asociada a malformaciones müllerianas.

MARIA DE JESUS CRUZ GUTIERREZ, ALMA ROSA JAIMES LEON, RICARDO ORTIZ BOLAÑOS.
Hospital General de Cuernavaca "Dr. José G. Parres", Cuernavaca, Mor.

Objetivo: Presentar un caso de ruptura uterina espontánea en paciente con útero bicorne y embarazo del segundo trimestre.

Introducción: El útero bicorne tiene una incidencia del 8% en mujeres fértiles. Los riesgos reproductivos son aborto recurrente y parto pretérmino. El útero bicorne pertenece a la clase IV de la clasificación de la American Fertility Society 1988, la ruptura uterina de útero bicorne es poco frecuente, y ocurre generalmente en el segundo trimestre presentando dolor abdominal y hemorragia.

Caso clínico: femenino de 23 años de edad, inicia padecimiento actual 30 minutos antes de su ingreso, con dolor abdominal intenso 10/10, súbito, generalizado. Se recibe con taquicardia, normotensa, pálida, estuporosa, con piloerección generalizada, abdomen con irritación peritoneal. Se realiza ultrasonido encontrando útero con endometrio engrosado, con imágenes sugestivas de coágulos en hueco pélvico y abundante líquido libre en cavidad abdominopélvica, en hipocondrio derecho se observa feto de 15 semanas de gestación (SDG) por diámetro biparietal, sin frecuencia cardíaca fetal. Se realizó laparotomía exploradora, encontrando hemoperitoneo de 700 cc, útero bicorne, rotura uterina del cuerno derecho, a nivel del fondo, con placenta y cordón umbilical; en hipocondrio derecho el saco gestacional íntegro, con producto masculino de aproximadamente 15 SDG. Se resecta cuerno derecho de útero.

Reporte histopatológico: embarazo cornual, con infiltración trofoblástica al miometrio a menos de 1mm de la serosa.

Discusión.- la rotura uterina se presenta durante el primer y segundo trimestre asociada a malformaciones uterinas, con una incidencia del 2 a 4% de las gestaciones ectópicas. El diagnóstico preconcepcional de las malformaciones uterinas puede disminuir la morbilidad de las pacientes, evitando complicaciones obstétricas como las presentadas en nuestra paciente.

CARTEL MAMPARA 277

Dehiscencia parcial de histerorraffia en el puerperio tardío.

ISELA JULIANA BARRITA DOMINGUEZ, JUAN PABLO ARAGON HERNANDEZ, EYRA BELLO LEON, CINTIA MARLEN TORRES HERNANDEZ.
Hospital General Dr. Manuel Gea Gonzalez, Secretaria de Salud, México, D.F.

Femenino de 24 años de edad gesta 3, para 1, cesárea 2, en puerperio tardío post cesárea.

Último evento obstétrico realizado el día 2 de diciembre de 2012 por tratarse de feto postérmino complicado con dehiscencia de herida quirúrgica, reparada el 8 diciembre de 2012 en la misma institución.

Acude a servicio de urgencias Ginecoobstetricia el 26 de diciembre de 2012 por presentar durante sueño fisiológico sangrado transvaginal abundante acompañado de dolor abdominal tipo cólico a nivel de hipogastrio, intensidad 8/10, presentando lipotimia al intentar incorporarse. A su ingreso presenta hipotensión arterial, taquicardia, dolor abdominal en hipogastrio sin datos de irritación peritoneal, sangrado transvaginal activo, se inicia manejo a base de soluciones intravenosas y oxitócicos. Se solicita ultrasonido pélvico el cual reporta: datos ecográficos con relación a dehiscencia de histerorrafia. Ingresa de manera urgente a quirófano para realización de Laparotomía Exploradora con diagnóstico: Gesta3, Para1, Cesárea2, Puerperio patológico postquirúrgico tardío, Hemorragia obstétrica, Dehiscencia de histerorrafia. Durante exploración quirúrgica se apreció útero de aproximadamente 12x8cm, dehiscencia parcial histerorrafia, con presencia de sangrado activo; por lo que se realiza Histerectomía Total Abdominal con conservación de anexos. Cuantificación de sangrado: 2500cc. Se confirma diagnóstico por estudio histopatológico Dehiscencia de histerorrafia con fibrosis e inflamación crónica granulomatosa con células gigantes multinucleadas de tipo cuerpo extraño, con inflamación aguda abscedada.

Revisión de literatura: Dehiscencia postoperatoria de histerorrafia de cesárea. Revisión de 7 casos en el hospital de Fuenlabrada, entre julio 2004 y diciembre 2008, de dehiscencia de histerorrafia de cesárea en el postoperatorio inmediato. La incidencia fue del 0,3%. El factor más importante para la dehiscencia postoperatoria de la histerorrafia fue la cesárea anterior.

CARTEL MAMPARA 278

Enfermedad Pélvica Inflamatoria asociada en el puerperio Reporte de un caso y revisión de la literatura.

SILVIA FABIOLA ESTRADA RIVERA, GABRIELA VICTORIA SANCHEZ VIDAL, HUGO BRICIO MARTINEZ AYALA.

Hospital General Dr. Manuel Gea Gonzalez, Secretaría de Salud, Mexico, D.F.

Cuadro Clínico: Femenino de 21 años de edad con antecedente de apendicetomía laparoscópica el 17/06/12 en ese momento con embarazo de 33.1 SDG, el 21/06/12 parto eutócico de producto pretérmino. El 17/07/12 refiere dolor abdominal tipo cólico en hipogastrio de dos días de evolución y fiebre no cuantificada, au-

sencia de evacuaciones así como disuria, pujo y tenesmo vesical.

Exploración física: Abdomen con peristalsis presente dolor a la palpación profunda en hipogastrio fosa iliaca derecha con rebote positivo. Genitales con vagina hipertérmica, cérvix posterior cerrado formado con dolor a la movilización, no se logran delimitar anexos, ni dimensiones uterinas por resistencia muscular voluntaria, fondos de saco libres, leucorrea escasa no fétida.

Ultrasonido pélvico: Útero aumentado de tamaño con bordes bien definidos que mide 14.8x10x4.8 cm en sus ejes longitudinales. Ovario derecho bien definido mide 6.1x5.3x4.1 cm. Impresión diagnóstica lesión focal heterogénea de anexo derecho a considerar absceso tubo ovárico.

Manejo: Se inicia tratamiento antibiótico y se realiza laparotomía exploradora el 17/07/12. Hallazgos: Pérdida de la anatomía intestino adherido hacia salpinge y ovario derecho, se realiza salpingooforectomía derecha se observa salpinge de 3cm de diámetro indurada, ovario de 5cm de diámetro, material purulento, fétido. Cultivos vaginales positivos para Ureaplasma urealyticum recibe tratamiento con azitromicina. Marco Teórico: La enfermedad pélvica inflamatoria es una infección de los órganos del aparato reproductor. En EUA se estima que cada año mas de 1 millón de mujeres sufren un episodio de enfermedad pélvica inflamatoria aguda. La prevalencia e incidencia de la enfermedad pélvica inflamatoria en el puerperio no se encuentra bien establecida. Entre las secuelas se encuentra la infertilidad, embarazo ectópico y dolor pélvico crónico.

CARTEL MAMPARA 279

Prevalencia de lesión intraepitelial cervical y otras infecciones vulvovaginales asociadas en las adolescentes embarazadas tratadas en el Instituto Nacional de Perinatología "Isidro Espinosa de los Reyes".

SELENE SAM SOTO, KARLA SELEGNA SÁNCHEZ BAÑOS, JOSEFINA LIRA PLASCENCIA, IGNACIO MORA MAGAÑA, IVÁN MADRAZO RODRÍGUEZ.

Instituto Nacional de Perinatología "Isidro Espinosa de los Reyes", Secretaría de Salud, México, D. F.

Introducción. En últimos años hemos observado un aumento en la prevalencia de infecciones vulvovaginales, y de transmisión sexual, entre ellas el virus del papiloma humano (VPH), en las adolescentes mexicanas. Existen ciertas características en estas pacientes que aumentan su predisposición a dichos padecimientos, entre ellos: características biológicas propias de la edad, inicio temprano de vida sexual activa,

mayor número de parejas sexuales, no uso de preservativo durante actividad sexual, entre otros. Estas infecciones pueden aumentar el riesgo que de por sí ya presentan las pacientes adolescentes al encontrarse embarazadas en esta etapa de su vida.

Material y metodos. Estudio observacional retrospectivo transversal descriptivo en pacientes adolescentes embarazadas que acudieron a su control prenatal a la Clínica de Adolescencia del Instituto Nacional de Perinatología, a las cuales se les realizó citología cervical, así como cultivo vaginal para determinar la presencia de infecciones vulvovaginales. Entre Febrero de 2011 y Noviembre de 2012, y que además cumplieran con las características antes mencionadas.

Resultados. Un total de 470 expedientes de pacientes se revisó. La edad media de las pacientes fue de 15.48 años +/- 1.086. Los resultados de cultivos vaginales mostraron que 21.7% (102) de las adolescentes padecía Candida albicans, 8.3% (39) Candida spiralis, 32.3% (152) Gardnerella vaginalis, 36% (169) Ureaplasma urealyticum. En cuanto a Chlamydia trachomatis, 35 pacientes (7.4%) mostraron un cultivo positivo. En 27 pacientes, lo que corresponde al 1.9% de los casos se encontró un reporte positivo para VPH en la citología cervical.

Conclusiones. Es importante realizar estudios de citología cervical, así como toma de cultivos cérvico-vaginales a pacientes embarazadas, esto cobra mayor importancia en aquellas que son adolescentes, ya que las infecciones incrementan el ya elevado riesgo del embarazo durante la adolescencia.

CARTEL MAMPARA 280

Embarazo gemelar: mola hidatidiforme completa y feto sano coexistente; reporte de dos casos con evoluciones diferentes en el "Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto".

FRANCY CAROLINA MERAZ SALINAS, JUAN CARLOS TORO ORTIZ, JOSE DE JESUS ZERMEÑO NAVA, JOSE ALFREDO FERNANDEZ LARA, ROSA MARGARITA JIMENEZ ESQUIVEL.

Hospital Central "Dr. Ignacio Morones Prieto", Gubernamental, San Luis Potosi, S.L.P.

