

VOLUMEN 79
SUPLEMENTO
2011

ISSN-0300-9041



GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DE MÉXICO

62 Congreso Mexicano de Ginecología y Obstetricia

Boca del Río, Veracruz
22 al 26 de octubre de 2011



GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DE MÉXICO

62 Congreso Mexicano de Ginecología y Obstetricia

Boca del Río, Veracruz
22 al 26 de octubre de 2011

TRABAJOS LIBRES

Editores invitados

Dr. Alberto Kably Ambe.
Presidente del Consejo Directivo, FEMECOG
Dr. Héctor Rogelio Santana García.
Director Médico, FEMECOG



Este Suplemento contiene los resúmenes de los carteles y vídeos que se exhibirán durante el 62 Congreso Mexicano de Ginecología y Obstetricia que se celebrará en Boca del Río, Veracruz, del 22 al 26 de octubre de 2011. La cantidad de trabajos exhibidos refleja, indudablemente, el interés creciente de los ginecólogos y obstetras mexicanos por dar a conocer los resultados de sus investigaciones, sus experiencias y sus hallazgos clínicos. Para todos los congresistas será una magnífica oportunidad acercarse a la lectura y análisis de esta importante cantidad de trabajos, discutirlos con sus autores y aprender de las experiencias ajenas para actualizarse en lo desconocido e incorporar lo aprendido a la práctica clínica diaria.

Es importante que todos los médicos que hicieron el esfuerzo de presentar en este foro sus investigaciones, concluyan con la escritura *in extenso* y propongan al Comité Editorial de nuestra revista GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DE MÉXICO sus artículos

para que sean evaluados y puedan publicarse y, de esta manera, mayor número de médicos mexicanos y de otros países conozcan nuestras experiencias, nuestros hallazgos, nuestros aciertos.

Todos los resúmenes de las investigaciones incluidos en este Suplemento fueron inscritos para participar en diferentes Premios, mismos que serán calificados por comités de expertos y serán reconocidos con premios monetarios pero, sobre todo, por todos los que tengan la oportunidad de leerlos y analizarlos en su escrito extenso.

Es necesario recordar que todos los trabajos aquí reunidos constituyen la parte medular de los congresos de ginecología y obstetricia porque, a través de ellos, nuestros médicos residentes comienzan a demostrar y a responder a una de nuestras exigencias morales como médicos: investigar para superarse y publicar para aportar conocimiento para los demás.



CONTENIDO

PREMIO

“Dr. Alfonso Álvarez Bravo”

- S2 Efecto de la aplicación de columnas de anexina en los resultados reproductivos de parejas infértiles**
Barroso Villa Gerardo, Morales Velázquez Mario, Osuna Zazueta Marcela, Robledo Trejo Gonzalo, Colin Valenzuela Alinne, Avila Lombardo Rosaura
- S2 Recuperación espermática después de la criopreservación en muestras seminales de hombres fértiles e infértiles**
Juárez Bengoa Armando, Flores Escobar Xóchitl Elena, Serrano Macedo Nubia Monserrat, Castellanos Barroso Guillermo, Cruz Rivera Eduardo, Vega Sánchez Rodrigo
- S2 Correlación entre el grado de fragmentación del ácido desoxirribonucleico espermático y los parámetros seminales en parejas infértiles**
Godoy Morales Héctor Salvador, Ulloa-Aguirre Alfredo, Ponce Barberena Pedro Antonio, Mera Mejía Ricardo, Rivas López Radamés, Cediño García-Lascurain Luciano
- S3 Hormona antimülleriana como marcador de respuesta ovárica en fertilización in vitro**
Godoy Morales Héctor Salvador, Ulloa Aguirre Alfredo, Falcón Martínez Juan Carlos, Marsal Martínez Emma Elizabeth, Rivas López Radamés, Cediño García Lascurain Luciano

PREMIO

“Dr. Luis Castelazo Ayala”

- S5 Relación entre índice de masa corporal y severidad de endometriosis**
Torres Jasso Yamile, Moreno Sánchez Jose Antonio, Gómez García Cano Jessica, Meza López María Esther, García López Brenda Iliana, Gallardo Pineda Jesus Fernando
- S6 Atención de pacientes con dispositivo intrauterino traslocado**
García López Brenda Iliana, Meza López María Esther, Torres Jasso Yamile, Moreno Sánchez José Antonio, Contreras Carreto Nilson Agustín
- S7 Cirugía laparoscópica y embarazo. Resultados perinatales**
Villegas Cisneros Adrián, Leroy López Lionel, Herrerías Canedo Tomás, Cepeda Silva Armando
- S7 Colposuspensión retropúbica tipo Burch vs una técnica modificada de aplicación de cintilla sub-uretral libre de tensión para el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo en pacientes obesas**

- Morgan Ortiz Fred, Soto Pineda Juan Manuel, Soriano Benítez Mauricio Israel, Baez Barraza Josefina, Guerrero Valdez Misael, Galeano Alejandro*
- S8 Sacrocolpopexia laparoscópica. Experiencia y resultados en nuestro hospital con técnica endoscópica y abierta en 8 casos**
Treviño Garza Rodolfo Mauricio, García Rodríguez Luis Fernando, Soto Fuenzalida Gonzalo Andrés, Ruz Barros Rodrigo Emilio, García Garza Manuel Rolando Lozano Garza Isaac
- S8 Prevención de la transmisión perinatal del virus de la inmunodeficiencia humana**
Villagrana Zesati Jesús Roberto, Plazola Camacho Noemí, Valdés Ramírez Martha, Segura Cervantes Enrique, Mancilla Ramírez Javier
- S9 Genotipificación del virus del papiloma humano en pacientes gineco-obstétricas**
Villagrana Zesati Jesús Roberto, García Romero Selene, Soriano Becerril Diana, Acevedo Pérez Raquel, Figueroa Damián Ricardo, Flores Medina Saúl
- S9 Estudio piloto de la eficacia analgésica y seguridad de la combinación ketorolaco-complejo B en el control del dolor posquirúrgico**
Beltrán Montoya Jorge, Herrerías Canedo Tomás, Arzola Paniagua Angélica, Espinoza Malcon Jesús, Herrera Osorio Octavio
- S9 Remisión espontánea de adenocarcinoma endometrial posterior a embarazo**
Villegas Cisneros Adrian, Torres Valdez Erika, Arteaga Gómez Ana Cristina, Márquez Acosta Gonzalo, Olaya Guzmán Emilio José, Gómez Pue Daniella
- S11 Correlación: insulino-resistencia e hiperandrogenismo/ hiperandrogenemia en síndrome de ovario poliquístico**
Hernández Marín Imelda, López Rivero Luis Pablo, Pascacio Sarmiento Heria, Cadena Alfaro Gustavo, Gordillo Méndez Karla
- S11 Repercusiones materno perinatales del embarazo en adolescentes en el Hospital Civil de Guadalajara**
Panduro Barón J. Guadalupe, Zamora Lares Aida Naneth, Jiménez Castellanos Priscila Magaly, Pérez Molina J. Jesús, Panduro Moore Elizabeth Guadalupe, Peraza Martínez Damián
- S12 Insulino resistencia y síndrome metabólico en pacientes con síndrome de ovario poliquístico**
Madrid Zavala Renata Melina, Ocampo Torres Beatriz Aidé, Hernández Marín Imelda, Carrasco Hernández Thamara, Alfredo González Cortes
- S12 Escala ultrasonográfica pronóstica para predicción de embarazo en pacientes sometidas a FIV**
Arenas Montezco María Lidia, José Sepúlveda González (†), Edali Lizzete Lara Rangel, Samuel Hernández Ayup, Roberto Santos Haliscak, Pasquale Patrizio

- S13 Preparación endometrial con estradiol a dosis creciente versus dosis sostenida en ciclos de transferencia de embriones congelados**
Arenas Montezco Lidia Del Carmen, Guerrero Vargas Laura Adriana, Díaz Spíndola Pablo, Galindo Martínez Eugenio Alfredo, Rosales Del León Julio César
- S14 Tumores pélvicos durante el embarazo: diagnóstico diferencial.**
Sánchez Ramírez Brenda, García Rodríguez Alba Miriam, Arteaga Gómez Ana Cristina, Márquez Acosta Gonzalo, Jiménez López Josefina, Gómez Pue Daniella
- S15 Prevalencia de enfermedades del cuello uterino diagnosticadas mediante colposcopia en población abierta del estado de durango**
Sifuentes Álvarez Antonio, Ramírez Torres José Antonio
- S15 Menopausia por radioterapia en cáncer cervicouterino**
Sifuentes Álvarez Antonio, Bracho Riquelme Rodolfo, Alvarado Zaldivar Gloria, Lugo Nevárez Mario
- S16 Asociación del cáncer de mama con los polimorfismos**
Sifuentes Álvarez Antonio, Talamás Márquez Jorge, Reyes Vargas Francianella, Reyes Romero Miguel
- S16 Resultados perinatales en embarazos gemelares logrados por técnicas de reproducción asistida vs gemelares espontáneos**
Reyes Muñoz Enrique, López Villaseñor Berenice, Cruz Rivera Eduardo, Beltrán Montoya Jorge, De la Jara Díaz Julio Francisco, Herrerías Canedo Tomas
- S16 Repercusión del índice de masa corporal en la tasa de recién nacidos vivos de embarazos logrados por fertilización in vitro**
Reyes Muñoz Enrique, Basulto Montalvo Erika, Barros Delgadillo Juan Carlos, Santibáñez Moreno Álvaro, Sánchez Solís Víctor
- S17 Utilización de cateter epidural en ceclaje cervical**
Fonseca Sánchez Juan Munuel, Muñoz Acosta Jairo
- S17 Preservación de la fertilidad en mujeres con cáncer de mama**
Godoy Morales Héctor Salvador, Alfeirán Ruiz Antonio, Mora Rodríguez José Arturo, Rivas López Radamés, Valenzuela Tamariz Jorge, Cedillo García Lascurain Luciano

PREMIO

“Dr. J. Trinidad González Gutiérrez”

- S19 Ablación endometrial por impedancia, en pacientes con menorragias, refractarias a tratamiento convencional.**
Bracho Ugarte Marco Antonio, Vázquez Zarate Víctor Manuel, Tays Montoya Francisco, Maldonado Gómez Esteban
- S19 Dificultad diagnóstico-terapéutica en hospitales de segundo nivel (IMSS)**
Abrego García Virginia
- S19 Fistulas vesicovaginales simples: una alternativa terapéutica**
Bautista Gómez Esperanza Josefina, Morales García Víctor, Galván Espinosa Honorio, Díaz Morales Natali, González Zárate Alba
- S20 Cerclaje abdominal, tecnica modificada de benson**
Flores Macías David Samuel, Tinajero Corona Juan, Ito Nakashimada María Ayumi

- S20 Histerectomía laparoscópica con sacrocolpopexia en paciente con POP-Q IV**
Treviño Garza Rodolfo Mauricio, García Rodríguez Luis Fernando, Soto Fuenzalida Gonzalo Andrés, Ruz Barros Rodrigo Emilio, García Garza Manuel Rolando, Lozano Garza Isaac
- S20 Cesárea Misgav Ladach modificada, revolucionando el presente**
Soto Fuenzalida Gonzalo Andrés, Félix Arce Carlos, Meneses Valderrama Víctor, Pérez Rodríguez Reyes Amador, Viacava Parodi Dino, Ruz Barros Rodrigo Emilio
- S21 Útero unicorn con cuerno rudimentario funcional no comunicante como causa de dismenorrea.**
Lira Plascencia Josefina, Neri Méndez Carlos, Sánchez Baños Karla Selegna, Roque Sánchez Armando Miguel, Cruz Edgar
- S21 Tratamiento de la uropatía obstructiva por medio de derivación vesicoamniótica**
Staines Alarcón Rosario, Ambriz López Roberto, Pineda Alemán Hugo Francisco, Moreno Platas Héctor Alexandro, Cepeda García Juan Ramón, Luna Castillo Cynthia Lizeth
- S22 Papel de la cirugía endoscópica en anomalías müllerianas**
Enríquez Pérez María Magdalena, Roque Sánchez Armando
- S22 Histerectomía laparoscópica segura**
Carrasco Urrutia Víctor Josué, Nutis Ríos Mario, Sánchez Chávez Ricardo Alonso, Guzmán Aguilar Marco Antonio
- S22 Leiomioma uretral. Reporte de un caso**
Escobar del Barco Laura Guadalupe, Rodríguez Cabral Carlos, González Velazco David, Rodríguez Colorado Silvia, Olguín Ortega Andrea
- S23 Hemihisterectomía en anomalía mulleriana: diagnóstico y tratamiento**
Valle Virgen Oscar, Herrera Cervantes Arturo, Medina Ramos Edgar, Torres Bojorquez Vladimir
- S23 Microlaparoscopia operatoria con sedación consciente**
Treviño Alanís Rodolfo, Treviño Garza Rodolfo Mauricio
- S23 Reversión laparoscópica de salpingoclasia**
Treviño Alanís Rodolfo, Treviño Garza Rodolfo Mauricio

PREMIO

“Dr. José Manuel Septién González”

- S25 Síndrome miomatosis eritrocitaria. Reporte de un caso.**
Barquet Muñoz Salim Abraham, Cantú Santos Melchor, Martínez Guajardo Nancy Gabriela, Capulín Beltrán Emma Itzel
- S25 Enfermedad de Mondor**
Josefina Jiménez López, Garfias Gómez Yanelly, Guzmán Rodríguez Raymundo, Márquez Acosta Gonzalo, Olaya Guzmán Emilio José, Arteaga Gómez Ana Cristina
- S26 Actinomicosis pélvica**
Torres Ugalde Brenda Anaid, Marcial Rutilo Dionisio, Ferreyra Rubio Guillermo, Ramírez López Gilberto
- S27 Embarazo ectópico abdominal: reporte de un caso**
Camacho Ramírez Diego Armando, Morgan Ortiz Fred, Guerrero Valdez Misael, Báez Castro Rosalba, Gutiérrez Álvarez Rebeca, Trapero Corona Mijail

- S27 Traumatismo de mama una lesión inusual**
Quiroz Vázquez Maribel, Luna Lugo Gilberto, Barragán Ramírez Guillermo
- S28 Embarazo ectópico cervical: reporte de un caso y revisión de literatura**
González Berchermann Lorenzo, Efrén Peraza Manjarrez, Javier Sánchez Gutiérrez, Marco Antonio Zapata Loera, Rocío Meléndez Treviño, Ramón Moctezuma Hernández
- S28 Quiste epidermoide de inclusión en el clítoris: reporte de un caso y revisión bibliográfica**
Rodríguez Quezada José Antonio, Velázquez Castellanos Patricia Inés, Godoy Rodríguez Nancy, Rivera Ruiz José Ramón, Mireles Ordaz Alberto, Montes Casillas Mayra Anabel
- S28 Síndrome de Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser: presentación de dos casos y revisión de la bibliografía**
Bautista Gómez Esperanza Josefina, Morales García Víctor Edilberto, Galván Espinosa Honorio, Flores Romero Ana Luisa, Vásquez Santiago Edmundo, Neri Silva Araceli
- S29 Hematoma vulvar: presentación de un caso y revisión de la bibliografía**
Bautista Gómez Esperanza Josefina, Morales García Víctor, Galván Espinosa Honorio, Flores Romero Ana Luisa, Pérez Morales Darinel
- S29 Uso de un conformador económico en vaginoplastia McIndoe: reporte de un caso**
Villa Deluna Zaida María, Vaca González Alejandra, Sánchez González Alma Jazmín, Martínez-Vázquez Martha Paola, Valladares García Virgilio Edmundo, Ayala-Castellanos María de La Merced
- S29 Estudio preliminar de miomectomía abierta vs miomectomía laparoscópica e histeroscópica en pacientes con infertilidad en el Instituto Nacional de Perinatología**
Machain Vázquez Raúl Guillermo, Cruz Orozco Oliver Paul, Reyes Enrique, Valdez Zúñiga Carlos Lauro
- S30 Enfermedad de Behçet. Presentación de un caso**
Vaca González Alejandra, Martínez Velo Clara Martha, Villa Deluna Zaida María, Sánchez González Alma Jazmín, Vázquez Martínez Martha Paola, Ayala Castellanos María de La Merced
- S30 Efecto citocolposcópico de policarbofil en postmenopáusicas**
Ito Nakashimada María Ayumi, Sereno Gómez Beatriz, Tinajero Corona Juan, Flores Macías David Samuel, Avilés Sánchez María de Jesús
- S31 Manejo laparoscópico de embarazo ectópico tubárico roto de un mes de evolución: reporte de un caso**
Arredondo Rodríguez Bibiana Aldaneli, Ramírez Sánchez Luis Ramiro, Audifred Salomón Jorge
- S31 Absceso inguino-vulvar**
Villagrana Zesati Jesús Roberto, Argüelles Chávez Dominique, Cepeda Silva Armando, Plazola Camacho Noemí, Segura Cervantes Enrique
- S31 Embarazo heterotópico en paciente de 32 años. Reporte de un caso**
Soto Fuenzalida Gonzalo Andrés, Iga Canavati Gerardo, Arpio Bustamante Carlos, Ruz Barros Rodrigo Emilio, García Garza Manuel Rolando
- S31 Embarazo ectópico cervical e histeroscopia**
Herrera Pacheco Iván, Barrera Zamora Karla Liliana
- S32 Análisis de sensibilidad antimicrobiana en infección de vías urinarias no complicada en mujeres en edad reproductiva**
Ruiz Cabrera Ixel Lorena, Espino y Sosa Salvador, Sánchez Ramírez Brenda, Castellón Pasos Rosa Marcela, Galván Contreras Rafael
- S32 Cistoadenoma mucinoso en paciente premenarquica**
Rivera Narváez Selene, Treviño Salinas Emilio, Vidal Gutiérrez Oscar, Sosa Villarreal Raúl, Flores Acosta Clara Del Carmen, Ibarra Patiño Ricardo
- S32 Cistadenoma ovárico gigante en la adolescente, reporte de un caso y revisión de la bibliografía.**
Terrón Arriaga Juan Emmanuel, Ramírez López Gilberto, Sierra García Graciela Janet
- S33 Absceso pélvico en una paciente con malformación uterina. Reporte de caso clínico.**
Castillo Martín del Campo Gabriel Enrique, Treviño Salinas Emilio Modesto, Vidal Gutiérrez Oscar, Mireles Lozano Gerardo, Ibarra Patiño Ricardo, García Lezama Reyna
- S33 Histerectomía total laparoscópica: resultados en un hospital de tercer nivel de atención.**
Hernández Sebastián Nalliely, Ramírez Sánchez Luis Fernando, Cortés Flores René
- S34 Endometriosis: causa rara de apendicitis**
Portillo Osorio Emma Gabriela, Escobar Ponce Luis, Moreno Verduzco Dora Elsa, Cristina Arteaga Gómez Ana
- S34 La adenomiosis: una patología sin enfermedad**
Sordia Hernández Luis Humberto, Sordia Piñeyro María Ofelia, Morales Martínez Arturo, Salas Castro Celina, González Báez Enrique, González Guerrero Geraldina
- S34 Trasfusión sanguínea en pacientes sometidas a histerectomía**
Sordia Hernández Luis Humberto, Morales Martínez Arturo, Salas Castro Celina, Vázquez Méndez Juana, Merino Ruiz Martha, Guerrero González Geraldina
- S35 Útero septado con duplicación cervical y tabique vaginal. Discrepancias con la embriología clásica**
Enriquez Pérez María Magdalena, Roque Sánchez Armando Miguel, Kava Braverman Alejandro, Sequeira Alvarado Karina Arlen
- S35 Síndrome de Herlyn-Werner-Wunderlich en una mujer adolescente. Presentación de un caso y revisión de la bibliografía**
Lira Plascencia Josefina, Roque Sánchez Armando Miguel, Sam Soto Selene, Sequeira Alvarado Karina Arlen, Sánchez Baños Karla Selegna, Paredes Noguerón Isidra
- S36 Embarazo heterotópico. Reporte de un caso**
Espino Villanueva Ana Elizabeth, Vázquez Delfín Hilda
- S36 Hidronefrosis severa secundaria a miomatosis uterina: reporte de un caso**
González Jara Lizbeth del Carmen, Hernández Escobar Claudia Eugenia, Dávila Rivas José Antonio, Zamora Morales María Teresa, León Rojas Daniela
- S37 Embarazo ectópico íimbrico roto de 13 semanas, reporte de un caso**
Serrano Castro Oscar Abel, Lugo Cruz Milton Patricio, Gómez García Cano Diana Jessica, Ríos Chinei Yolanda, Sánchez Nava María Fabiola
- S37 Torsión espontánea de apéndice epiploica como causa de abdomen agudo en paciente embarazada. Reporte de un caso**
Leal González Raúl, Ayala Aguilera Fernando, Soto Fuenzalida Gonzalo Andrés, Ruz Barros Rodrigo Emilio

- S37 Miomectomía múltiple en paciente nuligesta. A propósito de un caso.**
Rivas Pizarro René, Pérez Bueno Flor de las Nieves, Mario Issac Lumbreras Márquez
- S38 Embarazo ectópico molar: reporte de caso y revisión de la bibliografía**
Arreola Conde Eric Rodolfo, Martínez Ayala Hugo Bricio, Lara Ovando Rafael, Siu Moguel Gonzalo
- S38 Torsión ovárica en paciente postrasplantada renal. Reporte de caso**
Karchmer Krivritsky Samuel, Mendoza Salazar Dalila, Vieyra Cortés Alejandro, Bittán Sultán Mercedes
- S39 Útero didelfo como hallazgos quirúrgico**
López Pineda Mariana Zuleyma, Carrera Lomas Emmanuel, Zarate Torija Rebeca Iliana, Sánchez Malfavón Isabel
- S39 Hematoma vulvar severo secundario a traumatismo por caída de horcadas**
Gómez Sousa María de Lourdes, Lira Plascencia Josefina, Adame Pinacho Ricardo
- S39 Reporte de un caso: menopausia quirúrgica como complicación de hiperestimulación y necrosis ovárica por un embarazo molar**
Escobar Ponce Luis Fernando, Torres Navarro Claudia Elizabeth, González López Laura Esmeralda
- S40 Histeroscopia actual en el hospital central norte de Petróleos Mexicanos**
Madrigal García Ismael, Zepeda Zaragoza Jorge, Amezcua Villanueva Manuel, Barrón Vallejo Jesús, Lara Viesca Tatiana
- S40 Ablación endometrial en pacientes con sangrado uterino anormal**
Madrigal García Ismael, Zepeda Zaragoza Jorge, Amezcua Villanueva Manuel, Barrón Vallejo Jesús, Lara Viesca Tatiana
- S41 Estudio comparativo del dolor, en histerectomía vaginal tradicional y la histerectomía vaginal con termofusión 1, 2, 3.**
Pérez Flores Luis Alberto, Cortes Figueroa Edgar Humberto
- S41 Cefaclor para tratamiento de infección de vías urinarias: 375 mg bid por 10 días es equivalente a 750 mg bid durante cinco días**
Pérez Flores Luis Alberto, López Alvarenga Juan Carlos, Mejía Arias Itiel, Magaña Rodríguez Selenia, Vargas Romero A.
- S41 Embarazo ectópico tubárico bilateral espontaneo**
Reyes Sotelo Alberto, Alejandro Monroy Flores, Vicente Miranda Sevilla
- S42 Embarazo ovárico derecho. Reporte de un caso**
Fernández Garcini Vanessa Rocío, Silva Barroso Fernando, Ruiz Maldonado Fernando, García Olac Delia Teresa
- S42 Efectividad de la desvenlafaxina comparada con tibolona para el manejo de la disfunción termorreguladora en el climaterio**
Zepeda Zaragoza Jorge, Madrigal García Ismael, Amezcua Villanueva Manuel, Lara Viesca Tatiana, Barrón Vallejo Jesús
- S43 Patología ginecológica más frecuente observada mediante histeroscopia y su correlación con el diagnóstico histopatológico en pacientes con sangrado uterino anormal**
Madrigal García Ismael, Zepeda Zaragoza Jorge, Amezcua Villanueva Manuel, Barrón Vallejo Jesús, Jacobo García Marco Antonio, Ramos González David
- S43 Histerectomía vaginal con sellador de vasos. Energía bipolar biclamp**
Pérez Flores Luis Alberto
- S44 Sacrocolpopexia laparoscópica. Experiencia y resultados en nuestro hospital con técnica endoscópica y abierta en 8 casos**
Treviño Garza Rodolfo Mauricio, García Rodríguez Luis Fernando, Soto Fuenzalida Gonzalo Andrés, Ruz Barros Rodrigo Emilio, García Garza Manuel Rolando, Lozano Garza Isaac
- S44 Leiomioma cervicovesical**
Ortiz Saavedra Yessica Selene, Piña González Leslie Michelle, Medrano Morales Rocío, Carrera Riva Palacio Alfonso
- S45 Estenosis cervical congénita como causa de infertilidad única: reporte de un caso**
Guzmán Tapia María Natividad, Bernal Davish Miguel Ángel, Ramírez Maldonado Heidy, Mendoza Parroquín María Fernanda, Arano Murillo Ana Jocelyn, Ramírez Valencia Poulette Alicia
- S45 Embarazo ectópico cervical: ¿histerectomía?**
López Pineda Mariana Zuleyma, Brito Barajas Raúl, Carrera Lomas Emmanuel
- S46 Embarazo gemelar espontáneo en útero bicornue. Reporte de un caso**
Barquet Muñoz Salim Abraham, Fraustro Ávila María Elizabeth, Ayala Aguilera Fernando, Casanova Valles Diana Abril, Ruz Barros Rodrigo
- S47 Gemelo «acardius amorphus». Reporte de un caso**
Barquet Muñoz Salim Abraham, Salazar Cerda Oscar Michel, Alanís Beltrán Mónica, Galache Vega Pedro
- S48 Bloqueo peridural temprano: impacto en la resolución del trabajo de parto**
Colín Valenzuela Alinne, Rivero Celorio María del Mar, Murillo Llanes Joel, Barroso Villa Gerardo, Osuna Zazueta Marcela
- S49 Estudio piloto. Asociación de los polimorfismos rs7903146/TCF7L2 Y rs7756992/CDKAL1 en pacientes mexicanas con diabetes gestacional del Hospital General De México**
Granillo Alvarez Mariella, Coronel Cruz Fausto Moisés, Zenteno Ruiz Juan Carlos, Chacon Camacho Oscar Francisco, Guerrero Bustos Rocío
- S50 Factores asociados a complicaciones de la preeclampsia severa en un hospital de segundo nivel**
Olvera Vidal Alejandra, Vega Malagón Genaro, Martínez Martínez Leticia, Becerril Santos Alma, Camacho Calderón Nicolás, Zaldivar Lelo De Larrea Guadalupe
- S50 Encefalopatía posterior reversible en paciente con VIH en el puerperio mediato**
Ibarguengoitia Ochoa Francisco, González López Laura Esmeralda, Tlapanco Vargas Rubén, Figueroa Alcalá Adriana
- S50 Serie de casos: influenza A H1N1 en embarazadas del Hospital General Regional de León**
Blanco Esquivel Lourdes, Gutiérrez Flores Juan Carlos
- S51 Síndrome nefrótico y embarazo**
Ramírez Matus Jorge Alberto, Valdez Gil Liliana, Aquino Hernández José Luis, Nájera Rodas Marco Antonio, Muñoz Martínez Bayardo Abraham, Montoya Maza Sergio
- S51 Embarazo en una paciente con síndrome de Herlyn-Werner-Wunderlinch: reporte de un caso**

- Gutiérrez Álvarez Rebeca, Morgan Ortiz Fred, Quevedo Castro Everardo, Báez Castro Rosalva, Guerrero Valdez Misael, Camacho Ramírez Diego Armando*
- S52 Técnica de B-Lynch en atonía uterina resistente al tratamiento farmacológico**
Nolasco Blé Anna Kristell, Melo De La Garza Sergio, Medina Mercado Javier, Cortés Flores Raúl
- S52 Sirenomelia en neonato gemelo. Reporte de un caso. Revisión de la bibliografía**
Cortés Galdean Lizeth Jazmin, López Romero Belén, Santana Peña Rammy Fernando, Mora Villa Ricardo
- S53 Manejo conservador de acretismo placentario**
Beltrán Montoya Jorge, Ramírez Negrin Atziri, Ruiz Huerta Margarita, Rosas Balán Alejandro, Coria García Cynthia Flor, Belmont Gómez Aurora
- S53 Miomectomía trans-cesárea previa a la extracción fetal**
Chilchoa Loza Celia, Aragon Hernandez Juan Pablo, Roque Gutierrez Priscilla
- S54 Embarazo complicado con hemorragia intraparenquimatosas por malformación arteriovenosa**
Herrera Osorio Octavio, Ibarra Puig Jorge Miguel, Beltrán Montoya Jorge
- S54 Embarazo gemelar con perfusión arterial reversa (feto acardio) y síndrome de HELLP**
Herrera Pacheco Ivan, Lumberras Márquez Mario Isaac
- S55 Efecto de la N-butilbromuro de hioscina en la dilatación cervical**
Castillo Martín del Campo Gabriel Enrique, Guzmán López Abel, Iglesias Benavides José Luis, Soria López Juan Antonio, Treviño Salinas Emilio Modesto, Ambriz López Roberto
- S55 Tabique vaginal transversal superior parcial y embarazo. Reporte de un caso y revisión de la bibliografía**
Pizarro Osorno Noel, Bautista Gómez Esperanza Josefina, Morales García Víctor Edilberto, Flores Romero Ana Luisa, Velazquez Valdivia Abner
- S55 Comportamiento sexual en un grupo de mujeres adolescentes mexicanas**
Sam Soto Selene, Lira Plascencia Josefina, Sánchez Baños Karla Selegna, Paredes noguerón isidra, blancas guzmán raquel
- S56 Eficacia del nifedipino vs orciprenalina en el tratamiento de la amenaza de parto pretérmino**
Serrano Gómez Servando Germán, Ortega Ramírez Manuel
- S56 Síndrome de gaucher y embarazo. Reporte de casos**
Gudiño Ruiz Erik Noe, Cortés Flores Raúl, Cedillo de la Cerda José Luis, Ortega Franco José Luis
- S57 Cirrosis biliar primaria e hipertensión portal en embarazo**
Raíña Pohls Erika Fernanda, Osvaldo Miranda Araujo, Norma Paulina Pérez Ramírez, Carlos Fernández Méjia
- S57 Método Misgav Ladach modificado: una cesárea armónica, rápida, barata y con buenos resultados**
Ortega Franco José Luis, Cortés Flores Raúl, Cardona Osuna Mario Enrique, Pérez Sepúlveda JI
- S57 Leucemia mielocítica crónica en el embarazo. Presentación atípica de un caso**
Ruvalcaba Ortega Lorena, García Padilla Fabiola, Corona Gutiérrez Aimé, Bobadilla Morales Lucina, Fajardo Dueñas Sergio
- S58 Presentaciones atípicas del síndrome de Guillain Barre durante el embarazo**
García Padilla Fabiola, Fajardo Dueñas Sergio, Camarena Pulido Elizabeth, Ruvalcaba Ortega Lorena
- S58 Experiencia con toxoplasmosis en una muestra de mujeres embarazadas habitantes de la zona metropolitana del Valle de México**
Serrano Coronel Luis Alberto, Nava Ocampo Mónica, González de Jesús Laura Patricia, Figueroa Damián Ricardo
- S58 Esclerodermia sistémica difusa y embarazo; reporte de un caso**
Sepúlveda García Claudia Lizeth, Ambriz López Roberto, Treviño Martínez Gregorio, Villagómez Martínez Gabriel Edgar, Taméz Cristera Edgar Alejandro
- S59 Leiomioma vulvar de rápido crecimiento durante el embarazo**
Sepúlveda García Claudia Lizeth, Vidal Gutiérrez Oscar, Ibarra Patiño Ricardo, Flores Acosta Clara del Carmen, Tamez Cristera Edgar Alejandro, Antonio Macedo Mauro
- S59 Listeriosis y embarazo. Reporte de un caso**
Chávez Hernández María Lucero, Vázquez Méndez Juana, Sordia Hernández Luis Humberto, Guzmán López Abel, Saleh Mata Gerardo, Morales Martínez Felipe Arturo
- S60 Enfermedad cerebrovascular y embarazo**
Terán Bahena Karla Naivi, Córdova Lopez Martín
- S60 Miomectomía en el embarazo**
Soriano Ortega Karla Patricia, Rosas Balán Alejandro, Beltrán Montoya Jorge
- S60 Quiste de ovario torcido en el embarazo. Reporte de dos casos**
López de la Rosa César Yair, García Olac Delia Teresa, Velasco Pérez Luis, Ito Esparza María José, Gómez Reyes Ileana, Castañeda González Gerardo
- S61 El tratamiento del aborto espontáneo con aspiración manual endouterina (AMEU) reduce la posibilidad de adenomiosis**
Sordia Hernández Luis Humberto, Salas Castro Celina, Morales Martínez Arturo, Merino Ruiz Martha, Sordia Piñeyro María Ofelia, Guerrero González Geraldina
- S61 Reporte de un caso de “niño arlequín”**
Peña Arriaga Magaly Denise, Cortes Flores Raul
- S61 Embarazo en la adolescente temprana. Análisis de morbilidad**
Lira Plascencia Josefina, Roque Sánchez Armando Miguel, Sequeira Alvarado Karina Arlen, Sánchez Baños Karla Selegna, Sam Soto Selene, Paredes Noguerón Isidra
- S62 Feto compreso: complicación de un embarazo gemelar**
Hernandez Vega Minerva Berenice, Ortega Diaz Ariadna
- S62 Cerclaje profiláctico en embarazo gemelar en pacientes con reproducción asistida: resultados obstétricos**
Galindo Martínez Eugenio Alfredo, Galache Vega Pedro, Díaz Spindola Pedro, Hernández Ayup Samuel, Obeso Montoya Iram, Guerrero Vargas Laura Adriana
- S62 Éxito terapéutico en leucemia promielocítica en el embarazo**
Flores Cortés Mildred Ibeth, García Lee María Teresa, Espino y Sosa Salvador, Ruiz Sánchez Joaquín
- S63 Tumores pélvicos durante el embarazo: diagnóstico diferencial**
Sánchez Ramírez Brenda, García Rodríguez Alba Miriam, Arteaga Gómez Ana Cristina, Márquez Acosta Gónzalo, Jiménez López Josefina, Gómez Pue Daniella