El embarazo gemelar con mola completa y feto sano coexistente tiene una incidencia de 1 en 22,000-100,000 embarazos. Su manejo es difícil, se asocia frecuentemente con complicaciones materno-fetales.

Objetivo. Describir la evolución de 2 casos con manejos diferentes.

Material y métodos. CASO 1. 31 años, G2, C1. Embarazo de 12.4 SDG, sangrado transvaginal y dolor pélvico. El US informó mola completa y feto único, vivo, con LCC para 13 SDG, con placenta normal. Quistes tecaluteínicos en

ambos ovarios. B HGC de 3,411,110 mUI/ml. Se realizó histerotomía evacuadora, obteniéndose feto de 13 SDG y material trofoblástico vesicular. En recuperación, se diagnosticó preeclampsia severa, tratándose sin complicaciones. En su vigilancia presentó niveles de B HGC en meseta, diagnosticándose embarazo molar persistente. A 5 meses del procedimiento, la paciente continúa en seguimiento y tratamiento, con B HGC 19.9 mUI/ml, y respuesta favorable a la quimioterapia.

CASO 2. 35 años, G3, C2. Con 14 semanas de gestación, acude para 2ª opinión al estar siendo manejada como amenaza de aborto crónica secundaria a hematoma subcorial. El US informó embarazo gemelar doble, con feto único, vivo, con LCC para 13.6 SDG y placenta normal, además mola completa, sin observarse quistes tecaluteínicos. B HGC de 356,000 mUI/ml. Se realizó histerectomía en bloque sin complicaciones. Durante su vigilancia, adecuado descenso de B HGC hasta negativizar en dos meses. Actualmente con títulos negativos por 15 meses. Resultados. En ambos casos, Patología confirmó mola completa y feto sano con placenta normal. Conclusiones. La finalización del embarazo continúa siendo el abordaje más seguro en los casos de embarazo gemelar con mola completa y feto sano. La presencia de preeclampsia severa y la enfermedad trofoblástica persistente, pudieron haber estado asociados a un tratamiento menos agresivo.

CARTEL MAMPARA 281

Un caso clínico de embarazo gemelar con mola hidatiforme completa y feto coexistente posterior a fertilización in vitro.

CARLOS GERARDO SALAZAR LÓPEZ ORTÍZ, JENNIFER SEDGLACH ROCHA, JESÚS FERNANDO GALLARDO PINEDA, LUIS MIGUEL CAMPOS OLMEDO, GONZALO DE JESÚS SIU MOGUEL.

Clinica de Reproducción Asistida - HISPAREP del Hospital Español, Institución Privada, Ciudad de México, D.F.

El embarazo gemelar es común en programas de fertilización in vitro (FIV), sin embargo el embarazo gemelar constituido por una mola hidatiforme completa y feto coexistente es un suceso poco frecuente, que ocurre en 1 por cada 22,000 a 100,000 en embarazos normales. Se piensa que la incidencia de que ocurra este evento en FIV es similar al del embarazo normal. Caso clínico: Paciente de 33 años de edad con infertilidad primaria de 3 años de evolución y con antecedente de prolapso de válvula mitral compensado. Se realiza ciclo de fertilización in vitro, obteniendo 10 ovocitos, de los cuales 7 fecundaron de manera normal. Logra embarazo en segundo intento de preparación

endometrial con transferencia de 3 embriones que contienen dos pronúcleos aparentemente normales. Los estudios prenatales eran normales. A las 13 semanas presentó sangrado transvaginal escaso y la ecografía mostró un feto viable con fetometría acorde a edad gestacional y un saco irregular sin embrión con un área hipercoica de 45 mm, quística homogénea, también un hematoma de 46mm cerca del orificio cervical interno. El embarazo fue manejado conservadoramente. Posteriormente a las 20.5 semanas de gestación se interrumpe el embarazo por hemorragia transvaginal abundante por histerotomía, obteniéndose un feto de 300 gramos no viable, y manejada posteriormente por unidad coronaria para establecerla hemodinámicamente. Después del parto, las concentraciones séricas de hormona gonadotrófica humana volvieron poco a poco dentro de parámetros normales.

CARTEL MAMPARA 282

Mola Hidatidiforme Recurrente: Reporte de 2 Casos.

JESUS JORGE BELTRÁN MONTOYA, YESENIA RECIO LÓPEZ, ESTELA MILO SUÁREZ, ALEJANDRO RENDÓN MOLINA.

Instituto Nacional de Perinatología "Isidro Espinosa de los Reyes", Secretaría de Salud, México, D. F.

Introducción. La enfermedad trofoblástica gestacional es una enfermedad que se presenta como una proliferación exagerada de las vellosidades trofoblásticas. La incidencia en su presentación es de 1 a 3 en 1000. La recurrencia de la enfermedad molar en embarazos subsecuentes suele asociarse a historia familiar de mola, alteraciones en el cromosoma 19, antecedente de mola invasora o coriocarcinoma y edad mayor de 40 años.

Epidemiología y fisiopatología. Los embarazos molares recurrentes tienen una baja incidencia (1 al 2%). Ha sido descrito un tipo de herencia autosómica recesiva. Dentro de los genes más estudiados se encuentran las mutaciones del gen NLRP7 y el NALP7 (cromosoma 19). La presencia de anomalías cromosómicas contribuyen de igual manera a la recurrencia de la enfermedad.

Conclusión. Es importante el estudio del cariotipo para determinar mutaciones que resultan ser heredables u ocurren de novo.

CARTEL MAMPARA 283

Abordaje diagnóstico de mola hidatiforme: Reporte de caso y revisión bibliográfica.

DENISE ACUÑA GONZÁLEZ, GERARDO REYES DÍAZ, MÓNICA ALICIA NAVA OCAMPO, ENRIQUE MARÍN ACOSTA REYES, DANIEL PÉREZ SUÁREZ.

Instituto Nacional de Perinatología "Isidro Espinosa de los Reyes", Secretaría de Salud, México, D. F.

Objetivo. Describir un caso de mola hidatiforme completa en una mujer perimenopáusica y revisión bibliográfica.

Introducción: La mola completa es un desorden proliferativo de las células trofoblásticas con incidencia de 0.57-1.1/1000 embarazos. El cariotipo es 46XX o 46XY con ausencia de feto, amnios y hemoglobina fetal, edema de vellosidades, proliferación trofoblástica y atipia. La clínica incluye sangrado (80-90%), crecimiento uterino aumentado, hiperémesis (8%), hipertensión (1%), hipertiroidismo y quistes tecaluteínicos (26.4%). El ultrasonido es el primer método de abordaje (sensibilidad 44%, especificidad 74%). El tratamiento es quirúrgico (AMEU/LUI) y determinación de gonadotrofinas.

Presentación de caso: Paciente de 46 años con embarazo de 22.2 SDG con sangrado transvaginal moderado, expulsión de tejido, dolor cólico. Previa valoración ultrasonográfica EINPer de miomatosis uterina en ultrasonido con imágenes en "panal de abejas" y en urgencias expulsa tejido hidrópico vellositario por lo que se repiten paraclínicos estableciendo diagnóstico de mola hidatiforme. Se realiza LUI con b-hCG día 1: 149961, día 7: 3630, día 14: 665, día 21: 136 y día 28: 3 mUI/mL.

Discusión: Dentro del abordaje diagnóstico se deberá incluir ultrasonido obstétrico, pruebas de función hepática, pruebas de función tiroidea, ultrasonido renal y radiografía de tórax. El manejo deberá incluir evacuación uterina, b-hCG 48 horas después y seguimiento semanal hasta obtener tres valores <5 mUI/mL, posterior determinación mensual por 6 meses y estudio histopatológico en este y los siguientes embarazos, anticoncepción por al menos 6 meses.

Conclusiones: En pacientes en extremos de la vida reproductiva es importante el abordaje correcto de amenorrea o de sangrado uterino anormal. El diagnóstico de mola hidatiforme se puede realizar por ultrasonido, sin embargo, el gold estándar es el estudio histopatológico.

CARTEL MAMPARA 284

Enfermedad trofoblástica gestacional, mola invasiva.

TERESA MIRIAM FLORES AMADOR, HUGO BRICIO MARTÍNEZ AYALA, RAFAEL EDUARDO LARA OVANDO. *Hospital General Dr. Manuel Gea Gonzalez, Secretaría de Salud, Mexico, D.F.*

Femenino de 28 años sin antecedentes patológicos de importancia, G 2 C 1 hace 2 años (electiva), Emb. Molar tratado con aspiración

manual endouterina (AMEU). Acude 19 días posterior a procedimiento por manchado hemático oscuro escaso persistente y a control de fracción beta de gonadotropina (β -hCG). Niega vasespasmódicos, neurovegetativos, disnea u otra sintomatología. A la E. física TA 110/70 mmHg, FC 70 x', FR 18 x', Temp 36.0 C, mucosas y tegumentos con adecuada hidratación, ligeramente pálidos, cardiopulmonar y abdomen sin compromiso, útero de 15 x 12 x 9 cm (previo a evacuación 23 x 20 cm), firme, móvil, no doloroso a la palpación. Genitales normales, vagina eutérmica, escaso manchado hemático oscuro, no fétido, cérvix posterior cerrado, blando, indoloro a la movilización, fondos de saco libres, ambos anexos 6 x 6 cm. Miembros inferiores normales. β -hCG: 11/oct/12 > 200 mil UI/mL, 23/oct/12 = 27, 076 UI/mL, 30/oct/12 = 33, 545 UI/mL. Perfil toxemico y tiroideo normales. Histopatología post AMEU = mola hidatiforme parcial. Estudios de imagen 30/oct/12 = Mola invasiva + quistes tecaluténicos, nódulos pulmonares, lesión hipervascular hepática. Se envía a Centro Oncológico para adecuado diagnóstico, etapificación y tratamiento. La enfermedad trofoblástica gestacional persistente incluye la mola invasiva, el coriocarcinoma, y el tumor trofoblástico de la zona placentaria. La mola invasiva representa del 70% al 90% de los casos. El diagnóstico suele integrarse en base a una estabilización o un aumento de la β -hCG y a la clínica, posterior a la evacuación inicial. No es habitual contar con la confirmación histopatológica antes de comenzar el tratamiento, mismo que dependerá de la presencia de factores de riesgo para el fracaso del mismo y del estadio de la enfermedad.