- S64 Microorganismos patógenos en pacientes con rotura prematura de membranas**
Serrano Gómez Servando Germán, José Sixto Aguilar Gamboa
- S64 Nuevos criterios diagnósticos de la asociación internacional de grupos de estudio de diabetes y embarazo: impacto en la prevalencia de diabetes mellitus gestacional en mujeres mexicanas**
Reyes Muñoz Enrique, Adalberto Parra, Alfredo Castillo Mora, Carlos Ortega González
- S64 Síndrome de Guillain-Barré y embarazo. Reporte de un caso**
Ramírez Rubiera Jorge, Castilla Zenteno Adalberto, Espinoza García David
- S65 Síndrome hemolítico urémico, diagnóstico diferencial con síndrome de Hellp. Reporte de un caso**
Bohorquez Serrano Alberto, Núñez Rodríguez Marisela Adriana, Islas Castañeda Juan Ismael
- S65 Embarazo gemelar complicado con feto papiráceo**
Morales Bautista David Fernando, Martínez Zamudio Alberto Arturo, Robles Sandoval Sergio David
- S65 Embarazo janiceps. Revisión de un caso**
Núñez Rodríguez Marisela Adriana, Bohorquez Serrano Alberto, Islas Castañeda Juan Ismael, Ramírez Silva Beatriz Ofelia
- S66 Disgerminoma y embarazo. Presentación de un caso y revisión de la bibliografía**
Martínez Zamudio Alberto Arturo, Robles Sandoval Sergio David, Morales Bautista David Fernando
- S67 Fisiopatología y pronóstico del embarazo gemelar con secuencia de perfusión arterial reversa (secuencia TRAP)**
Lugo Cruz Milton Patricio, Serrano Castro Óscar Abel, Rodríguez Morales Luis, Morales Morales Martha, Sánchez Nava María Fabiola
- S67 Perforación uterina secundaria a acretismo placentario en vellosidades del primer trimestre**
Cordero Brieño Roberto Alonso, Bello León Eyra, Cevallos Duarte Cristina, Flores Amador Teresa, González Medrano Gloria, García Muñoz Eduardo
- S67 Resultados del manejo de la hemorragia postparto atendidos en el Hospital General de Ecatepec en el año 2010**
Ramírez Silva Beatriz Ofelia, Islas Castañeda Juan Ismael, Bohorquez Serrano Alberto
- S68 Disgerminoma asociado con embarazo complicado y síndrome de Hellp**
Guijarro Bustillos José de Jesús, Luna de la Torre Ada Betzabé
- S68 Volvulus intestinal en paciente con embarazo de 37 sdg, con antecedente de bypass gástrico, reporte de un caso**
Leal Gonzalez Raul, Ayala Aguilera Fernando, Soto Fuenzalda Gonzalo Andres, Ruz Barros Rodrigo Emilio
- S68 Rotura hepática asociada con preeclampsia de cuadro clínico atípico: presentación de caso**
Arreola Conde Eric Rodolfo, Herrera Ortiz Alejandra, Barrón Cano Gabriela, Cevallos Duarte Cristina, Ramírez Sánchez Luis Ramiro, César Reyes Myrna
- S69 Sustento diagnóstico de las principales indicaciones de una nueva cesárea en pacientes con cesárea previa**
Ochoa Romero Karim, Cortés Flores Raúl, López Lerma Alfonso
- S70 Dermatitis por contacto en el embarazo**
Rivas Pizarro René, Marisol Sánchez Sánchez, Pérez Bueno Flor de las Nieves
- S70 Relación entre los parámetros bioquímicos, cifras tensionales y la morbilidad y mortalidad materno-fetal en pacientes con síndrome de Hellp**
López Pineda Mariana Zuleyma, Carrera Lomas Emmanuel, López Parra Armando, Reyes Murillo Joel
- S70 Hemorragia obstétrica, histerectomía y empaquetamiento con tracción externa (técnica logothetopoulos modificada)**
Gallardo Pineda Jesús Fernando, Morales Gómez María del Rocío, González Velázquez Alan, Reyes Villasana Yolanda, Escalona García Blas
- S71 Embarazo gemelar dicigoto con mola completa y feto vivo**
Castilla Zenteno Adalberto, Escobar Rebollar Grace Dayana, Espinoza Rodríguez David, Silva Xilotl Carlos Arturo
- S71 Reporte de un caso: embarazo, dermatomiositis, diabetes tipo 1 e hipertensión**
Guerra Cárdenas José Eugenio, Vázquez Martínez Ana Luisa, Mora Luna Benjamín, Robles Mejía Marco Antonio, Del Angel de León René Anselmo, Torres Benítez José Martín
- S71 Rotura hepática espontánea en preeclampsia. Reporte de un caso**
Novoa Zamudio María José, Reyes Mendoza Luis Emilio, Rodríguez Chávez José Luis, Malagón Reyes Ricardo Mauricio, Sevilla Muñoz Cano, Araceli Elideth Mendieta Zeron Hugo
- S72 Síndrome de Tolosa-Hunt y embarazo. Reporte de un caso**
Zepeda Zaragoza Jorge, Madrigal Garcia Ismael, Amezcua Villanueva Manuel, Barrón Vallejo Jesus, Durán Cárdenas Mónica
- S73 Apendicitis aguda perforada en un embarazo del tercer trimestre con producto anecefálico**
Miranda Sevilla Vicente Manuel, Monroy Flores Alejandro, Valtierra Mendoza Areli, Reyes Sotelo Alberto
- S73 Rotura de corioangioma de cordón umbilical, hemorragia intraamniótica y muerte fetal: reporte de caso y revisión de la bibliografía**
González Gleason Alejandro, Gaspar Vera Drusso, Ponce González Noel, López Montalvo Arturo
- S73 Desprendimiento prematuro de placenta: útero de Couvelaire**
Carrillo Nolasco Eduardo, Aragón López Claudia Ivonne
- S74 Embarazo ectópico abdominal, con producto unico vivo, de término**
Avila Estrada Olga, García Macías Laura Margarita, Barrón Zanabria José Alejandro, Monroy Flores Alejandro
- S74 Útero didelfo (bicorne, unicollis) y embarazo a término. Presentación de un caso y revisión de la bibliografía**
Almaguer Cisneros Marcela Ariadna, Bassol Mayagoitia Susana
- S75 Pancreatitis y embarazo: reporte de un caso en el Hospital Central Norte de Petróleos Mexicanos**
Zepeda Zaragoza Jorge, Madrigal Garcia Ismael, Amezcua Villanueva Manuel, Barrón Vallejo Jesus, Lara Viesca Tatiana, Mejía Moreno Martha

- S75 Atención obstétrica a una aciente con paraganglioma yugulotimpánico**
Amezcu Villanueva Manuel, Zepeda Zaragoza Jorge, Madrigal García Ismael, Durán Cárdenas Mónica, Barrón Vallejo Jesús, Ramos González David
- S76 Hígado graso y embarazo**
Córdova López Martín, Zárate Morales Judith, Torres Madrigal Irving
- S76 Útero didelfo y embarazo a término: reporte de un caso y revisión de la bibliografía**
Chávez Alonso Manuel, Mora Villa Ricardo
- S77 Enfermedad cerebrovascular y embarazo**
Córdova López Martín, Terán Bahena Karla Naivi
- S77 Ectrodactilia no sindrómica: reporte de un caso y revisión de bibliografía**
Kably Ambe Alberto, Cevallos Bustillos Jaime, López Rioja Miguel
- S77 Nacimiento asincrónico en embarazo gemelar**
Quesnel García Benítez Carlos, Cevallos Bustillos Jaime, Copado Mendoza Yazmin
- S78 Gemelos unidos: reporte de un caso producto dicéfalo**
Herrera Cervantes Arturo, Ruiz Calderón Jorge
- S78 Útero didelfo bicollis, gestación-aborto, diferencias colposcópicas simultáneas. Revisión de un caso**
Drusso Vera Gaspar, Rojas Sánchez Teresita María del Rosario, Soriano Landa Norma Patricia
- S78 Quiste paramesonefrico torcido en la salpige derecha (hallazgo transcesárea): reporte de un caso**
Bernal Davish Miguel Angel, Guzmán Tapia María Natividad, Carreira Pérez Gerardo, Estawfert Gutiérrez Deniss Leticia, Moral Naranjo Alejandro Alfonso, Pacheco Molina Carlos
- S79 Experiencia del protocolo "codigo rojo" de placenta previa en la UMAE Luis Castelazo Ayala**
Trejo Esponda César Augusto, López Jiménez Sonia
- S79 Experiencia del protocolo "manejo del embarazo gemelar" en la UMAE Luis Castelazo Ayala**
Trejo Esponda César Augusto, Blanquel G. Jaime, Vizuet O. Iyalhi, Peña G. Julio C
- S80 Misoprostol para el tratamiento del aborto incompleto. Experiencia en América Latina e implicaciones en el sector salud**
Fernández Pérez Hugo, Coronilla Contreras Oscar Iván, Martínez Virues Antonio Alberto, Peña Melanie, Soni Trinidad Clementina, Pérez Osorio Hugo
- S80 Acondrogénesis: presentación de un caso**
Jasso Ríos Froylán G, Torres Facundo Luis Antonio, Reyes Guajardo Luis Carlos
- S80 Malformaciones fetales en diabetes mellitus**
Jasso Ríos Froylán Guadalupe, Torres Facundo Luis Antonio, Reyes Guajardo Luis Carlos
- S80 Mortalidad hebdomadal en el Hospital Regional número 1 del IMSS, Querétaro**
Becerra González Wendy, Rodríguez Morán Ana Gabriela, Vega Malagón Genaro, Vega Malagón Martín, Villagrán Herrera Maria Elena, Saldaña Gutiérrez Carlos
- S81 Holoprosencefalia asociada con gastrosquisis. Reporte de un caso y revisión de la bibliografía**
Sánchez Chávez Ricardo Alonso, Guzmán Aguiar Marco, Carrasco Urrutia Victor, Prieto Alvidrez Israel, Cortés Galdean Lizeth, López Romero Belen
- S81 Exencefalia: un defecto del tubo neural poco frecuente. Diagnóstico por resonancia magnética. Reporte de un caso y revisión de la bibliografía**
Sánchez Chávez Ricardo Alonso, Barajas Teja Ulises, Fornelli López Aldo, Santana Peña Fernando, Camacho Torres Paola, Carrasco Urrutia Victor
- S82 Hernia diafragmática congénita izquierda. Reporte de un caso**
Pérez Samperio Mónica, Ramírez López Gilberto, Rosas Chávez Abraham, Hernández Rincón Yahir
- S82 Diagnóstico prenatal: holoprosencefalia asociada con monosomía 21**
Ibarra Estrada Everardo Ibarra, Giles Fierro René, Higareda Sánchez Rodolfo, Carrillo Vidrio Héctor Jesús
- S82 Coriangioma: reporte de un caso**
Feria Sosa Antonio Luis, Pérez Valdés Adriana Deyanira, Cortés Lara María Palmira, Bazaldúa Cruz Juan José, García de la Torre José Ignacio
- S83 Resultados perinatales de mujeres en la adolescencia temprana en el Hospital Civil Dr. Juan I. Menchaca**
Romo Huerta Hiliana Patricia Esmeralda, Torres Mercado Arturo Javier, Castellanos Hernández Miguel David
- S84 Síndrome de Edwards. Reporte de un caso**
Staines Alarcón Rosario, Iglesias Benavides José Luis, Sepúlveda González Gerardo, Villarreal Rodríguez Alberto
- S84 Importancia del ultrasonido en la atención prenatal**
Panduro Barón J. Guadalupe, Panduro Moore Elizabeth Guadalupe, Peraza Martínez Damián, Pérez Molina J. Jesús, Barrios Prieto Ernesto, Castro Hernández Juan Francisco
- S85 Efectividad del ultrasonido para el diagnóstico prenatal de acretismo placentario y su repercusión en la morbi-mortalidad materna y neonatal**
Nuevo Adalla Oskar Oswaldo, Rodríguez Jaimes Claudia, Miranda Araujo Osvaldo, Reyes Muñoz Enrique
- S85 Diagnóstico prenatal: tumoración intracardiaca fetal**
Ibarra Estrada Everardo, Higareda Sanchez Rodolfo
- S86 Diagnóstico prenatal: holoprosencefalia alobar asociada a monosomía 21**
Ibarra Estrada Everardo, Blanco Aguirre María Esther, Giles Fierro Rene, Higareda Sánchez Rodolfo, Carrillo Vidrio Hector Jesus
- S86 Malformaciones de útero y vagina en fetos. Serie de casos**
Acevedo Gallegos Sandra, Gallardo Gaona Juan Manuel, Velázquez Torres Berenice, Ramírez Calvo José Antonio, Guzmán Huerta Mario E, Durán Colin Anne Azriel
- S86 Higroma quístico de resolución espontánea; presentación de un caso**
Bracamonte Díaz Angélica Saraí, Infante Salinas Roberto, González Ramos René Mónico
- S87 Control glucémico al ingreso a control prenatal y resultados perinatales en mujeres embarazadas con diabetes mellitus tipo 2**
Reyes Muñoz Enrique, Peña García Arely, Ramírez Torres María Aurora
- S87 Perfil psicológico de la adolescente embarazada que asiste al programa prea en el Hospital Civil de Guadalupe Dr. Juan I. Menchaca**
Romo Huerta Hiliana Patricia Esmeralda, Velásquez Ramos María de Lourdes

- S88 Fibrocondrogenesis: reporte de un caso**
Castilla Zenteno Adalberto, Campos Orta Carlos, Sierra Pineda Fátima, Espinoza Rodríguez David
- S88 Determinación de cuerpos lamelares en pacientes con diabetes mellitus y embarazo, con aplicación de betame-tasona como esquema inductor de madurez pulmonar fetal**
Manríquez Jimenez Jorge Alejandro, Castilla Zenteno Adalberto, Espinoza Rodríguez David, Silva Xilotl Carlos Silva
- S88 Medición de la circunferencia de muslo y su relación con la estimación del peso fetal al nacimiento**
Pineda Alemán Hugo Francisco, Ambriz López Roberto, Martínez Cavazos Guadalupe Alejandro, Hernández Dávila Eleazar, Moreno Plata Héctor Alexandro
- S89 Malformación adenomatoidea quística tipo I (MAQ 1): seguimiento fetal y neonatal**
Castelazo Morales Ernesto, Sierra Lozada Nancy, Machuca Baca Alfredo, Cevallos Bustillos Jaime, Martínez Pachón Andrés
- S89 Síndrome de Ellis van Creveld: presentación de un caso y revisión de la bibliografía**
Moreno Plata Héctor Alexandro, Sánchez Domínguez Andrés, Hernández Salas Rodrigo, Garza Bulnes Raúl
- S89 Tratamiento prenatal de ureteroceles bilaterales**
Verduzco Nieto Armando, Sánchez Domínguez Andrés, Moreno Plata Héctor Alexandro, Reyes Guajardo Luis Carlos, Riquelme Heras Mario, Zavala Elizondo Daniel
- S90 Toracocentesis descompresiva para mejoría de manejo posnatal**
Fernández Sierra Laura Minerva, Ambriz López Roberto, Vidales Hernández Miroslava, Verduzco Nieto Armando, Zavala Elizondo Daniel, Nolasco Ble Agna Kristel
- S90 Presentación de un caso de trasposición corregida de grandes arterias y embarazo con éxito perinatal**
Lira Plascencia Josefina, Ruiz Sánchez Joaquín, Cruz Cruz Edgar Alonso, Durán Boullosa Esteban Maldonado Salgado Alan Michel
- S90 Resultados perinatales en síndrome de Marfan y embarazo**
Beltrán Montoya Jorge, Cruz Cruz Edgar Alonso, Ruiz Sánchez Joaquín, Durán Boullosa Esteban
- S91 Manejo de dispositivo intrauterino traslocado**
García López Brenda Iliana, Meza López María Esther, Torres Jasso Yamile, Moreno Sánchez José Antonio, Contreras Carreto Nilson Agustín
- S91 Fertilización *in vitro* y acardia fetal**
Rivero Celorio María del Mar, Barrón Vargas Alberto, Marchese Victoria, Colín Valenzuela Alinne, Avila Lombardo Rosaura, Barroso Villa Gerardo
- S92 Dispositivo intrauterino en la cavidad abdominal. Reporte de un caso**
Torres Ugalde Brenda Anaid, Mendoza Martínez Israel, Ramírez López Gilberto, Saucedo Aquino Leonel
- S92 Relación entre la presencia de bacterias patógenas con la infertilidad masculina**
Valdés Carrillo Arturo, Villagrán Padilla Claudy Lorena, Escobedo López Ana Bertha, Alba Quiróz Leticia, Mantilla Pérez Gabriel, Vite Santiago Omar
- S93 Principales causas de esterilidad en la Clínica Médica Fértil de Querétaro**
Hernández Rojas Manolo Iván, Abia Trujillo David, Vega Malagón Genaro, Becerril Santos Alma, Rodríguez Méndez Adriana Jheny, Saldaña Gutiérrez Carlos
- S93 DIU intravesical**
Rivera Narváez Selene, Saldivar Rodríguez Donato, Vidal Gutiérrez Oscar, Luna Rivera Marcelo, Flores Acosta Clara del Carmen, Rubio Fernández Nadia
- S94 Síndrome de sólo células de Sertoli**
Salas Castro Celina, Arturo Morales Felipe, Roman Tijerina Lucia, Sordia Hernández Luis Humberto
- S94 Dispositivo intrauterino calcificado en la vejiga: reporte de un caso**
Montes Casillas Mayra Anabel, Velázquez Castellanos Patricia Inés, Godoy Rodríguez Nancy, Rivera Ruiz José Ramón, Rodríguez Quesada José Antonio, Mireles Ordaz Alberto
- S94 Experiencia institucional con el DIU en adolescentes**
Lira Plascencia Josefina, Sánchez Baños Karla Selegna, Paredes Noguerón Isidra
- S95 Chlamydia trachomatis en parejas con infertilidad**
Arredondo Merino Raúl Rodrigo, Preciado Ruiz Raymundo
- S95 Fibrotecoma ovárico asociado con infertilidad primaria. Reporte de un caso**
Báez Castro Rosalva, Garzón López Oscar, Morgan Ortiz Fred, Guerrero Valdez Misael, Gutiérrez Alvares Rebeca, Camacho Ramírez Diego Armando
- S96 Efectividad del sistema anticonceptivo de liberación de levonorgestrel como tratamiento del sangrado menstrual anormal**
Hernández Sebastian Nalliely, Cortés Flores René, Cortés Flores Raúl
- S96 Síndrome de sólo células de Sertoli. Reporte de un caso**
Salas Castro Celina, Morales Martínez Felipe Arturo, Román Tijerina Lucia Alejandra, Vázquez Méndez Juana, Sordia Hernández Luis Humberto
- S97 Embarazo posterior a esterilización con histeroscopia ESSURE**
Pérez Rodríguez Sandra, Villela Herrera Cynthia Marisol, Velázquez Pérez Adriana Tarcila, Aldrete Cebreros Montserrat Magali
- S97 Recuperación espermática en síndrome de Klinefelter. Reporte de un caso**
Salas Castro Celina, Morales Martínez Felipe Arturo, Román Tijerina Lucia Alejandra, Sordia Hernández Luis Humberto, Vázquez Méndez Juana
- S97 Inversión pericéntrica del cromosoma 9 como causa de pérdida gestacional recurrente. Reporte de un caso**
Román Tijerina Lucia Alejandra, Salas Castro Celina, Morales Martínez Felipe Arturo, Hernández Almaguer Dolores
- S98 Traslocación del cromosoma 6 y 12 como causa de pérdida gestacional recurrente. Reporte de un caso**
Salas Castro Celina, Ibarra Ramírez Marisol, Hernández Almaguer Dolores, Morales Martínez Felipe Arturo, Sordia Hernández Luis Humberto, Román Tijerina Lucia Alejandra
- S98 Necrozoospermia. Reporte de un caso**
Salas Castro Celina, Sordia Hernández Luis Humberto, Morales Martínez Arturo, Merino Ruiz Martha, González Báez Enrique, Vázquez Méndez Juana
- S98 Diagnóstico prenatal: holoprosencefalia alobar asociada a monosomía 21**
Ibarra Estrada Everardo, Blanco Aguirre María Esther, Giles Fierro René, Higareda Sánchez Rodolfo, Carrillo Vidrio Héctor Jesús

- S99 Pronósticos reproductivos al seleccionar espermatozoides con la técnica “Physiologic ICSI” en pacientes con factor masculino severo**
Díaz Spindola Pablo, Castillo Baso Jorge, Galache Vega Pedro, Santos Haliscak Roberto, Hernández Ayup Samuel, García Villafaña Genaro
- S100 La influencia de la teratozoospermia severa en el desarrollo embrionario y en la implantación**
Aguilar Melgar Ashanti, Santos Haliscak Roberto, García Villafaña Genaro, Díaz Spindola Pablo, Arenas Montesco Lidia, Hernández Ayup Samuel
- S101 Estadio óptimo para la vitrificación de embriones: comparación de la supervivencia y resultados clínicos con vitrificación en día 3 versus etapa de blastocisto**
Reboloso Flores Montserrat, Dávila Garza Sergio Alberto, Díaz Spindola Pablo, García Villafaña Genaro, Hernández Ayup Samuel, Sepúlveda González José
- S101 Ciclo natural combinado con maduración *in vitro* de ovocitos: la experiencia inicial en México**
Santos Haliscak Roberto, Dávila Garza Sergio Alberto, Villafaña García Genaro, Lara Rangel Edali Lizzete, Díaz Spindola Pablo, Reboloso Flores Marcela Montserrat
- S102 Correlación de las concentraciones de la hormona anti-mülleriana con la respuesta a la estimulación ovárica controlada en pacientes tratadas para reproducción asistida**
Arenas Montezco María Lidia, Castillo Baso Jorge, Mójica Martínez Karlo, Hernández Ayup Samuel, Batiza Resendiz Víctor, Méndez Lozano Daniel
- S102 Tratamiento de la infertilidad por azoospermia asociada con tuberculosis genitourinaria**
Castellanos Barroso Guillermo, Juárez Bengoa Armando, Cruz Rivera Eduardo, Figueroa Damián Ricardo, Flores Escobar Xóchitl, Martínez Cruz Silvia
- S103 Biopsia testicular en azoospermia**
Cruz Rivera Eduardo, Juárez Bengoa Armando, Castellanos Barroso Guillermo, Santarosa Pérez Miguel Ángel, Flores Escobar Xóchitl Elena, Serrano Monserrat
- S103 Perforación uterina por uso de dispositivo intrauterino**
González Jara Lizbeth Del Carmen, Fernández Gómez Alejandro De Jesús, Rodríguez Flores Mauricio, Rangel Nava Hugo Alfredo, Félix Arce Carlos
- S104 Infertilidad secundaria por necrozospermia. Reporte de un caso**
Salas Castro Celina, Morales Martínez Felipe Arturo, Vidal Gutierrez Oscar, Humberto Sordia Luis, Merino Ruiz Martha, González Báez Enrique
- S104 La influencia de la teratozoospermia severa en el desarrollo embrionario y en la implantación**
Aguilar Melgar Ashanti, Santos Haliscak Roberto, Díaz Spindola Pablo, García Villafaña Genaro, Arenas Montesco Lidia, Hernández Ayup Samuel
- S105 Comparación en tasa de embarazo con dos distintos análogos de GNRH en reproducción asistida de alta complejidad**
Kably Ambe Alberto, Campos Cañas Jorge Alerto, González De Jesús Laura Patricia, Vieyra Cortés Alejandro, Copado Mendoza Yazmin
- S105 Morbilidad obstétrica y perinatal en técnicas de reproducción asistida de alta complejidad**
Kably Ambe Alberto, Campos Cañas Jorge Alberto, Gonzalez De Jesus Laura Patricia, Díaz Calvillo Jenny
- S106 Estudio comparativo de la dosis total de gonadotropinas utilizadas para la hiperestimulación ovárica controlada en donadoras de ovocitos y las tasas de embarazo**
Kably Ambe Alberto, Campos Cañas Jorge Alberto, Gonzalez de Jesús Laura Patricia, Carballo Mondragón Esperanza
- S106 Preservación de la fertilidad en mujeres con cáncer de mama**
Godoy Morales Héctor Salvador, Alfeirán Ruiz Antonio, Mora Rodríguez José Arturo, Rivas López Radamés, Valenzuela Tamariz Jorge, Cedillo García Lascurain Luciano
- S106 Evaluar el conocimiento de la pacientes acerca de las pruebas para diagnosticar el virus del papiloma**
Garza Ramírez Verónica
- S107 Recurrencia de cancer de endometrio tipo endometroide en estadio I**
García Briones Ángel Tobías, Bañuelos Flores Joel, Maciel Martínez Marisela, Gámez Guevara Catalina
- S107 Hiperplasia pseudoangiomatosa del estroma mamario: simuladora de cáncer mamario. Revisión de 45 casos.**
Ruvalcaba Limon Eva, Espejo Fonseca Ruby, Bautista Piña Verónica, Maffuz Aziz Antonio, Guisa Hohenstein Fernando, Rodríguez Cuevas Sergio
- S107 Quimioterapia neoadyuvante con campos electromagnéticos pulsantes en el tratamiento de cáncer de mama. Estudio piloto.**
Ruvalcaba Limón Eva, Hernández Cadena Leticia, Morales Vásquez Flavia, Bautista Piña Verónica, Ordóñez Romero César, Rodríguez Cuevas Sergio
- S108 Leiomiomatosis intravascular**
Jiménez López Josefina, Cantu De Leon David, Perezmontiel Gómez María Delia, Márquez Acosta Gonzalo, Olaya Guzmán Emilio Jose, Arteaga Gómez Ana Cristina
- S108 Cáncer de ovario germinal y embarazo**
Jimenez Lopez Josefina, Marquez Acosta Gonzalo, Arteaga Gomez Ana Cristina, Olaya Guzmán Emilio José, Gómez Pué Daniela, Garfías Gómez Yanelly
- S109 Carcinoma ductal *in situ* de la mama: 82 casos tratados**
Ruvalcaba Limón Eva, Muñoz Durán Luciano, Bautista Piña Verónica, Espejo Fonseca Ruby, Mafuz Aziz Antonio, Rodríguez Cuevas Sergio
- S110 Tumor phylloides maligno de mama bilateral gigante en una paciente con enfermedad de von Recklinghausen. Reporte de un caso y revisión de la bibliografía**
Sánchez Chávez Ricardo Alonso, Salgado Ceballos Iván, Carrasco Urrutia Víctor, Chávez Alonso Manuel, Fornelli López Aldo
- S110 Struma ovarii. Reporte de un caso**
Pérez Samperio Mónica, Ramírez López Gilberto, Medina Castro Juan Manuel
- S110 Sarcoma primario de mama: presentacion de un caso**
Martínez Vázquez Martha Paola, Sánchez González, Alma Jazmin, Muro Flores, Luis Humberto, Villa Deluna, Zaida María, Vaca González, Alejandra, Ayala Castellanos, Maria de la Merced
- S111 Tumor filodes: reporte de un caso**
Sánchez González Alma Jazmin, Martinez Vázquez Martha Paola, Muro Flores Luis Humberto, Villa Deluna Zaida María, Vaca González Alejandra, Bernal Martínez Sergio
- S111 Adenocarcinoma ductal infiltrante de mama en una joven de 19 años de edad. Reporte de un caso**

- Vaca González Alejandra, Ramos Moreno Xochitl Magdalena, Villa Deluna Zaida María, Sánchez González Alma Jazmin, Martínez Vázquez Martha Paola, Cortés Anguiano Manuel
- S111 Mastitis granulomatosa. Reporte de un caso**
Pérez Samperio Mónica, Ramírez López Gilberto, Montalvo Martínez Ricardo Antonio, García Millán Roberto
- S112 Adenoma de la lactancia: reporte de un caso**
Sánchez González Alma Jazmin, Martínez Vázquez, Martha Paola, Aguilar Regalado Claudia Elizabeth, Villa Deluna Zaida María, Cárdenas Ramos Angel Alfonso, Cortés Anguiano Manuel
- S112 Nevo melanocítico atípico vulvar**
Ramírez Matus Jorge Alberto, Valdez Gil Liliana, Aquino Hernández José Luis, Agüero Santiago Beatriz, Alcalá Trejo Karina
- S113 Hipertrofia mamaria y tumor phylloides en un embarazo gemelar**
Villar Muñoz Lina Gabriela, Valdez Bustillos, Jesús Enrique, Aguilar Torres, César Ramón
- S113 Cáncer de vulva: estudio retrospectivo de cinco años**
Rivera Narváez Selene, Saldivar Rodríguez Donato, Vidal Gutiérrez Oscar, Ruiz Paz Edna, Flores Acosta Clara del Carmen, Ibarra Patiño Ricardo
- S113 Cáncer de vulva y ganglio centinela**
Ibarra Patiño Ricardo, Vidal Gutiérrez Oscar, Saldivar Rodríguez Donato, Flores Acosta Clara del Carmen, Rivera Narváez Selene, Ruiz Paz Edna
- S114 Adenoma tubular gigante de mama y embarazo**
Herrera Osorio Octavio, Gómez Pue Daniella, Manterola Álvarez David, Márquez Acosta Gonzalo
- S114 Coriocarcinoma asociado con embarazo a término: reporte de un caso y revisión de la bibliografía**
Morales García Victor Edilberto, Bautista Gómez Esperanza Josefina, Flores Romero Ana Luisa
- S114 Displasia cervical y factores de riesgo asociados en mujeres adolescentes**
Sam Soto Selene, Sánchez Baños Karla Selegna, Marín González Yamileth, Paredes Noguerrón Isidra
- S115 Hipertrofia mamaria virginal: tratamiento médico de un caso**
Sam Soto Selene, Sánchez Baños Karla Selegna, Acuña González Denise, Nájera Villagrana Sandra Montserrat, Lira Plascencia Josefina
- S115 Papulosis bowenoide vulvar: reporte de un caso y revisión de la bibliografía**
Terrón Arriaga Juan Emmanuel, Hurtado Estrada Gabino
- S116 Cáncer de ovario en el embarazo. Presentación de un caso**
Ramírez Negrín Atziri, Beltrán Montoya Jorge, Arteaga Gómez Ana Cristina, Ruiz Cabrera Ixel, Granados Martínez Verónica
- S116 Sarcoma de mama: reporte de un caso**
Bracamonte Díaz Angélica Sarai, García Estudillo Fidel Omar
- S116 Hematometra asociado con cáncer cervicouterino: reporte de dos casos y revisión de la bibliografía**
Flores Romero Ana Luisa, Bautista Gómez Esperanza Josefina, Morales García Victor, Cid Gómez Olga, Morales Perez Darinel, González Zárate Alba
- S116 Perfil epidemiológico del cáncer cervicouterino en la Unidad Médica de Alta Especialidad número 23, IMSS**
Escobar Villanueva Marisela, Castañeda Córdoba Lucila A, Cortés Flores Raúl, Hernández Garza Fernando
- S117 Mioma abortado a vagina y lesión intraepitelial de alto grado**
Ramírez Matus Jorge Alberto, Valdez Gil Liliana, Aquino Hernández José Luis, Morales Sánchez Román, Montoya Maza Sergio, Jiménez Ocaña Rosalba
- S117 Citología mamaria en personal del Sector Salud**
Velázquez Pérez Adriana Tarcila, Aldrete Cebreros Montserrat Magali, Pérez Rodríguez Sandra, Villela Herrera Cynthia Marisol
- S117 Disgerminoma ovárico en adolescente embarazada. Reporte de caso**
Lira Plascencia Josefina, Pérez Mota Lilia Raquel, Olaya Guzmán Emilio, Casso Domínguez Vladimir
- S118 Cambios mamográficos con diferentes regimenes de terapia de reemplazo hormonal**
De la Garza Almeda Mayra Wendolee, Vázquez Méndez Juana, Alejandra Román Tijerina Lucía, Salas Castro Celina
- S118 Prevalencia de lesiones premalignas. Estudio retrospectivo de 9,640 pacientes en un medio particular**
Sandoval Andrade Eva Del Carmen, Vera Gaspar Drusso
- S118 Diagnóstico de cáncer de mama en pacientes con mastografía Birads 4 y 5 sin tumor palpable. Experiencia en el Hospital de Ginecología y Obstetricia Número 3, Centro Médico Nacional La Raza**
Arroyo Rendón Lizbeth Greter, Veloz Martínez María Guadalupe, Hinojosa Cruz Juan Carlos, Robles Robles Agustín Germán, Cirigo Villagómez Luisa Lourdes
- S119 Sarcoma endometrial de bajo grado y absceso tuboovárico**
Terán Bahena Karla Naivi, López Córdova Martín
- S119 Tumor mixto mesodérmico mulleriano maligno de ovario y adenocarcinoma de endometrio**
Flores Acosta Clara del Carmen, Vidal Gutiérrez Oscar, Ibarra Patiño Ricardo, Valenzuela Rodríguez Rosa María, Navejar Tijerina Celia, Alarcón Galván Gabriela
- S120 Angiomixoma agresivo de la vulva. Presentación de un caso**
Jáuregui Tejeda Ricardo, Villalón Calderón Roberto, Díaz Cruz Alejandra Itzel
- S120 Tumor del estroma gastrointestinal de tabique recto vaginal**
Ocaña González Mayra, Martínez Zamudio Alberto Arturo, Morales Bautista David Fernando, Rodríguez Piña María Elena, Kameyama Fernández Lucero Kazue, Robles Sandoval Sergio David
- S121 Reporte de un caso: tumor trofoblástico del sitio placentario**
Gordillo Méndez Karla Patricia, Muñoz Martínez Bayardo Abraham, Gordillo Méndez Jazmin Yadira, Chincoya Díaz Maribel, López Riveira Luis Pablo, Hernández Marín Imelda
- S121 Carcinoma ductal embrionario de restos wolffianos del cuello uterino**
Punaro Esquivel José Humberto
- S121 Sarcoma endometrial de bajo grado**
Córdova López Martín, Terán Bahena Karla Naivi

- S121 Virus del papiloma humano en la lengua: reporte de un caso**
Bernal Davish Miguel Angel, Guzmán Tapia María Natividad, Altamirano Jacome Erasmo, Hernández Hernández Perla Xochitl, Pérez López Francisco, Morales Mendoza Flor Lizeth
- S122 Virus del papiloma humano en una adolescente con esquema incompleto de vacunación: reporte de un caso**
Bernal Davish Miguel Angel, Guzmán Tapia María Natividad, Rivera Lara Karina Angélica, Durán García Manuel Alejandro, Pestaña Fonseca Claudia Serine, Morales Ramírez Carlos Fernando
- S122 Técnica modificada para la aplicación de la cintilla sub-uretral libre de tensión con malla sintética en el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo**
Morgan Ortiz Fred, Soto Pineda Juan Manuel, Báez Barraza Josefina, Quevedo Castro Everardo, Camacho Ramírez Diego Armando, Contreras Soto Juan Omar
- S123 Liberación de malla intravesical por cistoscopia secundaria como complicación por colocación de cabestrillo retropúbico. Reporte de un caso**
Rivera Ruiz José Ramón, Velázquez Castellanos Patricia Inés, Godoy Rodríguez Nancy, Montes Casillas Mayra Anabel, Rodríguez Quesada José Antonio, Mireles Ordaz Alberto
- S123 Fístula vesical espontánea asociada con prolapso de órganos pélvicos e insuficiencia renal aguda: reporte de un caso y revisión bibliográfica**
Bautista Gómez Esperanza Josefina, Morales García Victor, Galván Espinosa Honorio, Monroy Vásquez Jaime, Pacheco Santiago Dominga, Pizarro Osorno Noel
- S124 Tratamiento del prolapso de órganos pélvicos posterior a la colocación de prolift total: reporte de un caso**
Escobar del Barco Laura, Argaez Cime Noel Lorenzo, Rodríguez Cabral Carlos, Rodríguez Colorado Silvia, Olguín Ortega Andrea
- S124 Incontinencia urinaria oculta en pacientes con prolapso de órganos pélvicos**
Escobar del Barco Laura, Argaez Cime Noel Lorenzo, Tavarez Trujillo Katerin, Rodríguez Colorado Silvia, Olguín Ortega Andrea
- S125 Experiencia en el tratamiento de fístulas vesicovaginales en el servicio de Urología Ginecológica**
Rodríguez Quezada José Antonio, Velázquez Castellanos Patricia Inés, Godoy Rodríguez Nancy, Rivera Ruiz José Ramón, Montes Casillas Mayra Anabel, Mireles Ordaz Alberto
- S125 Incontinencia urinaria mixta, tratamiento con toxina botulínica tipo A y colocación de cabestrillo suburetral tradicional: reporte de un caso y revisión de la bibliografía**
Mireles Ordaz Alberto, Velázquez Castellanos Patricia Inés, Godoy Rodríguez Nancy, Montes Casillas Mayra Anabel, Rivera Ruiz José Ramón, Rodríguez Quezada José Antonio
- S126 Fístulas genitourinarias**
Aquino Hernández José Luis, Ramírez Matus Jorge Alberto, Valdez Gil Liliana, Maheda López Nancy, García Ramírez Cinthya Guadalupe
- S126 Transposición de músculo gracilis para la corrección quirúrgica de incontinencia fecal: reporte de un caso**
Montes Casillas Mayra Anabel, Godoy Rodríguez Nancy, Velázquez Castellanos Patricia Inés, Rodríguez Quesada José Antonio, Rivera Ruiz José Ramón, Mireles Ordaz Alberto
- S127 Comparación de la efectividad clínica entre dos toxinas botulínicas para el tratamiento de vejiga hiperactiva**
Bracamonte Díaz Angélica Sarai, Bermudez Ahumada Gabriela, Infante Salinas Roberto, Cortes Flores Raul, Martínez Gaytán Victoria
- S127 Grado de severidad en pacientes con incontinencia anal**
Salcedo Montiel Roxana, Rodríguez Colorado Esther Silvia, Escobar del Barco Laura, Gorbea Chávez Viridiana, Olguín Ortega Andrea
- S127 Corrección de enteroceles: abordaje por vía vaginal**
Rodríguez Cabral Carlos Andrés, Rodríguez Colorado Silvia, Escobar del Barco Laura Guadalupe, Olguín Ortega Andrea, Collazo Araico Nelly Regina, González Velazco David
- S128 Reajuste de cinta suburetral como tratamiento de incontinencia urinaria recurrente posterior a la colocación de SPARC. Presentación de un caso**
Olguín Ortega Andrea, Rodríguez Colorado Silvia, Escobar del Barco Laura, Gorbea Chávez Viridiana, Rodríguez Cabral Carlos, González Velazco David

El contenido de éste suplemento se reproduce tal cual se recibieron por parte de los autores



GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DE MÉXICO

Tarifas de suscripción anual 2011

Revista mensual

En la República Mexicana

Institucional (multilectores):	\$ 1,100.00
Personal:	\$ 1,050.00
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/At'n. Sra. Bertha Schoelly de Larrondo.

Ginecología y Obstetricia de México. Calle de Nueva York núm. 38, colonia Nápoles, delegación Benito Juárez, CP 03810, México, DF. Teléfono: 5523-1664.

Registro de la Dirección General de Correos núm. 0540167 con número de características 228241116.

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

Impresa en: Computipo Scanner Editorial SA. Azafrán 313 y 315, colonia Granjas México, delegación Iztacalco, CP 08400, México, DF. Coordinación editorial: Dr. Enrique Nieto R.

Suscripciones e informes

Sra. Bertha Schoelly de Larrondo
Calle de Nueva York núm. 38,
colonia Nápoles, del. Benito Juárez,
CP 03810, México, DF.
Teléfonos: 5523-1664, 5669-0211,
de 17:00 a 20:00 horas.
Fax: 5682 5601
E-mail: ginecolobstetmex@femego.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 y Dr. Galo Flores

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. Gilberto Ramírez Cueto*

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. Carlos Mac Gregor SN

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

COMITÉ DE REVISIÓN POR PARES PARA EL AÑO 2011

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 Ruíz 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)

*SOCIOS DE LA ASOCIACIÓN MEXICANA DE EDITORES DE REVISTAS BIOMÉDICAS, A.C. (AMERBAC) Y MIEMBROS 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
Sociedad de Ginecología y Obstetricia del Mayo	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
Sociedad de Ginecología y Obstetricia de La Laguna	IV
Sociedad Potosina de Ginecología y Obstetricia	IV
Sociedad de Ginecología y Obstetricia de Tampico y Ciudad Madero	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
Asociación Victorense de Ginecología y Obstetricia	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 de Ginecología y Obstetricia de Irapuato	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
Sociedad de Ginecología y Obstetricia del Edo. de Guerrero	VI
Colegio Mexiquense de Ginecología y Obstetricia	VI
Sociedad Hidalguense de Ginecología y Obstetricia	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 del Norte del Estado de Guerrero	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
Asociación de Ginecología y Obstetricia de La Costa de Chiapas	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 Ejecutivo 2009-2011

Dr. Alberto Kably Ambe
Presidente

Dr. José de Jesús Montoya Romero
Vicepresidente

Dr. Claudio Serviere Zaragoza
Primer Secretario Propietario

Dr. Emilio Valerio Castro
Segundo Secretario Propietario

Dra. Nayeli Fragoso Díaz
Primera Secretaria Suplente

Dr. César Augusto Trejo Esponda
Segundo Secretario Suplente

Dr. Pablo Gabriel Gutiérrez Escoto
Tesorero

Dr. José Efraín Vázquez Martínez de Velasco
Subtesorero

Directores Regionales Periodo 2010-2012

Dr. Sebastián Iris de la Cruz
Región I
Dr. Henry Aristóteles Mateo Sáñez
Región II
Dr. César E. Favela Heredia
Región III

Dr. Rodolfo Treviño Alanís
Región IV
Dr. Humberto Cano López
Región V
Dr. Chafi Alfredo Yarmuch Espinoza
Región VI

Dr. Jorge C. Méndez Trujeque
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 científicos de investigación básica, presentados por escrito
y que se presentaran en cartel durante el congreso

216

MAMPARA I (Romano)

EFFECTO DE LA APLICACIÓN DE COLUMNAS DE ANEXINA EN LOS RESULTADOS REPRODUCTIVOS DE PAREJAS INFERTILES.

BARROSO VILLA GERARDO
MORALES VELAZQUEZ MARIO
OSUNA ZAZUETA MARCELA
ROBLEDO TREJO GONZALO
COLIN VALENZUELA ALINNE
AVILA LOMBARDO ROSAURA

CENTRO DE REPRODUCCION ARCOS
CLINICA NASCERE

Objetivo del estudio:

ANTECEDENTES. Se ha determinado que la fertilización exitosa en técnicas de reproducción asistida (TRA), depende principalmente de la calidad de la membrana plasmática del espermatozoide. En pacientes que consultan por infertilidad, se han encontrado mayor número de anomalías en la membrana plasmática, como la translocación de fosfatidilserina (FS) lo cual evidencia la presencia de eventos apoptóticos tempranos, se requiere de técnicas que permitan la selección de espermatozoides libres de daño apoptótico, a fin de que esta población "sana" pueda ser utilizada, para fertilizar el gameto femenino; la técnica que permite lo anterior es llamada "Magnetic-activated cell sorting" (MACS).

OBJETIVO. Comparar la selección espermática únicamente mediante swim up o en combinación con la técnica de MACS-ANMB en pacientes infértiles cuya muestra seminal se utilizó para técnica de reproducción asistida de alta complejidad (inyección intracitoplasmática ICSI), con la tasa de fertilización y desarrollo embrionario.

Materiales y métodos: Se incluyeron 11 parejas cuya muestra seminal se dividió en dos grupos: (grupo A: seleccionada mediante swim up), (grupo B seleccionada por swim up + MACS), con la población seminal obtenida se realizó ICSI y para cada grupo se evaluó la tasa de fertilización, desarrollo embrionario y fragmentación.

Resultados: El porcentaje de fertilización

fue de 83.8% vs 93.9% para Grupo A y B respectivamente; con respecto al número de blastómeras, fue 2.6 y 2.8 y en cuanto al porcentaje de fragmentación en el día 3 posterior a la fertilización, este fue de 7.19 % vs 7.88 % para Grupo A y B respectivamente, sin alcanzar significancia estadística.

Conclusiones: Actualmente esta claro que la selección espermática mediante MACS, disminuye la población espermática con daño apoptótico temprano, sin embargo es necesario realizar un estudio clínico para determinar diferencias significativas en la tasa de fertilización, desarrollo embrionario, tasa de implantación y tasa de embarazo.

299

MAMPARA II (Romano)

RECUPERACIÓN ESPERMÁTICA DESPUÉS DE LA CRIOPRESERVACIÓN EN MUESTRAS SEMINALES DE HOMBRES FÉRTILES E INFÉRTILES

JUÁREZ BENGUA ARMANDO
FLORES ESCOBAR XÓCHITL ELENA
SERRANO MACEDO NUBIA MONSERRAT
CASTELLANOS BARROSO GUILLERMO
CRUZ RIVERA EDUARDO
VEGA SÁNCHEZ RODRIGO

Secretaría de Salud
Instituto Nacional de Perinatología, IER.
Coordinación de Andrología

Objetivo del estudio: Comparar la recuperación espermática de muestras seminales de hombres fértiles e infértiles después de haber sido sometidas a un proceso de criopreservación

Materiales y métodos: Las muestras seminales de 25 hombres fértiles y 13 de pacientes infértiles se criopreservaron dos semanas. Se comparó concentración, movilidad y morfología espermáticas antes y después de la congelación. Las muestras de hombres fértiles se dividieron en dos grupos: 12 con parámetros seminales normales (FPN) y 13 con parámetros seminales alterados (FPA). Se utilizó la prueba U de Mann-Whitney considerando significativo $p < 0.05$.

Resultados: En las muestras de hombres fértiles hubo disminución de la movilidad de 65.12% a 42.08% y del total de células móviles (TCM) de 123.37 millones a 62.05 millones. En los infértiles la movilidad cambió de 53.38% a 7.08% y TCM de 64.57 millones a 11.76 millones. En los hombres fértiles con factores alterados, TCM es comparable al de los infértiles pero la recuperación espermática (59%) fue mayor.

La recuperación de las muestras seminales congeladas es aproximadamente de 50% en los hombres fértiles, pero de sólo 15% en las de los hombres infértiles.

Conclusiones: Es importante considerar la pérdida espermática para decidir el número de muestras a congelar.

423

MAMPARA III (Romano)

CORRELACIÓN ENTRE EL GRADO DE FRAGMENTACIÓN DEL ACIDO DESOXIRRIBONULEICO ESPERMÁTICO Y LOS PARÁMETROS SEMINALES EN PAREJAS INFÉRTILES

GODOY MORALES HÉCTOR SALVADOR
ULLOA-AGUIRRE ALFREDO
PONCE BARBERENA PEDRO ANTONIO
MERA MEJÍA RICARDO
RIVAS LÓPEZ RADAMÉS
CEDILLO GARCÍA-LASCURAIN LUCIANO

ART Reproducción
Hospital Angeles Pedregal, Unidad de Medicina Reproductiva

Objetivo del estudio: Analizar de forma retrospectiva, la relación entre el porcentaje de fragmentación del DNA espermático y los parámetros seminales convencionales y los relacionados a la oligo-asteno-teratozoospermia (OAT), según los nuevos criterios de la OMS (2010), en pacientes que acudieron para evaluación de la pareja infértil. De esta manera darle más peso a los parámetros seminales en la evaluación de la capacidad fertilizante en el factor masculino, pretendiendo establecer una

posible causa-efecto y así un tratamiento para mejorar la capacidad de fecundación.

Materiales y métodos: Análisis retrospectivo de pacientes que acudieron para evaluación de la pareja infértil de diciembre 2009 – agosto 2011. Se utilizan los criterios de normalidad de la Organización Mundial de la Salud (OMS) del 2010 en los parámetros seminales. Para el daño del DNA por fragmentación un punto de corte de $\geq 30\%$, con técnica de dispersión de la cromatina. Los resultados se expresaron en promedio $\pm$ desviación estándar y se aplicaron las pruebas de Spearman, Mann-Whitney y Fisher estableciendo un valor de $p < 0.05$ para significancia estadística.

Resultados: El estudio incluyó 97 pacientes con un promedio de edad de 38.7 ± 5.9 años. Siendo el grupo con mayor cantidad de pacientes el de los 30 – 39 años ocupando un 61% (59/97) de la población. Únicamente el 3% (3/97) de los individuos presentaron OAT.

Del total de pacientes estudiados un 38% tuvieron una fragmentación alta. El grupo de edad con mayor porcentaje de individuos con fragmentación alta fue los pacientes con 50 años o más con el 75% (3/4) y el menor de los 30 – 39 años con un 34% (20/59). La distribución de cada una de las variables de los parámetros seminales convencionales se encontraron en promedio con valores normales, a excepción del número de leucocitos por mililitro (1.4 ± 2.7) elevados. El 54% de los pacientes presentaron leucocitospermia. Con respecto a la morfología de los espermatozoides ($\geq 4\%$) la diferencia entre normales y anormales fue dada por defectos de cabeza ($27.20 \pm 9.89\%$ y $42.28 \pm 14.18\%$). No hubo diferencia en el tipo de defecto entre los grupos de fragmentación del DNA. Cada uno de los parámetros seminales convencionales fueron comparables en promedio entre los grupos con fragmentación alta y normal, excepto la motilidad PR ($41.54 \pm 20.06\%$ y $53.56 \pm 14.63\%$) y el número de leucocitos por mililitro (1.8 ± 2.6 y 0.4 ± 0.5) entre el grupo I y II respectivamente. Estos últimos con significancia estadística. El porcentaje de fragmentación del DNA espermático se correlaciona de forma negativa con la motilidad del espermatozoide, siendo que a mayor fragmentación menor motilidad (r

-0.32 , $p 0.001$). El número de leucocitos por mililitro en la muestra seminal es directamente proporcional al porcentaje de daño en la cromatina espermática ($r 0.2$, $p 0.03$). No se pudo establecer una correlación entre el daño a la cromatina espermática y los parámetros seminales convencionales de volumen, pH, concentración, vitalidad y morfología, según las pruebas aplicadas. No se encuentra relación entre los parámetros seminales relacionados a la oligo-asteno-terato-zoospermia con la fragmentación del DNA ($p 0.19$), probablemente por la poca cantidad de individuos afectados. Sin embargo 2/3 (67%) de estos pacientes presentaron daño de la cromatina espermática de manera significativa ($\geq 30\%$). Con una p significativa se correlaciona el porcentaje de fragmentación del ADN y la alteración en un parámetro seminal, sobre todo si esta alteración se trata de la motilidad del espermatozoide, como se comentó anteriormente.

Conclusiones: Los resultados obtenidos demuestran una asociación posible de causa-efecto entre el porcentaje de la fragmentación del DNA y el número de leucocitos, susceptible de tratamiento. Su relación con la motilidad espermática sugiere otro mecanismo etiológico en la fragmentación del DNA, y que el tratamiento del origen del daño, incrementaría de manera importante la movilidad del espermatozoide. Ambas intervenciones a favor de mejorar la capacidad fecundante del espermatozoide. La comparación de los parámetros seminales convencionales de los criterios de la OMS 1999 y 2010 con el porcentaje de fragmentación del DNA no presentó diferencias, pese a el cambio importante de rangos de normalidad en la morfología del espermatozoide. No se pudo establecer una relación entre el oligo-asteno-terato-zoospermia y el porcentaje de fragmentación del DNA espermático. Aunque la mayoría de los pacientes con OAT presentaron daño de la cromatina espermática de manera significativa. La comparación de individuos con y sin tratamiento para una posible causa de la fragmentación del DNA, establecería otra aplicación práctica de este trabajo evaluando la capacidad fecundante del espermatozoide.

429

MAMPARA IV (Romano)

HORMONA ANTIMÜLLERIANA COMO MARCADOR DE RESPUESTA OVÁRICA EN FERTILIZACIÓN IN VITRO

GODOY MORALES HÉCTOR SALVADOR

ULLOA AGUIRRE ALFREDO

FALCÓN MARTÍNEZ JUAN CARLOS

MARSAL MARTÍNEZ EMMA ELIZABETH

RIVAS LÓPEZ RADAMÉS

CEDILLO GARCÍA LASCURAIN LUCIANO

ART Reproducción

Hospital Ángeles Pedregal

Objetivo del estudio: Evaluar la relación entre las concentraciones séricas de AMH, FSH y número de folículos antrales (AFC) en fase folicular temprana (FFT) con el número de ovocitos capturados (OC).

Materiales y métodos: Se determinaron las concentraciones de AMH y FSH, así como el número de folículos antrales en la fase folicular temprana de 39 pacientes; los cuales se compararon y correlacionaron con el tipo de respuesta a la hiperestimulación (normo-, hipo- o hiperrespuesta), mediante ANOVA, pruebas de comparación múltiple y correlaciones de Pearson o Spearman.

Resultados: 25.6% de las pacientes fueron hiporrespondedoras, 51.2% normorrespondedoras y 23% hiperrespondedoras. Se observó una correlación lineal positiva entre AMH-OC y AMH-AFC. Se presentó una correlación lineal negativa entre AMH-FSH. No hubo correlación entre las concentraciones de AMH y la edad. Las concentraciones de AMH ≥ 0.9 ng/ml fueron asociadas con normo o hiper-respuesta a la estimulación ovárica.

Conclusiones: Al evaluar la relación entre las concentraciones séricas de AMH, FSH y AFC, se concluye que la AMH es un excelente marcador de respuesta ovárica en mujeres sometidas a protocolos de hiperestimulación. Un valor de AMH ≥ 0.9 predice una respuesta ovárica adecuada en términos de número de ovocitos capturados.



PREMIO

“Dr. Luis Castelazo Ayala”

Trabajos científicos de investigación clínica, presentados por escrito y
que se presentaran en cartel durante el congreso

RELACIÓN ENTRE ÍNDICE DE MASA CORPORAL Y SEVERIDAD DE ENDOMETRIOSIS

TORRES JASSO YAMILE
MORENO SÁNCHEZ JOSE ANTONIO
GÓMEZ GARCÍA CANO JESSICA
MEZA LÓPEZ MARÍA ESTHER
GARCÍA LÓPEZ BRENDA ILIANA
GALLARDO PINEDA JESUS FERNANDO

SSA

Hospital de la Mujer, clínica de infertilidad

Objetivo del estudio:

Introducción: La endometriosis es la implantación y crecimiento de tejido endometrial ectópico. Se caracteriza por dolor pélvico, dismenorrea e infertilidad. Su prevalencia se estima entre 10 y 15% en mujeres en edad reproductiva. En México se reporta una incidencia de 34.5% en mujeres con infertilidad.

Esta patología se encuentra asociada a diversos factores entre los que se encuentran: ciclos menstruales cortos, sangrado menstrual abundante, menarca a edad temprana y baja paridad. En su fisiopatología se ha relacionado a procesos inmunológicos manifestados por la acumulación de células inflamatorias y una producción excesiva de citocinas inflamatorias como la IL-1, TNF e IL-6. Esta patología se caracteriza por una regulación a la baja de las células natural killer (NK) que modulan la respuesta inmune y autoinmune manifestada por la producción de anticuerpos anti-endometrio, antinucleares y anti-fosfolípidos. Aún en la actualidad, la fisiopatología no es muy clara. Las reacciones inflamatorias pueden ser parcialmente moduladas por la leptina tipo I, citocina similar a varios miembros de la familia de interleucinas inflamatorias codificadas por el gen Obese (Ob). La leptina fue descrita originalmente como producto del tejido adiposo responsable de la regulación del metabolismo lipídico y de la cantidad de masa corporal.

La leptina es una citocina pleiotrópica, puede producir varias reacciones fisiológicas y patológicas como lo son:

angiogenesis, inflamación, hematopoyesis y la regulación de la respuesta inmune. La leptina puede también participar en la regulación de la producción de hormonas sexuales, ovulación, fisiología de las células endometriales y, en el desarrollo embrionario temprano e implantación. Existe evidencia que la leptina puede relacionarse con la patogénesis de algunas enfermedades autoinmunes, algunos tipos de encefalitis, artritis, colitis y diabetes mellitus tipo 1 (DM1). En pacientes con endometriosis se han encontrado niveles elevados de leptina peritoneal; esto ha sido relacionado por diversos autores con la presencia de infertilidad en pacientes con esta patología. Por todo lo anterior se podría inferir una posible relación entre la fisiología hormonal que tuviese una vía común entre el grado de obesidad, sobrepeso o desnutrición y la severidad de la endometriosis. El objetivo de este estudio fue el análisis de las variables antropométricas y la búsqueda de una posible relación con la severidad de la endometriosis.

Materiales y métodos: Se trata de un estudio retrospectivo, descriptivo y observacional realizado en pacientes de la Clínica de Infertilidad con diagnóstico de endometriosis del Hospital de la Mujer, SSA; México, DF, durante el periodo comprendido entre el 1º de enero de 2007 al 31 de diciembre de 2010. Criterios de inclusión.

Pacientes con diagnóstico de endometriosis atendidas en la Clínica de Infertilidad del hospital.

Criterios de Exclusión.

Expediente clínico incompleto en las variables seleccionadas para este estudio. Variables a analizar:

Variables demográficas, edad, variables ginecoobstétricas, menarca, inicio de la vida sexual, ciclo menstrual (21-35, >35 o <21), duración del sangrado (<7 días o >7 días), gestas (0, 1, >1). Variables somatométricas: Peso en kilogramos, talla en metros, IMC en Kg/m²SC (clasificación de la American Heart Association):

- Desnutrición: <19.9

- Clase 0. Peso normal: 20-24.9

- Clase I. Obesidad leve: 25- 29.9

- Clase II. Obesidad moderada: 30- 34.9

- Clase III. Obesidad severa: 35-39.9

- Clase IV. Obesidad mórbida: >40

Síntoma primario: Dolor abdominal, dismenorrea, infertilidad, trastornos menstruales o endometrioma. Procedimiento para diagnóstico de severidad: Laparotomía o laparoscopia.

Clasificación de la severidad de la endometriosis (American Society for Reproductive Medicine's, 1985)

- Estadio I: Leve.

- Estadio II: Media.

- Estadio III: Moderada.

- Estadio IV: Severa.

Análisis estadístico.

Se obtuvo una muestra de 115 pacientes con una media de edad de 32.8 + 8.2 años con un rango entre 14-62, la media de la menarca es de 12.7 + 1.3 años con un rango 9-17, la media de inicio de la vida sexual es de 19.3 + 6.2 años con un rango de 0-36 años el 5.2% (n=6) eran núbiles, el número de pacientes con ciclo menstrual de 21-35 días son 85.2% (n=98), mayor de 35 días 12.2% (n=14), menor de 21 días 2.6% (n=3), con duración del sangrado < 7 días son 83.5% (n=96), > 7 días son 16.5 % (n=19), pacientes sin gestaciones son 53% (n=51), con una gestación 22.6% (n=26), mas de una gestación 24.3% (n=28). La media del peso fue 63.1 + 12.3 con un rango entre 41.1 a 108.80 la media de talla es de 1.56 + 0.06 con un rango 1.34 a 1.76 la media de índice de masa corporal de 25.7 + 4.8 con un rango entre 18.03 a 41.56. Según el índice de masa corporal se clasificaron en los siguientes grupos: desnutrición con 7.8% (n=9), peso normal 43.5% (n=59), obesidad leve 31.3% (n=36), obesidad moderada 12.2% (n=14), obesidad severa 4.3% (n=1), con síntoma de dolor abdominal 37.4% (n=43), dismenorrea 24.3% (n=28), infertilidad 23.5% (n=27), trastornos menstruales 8.7% (n=10), por diagnóstico de endometrioma 6.1% (n=7), las pacientes sometidas a laparotomía son 72.2% (n=83), laparoscopias son 27.8% (n=32), en estadio I o leve son 23.5% (n=27), estadio II o media 20.0% (n=23), estadio III o moderada 23.5% (n=27), estadio IV o severa 33.0% (n=38). El análisis multivariado se realizó con prueba de T-Student entre los grupos anteriores: -Comparando el grado de severidad de la

endometriosis con desnutrición vs peso normal obteniendo $p=0.56$ sin significancia estadística.

-Comparando desnutrición vs obesidad con el grado de severidad de la endometriosis se obtiene $p=0.08$ con significancia estadística.

-Comparando peso normal vs obesidad con el grado de severidad de la endometriosis se obtiene $p=0.03$ con significancia estadística.

Con los datos anteriores se concluye que a mayor índice de masa corporal menor grado de endometriosis.

Resultados: En este estudio se puede observar una endometriosis leve y media cuando la paciente cuenta con índice de masa corporal superior a 25kg/m^2 ($p=0.03$), así también se observa endometriosis moderada y severa en pacientes con índice de masa corporal menor de 24.9kg/m^2 . La incidencia calculada de endometriosis en la consulta externa fue del 0.07% la cual es baja de acuerdo a la reportada de 34.5%, la causa de esta baja incidencia puede ser debida a falta de un manejo adecuado del expediente clínico donde no se registra esta patología y por lo tanto se encuentra infradiagnosticada. La mayor parte de las pacientes estudiadas cuenta con una media de 12.7 ± 1.3 años del inicio de la menarca, con ciclos menstruales normales (85.2%), considerando que estos se mencionan en la literatura como factores para el desarrollo de endometriosis encontrando que el inicio temprano de la menarca con ciclos menstruales cortos no fueron las más predominantes en este estudio, llama la atención que la mayor parte de las pacientes eran nuligestas (53%) que podría ser un factor importante el cual no fue el objetivo de este estudio. El principal síntoma de consulta fue dolor abdominal (37.4%) secundario a tumor anexial, seguida de dismenorrea (24.3%) e infertilidad (23.5%) el cual se correlaciona a lo reportado en estudios previos. La endometriosis es una enfermedad estrógeno dependiente, su desarrollo y progresión es a través de la estimulación por estrógenos. En teoría, la producción de estrógenos en el tejido periférico debería estimular el crecimiento de las lesiones

endometriales y acelerar la progresión de la enfermedad. Sin embargo de acuerdo a estudios epidemiológicos un IMC alto se ha encontrado relacionado con endometriosis leve o media, aunque no se ha podido explicar esta relación por el solo efecto de la producción estrogénica en el tejido adiposo, la cuestión es si las reacciones inflamatorias originadas en el adipocito moduladas por la leptina se encuentran implicados en la patogénesis de la endometriosis, ya que las adipocinas son secretadas de acuerdo a la cantidad de grasa corporal, implicando al factor alfa de necrosis tumoral y algunas interleucinas que tienen un efecto favorable en la adhesión de las lesiones endometrióticas en la cavidad peritoneal propiciando el desarrollo de la enfermedad ya que se ha observado que las adipocinas tienen un efecto anti-inflamatorio y anti-angiogénico por lo que puede estar involucradas en la patología de forma positiva o negativa en el desarrollo o progresión de la endometriosis. En un reciente estudio se ha reportado niveles de leptina en el líquido peritoneal de mujeres con endometriosis con una correlación inversa con la extensión de la enfermedad concluyendo el autor la presencia de una gran cantidad de leptina en la endometriosis leve y media. Los efectos de los adipocinas involucrados en el desarrollo y progresión de la endometriosis es muy limitado aún y controversial.

Conclusiones: En este estudio demostramos una relación inversa significativa entre el índice de masa corporal y la severidad de endometriosis, donde el tamaño del cuerpo está vinculado a la fisiopatología de la endometriosis, sugiriendo que los factores asociados con la adiposidad y otros estrogénicos pueden participar en la progresión de la enfermedad aunque faltan estudios que puedan explicar esta relación.

30

MAMPARA B

ATENCIÓN DE PACIENTES CON DISPOSITIVO INTRAUTERINO TRASLOCADO

GARCÍA LÓPEZ BRENDA ILIANA
MEZA LÓPEZ MARÍA ESTHER

TORRES JASSO YAMILE
MORENO SÁNCHEZ JOSE ANTONIO
CONTRERAS CARRETO NILSON
AGUSTÍN

Secretaría de Salud
Hospital de la Mujer. Infertilidad

Objetivo del estudio: Describir la incidencia y la experiencia institucional en el manejo del DIUT.

Materiales y métodos: Estudio retrospectivo, descriptivo y analítico de una muestra de pacientes atendidas en el Hospital de la Mujer con diagnóstico de DIUT durante el periodo del 1° de enero de 2008 al 1° de enero de 2011. Se excluyeron aquellas pacientes con expediente clínico incompleto para las variables seleccionadas.

Resultados: Se obtuvo una muestra de 56 pacientes con una media de edad de 31.8 ± 8.55 años, con rango entre 20-55 años. El 92.9% ($n=54$) se encontraron en cavidad uterina y el 7.1% ($n=4$) en cavidad abdominal. Tiempo de permanencia de DIU 70.9 ± 58.1 meses, con rango entre 1-40 meses. Método diagnóstico: Rx abdomen y pelvis 10.7% ($n=6$), USG pélvico 62.5% ($n=35$), ambos 26.8% ($n=15$). Retiro fallido en consultorio 26.8% ($n=15$); el 100% fue retirado en quirófano bajo sedación. Técnica utilizada retiro con cánula de Novak 60.7% ($n=34$), histeroscopia 8.9% ($n=5$), histeroscopia + laparoscopia 5.4% ($n=3$), LAPE 8.9% ($n=5$), retiro manual simple 10.7% ($n=6$), histeroscopia por retiro fallido con cánula de Novak 3.6% ($n=2$) y laparoscopia 1.8% ($n=1$). Complicaciones: perforación uterina 1.8% ($n=1$) y HTA 3.6% ($n=2$).

Conclusiones: El diagnóstico de DIUT puede realizarse con métodos de gabinete habituales como Rx de abdomen y pelvis y USG pélvico. Rara vez se requieren otros estudios adicionales. La histeroscopia como procedimiento para retiro de DIUT es un procedimiento seguro y costo-efectivo. La laparotomía para retiro de DIUT es un procedimiento cada vez menos frecuente.

CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA Y EMBARAZO. RESULTADOS PERINATALES

VILLEGAS CISNEROS ADRIAN
LEROY LOPEZ LIONEL
HERRERIAS CANEDO TOMAS
CEPEDA SILVA ARMANDO
INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA
Servicio de Cirugía Ginecológica Laparoscópica.

Objetivo del estudio: Se reporta la experiencia del Instituto Nacional de Perinatología (INPer) con el uso de la laparoscopia durante el embarazo durante los años del 2008 al 2011 con el objetivo de analizar las indicaciones quirúrgicas, antecedentes obstétricos, evolución trans y postoperatoria de nuestras pacientes en relación a los resultados perinatales obtenidos.

Materiales y métodos: Estudio de investigación clínica en forma de serie de casos, retrospectivo, transversal y observacional en el INPer de enero del 2008 a junio del 2011. Se incluyeron a pacientes embarazadas de cualquier edad gestacional que se hayan sometido a cirugía laparoscópica durante el mismo en el INPer. Para el análisis de los resultados se utilizaron técnicas de estadística descriptiva.

Resultados: De enero del 2008 a junio del 2011 se encontraron 7 pacientes operadas por vía laparoscópica durante el embarazo, la edad promedio de las pacientes fue de 25.4 años con un rango entre 17 y 35 años. Los procedimientos realizados fueron tres colecistectomías por colecistitis crónica litiasica de repetición sin respuesta al manejo médico conservador; tres cistectomías por masa anexial con un tamaño de lesión entre 12 y 15.5 cm, con estudio histopatológico de benignidad. A una de las pacientes se le realizó salpingectomía por embarazo heterotópico. la frecuencia cardiaca fetal se reviso previo a la cirugía y en el postquirúrgico sin encontrar variaciones durante la misma; igualmente se obtuvo la capnografía materna sin cambios significativos que orientaran a alteración en el equilibrio ácido-base materno o fetal. El

tiempo promedio de estancia hospitalaria de las pacientes fue de 2 días. En resultados perinatales, ninguna paciente presento datos de amenaza de aborto ni amenaza de parto pretérmino; en tres pacientes el embarazo se resolvió por eutocia, todos ellos a término (37.1, 38.4, 39 SDG) concordando con valoración de Capurro, siendo el peso y la talla de los neonatos adecuados para la edad gestacional; la calificación de Apgar en los tres neonatos fue normal y su egreso fue a alojamiento conjunto. En la paciente que se realizó la salpingectomía a las seis semanas de gestación por embarazo heterotópico hubo rotura prematura de membranas (18.6 semanas después del evento quirúrgico) a las 25.1 semanas de gestación que fue susceptible de tratamiento conservador activo resolviéndose a las 28.4 SDG por vía cesárea indicada por prematuridad y baja inserción de placenta, con evolución satisfactoria, sin relacionarse dicho resultado perinatal con la cirugía laparoscópica. Se cuentan además 3 pacientes en control prenatal con antecedente de cirugía laparoscópica en este embarazo, una paciente sometida a colecistectomía y las otras dos pacientes a cistectomía, dichos procedimientos se realizaron sin complicaciones y con evolución postquirúrgica satisfactoria, sin presentar ningún desenlace perinatal adverso, al momento los 3 casos se encuentran en el tercer trimestre de gestación normo-evolutiva. No se ha presentado ningún caso de mortalidad materna y fetal atribuible al evento quirúrgico.

Conclusiones: La cirugía no obstétrica durante el embarazo es una realidad que pone a prueba los servicios de salud especializados. En nuestra experiencia inicial no observamos complicaciones maternas ni fetales atribuibles a la vía de abordaje laparoscópica, por lo que aunado a lo reportado por la literatura, consideramos se justifica el incrementar la experiencia en este tipo de abordaje durante el embarazo, con estudios locales y multicéntricos complementarios, de tipo analítico, prospectivo y con grupo de comparación.