CARTEL MAMPARA 285

Enfermedad trofoblástica gestacional. Curación en enfermedad metastásica. A propósito de un caso.

MARIA DEL CARMEN LÓPEZ DORANTES, ARELY BAZÁN SALINAS, MARÍA DE LOURDES CONCEPCIÓN MARTÍNEZ ZUÑIGA, ALEJANDRO JUÁREZ RAMIRO. *Hospital de la Mujer, Secretaría de Salud, México, D.F.*

Mujer de 22 años con antecedente de 1 aborto incompleto y 2 legrados ingresa por elevación de Fracción Beta de Gonadotropina Coriónica Humana (FBHGC) 71,132 mIU/mL. En la revisión clínica presenta crisis convulsiva generalizada. TAC de Cráneo con Metástasis Cerebral. USG Pélvico con aumento del útero de 16 x 8 x 7 cm. Al USG Doppler masa tumoral con alta vascularidad. Se concluye Enfermedad Trofoblástica Gestacional con metástasis cerebrales. Los Tumores Trofoblásticos de la Gestación representan un grupo de entidades anatómo-

clínicas que tienen en común el originarse en el corion fetal, ser altamente quimio sensibles y producir la hormona HCG (gonadotropina coriónica humana), que sirve como marcador diagnóstico, de seguimiento, pronóstico y es el que define el criterio de curación. El término tumor trofoblástico gestacional, incluye la mola invasiva y los tumores malignos: Coriocarcinoma y tumor trofoblástico del lecho o sitio placentario. El Coriocarcinoma se caracteriza por presentar en el músculo uterino y los vasos sanguíneos invasión con áreas de hemorragia y necrosis. El tratamiento en la enfermedad metastásica es a base de Quimioterapia (QT) logrando la curación en un 87%. Cuando se presenta enfermedad a nivel de Sistema Nervioso Central debe de tratarse con Radioterapia y QT concomitante. Se inició tratamiento a base de QT con (Metotrexate, Dactinomicina, Etopósido día 1 y 2 seguido de Vincristina más Ciclofosfamida día 8) concomitante con Radioterapia por 5 sesiones. Se administraron 6 ciclos de Tratamiento, posterior al 4to ciclo la paciente expulsa tejido necrótico por vagina. Al concluir 6 ciclos la FBHGC de 0.54 mIU/mL. Se realiza USG pélvico, TAC de Cráneo los cuales son negativos para actividad tumoral. Hasta la fecha con un seguimiento de 1 año con 7 meses se mantiene sin datos de actividad tumoral serológica ni por estudios de imagen.

CARTEL MAMPARA 286

Embarazo abdominal: Reporte de un caso y revisión de la literatura.

MARIO ROBERTO RODRÍGUEZ BOSCH, SALVADOR ESPINO Y SOSA, M LARA VEGA, PS MIGUEL PÉREZ, MONICA NAVA OCAMPO. *Instituto Nacional de Perinatología "Isidro Espinosa de los Reyes", Secretaría de Salud, México, D. F.*

Caso clínico. Paciente de 37 años en su segundo embarazo con antecedente de un parto. Referida al Instituto Nacional de Perinatología en la semana 23.1, con ultrasonido que reporta embarazo ectópico abdominal con fetometría acorde, la resonancia magnética nuclear reporta inserción placentaria a cuerpo y cuerno uterino. Se programa laparotomía e histerectomía a la semana 24: Se encuentra amnios roto, adosado a piel fetal e intestino delgado, la placenta se encontró implantada sobre ovario, salpinge izquierda y epiplón, se realizó salpingo ooforectomía izquierda y omentectomía parcial, se extrajo sin dificultad ni hemorragia producto femenino de 544 gramos y 29 cm, se inician medidas de confort registrándose muerte neonatal a los 60 minutos. Se encontraron adherencias a peritoneo parietal en corredera parietocólica derecha e intestino las cuales fueron resecadas

sin incidentes, se cuantificó una hemorragia de 50 cc, se dejaron drenajes. La paciente egreso a las 72 horas de vigilancia sin complicaciones.

1. Incidencia: 1 en 10,000, El embarazo ectópico abdominal se asocia a una mortalidad materna 7,7 veces mayor que en el embarazo ectópico tubario, y 90 veces mayor que el intrauterino. La mortalidad fetal es del 75 al 90%. Complica 1 de cada 10.000 embarazos. 2. El factor pronóstico más importante es el sitio de inserción placentaria. El crecimiento, viabilidad y prolongación del embarazo dependen básicamente del sitio de inserción placentaria y es este mismo el principal factor pronóstico a la resolución del embarazo. La sospecha diagnóstica incluye retraso menstrual y abdomen agudo en casos de hemorragia abdominal o partes fetales palpables de forma superficial en casos de crecimiento fetal.

3. Todos los casos deben ser tratados extremando precauciones. La determinación del sitio de inserción placentaria suele ser complicada y usualmente la sospecha no se confirma a la laparotomía por lo que todos los casos deben ser tratados extremando precauciones en un hospital de tercer nivel, mantener paquetes globulares disponibles y un equipo quirúrgico y reanimación experto.

4. Considerar metrotexate en casos de inserción placentaria en sitios no resecables.

Entre las complicaciones maternas se encuentra el hemoperitoneo, anemia aguda, coagulación intravascular diseminada, infección, embolismo pulmonar y formación de fistulas a intestino. Cuando la inserción placentaria involucra únicamente sitios susceptibles de ser resecados la laparotomía suele ser suficiente, cuando la inserción involucra sitios no resecables: hígado, bazo, colon, etc, se puede dar tratamiento con metrotexate.

CARTEL MAMPARA 287

Embarazo abdominal a término, reporte de un caso.

ANA ISABEL OSORIO PEREZ, CARLOS ANDRES RODRIGUEZ CABRAL, LEONARDO ENRIQUE SALAZAR TRISTAN, ROSBEL VAZQUEZ CASTRO, LUIS JOAQUIN ROMO ENCISO.

Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital de la Mujer Zacatecana, Secretaría de Salud de Zacatecas, Zacatecas, Zac.

El embarazo abdominal es una forma muy rara de embarazo ectópico donde la implantación se lleva a cabo en la cavidad peritoneal. La tasa de mortalidad materna es estimada en 5 de cada 1000 casos.

Material y metodos: Paciente de 38 años, G1, con antecedente de miomatosis uterina de grandes elementos. Se realiza USG obstétrico el cual reporta producto único, FCF presente. ILA 17

cm, fetometría de 35-36 SDG, peso estimado de 2725 Kg. Imagen compatible con miomatosis uterina. Colección parauterina derecha en correa parietocolica de 85x42 mm.

Resultado: Se decide realizar laparotomía por dolor abdominal, encontrándose: producto vivo, femenino en cavidad abdominal, peso de 2335 Kg, talla 50cm, apgar 8-9, capurro 36 semanas. Se hizo histerectomía obstétrica total con placenta in situ, se encontró ruptura uterina a nivel cornual derecho y miomatosis uterina. Estudio histopatológico reporta útero posgrávido. Varios miomas intramurales y subserosos. Implantación ectópica de placenta sobre serosa de fondo uterino.

Conclusiones: El embarazo abdominal a término con un recién nacido viable es una condición extremadamente rara y son muy pocos los casos que han sido publicados. Hasta el momento solo 22 casos en México. Nosotros presentamos un caso de embarazo abdominal que resulta en un embarazo a término y sin malformaciones.

CARTEL MAMPARA 288

Embarazo ectópico ampular con recién nacido vivo.

CARLOS HUMBERTO BRIONES LANDA, GUILLERMO MADRID CASAS, ADRIANA CAMACHO LEZAMA, MARIANA ARELI HERNANDEZ RUIZ, PERLA SOLEDAD RUIZ LAGUNAS.

Hospital General Zona Norte de Puebla, Secretaría de Salud, Puebla, Pue.

El embarazo ectópico complica el 1-2 % de todos los embarazos. Su presentación tubaria ocurre en el 98 %. Se presenta el caso clínico de un embarazo ectópico ampular con nacimiento de feto vivo como desenlace excepcional.

Descripción del caso

Paciente de 31 años, gesta 4 para 3, con embarazo de 38.4 semanas por fecha de última menstruación del 26/01/2012. Acudió al servicio de urgencias por dolor abdominal severo. A la exploración por ultrasonido con feto único en posición transversa, dorso superior con anhidramnios y frecuencia cardíaca fetal de 139 latidos por minuto. Ingresó a cesárea y los hallazgos son de un embarazo ampular izquierdo roto con recién nacido del sexo femenino con peso de 2350 gramos, Apgar 6-8, Capurro 35 semanas, con hemoperitoneo de 1300 cc. Se extrajo manualmente la placenta y se aseguró hemostasia. Se realizó seguimiento al egreso con ultrasonido pélvico y con fracción Beta de Hormona gonadotropina coriónica negativa a las 4 y 6 semanas. La recién nacida evolucionó adecuadamente.

Discusión del caso. El embarazo ectópico tubario con neonato vivo es una complicación muy rara, a nivel internacional se han descrito

incidencia de 1 /25000 embarazos. El ultrasonido es el método diagnóstico de elección, con diagnóstico del 82.60% de los casos evaluados, con sensibilidad hasta del 100% cuando se detecta frecuencia cardíaca fetal en la imagen del embarazo ectópico. La mortalidad es del 6% por hemorragia obstétrica. Las malformaciones congénitas se han asociado hasta en el 40 %, con una tasa de sobrevivencia de solo el 50 % en la primera semana para los fetos nacidos vivos de un embarazo ectópico.

Conclusión

Los embarazos deben recibir valoración por ultrasonido en los primeros trimestres del embarazo a fin de diagnosticar su localización, viabilidad y complicaciones. Ante los hallazgos de un embarazo ectópico con feto vivo, se deberá prevenir la hemorragia obstétrica y conocer el alto riesgo de morbilidad y mortalidad neonatal.

CARTEL MAMPARA 289

Secuencia TRAP gemelo 1 de 32 semanas sano, gemelo 2 amorfo con esbozo cardíaco.

SAMUEL ALARI PEREZ LARA, FATIMA RAMIREZ MARTINEZ, FRANCISCO ZAVALA ALVAREZ, ANNE DURAN COLIN, JORGE ANTONIO LEGUIZAMO MEJIA.

Hospital Materno Perinatal Monica Pretelini Saenz, Instituto de Salud del Estado de México, Toluca. Méx.

Paciente femenina de 18 años de edad menarca a los 12 años ritmo de 30x4 ivsa 15 años, g:2 p: fum 02-09-12 fpp 09-06-13, embarazo actual espontáneo deseado, no planeado, diagnosticado a las 6 semanas usg el 04-02-13 embarazo de 21 semanas gemelar con alteraciones estructurales con envió a esta unidad acudiendo 06-03-13 usg embarazo de 26.3 semanas doble monocorial + hidrops fetal en uno de los fetos, acude el día 24-03-13 a urgencias por dolor tipo cólico se solicita valoración por medicina materno fetal y se ingresa a hospitalización. Para uteroinhibición valoración por medicina materno fetal: gemelo 1 en presentación pélvica con diámetros craneales de 3-4 semanas menores en relación a la fur, sin alteraciones craneales detectadas. Área facial sin alteraciones, cuello normal. Impresión a tórax pequeño con cardiomegalia. Circunferencia abdominal 5 semanas mayor ubicándose en el percentil 100 para la edad y sexo fetal. Columna vertebral y miembros torácicos y pélvicos sin alteraciones. gemelo 2 se observa con una masa sin forma reconocible, pero representando una estructura axial y esbozo de miembro pélvico. Flujometría doppler: arterias uterinas ip promedio 0.63, arteria umbilical ip 0.91, acm ip 1.93 pico sistólico máximo de 47.5 cm/seg = hb fetal de 10.4gr/dl. Ip ducto venoso 1.v se mantiene en vigilancia estrecha se inicia nifedipino a dosis de uteroinhibidor sin embargo continúa con

actividad uterina y modificaciones cervicales por lo cual se decide interrupción del embarazo vía abdominal con antecedente de aplicación de primer dosis de madurador pulmonar 20 horas antes gemelo 1 rn femenino, peso 1526grs, talla 36cm, apgar 3/6, hdn: 11:43hrs, capurro 32 semanas gemelo 2 feto acardico-acefalo amorfo, peso 1835grs, talla 27 cm, hdn: 11:44hrs en la revisión histopatológica donde se detecta que fue un biamniótico, cordón con 3 vasos, células cardíacas con lo que se diagnostica esbozo cardíaco rudimentario.

CARTEL MAMPARA 290

Displasia tanatofórica tipo II. Diagnóstico prenatal por ultrasonido. Reporte de un caso.

NADIA JACQUELINE HERNÁNDEZ CARLÍN, EVELYN MELODY GARCÍA JUÁREZ, GERARDO TÉLLEZ BECERRIL.

Hospital de Ginecología y Obstetricia. Instituto Materno Infantil del Estado de México, Toluca, Méx.

Introducción. La displasia tanatofórica tiene incidencia de 2-3 por 100 000 nacimientos. Resulta de una mutación en el Receptor 3 Factor de crecimiento de fibroblastos (FGFR3) localizado en el gen 4p16.3. Se divide en I y II, basados en el diagnóstico molecular y sus características clínicas. En la displasia tanatofórica tipo II tienen predominantemente características radiológicas leves e histológicas con el fémur recto y craneosinostosis. Es de tipo Letal.

Caso clínico. Femenino de 24 años, menarca 13 años, 28x5, IVSA 18 años, PS 2. Gesta 1, FUM 10.04.2012. Control prenatal medio particular. Embarazo de 31.1 semanas, referida por crecimiento no acorde. Ecografía reporta 23.6 semanas por fetometría promedio, cráneo en trébol, hiperextensión de columna cervical, tórax restrictivo, extremidades rizomelia y micromelia. Probable Displasia Tanatofórica tipo II. Solicita interrupción del embarazo.

Resultados. Masculino, 1450 gramos, cráneo en trébol, macrocefalia, frente amplia, puente nasal deprimido, tórax restrictivo, acortamiento de extremidades principalmente rizomelia, manos anchas, dedos cortos. Radiografías: Cráneo en trébol, tórax restrictivo, huesos largos acortados. Cariotipo de sangre fetal sin alteraciones cromosómicas, 46 XY. Conclusiones. La displasia tanatofórica se detecta en el ultrasonido en el segundo trimestre, la exactitud del diagnóstico varía entre el 40% y 88%. Ésta evaluación es de suma importancia para el diagnóstico de defectos fetales. Un acortamiento severo del fémur del 30% al 80% para la edad gestacional se ha asociado a displasia tanatofórica. Cuando los padres solicitan la interrupción se debe sugerir permitir estudio patológico y radiológico para un diagnóstico certero y consejo genético.

CARTEL MAMPARA 291**Displasia tanatofórica: presentación de un caso clínico**

ROSANA ÁVILA OCHOA, YADIRA HILLEM GASTELUM DELGADO.

Hospital de Ginecoobstetricia #15, Instituto Mexicano del Seguro Social, Chihuahua, Chih.

La displasia tanatofórica o enanismo tanatofórico fue descrito por primera vez en 1967 por Maroteaux y Lamy; cuyo término tanatos significa que porta la muerte.

Actualmente con una incidencia mundial del 1.7 al 3.8 casos por cada 100 000 nacidos vivos. Su etiología presenta base genética siendo una herencia autosómica dominante, que se presenta por mutación en el receptor 3 del factor de crecimiento de fibroblastos, el cual se encuentra en el brazo corto del cromosoma 4. Reflejándose en sustitución de aminoácidos lo cual cambia completamente su función.

Clínicamente se clasifican 2 tipos de Displasia tanatofórica, la primera de ellas por DT 1, siendo el tipo más frecuente hasta en un 85%, se caracteriza por presentar huesos largos acortados y curvados en forma de receptor telefónico. Mientras que en la DT 2 los huesos largos se encuentran acortados pero rectos, acompañándose por cráneo con forma de trébol. Características clínicas que comparten ambas clases son el tórax pequeño, diámetro cefálico mayor al resto del cuerpo, tronco de longitud normal.

El Diagnóstico se puede realizar de manera prenatal durante el segundo trimestre al realizar una ultrasonografía de escrutinio, en la que se encuentran como hallazgos las anomalías antes mencionadas. Actualmente la variedad 3D brinda mayor precisión para valorar alteraciones estructurales a comparación de la 2D.

La sobrevida de los productos que presentan Displasia tanatofórica es malo, ya que debido a la pequeña cavidad torácica existe una hipoplasia pulmonar, presentando el producto muerte por insuficiencia respiratoria principalmente.

CARTEL MAMPARA 292**Epidermólisis bulosa letal acantolítica y óbito a término. Presentación de un caso.**

GISELA GUADALUPE ALVARADO AVILÉS, MANUEL MENDOZA HUERTA, JUAN CARLOS TORO ORTIZ, JESÚS HÉCTOR SAN MIGUEL HERNÁNDEZ.

Hospital Central "Dr. Ignacio Morones Prieto", Gubernamental, San Luis Potosí, S.L.P.

La epidermólisis bulosa comprende un grupo heterogeneo de enfermedades hereditarias que alteran moléculas de adhesión de la membrana basal epidermica con diferentes grados de gravedad clínica que va desde la formación de ampollas únicamente hasta áreas extensas de

erosión y complicaciones letales. Afectan 1: 17,000 recién nacidos vivos a nivel mundial.

Método: Feto del sexo femenino, hija de madre de 39 años, raza blanca, G VII P V I A O C O con edad gestacional de 39.1 semanas y cursando diabetes gestacional en aparente control adecuado con insulina en su centro de salud. Ingresó por trabajo de parto durante el cual mantuvo glucemias dentro de parámetros normales y sin alteraciones respecto a frecuencia cardíaca fetal. Minutos antes de pasar a sala de expulsión no se detectó frecuencia cardíaca fetal, obteniendo posteriormente mediante eutocia feto óbito de 3760 gramos con zonas de erosión extensa en tórax, extremidades superiores y cara principalmente, fragilidad cutánea generalizada y atrofia de uñas. Se observó en sitio de inserción de cordón umbilical equimótico por lo que se sospecho trombosis del mismo.

Resultados: La evaluación histológica de piel reportó acantolisis, presencia de ampollas subepidérmicas con escasa celularidad e inflamación dérmica en relación a epidermólisis bulosa congénita. El análisis posterior realizado por el servicio de patología reportó placenta y cordón normales. No fue posible realizar necropsia ya que no se autorizó el procedimiento.

Conclusiones: Esta patología generalmente tiene un pronóstico benigno, sin embargo esta variedad se acompaña de atresia del píloro (EB-PA) así como anomalías ureterales y renales. El curso con frecuencia es letal y se debe a mutaciones autosómicas recesivas en el gen de la desmoplaquina. Títulos altos en IgG pueden llevar a parto prematuro o incluso muerte fetal in útero.

CARTEL MAMPARA 293**Producto con teratoma sacrococcígeo. Presentación de un caso.**

DANIELA PÉREZ MORONES, CUAUHTÉMOC GUTIERREZ MALDONADO, EDGAR ALEJANDRO TAMEZ CRISTERNA, GABRIEL VILLAGÓMEZ MARTÍNEZ, BRENDA DE ARO. *Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González", Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, N.L.*

El teratoma sacrococcígeo es el tumor congénito más común con una incidencia de 1/20,000-40,000 nacidos vivos. El diagnóstico se realiza mediante ecografía en el segundo y tercer trimestre. El 20% de los casos se asocian con otras malformaciones. El tratamiento inicia en el periodo prenatal monitorizando signos de compromiso hemodinámico fetal, polihidramnios y administración de esteroides para maduración pulmonar. Estos pacientes tienen un alto riesgo de complicaciones incluyendo la muerte, que podría ser secundaria a la rotura del tumor, trabajo de parto prematuro y falla cardíaca por alto gasto. Si estas complicaciones se presentan antes

de las 37 semanas de gestación, asociadas a un tumor grande (>10cm), de crecimiento rápido, la mortalidad es del 100% sin intervención.