COLPOSUSPENSION RETROPUBLICA TIPO BURCH VS UNA TECNICA

MODIFICADA DE APLICACIÓN DE CINTILLA SUB-URETRAL LIBRE DE TENSION PARA EL TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO EN PACIENTES OBESAS

MORGAN ORTIZ FRED
SOTO PINEDA JUAN MANUEL
SORIANO BENITEZ MAURICIO ISRAEL
BAEZ BARRAZA JOSEFINA
GUERRERO VALDEZ MISAEEL
GALEANO ALEJANDRO

Centro de Investigacion y Docencia en Ciencias de la Salud
Hospital Civil de Culiacan, Clinica.45 del Instituto Mexicano del Seguro Social Guadalajara Jalisco, Departamento de Ginecologia y Obstetricia, Servicio de Uroginecologia

Objetivo del estudio: Comparar la eficacia terapéutica entre la colposuspensión retro-pública tipo Burch y a aplicación de cintilla sub-uretral libre de tensión con material sintético modificada en el tratamiento de pacientes obesas con incontinencia urinaria de esfuerzo.

Materiales y métodos: 82 pacientes obesas (ÍMC > 27 Kg/m² SC) con Incontinencia Urinaria de Esfuerzo sometidas a uretropexia tipo Burch y colocación de cabestrillo sub-uretral con malla sintética en (Burch: n=42; cintilla suburetral: n=40), durante el periodo comprendido de enero del 2002 a diciembre de 2006 en el Hospital Civil de Culiacán, Sinaloa y la Clínica No. 45 del IMSS en Guadalajara, Jalisco, México. El seguimiento mínimo para ser incluidas en el estudio fue de tres años. La variable de interés primario fue la ausencia o persistencia de la incontinencia urinaria a los 6, 12, 24, 36, 48 y 60 meses. Como variable de interés secundario se analizaron las complicaciones trans y postoperatorias como sangrado, lesión a órganos vecinos, cistocele residual, retención urinaria y extrusión de material sintético a través de vagina.

Resultados: La tasa de éxito acumulada a 60 meses, fue del 81.96% para el grupo de Burch y del 82.5% para el grupo de cintilla sub-uretral libre de tensión, sin diferencias estadísticas importantes entre los grupos

(RR: 0.98; IC 95%: 0.80 – 1.20; $p=0.8562$). El tiempo quirúrgico para Burch fue de 131 minutos (DE: 37.8), mientras que para el grupo de cintilla sub-uretral libre de tensión fue de 53.2 minutos con una (DE 34.2) con diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos ($p<0.05$). El sangrado transoperatorio promedio fue de 217.8 ml para el grupo de Burch (DE 119.8) (mínimo de 100 ml y un máximo de 700 ml) y de 118.7 ml en el grupo de TVT (DE: 88.2.) (mínimo de 50 ml y un máximo de 300 ml) ($p<0.05$). La complicaciones que se presentaron con mayor frecuencia en el grupo del cintilla sub-uretral libre de tensión fueron cistocele residual (7.5%), rechazo de material (7.5%) y la retención urinaria (7.5%); en la colposuspensión tipo Burch las complicaciones más frecuentes fueron el cistocele residual (7.1%), fistula urinaria (2.3%), urgencia urinaria (2.3%), y la retención urinaria (4.7%).

Conclusiones: La colposuspensión retro-pública tipo Burch y la técnica modificada de aplicación de cintilla sub-uretral con malla sintética (TVT-modificado) en pacientes obesas con incontinencia urinaria de esfuerzo, presentan una tasa de curación y complicaciones trans y pos-operatorias similares pero diferentes en su tipo.

131 MAMPARA E

SACROCOLPOPEXIA LAPAROSCÓPICA. EXPERIENCIA Y RESULTADOS EN NUESTRO HOSPITAL CON TÉCNICA ENDOSCÓPICA Y ABIERTA EN 8 CASOS

TREVIÑO GARZA RODOLFO MAURICIO
GARCÍA RODRÍGUEZ LUIS FERNANDO
SOTO FUENZALIDA GONZALO ANDRÉS
RUZ BARROS RODRIGO EMILIO
GARCÍA GARZA MANUEL ROLANDO
LOZANO GARZA ISAAC

Tecnológico de Monterrey
Hospital San José, ISSSTELEON

Objetivo del estudio: Evaluar los resultados obtenidos en nuestra experiencia

en cuanto a eficacia, tiempo quirúrgico, morbilidad, tiempo de recuperación y satisfacción a largo plazo de la sacrocolpopexia laparoscópica y abierta en nuestras pacientes

Materiales y métodos: Estudio retrospectivo, observacional, analítico en que se evalúan ocho casos realizados en nuestro hospital por vía laparoscópica y abierta, realizando una revisión de expedientes clínicos. En esta revisión se hizo un análisis del diagnóstico inicial, tiempo operatorio, complicaciones transquirúrgicas, y revisiones posteriores de las pacientes, tres de las cuales se realizaron histerectomía laparoscópica más sacrocolpopexia (HTL+SCPL) en el mismo tiempo quirúrgico, dos sacrocolpopexia por laparoscopia (SCPL) y 3 con sacrocolpopexia abierta (SCPA).

Resultados: Histerectomía laparoscópica más sacrocolpopexia: Tiempo quirúrgico promedio: 199.3 minutos (mínimo 173, máximo 245 min); Días de hospitalización promedio: 3.5 días (Mínimo 3, máximo 4); Días de retorno a actividades normales: 13.3 días (Mínimo 10, máximo 15 días); Grado de satisfacción: muy satisfecha; Estado actual: Mejor que antes. Sacrocolpopexia laparoscópica: Tiempo quirúrgico promedio: 192.5 minutos (mínimo 190, máximo 195 min); Días de hospitalización promedio: 3.6 días (Mínimo 2, máximo 4); Días de retorno a actividades normales: 30 días; Grado de satisfacción: muy satisfecha; Estado actual: Mejor que antes. Sacrocolpopexia abierta: Tiempo quirúrgico promedio: 139.6 minutos (mínimo 130, máximo 149 min); Días de hospitalización promedio: 4 días (Mínimo 3, máximo 5); Días de retorno a actividades normales: 60 días (Mínimo 30, máximo 90 días); Grado de satisfacción: muy satisfecha; Estado actual: Mejor que antes.

Conclusiones: El tiempo quirúrgico fue significativamente menor con la técnica abierta sobre la laparoscópica. Los días de hospitalización fueron menores en la laparoscópica. El retorno a las actividades normales fue significativamente menor en la laparoscópica. El grado de satisfacción fue muy alto en las 3 técnicas. No se presentaron complicaciones en ninguna de las ocho pacientes. La edad de las pacientes

debe ser valorada a la hora de la toma de decisiones de la técnica, y buscar la de menor morbilidad y mejor recuperación. La cirugía laparoscópica presenta mejor recuperación comparada con la técnica abierta, con el mismo grado de satisfacción médico - paciente.

133

MAMPARA F

PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN PERINATAL DEL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA

VILLAGRANA ZESATI JESUS ROBERTO
PLAZOLA CAMACHO NOEMI
VALDES RAMIREZ MARTHA
SEGURA CERVANTES ENRIQUE
MANCILLA RAMIREZ JAVIER

INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA
DEPARTAMENTO DE INFECTOLOGIA
E INMUNOLOGIA PERINATAL

Objetivo del estudio: Prevenir la transmisión perinata mediante el diagnóstico de la infección por el VIH en mujeres embarazadas mediante una prueba oral rápida.

Materiales y métodos: A todas las mujeres embarazadas que acudieron a la consulta de control prenatal del Instituto Nacional de Perinatología, que aceptaron y firmaron el consentimiento, se les realizó la prueba oral rápida de detección de anticuerpos para el diagnóstico de infección por VIH 1 y 2.

Resultados: De 14,181 pacientes analizadas (septiembre 2007 a julio 2011), cinco resultaron positivas, ninguna se sabía infectada, todas las pruebas se confirmaron con Western-blot. A todas las pacientes se les inició tratamiento antirretroviral, la resolución del embarazo fue por cesárea y se indicó sustitución de la lactancia materna por fórmula. La transmisión perinatal fue de 0%.

Conclusiones: El diagnóstico temprano se realizó con las pruebas rápidas, la prevención de la transmisión perinatal fue del 100%. La aplicación de la prueba en los consultorios de control prenatal reduce el impacto en la morbilidad, mor-

talidad y los costos que estas implican. El conocimiento de una paciente infectada con el VIH, representa seguridad para el personal médico y paramédico que participa en su manejo.

135

MAMPARA G

GENOTIPIFICACIÓN DEL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO EN PACIENTES GINECO-OBSTÉTRICAS

VILLAGRANA ZESATI JESUS ROBERTO
GARCÍA ROMERO SELENE
SORIANO BECERRIL DIANA
ACEVEDO PÉREZ RAQUEL
FIGUEROA DAMIÁN RICARDO
FLORES MEDINA SAUL

Instituto Nacional de Perinatología
Departamento de Infectología e Inmunología Perinatal, Biología Molecular.

Objetivo del estudio: Identificar los genotipos virales más frecuentes en pacientes gineco-obstétricas con infección por el virus del papiloma humano que asisten al Instituto Nacional de Perinatología.

Materiales y métodos: Se seleccionaron 65 pacientes, a las cuales se realizó raspado endocervical o de la lesión sugestiva identificada por colposcopia. La genotipificación se llevó a cabo empleando una técnica cualitativa PCR diseñada para detectar 37 genotipos virales, incluidos 13 de alto riesgo.

Resultados: En 36 pacientes (55.4%) se logró la detección de 1 hasta 4 tipos virales. Los genotipos de bajo riesgo más frecuentes fueron el 6 (41.6 %), el 53 (16.6%) seguidos por el 11 y 42 (11.1%), mientras que los de alto riesgo fueron el 52 (11.1%), 51 (8.3%) y 16 (5.5%).

Conclusiones: Aunque en nuestro estudio predominaron los genotipos de bajo riesgo, la identificación de infecciones mixtas (genotipos de bajo y alto riesgo) sugiere que la tipificación sea considerada como parte del seguimiento ginecológico de las pacientes con riesgo, lo que permitirá obtener un diagnóstico temprano y tratamiento oportuno, reduciendo el cáncer cérvico uterino.

161

MAMPARA H

ESTUDIO PILOTO DE LA EFICACIA ANALGÉSICA Y SEGURIDAD DE LA COMBINACIÓN KETOROLACO-COMPLEJO B EN EL CONTROL DEL DOLOR POSQUIRÚRGICO

BELTRAN MONTOYA JORGE
HERRERIAS CANEDO TOMAS
ARZOLA PANIAGUA ANGÉLICA
ESPINOZA MALCON JESÚS
HERRERA OSORIO OCTAVIO

Instituto Nacional de Perinatología
Obstetricia

Objetivo del estudio:

Demostrar que la combinación ketorolaco más complejo B ofrece un efecto analgésico superior al ketorolaco solo en el tratamiento de pacientes con dolor posquirúrgico a quienes se realizó operación cesárea.

Material y método: Se incluyeron 100 pacientes entre 18 y 40 años programadas para cesárea con laboratorios normales; realizándose estudio prospectivo, comparativo, longitudinal y aleatorizado. Aplicándose los siguientes esquemas de analgesia A: Ketorolaco 30mg cada 6hrs; B: Ketorolaco 15mg + complejo B (Tiamina 100mg, Piridoxina 100mg, Cianocobalamina 5mg) cada 6hrs. Con evaluación de escala de dolor a la hora 1, 2, 12, 18 y 24hrs posteriores.

Resultados: No hubo diferencia estadísticamente significativa entre los tratamientos de estudio en todos los tiempos de evaluación. (todos los valores p son mayores a 0.05). Se anexaron imágenes y tablas de resultados.

Conclusiones: No se observó diferencia estadísticamente significativa entre los tratamientos. El uso de Ketorolaco (15mg/dosis) más complejo B presenta un efecto analgésico tan eficaz como el tratamiento con Ketorolaco 30 mg solo. En ambos tratamientos se observó disminución de la intensidad de dolor estadísticamente significativa con respecto a la intensidad máxima observada a las 6 horas. No se presentaron eventos adversos en la conducción de este estudio. Es posible recomendar

el uso de la mezcla de ketorolaco + complejo B evaluada, en el manejo del dolor posterior a intervención cesárea.

205

MAMPARA I

REMISION ESPONTANEA DE ADENOCARCINOMA ENDOMETRIAL POSTERIOR A EMBARAZO

VILLEGAS CISNEROS ADRIAN
TORRES VALDEZ ERIKA
ARTEAGA GÓMEZ ANA CRISTINA
MÁRQUEZ ACOSTA GONZALO
OLAYA GUZMÁN EMILIO JOSÉ
GÓMEZ PUE DANIELLA

Instituto Nacional de Perinatología
Coordinación de Oncología

Objetivo del estudio: Reportar un caso de remisión espontánea de adenocarcinoma endometrioide posterior a embarazo, resultados maternos y perinatales y revisión de la literatura.

Material y método: El presente trabajo incluye el caso de una paciente con adenocarcinoma endometrial Grado II de la FIGO, que se embarazó en forma espontánea en el periodo utilizado para realizar el abordaje diagnóstico y en el seguimiento postparto no se volvió a documentar evidencia de enfermedad, así mismo se presenta una revisión de la literatura.

El presente trabajo incluye el caso de una paciente con adenocarcinoma endometrial Grado II de la FIGO, que se embarazó en forma espontánea en el periodo utilizado para realizar el abordaje diagnóstico y en el seguimiento postparto no se volvió a documentar evidencia de enfermedad, así mismo se presenta una revisión de la literatura.

Resultados: Paciente de 35 años de edad con dos embarazos, un parto y un aborto. Grupo sanguíneo O + quien ingresa con los siguientes antecedentes:

AHF: Hermana mayor finada por cáncer pulmonar, hermana con cáncer cervicouterino.

APNP: Originaria de Michoacán, residente: DF. Ocupación: Hogar. Escolaridad: Secundaria terminada. Estado civil: Casada. Religión: Católica.

APP: Apendicectomía en 2000 sin complicaciones.

AGO: Menarca a los 12 años, Ciclo 28 x 3, Inicio vida Sexual: 28 años, Pareja Sexual: 1, MPF: Implante subdermico. FUM: 29-09-07. Gesta 1 : 2004 Embarazo anembriónico tratada con Legrado Uterino Instrumentado. Infertilidad secundaria de 3 años de evolución.

PADECIMIENTO ACTUAL: Sangrado transvaginal anormal de 4 meses de evolución tratado en medio medico privado con hormonales orales e inyectables por 2 meses sin presentar mejoría. 24-07-07 Ultrasonido pélvico: Útero en anteversoflexión con dimensiones de 87 x 56 x 60 mm, de bordes regulares y bien delimitados, con ecogenicidadmiometrial homogénea. Eco endometrial de 17 mm de espesor. El ovario derecho de 31x21x123 mm, con Vol. 8.2 cc. Ovario izquierdo de 28x20x21 mm, con Vol. 6.4 cc, fondos de saco libres de colecciones líquidas, resto sin alteraciones. 08-09-07 Legrado biopsia con reporte histopatológico: Adenocarcinoma Endometrioide Grado II.

REFERIDA A HOSPITAL ONCOLOGICO.

20-10-07 Revisión de laminillas (legrado biopsia del 08-09-07) Reporte histopatológico: Adenocarcinoma Endometrioide bien diferenciado.

21-11-07 Ultrasonido pélvico: Útero aumentado de tamaño, bordes regulares, eco medio de eco textura conservada, con presencia de saco gestacional de 17 mm, que corresponde a 5.1 SDG, ovarios de tamaño, forma y contornos conservados.

REFERIDA AL INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA

02-01-08 Valoración en departamento de oncología con 13.4 SDG, se decide continuar con el embarazo.

09-01-08 Valoración obstétrica con embarazo de 11.5 semanas, normoevolutivo.

22-01-08 USG obtétrico de II nivel con fetometría promedio para 16.1 semanas.

19-03-08 Valoración obstétrica con embarazo de 24.3 semanas, normoevolutivo.

04-04-08 Vigilancia oncológica encontrándose embarazo de 23 semanas sin evidencia clínica de actividad tumoral.

09-04-08 - 07-06-08 Valoraciones obstétricas con embarazo normoevolutivo.

09-06-08 Presenta parálisis parcial periférica, valorada por neurología diagnosticándose Síndrome de Ramsay Hunt, tratada con aciclovir y prednisona.

19-06-08 Ingresa con Embarazo de 38 SDG en Trabajo de Parto Fase Activa a Unidad Tocoquirurgica. 20-06-08 Atención de Eutocia a las 00:19 hrs obteniendo RN femenino con Peso: 2380 grs, Talla: 51 cm, Capurro: 38.3, Apgar: 8-9, Silvermann Andersen:0, sin complicaciones. Se obtiene placenta completa y con revision macroscopica y reporte histopatológico sin alteraciones.

21-06-08 Alta domiciliaria en puerperio fisiologico mediato.

30-06-08 Neurologia: mejoría clínica en la movilidad facial, alta del servicio.

14-08-08 Inserción de Implante subdermico.

07-10-08 USG ginecológico con útero y ovarios normales.

14-10-08 Papanicolaou negativo.

06-01-09 USG ginecológico con útero y ovarios normales.

22-05-09 Biopsia fraccionada endouterina, Reporte histopatológico: fragmento de endometrio de características proliferativas.

11-02-10 USG ginecológico con útero y ovarios normales.

04-03-10 Legrado biopsia fraccionada con Reporte Histopatológico de Endometrio secretor.

14-10-10 Retiro de Implante subdermico.

04-04-11 USG ginecológico útero y ovarios sin alteraciones aparentes.

11-04-11 Papanicolou clase II negativo a células malignas.

13-05-11 Histeroscopia con los siguientes hallazgos: cavidad endometrial con tejido atrófico, ostiums bilaterales visibles, hacia la cara posterior lateral derecha imagen redundante blanquecina de 0.5 cm con toma de biopsia dirigida y reporte histopatológico de hiperplasia adenomatosa de endometrio sin atipias. Legrado fraccionado reporte histopatológico: endometrio proliferativo.

Conclusiones: El cáncer ginecológico durante el embarazo es un reto. Las guías y los ensayos clínicos aleatorizados y estudios prospectivos sobre el tratamiento del cáncer durante el embarazo son insuficientes. El cáncer ginecológico durante el em-

barazo es un problema que requiere un equipo multidisciplinario, es necesario el asesoramiento a ambos padres sobre el pronostico materno y fetal, y aun cuando existe la voluntad de continuar el embarazo, el cáncer ginecológico puede ser tratado en casos seleccionados. El carcinoma de endometrio es una enfermedad de mujeres post menopáusicas, pero del 2% al 14% de los casos ocurre en mujeres menores de 40 años, en su mayoría con antecedente de infertilidad y paridad no satisfecha. Esta relacionado con varios factores como historial de diabetes, hipertensión, altos niveles de estrógenos sin oposición como la obesidad, infertilidad, poliquistosis ovárica, suponiendo que un endometrio con ciclos regulares y los niveles elevados de progesterona durante el embarazo son protectores. La mayoría de los casos observados en mujeres jóvenes con adenocarcino ma endometrial son de tipo endometrioide, bien diferenciado (Grado I) y en estadios tempranos (Estadio I), por lo que este grupo de pacientes tienen buen pronostico (supervivencia a 5 años 93%). El tratamiento clásico consiste en una laparotomía estadificadora con histerectomía total y salpingooforectomía bilateral con o sin linfadenectomía pélvica y paraortica, sin embargo existe una alternativa terapéutica preservadora de fertilidad para pacientes jóvenes con paridad no satisfecha que reúnan estrictos criterios como ser de histología endometrioide, de bajo grado y en estadio temprano con posibilidades de estricto apego al tratamiento, el cual consiste en progestinas orales en dosis altas, este tipo de terapias no son estándar y no se recomienda rutinariamente y las pacientes deben ser informadas de los riesgos oncológicos (fracaso, progresión de la enfermedad, metástasis ovárica, etc.). Hay aproximadamente 250 casos reportados de pacientes tratadas en forma exitosa con este abordaje, así mismo se reportan 4 muertes en pacientes que fueron tratadas inicialmente en forma conservadora.

Se han reportados series de casos en los cuales esta patología se asocia al embarazo de forma muy rara, en la mayoría de los casos el diagnostico se realizo durante el primer trimestre después de un aborto

y en alrededor de un tercio de los casos el diagnóstico se estableció postparto. En las pacientes tratadas en forma conservadora, lo indicado es buscar embarazo una vez documentada la remisión de la enfermedad y realizar la cirugía etapificadora una vez nacido el producto, y esta incluye la histerectomía con salpingooforectomía. Una de las controversias actuales en el manejo de estas pacientes es la posibilidad de postergar el tratamiento radical en pacientes que desean un segundo embarazo y en las que no hay evidencia de enfermedad durante el seguimiento estrecho.

242

MAMPARA J

CORRELACIÓN: INSULINO-RESISTENCIA E HIPERANDROGENISMO/ HIPERANDROGENEMIA EN SÍNDROME DE OVARIO POLIQUÍSTICO

HERNÁNDEZ MARÍN IMELDA
LÓPEZ RIVERO LUIS PABLO
PASCACIO SARMIENTO HERIA
CADENA ALFARO GUSTAVO
GORDILLO MENDEZ KARLA

Hospital Juárez de México
Departamento de Biología de la Reproducción Humana

Objetivo del estudio: Determinar la correlación entre insulino resistencia con hiperandrogenismo e hiperandrogenemia

Material y método: Estudio retrospectivo enero-mayo 2010-2011, expedientes de ginecología-endocrina del Hospital Juárez de México. 95 pacientes con SOP por criterios Rotterdam y glucosa-insulina. De un total de 150 pacientes con criterios de diagnóstico de síndrome de ovario poliquístico se excluyeron a 52 pacientes por presentar, protocolo de estudio incompleto, y otras 3 pacientes con diagnóstico de hiperprolactinemia.

Resultados: Promedios: edad 26.1 años, glucosa 93.5mg/dl, Insulina 19.2mUI/ml. IR por HOMA-IR 51.5%, Quicky 96%; 74% con sobrepeso/obesidad, hiperandrogenemia-suprarrenal 46.3% Correlación Pearson HOMA-IR-Testosterona-total p: 0.049 (IC 95%). Fenotipo

A 58%. Ferriman-Gallwey ≥ 8 en 59%. 60 pacientes presentaron valores de DHEAS elevados ($>1000\mu\text{g/dl}$) con una mediana de 1641, un rango de 4198, con un valor mínimo de 1073 y un valor máximo de 5271.

32 pacientes con valores elevados de DHEAS presentaron alteración en la fórmula HOMA-IR (>3.6). 19 pacientes con HOMA-IR alterada (>3.6) no presentaron una relación directamente proporcional con DHEAS.

Del total de 95 pacientes estudiadas, la prueba de HOMA-IR fue >3.6 en 52 pacientes (44 con hiperandrogenemia), mientras que e tuvo un resultado <3.6 en 43 (37 con hiperandrogenemia). Aplicando fórmulas de predicción se obtuvo un valor predictivo positivo de 84.61% y un valor predictivo negativo de 13.95%. Del total de 95 pacientes la prueba de HOMA-IR fue >3.6 en 50 pacientes con Hiperandrogenismo (Ferriman Gallwey ≥ 8), mientras que se obtuvo un resultado <3.6 en 45 pacientes. Aplicando fórmulas de predicción, se establece que HOMA-IR tiene un valor predictivo positivo para Hiperandrogenismo de 68% y un valor predictivo negativo de 44.44%

El coeficiente de correlación de Pearson solo determino una correlación significativa entre HOMA-IR y niveles de Testosterona p: 0.049 IC 95%. Las demás correlaciones no mostraron significancia

Conclusiones: La resistencia a la Insulina es una de las entidades que se asocia frecuentemente a pacientes con SOP, constituyendo un factor predictivo positivo para el desarrollo de Hiperandrogenemia e Hiperandrogenismo. Sin embargo, un resultado negativo constituye un bajo valor de predicción negativa. En el estudio encontró una correlación de Pearson significativa p:0.049 (IC 95%) entre HOMA-IR y Testosterona Total.

La correlación entre HOMA-IR y otros andrógenos mostraron amplia dispersión y escasa significancia. Es necesario realizar de estudios adicionales que puedan aclararnos los mecanismos fisiopatológicos en los que interviene la resistencia a la insulina en el síndrome de ovario poliquístico.

249

MAMPARA K

REPERCUSIONES MATERNO PERINATALES DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES EN EL HOSPITAL CIVIL DE GUADALAJARA

PANDURO BARÓN J. GUADALUPE
ZAMORA LARES AIDA NANETH
JIMÉNEZ CASTELLANOS PRISCILA
MAGALY
PÉREZ MOLINA J. JESÚS
PANDURO MOORE ELIZABETH GUADALUPE
PERAZA MARTÍNEZ DAMIÁN

Hospital Civil de Guadalajara, Universidad de Guadalajara

División de Ginecología y Obstetricia, Universidad de Guadalajara, Departamento de Reproducción Humana, CUCS, U de G.

Objetivo del estudio: Determinar cuáles son las complicaciones materno-perinatales del embarazo en las adolescentes atendidas en el Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I. Menchaca e identificar cuáles son los factores socioculturales que están implicados en el embarazo durante la adolescencia: nivel socioeconómico y escolar bajo, control prenatal deficiente y embarazo no deseado.

Materiales y métodos: Estudio de casos y controles, observacional descriptivo en forma transversal realizado con pacientes ingresadas al Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I. Menchaca, a la División de Ginecología y Obstetricia en el periodo comprendido del 1ro de febrero 2010 al 30 de junio del 2011.

Resultados: Se estudiaron dos grupos de pacientes denominados como grupo A el cual estuvo constituido por adolescentes (≤ 18 años) y el B por un control (20 a 30 años), cada uno de ellos estuvieron conformados por un total de 430 mujeres y sus recién nacidos.

Conclusiones: Se concluye que las complicaciones más frecuentes que tuvieron las adolescentes fueron la ruptura prematura de membranas y el síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido, así como el problema sociocultural y económico que representa el estado civil, que son

dependientes de sus padres, sin apoyo de su pareja, estudiantes y sin utilizar método anticonceptivo, por lo que consideramos que es muy importante la educación, para que los adolescentes comprendan la problemática que representa ser madre y no que en un corto tiempo tengan otro embarazo lo que agravaría más su problemática social y familiar, por lo que en forma responsable deberían programarse sus futuros embarazos.

257

MAMPARA L

INSULINO RESISTENCIA Y SÍNDROME METABÓLICO EN PACIENTES CON SÍNDROME DE OVARIO POLIQUÍSTICO

MADRID ZAVALA RENATA MELINA
OCAMPO TORRES BEATRÍZ AIDÉ
HERNÁNDEZ MARÍN IMELDA
CARRASCO HERNÁNDEZ THAMARA
ALFREDO GONZÁLEZ CORTES

Secretaría de Salud

Servicio de Biología de la Reproducción Humana, Hospital Juárez de México

Objetivo del estudio: Analizar las diferentes formas clínicas de presentación del Síndrome de Ovario Poliquístico y su relación con las complicaciones metabólicas englobadas en insulino resistencia y síndrome metabólico en pacientes que acuden a nuestro servicio.

a. Identificar los diferentes fenotipos del síndrome de ovario poliquístico que presentan las pacientes de nuestra clínica.

b. Determinar si existe insulino resistencia y/o síndrome metabólico en la pacientes con Síndrome de Ovario Poliquístico que acuden a la clínica.

c. Identificar la correlación que existe entre los diferentes fenotipos del Síndrome de Ovario Poliquístico, con los diferentes patologías metabólicas.

Material y método: Se trata de un estudio retrospectivo, descriptivo, no experimental y transversal. Se incluyeron pacientes del sexo femenino que acudieron a la clínica de Ginecología Endocrina, que cumplan con criterios diagnósticos de síndrome de ovario poliquístico según los criterios de

Róterdam, y que cuenten con estudios de glucosa e Insulina, perfil de lípidos, medición de tensión arterial y antropometría. Se capturaron los datos mediante el programa de Excel y se analizaron posteriormente mediante el program a SPSS 15.0.

Las variables analizadas fueron perfil de andrógenos, ultrasonido pélvico endovaginal, hirsutismo mediante la escala de Ferriman - Gallwey, edad, glucosa, insulina, fórmula de CORE, fórmula de Homeostasis, Índice de masa corporal, perímetro de cintura, Índice cintura cadera, perfil lípidos y presencia probable de acantosis nigricans

Resultados: Muestra de 122 pacientes, entre 15 y 36 años, promedio 26. El rango de Índice de masa corporal fue de 17 a 44.4 kg/m², media 29, moda 24, mediana 28.3, IC 95% (28 – 30), de acuerdo a la clasificación de la OMS se obtuvo: peso normal 32/122 (26.2%), sobrepeso 42/122 (34.4%), obesidad grado I 30/122 (24.5%), obesidad grado II 21/122 (17.2%) obesidad grado III 4/122 (3.2%). presentaron sobrepeso y/o obesidad 76%.

Al analizar los resultados de la glucosa de acuerdo al ATPIII; de las 122 pacientes se obtuvo un rango de 65-171 mg/dl; se obtuvieron 32 pacientes (26.2%), con glucosa mayo a 100mg/dl, media 93, moda 89, DS 14. Se realizó el diagnóstico de insulino resistencia en 68 pacientes las cuales fueron diagnosticadas de la siguiente manera: mediante valor único de insulina (>30mU/ml) se obtuvo solo 9 pacientes (7.3%) con un rango mínimo de 30mU/ml y un máximo de 44mU/ml; mediante la fórmula matemática HOMA (mayor 5.2) se presentó en 39 (31.9%) pacientes, con una media 41, moda de 3.2, DS± 2.87 y 20 pacientes (16.3%) mediante la fórmula CORE(<4.5) con media 7.2, moda 6.3, DS± 4.8.

La dislipidemia más frecuente fue la hipoalfalipoproteinemia (78%). El 38% tuvo síndrome metabólico. De acuerdo a los fenotipos de SOP se distribuyeron de la sig. Forma: el 37% de las pacientes se clasificó como fenotipo A, el 32 % en B, C el 9%, y D el 20% la correlación de fenotipos y alteraciones metabólicas como insulina resistencia, dislipidemia y síndrome metabólico (según el coeficiente de Pearson), fue mínima.

Conclusiones: La paciente con síndrome de ovario poliquístico puede tener diferentes alteraciones; sin embargo, debemos considerar la gran variedad de fenotipos, para no omitir realizar un protocolo completo, sobre todo haciendo énfasis que el médico de primer contacto con dicha patología debe tener en consideración estas variables, para lograr un diagnóstico oportuno y certero, con la finalidad de disminuir las complicaciones que a largo plazo presentan estas pacientes, sobre todo a nivel metabólico y cardiovascular. En este estudio concluimos que el perfil de andrógenos, glucosa e insulina fueron los estudios complementarios que con mayor frecuencia reportaron datos patológicos, por eso deben considerarse como los primeros estudios solicitados en el protocolo de estas pacientes.

Solo se demostró una correlación mínima entre la presencia de hirsutismo, alteraciones en el perfil de andrógenos y en el USG, datos equiparables a los obtenidos en la literatura universal. Un gran porcentaje de pacientes con SOP presentan alteraciones metabólicas, sin encontrar correlación entre su nivel de hiperandrogenemia, ni sus manifestaciones clínicas o ultrasonográficas, es necesario realizar un seguimiento minucioso en búsqueda de dichas patologías desde el primer contacto de la paciente con ovario poliquístico.

283

MAMPARA M

ESCALA ULTRASONOGRÁFICA PRONÓSTICA PARA PREDICCIÓN DE EMBARAZO EN PACIENTES SOMETIDAS A FIV

ARENAS MONTEZCO MARIA LIDIA
JOSÉ SEPÚLVEDA GONZÁLEZ (†)
EDALI LIZZETE LARA RANGEL
SAMUEL HERNÁNDEZ AYUP
ROBERTO SANTOS HALISCAK
PASQUALE PATRIZIO

Instituto para el Estudio de la Concepción Humana (IECH)
Centro de Ginecología y Obstetricia de Monterrey (ginequito)

Objetivo del estudio: Evaluar el valor pronóstico de la escala ultrasonográfica

(USS), el día de la administración de HCG, al predecir la probabilidad de embarazo en pacientes sometidas a FIV.

Materiales y métodos: De un total de 53 ciclos FIV (58 pacientes) del Centro de Fertilidad IECH y Centro de Fertilidad de Yale, entre 2003 y 2010. Se evaluó a las pacientes a las que se les realizó transferencia embrionaria con embriones grado I. Se realizó ultrasonido el día de la HCG y se evaluaron varios parámetros, asignando a cada uno de ellos un puntaje

1. Grosor endometrial: menor o igual a 9 mm corresponde a 1 punto; menos de 9 mm = 0 puntos.

2. Morfología: si es trilaminar = 1 punto, no trilaminar = 0 puntos

3. Vascularidad: si al menos encontramos 3 pixeles de color en la zona 3 de applebaum = 1 punto,

si menos de 3 pixeles = 0 puntos

4. Ecogenicidad miometrio: homogéneo = 1 punto, heterogéneo = 0 puntos

5. Flujo uterino (índice de pulsatilidad): menor a 3 = 1 punto, mayor o igual a 3 = 0 puntos.

6. Flujo uterino (índice de Resistencia): mayor o igual a 0.9 = 0 puntos, menor o igual a 0.9 = 1 punto.

7. Flujo telediastólico (si presente = 1 punto, si ausente = 0 puntos)

8. Muesca protodiastólica: si presente 1 punto, si ausente = 0.

Al final se suma el puntaje de todas las variables.

Se realizó prueba de embarazo 2 semanas posteriores a transferencia embrionaria.

Los criterios de inclusión fueron niveles de FSH y Estradiol en día 3 normales (menores de 15) en no antes de 2 ciclos previos, no miomatosis uterina, no adenomiosis, sonohisterografía o histerosalpingografía normales así como solo transferencias de embriones de buena calidad (grado I). Pacientes con reserva ovárica disminuida y mayores de 40 años así como transferencias con embriones de no Buena calidad fueron excluidos.

Protocolo de estimulación. Todos los pacientes se incluyeron a un protocolo standard fase lútea corta con agonista de GnRH iniciando el día 21 del ciclo previo con 0.5 mg. La ovulación fue simulada con hCG 250 microgr con al menos 3

folicúlos mayores a 18 mm y la recuperación de ovocitos fue 36 hrs posterior. El soporte de fase lútea fue con 50 mg de progesterona por vía intramuscular a partir del día de la recuperación de ovocitos. La prueba de embarazo se realizó dos semanas post-transferencia. La transferencia fue realizada con Cateter Wallace bajo guía ultrasonográfica y las variables fueron analizadas con el programa SPSS 15 y el test de Fisher exacto.