Se trata de una paciente de 26 años, sana, gesta 3, cesárea 2. Cursando 31 semanas de gestación se realiza diagnóstico de teratoma a nivel de extremo caudal sacro de 10x12cm, sólida y quística, en apariencia completamente externo, sin otras malformaciones ó datos de hidrops, con polihidramnios. Fetometría y flujo de arteria cerebral media normales. A las 33 semanas de gestación se realiza amniodrenaje, ya que la paciente presenta dificultad respiratoria extrayéndose 1500cc líquido citrino. Se evidencia aumento de la masa tumoral 12x15cm, flujo arteria cerebral media y umbilical normales. Cursando 35 semanas de gestación presenta trabajo de parto pretérmino, se decide operación cesárea obteniéndose producto masculino de 3800grs, apgar 8/9, tumoración en región sacra de 18x16cm, rota en la región caudal. La tomografía axial computada reportó tumoración de 12x11cm, heterogénea, extraperitoneal, sin involucro de estructuras intrabdominales, muy vascularizada. Se realizó resección quirúrgica de la tumoración y remodelación con colgajos. En el postoperatorio con datos de bajo gasto, acidosis metabólica e hipekalemia lo cual se manejó con hemoderivados, soluciones polarizantes, gluconato de calcio y apoyo aminérgico. En las siguientes 36hrs presenta una evolución favorable permitiendo su extubación. El paciente fue trasladado a otra unidad al 4º día de vida extrauterina en buenas condiciones generales.

CARTEL MAMPARA 294**Gemelos siameses pigopagos en embarazo logrado por fertilización in vitro: Reporte de un caso.**

ANGEL ELIZALDE MENDEZ, ROGELIO CASTILLO LUNA, NORMA LIDIA SANDOVAL OSUNA, JOSE JUAN GUERRERO VARGAS, FRANCISCO IBARGÜENGOTIA OCHOA.

Instituto Nacional de Perinatología "Isidro Espinosa de los Reyes", Secretaría de Salud, México, D. F.

Los embarazos gemelares corresponden al 1.6% en embarazos espontáneos, en los últimos años se ha observado un incremento progresivo en su incidencia por programas de fertilización asistida y uso de inductores de la ovulación. Los gemelos siameses son una entidad rara dentro del embarazo múltiple, resultado de la falla en la separación del disco embrionario entre los días 15-17 de gestación, se reporta una incidencia de 1: 200 000; siendo los gemelos pigopagos el 6% de los gemelos unidos. La posible asociación entre métodos de reproducción asistida y gemelos unidos es aún discutida.

Se presenta el caso de una paciente de 40 años, primígesta, la cual logra el embarazo a través de fertilización in vitro con transferencia de tres embriones a quien se diagnosticó embarazo gemelar monocorial, monoamniótico y gemelos unidos a nivel perineal con una sola inserción de cordón y vejiga única a las 14 semanas de gestación, un saco gestacional contiguo sin desarrollo embrionario, debido a pobre pronóstico y alta letalidad post natal, posterior a valoración multidisciplinaria, la pareja solicitó interrupción del embarazo a las 20.5 semanas de gestación, por indecisión de los padres de realizarlo a menor edad gestacional, el abordaje se realizó vía abdominal por placenta previa total; la paciente egresó 72 horas posteriores sin complicaciones. El diagnóstico de gemelos siameses requiere una evaluación ecográfica detallada y su abordaje deber ser multidisciplinario en un centro de tercer nivel, el realizarlo oportunamente permite a los padres la culminación del embarazo con menores riesgos ya que el pronóstico es reservado, con supervivencia muy baja y la literatura reporta fracasos en la separación de éstos gemelos debido a las múltiples malformaciones que generalmente presentan, resultando con graves secuelas y deficiente calidad de vida.

CARTEL MAMPARA 295

Siameses dicéfalos: reporte de un caso.

MARCOS JESUS RODOLFO HERNANDEZ FIERRO, JONADAB JASSO JIMENEZ, PERLA DENNICE AGUILAR ROA, JOSUE ARTURO GARCIA SANCHEZ, CRISTHIAN FERNANDO SOTOMAYOR YANEZ.

Hospital Juárez de Mexico, Secretaria de Salud, Mexico, D.F.

Femenino, 36 años, de Guerrero, empleada. Higiene adecuada, tabaquismo (+) desde los 20a, una cajetilla diaria suspendido durante el embarazo. AGO: Menarca 17a, ciclos irregulares, IVSA 19, NPS 3, G4, P2, A1, FUP 2007, ambos de termino, vivos y sanos, FUA 2009, 12sdg. Control prenatal irregular. Sin consumo de ácido fólico u otro suplemento.

Referida de Guerrero, con Embarazo de 31.6sdg por USG del 3er trimestre, producto bicéfalo, sin estudios de imagen. Se realiza USG que reporta EIU con dos polos cefálicos independientes, defecto en torso, imágenes de cuerpos vertebrales independientes, continuidad de la piel entre ambos fetos, tórax único, corazón tetracameral, FCF 134lpm, un hígado, dos riñones, una vejiga, estructuras intestinales y circunferencia abdominal integras. ILA 24cm.

Inicia con actividad uterina por lo cual se interrumpe el embarazo con cesárea Beck, obteniendo producto, femenino, dicéfalo-parápago, peso 2410gr, talla 38cm, Apgar 7/9,

Capurro 34.2, el 29-06-13, a las 00:00. Fallecen el 20-07-13.

El diagnóstico se realiza por ultrasonido considerando: ausencia de membrana intraamniótica, placenta única, dificultad para estudiar cada feto por separado, columna vertebral extrañamente extendida, o muy cerca o confluyente, un número mayor de 3 vasos en el cordón, un corazón con cámara cardíaca única, fusión de algún segmento corporal.

Tiene incidencia estimada de 1 en 250,000 de RN. Pobre pronóstico, el 35% fallecen en el primer día por malformaciones. Hay predominancia femenina de al menos 3:1. Hay dos teorías dominantes en cuanto a la patogenia, la clásica propone una división tardía del disco embrionario después de los 12 días post-fertilización. La nueva habla de una fusión de dos discos embrionarios independientes.

No existen factores conocidos predisponentes, se señalan algunos posibles como: Factores genéticos, malnutrición materna e infecciones.

CARTEL MAMPARA 296

Reporte de 2 casos. Diagnóstico prenatal de tumoraciones cervicales.

JUAN ANTONIO SORIA LOPEZ, ABEL GUZMAN LOPEZ, JOSE LUIS IGLESIAS BENAVIDES, GABRIEL EDGAR VILLAGOMEZ MARTINEZ, MONICA DEL CARMEN ALANIS BELTRAN.

Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González", UNIVERSIDAD Autónoma de Nuevo León, Monterrey, N.L.

Las tumoraciones cervicales son infrecuentes. Presentan altas tasas de morbilidad y mortalidad. Con el uso del Ultrasonido y Resonancia magnética es posible un estudio más detallado de estas masas y ofrecer más opciones de tratamiento.

Objetivo: Reporte de dos casos de diagnóstico prenatal de tumoraciones cervicales y manejo perinatal.

Material y métodos: Se estudiaron dos casos en los que se realizó diagnóstico prenatal de tumoraciones cervicales. Las dos pacientes fueron referidas por productos con tumoraciones en cuello, a las 28.1 y 28.4 semanas respectivamente. En los dos casos se confirmó el diagnóstico como probable Teratoma vs Linfangioma. Se les programó para procedimiento EXIT a las 38.3 y 37.1 semanas. En ambos casos se logró la intubación.

Resultados: Se manejó la vía aérea y se ofreció manejo de las tumoraciones postnatalmente. En el primer caso se estabilizó al producto en la UCIN, y posteriormente se trasladó al IMSS para su tratamiento. En el segundo caso el producto se trasladó a la UCIN del Hospital Universitario, donde se realizó escleroterapia.

Conclusiones: El diagnóstico prenatal en las tumoraciones cervicales es de gran relevancia, pues permite el abordaje apropiado con un equipo multidisciplinario y un mejor pronóstico para el producto.

CARTEL MAMPARA 297

Diagnóstico prenatal: Rabdomioma cardíaco. Presentación de un caso y revisión de la literatura.

ISELA JULIANA BARRITA DOMINGUEZ, ABRIL CAMACHO CERVANTES

Hospital General Dr. Manuel Gea Gonzalez, Secretaria de Salud, México, D.F.

Los tumores cardíacos son neoplasias raras con una incidencia estimada de 1-2/10,000. El tumor cardíaco más diagnosticado de manera prenatal es el rabdomioma, se estima en el 70-80% de todos los determinaciones de tumores cardíacos hechos por ultrasonografía prenatal. Los rabdomiomas pueden ser diagnosticados por ecografía desde las 20 semanas, a finales del 2º y durante el 3er trimestre del embarazo. Usualmente se visualizan las cuatro cámaras de forma homogénea, hiperecoica, con tumores únicos o múltiples originados del septum ventricular y miocardio. La etiología es desconocida. Presentan asociación con escleross tuberosa en el 50-86% de los casos. Presentamos el caso de paciente de la clínica de materno fetal, femenino, 38 años, gesta 3, cesárea 2, embarazo 36.5 semanas, referida por ecografía obstétrica anormal. La evaluación ultrasonográfica fetal reporta imágenes compatibles con rabdiomiomas cardíacos. Se solicita ecocardiograma fetal donde se corroboran las lesiones con obstrucción a la entrada del ventrículo izquierdo e insuficiencia mitral moderada a grave sin datos de falla cardíaca. Se interrumpe el embarazo vía abdominal y al nacimiento los hallazgos ultrasonográficos post-natales fueron similares a los del diagnóstico prenatal por lo que el recién nacido se transfirió al Instituto Nacional de Cardiología donde actualmente lo reportan con evolución satisfactoria en manejo conservador. El pronóstico depende del número, tamaño y localización de los tumores y de la presencia o ausencia de anomalías asociadas. Los rabdomiomas crecen lentamente in útero pero tienden a regresar de manera espontánea después del nacimiento. Se deberán realizar evaluaciones ultrasonográficas seriadas para identificar signos de falla cardíaca congestiva o arritmias. El manejo obstétrico estándar es apropiado para casos no complicados. Una vez que se ha hecho el diagnóstico, se debe evaluar de manera detallada otras estructuras fetales en busca de signos de escleross tuberosa.

CARTEL MAMPARA 298**Malformación adenomatoidea quística pulmonar congénita.**

HELGA PEREZNUÑEZ ZAMORA, LUIS ASSAD SIMON PEREIRA.

Medica Sur Tlalpan. Institución Privada, México, D.F.

Es una anomalía poco frecuente del tracto respiratorio inferior durante el período de desarrollo. El período involucra una gama de condiciones, cuyos orígenes son debatibles, los pacientes afectados pueden presentarse totalmente asintomáticos, o por el contrario, los recién nacidos pueden presentar severa dificultad para respirar, otros, en cambio, presentan síntomas posteriormente que consisten en dificultad respiratoria aguda, infección aguda, u otras manifestaciones. Muchos casos que antiguamente no se podían detectar mientras no sugieran las complicaciones, hoy en día se detectan por control de ultrasonido prenatal de rutina.

Presentación de caso: Paciente de 28 años de edad, G2, A1, la cual acudió a nuestro hospital a las 23 semanas de gestación con diagnóstico de probable malformación fetal.

Antecedentes de importancia: alcoholismo social, Gpo y Rh A+.

AGO: M: 12, ritmo 28 x 5, FUM: 28/02/12, MPF: hormonales inyectables por 6 meses, PAP: hace 1 año y medio sin alteraciones, DOCMA: negado, G2, A1 lui hace 7 años.

Presentó adecuado control prenatal, consumo de hierro y ácido fólico, embarazo normoevolutivo, refiriendo diagnóstico por usg de malformación adenomatoidea quística en el feto, la cual se mantuvo únicamente en vigilancia sin complicaciones agregadas, negando marcadores fetales con aplicación de 3 esquemas de madurez pulmonar con betametasona 12mg IM c/24hrs 2 dosis, usg de control únicamente reportando malformación adenomatoidea quística. Se programó para cesárea con diagnóstico de embarazo de 38 sdg y producto con malformación adenomatoidea quística. Hallazgos: 20 noviembre 2011, 11:36 hrs, masculino, Capurro 38 semanas, apgar 9/9, peso 3350 gr, talla 51.5 cm. Dx. Recién nacido de término 38 sdg, peso adecuado para la edad gestacional, malformación adenoidea quística basal izquierda en estudio. Evolución: Recién nacido sin dificultad respiratoria ni problemas respiratorios, TAC de tórax con ventana pulmonar y medio de contraste con diagnóstico de MAQ y USG renal el cual se reportó normal. IC a cirugía en donde se encontraba la posibilidad de diagnóstico de MAQ Vs secuestro pulmonar pero por la buena evolución del RN sin requerir oxígeno se egresó para programar posteriormente toracotomía electiva y resección de malformación.

Cirugía: 1 abril 2013 Dx. Posoperado de secuestro pulmonar extralobal izquierdo en lactante de 4 meses, duración de 1:40 minutos.

CARTEL MAMPARA 299**Mixoma cardíaco fetal. Diagnóstico y manejo.**

DIANA ROSALIA TIRO HERNANDEZ, JESUS HERNANDEZ HERNANDEZ, JOHNATAN TORRES TORRES, MARTHA LEON ALCANTARA.

Hospital General de Mexico, Secretaria de Salud, Mexico, D.F.

Los tumores cardíacos congénitos son una entidad rara que afecta al 0.08% de los recién nacidos. En el feto representan el 2.8% de las alteraciones cardíacas diagnosticadas in útero. Prenatalmente se describen 5 tipos anatomopatológicos: los cuales en orden de frecuencia son: rhabdomyoma (60%), teratoma (25%), mixoma (25%), hemangioma atrial (2%), fibroma (12%) y hamartoma.

Se presenta el caso de una paciente enviada al servicio de medicina materno fetal del Hospital General de México por presentar un embarazo de 35.5 semanas de gestación a la cual realizan ultrasonido obstétrico a las 34 semanas refiriendo sospecha de cardiopatía congénita al detectar focos hiperecogénicos. Se recibe paciente primigesta de 26 años quien no cuenta con antecedentes personales patológicos ni factores de riesgo para cardiopatía fetal. Se realiza ultrasonido obstétrico encontrando feto único vivo, masculino con 2 focos hiperecogénicos cardíacos, se realiza estudio para descartar patología estructural asociada sin encontrar evidencia de la misma. A la exploración cardíaca intencionada se encuentra corte de 4 cámaras evidenciando corazón en situs solitus, plano de 4 cámaras anormal a expensas de tumoración única de forma redonda, de 0.7 x 0.7 mm, dependiente de ventrículo izquierdo, fija. El corazón con adecuada situación intratorácica, no se detecta derrame pericárdico, foramen oval permeable, válvulas auriculoventriculares adecuadamente implantadas con movimientos normales, tabique interventricular íntegro. Arco aórtico y pulmonar visibles de trayecto normal, ductus arterioso funcionante. Se observa ritmo cardíaco regular y estable durante toda la exploración.

Se programa paciente para interrupción del embarazo vía abdominal y se obtiene recién nacido único vivo con Capurro de 37 semanas de gestación sexo masculino, talla 45 cm, peso 3050 gramos, Apgar 7/8, no se encuentran datos clínicos de cardiopatía congénita, sin embargo, dado el antecedente, se solicita valoración a cardiología pediátrica quienes mediante ecocardiograma fetal corroboran la presencia de tumoración cardíaca dando como primera posibilidad un rhabdomyosarcoma cardíaco fetal,

se realiza cirugía a los 4 días posnatales con la indicación de disminuir riesgo de muerte súbita fetal y se realiza exéresis de tumoración cardíaca, se envía pieza a patología quienes confirman se trata de un mixoma cardíaco.

CARTEL MAMPARA 300**Pentalogía de Cantrell asociado a placenta previa total y acretismo placentario: reporte de un caso y revisión de la literatura.**

NORMA PAULINA PÉREZ RAMÍREZ, ITZEL ALVARADO MALDONADO, LAURA VANESA RODRIGUEZ ROCHA, JESUS JORGE BELTRAN MONTOYA, ERIKA TORRES VALDEZ.

Instituto Nacional de Perinatología "Isidro Espinosa de los Reyes", Secretaria de Salud, México, D. F.

Reporte de caso: María 42 años, gesta 6, partos 3, cesareas 2, a positivo/ embarazo de 31.5 sdg por fum 04/07/12/ antecedente de 2 cesareas / edad materna de riesgo / feto con pentalogía de cantrell / diabetes gestacional/ obesidad/antecedente de macrosómico/ polihidramnios /placenta previa total / acretismo placentario /paridad satisfecha. Quien acude a valoración por control de ultrasonido de que reportar feto con onfalocelo. Por lo que se realizó ultrasonido estructural el 29/01/13 con reporte de fetometría promedio acorde a edad gestacional, una semana y 2 días menor a ultrasonido previo, placenta previa con componente anterior con abundantes lagos venosos y pérdida de la interfase entre placenta y útero sugestivos de acretismo placentario, 1la 28 cc, peso estimado fetal 1394 grs. Defecto en pared anterior que aparentemente involucra al esternón en corte axial, su diámetro transversal es de 4.47 cm y corte sagital el diámetro de 3.41 por donde aparentemente protruyen el apex cardíaco e hígado, vejiga traccionada hacia el defecto. Arteria umbilical única (izquierda) que emerge por el defecto. Se observa también un defecto en el diafragma del lado izquierdo por donde pasan hacia el tórax lo que parece ser cámara gástrica e intestino y que desplaza el corazón a la derecha, aorta aparenta cabalgada, probable comunicación interventricular subaórtica de 3.1 mm y defecto pericárdico, genitales fetales ambiguos. Concluye pentalogía de cantrell. Antes dichos hallazgos, el mal pronóstico fetal y paridad satisfecha de la paciente, se decide de manera conjunta con el servicio de medicina materno fetal realizar histectomía en bloque el 13/02/13 bajo la indicación de acretismo placentario + paridad satisfecha + feto con múltiples malformaciones. Con reporte de patología posterior con no. H-365-13. Que reporta producto de histectomía en bloque, de 25x14x10 cm y 1320 grs. Se serosa rosada brillante, lisa que al corte revela miometrio edematoso con notable

distensión de canales vasculares a la tracción y cavidad endometrial distendida y ocupada por la placenta de inserción previa oclusiva total y un producto de la gestación que se estudia por separado. Tras el corte seriado se observa tejido placentario penetrado a la totalidad del espesor del miometrio sin llegar a atravesarlo (incretas) y cordón umbilical con arteria umbilical única. Egresó paciente con diagnóstico de puerperio quirúrgico (4to día postparto en bloque) + hemorragia obstétrica + diabetes gestacional + obesidad.

CARTEL MAMPARA 301

Diagnóstico prenatal: quiste de ovario. Presentación de un caso y revisión de la literatura.

ABRIL CAMACHO CERVANTES, ISELA BARRITA BARRITA DOMÍNGUEZ.

Ginecología y Obstetricia, Hospital General "Dr. Manuel Gea González", Secretaría de Salud, México, D.F.

En 1975, Valenti et al. reportaron el 1er diagnóstico prenatal de quiste ovárico fetal. Es el tipo más frecuente de tumor abdominal en los fetos femeninos, con incidencia estimada en 1:2600 embarazos. Se identifican durante finales del 2º y en el 3er trimestre del embarazo. La etiología precisa es aún desconocida, aunque se ha sugerido un vínculo con la estimulación de la gonadotropina fetal derivado de los estrógenos maternos o la hormona gonadotropina coriónica humana de la placenta. La mayoría tienen origen en el epitelio folicular pero pueden también ser teca-luteínicos, del cuerpo lúteo o quistes simples cuyo origen no se pudo determinar. Se presenta el caso de paciente de la clínica de materno fetal, 14 años, gesta 1 a la cual se le dio seguimiento durante el tercer trimestre de la gestación por imágenes compatibles con quiste gigante ovárico fetal. Los hallazgos ultrasonográficos postnatales corroboraron el diagnóstico por lo que el recién nacido se intervino en nuestra institución vía laparoscópica de cistectomía tipo Pelosi, con reporte histopatológico de quiste folicular benigno y actualmente de 4 meses con recuperación total. El diámetro y ecogenicidad son los principales criterios para establecer el pronóstico. Usualmente el tamaño de los quistes ováricos es pequeño (<4-5cm), resuelven espontáneamente dentro de 1-6 meses y pueden ser vigilados de manera segura por los clínicos. Los quistes mayores pueden ser sometidos a torsión, ruptura, hemorragia y auto-amputación, y algunas veces causar compresión en órganos vecinos. De estas complicaciones, la torsión ovárica es la más severa y común (50-78%) y puede manifestarse como taquicardia fetal debido a irritación peritoneal. La torsión más frecuentemente durante la vida fetal que postnatal. La mayoría resuelven espontáneamente

en el periodo postnatal y pueden ser tratados de diferentes formas dependiendo del tamaño y curso clínico: conservadoramente, cirugía abierta o por punción transabdominal post-natal.