Resultados: No se encontró diferencia entre el grupo de embarazo y no embarazo por edad, FSH basal, niveles de estradiol, total de unidades de FSHr, folicúlos > 14 mm el día de la hCG, ovocitos recuperados y fertilizados así como embriones transfereidos. La escala ultrasonográfica pronóstica y la morfología endometrial muestran asociación estadísticamente significativa con embarazo ($p = 0.003$). La mayoría de los embarazos resultaron con puntajes de 5 o más puntos (23/36) mientras no ocurrió embarazo con puntaje < 5. La morfología endometrial (trilaminar) estuvo presente en el grupo de embarazo (86% vs 37%, $p < 0.003$).

Conclusiones: La valoración ultrasonográfica es una herramienta importante para las pacientes que se someten a FIV. En nuestro estudio se evaluaron grosor endometrial, su morfología, flujo endometrial, ecogenicidad miometrial, evaluación spectral (Índice de pulsatilidad y Resistencia; muesca protodiastólica y flujo telediastólico) con una escala comprendida en un rango de 0 a 8 puntos. No se encontró embarazos en puntajes de 2 o menores y solo se encontró asociación estadísticamente significativa con puntaje de 6 o más encontrando que el 92% de las pacientes con puntaje de 6 se embarazan ($p = 0.003$ IC 95%).

287

MAMPARA N

PREPARACIÓN ENDOMETRIAL CON ESTRADIOL A DOSIS CRECIENTE VERSUS DOSIS SOSTENIDA EN CICLOS DE TRANSFERENCIA DE EMBRIONES CONGELADOS

ARENAS MONTEZCO LIDIA DEL CARMEN

GUERRERO VARGAS LAURA ADRIANA

DÍAZ SPÍNDOLA PABLO

GALINDO MARTÍNEZ EUGENIO ALFREDO

ROSALES DEL LEÓN JULIO CÉSAR

Instituto para el Estudio de la Concepción Humana

Hospital de Ginecología y Obstetricia de Monterrey

Objetivo del estudio: Analizar los resultados reproductivos utilizando protocolos de estimulación endometrial con estradiol en dosis creciente versus sostenida en transferencia de embriones congelados autólogos.

Materiales y métodos: Los embriones fueron obtenidos mediante las técnicas de FIV o ICSI en las pacientes participantes en el estudio, se criopreservaron en un estadio de 4 células, tras 48 horas de la recolección ovocitaria, y mediante una protocolo de congelación lenta. El protocolo se llevó a cabo de acuerdo al método de Lassalle, utilizando un congelador controlado (KRYO 10/1.7, Planer, Ersetigh Srl) y 1,2-propanediol y sucrosa como crioprotectores. La descongelación se realizó de acuerdo al protocolo de descongelación rápida con baño de agua tibia a 35°C. Se incluyeron en el estudio un total de 350 pacientes participantes en protocolo de FET (Frozen Embryo Transfer) del centro de fertilidad IECH Monterrey de los años 2004 a 2010, con características demográficas de edad, perfiles hormonales en día 3, factor masculino, tipo y tiempo de evolución de esterilidad similares, divididas en 2 grupos iguales. Se excluyeron las pacientes con criterios diferentes a los mencionados, así como en las que no se obtuvieron todos los datos y medidas requeridas para realizar este estudio.

Tratamiento: En el grupo 1 (175 pacientes) se utilizó un esquema de preparación endometrial con valerato de estradiol vía oral a dosis creciente (iniciando con 2mg los días 2, 3 y 4 del ciclo, 4mg los días 5, 6 y 7, 6 mg los días 8, 9 y 10, y 8mg los días 10, 11 y 12) sin usar agonistas de GnRH. Además de la utilización de ácido

fólico 400mg/día, dexametasona vía oral 5mg/día, aspirina 100mg/día, azitromicina 1 g por vía oral durante dos días y óvulos vaginales Ginoclyn V (fosfato de clindamicina 100 mg, terconazol 80 mg y acetónido de fluocinolona 0.5 mg), por 3 días en el ciclo anterior a la transferencia. Iniciando progesterona vía vaginal a partir del día 11, 12, 13 y 14. En el grupo 2 (175 pacientes) se utilizó un esquema de preparación endometrial con valerato de estradiol vía oral a dosis continua de 6mg sin usar agonistas de GnRH del día 2 al 12 del ciclo. También se agregaron los medicamentos para mejorar las tasas de implantación embrionaria. Iniciando progesterona vía vaginal a partir del día 11, 12, 13 y 14.

Se realizó monitorización del grosor endometrial y folículo dominante por medio de ultrasonido vaginal al día 10 del ciclo, agregando progesterona en óvulos vaginales de 200mg (400mg) si en ese momento el grosor endometrial era > 8mm y sin evidencia de folículos preovulatorios o cuerpo lúteo. Las dosis de estradiol se aumentaban a 8mg si el grosor endometrial era > 8mm. El tratamiento hormonal se continuó al menos hasta que la prueba de embarazo fuera positiva, 15 días después de la transferencia. Considerando como embarazo la presencia de uno o más sacos gestacionales por ultrasonido, los cuales hayan permanecido después de 4 semanas post-transferencia. Embarazo bioquímico (aumento de los niveles de b-HGC, sin la evidencia de saco gestacional). **Análisis estadístico:** Se compararon en cuanto a la cantidad de embriones transferidos, día de transferencia y suplementación de fase lútea para obtener resultados reproductivos.

Se realizó un análisis estadístico de las variables obtenidas por medio del programa SPSS. Se obtuvieron medidas descriptivas para cada variable obteniendo una descripción demográfica de la muestra. Las variables cuantitativas se expresaron en desviaciones estándar (+DE), las variables cualitativas expresadas en frecuencias de distribución. Se compararon los resultados obtenidos por medio del análisis ANOVA. Las variables con $p < 0.05$ se consideraron como estadísticamente significativas. Se calcularon IC del 95% para evaluar el éxito del tratamiento.

Resultados: No hubo diferencia estadísticamente significativa entre los grupos de estudio respecto a los datos demográficos. Ambos grupos tenían una edad media de 34-35 + 5 años, IMC 24 + 2.8, un tiempo de esterilidad de 4.8 + 3.5 años. El factor masculino también se comportó de manera similar en ambos grupos resultando alteración en 73 pacientes del grupo 1 vs 102 pacientes del grupo 2, la edad media del esposo de 36 + 6.3 años. (Tabla 1)

Los valores hormonales en el día 3 también fueron similares en ambos grupos, excepto en el FSH en donde fue 10.17 vs 7.51 ($p = 0.01$), la LH en 5.83 – 5.03, Estradiol 40.9 – 44.9. El grosor endometrial al día 10 también fue similar en ambos grupos 9.14 vs 9.4 mm, en los 2 grupos se les administró suplemento de fase lútea con óvulos de progesterona 450mg. En los 2 grupos se realizó la transferencia en el día 4 + 1, transfiriendo 2 + 1 embriones. (Tabla 2) Los resultados reproductivos reportados fueron los siguientes: tasa de embarazo clínico (40 vs 56%, $p = 0.59$), índice de implantación (27 vs 23%, $p = 0.27$), tasa de recién nacidos vivos de 8 en ambos grupos. Los resultados perinatales al nacer fueron los siguientes: edad gestacional de 33.0 vs 33.2 SDG + 1.6 SDG ($p = 0.95$), peso fetal de 2969 vs 2980 + 748gr. Hubo solo 4 embarazos gemelares en el grupo 1 y 5 en el grupo 2, con resolución favorable del embarazo, solo parto prematuro de 33 semanas en ellos.

Conclusiones: La preparación endometrial para los ciclos de FET, sin el uso de agonistas de GnRH con protocolos de estradiol a dosis sostenidas de 6mg es más simple, efectiva y fácil de seguir para las pacientes.

290

MAMPARA Ñ

TUMORES PÉLVICOS DURANTE EL EMBARAZO: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.

SANCHEZ RAMIREZ BRENDA
GARCÍA RODRÍGUEZ ALBA MIRIAM
ARTEAGA GÓMEZ ANA CRISTINA
MÁRQUEZ ACOSTA GÓNZALO
JIMÉNEZ LÓPEZ JOSEFINA
GÓMEZ PUE DANIELLA

Secretaría de Salud

Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes. Coordinación de Oncología.

Objetivo del estudio: Describir el abordaje de estudio y las posibilidades diagnósticas de la mujer embarazada con tumores pélvicos, más allá de los tumores anexiales. Presentación de un caso.

Materiales y métodos: Investigación clínica básica. Estudio descriptivo retrospectivo. Descripción del caso con los aspectos relevantes del abordaje de estudio y hallazgos quirúrgicos e histopatológicos, y revisión de la literatura médica.

Resultados: Primigesta de 26 años con embarazo de 15 semanas y masa anexial derecha. Antecedente de apendicectomía complicada en 2010, tabaquismo y consumo ocasional de marihuana, dismenorrea leve, 6 parejas sexuales, resto sin relación con el padecimiento actual. Presenta dolor ocasional en fosa ilíaca derecha. A la exploración física sin adenopatías palpables, con útero de aproximadamente 15cm y tumoración anexial derecha de 20cm aproximadamente, fija que ocupa la totalidad de la cavidad abdominopélvica, no hay evidencia de ascitis. Ultrasonido que reporta embarazo de 16-17 semanas y masa dependiente de ovario derecho de 17.6x17.7x8.7cm quística, con septos y flujos limitófos a la aplicación Doppler (probable cistoadenoma), resto normal; marcadores tumorales negativos (Ca 125 15.6U/mL, AFP 12.37 U/mL, ACE 0mg/mL, Ca 19-9 4.7U/mL). Se decide laparotomía explorada encontrando útero gravido, síndrome adherencial severo con pseudoquistes peritoneales múltiples de hasta 15 cm de diámetro con contenido citrino, que ocupan por completo la cavidad abdominopélvica. Se realiza adherenciólisis y drenaje de pseudoquistes peritoneales. Histopatológicamente corresponde a quiste de inclusión peritoneal multilocular.

Conclusiones: La incidencia de masas anexiales durante la gestación es mayor en el primer trimestre, encontrándose en 1 de cada 8000 embarazos. Igual que en la paciente no embarazada, el quiste funcional es la masa anexial más común.

La incidencia de las diferentes patologías es variable, el cuerpo lúteo persistente en el segundo trimestre conforma el 17% de todas las masas anexiales quísticas, el teratoma quístico benigno del 7 al 37%, el cistadenoma seroso de 14%, el cistadenoma mucinoso el 11%, endometrioma el 8%, quiste paraovárico menos del 5% y el leiomioma 2%. Las neoplasias ováricas incluyendo las de bajo potencial maligno comprenden del 1 al 8% de las masas anexiales durante el embarazo. El ultrasonido es el método radiológico de elección para la evaluación debido a su habilidad para diferenciar morfología, así como la presencia de ascitis. Los marcadores tumorales como CA-125, AFP, DHL y β -GCH, deben ser utilizados con precaución durante la evaluación debido a la amplia variación en los niveles e interpretación de los mismos durante el embarazo.

Hasta el 96% de las masas anexiales que se presentan en el embarazo remiten espontáneamente y no requieren un manejo quirúrgico agresivo, características favorables para la resolución incluyen a las masas simples menores de 5-6cm de diámetro con diagnóstico antes de las 16 semanas de gestación. Las masas anexiales persistentes presentan mayor probabilidad de complicación (7%), ruptura u obstrucción en el momento del trabajo de parto (hasta en el 17% de los casos). De acuerdo a las características de la masa anexial y al cuadro clínico de las pacientes deberá determinarse el manejo conservador o quirúrgico que se requiera. El manejo quirúrgico puede realizarse desde la semana 12 a la 27.

Aunque la resolución espontánea es el resultado más común, algunas masas persisten y pueden ser asociados con secuelas clínicas adversas. Por lo tanto, es importante estar familiarizado con los diagnósticos diferenciales de las masas anexiales que se pueden encontrar en el embarazo, considerando tumoraciones ováricas benignas, malignas o metastásicas, miomas pediculados, síndrome de hiperestimulación ovárica, hidrosalpinx, embarazo heterotópico, quistes paraováricos o paratubarios, quistes peritoneales, epiplóicos, enfermedades retroperitoneales e infecciosas como enfermedad pélvica

inflamatoria, abscesos pélvicos, apendicitis o absceso diverticular.

304

MAMPARA O

PREVALENCIA DE ENFERMEDADES DEL CUELLO UTERINO DIAGNOSTICADAS MEDIANTE COLPOSCOPIA EN POBLACIÓN ABIERTA DEL ESTADO DE DURANGO.

SIFUENTES ÁLVAREZ ANTONIO
RAMÍREZ TORRES JOSÉ ANTONIO

Universidad Juárez del Estado de Durango
Hospital General de la Secretaría de Salud de Durango

Objetivo del estudio: Determinar la prevalencia de afecciones del cuello uterino diagnosticadas mediante el estudio de colposcopia en población abierta del estado de Durango

Materiales y métodos: Se realizó un estudio, de enero 1 al 31 de julio del 2010 en mujeres de 16 a 65 años del Estado de Durango. Los estudios fueron realizados en el Colegio de Gineco-obstetricia, incluyendo 3639 mujeres por muestreo no probabilístico de tipo accidental o incidental de casos consecutivos, mediante encuesta y entrevista clínica con énfasis en los aspectos colposcópicos. Se llevó a cabo análisis univariado de acuerdo al tipo de variable manejado con base en proporciones, además se utilizó intervalo de confianza del 95% para proporciones para estimar inferencias hacia la población blanco.

Resultados: De las 3639(100%) colposcopias, 2857 (78.5%) fueron de primera vez; de ellas 382 (13.4%) se les practicó biopsia. 311 mujeres (81.4%) presentaron neoplasia cervical intraepitelial (NIC); 285 (74.6%) NIC I y 26 (6.8%) NIC II y III; 71 mujeres (18.6%) otras variantes patológicas: Pólipos 26 (6.8%), Cervicitis crónica con metaplasia escamosa 8 (2.1%), Carcinoma cervicouterino epidermoide 3(0.8%), adenocarcinoma invasor 1 (0.3%) y Condiloma acuminado 33 (8.6%).

Conclusiones: Existe alta prevalencia de padecimientos en la población estu-

diada 13.4%, LIEBG Y LIEAG, y Cáncer cervicouterino debiéndose tomar medidas tendientes a disminuirlas.

306

MAMPARA P

MENOPAUSIA POR RADIOTERAPIA EN CÁNCER CERVICOUTERINO

SIFUENTES ÁLVAREZ ANTONIO
BRACHO RIQUELME RODOLFO
ALVARADO ZALDÍVAR GLORIA
LUGO NEVÁREZ MARIO

Facultad de Medicina de la Universidad Juárez del Estado de Durango
Hospital General de la Secretaría de Salud de Durango

Objetivo del estudio: Estudiar pacientes de 15 a 45 años de edad, radiadas por cáncer cervicouterino (CaCu), determinando la presencia de menopausia y osteoporosis.

Materiales y métodos: Con usuarias del Centro de Radioterapia (Durango, Mex) se formaron dos grupos: I pacientes en edad reproductiva con antecedente de CaCu tratadas mediante radioterapia y II pacientes en edad reproductiva, con patología cervicouterina que recibió tratamiento diferente a la de radioterapia. En ambos grupos se determinó niveles séricos de LH, FSH, y P4, mediante ensayo inmunoenzimático tipo sándwich (Serozyme I Ocean Serno Diagnostics) y E2 mediante ensayo inmunoenzimático por micropartícula tipo competitivo en dos pasos (IMX de Abbott Laboratories, Il). A todas se les practicó en antebrazo una densitometría ósea, DEXA (DPX, lunar radiation, Madison, Wis).

Resultados: El grupo I (n=7) tuvo valores de E2 ($p<0.0001$) y P4 ($p=0.0335$) significativamente menores al grupo II (n=14), con niveles de FSH ($p<0.0001$) y LH ($p<0.0001$) mayores, lo esperado en mujeres posmenopáusicas. La masa ósea fue menor entre las irradiadas, pero la diferencia no fue significativa ($p=0.7488$). Sin embargo, hubo cuatro veces más osteopenia entre las irradiadas que en el grupo II (57% vs 14%).

Conclusiones: En las mujeres jóvenes estudiadas, la radioterapia pélvica por CaCu

produjo falla ovárica irreversible, así como osteopenia y osteoporosis, que se hizo más evidente a mayor tiempo de control. Con base a estos hallazgos y la literatura se sugiere, a los médicos de pacientes jóvenes con menopausia por tratamientos oncológicos, valorar el riesgo-beneficio de dar tratamiento de reemplazo hormonal.

309

MAMPARA Q

ASOCIACION DEL CÁNCER DE MAMA CON LOS POLIMORFISMOS

SIFUENTES ÁLVAREZ ANTONIO
TALAMÁS MÁRQUEZ JORGE
REYES VARGAS FRANCIANELLA
REYES ROMERO MIGUEL

Centro Estatal de Cancerología, Secretaría de Salud de Durango. Facultad de Medicina y Nutrición de la UJED.
Hospital General de la Secretaría de Salud de Durango. Centro Estatal de Cancerología

Objetivo del estudio: Determinar la asociación entre cáncer de mama, los polimorfismos T-66G y G-156GG del gen SPP1, los haplotipos conformados por ellos, y los niveles séricos de osteopontina en mujeres del norte de México

Materiales y métodos: Estudio de casos y controles en mujeres atendidas en el Centro Estatal de Cancerología de Durango, se incluyeron 150 casos y 225 controles. Se obtuvo consentimiento informado. La determinación de los polimorfismos se realizó por fundido de ADN de alta resolución y la determinación de osteopontina por ELISA. El análisis estadístico se realizó con el programa Episheet y Haploview.

Resultados: Para el polimorfismo G-156GG, el modelo por alelos mostró razón de momios (RM) de 2.25, y el modelo dominante RM de 2.74. El valor de desequilibrio de ligamiento estandarizado de 0.15. Los haplotipos -66T/-158GG y -66G/-158 GG mostraron RM de 1.84 y 4.70 respectivamente. La concentración de osteopontina fue mayor en los casos ($p<0.001$). No se encontró asociación de alelos y genotipos con concentración de osteopontina.

Conclusiones: Los resultados sugieren que el alelo -156GG de SPP1 aumenta el riesgo para cáncer. La osteopontina se encuentra elevada en cáncer de mama, pero sin asociación con los alelos o genotipos estudiados. Este es el primer estudio en población Mexicana de polimorfismos de la región promotora de SPP1 y contribuye a caracterizar la estructura genética de nuestra población

314

MAMPARA R

RESULTADOS PERINATALES EN EMBARAZOS GEMELARES LOGRADOS POR TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA VS GEMELARES ESPONTÁNEOS.

REYES MUÑOZ ENRIQUE
LÓPEZ VILLASEÑOR BERENICE
CRUZ RIVERA EDUARDO
BELTRÁN MONTOYA JORGE
DE LA JARA DÍAZ JULIO FRANCISCO
HERRERIAS CANEDO TOMAS

Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes

Objetivo del estudio: Conocer los resultados perinatales de EG espontáneos vs EG logrados por TRA pareados por edad materna, índice de masa corporal (IMC), semanas de gestación y corionicidad al ingreso a control prenatal.

Materiales y métodos: Estudio de cohorte histórica efectuado en 114 mujeres con embarazo gemelar y vitalidad corroborada por ultrasonido al ingreso a control prenatal: Grupo 1 EG logrados espontáneamente ($n=57$), grupo 2 EG logrados con TRA ($n=57$). Inicialmente identificamos los EG logrados por TRA de alta y baja complejidad y fueron pareados aleatoriamente con EG logrados en forma espontánea por edad, semanas de gestación, IMC y corionicidad. Se compararon los resultados perinatales adversos en ambos grupos.

Resultados: No hubo diferencias en las características clínicas basales excepto en la paridad: 82.5% mujeres del grupo 2 eran nulíparas vs 38.6% del grupo 1 ($p<0.0001$). Los resultados perinatales fueron similares en ambos grupos, sin embargo observamos

una menor proporción de recién nacidos vivos (RNV) en el grupo 2 (92.1%) vs el grupo 1 (99.1%), ($p=0.02$).

Conclusiones: Los embarazos gemelares logrados por TRA se asocian con una menor frecuencia de RNV en comparación con los EG logrados espontáneamente. El resto de resultados perinatales fueron similares en ambos grupos.

319

MAMPARA S

REPERCUSIÓN DEL ÍNDICE DE MASA CORPORAL EN LA TASA DE RECIÉN NACIDOS VIVOS DE EMBARAZOS LOGRADOS POR FERTILIZACIÓN IN VITRO

REYES MUÑOZ ENRIQUE
BASULTO MONTALVO ERIKA
BARROS DELGADILLO JUAN CARLOS
SANTIBÁÑEZ MORENO ÁLVARO
SÁNCHEZ SOLÍS VÍCTOR

Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes.
Subdirección de Medicina Reproductiva.

Objetivo del estudio: La obesidad y el sobrepeso son un problema de salud pública mundial; la información de los resultados perinatales adversos en mujeres que logran el embarazo por fertilización in vitro (FIV) con sobrepeso u obesidad es limitada.

Materiales y métodos: Estudio de cohorte histórica, se incluyeron mujeres que lograron el embarazo por FIV con control prenatal y resolución de Enero 2006 a Diciembre 2010, grupo 1 ($n=67$), mujeres con $IMC < 25 \text{ kg/m}^2$ y grupo 2 ($n=89$), mujeres con $IMC \geq 25 \text{ Kg/m}^2$, se comparó la incidencia de RNV y los resultados perinatales adversos en ambos grupos.

Resultados: El IMC promedio fue 22.9 ± 1.6 vs 27.6 ± 1.9 , grupo 1 vs 2, respectivamente ($p=0.0001$). Las características clínicas fueron similares en ambos grupos. La incidencia de embarazo bioquímico, aborto y RNV para el grupo 1 vs 2 fueron: 13.4% vs 15.7%, 16.4% vs 20.2% y 64.2% vs 58.5%, respectivamente, sin diferencias significativas. La incidencia de diabetes mellitus gestacional (DMG) fue 17.5% vs

34% ($p=0.07$) y preeclampsia 10% vs 28% ($p=0.03$), grupos 1 vs 2 respectivamente. El resto de resultados perinatales fue similar en ambos grupos.

Conclusiones: El $IMC \geq 25\text{Kg/m}^2$ no afecta la incidencia RNV y aborto, sin embargo, si se asocia con mayor riesgo de DMG y preeclampsia en mujeres mexicanas que lograron el embarazo por FIV.

321

MAMPARA T

UTILIZACION DE CATETER EPIDURAL EN CECLAJE CERVICAL.

FONSECA SANCHEZ JUAN MANUEL
MUÑOZ ACOSTA JAIRO

Instituto Mexicano del Seguro Social
Hgz 32, dpto Ginecología y Obstetricia,
Guasave, Sinaloa.

Objetivo del estudio: Demostrar la utilidad y beneficios del cateter epidural como material de cerclaje en la incompetencia itsmocervical.

Material y método: Paciente embarazada de 12 semanas con diagnóstico de pérdida gestacional recurrente secundaria a incompetencia itsmicocervical. Se utilizó un cateter epidural calibre 19 de 20 cm y Una aguja curva cortante T 10.

Resultados: Durante el control prenatal a las 35 semanas de gestacion se presento un evento de cervicovaginitis con buena respuesta al tratamiento.

No se reporto por parte de la paciente aumento del flujo vaginal.

Durante el control prenatal no se presento leucorrea secundaria al material del cerclaje.

Conclusiones: La aplicacion de cateter epidural como material de cerclaje cervical es una opcion en el tratamiento de la incompetencia itsmocervical, presentandose menos reaccion y leucorrea secundaria al material de cuerpo extraño.

431

MAMPARA U

PRESERVACIÓN DE LA FERTILIDAD EN MUJERES CON CÁNCER DE MAMA

GODOY MORALES HÉCTOR SALVADOR

ALFEIRÁN RUIZ ANTONIO
MORA RODRÍGUEZ JOSÉ ARTURO
RIVAS LÓPEZ RADAMÉS
VALENZUELA TAMARIZ JORGE
CEDILLO GARCÍA LASCURAIN LUCIANO

ART Reproducción

Hospital Angeles del Pedregal, Unidad
Medicina Reproductiva

Objetivo del estudio:

El objetivo de este artículo es revisar los avances actuales en las estrategias para preservar la fertilidad en la mujer con énfasis en la criopreservación de ovocitos y crear conciencia en las técnicas de reproducción asistida.

Materiales y métodos: F50 mg emenina, nuligesta, con diagnostico de carcinoma ductal infiltrante, en protocolo de estimulación ovárica controlada con FSH recombinante (300 UI Gonaf-f, Merck) durante 10 días de estimulación y antagonista de GnRH (Cetrotide 0.25 mg, Merck) iniciándose a partir del 6 día y durante 5 días, maduración final con HCG-recombinante (Ovidrel 500 mcg) y recuperación ovocitaria 36 hrs después de la administración de HCG-r con captura final de 36 ovocitos metafase II y posterior vitrificación de ovocitos.
Resultados: Obtención de 36 ovocitos en metafase II y vitrificación con la técnica de cryotop

Conclusiones: La preservación de la fertilidad en mujeres afectadas con cáncer de mama es una toma de decisión compleja que atañe tanto al especialista que propone el tratamiento como a la propia mujer. La fertilidad es por tanto un aspecto que ningún oncólogo, ginecólogo y biólogo de la reproducción debe olvidar cuando se trata a pacientes en edad reproductiva, ya que es algo de vital importancia, que puede alterar el proyecto de vida de muchas mujeres y muchas parejas. La vitrificación de ovocitos es una de las técnicas mas empleadas en las técnicas de reproducción asistida y en la cual ha habido múltiples reportes del éxito de embarazo después de esta técnica.



PREMIO

“Dr. J. Trinidad González Gutiérrez”

Trabajos de investigación básica o clínica, presentados en formato
de material audiovisual (VIDEOS)

14

VIDEO 1

ABLACION ENDOMETRIAL POR IMPEDANCIA, EN PACIENTES CON MENORRAGIAS, REFRACTARIAS A TRATAMIENTO CONVENCIONAL.

BRACHO UGARTE MARCO ANTONIO
VAZQUEZ ZARATE VICTOR MANUEL.
TAYS MONTOYA FRANCISCO.
MALDONADO GOMEZ ESTEBAN.

HOSPITAL REGIONAL PEMEX ZONA NORTE.
SERVICIO DE GINECOLOGIA.

Objetivo del estudio: Evaluar la eficacia del método de Ablación Endometrial controlado por impedancia con sistema Novasure, en pacientes con menorragias.

Materiales y métodos: Estudio descriptivo, longitudinal, prospectivo, de 62 pacientes con sangrado uterino disfuncional de causa no orgánica, con sistema Novasure, anestesia por sedación, cirugía ambulatoria, biopsia de endometrio y video histeroscopia pre y post operatoria. Enero 2007-Diciembre 2010.

CRITERIOS DE INCLUSION: Pacientes con Sangrado Uterino Disfuncional Anémicas con Hemoglobina < de 10, Pobre respuesta a Terapia Hormonal, Naproxen, DIU (Mirena), edad de 38 A 60 años. Pacientes con paridad satisfecha, obesidad IMC >30, Cirugías previas abdominales. Aunados a factores de comorbilidad: discrasias sanguíneas, cardiopatías, nefropatías, Renuentes a la realización de procedimiento quirúrgico definitivo (Histerectomía), con Papanicolaou < 6 meses y Biopsia Endometrio negativas.

CRITERIOS DE EXCLUSION: Deseo de Embarazo. Malformaciones uterinas, Miomatosis uterina de Medianos y grandes elementos, Cavidad uterina menor de 7 cms y mayor de 10 cms. Con E.P.I. activa. Salpingitis, vulvovaginitis, Descontrol médico metabólico y/o quirúrgico. Prolapso uterino, c.a.c.u, y Endometrial.

Resultados: GRUPO DE EDAD: 35-40 años: 13 Pacientes (20.63 %), 41-45 años: 30 Pacientes (47.61%) 46-50 años: 13 Pacientes (20.63 %), 51 años y más: 7 pacientes (11.11%).

ESTADO CLINICO: Al termino del año, terminaron en Amenorrea 48 pacientes: (76.17%) Oligomenorrea 11 Pacientes: (17.45%), Terminaron en Histerectomía 4 Pacientes (6.34%) por cancerofobia. **GRADOS DE SATISFACCION:** Pacientes satisfechas: 59 (93.65%), Insatisfechas 4 pacientes (6.35%).

Conclusiones: El procedimiento de Ablación Endometrial controlado por impedancia, en nuestro estudio nos demuestra una opción rápida, eficaz, menos invasiva, y de menor riesgo en todas aquellas pacientes con sangrados uterinos anormales disfuncionales de causa no Organica en la que no se observaron complicaciones del tipo de perforación, sangrado posquirúrgico, sepsis, o hemorragia, en pacientes con antecedentes de menorragias, y que ademas muestra una superioridad en los resultados, en contraposicion a otros metodos similares tales como la hidrotermohablacion. Permite a las pacientes incorporarse en breve tiempo a su trabajo, por lo que disminuye en forma importante la morbilidad, el ausentismo laboral y los costos económicos institucionales generados por otros procedimientos quirúrgicos más radicales, costosos y molestos, aunadas a recuperaciones y convalecencias más prolongadas, y traduciéndose en una calidad de vida excepcional.

18

VIDEO 2

DIFICULTAD DIAGNOSTICO-TERAPEUTICA EN HOSPITALES DE SEGUNDO NIVEL (IMSS)

ABREGO GARCIA VIRGINIA

IMSS

Hospital General de Zona núm. 2-A Troncoso Obstetricia

Objetivo del estudio: Observar y analizar las dificultades diagnósticas en pacientes obstétricas que acuden a hospitales del segundo nivel de atención del IMSS. Reportar un caso clínico.

Materiales y métodos: Paciente de 42 años de edad, con los siguientes antecedentes:

M: 11 años r: 28x3 eumenorreica IVSA: 18 años ps: 1 g: VII p:i a:v embarazo actual de 31 semanas.

Pa: acude por 48 h con dolor tipo cólico, aumento del tono uterino que no disminuye con analgésicos comunes.

Es valorada en el servicio de admisión de la unidad tocoquirurgica del Hospital General de Zona núm. 2-A Troncoso Obstetricia en donde se estableció el diagnóstico de embarazo de 31 semanas app. Se hospitalizó. Evolución durante su estancia hospitalaria tórpida, con exacerbación del dolor e hipertermia de 40° C. Se trató con amikacina para la infección urinaria, y útero-inhibidores tipo orxiprenalina. La ingestión de líquidos y otros alimentos era adecuada pero con disminución progresiva del apetito. No canaliza gases y sólo tuvo una evacuación en su primer día de estancia hospitalaria. Distensión abdominal, fondo uterino de 27 cm, peristalsis aumentada, dolor abdominal difuso con rebote dudoso, frecuencia cardiaca fetal de 166 latidos por minuto, con movimientos fetales

Resultados: Choque séptico, miomatosis uterina de grandes elementos, oclusión y perforación intestinal, embarazo de 31 semanas, pérdida gestacional recurrente.

Conclusiones: En muchas ocasiones, la combinación de varios padecimientos en una mujer embarazada dificulta establecer los diagnósticos y el tratamiento más apropiado; esto genera mayor morbilidad materno fetal. La integración de un equipo multidisciplinario completo permite disminuir la mortalidad materno fetal.

90

VIDEO 3

FISTULAS VESICOVAGINALES SIMPLES: UNA ALTERNATIVA TERAPÉUTICA

BAUTISTA GÓMEZ ESPERANZA JOSEFINA
MORALES GARCÍA VICTOR
GALVÁN ESPINOSA HONORIO
DÍAZ MORALES NATALI
GONZALEZ ZÁRATE ALBA

Servicios de Salud de Oaxaca
Hospital General Dr. Aurelio Valdivieso

Objetivo del estudio: Reportar dos casos exitosos de pacientes con fistulas vesicovaginales a base de un adhesivo hemostático de fibrinogeno y trombina

Materiales y métodos: Reporte de dos casos

Resultados: Se reportan dos casos de pacientes con fistulas vesicovaginales pequeñas, que rechazaron el manejo quirúrgico de forma inicial, siendo manejadas con un adhesivo hemostático a base de fibrinogeno y trombina, de fácil aplicación, sin morbilidad para la paciente y con altas posibilidades de cura.

Conclusiones: El adhesivo hemostático a base de fibrinogeno y trombina, es una alternativa terapéutica más, para pacientes con fistulas vesicovaginales

109

VIDEO 4

CERCLAJE ABDOMINAL, TECNICA MODIFICADA DE BENSON

FLORES MACIAS DAVID SAMUEL
TINAJERO CORONA JUAN
ITO NAKASHIMADA MARIA AYUMI

SECRETARIA DE SALUD
HOSPITAL DE LA MUJER MORELIA
MICHOCAN

Objetivo del estudio: Documentar audiovisualmente, la técnica de cerclaje abdominal, modificada de Benson.

Materiales y métodos: Audiovisual descriptivo del cerclaje abdominal, técnica modificada de Benson, en una paciente con antecedente de pérdida gestacional recurrente y cono cervical extenso.

Resultados: Descrita por Ralph Benson 1965

1. Laparotomía
2. Exposición del útero mediante disección de la vejiga hacia abajo desde la línea.
3. Disección de la vasculatura, creando un "espacio libre" a nivel del orificio cervical interno, cuidando los ureteros, hacia ambos lados.
4. Colocación a través del ligamento ancho, espacio avascular cinta de Mersilene®, 15 cm, rodeando el istmo, sugiriendo realizar tres nudos hacia la porción anterior para evitar mayor manipulación, asegurando

los cabos con suturas finas no absorbibles. Modificaciones: no se disecciona el pliegue vesico uterino, la disección es roma a nivel de ligamentos anchos, se pasa la cinta sin agujas y no se fijan los cabos de la cinta.

Conclusiones: Las modificaciones realizadas, hacen de esta técnica sencilla, segura y reproducible, con buen resultado perinatal.

132

VIDEO 5

HISTERECTOMÍA LAPAROSCÓPICA CON SACROCOLPOPEXIA EN PACIENTE CON POP-Q IV

TREVIÑO GARZA RODOLFO MAURICIO
GARCÍA RODRÍGUEZ LUIS FERNANDO
SOTO FUENZALIDA GONZALO ANDRÉS
RUZ BARROS RODRÍGO EMILIO
GARCÍA GARZA MANUEL ROLANDO
LOZANO GARZA ISAAC

Tecnológico de Monterrey
Hospital San José, ISSSTELEON

Objetivo del estudio: Mostrar de forma visual la técnica de histerectomía por laparoscopia, realizada en conjunto con sacrocolpopexia en una paciente de 74 años con prolapso de órganos pélvicos POPQ IV.

Materiales y métodos: Previo consentimiento informado, se realizó diagnóstico de prolapso de órganos pélvicos a paciente de 74 años de edad, con grado POPQ IV. A la paciente se le realizó una valoración preoperatoria, y se decidió realizar histerectomía laparoscópica y fijación vaginal al promontorio sacro, mediante una malla de polipropileno fijada a cúpula vaginal y ligamento longitudinal anterior del sacro mediante fijadores helicoidales de titanio. En el video se especifican los pasos de la cirugía, desde la reducción del prolapso, técnica de histerectomía total por laparoscopia, el retiro de la pieza quirúrgica, cierre de cúpula vaginal, obliteración del fondo de saco, la preparación de la malla, y la fijación de la misma, todo esto por laparoscopia.

Resultados: Tiempo quirúrgico 180 minutos

Sangrado transquirúrgico 100 cc

Días de hospitalización: 4

Complicaciones: ninguna

Días de retorno a actividades normales: 10 días

Grado de satisfacción: muy satisfecha

Conclusiones: El abordaje laparoscópico para prolapsos importantes grado 3 y 4, estan descritos en la literatura que deben ser abordados mediante la fijación de la cúpula vaginal ya sea al ligamento sacroespinoso o al promontorio sacro. La mayor eficacia de la fijación al promontorio sacro en comparación con el lig sacro espinoso la ponen de primera elección, pero el dolor post operatorio y morbilidad de la técnica son muy importantes. Estas limitantes se pierden al realizar el procedimiento por laparoscopia, teniendo una mejor recuperación, mayor satisfacción y regreso a las actividades normales en el corto plazo. Quisimos mostrar la técnica que nos encontramos realizando actualmente en nuestra institución, explicando cada paso de la histerectomía laparoscópica, disección hasta el promontorio sacro, elaboración de la malla en Y de polipropileno, obliteración del fondo de saco posterior, y fijación de la malla a la cúpula vaginal y lig longitudinal anterior del sacro.

134

VIDEO 6

CESÁREA MISGAV LADACH MODIFICADA, REVOLUCIONANDO EL PRESENTE

SOTO FUENZALIDA GONZALO ANDRÉS
FÉLIX ARCE CARLOS
MENESES VALDERRAMA VÍCTOR
PÉREZ RODRÍGUEZ REYES AMADOR
VIACAVA PARODI DINO
RUZ BARROS RODRIGO EMILIO

Tecnológico de Monterrey, SSNL
Hospital Materno Infantil de Alta Especialidad

Objetivo del estudio: Mostrar una técnica de cesárea innovadora en nuestro medio, la cual se ha masificado por Europa y Latinoamérica con muy buenos resultados materno fetales.

Materiales y métodos: Previo consentimiento informado, se realizó una cesárea en paciente de 21 años, primigesta, con embarazo de 40 semanas de gestación, y diagnóstico de desproporción cefalo pélvica. La técnica utilizada para la disección de pared es la de Joel Cohen, histerotomía tipo Kerr, con técnica de cesárea tipo Misgav Ladach modificada.

Resultados: Extracción fetal en 90 segundos

Tiempo quirúrgico de 19 minutos

Sangrado aproximado 400 cc

Complicación ninguna

Tolerancia a la vía oral en 8 horas

Alta a su domicilio sin complicaciones a las 48 horas

Conclusiones: Actualmente tenemos múltiples estudios que comparan los diferentes tipos de cesárea. Grandes ensayos europeos y latinoamericanos, han mostrado que la técnica de Misgav Ladach Modificada no sólo disminuye el tiempo quirúrgico, sino que presenta una recuperación más rápida, hay un menor tiempo hospitalario, menor sangrado, menor dolor post operatorio, y menos adherencias en cirugías posteriores entre otras ventajas. La rapidez del abordaje abdominal la hacen ideal para cirugía de urgencia. Es por esto que desarrollamos este video ilustrativo, en donde mostramos de forma escrita los beneficios encontrado actualmente de la técnica, y posteriormente de forma continua el abordaje abdominal hasta el nacimiento.

223

VIDEO 7

ÚTERO UNICORNE CON CUERNO RUDIMENTARIO FUNCIONAL NO COMUNICANTE COMO CAUSA DE DISMENORREA.

LIRA PLASCENCIA JOSEFINA

NERI MÉNDEZ CARLOS

SÁNCHEZ BAÑOS KARLA SELEGNA

ROQUE SÁNCHEZ ARMANDO MIGUEL

CRUZ EDGAR

Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes

Clínica del Adolescente

Objetivo del estudio: Presentamos el caso de una paciente de 13 años de edad con diagnóstico de útero unicorne con cuerno rudimentario funcional no comunicante como causa de dismenorrea.

Materiales y métodos: Se revisa un caso clínico y la bibliografía relacionada al padecimiento para realizar una pequeña revisión de la literatura. Se revisa el video del procedimiento quirúrgico y se analizan las imágenes que ayudaron a realizar el diagnóstico.

Resultados: Se realiza el diagnóstico de malformación mulleriana tipo II B según la escala de la ASRM (American Society of Reproductive Medicine), la cual comprende un útero unicorne con un cuerno rudimentario cavitado no comunicante. El tratamiento para este tipo de casos es la remoción quirúrgica del cuerno rudimentario para prevenir las complicaciones probables. En este caso se realizó una hemihisterectomía por laparotomía sin complicaciones.

Conclusiones: El útero unicorne es una malformación mulleriana que se presenta con una frecuencia del 20%. Se debe al desarrollo incompleto de uno de los conductos mullerianos, en donde el conducto contralateral se desarrolla normalmente.

Existe un predominio embriológico derecho de causa desconocida y hasta en un 65% de los casos existe un cuerno uterino rudimentario, el cual puede ser cavitado o no cavitado, comunicante o no comunicante. Es la anomalía uterina que asocia más malformaciones renales, siendo la más frecuente la agenesia renal, típicamente ipsilateral al cuerno rudimentario. Entre las complicaciones más comunes de este padecimiento encontramos el aborto espontáneo en un 50%, y el parto prematuro en un 15% de los casos.

259

VIDEO 8

TRATAMIENTO DE LA UROPATIA OBSTRUCTIVA POR MEDIO DE DERIVACION VESICOAMNIOTICA

STAINES ALARCÓN ROSARIO

AMBRIZ LÓPEZ ROBERTO

PINEDA ALEMÁN HUGO FRANCISCO

MORENO PLATAS HÉCTOR ALEXANDRO

CEPEDA GARCÍA JUAN RAMÓN

LUNA CASTILLO CYNTHIA LIZETH

UANL

Hospital de Ginecología y Obstetricia de Monterrey GINEQUITO, S.A.

Objetivo del estudio:

La uropatía obstructiva es la anomalía renal más frecuentemente diagnosticada durante el periodo prenatal. El tratamiento in utero pudiera mejorar los resultados al prevenir el daño progresivo del tracto urinario y la falla renal. En una serie de 152 casos a 58% se les colocó una derivación vesicoamniótica y al resto no. La sobrevida fue de 33.5% a los que se les colocó el tratamiento in utero y solo de 8.5% en los no tratados.

Materiales y métodos: Paciente de 36 años gesta 2, nulípara, cursando 15 semanas referida por oligohidramnios severo más tumoración abdominal. El ultrasonido mostró un feto con una gran tumoración quística dependiente de vejiga con signo de la cerradura y oligohidramnios severo. Se sospecha diagnóstico de valvas ureterales posteriores (VUP). Se realizó vesicocentesis inicial y cariograma reportándose como 46 XY. Se visualizó corteza renal conservada de ambos riñones, a la semana 16 se colocó catéter vesicoamniótico. Presentó evolución favorable con adecuado crecimiento, conservación de la relación corticomedular y líquido amniótico normal.

Resultados: A la semana 34 se realizó cesárea por sufrimiento fetal obteniendo producto masculino de 2320 gr con presencia de catéter vesicoabdominal a un lado de cicatriz umbilical. Sin dificultad respiratoria con adecuada función renal. Se realizó US renal encontrando pielectasia bilateral, no dilatación ureteral, vejiga dilatada ocupando región infraumbilical, el cistograma miccional con buen llenado sin reflujo vesicoureteral. Se confirmó diagnóstico de VUP. Cirugía pediátrica realizó vesicostomía y está en espera de tratamiento definitivo.

Conclusiones: El diagnóstico ecográfico de los fetos con uropatía obstructiva baja

muestra que la relación corticomedular tiene correlación clínica adecuada con la función renal y pudiera remplazar a la b-2 microglobulina y electrolitos urinarios, permitiendo establecer un tratamiento inmediato y oportuno in utero a través de la colocación de derivaciones vesicoamnióticas, con beneficios perinatales, así como en la sobrevida y función de estos pacientes.

267

VIDEO 9

PAPEL DE LA CIRUGÍA ENDOSCÓPICA EN ANORMALIDADES MÜLLERIANAS

ENRÍQUEZ PÉREZ MARÍA MAGDALENA
ROQUE SÁNCHEZ ARMANDO

Secretaría de Salud
Instituto Nacional de Perinatología

Objetivo del estudio: Ejemplificar con imágenes de cirugía endoscópica un panorama de los alcances de ésta en el diagnóstico, clasificación, tratamiento y seguimiento de las anomalías müllerianas con insistencia en la pérdida gestacional recurrente

Materiales y métodos: Se realizó la edición de videos de cirugía endoscópica realizados en la clínica de pérdida gestacional recurrente del Instituto. Asimismo se realizó una búsqueda de la literatura con MESH utilizando los términos anomalías müllerianas y clasificación

Resultados: Se evidencia un recorrido en video de los diferentes grupos de la clasificación de la AFS, asimismo mediante un caso clínico se muestra la necesidad de sistemas alternos de clasificación y las discrepancias existentes con la embriología clásica

Conclusiones: Se sugiere un mecanismo alternativo de desarrollo. En 1967 Muller y col. propusieron que ésta fusión inicia a través del istmo y procede simultáneamente en hacia ambas direcciones, el desarrollo del cuerpo uterino es seguido de resorción del septo y que inicia en el istmo y procede en ambas direcciones. Algunas malformaciones poco comunes no encajan en la clasificación de la AFS. Existe una nueva

clasificación con las siglas VCUAM útil en casos como éste descrita por Peter Oppelt y cols. en 2005. En éste caso quedaría como V: 2b C:1 U:1c A:0 M:0. El objetivo de clasificar adecuadamente el tipo de malformación mülleriana debe ser elegir la ruta de tratamiento y conocer su pronóstico reproductivo.

350

VIDEO 10

HISTERECTOMIA LAPAROSCÓPICA SEGURA

CARRASCO URRUTIA VICTOR JOSUE
NUTIS RIOS MARIO
SANCHEZ CHAVEZ RICARDO ALONSO
GUZMAN AGUILAR MARCO ANTONIO

Hospital de la Mujer de Ciudad Juárez y
Universidad Autónoma de Ciudad Juárez,
Chihuahua

Objetivo del estudio: Revisión y análisis de la técnica de la histerectomía laparoscópica, tomando los puntos mas importantes para la seguridad del paciente. Mostrar y destacar los puntos claves en la técnica para mayor seguridad quirúrgica, mejor resultado postoperatorio y disminución al máximo de complicaciones.

Materiales y métodos: Se realizó una revisión basada en buscadores electrónicos como Pubmed, Ovid, Science-direct, así como libros de laparoscopia y ginecología sobre la histerectomía laparoscópica. Basados en las técnicas descritas, se documentó en video los puntos mas importantes en la seguridad del paciente en la histerectomía laparoscópica de los resultados de la búsqueda.

Se investigaron las principales complicaciones y se remarcaron los puntos clave para la seguridad del paciente, seguridad de la técnica y mejores resultados postoperatorios.

Se realizaron los puntos básicos identificados realizando un video descriptivo utilizando los puntos básicos de seguridad en mas 153 intervenciones.

Resultados: Recopilación en video de los puntos mas importantes descritos en

la literatura para realizar una histerectomía laparoscópica segura.

La revisión sistemática durante el acto quirúrgico de los puntos básicos para la seguridad de la histerectomía laparoscópica disminuye el riesgo de complicaciones y mejores resultados postquirúrgicos.

Conclusiones: Con el avance explosivo de la laparoscopia y la utilización de la misma en la histerectomía, se ha descrito varios pasos para su realización sin llegar a un consenso universal para su realización de forma segura, entendemos que la cirugía es dinámica y que afronta nuevos retos paciente a paciente. Reich y colaboradores publicaron por primera vez en 1989 la técnica de la histerectomía laparoscópica asistida vaginal de ahí un sin número de descripciones de la misma intervención. El desarrollo de la laparoscopia permite realizar histerectomías supra cervicales o totales, con mayores ventajas al compararla con la vía abierta abdominal en pacientes seleccionados. Consideramos que los puntos básicos descritos son lo básico para realizar una histerectomía laparoscopia con seguridad.

399

VIDEO 11

LEIOMIOMA URETRAL. REPORTE DE UN CASO

ESCOBAR DEL BARCO LAURA GUALUPE
RODRIGUEZ CABRAL CARLOS
GONZALEZ VELAZCO DAVID
RODRIGUEZ COLORADO SILVIA
OLGUIN ORTEGA ANDREA

INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA
COORDINACION DE UROLOGIA
GINECOLOGICA

Objetivo del estudio:

Diagnóstico y manejo de tumoración uretral.

Materiales y métodos: Paciente de 40 años de edad, con antecedente de un tumor uretral de dos meses de evolución, con sensación de cuerpo extraño en la vagina, incontinencia urinaria de esfuerzo al inicio del padecimiento, cuando se encontró el

tumor intrauretral, posteriormente conteniente al exteriorizarse por crecimiento, con chorro miccional intermitente. A la exploración física: tumor uretral de 2 x 3 cm, con bordes regulares, bien delimitada, móvil, ligeramente dolorosa a la palpación aparentemente dependiente del interior del meato uretral. Cistoscopia: tumora pediculado con base de 1 cm, localizado en el tercio medio y distal de la uretra, en el radio de las 10 a 12. Urodinamia multicanal: eficacia de vaciamiento 73 %, PMCU de 46 cmH₂O, Puntos de fuga negativos, flujo presión Qmax de 23 cmH₂O, pmax det 19 cm H₂O. Ultrasonido con imagen ovoidea, hipoeoica, hipervascularizada de 2.3 x 1.5 x 1.2 cm. IRM: neoformación redondeada de bordes lisos bien definidos de 22 x 19 mm dependiente de paredes que conforman al meato. Un mes después se realiza resección de tumoración uretral.

Resultados: Diagnóstico histopatológico: Leiomioma 3 x 4 cm, epitelio transicional. Estudio urodinámico multicanal y uretroscopico posquirúrgico normal. Actualmente paciente asintomática.

Conclusiones: Es importante realizar estudios para determinar localización e invasión a tejidos adyacentes para planear el mejor manejo, considerando el riesgo de afectación funcional de la uretra.

427

VIDEO 12

HEMIHISTERECTOMIA EN ANOMALIA MULLERIANA: DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

VALLE VIRGEN OSCAR
HERRERA CERVANTES ARTURO
MEDINA RAMOS EDGAR
TORRES BOJORQUEZ VLADIMIR

Instituto IMER

Objetivo del estudio: Observar el manejo quirúrgico de malformaciones mullerianas

Materiales y métodos: Presentación un caso clínico

Resultados: Hemihisterectomía laparoscópica

Conclusiones: Se muestra manejo endoscópico de útero rudimentario

435

VIDEO 13

MICROLAPAROSCOPIA OPERATORIA CON SEDACIÓN CONSCIENTE

TREVIÑO ALANIS RODOLFO
TREVIÑO GARZA RODOLFO MAURICIO

Hospital San José Tec de Monterrey

Objetivo del estudio: En este video en donde mostramos una Laparoscopia operatoria con anestesia local y sedación consciente, la paciente nos responde en donde se encuentra la zona de dolor, lo cual se resuelve por Microlaparoscopia

Materiales y métodos: Microlaparoscopia utilizado en una paciente con dolor pélvico para la localización exacta del mismo

Resultados: Encontramos el área del dolor dicho por ella misma y liberamos las adherencias, desapareciendo el dolor

Conclusiones: La microlaparoscopia puede usarse con anestesia local y sedación consciente, sin molestias para la paciente y con la posibilidad de interlocución con ella.

440

VIDEO 14

REVERSION LAPAROSCOPICA DE SALPINGOCLASIA

TREVIÑO ALANIS RODOLFO
TREVIÑO GARZA RODOLFO MAURICIO

HOSPITAL SAN JOSE TEC DE MONTERREY

Objetivo del estudio: Este video muestra una paciente con salpingoclasia tipo pomero y, la cual deseaba otro embarazo y se le realizó la recanalización tubaria por laparoscopia.

Materiales y métodos: Laparoscopia para la recanalización tubaria por Microlaparoscopia

Resultados: Es una paciente con dos cesáreas y alpingoclasia post cesarea la cual perdió a sus dos hijos en un accidente por lo que se hizo la recanalización tubaria por laparoscopia de la salpingoclasia.

Conclusiones: Se hizo la recanalización tubaria por Laparoscopia de la salpingoclasia y se logró otro embarazo.



PREMIO

“Dr. José Manuel Septién González”

Trabajos de investigación básica o clínica, presentados
únicamente en CARTEL

GINECOLOGÍA

16

CARTEL 1

SÍNDROME MIOMATOSIS ERITROCITARIO. REPORTE DE UN CASO

BARQUET MUÑOZ SALIM ABRAHAM
CANTÚ SANTOS MELCHOR
MARTÍNEZ GUAJARDO NANCY GABRIELA
CAPULÍN BELTRÁN EMMA ITZEL

ITESM. SSNL.

Hospital Regional Materno Infantil de Alta Especialidad

Objetivo del estudio: La miomatosis uterina es una patología uterina muy común en las mujeres, llegando a tener una prevalencia de hasta el 35%. El cuadro clínico puede ser muy diverso, siendo la eritrocitosis una manifestación que puede presentarse. Se le llama síndrome miomatoso eritrocitario a la presencia de policitemia en paciente con miomas de grandes elementos. A continuación se presenta un caso de una paciente con un mioma de grandes elementos con policitemia.

Materiales y métodos: Se trata de paciente de 42 años nubil sin antecedentes de importancia que se presenta en la consulta de ginecología del Hospital Regional Materno Infantil de Alta Especialidad de Nuevo León por dolor pélvico. Refiere última menstruación un año previo, con ritmo regular previamente. Inició su padecimiento al presentar aumento del volumen abdominal dos años previos, junto con distensión abdominal, rubicundez de cara y manos, aunado a oligomenorrea. Hace un año presenta dolor sordo en hipogastrio de constante de intensidad 4/10 sin irradiaciones, acompañado de náusea y cese de su menstruación. Se realiza ultrasonido pélvico reportando útero en retroversoflexión de 24 cm x 12.3 cm x 8.8 cm con línea endometrial desplazada 7.3 mm, imagen sugestiva de mioma probablemente intramural, fúndico y posterior de 21 cm x 9.5 cm. A la exploración física se aprecia obesidad, rubicundez facial, sin compromiso cardiorespiratorio, con

abdomen globoso por panículo adiposo, sin lesiones aparentes, con peristalsis presente; blando, depresible no doloroso; se palpa tumor que llega por arriba de la cicatriz umbilical, fijo, doloroso. Palpación bimanual y especuloscopia diferida. En sus estudios prequirúrgicos se reporta una hemoglobina de 24 gr/dl, corroborada con otra de 23.2 gr/dl. Se manda a valoración por parte de hematología reportando una eritrocitosis benigna. Se realizan tres flebotomías y posteriormente se realiza una histerectomía abdominal encontrando un útero con varios miomas de grandes elementos, siendo el mayor de 25 cm; con sangrado aproximado de 1,800 ml incluyendo la pieza. Se reporta última hemoglobina con 11.5 gr/dl. Actualmente la paciente está asintomática con niveles normates de hemoglobina.

Resultados: Thomson y Marson describieron el primer caso reportado de eritrocitosis asociado a miomatosis uterina en 1953. Se le llama síndrome miomatoso eritrocitario a la traida de eritrocitosis asociada a miomatosis uterina de grandes elementos y que se corrige posterior a la extirpación del útero. Existen muchas teorías que explican la causa del aumento del volumen eritrocitario intravascular en pacientes con miomatosis de grandes elementos. La más aceptada es que algunas alteraciones cromosómicas que sufren las células miometriales y que como consecuencia forman la formación de miomas uterinos, son las mismas que producen una sobre expresión de eritropoyetina y el receptor de eritropoyetina en dichos tumores benignos. Además, los estrógenos parecen contribuir a esta sobreexpresión, aumentando de esta forma los niveles de eritocitos en sangre. Se han estudiado las mutaciones de los cromosomas 7q22 y 19p13.3-p13.2, los cuales se han relacionado con la formación de miomatosis así como la sobreproducción de eritropoyetina y de sus receptores. La cura del síndrome miomatoso eritrocitario es la extirpación del útero, sin embargo, es importante descartar cualquier enfermedad maligna hematológica.

Conclusiones: Las manifestaciones de la miomatosis uterina puede ser muy variada. El síndrome miomatoso eritrocitario es una

entidad poco común y benigna; sin embargo, es importante descartar patologías hematológicas primarias y/o malignas para de esta manera dar un adecuado tratamiento.

25

CARTEL 2

ENFERMEDAD DE MONDOR

JOSEFINA JIMENEZ LOPEZ
GARFIAS GOMEZ YANELLY
GUZMAN RODRIGUEZ RAYMUNDO
MARQUEZ ACOSTA GONZALO.
OLAYA GUZMAN EMILIO JOSE
ARTEAGA GOMEZ ANA CRISTINA.

INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA.
SERVICIO ONCOLOGIA

Objetivo del estudio: Presentación de caso clínico: Enfermedad de Mondor.

Materiales y métodos:

INTRODUCCION: La enfermedad de Mondor es una entidad caracterizada por flebitis y peri flebitis de una vena superficial del tórax, la vena torácica lateral o toracoepigástrica, se puede extender hacia la pared abdominal en la región epigástrica, y a la piel de la mama. Descrita en 1854 como Esclerosis (Flagge, 1869), Mastitis vestigial (Moschowitz, 1933), y enfermedad de Mondor (Henri Mondor, 1939).

Los factores etiológicos son múltiples desde infecciones del aparato respiratorio, traumatismos, intervenciones quirúrgicas como biopsia de glándula mamaria, ejercicios físicos extenuantes de los músculos pectorales

El número de casos reportados en la literatura, es aproximadamente de 150 casos. **CASO CLINICO:** Paciente femenina de 50 años. AG0 M 12 años ciclos regulares, IVSA 20 años PS 1 G1 C1 FUR hace 15 años PAP 04-06- 10 negativo.

Antecedente de Resección de mama accesorio bilateral el 7-05-2009; con Reporte Histopatológico: tejido mamario sin alteraciones.,

Valorada en el instituto en febrero 2010 por mastalgia bilateral y dolor en región axilar anterior derecha.

EF. Peso 80.7kg talla 1.61mts. T:A 110/70mmHg IMC: 31.1

Cuello sin adenopatías, zona supra a infra clavicular negativa. Mamas péndulas, sin alteraciones palpables. Cicatriz quirúrgica bilateral en región axilar con presencia de fibrosis. No secreciones por pezón. Dolor a la palpación en línea axilar anterior de la séptima costilla a fosa axilar. Piel sin datos de inflamación.

26.02.2010, mastografía BIRADS 2. Tejido glandular disperso, calcificaciones y ganglios de aspecto benigno. Varices en región mamaria y axilar derecha. Sx Mondor. Dilatación de vaso venoso visto en proyección MOLD no se identifica asociación con lesiones nodulares ni distorsión en arquitectura que sugiere Sx Mondor

26.02.2010. Ultrasonido mamario BIRADS 1

26.02.10 Hb 14.8g/dl Hto 42% Leuc 4.6 Plaquetas 204. TP12 seg TTP 29.1 seg INR 1.11 seg Grupo RH: A positivo Glucosa 103 mg/dl Urea 30 mg.dl, Creatinina 0.8 mg/dl AU 5.4 mg/dl Triglicéridos 374 Colesterol 231 HDL 33.8 LDL 128.

Se inicia tratamiento a base de analgésicos. Última valoración Julio 2011 Remisión de sintomatología

Resultados:

DISCUSION: La etiopatogenia de la enfermedad de Mondor ha sido motivo de controversia. Varios autores han asociado la enfermedad con un traumatismo local, tensión muscular, antecedente de biopsia o cirugía, como en el caso que presentamos. En el 75% se presenta en mujeres, entre los 20 y los 40 años

Inicialmente la enfermedad está caracterizada por dolor espontáneo de intensidad moderada, a veces de carácter pleurítico, localizado en la pared antero lateral del tórax. Este dolor se asocia de eritema localizado en la región donde posteriormente aparecerá un cordón o estría subcutáneo. Todo esto tiene una duración desde unos días hasta cuatro semanas. Se han informado, sin embargo, casos de persistencia del mismo por varios meses y en algunos hasta por un término de 1 a 2 años. No se han informado manifestaciones embólicas a partir de las venas involucradas. En la mamografía se puede observar la imagen de la vena trombosada presentando

una morfología alargada o como las cuentas de un collar. En la ecografía la vena se identifica como una estructura tubular hipoecoica con segmentos alternantes dilatados y engrosados.

Habitualmente evoluciona espontáneamente hacia la curación, si bien en ocasiones puede evolucionar a la cronicidad y complicarse con pequeñas necrosis cutáneas sobre la zona de la vena trombosada.

Conclusiones: Siendo la enfermedad de Mondor un proceso patológico de curso benigno y auto limitante, no es necesario tratamiento, sin embargo puede recurrirse al empleo de analgésicos, antibióticos, esteroides, anticoagulantes, diatermia local, etc., aunque todo ello contribuirá probablemente en muy poco en la evolución de la enfermedad o a aliviar los síntomas. Aunque en general la enfermedad de Mondor suele ser idiopática, puede asociarse a distintas patologías, incluyendo cáncer de mama oculto por tanto dependiendo de la edad, antecedentes y exploración; la actitud variará con relación al seguimiento.

41

CARTEL 3

ACTINOMICOSIS PELVICA

TORRES UGALDE BRENDA ANAID
MARCIAL RUTILO DIONISIO
FERREYRA RUBIO GUILLERMO
RAMIRES LOPEZ GILBERTO

INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO
DE MEXICO
HOSPITAL GENERAL NICOLAS SAN
JUAN, GINECOLOGIA

Objetivo del estudio:

PRESENTACION DE UN CASO

Materiales y métodos:

INTRODUCCION: El actinomicosis es una bacteria oportunista Gram (+). Crónica supurativa y no esporulada, la cual forma microfilamentos. Existen tres grandes presentaciones clínicas: cervicofacial, torácica y abdomino-pelvica 15-20%

La actinomicosis pélvica requiere de una colonización e invasión previas, siendo un colonizador habitual de la flora vaginal y reportándose frecuentemente en papanicolaous.

Es frecuente la formación de abscesos de gran tamaño y fistulas a órganos vecinos, hueso y piel.³ Importante resaltar que el 16-36% de los DIU se encuentran colonizados por actinomicosis y que solo el 10% de las actinomicosis pélvicas se realiza diagnóstico antes de la cirugía⁴.

Resultados: Padecimiento actual Inicia 2 meses previos a su ingreso con pérdida de peso de 7 kgs sensación de plenitud y dispepsia presenta datos de abdomen agudo el 02.08.09 se realiza LAPE en medio particular con los siguientes hallazgos líquido libre en cavidad abdominal 50cc, masa de 10x8cm a nivel de fosa iliaca derecha de consistencia dura que involucra ovario, salpinge, cara lateral derecha de útero, apéndice, ciego pared lateral del sigmoides totalmente fusionado, adherido a vasos iliacos se toman biopsias epiplón, peritoneo, cito químico y citológico de líquido de ascitis se realiza cierre y referencia con Dx de tumoración anexial, pelvis congelada. USG endovaginal neoplasia dependiente de anexo derecho de 44x44mm y TAC útero con aumento de volumen con imagen quística central ovárica derecha líquido en saco de Douglas DIU intrauterino. Realizándose el día 07/09/2009 histerectomía total abdominal + soppingo-oferectomía derecha + lavado peritoneal + entero-entero anastomosis termino terminal por lesión incidental en procedimiento quirúrgico. Con manejo conjunto pos quirúrgico conjunto cirugía general y ginecología.

Con resultado de transoperatorio de Tuberculosis pélvica y posteriormente definitivo el día 12/09/2009 de ACTINOMICOSIS OVARIO DERCHO perforación inflamación y necrosis en útero e intestino.

Conclusiones: La actinomicosis es una enfermedad bacteriana crónica y de progresión lenta causada por bacterias gram positivas, anaerobias, no esporuladas que normalmente colonizan la boca, colon y vagina. Afecta de manera típica a las regiones cervicofacial, torácica y abdominal. Las manifestaciones clínicas de la enfermedad son innumerables y su diagnóstico sigue siendo un desafío. Ya que el cuadro clínico suele ser inespecífico pudiéndose tratar de cualquier patología de tubo digestivo. Y muchas veces pasándose por alto el mismo ya que se trata de una patología rara.

Sin embargo debemos de hacernos hincapié en que es una infección muy frecuente que se puede detectar con métodos de screening convencionales.

65

CARTEL 4

EMBARAZO ECTOPICO ABDOMINAL: RESPORTE DE UN CASO

CAMACHO RAMIREZ DIEGO ARMANDO

MORGAN ORTIZ FRED

GUERRERO VALDEZ MISAEL

BAEZ CASTRO ROSALVA

GUTIERREZ ALVAREZ REBECA

TRAPERO CORONA MIJAIL

Centro de Investigación y Docencia en Ciencias de la Salud
Hospital Civil de Culiacán

Objetivo del estudio: Describir un embarazo ectópico abdominal en paciente de 29 años de edad y sus características clínicas

Materiales y métodos: Paciente de 29 años de edad quien acude al servicio de urgencias del Hospital Civil de Culiacán enviada de la consulta externa por sangrado transvaginal escaso más dolor tipo cólico de moderado a intenso en región de hipogastrio de 3 días de evolución, refiriendo manejo de infección de vías urinaria. En sala de urgencias del hospital civil se realiza USG pélvico en donde se reporta; Útero no ocupado en antero versión, de tamaño normal, con contornos regulares, el cual mide 10 x 5.0 x 4.0 cms, su patrón ecográfico muestra una eco textura homogénea, a nivel de cavidad uterina se observa actividad endometrial moderada. En el anexo derecho observamos la presencia de un saco gestacional con presencia de un embrión con una LEM 7.2 cm compatible con un embarazo de 13.3 semanas con actividad cardíaca positiva, en relación de un embarazo normal.

Resultados: Se realiza laparotomía exploradora donde se observa sangre libre en cavidad pélvica aproximadamente 300 c/c, además de presencia de amnios con feto implantado en región posterior de útero y lámina posterior de ligamento ancho izquierdo, salpinge izquierda, mas porción

anterior de recto, se procede a disecar de manera roma todo el tejido adherido a estructuras, se deja tejido trofoblástico en peritoneo recto vaginal se realiza salpingectomía izquierda, cursa posoperatorio sin alteraciones hemodinámicas y a las 24 horas se realiza cuantificación de fracción beta gonadotropina corionica humana la cual reporta 6,876 mUI/dl, se egresa del servicio de ginecología y se cita a consulta externa para seguimiento con cuantificación de gonadotropina corionica humana

Conclusiones: El reporte de este tipo de caso es de gran interés por la poca frecuencia de embarazos ectópicos abdominales y la elevada mortalidad asociada a este tipo de padecimiento y que un manejo temprano permite, que se resuelva de manera exitosa.

66

CARTEL 5

TRAUMATISMO DE MAMA UNA LESIÓN INUSUAL.

QUIROZ VAZQUEZ MARIBEL

LUNA LUGO GILBERTO

BARRAGÁN RAMÍREZ GUILLERMO

SERVICIOS DE SALUD DE HIDALGO
HOSPITAL GENERAL PACHUCA.
SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

Objetivo del estudio: Dar a conocer que el traumatismo directo de mama es tipo de lesión inusual, de la cual existe poca bibliografía y el manejo de la misma es intuitivo. En algunos casos, las lesiones de mama pueden originar neoplasias (ver la bibliografía consultada). Uno de los grupos más expuestos a este tipo de lesiones se encuentran en las mujeres que practican deportes de contacto, como por ejemplo el boxeo, y contrariamente a lo que se pensaría, las lesiones de mujeres boxeadoras se relacionan en un mayor número a traumatismo facial y de manos aunque no a trauma de mama (como se describe en este caso). Es de hacerse notar que no existen estudios de seguimiento a lesiones de mama en mujeres que practican deportes de contacto como taekwondo, lucha libre femenil, judo, box, (todas son disciplinas olímpicas) o cualquier otro tipo de arte marcial femenil.

Materiales y métodos: Análisis de un caso clínico de lesión por golpe contuso directo de mama con la formación subsecuente de un hematoma que requirió drenaje quirúrgico y vigilancia intrahospitalaria. La paciente era hipertensa por lo que pudo pensarse que provocó una hemorragia interna en el tejido de la mama lo que formó el hematoma descrito.

Resultados: El manejo quirúrgico y evolución fueron adecuados y no existió infección local.

La paciente acude a consultas posteriores y se mantiene vigilancia.

Se da a conocer esta experiencia a nuestra comunidad médica.

Conclusiones: Las lesiones de mama son de severidad diversa, en su mayor parte a consecuencia de accidentes automovilísticos y por compresión directa del cinturón de seguridad. Las lesiones de mama se clasifican: por compresión, golpe contuso, lesión penetrante e incluso avulsión. Los estudios de mamografía de control postraumático (2 a 4 meses) en la zona lesionada muestran aumento de densidad mamaria. Después de la lesión se ha observado necrosis grasa desde el 30 al 70% de los casos; el mecanismo responsable de los cambios locales resulta en una infiltración local de neutrófilos y de macrófagos, progresivamente de una infiltración de fibroblastos, incremento de la vascularización e infiltración histiocítica local. Se observan también células gigantes y son reemplazadas por tejido colágeno. El hematoma espontáneo es extremadamente raro, puede ser causado por coagulopatía. Massimiliano en Italia dio seguimiento a 61 mujeres boxeadoras, realizando 5600 revisiones clínicas previas al combate y 2800 pos combate, solo 51 reportaron lesiones de otro tipo, ninguna la formación de hematoma. Pinsolle y cols. en un estudio de 12 años reportan la formación de hematoma después de reconstrucción mamaria en 15 pacientes de un total de 266 intervenciones. Mauro S. lo considera una complicación muy rara, relacionada directamente con la colocación de implante mamario, inclusive aun después de mucho tiempo de la cirugía. Van Rijssen menciona la formación de 2 hematomas post aplicación de implante de

aumento de mama y a consecuencia de una actividad sexual muy vigorosa.

El hematoma puede ser drenado por ultrasonido dirigido o directamente por cirugía como en este caso. Se han observado hematomas residuales en el sitio de punción en la toma de biopsia mamaria pero sin significancia clínica así como el reporte de 1 caso clínico con la presencia de un hematoma recidivante por biopsia con aspiración con aguja delgada relacionado a angiosarcoma.