CARTEL MAMPARA 302

Diagnóstico prenatal de quiste de cordón umbilical.

IDALIA CELESTE MORALES VÁSQUEZ, RICARDO ESPARZA PÉREZ, PAOLA JANETH RIVERA LEAL, NADIA LIZETH RUBIO FERNÁNDEZ, BEATRIZ ADRIANA DE LA CRUZ ALARCÓN.

Hospital de Ginecología y Obstetricia de Monterrey. Institución Privada, Monterrey, N.L.

Caso clínico. Paciente femenina de 30 años, sin antecedentes heredo-familiares y personales de importancia. AGO: G2C1 (2010/DCP/3200/ Femenino). Inicia su control prenatal a las 7.2 semanas de gestación, encontrándose la presencia de un saco gestacional intrauterino, con polo embrionario y frecuencia cardíaca fetal presente. El curso del embarazo fue normal hasta las 25.5 semanas de gestación, donde en el ultrasonido anatómico se observa imagen quística simple de 3.3 x 3cm paraumbilical en sitio de inserción placentaria del cordón umbilical, compatible con probable quiste de cordón umbilical; resto de evaluación anatómica sin alteraciones, no se encontraron marcadores ecográficos compatibles con cromosomopatías. Se realizó seguimiento ultrasonográfico a las 29.1 semanas de gestación, encontrándose desarrollo adecuado del producto, así como incremento del tamaño de la imagen quística, la cual medía 4.68 x 4.20cm, sin encontrar compromiso fetal. La paciente cursa gestación asintomática hasta las 33.1 semanas de gestación que presenta amenaza de parto prematuro, se hospitaliza para tocólisis y se realiza nuevo rastreo ultrasonográfico observándose imagen quística de 3.92 x 4.68cm; adecuado crecimiento fetal. Se realiza manejo satisfactorio con tocolíticos y se indica su alta. Posteriormente, cursa resto de gestación asintomática y a las 37.1 semanas de gestación, inicia con actividad uterina regular, presentando a su ingreso 3 cm de dilatación con 80% de borramiento; se inicia conducción de trabajo de parto y se obtiene mediante parto eutócico, producto femenino de 2950 gramos, Apgar 9/10 sin complicaciones, corroborándose presencia de quiste de cordón umbilical a nivel de su inserción placentaria. Se realizó una revisión del neonato no encontrado alteraciones estructurales.

El examen del cordón umbilical es parte importante de la ecografía obstétrica, varios expertos han puesto mucha importancia al examen detallado del cordón umbilical, porque muchas lesiones importantes del cordón umbi-

linal puede ser diagnosticada prenatalmente, el conocimiento y detección de esas condiciones antes del parto tienen el potencial para mejorar la supervivencia fetal con una mejor vigilancia prenatal y la intervención oportuna cuando sea necesario. Es necesaria la búsqueda de alteraciones a lo largo de todo el cordón umbilical. Dada la aparente asociación con aneuploidías cromosómicas letales y/o anomalías congénitas, el hallazgo de un quiste de cordón umbilical debe llevar a una evaluación ecográfica en un centro de tercer nivel.

CARTEL MAMPARA 303

Datos ecográficos de pseudohipoadosteronismo congénito: hidramnios.

PAOLA JANETH RIVERA LEAL, MIREYA PUENTE VILLALOBOS, IDALIA CELESTE MORALES VÁSQUEZ, ANA CECILIA SEPÚLVEDA GONZÁLEZ, BEATRIZ ADRIANA DE LA CRUZ ALARCÓN.

Hospital de Ginecología y Obstetricia de Monterrey. Institución Privada, Monterrey, N.L.

Paciente femenina de 31 años de edad, sin antecedentes heredo-familiares y personales de importancia. AGO: G3C1 Masculino de 2410gr. (35.3 semanas, RPPM, polihidramnios) A1. Inicio su control prenatal a las 7.4 semanas de gestación, encontrándose la presencia de un saco gestacional intrauterino, con polo embrionario y frecuencia cardíaca fetal presente. El curso del embarazo fue normal hasta las 22.4 semanas de gestación, donde en el ultrasonido anatómico se evidenció la presencia de polihidramnios (ILA 30 cm), marcadores ecográficos de cromosomopatías negativo. Tamizaje para diabetes negativo. Paciente continúa en vigilancia sin presentar mejoría del hidramnios y crecimiento fetal adecuado. Se realiza amnioreducción (1500cc) a las 32 semanas de gestación y estudio del líquido amniótico: STORCH negativo. A las 35 semanas de gestación la paciente acudió a consultar por presentar actividad uterina regular. A la exploración física se encontró un cérvix con dilatación de 3 cm y 80 % de borramiento. Ultrasonido de control reportándose un ILA 71 cm. Se realiza cesárea con diagnóstico de trabajo de parto prematuro, polihidramnios. Se obtuvo un producto masculino vivo de 2400gr, apgar 8/9. El neonato se ingresa a cuidados intermedios por alteraciones en mecanismo de succión. En el 7º día de vida presenta deterioro clínico, mal estado general. Poliuria, deshidratación que requirió reposición de líquidos. Laboratorios: hiponatremia, hiperpotasemia, hipomagnesemia, acidosis metabólica, natriuresis. Aldosterona en 7,729 y Renina 27.6 ng/ml/h, confirmando el diagnóstico de Pseudohipoadosteronismo tipo I

CARTEL MAMPARA 304**Síndrome Bloch Sulzberger y su asociación con la mortalidad perinatal: presentación de un caso clínico poco frecuente y revisión de la literatura.**

ANTONIO SIFUENTES ÁLVAREZ, TEODORO GURROLA MORALES, MIGUEL REYES ROMERO.

Hospital General de la Secretaría de Salud de Durango, Facultad de Medicina y Nutrición de la UJED, Durango, Dgo.

Antecedentes: El síndrome de Bloch Sulzberger es una enfermedad hereditaria infrecuente con predilección del sexo femenino en relación 37:1, reconocida por primera vez por Garrod en 1906, descrita por Bloch como una displasia ectodérmica y mesodérmica hereditaria, dominante ligado al cromosoma Xq28. Generalmente presenta una genodermatosis, habitualmente mortal "in útero" para varones, existiendo supervivencia en enfermos 47 XXY ó mosaicismos somático en el gen NEMO. Se han reportado 700 casos a nivel mundial y solo 28 corresponden al sexo masculino.

Objetivo. Presentación de un caso clínico con producto único vivo del sexo masculino y su asociación con la mortalidad perinatal.

Presentación del caso: Femenino de 19 años con antecedentes maternos de síndrome de Bloch sulzberger, dos muertes perinatales, a los 4 días y al mes de nacimiento; con diagnóstico de Síndrome de Bloch Sulzberger a los 9 años, presenta múltiples lesiones ampulares en piel, zonas dérmicas hipopigmentadas, crisis convulsivas, escaso vello en cejas, ausencia de pestañas, dientes cónicos y anodoncia parcial; cursando embarazo de término y trabajo de parto, con producto vivo pélvico, FCF 140, escaso vello púbico, tacto vaginal cérvix cerrado y formado, integrándose diagnóstico de trabajo de parto fase latente; se realiza cesárea obteniendo producto sexo masculino de peso y talla normales, con múltiples lesiones dérmicas y diagnóstico de síndrome de Bloch sulzberger.

Conclusiones: Caso clínico raro asociado con alta morbilidad femenina y mortalidad masculina por lo tanto debe de evitarse embarazo en pacientes que presenten la enfermedad.

CARTEL MAMPARA 305**Asociaciones esquisis: reporte de un caso.**

LETICIA LARA AVILA, JOSE CARLOS AGUERREBERE ESPITIA, MANUEL MONTIJO HERNANDEZ.

Hospital Civil de Culiacan, Gobierno de Estado de Sinaloa, Culiacan, Sinaloa.

Objetivo: Describir un caso de asociación esquisis diagnosticado prenatalmente por ultrasonografía

Material y métodos: Paciente secundigesta de 22 años edad, G: 2, P: 1, embarazo normoevolutivo con producto de 3,200 grs hace 4 años, la cual acude a servicio de Medicina Materno Fetal el día 6 de Marzo de 2013 para realización de ultrasonido estructural, con embarazo de 18 semanas de gestación, con embarazo normoevolutivo aparentemente.

A la visualización ultrasonografica se encuentran como hallazgos: feto único vivo pélvico con dorso a la derecha con defecto de pared abdominal con salida de asas de intestino delgado, ausencia de calota y de tejido nervioso organizado y defecto de tubo neural a nivel lumbar de 2da a 5ta vertebra con protrusión de meninges y médula espinal. Se establece el diagnóstico de asociación esquisis por gastrosquisis + anencefalia + mielo meningocele. Se comenta con paciente mal pronóstico para la vida y la función del feto. Solicitan los padres interrupción de la gestación y debido a legislación estatal, no procede en comité de ética y se indica seguimiento se embarazo cada 2 semanas para vigilancia de vitalidad fetal.

Resultados: El día 20-marzo-2013 a las 20 semanas de gestación, se hospitaliza paciente por trabajo de parto en fase latente, el cual evoluciona y se obtiene feto de 420grs, con defectos previamente encontrados (gastrosquisis, mielo meningocele lumbar y anencefalia). Intencionalmente se revisa labios y paladar sin encontrar defectos a éste nivel y extremidades integrales. No aceptan autopsia por lo que se entrega feto a familiares.

CARTEL MAMPARA 306**Resonancia magnética fetal para el diagnóstico de holoprosencefalia alobar.**

RODOLFO HERNANDEZ FLORES, ALMA MAYELA GONZALEZ GARZA, CLAUDIA GONZALEZ NAVARRETE, JENNY PAREDES MARTÍNEZ, MARIO LOPEZ CONTRERAS. *Hospital General de Cuautitlan "Vicente Villa-da", ISEM, Cuautitlan, Estado de Mexico*

Objetivo, dar a conocer la utilidad de la resonancia magnética fetal para realizar y confirmar el diagnóstico de holoprosencefalia alobar.