80

CARTEL 6

EMBARAZO ECTÓPICO CERVICAL: REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LITERATURA

GONZÁLEZ BERCHELMANN LORENZO
EFRÉN PERAZA MAJARREZ
JAVIER SÁNCHEZ GUTIERREZ
MARCO ANTONIO ZAPATA LOERA
ROCÍO MELÉNDEZ TREVIÑO
RAMÓN MOCTEZUMA HERNÁNDEZ

Secretaría de Salud, Tamaulipas
Hospital General "Dr. Norberto Treviño Zapata", Departamento de Ginecología y Obstetricia

Objetivo del estudio: Conocer acerca del embarazo ectópico cervical, su incidencia, criterios diagnósticos y las nuevas medidas terapéuticas.

Materiales y métodos: Se presenta el caso de una paciente de 36 años de edad, Gesta 3, Cesáreas 2, con embarazo cervical de 11.4 semanas confirmado por ultrasonografía endovaginal, a la cual se le realizó histerectomía abdominal.

Resultados: En el presente caso se consideró realizar una histerectomía obstétrica en bloque debido que la paciente presentaba una edad gestacional avanzada y paridad satisfecha para poder considerar un tratamiento conservador. De haber decidido algún tratamiento menos agresivo se hubiera aumentado el riesgo de una muerte materna secundario a una hemorragia masiva.

Conclusiones: El embarazo ectópico es considerado una urgencia verdadera dentro

del campo de la obstetricia debido a las características propias de esta patología. La incidencia es baja, la etiología es poco conocida y la morbilidad elevada por lo que todo obstetra debe de tenerla en cuenta al momento de cada una de las consultas. Es de gran importancia conocer los criterios tanto clínicos como ultrasonográficos para poder así llegar al diagnóstico certero y oportuno.

85

CARTEL 7

QUISTE EPIDERMOIDE DE INCLUSIÓN EN CLITORIS: REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

RODRIGUEZ QUEZADA JOSÉ ANTONIO
VELAZQUEZ CASTELLANOS PATRICIA INES
GODOY RODRIGUEZ NANCY
RIVERA RUIZ JOSE RAMON
MIRELES ORDAZ ALBERTO
MONTES CASILLAS MAYRA ANABEL

HOSPITAL CIVIL FRAY ANTONIO ALCALDE
UNIDAD DE UROLOGIA GINECOLOGICA Y CIRUGIA RECONSTRUCTIVA DE PISO PELVICO

Objetivo del estudio: Reportar un caso de quiste epidérmico de inclusión en una paciente que acudió a nuestra unidad por motivo diferente.

Los quistes epidérmicos de inclusión se derivan de la implantación de elementos de la epidermis dentro de la dermis y la subsiguiente proliferación de las células epidérmicas dentro de un espacio circunscrito. Su crecimiento es lento y generalmente lo hacen sin causar síntomas, pero pueden inflamarse o infectarse, dando por resultado dolor y tumefacción. Las localizaciones pueden variar sin embargo, la zona clitorídea es extremadamente rara, entre los diagnósticos diferenciales se encuentran los quistes como complicación de una circuncisión del clitoris; el origen de la paciente, y el antecedente de la exposición a esta práctica ritual durante la etapa infantil, lo que aún ocurre en algunos países del

continente africano, debe hacer sospechar esta posible etiología.

Materiales y métodos: Se trata de paciente de 67 años que acude por presentar incontinencia urinaria de urgencia de 2 años de evolución además de sensación de cuerpo extraño en vagina. Antecedentes de importancia hermana con CA de mama. Mastectomía radical hace 2 y 4 años de cada una de las mamas por proceso metastásico, uso de tamoxifeno, uso de quimioterapéuticos. Patologías agregadas displasia cervical leve, hiperplasia de endometrio. Se comienza el estudio del motivo de consulta y a la exploración se encuentra un prolapso de órganos pélvicos dependiente de una elongación cervical; a nivel clitorídeo una masa de consistencia dura, ligeramente móvil de 2 x 2cm aproximadamente, la cual ocasionaba dolor, se realiza una biopsia por aspiración.

Resultados: Se realiza Biopsia por aspiración y el resultado es un quiste epidérmico de inclusión, por lo que se procede a su extirpación completa.

Laboratorialmente se encontró un urocultivo positivo, se da tratamiento específico y se resuelve el problema de urgencia.

Sobre el prolapso de órganos pélvicos, el problema de displasia cervical, la hiperplasia endometrial simple se decide realizar una histerectomía vaginal con fijación de cúpula al ligamento sacroespinoso.

Conclusiones: La presencia de cualquier tumoración presente en el área vulvar requiere de estudio y diagnóstico; por las características de la paciente era necesario descartar un origen metastásico de forma primordial y favorecer un estilo de vida digno y confortable. El diagnóstico histopatológico revela su origen benigno, a pesar de ello son tumoraciones muy infrecuentes, asociadas principalmente a mutilaciones o traumatismos en el área clitorídea.

87

CARTEL 8

SÍNDROME DE MAYER-ROKITANSKY-KÜSTER-HAUSER: PRESENTACIÓN DE DOS CASOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

BAUTISTA GÓMEZ ESPERANZA JOSEFINA

MORALES GARCÍA VICTOR EDILBERTO
GALVÁN ESPINOSA HONORIO
FLORES ROMERO ANA LUISA
VÁSQUEZ SANTIAGO EDMUNDO
NERI SILVA ARACELI

Servicios de Salud de Oaxaca
Hospital General "Dr. Aurelio Valdivieso"
Oaxaca

Objetivo del estudio: Presentación de dos casos y revisión de la literatura

Materiales y métodos: Reporte de casos

Resultados: El síndrome de Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser es una anomalía congénita rara que se caracteriza por falta de desarrollo vaginal, desarrollo uterino variable y ovarios normales. Es resultado de la agenesia o hipoplasia del sistema de conductos de Müller. La agenesia cervicovaginal como parte del complejo síndrome; es aún más rara. Presentamos dos casos clínicos: paciente adolescente con amenorrea primaria agenesia cervicovaginal y dolor pélvico crónico, y paciente de 28 años con amenorrea primaria, ausencia congénita de útero y vagina.

Conclusiones: Las malformaciones mullerianas constituyen una anomalía congénita rara, que amerita un diagnóstico oportuno y un tratamiento adecuado y a tiempo.

88 CARTEL 9

HEMATOMA VULVAR: PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

BAUTISTA GÓMEZ ESPERANZA JOSEFINA
MORALES GARCÍA VICTOR
GALVÁN ESPINOSA HONORIO
FLORES ROMERO ANA LUISA
PÉREZ MORALES DARINEL

Servicios de Salud de Oaxaca
Hospital General "Dr. Aurelio Valdivieso"
de Oaxaca

Objetivo del estudio: Presentación de un caso de hematoma vulvar que requirió manejo quirúrgico para su resolución

Materiales y métodos: Reporte de un caso y revisión de la literatura

Resultados: Las lesiones vulvares, vaginales y de cérvix ocurren más frecuentemente durante la infancia. Debido a la rica vascularidad del periné, existe mayor riesgo de presentar sangrado en un trauma vulvar. Los hematomas vulvares son la secuela más común de los traumatismos vulvares. La historia clínica siempre debe ser consistente con los hallazgos físicos y se debe realizar un interrogatorio detallado de los eventos que causaron el trauma, ya que la posibilidad de un abuso sexual o agresión siempre deben ser considerados. Presentamos el caso clínico de una adolescente que presentó un hematoma vulvar grande, posterior a trauma, su abordaje y la revisión de la literatura.

Conclusiones: El hematoma vulvar es una consecuencia de un trauma en una región altamente vascularizada, que puede ser manejado de forma conservadora pero que en algunos casos requerirá un manejo quirúrgico.

99 CARTEL 10

USO DE UN CONFORMADOR ECONÓMICO EN VAGINOPLASTÍA MCINDOE: REPORTE DE UN CASO

VILLA DELUNA ZAIDA MARÍA
VACA GONZÁLEZ ALEJANDRA
SÁNCHEZ GONZÁLEZ ALMA JAZMÍN
MARTÍNEZ-VÁSQUEZ MARTHA PAOLA
VALLADARES GARCÍA VIRGILIO EDMUNDO
AYALA-CASTELLANOS MARÍA DE LA MERCED

Antiguo Hospital Civil de Guadalajara
"Fray Antonio Alcalde"
División de Ginecología y Obstetricia.
Servicio de Ginecología.

Objetivo del estudio: Evaluar los resultados del tratamiento quirúrgico de la agenesia vaginal con el uso subsecuente de un dilatador económico y de fácil acceso

Materiales y métodos:

Estudio observacional retrospectivo basado en el reporte de un caso.

Resultados:

Paciente fenotipo femenino de 22 años con diagnóstico de insensibilización a los

andrógenos presentación incompleta que a la exploración física presenta genitales externos de tipo femenino con falo de 2cm en flacidez recubierto por capuchón prepucial sin orificio uretral con un orificio en la cara ventral con fusión de labios menores y labios mayores presentes poco desarrollados, periné de 8 cm de longitud, quien fue sometida a una corrección quirúrgica de neovagina empleando la técnica McIndoe. La nueva cavidad formada fue de 10cm de largo por 4cm de ancho. En el postquirúrgico inmediato se empleó un conformador vaginal hecho de hule espuma por una semana y posteriormente otros a base de jeringas de 20cc recubiertos con gasa y un preservativo en su exterior. Se le dio seguimiento por un año posterior a la cirugía. Al cabo de este periodo se observó una vagina de 8 cm de largo y 3 cm de largo. No presentó cicatriz hipertrófica en las paredes vaginales.

Conclusiones: El uso de jeringas de diferentes tamaños fueron útiles como conformadores para la dilatación de la nueva vagina. Son baratas y fácilmente disponibles. Recomendamos su empleo en la reconstrucción vaginal con aloinjertos subcutáneos.

101 CARTEL 11

ESTUDIO PREELIMINAR DE MIOMECTOMÍA ABIERTA VS MIOMECTOMÍA LAPAROSCÓPICA E HISTEROSCÓPICA EN PACIENTES CON INFERTILIDAD EN EL INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA

MACHAIN VÁSQUEZ RAÚL GUILLERMO
CRUZ OROZCO OLIVER PAUL
REYES ENRIQUE
VALDEZ ZUÑIGA CARLOS LAURO

INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA
SERVICIO DE INFERTILIDAD

Objetivo del estudio: Evaluar la experiencia institucional de las pacientes con miomatosis uterina asociada a infertilidad sometidas a tratamiento qui-

rúrgico y su impacto en la fertilidad de la Clínica de Infertilidad en el Instituto Nacional de Perinatología "Isidro Espinosa de los Reyes" de Enero del 2008 - Agosto del 2010

Materiales y métodos: Constituye un estudio de tipo observacional, transversal y comparativo para elaborar una serie de casos. El análisis de datos se realizó a los dos grupos de estudio identificados: el primero fue aquellas pacientes que posterior al tratamiento quirúrgico se embarazaron, y el segundo las que no lograron embarazo.

Resultados: Se realizaron de enero del 2008 a agosto del 2010 en pacientes con infertilidad, 24 miomectomías laparoscópicas que equivalen al 33.80%, 31 miomectomías abiertas (43.66%), 16 histeroscopias (22.53%) de las cuales lograron embarazo 4 (21.05%) de las pacientes sometidas a miomectomía laparoscópica, 7 (36.84%) miomectomía abierta, y 8 (42.10%) de las sometidas a miomectomía histeroscópica.

Conclusiones: Los últimos estudios en pacientes con infertilidad recomiendan la miomectomía para aquellos miomas submucosos o miomas intramurales que abarcan menos del 50% del espesor del miometrio, no lo recomiendan para aquellas pacientes que presentan miomas intramurales de mas del 50% del espesor del miometrio o miomas subserosos.

Los resultados de esta investigación realizada en el Instituto Nacional de Perinatología se deben interpretar con cautela, ya que hace falta una serie de casos con un número mayor de pacientes que tenga un mayor poder estadístico para detectar diferencias en los resultados de fertilidad entre los diferentes métodos de extracción de los miomas, sin embargo estos resultados preeliminares apoyan la miomectomía histeroscópica en pacientes con infertilidad. Es un tema en el que existe mucha polémica acerca del resultado sobre la fertilidad, se requieren más estudios controlados aleatorizados.

105

ENFERMEDAD DE BEHÇET. PRESENTACIÓN DE UN CASO

VACA GONZALEZ ALEJANDRA
MARTINEZ VELO CLARA MARTHA
VILLA DELUNA ZAIDA MARIA
SANCHEZ GONZALEZ ALMA JAZMIN
VAZQUEZ MARTINEZ MARTHA PAOLA
AYALA CASTELLANOS MARIA DE LA MERCED

Antiguo Hospital Civil de Guadalajara
"Fray Antonio Alcalde" Universidad de Guadalajara
Servicio de Ginecología

Objetivo del estudio: Dar a conocer el reporte de un caso de una paciente con Enfermedad de Behçet.

Materiales y métodos: Estudio observacional retrospectivo basado en el reporte de un caso.

Resultados: Paciente femenino de 15 años diagnosticada con Insuficiencia Renal Crónica de 3 años de evolución más hipertensión arterial, la cual posterior a colocación de catéter para diálisis peritoneal inicia con aparición de úlceras en comisura labial y región perineal, las cuales fueron expandiéndose hasta cubrir región vulvar y perineal. A la exploración física presenta en boca edema de labios, con descamación y zonas discontinuas sangrantes, úlceras en comisuras labiales, así como en región vulvar y perineal. Se toma biopsia de las mismas reportando Paraqueratosis, hipergranulosis e hiperqueratosis compatibles con Enfermedad de Behçet.

Conclusiones: La enfermedad de Behçet es una afección multisistémica. En el diagnóstico diferencial las condiciones que se presentan con úlceras genitales deberán ser consideradas en primer lugar. Por lo que es importante tener en cuenta esta enfermedad como causa de úlceras genitales. Tenerlo presente agilizará el diagnóstico y tratamiento oportuno.

CARTEL 12

122

CARTEL 13

EFFECTO CITOCOLPOSCOPICO DE POLICARBOFIL EN POSTMENOPAUSICAS

ITO NAKASHIMADA MARIA AYUMI
SERENO GOMEZ BEATRIZ
TINAJERO CORONA JUAN
FLORES MACIAS DAVID SAMUEL
AVILES SANCHEZ MARIA DE JESUS

SECRETARIA DE SALUD
HOSPITAL DE LA MUJER MORELIA
MICHOCAN, CLINICA DE COLPOSCOPIA

Objetivo del estudio: Documentar cambios citológicos y colposcópicos de policarbofil (REPLENS®, Laboratorios Sanffer), en postmenopausicas.

INTRODUCCION: La vaginitis atrófica en la postmenopausia, puede ser tratada con estrógenos locales, se ha propuesto un agente no hormonal, policarbofil: sustancia inerte, pH menor a 5, carga negativa, polímero hidrofílico y mucomimético cuyo efecto de recornificación y recuperación de la flora vaginal mejora hasta el 80% los síntomas de atrofia genital.

Materiales y métodos: Estudio de casos y controles en 10 pacientes postmenopausicas, realizándose previo y posterior al esquema de policarbofil (aplicador cada tercer día durante 12 semanas o 25 aplicaciones): citología en base líquida, cultivo vaginal, urinario, colposcopia y evaluación subjetiva. Reporte citológico con Sistema Bethesda 2002 e índice estrogénico. Reporte Análisis estadístico descriptivo.

Resultados: Promedio de edad 60 años, promedio de edad a la menopausia 49 años. A la citología en base líquida y valoración del índice estrogénico se observó una diferencia morfológica en aumento en células parabasales y superficiales, con un aumento del 5 al 20% en el valor estrogénico. A la colposcopia la captación al lugol no fue importante. La sintomatología mejoró en 9 de las 10 pacientes. Se presentará en cartel las imágenes citocolposcópicas.

Conclusiones: El efecto del policarbofil en sintomatología vaginal atrófica es efectiva, tiene cambios morfológicos citológicos de atrofia severa con mejoría hacia atrofia leve y permite una valoración colposcópica limitada.

126

CARTEL 14

MANEJO LAPAROSCÓPICO DE EMBARAZO ECTÓPICO TUBÁRICO ROTO DE UN MES DE EVOLUCIÓN: REPORTE DE UN CASO

ARREDONDO RODRIGUEZ BIBIANA
ALDANELI
RAMIREZ SANCHEZ LUIS RAMIRO
AUDIFRED SALOMON JORGE

SECRETARÍA DE SALUD
HOSPITAL GENERAL DR. MANUEL
GEA GONZÁLEZ DIVISIÓN DE GINE-
COLOGÍA Y OBSTETRICIA

Objetivo del estudio: Reportar un caso de manejo laparoscópico de un embarazo ectópico tubárico roto de un mes de evolución

Materiales y métodos: Reporte de un caso clínico

Resultados: Reporte de un caso clínico

Conclusiones: La laparoscopia es una adecuada alternativa para diagnóstico y tratamiento de un embarazo ectópico roto.

136

CARTEL 15

ABSCESO INGUINO-VULVAR

VILLAGRANA ZESATI JESÚS RO-
BERTO
ARGÜELLES CHAVEZ DOMINIQUE
CEPEDA SILVA ARMANDO
PLAZOLA CAMACHO NOEMÍ
SEGURA CERVANTES ENRIQUE

Instituto Nacional de Perinatología
Departamento de Infectología e Inmunolo-
gía Perinatal, Servicio de cirugía

Objetivo del estudio: Mostrar la evo-
lución de un absceso inguino-vulvar y
multiresistencia antibiótica.

Materiales y métodos: Femenina de 77 años, Diabetes Mellitus 2, control con me-
tformina. HASC controlada con captopril.
Protusión de órganos pélvicos manejada
con pesario no. 4.

Padecimiento actual: aumento de volumen
en región vulvar derecha, hiperemia y dolor.
Exploración física: celulitis inguino-abdo-
minal, en vulva; esfácelo, tejido necrótico y
absceso, drenando material purulento, fétido.
Antibióticoterapia inicial: cefalosporinas,
aminoglucósido y lincosamida con evolu-
ción tórpida, lavado quirúrgico retirando
tejido necrótico con natas fibrino-purulentas.
Diagnóstico microbiológico: Morganella
morganii y Enterococcus faecalis, sensible
a meropenem.

Resultados: Se logra erradicación micro-
biológica, control metabólico y de cifras
tensionales, se realizó diagnóstico diferen-
cial con: Gangrena de Fournier, erisipela
gangrenosa, fascitis necrosante, gangrena
gaseosa y cáncer de vulva, su evolución
fue adecuada y egresó.

Conclusiones: La disminución de la
morbilidad-mortalidad se logra con un
diagnóstico temprano basado en una
buena historia clínica, exploración
física detallada, toma de cultivos, iden-
tificación de susceptibilidad antibiótica,
administración del antibiótico específico,
drenaje y debridamiento con curaciones
diarias, y control de las patologías de
base.

137

CARTEL 16

EMBARAZO HETEROTÓPICO EN PACIENTE DE 32 AÑOS, REPORTE DE UN CASO

SOTO FUENZALIDA GONZALO AN-
DRÉS
IGA CANAVATI GERARDO
ARPIO BUSTAMANTE CARLOS
RUZ BARROS RODRIGO EMILIO
GARCÍA GARZA MANUEL ROLANDO

TEC de Monterrey
Hospital San José

Objetivo del estudio: Mostrar el caso
clínico de una paciente de 32 con un em-
barazo heterotópico roto de 7.4 semanas de

gestación. En el caso se muestra el abordaje
laparoscópico de este padecimiento extre-
madamente raro.

Materiales y métodos: Previo consen-
timiento informado, se revisa el caso
mediante expediente y fotos de la cirugía,
la cual se realizó de forma laparoscópica
en nuestro hospital.

Se revisó el video, encontrando imágenes
que muestran el embrión en la salpinx
afectada, además de anexar fotografías del
ultrasonido realizado previamente.

Resultados: Se realizó el abordaje laparos-
cópico de la paciente, en el cual se procedió
con salpingectomía izquierda. Al momento
del abordaje se encontró abundante sangre
libre. Se realizó un cuidadoso retiro de
coagulos, y posteriormente se envió a la
paciente a recuperación, no presentando
hasta la fecha complicaciones en su em-
barazo intrauterino.

Conclusiones: La frecuencia con la que se
presenta esta complicación del embarazo
(1 en 1300 a 15600 embarazos) es muy
baja, pero ha ido incrementándose estadís-
ticamente con los nuevos procedimientos
de reproducción asistida. Presentamos este
caso en que la paciente tuvo ruptura de la
salpinx, se corroboró por US, laparoscopia
y patología el diagnóstico, y continuó
con su embarazo intrauterino sin compli-
caciones hasta el momento.

145

CARTEL 17

EMBARAZO ECTÓPICO CERVICAL E HISTEROSCOPIA

HERRERA PACHECO IVAN
BARRERA ZAMORA KARLA LILIANA

Secretaría de Salud Durango
Hospital General de Durango. Depart-
amento de Endoscopia Ginecológica.

Objetivo del estudio: Describir un caso
clínico de embarazo ectópico cervical
diagnosticado y tratado por histeroscopia.

Materiales y métodos: Se trata de fe-
menino de 25 años con antecedente de
LUI hace 23 días por aborto incompleto
con colocación de DIU. Posteriormente
presentando metrorragias en abundante can-
tidad por lo que acude a revisión donde se

realiza retiro de DIU. Sin mostrar mejoría, continuando con metrorragias así como fiebre, vomito, malestar general, palpitaciones por lo que acude a su unidad. Siendo referida a nuestra institución por un SUA. A la exploración ginecológica con cérvix central, formado, dehisciente, útero en AVF de 9 cm, con leve dolor a la movilización, escaso sangrado transvaginal. HcG: Negativa.

USG: Útero de 9.45 x 3.89 x 5.20 cm. Endometrio de 7 mm. Anexos normales. Presencia de restos hemáticos.

Resultados: Histeroscopia reportando cavidad uterina y endometrio normales, no sangrado. En región de endocervix a la 11 hrs se observa tejido friable, necrótico, con sangrado activo importante, con hemostasia y toma de biopsia.

Reporte anatomopatológico mostrando Vellosidades coriales.

Conclusiones: El cérvix es un sitio raro de implantación placentaria confundiendo con un proceso neoplásico o aborto espontáneo. Existen varias pautas terapéuticas como cerclaje cervical, taponamiento cervical mecánico, embolización arterial uterina y uso de metotrexate en embarazos hasta las 8 sdg. La histeroscopia nos sirvió para confirmar la sospecha diagnóstica y mediante visualización directa reseca el trofoblasto y hemostasiar correctamente el lecho sangrante.

148

CARTEL 18

ANÁLISIS DE SENSIBILIDAD ANTIMICROBIANA EN INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS NO COMPLICADA EN MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA

RUIZ CABRERA IXEL LORENA
ESPINO Y SOSA SALVADOR
SÁNCHEZ RAMÍREZ BRENDA
CASTELLÓN PASOS ROSA MARCELA
GALVÁN CONTRERAS RAFAEL

Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes
Departamento de coordinación y producción editorial

Objetivo del estudio: La infección de vías urinarias (IVU) es la infección bacteriana

más frecuente, el principal agente causal es *Escherichia coli*. La instauración precoz del tratamiento limita la duración del cuadro clínico y reduce las complicaciones. La sensibilidad de los uropatógenos y resistencia antimicrobiana es variable en función del tiempo y la zona geográfica, el objetivo de este estudio es determinar la etiología, sensibilidad y resistencia antimicrobiana de los uropatógenos en mujeres con IVU no complicada.

Materiales y métodos: Incluimos pacientes no embarazadas con diagnóstico de IVU no complicada por urocultivo positivo de enero del 2009 a diciembre del 2009, se analizaron variables demográficas, etiología, sensibilidad y resistencia de los principales antibióticos con intervalos de confianza.

Resultados: Se analizaron 162 urocultivos en los cuales el microorganismo más frecuente fue *E. coli* en el 59.3%. De los antibióticos evaluados la nitrofurantoína, gentamicina e imipenem, son los únicos antibióticos que mostraron adecuada sensibilidad. En los medicamentos utilizados en la consulta externa (trimetoprim/sulfametoxazol, ampicilina, ciprofloxacino), las tasas de resistencia fueron elevadas. Se encontró la coexistencia de cultivo cervicovaginal (CCV) positivo en el 73.4% de los casos.

Conclusiones: Debemos de reconsiderar las alternativas de la fase empírica del tratamiento de vías urinarias: la propuesta derivada de los hallazgos en este estudio es nitrofurantoína. Debido a la coexistencia elevada de CCV positivos, estamos obligados a descartar la presencia de infección cervicovaginal.

149

CARTEL 19

CISTOADENOMA MUCINOSO EN PACIENTE PREMENARQUICA

RIVERA NARVAEZ SELENE
TREVINO SALINAS EMILIO
VIDAL GUTIERREZ OSCAR
SOSA VILLARREAL RAUL
FLORES ACOSTA CLARA DEL CARMEN
IBARRA PATIÑO RICARDO

Hospital Universitario Dr. Jose Eleuterio Gonzalez
Ginecología y Obstetricia

Objetivo del estudio: Reporte de un caso de cistoadenoma mucinoso en paciente premenarquica

Materiales y métodos: Paciente de 12 años de edad sin antecedentes de importancia, premenarquica, acudió a valoración por aumento de perímetro abdominal de 3 meses de evolución y constipación. Al Examen físico se encontró una tumoración abdominopélvica dura, no móvil, de 30 cm, superficie irregular, no lobulada e indolora, genitales externos sin alteración. Se solicitó niveles séricos de Ca 19-9:419 U/ml, AFP, Ca-125, ACE, HGC-B dentro de límites normales. El ultrasonido reportó una tumoración de 30 x 30 cm con abundantes septos de 0.6cm de grosor con flujo alto al doppler. Resto del estudio normal.

Resultados: Se realizó laparotomía exploradora más ooforectomía izquierda. Se envió líquido de ascitis y BTO con resultado no concluyente, el reporte definitivo de patología fue Cistoadenoma mucinoso y líquido de ascitis negativo para neoplasia.

Conclusiones: Los cistoadenomas mucinosos de ovario son tumores benignos de origen epitelial. En una paciente premenarquica, existen muy pocos casos reportados en la literatura. El tratamiento consiste en ooforectomía ipsilateral sin más manejo. Sin embargo, muy poco se sabe acerca del comportamiento de estas tumoraciones en este grupo de edad. Así, las estrategias de manejo se realizan en base a la experiencia adquirida en el manejo de adolescentes postmenarquicas y adultas.

186

CARTEL 20

CISTADENOMA OVARICO GIGANTE EN LA ADOLESCENTE, REPORTE DE UN CASO Y REVISION DE LA LITERATURA

TERRÓN ARRIAGA JUAN EMMA-NUEL
RAMÍREZ LÓPEZ GILBERTO
SIERRA GARCÍA GRACIELA JANET

Instituto Materno Infantil del Estado de México
Hospital de Ginecología y Obstetricia, Unidad Tocoquirúrgica

Objetivo del estudio: Determinar la frecuencia, el adecuado protocolo de estudio, el manejo y el seguimiento de este tipo de lesiones en la mujer adolescente.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo, analítico y correlacional de la bibliografía publicada en revistas indexadas, con una fecha de publicación no mayor a 10 años.

Resultados: Ver conclusiones

Conclusiones: La incidencia de los tumores de ovario en la adolescencia es rara; representan menos del 1% de todos los tumores en menores de 20 años. Los más comunes son derivados de células germinales; aquellos derivados de células epiteliales son extremadamente raros, representan entre el 11 y el 17% del total de los tumores ováricos. Su comportamiento aunque generalmente es benigno, requiere de seguimiento pues hasta un 4.2% puede malignizar. Su crecimiento lento (6m - años), su localización y pobre potencial maligno hace que la forma de presentación clínica más común sea una masa abdominal palpable, la dismenorrea y el dolor abdominal se presentan hasta en un 68 %. Las pruebas de imagen orientan el diagnóstico; el ultrasonido se mantiene como el estándar de oro pues orienta sobre la localización, tamaño, forma y vascularidad, ofreciendo una sensibilidad del 90% y una especificidad de 85-90%. El empleo de marcadores tumorales es necesario pues, aunque poco útil en el diagnóstico de éstos tumores, descarta la posibilidad diagnóstica de tumores de células germinales, teratomas o coriocarcinomas. Evidentemente, el estudio anatomopatológico es el único que debe ser considerado como diagnóstico definitivo. El tratamiento debe ser la cirugía conservadora, con fines de lograr la preservación de la fertilidad. La quistectomía o en su defecto la salpingooforectomía son los procedimientos quirúrgicos mas comunes.

194

CARTEL 21

ABSCESO PÉLVICO EN PACIENTE CON MALFORMACIÓN UTERINA. REPORTE DE CASO CLÍNICO

CASTILLO MARTIN DEL CAMPO GABRIEL ENRIQUE

TREVIÑO SALINAS EMILIO MODESTO

VIDAL GUTIERREZ OSCAR
MIRELES LOZANO GERARDO
IBARRA PATIÑO RICARDO
GARCIA LEZAMA REYNA

Universidad Autonoma de Nuevo Leon
Hospital Universitario. Departamento de Ginecología y Obstetricia

Objetivo del estudio: El absceso tubo ovárico por lo general ocurre como consecuencia de una enfermedad pélvica inflamatoria, sin embargo también puede desarrollarse de forma secundaria a un procedimiento quirúrgico o como complicación de algún proceso intraabdominal como apendicitis o diverticulitis. Este artículo describe el caso de una paciente con antecedente de malformación mulleriana, a la cual se le realizó procedimiento quirúrgico para reparación del defecto, dos años después presenta absceso tubo ovárico; se estudia su probable etiología, diagnóstico y manejo.

Materiales y métodos: Femenina de 17 años con antecedente de laparotomía exploradora en enero 2008 con reporte de útero bicornue y probable endometriosis, en mayo 2008 se realiza histeroscopia donde se reseca tabique de 4 cm que separa dos cavidades uterinas drenando 800 cc de material hemático diagnosticando hematometra. En septiembre 2010 acude a urgencias por astenia, refiere reciente inicio de vida sexual, usando anticonceptivos orales como método de planificación familiar, refiere que inicia hace tres meses con leucorrea café/verdosa y de olor fétido, acompañado de pérdida de peso, dolor y astenia. Se realiza estudio de imagen el cual reporta abundante liquido libre en hueco pélvico, aire intrauterino y colecciones bilaterales

Resultados: Se realizó laparotomía exploradora encontrándose absceso pélvico, por lo que se realiza histerectomía y se extrae útero didelfo con dos cavidades y dos cérvix, con técnica abierta, visualizando tabique vaginal longitudinal con canal vaginal en fondo de saco ciego. La paciente se egreso al quinto de estancia intrahospitalaria afebril, asintomática.

Conclusiones: Presentamos una paciente con un absceso pélvico en el cual se desarrolla a corta edad y con el antecedente de malformación uterina, la cual fue tratada previamente con cirugía, motivo por el que hace suponer como un factor de riesgo para la formación del mismo.

196

CARTEL 22

HISTERECTOMÍA TOTAL LAPAROSCÓPICA: RESULTADOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL DE ATENCIÓN

HERNÁNDEZ SEBASTIAN NALLIELY
RAMÍREZ SANCHEZ LUIS FERNANDO
CORTÉS FLORES RENÉ

IMSS

Departamento de Biología de la Reproducción, UMAE No.23, Monterrey, Nuevo León, México.

Objetivo del estudio: Analizar los resultados obtenidos de las histerectomías totales por laparoscopia (HTL).

Materiales y métodos: Se realiza un estudio descriptivo, longitudinal y retrospectivo en los que se reportan los resultados de 151 pacientes a las que se les realizó HTL entre octubre 2008 y julio 2011.

Resultados: La edad promedio fue de 42.5 años (30-56), el Índice de Masa Corporal 25.8 kg/m² (18-37). La indicación quirúrgica más frecuente fueron miomatosis en 121 casos (80.1%), hemorragia uterina disfuncional en 13 (8.6%), hemorragia uterina anormal en 12 (7.9%), endometriosis en 2 (1.3%) y otras causas en 3 (1.9%). El tiempo quirúrgico fue 140.3 minutos (70-275), sangrado total de 131 ml (50-400); se presentó conversión a cirugía abierta en 5 casos (3.3%); se reportan además 3 casos (1.98%) de lesión vesical advertida durante la cirugía. El tiempo de hospitalización fue de 1.4 días (1-7días), la principal causa de prolongación del tiempo de hospitalización fue la presencia de fiebre en 5 casos (3.3%). Las complicaciones postquirúrgicas tardías que se presentaron fueron la formación de fístula uretero- vaginal en 4 casos (2.6%), fístula vesico-vaginal en 2 casos (1.3%) y fístula vesico-uretero-vaginal en 1 caso

(0.66%); 1 caso (0.66%) presentó infección de cúpula vaginal. El peso de las piezas quirúrgicas fue de 210 g (50-650g).

Conclusiones: La HTL es una adecuada opción con ventaja sobre la histerectomía total abdominal como menor cantidad de sangrado y menor tiempo de estancia intrahospitalaria. Sin embargo consideramos que la selección adecuada de la paciente es fundamental para lograr el mayor éxito.

246

CARTEL 23

ENDOMETRIOSIS: CAUSA RARA DE APENDICITIS

PORTILLO OSORIO EMMAGABRIELA
ESCOBAR PONCE LUIS
MORENO VERDUZCO DRA. ELSA
CRISTINA ARTEAGA GÓMEZ ANA

Instituto Nacional de Perinatología "Isidro Espinosa de los Reyes"

Departamento de Ginecología.

Objetivo del estudio: Reporte de un caso clínico de Apendicitis secundario a endometriosis.

Materiales y métodos: Caso clínico: Paciente femenina de 35 años Gesta 0, quien ingresa al instituto con diagnósticos de: AR/ MU/ Endometrioma izq./Hidrosalpinx izq./ SUA/ IVPH. AGO: M 14 años, R 15 x 6, IVSA 29 años, PS 1, PAP: normal, G: 0. PA: Dismenorrea severa y dolor pélvico crónico agudizado en FID. Se realiza el 121110 miomectomía, cistectomía y apendicectomía por laparoscopia con reporte histopatológico de: 1) Endometrioma de 8 x 4 cm, leiomiomas de 1.7 x 3 cm, apéndice con endometriosis, hemorragia focal en la serosa, peritonitis, crónica e hiperplasia linfoide marcada.

Resultados: La endometriosis es una condición ginecológica bien establecida en la etapa reproductiva, sin embargo, la endometriosis en el apéndice es una entidad muy rara, pudiéndose presentar como dolor abdominal agudo o crónico, haciendo de ésta un difícil diagnóstico prequirúrgico. Los pacientes con endometriosis apendicular se pueden clasificar dentro de 4 grupos en términos de la sintomatología: 1) pacientes quienes presentan apendicitis

aguda; 2) con invaginación del apéndice; 3) pacientes que manifiestan síntomas como cólico abdominal, náusea y melena; 4) y pacientes asintomáticos.