Femenino de 19 años, religión católica, escolaridad secundaria, unión libre se dedica al hogar, residente del estado de México, sin antecedentes personales patológicos de importancia, Cuenta con antecedentes Ginecobstetricios: Pubarca: 10, Telarca: 10, Menarca 11, Ritmo: 30x5, eumenorríca, Inicio de Vida Sexual: 16, Parejas Sexuales: 1, Gesta: 1, Para: 0, Aborto: 0, Cesárea: 0, Ultimo Papanicolau: no se ha realizado, Método anticonceptivo: Ninguno.

Gesta 1: Control prenatal 3 consultas en centro de salud, y medio privado, toxoide tetánico 1 do-

sis, prueba de VIH negativa, 21 SDG por FUR. Acude a consulta de control prenatal con ultrasonido de medio privado, reporta holoprosencefalia, se decide realizar USG de segundo nivel donde Reporta holoprosencefalia alobar + labio y paladar hendido, se realiza Resonancia Magnética Fetal, donde se confirma diagnóstico, se somete caso a comité de bioética del hospital, ya que paciente conoce mal pronóstico fetal solicitando la interrupción de la gestación, por lo que se decide inducción de parto, obteniendo producto masculino 600gr, 22semanas de gestación, con presencia de múltiples malformaciones fetales.

Conclusiones, Las anomalías congénitas del sistema nervioso central ocurren con una frecuencia aproximada de 1/1.000 nacimientos. La importancia de un adecuado diagnóstico prenatal es evidente, ya que permite establecer un pronóstico basado en la lesión encontrada, optimizar el momento y vía del parto y preparar a los padres en el caso de malformaciones asociadas a un mal pronóstico vital o neurológico. Los estudios sobre el desarrollo de SNC se han beneficiado más de la calidad de imagen y los detalles que la Resonancia Magnética proporciona; ya que la alta resolución de la imagen en resonancia magnética puede identificar cambios pequeños y sutiles en puntos de referencia del SNC, especialmente en edades gestacionales tempranas.

CARTEL MAMPARA 307**Holoprosencefalia reporte de caso y revisión de literatura.**

ALEJANDRA PEREZ MORALES, ISELA BARRITA DOMINGUEZ, SARA HERNANDEZ FLORES, ABRIL CAMACHO CERVANTES.

Hospital General Dr. Manuel Gea Gonzalez, Secretaria de Salud, Mexico, D.F.

La holoprosencefalia (HPE) es una malformación cerebral compleja, resultado de la división incompleta del prosencéfalo, que se produce entre los días 18 y 28 de gestación, afectando tanto al cerebro anterior como a la cara, lo que provoca manifestaciones neurológicas y anomalías faciales de gravedad variable.

Se estima que ocurre en 1/10.000 de recién nacidos vivos y muertos y en 1/250 concepciones. Existen tres clases de holoprosencefalia: alobar, la semilobar y la lobar, esta última la forma menos grave de la enfermedad. En cualquiera de los tres tipos, los productos presentan una morfología facial característica: hipotelorismo, cebocefalia, nariz corta con gran ensilladura, labio leporino y paladar hendido y, en muchos casos, filtrum amplio, ausencia de los incisivos, o incisivo central único, microcefalia e hidrocefalia.

Caso clínico. A propósito se presenta el caso de paciente de 33 años Gesta 2 Cesárea 1 Actual, que acude al servicio con Diagnóstico Diabetes gestacional con glucosa de 321 mg/dl, sin tratamiento y con ultrasonido que reporta embarazo de 21.5 semanas producto único y vivo, malformación cerebral, con presencia de líquido que ocupa la mayor parte de la cavidad endocraneana y algunas estructuras de la base y escasa corteza, Probable holoprosencefalia lobar.

Discusión: El diagnóstico prenatal de holoprosencefalia puede ser realizado mediante ultrasonografía, lo que permite un manejo más racional del embarazo en vista del mal pronóstico asociado a esta anomalía y ofrecer estudio citogenético prenatal, lo que no es sólo relevante en el manejo del embarazo afectado sino que también para determinar el riesgo de recurrencia en futuros embarazos.

Conclusión: La etiología de la holoprosencefalia es heterogénea. La anomalía es aislada y esporádica. Otros casos se asocia a anomalías cromosómicas, la más frecuente es la trisomía 13, se encuentra en asociación a otras aberraciones cromosómicas, trisomía 18, clara asociación con diabetes mellitus materna.

CARTEL MAMPARA 308

Aneurisma de la vena de Galeno, diagnóstico prenatal.

J. JESÚS HERNÁNDEZ HERNÁNDEZ.

Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga O.D., Secretaría de Salud, México, D.F.

Objetivo: Presentación de un caso y revisión de la literatura.

Material y métodos: Se presenta el caso de paciente de 23 años, primigesta referida a esta unidad con embarazo de 39 semanas con diagnóstico de envió de quiste interhemisférico; por lo que se procede a valoración y los hallazgos ultrasonográficos fueron: producto vivo intrauterino en el que se aprecia imagen sacular de 3 x 3 cm en línea media y posterior a arteria

cerebral media con señal doppler positiva de flujo turbulento y patrón mixto arteriovenoso compatible con aneurisma de la vena de Galeno. La fotometría obtenida fue de 36,3 semanas con estudio morfológico y hemodinámico en parámetros normales.

Resultados: El embarazo se resolvió por operación cesárea sin complicaciones y se obtuvo producto femenino de 2710 g Apgar 7/9 fenotípicamente sano y Capurro de 39 semanas, se practica resonancia magnética que reporta ventriculomegalia supratentorial y dilatación sacular de la vena media de Markowski de 28 x 26 mm, con parénquima cerebral homogéneo con lo que se confirma el diagnóstico prenatal. Se practicó resonancia magnética de control al año de vida aún con ventriculomegalia que no ameritó derivación y con aneurisma sin cambios en su tamaño.

Conclusiones: El aneurisma de la vena de Galeno es una anomalía congénita que se caracteriza por la persistencia de una vena embrionaria (vena prosencefálica media), asociada a shunts con arterias coroideas, su incidencia se calcula en 1 en 250000 nacimientos y se han reportado en la literatura mundial unos 200 casos; la importancia radica en la alta morbilidad en periodo neonatal, infancia temprana, tardía o incluso adulta. En este caso se demuestra el valor del diagnóstico prenatal como herramienta en medicina materno fetal que permite el manejo adecuado de un binomio en el que el producto con malformación congénita es susceptible de vigilancia y tratamiento multidisciplinario en unidades de alta complejidad y capacidad resolutoria.

CARTEL MAMPARA 309

Aneurisma de la vena de Galeno: reporte de un caso.

IRAK MIJAIL TRAPERO CORONA, LETICIA LARA ÁVILA, BERENICE GONZÁLEZ REYES, MIGUEL TRAPERO MORALES, FRED MORGAN ORTIZ.

Hospital Civil de Culiacán, Gobierno del Estado, Culiacán, Sinaloa.

Objetivo del estudio: Realizar diagnóstico temprano, dar manejo multidisciplinario, combinando un tratamiento sintomático y tratamiento local de la lesión, con el fin de conseguir una completa resolución de la malformación, mejorando el pronóstico neonatal.

Materiales y Métodos: Se presenta un caso clínico de aneurisma de la vena de Galeno diagnosticado mediante ultrasonido obstétrico de alta definición II nivel. Con un embarazo de 30.3 semanas de gestación por fotometría.

Se trata de paciente de 24 años de edad, Gesta: 1, con carga genética para diabetes, O Rh positivo, Gineco-obstétricos: menarca: 14 años, ciclos regulares, IVSA: 20 años, con una pareja sexual. Control prenatal mensual, ingesta de ácido fólico, hierro y calcio, con diabetes gestacional en tratamiento con dieta, con adecuado control glicémico.

Resultados: Se detectó un defecto arteriovenoso del sistema nervioso central, aneurisma de la vena de Galeno. En la exploración de crecimiento fetal se encuentra en cortes axiales de cráneo imagen anecoica sobre la línea media del cráneo por detrás de los tálamos de 15 mm de ancho, con doppler color positivo, compuesto por flujos arterial y venoso, compatible con aneurisma de la vena de Galeno, exploración cardíaca normal.

Conclusiones: El aneurisma de la vena de Galeno es sumamente raro, en nuestro caso se detectó a la semana 30.4 de gestación, aun no contaba con afectación neurológica ni cardíaca, lo que mejora el pronóstico en este tipo de pacientes en los que se les ofrece una intervención neonatal inmediata mediante embolización y tratamiento sintomático de la insuficiencia cardíaca que se presenta posterior al nacimiento por el mecanismo fisiológico de cierre del conducto arterioso lo que aumenta más el gasto cardíaco. Otra posibilidad en el tratamiento de este paciente es la embolización por cateterismo en la vida intrauterina, por lo que se envía a tercer nivel para un manejo multidisciplinario.



FEDERACIÓN MEXICANA DE COLEGIOS DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA, A.C.

Congresos 2014

Región I - **COMEGO**

XIX

**Congreso Regional de
Ginecología y Obstetricia**

23 a 26 de junio de 2014
Ciudad de México, D.F.



Región II

XXII

**Congreso Regional de
Ginecología y Obstetricia**

24 a 26 de abril de 2014
San Luis Río Colorado, Sonora.



Región III

XXII

**Congreso Regional de
Ginecología y Obstetricia**

15 a 17 de mayo de 2014
Ciudad Juárez, Chihuahua.



Región IV

**65° Congreso Mexicano de
Ginecología y Obstetricia**

26 a 30 de octubre de 2014, Monterrey, Nuevo León.



Región V

XXI

**Congreso Regional de
Ginecología y Obstetricia**

12 a 15 de marzo de 2014
León, Guanajuato.



Región VI

XXI

**Congreso Regional de
Ginecología y Obstetricia**

29 a 31 de mayo de 2014
Acapulco, Guerrero.



Región VII

XXII

**Congreso Regional de
Ginecología y Obstetricia**

5 a 7 de junio de 2014
Ciudad del Carmen, Campeche.