La endometriosis apendicular es un diagnóstico patológico. El tejido glandular, el estroma endometrial y la hemorragia son hallazgos típicos encontrados en los pacientes con endometriosis. La laparoscopia permite la exploración total de la cavidad peritoneal y la selección del método apropiado para un diagnóstico definitivo. Los tratamientos médicos para la endometriosis son secundarios, según Idetsu A, et al. el tratamiento quirúrgico de la endometriosis se asocia con complicaciones mayores sólo de un 3 a 10 % de los pacientes.

Conclusiones: La endometriosis apendicular es rara y su diagnóstico prequirúrgico es difícil. Sin embargo, se debe sospechar como diagnóstico diferencial de dolor abdominal agudo, especialmente en mujeres en edad reproductiva que presentan síntomas clínicos de apendicitis aguda, sin otra evidencia en estudios de imagen. La laparoscopia es útil para el diagnóstico y la apendicetomía mejora la sintomatología aguda.

252

CARTEL 24

LA ADENOMIOSIS: UNA PATOLOGÍA SIN ENFERMEDAD?

SORDIA HERNÁNDEZ LUIS HUMBERTO
SORDIA PIÑEYRO MARÍA OFELIA
MORALES MARTÍNEZ ARTURO
SALAS CASTRO CELINA
GONZÁLEZ BÁEZ ENRIQUE
GONZÁLEZ GUERRERO GERALDINA

Universidad Autónoma de Nuevo León
Centro Universitario de Medicina Reproductiva del Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González

Objetivo del estudio: Comparar los síntomas y enfermedades previamente relacionadas con la de adenomiosis en las pacientes sometidas a histerectomía.

Materiales y métodos: Estudio retrospectivo, descriptivo y comparativo

que incluyó a 794 pacientes que fueron sometidas a histerectomía por diferentes diagnósticos en nuestro hospital entre 2007 y 2009. Se analizaron y compararon los síntomas y las patologías previamente con adenomiosis. Análisis estadístico por chi cuadrada.

Resultados: 140 pacientes se diagnosticaron con adenomiosis, (17.5%), 654 pacientes se reportaron sin adenomiosis. La edad fue de 44.9 años vs 43.7 en las pacientes con y sin adenomiosis, la asociación con miomas intramurales fue de 40.7 % vs 45.2%, el número de embarazos fue de 4.5 vs 3.8, el diagnóstico de endometriosis fue 6.47% vs 8.40 %, el antecedente de sangrado anormal se encontró en 80 de 139 (51.37%) vs 336 de 654 (57.55%). Los días promedio de menstruación fueron de 5.4 vs 5.6 respectivamente. Ninguna diferencia fue estadísticamente significativa.

Conclusiones: Los resultados muestran que no existe una mayor frecuencia de las patologías o síntomas relacionados previamente a la adenomiosis. Con estos resultados consideramos que se trata de un hallazgo anatomopatológico sin síntomas específicos.

254

CARTEL 25

TRASFUSIÓN SANGUÍNEA EN PACIENTES SOMETIDAS A HISTERECTOMÍA

SORDIA HERNÁNDEZ LUIS HUMBERTO
MORALES MARTÍNEZ ARTURO
SALAS CASTRO CELINA
VÁZQUEZ MÉNDEZ JUANA
MERINO RUIZ MARTHA
GUERRERO GONZÁLEZ GERALDINA

Universidad Autónoma de Nuevo León en Monterrey Nuevo León México
Centro Universitario de Medicina Reproductiva del Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González

Objetivo del estudio: Analizar los factores relacionados con la necesidad de transfusión sanguínea en pacientes sometidas a histerectomía

Materiales y métodos: Es un estudio retrospectivo, longitudinal, descriptivo y

comparativo que incluyó a un total de 794 pacientes sometidas a histerectomía durante los años 2007 a 2009 en el Hospital Universitario de la Universidad Autónoma de Nuevo León en Monterrey Nuevo León, México. Se revisaron los expedientes, los reportes anatómicos patológicos y la base de datos de las transfusiones del banco de sangre. Se describen los resultados encontrados. El análisis estadístico se realizó por t de student

Resultados: De 794 pacientes intervenidas, 88 (11.06%) requirieron transfusión sanguínea. Al comparar las pacientes que recibieron transfusión con las que no recibieron transfusión se encontró que en las primeras la hemoglobina de ingreso fue de 9.3 mm/Hg vs 12.3 de las pacientes que no recibieron transfusión ($p < 0.001$). el sangrado en promedio fue de 344 cc en las pacientes transfundidas y de 222 cc en las no transfundidas ($P = 0.04$). el tiempo quirúrgico fue de 176 minutos en las pacientes transfundidas y de 148 en las que no se transfundieron ($P < 0.01$).

Conclusiones: Los parámetros que más se asociaron con la necesidad de transfusión fueron, la hemoglobina de ingreso de la paciente el tiempo quirúrgico y la cantidad de sangrado durante la cirugía.

265

CARTEL 26

ÚTERO SEPTADO CON DUPLICACIÓN CERVICAL Y TABIQUE VAGINAL. DISCREPANCIAS CON LA EMBRIOLOGÍA CLÁSICA

ENRIQUEZ PÉREZ MARIA MAGDALENA

ROQUE SÁNCHEZ ARMANDO MIGUEL

KAVA BRAVERMAN ALEJANDRO
SEQUEIRA ALVARADO KARINA
ARLEN

Secretaría de Salud
Instituto Nacional de Perinatología

Objetivo del estudio: Se pretende mediante la ejemplificación con un caso mostrar algunas discrepancias de la embriología clásica en cuanto al origen genitourinario y la necesidad de un sistema alterno de clasificación

Materiales y métodos: CASO CLÍNICO: Femenino de 30 años de edad, sin antecedentes heredofamiliares de importancia. Diagnóstico de hipotiroidismo 3 años previos a su ingreso con terapia sustitutiva. Menarca 15 años, Ritmo 28X5, sin dismenorrea, IVSA: 18 años, PS: 2, PAP: 2009, PF: no. Antecedentes reproductivos: 3 abortos de primer trimestre (12, 6 y 8 semanas) con legrado uterino. A la exploración física destaca tabique vaginal y la presencia de 2 cérvix. Se inicia estudio de pérdida gestacional recurrente por factores. Se estudian los factores genético, infeccioso, anatómico, inmunológico, endocrino y masculino. Se enfoca el caso sobre el factor endocrino (hipotiroidismo) y anatómico (anormalidad mülleriana).

Los hallazgos relevantes: Pérdida gestacional recurrente + tabique vaginal + 2 cérvix + Ecografía que evidencia 2 cavidades

De acuerdo al anterior razonamiento se decide corrección quirúrgica de la anormalidad mülleriana, con diagnóstico prequirúrgico de útero didelfo bicolix con tabique vaginal completo. Sin embargo, mediante cirugía endoscópica se encuentra: Se corrobora tabique vaginal, 2 cérvix, uno de ellos ciego, el otro que comunica a 2 cavidades con un septo incompleto y fondo uterino normal

Resultados: En base a los hallazgos se establece diagnóstico de útero tabicado con duplicación cervical, con un cérvix ciego. Este tipo de malformaciones poco comunes no encaja en la clasificación de la AFS. Existe una nueva clasificación con las siglas VCUAM útil en casos como éste descrita por Peter Oppelt y cols. en 2005. En éste caso quedaría como V: 2b C: 1 U: 1c A: 0 M: 0

Conclusiones: Anormalidades como las de éste caso sugieren un mecanismo alterno de desarrollo. En 1967 Muller y col propusieron que ésta fusión inicia a través del istmo y procede simultáneamente en hacia ambas direcciones, el desarrollo del cuerpo uterino es seguido de resorción del septo y que inicia en el istmo y procede en ambas direcciones. El objetivo de clasificar adecuadamente el tipo de malformación mülleriana debe ser elegir la ruta de tratamiento y conocer su pronóstico reproductivo.

270

CARTEL 27

SÍNDROME DE HERLYN-WERNER-WUNDERLICH EN UNA MUJER ADOLESCENTE. PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

LIRA PLASCENCIA JOSEFINA
ROQUE SANCHEZ ARMANDO MIGUEL

SAM SOTO SELENE
SEQUEIRA ALVARADO KARINA
ARLEN
SÁNCHEZ BAÑOS KARLA SELEGNA
PAREDES NOGUERÓN ISIDRA

Secretaría de Salud
Instituto Nacional de Perinatología

Objetivo del estudio: Dar a conocer la información a la fecha sobre el síndrome de Herlyn-Werner-Wunderlich mediante el reporte de un caso y la revisión de la literatura mediante una búsqueda electrónica con MESH

Materiales y métodos: Se reporta un caso y se revisa la literatura mediante una búsqueda electrónica de la literatura con MESH. Caso Clínico: GSG, 13 años, Originaria: Veracruz. Agnesia renal derecha, reimplantación de uretero izquierdo a los 4 años, sin complicaciones. Menarca 13 años, ritmo 30x7 (3 ciclos desde menarca), sin inicio de vida sexual. Cuadro clínico. 16 días de evolución, dolor cólico abdominal, moderado, no mejora con AINES, tumoración pélvico-abdominal. TAC hematometra, riñón único izquierdo con dilatación del sistema pielocalicial y ureteral, pelvis extrarrenal. En hueso pélvico, imagen oval hipodensa, bordes regulares, definidos de 80x85x175 mm, desplaza vejiga e intestino, sin delimitar ovarios-Septectomía, Histeroscopia- Laparoscopia diagnósticas. Exploración vaginal, cavidad izquierda con cervix permeable, tabique vaginal derecho abombado, punción en parte media, resección de tabique, bordes invertidos, cervix derecho permeable, se localiza ostium en cada cavidad. Hallazgos: Útero didelfo con hematometra y hematocolpos derecho, tabique vaginal derecho, cavidad vaginal izquierda íntegra,

síndrome adherencial de anexo derecho con hematosalpinx que se libera, implantes de hemosiderina en peritoneo parietal.

Resultados: Revisión de la Literatura: Incidencia del 0.1 al 3.8%. El útero, salpinges, cervix y 2/3 superiores de vagina se desarrollan de los conductos de Müller, el 1/3 inferior de vagina del seno urogenital. La asociación de útero didelfo con hemivagina obstruida y agenesia renal ipsilateral del lado de la obstrucción se explica por un arresto embriológico a la octava semana de gestación, con falla en la reabsorción del septum en canal uterovaginal de los conductos paramesonéfricos. La obstrucción severa de la unión pileoureteral puede producir displasia multiquística y la desaparición del riñón afectado. Es importante el diagnóstico temprano, pueden presentar reflujo tubárico retrogrado y endometriosis. Se han reportado piosalpinx, piocolpos, incluso casos relacionados con embarazo.

Conclusiones: El útero didelfo se asocia con complicaciones obstétricas: parto prematuro, restricción del crecimiento intrauterino y abortos hasta en un 40%. El tratamiento de elección es la septectomía vaginal. Cuando no se sospecha pueden presentarse errores en el manejo quirúrgico, como resección de "tumoración". La hemisterectomía con o sin salpingooforectomía rara vez está indicada y debe de evitarse para mejores resultados reproductivos. Ante la posibilidad de adenosis vaginal, se recomienda la citología cervical y colposcopia como control postoperatorio

308

CARTEL 28

Embarazo heterotopico. Reporte de un caso

Espino Villanueva Ana Elizabeth
Vazquez Delfin Hilda

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes. Hospital de la Mujer Aguascalientes

Objetivo del estudio: Revisión de datos diagnósticos y terapéuticos del embarazo heterotopico. Reportar caso de paciente que presenta embarazo heterotopico, así como la resolución del mismo.

Materiales y métodos: Revision del reporte de un caso de paciente femenino 24 años que acude con dolor abdominal leve. Se realizan paraclínicos detección de gonadotropina corionica humana, ultrasonido obstetrico.

Reporte de ultrasonido: saco gestacional de 7.5 sem intrauterino con ausencia de embrión con reacción decidual de 1 mm, se aprecia masa anexial derecha con características de saco gestacional y embrión con frecuencia cardiaca fetal. A la exploracion se encuentra conciente, buena coloración e hidratación, hemodinamicamente estable, cardiopulmonar sin compromiso, abdomen blando, depresible, dolor a la palpacion en fosa iliaca izquierda con rebote positivo, murphy negativo, psoas negativo, obturador negativo, peristalsis disminuida. Puntos ureterales negativos, utero en retoversoflexion de 9x5x4 cm, cervix cerrado no sangrado transvaginal, dolor a la movilizacion de cervix, fondo de saco libre no anexos palpables.

Resultados: Se detecta saco gestacional correspondiente a 7.5 sem sin embrión intrauterino, así como saco gestacional en fondo de saco embrión con latido cardiaco. Presenta dolor abdominal agudo por lo que se sospecha ruptura de embarazo ectopico. Se decide manejo intervencionista.

Se realiza laparotomía exploradora se encuentra hemoperitoneo de 200ml, se localiza salpinx izquierda con dilatación distal de 5x3cm adherida a fondo de saco posterior, se libera, se pinza y liga salpinx con catgut cromico 1-0, ovario normal. En cuanto a embarazo intrauterino se realiza legrado uterino instrumentado encontrando restos membrano-placentarios. La paciente se egresa en buenas condiciones generales.

Conclusiones: Con la realizacion de este cartel damos a conocer que pacientes que acuden con dolor obstetrico, es importante hacer el diagnóstico diferencial con embarazo ectopico ya que es una de las principales causas de mortalidad materna durante el primer trimestre de la gestacion causando el 6% de las muertes¹. La etiología del embarazo ectopico tubario radica en la patologia de la trompa de falopio resultado de daño por oclusion tubaria, cirugía de trompas, embarazo ectopico anterior, enfermedad pelvica inflamatoria, exposicion

uterina a dietilestilbestrol, así como tecnicas de reproduccion asistida.², dentro de los metodos diagnósticos se encuentran los niveles sericos de gonadotropina corionica humana (hgc), ultrasonido y laparoscopia.

312

CARTEL 29

HIDRONEFROSIS SEVERA SECUNDARIA A MIOMATOSIS UTERINA: REPORTE DE UN CASO

GONZÁLEZ JARA LIZBETH DEL CARMEN
HERNÁNDEZ ESCOBAR CLAUDIA EUGENIA
DÁVILA RIVAS JOSÉ ANTONIO
ZAMORA MORALES MARÍA TERESA
LEON ROJAS DANIELA

Escuela de Graduados en Medicina del Tecnológico de Monterrey. Insitución Privada.

Fundación Santos y de la Garza Evia I.B.P. Hospital San José Tec de Monterrey

Objetivo del estudio: Revisión de un caso.

Materiales y métodos: Se revisó el caso de una paciente de sexo femenino, de 47 años de edad, que acude a consulta de Ginecología, por dolor abdominal. Antecedentes de endometriosis. Nulípara. Dismenorrea moderada. Inicia su padecimiento con dolor sordo en área lumbar, de 20 días de evolución, sin irradiaciones, sin exacerbantes, intermitente; y, constipación. En el USG abdominal completo se encuentra útero de 13.2 x7.5 x 10.4 cm, a expensas de múltiples miomas murales y subserosos, de los cuales el mayor de ellos mide 5.6 cm. En el anexo derecho se observan dos masas con aspecto de probable endometrioma. Riñón derecho con datos de hidronefrosis y uréter derecho dilatado hasta hueco pélvico a la altura de la masa del anexo derecho. Se realiza histerectomía abdominal, salpingooforectomía derecha, cistoscopia y colocación de catéter do ble J.

Resultados: El diagnóstico clínico fue Miomatosis uterina, endometriosis pélvica, hidronefrosis severa secundaria a compresión de uréter por endometrioma y miomas uterinos. El diagnóstico anatomo-

patológico fue de útero con leiomiomas, endometrio secretor, cérvix con cervicitis crónica con quistes de Naboth. Ovario derecho con quiste de aspecto endometriósico. Salpinge normal.

Conclusiones: Los miomas uterinos son los tumores pélvicos benignos más comunes que se presentan en las mujeres, ocurren hasta en un 20-30% de las mujeres en edad reproductiva. Los miomas uterinos se originan del miometrio. La miomatosis uterina es la patología uterina más frecuente que aparece como responsable de la histerectomía abdominal total. El tamaño de los miomas uterinos varía. La sintomatología más común es el sangrado uterino anormal y/o dolor o aquéllos relacionados con el tamaño, tales como compresión de estructuras anexas, constipación, o uropatía obstructiva. La hidronefrosis es una complicación extremadamente rara de la miomatosis uterina.

326

CARTEL 30

EMBARAZO ECTÓPICO FIMBRICO ROTO DE 13 SEMANAS, REPORTE DE UN CASO

SERRANO CASTRO OSCAR ABEL
LUGO CRUZ MILTON PATRICIO
GÓMEZ GARCIA CANO DIANA JESICA
RIOS CHINEI YOLANDA
SÁNCHEZ NAVA MARÍA FABIOLA

Secretaría de Salud
Hospital de la Mujer

Objetivo del estudio: El Embarazo ectópico se origina por una implantación anormal del blastocito fuera de la cavidad corporal del útero. Representa una incidencia de 4.3 por 1000 embarazos, reportándose en el 95% de los casos implantación tubaria y de este la localización más frecuente ampular 80 %, el istmico en un 12% seguido del fimbrial y el intersticial en un 5% y 2 %. Siendo una de las primeras causa de mortalidad materna en el 1er trimestre de la gestación, de aquí lo importante de conocer el diagnostico, manejo, y complicaciones de esta patología. En el presente trabajo se reporta un caso

clínico de embarazo ectópico roto tubario a las 13 semanas de gestación siendo tratado con laparotomía exploradora y salpingectomía derecha.

Materiales y métodos: Se realizara una revisión de un caso clínico por medio de reporte de caso de una paciente de 20 años de edad primigesta con un embarazo ectópico roto derecho de la región fimbria y con presencia de hemoperitoneo (500cc) la cual fue tratada con laparotomía exploradora y salpingectomía derecha exponiendo el caso por medio de cartel.

Resultados: Se realizo laparotomía exploradora encontrando embarazo ectópico roto derecho con presencia de 500cc de hemoperitoneo por lo que se procedió a drenar, se realiza salpingectomía lavado peritoneal, sin complicaciones, pudiendo egresar a la paciente al segundo día de postquirúrgico sin complicaciones quirúrgicas.

Conclusiones: El tratamiento quirúrgico es el ideal en los casos de embarazo ectópico roto, ya que de no llevarse a cabo el tratamiento de manera oportuna puede complicarse con ruptura y esto llevar a hemorragia intraperitoneal lo cual representa hasta un 9% de las muertes maternas. Este caso nos reporta un Embarazo en la región fimbria los cuales su rotura ocurre de manera espontanea entre la semana 8 y 12, lo interesante de nuestro caso es que la ruptura sucedió post a este tiempo.

340

CARTEL 31

TORSIÓN ESPONTANEA DE APÉNDICE EPILOICA COMO CAUSA DE ABDOMEN AGUDO EN PACIENTE EMBARAZADA, REPORTE DE UN CASO

LEAL GONZÁLEZ RAUL
AYALA AGUILERA FERNANDO
SOTO FUENZALIDA GONZALO ANDRÉS
RUZ BARROS RODRIGO EMILIO

Tecnológico de Monterrey
Hospital San José, TEC de Monterrey

Objetivo del estudio: Mostrar el caso de una paciente de 24 años, con un embarazo

de 28.4 SDG, la cual acudió con sintomatología de abdomen agudo, y mediante laparoscopia se observó que presentaba una torsión del apéndice epiploico, dando tratamiento en el mismo tiempo operatorio

Materiales y métodos: Estudio de expediente clínico de paciente valorada por el autor de la revisión, apoyada con fotografías, y desmostrada de forma esquemática en el poster de presentación, con material fundamentado con bibliografía decasos previos

Resultados: En la mayoría de los pacientes con apendicitis epiploica el diagnóstico rara vez es sospechado clínicamente, razón por la cual anecdóticamente solía ser un hallazgo durante la laparotomía. En la actualidad los estudios de gabinete como la Tomografía axial computarizada y la resonancia magnética nuclear permiten llegar al diagnostico certero.

En este trabajo presentamos un caso raro, en el cual la paciente presentó datos de abdomen agudo, junto con su embarazo de 28.4 SDG, haciendo que las medidas diagnósticas y terapeuticas fuesen aun más difíciles.

Conclusiones: La laparoscopia hoy en día constituye una opción atractiva tanto para el paciente como para el cirujano. Es muy pobre la bibliografía que reporta presencia de este tipo de cuadros en pacientes embarazadas, por tal motivo la semiología orientó inicialmente a un cuadro apendicitis aguda no contrastando con los hallazgos encontrados en la analítica clínica y estudios de gabinete. Tomando en cuenta lo antes mencionado se decidió hacer uso de la laparoscopia como herramienta diagnóstica y en este caso en particular, terapéutica también obteniendo resultados curativos y una satisfacción por parte de la paciente.

343

CARTEL 32

MIOMECTOMÍA MÚLTIPLE EN PACIENTE NULIGESTA. A PROPÓSITO DE UN CASO

RIVAS PIZARRO RENÉ
PÉREZ BUENO FLOR DE LAS NIEVES
MARIO ISSAC LUMBRERAS MÁRQUEZ
Hospital de la Paz

Objetivo del estudio: Describir un caso de múltiples miomas uterinos en paciente nuligesta con deseo de embarazo tratado con miomectomía para mejorar el pronóstico reproductivo.

Materiales y métodos: Paciente femenino de 28 años de edad con miomatosis uterina, nuligesta, con deseos de embarazo, que inicia con cuadro de sangrado genital.

Resultados: Paciente de 28 años de edad, nuligesta, la cual acude a consulta por presentar sangrado uterino anormal, caracterizado por polihipermenorrea de 2 meses de evolución, acompañado de dolor hipogástrico de intensidad leve a moderada. Al examen físico paciente con palidez cutáneo mucosa moderada; abdomen: blando deprimible doloroso a palpación en hipogastrio se palpa útero aumentado de tamaño y consistencia. Genitales: se evidencia a través de introito vaginal sangrado activo escaso, al tacto se palpa útero en AVF aumentado de tamaño y consistencia, con un fondo de aproximadamente 10 cm US pélvico se evidencian múltiples imágenes uterinas en relación a miomas intramurales y subserosos.

Se realiza miomectomía por laparotomía extrayendo 18 miomas de tamaños variables que van desde los 5 cm de diámetro hasta 1 cm de diámetro con adecuada recuperación transoperatoria.

Conclusiones: La miomectomía es un procedimiento quirúrgico, mediante el cual se extirpan los fibromas. Esta indicada en mujeres jóvenes con deseos reproductivos y en aquellas pacientes que desean conservar su útero. Esta intervención puede realizarse por laparotomía o por vía laparoscópica. La literatura sugiere que la miomectomía preconcepcional parece mejorar las posibilidades de un embarazo con éxito, sobre todo en aquellas con pérdidas recurrentes de la gestación especialmente cuando no existen otras causas identificables; disminuyendo las tasas de abortos espontáneos desde el 41-60% previo a la miomectomía hasta solo un 19-24 % posterior a esta.

346

CARTEL 33

EMBARAZO ECTOPICO MOLAR: REPORTE DE CASO Y REVISION DE LA LITERATURA

ARREOLA CONDE ERIC RODOLFO
MARTINEZ AYALA HUGO BRICIO
LARA OVANDO RAFAEL
SIU MOGUEL GONZALO

SECRETARIA DE SALUD.
HOSPITAL GENERAL DR. MANUEL
GEA GONZALEZ.

Objetivo del estudio: Analizar la incidencia de la triploidia molar en un embarazo ectopico. Revisar la literatura existente de esta patologia.

Materiales y métodos: Analisis descriptivo observacional y presentacion de caso unico.

Resultados: Paciente femenino de 23 años de edad que acude al servicio de urgencias ginecobstetricas por presentar dolor abdominal tipo colico en hemiabdomen inferior de predominio en fosa iliaca derecha de intensidad 6/10, sangrado transvaginal de escasa cantidad de 8 dias de evolucion con antecedente de evacuacion uterina mediante legrado uterino instrumental 7 dias previos a su ingreso en medio privado, a la exploracion fisica con presencia de dolor a la palpacion media con datos de irritacion peritoneal en hemiabdomen inferior, peristalsis disminuida, rebote positivo, la exploracion genital con cervix posterior cerrado con sangrado escaso no activo ligeramente fetido, fondos de saco abombados doloroso a la movilizacion y palpacion de tumoracion hacia fosa iliaca derecha de dificil delimitacion por resistencia muscular voluntaria abdominal, cavidad vaginal eutermica, elastica y rugosa con genitales externos normales de acuerdo a edad y sexo con signos tempranos de congestión secundario a la misma gestacion, afebril, sin edemas de miembros pelvicos, hommans y olow negativos, se realiza estudio ultrasonografico donde se encuentran datos sugestivos de embarazo ectopico derecho y liquido libre en fondo de saco, se decide realizar laparotomia exploradora en la que se realiza salpingectomia derecha y oclusion tubaria izquierda como metodo definitivo de planificacion familiar, se encontro hemoperitoneo de 250 cc el cual se retira en su totalidad y se egresa sin complicaciones a las 48 hrs del postoperatorio, se otorga cita a retiro

de sutura de herida quirurgica y resultados de estudio histopatologico en donde se concluye salpinge derecha con embarazo ectopico con vellosidades coriales del primer trimestre con cambios compatibles con triploidia (mola parcial), salpinge izquierda sin alteraciones histologicas.

Conclusiones: La patologia trofoblastica relacionada con embarazo ectopico es una entidad extremadamente rara y poco documentada, la importancia radica en las consecuencias de no diagnosticarla histopatologicamente. Es realmente obligado realizar estudio histopatologico a toda pieza, liquido u organo extraido de todo procedimiento quirurgico. La identificacion oportuna de patologia de incidencia rara es directamente proporcional al pronóstico del paciente.

353

CARTEL 34

TORSIÓN OVÁRICA EN PACIENTE POS TRASPLANTADA RENAL. REPORTE DE CASO

KARCHMER KRIVRITZKY SAMUEL
MENDOZA SALAZAR DALILA
VIEYRA CORTÉS ALEJANDRO
BITTÁN SULTÁN MERCEDES

HOSPITAL ANGELES LOMAS
CENTRO ESPECIALIZADO DE ATENCION PARA LA MUJER

Objetivo del estudio: Presentar un caso clinico de torsion ovarica en una paciente pos trasplantada renal ipsilateral

Materiales y métodos: Femenino de 41 años con dolor súbito tipo cólico en flanco derecho de 4 horas de evolución. Antecedentes heredofamiliares: irrelevantes para el padecimiento actual. Antecedentes personales patológicos relevantes: trasplante renal derecho a los 17 años (1986) de donador vivo, hasta el momento sin rechazo, controlada con azatriopina 75 mg cada 24 horas y prednisona 5 mg cada 24 horas.

Antecedentes ginecobstétricos: menarca a los 13 años. Gesta 2 para 0 cesárea 1 aborto 1. Fum 01-01-11

Exploración física: abdomen doloroso a la palpación superficial y

profunda, peristálsis presente normo-activa. Se palpa tumoración en flanco derecho móvil blando de aproximadamente 15 x 15 cm, no fija a planos profundos. Rebote negativo. Giordano negativo. EXPLORACIÓN VAGINAL: Se palpa tumoración anexial derecha de 15 x 15 cm con dolor a la movilidad. Resto sin alteraciones aparentes.

ESTUDIOS DE GABINETE: Ultrasonido pélvico en que se reporta imagen quística compleja dependiente de anexo derecho, sin presencia de líquido libre, con ecos mixtos en su interior. Quiste anexial derecho de 10 x 8 cm. Se realizó Tomografía Axial Computada simple de abdomen compatible con mismo diagnóstico.

IDx: Dolor abdominal secundario a quiste de anexo derecho torcido.

PLAN: Laparotomía exploradora

HALLAZGOS: Tumor anexial derecho de 15 x 18 cm, necrótico, involucrando salpínge y ovario derecho, líquido libre en cavidad abdominal (serohemático) Útero y ovario izquierdo macroscópicamente normales.

REPORTE DE PATOLOGÍA: Tumor anexial derecho 5843 gr.

Resultados: REPORTE DE CASO CLINICO

Conclusiones: REPORTE DE CASO CLINICO

354

CARTEL 35

UTERO DIDELFO COMO HALLAZGOS QUIRURGICO

LÓPEZ PINEDA MARIANA ZULEYMA
CARRERA LOMAS EMMANUEL
ZARATE TORIJA REBECA ILIANA
SANCHEZ MALFAVON ISABEL

Secretaría de Salud del Distrito Federal
Hospital Materno Infantil "Cuautepec",
departamento de Ginecología y Obstetricia

Objetivo del estudio: Se presenta el caso de una paciente cuya atención del embarazo se realizó en el hospital mediante vía abdominal encontrándose como hallazgos la presencia de útero didelfo.

Materiales y métodos: Se revisó el expediente completo de la paciente así como

ultrasonido durante el puerperio para seguimiento, la paciente presente como antecedente gineco-obstétrico amenaza de aborto en el 2do trimestre. Ingresa en el servicio con un embarazo de término en presentación pélvica, obteniéndose un producto vivo sin complicaciones.

Resultados: En el caso que nos ocupa llegó a feliz término, como corresponde se realizó interrupción vía abdominal sin complicaciones ni incidentes. En cuanto al diagnóstico nuestro caso se ajusta a la literatura, pues fue un hallazgo quirúrgico y casual.

El pronóstico de nuestro caso difiere de los de la literatura, pues en las anomalías uterinas la incidencia de crecimiento intrauterino retardado, es, al menos, tres veces mayor que en la población general, en nuestro caso no se presentó dicha complicación.

Conclusiones: Las malformaciones del útero y la vagina son las más frecuentes y de mayor significación clínica. El caso que nos ocupa de útero didelfo es una de las malformaciones más tempranas, sobreviene entre 10 al 2do. mes de vida intrauterina. En el útero didelfo el 40% termina en aborto o parto prematuro.

357

CARTEL 36

HEMATOMA VULVAR SEVERO SECUNDARIO A TRAUMATISMO POR CAÍDA DE HORCAJADAS

GOMEZ SOUSA MARIA DE LOURDES
LIRA PLASCENCIA JOSEFINA
ADAME PINACHO RICARDO

INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA
ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES
COORDINACION DE MEDICINA DEL ADOLESCENTE

Objetivo del estudio: Presentar un caso de hematoma vulvar secundario a traumatismo contuso por caída de horcadas.

Materiales y métodos: Se trata de paciente de 17 años con hematoma vulvar severo.

Resultados: Acude a urgencias por dolor y tumefacción en labio mayor izquierdo. Niega relaciones sexuales y es nuligesta. Refiere traumatismo directo en región

perineal secundario a caída de horcadas. Sin antecedentes de importancia o enfermedades crónicas.

A la exploración genital tumoración violácea en labio izquierdo de aproximadamente 13cm de diámetro. Hemodinamicamente estable, sin embargo con dolor en aumento y anemia progresiva sugestiva de sangrado. Se decide manejo quirúrgico para su evaluación y hemostasia completa.

Conclusiones: Debido a la vascularidad en la región vulvar, el trauma contuso puede ocasionar la formación de hematomas. Estos además de distorsionar el periné y causar dolor, pueden comprometer el estado hemodinámico. El manejo dependerá del tamaño, la localización y de la presencia de datos sugestivos de choque hipovolémico. Con el drenaje quirúrgico se limita y se resuelve dicho padecimiento.

361

CARTEL 37

REPORTE DE UN CASO: MENOPAUSIA QUIRURGICA COMO COMPLICACIÓN DE HIPERESTIMULACIÓN Y NECROSIS OVÁRICA POR UN EMBARAZO MOLAR

ESCOBAR PONCE LUIS FERNANDO
TORRES NAVARRO CLAUDIA ELIZABETH
GONZALEZ LOPEZ LAURA ESMERALDA

Instituto Nacional de Perinatología
Departamento de Ginecología

Objetivo del estudio: Reporte de un caso de menopausia quirúrgica como complicación de hiperestimulación y necrosis ovárica por un embarazo molar.

Materiales y métodos: Paciente primigesta de 18 años con diagnóstico de embarazo molar tratada con aspiración uterina, la cual reingresa en su noveno día post quirúrgico con derrame pleural, dolor y distensión abdominal; se toma ultrasonido pélvico el cual reporta presencia de quistes ováricos bilaterales mayores de 10cm. Se realiza laparotomía exploradora encontrando torsión y necrosis de ambos ovarios y hemoperitoneo de 1000cc; por lo que se realiza ooforectomía bilateral.

Resultados: Imágenes y cartel

Conclusiones: El síndrome de hiperestimulación ovárica es una entidad donde se presentan múltiples quistes tecaluteínicos y alteraciones de la permeabilidad capilar (4), la patogénesis es aun desconocida probablemente desencadenada es la producción exagerada de hormona gonadotropina coriónica; relacionada con factores de crecimiento como el VEGF e interleucinas, los cuales son responsables de los efectos sistémicos severos de este síndrome a pesar de la evacuación del embarazo molar y la disminución de la hGC. (6) Es importante realizar un diagnóstico temprano y evaluar la severidad de este síndrome por las implicaciones graves que produce, como falla renal, eventos tromboembólicos, síndrome de distress respiratorio y hemorragia provocada por ruptura ovárica (7). En el caso presentado, la severidad del síndrome de hiperestimulación ovárica causado por un embarazo molar, llevo a nuestra paciente a un abdomen agudo por torsión y necrosis bilateral de ovarios; con ooforectomía bilateral y menopausia quirúrgica

365

CARTEL 38

HISTEROSCOPIA ACTUAL EN EL HOSPITAL CENTRAL NORTE DE PETROLEOS MEXICANOS

MADRIGAL GARCIA ISMAEL
ZEPEDA ZARAGOZA JORGE
AMEZCUA VILLANUEVA MANUEL
BARRON VALLEJO JESUS
LARA VIESCA TATIANA

PETROLEOS MEXICANOS
HOSPITAL CENTRAL NORTE

Objetivo del estudio: La histeroscopia diagnóstica a revolucionado el manejo de muchas patologías endometriales. 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 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. El presente trabajo es estudiar a pacientes que presentaban sangrado uterino anormal y postmenopausico en el servicio de ginecología y obstetricia del hospital central norte de petróleos mexicanos.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio descriptivo observacional en el servicio de ginecología y obstetricia del hospital central norte a las pacientes que presentaban sangrado uterino anormal en la peri y postmenopausia, practicándoles histeroscopia diagnóstica, de consultorio así como en la unidad de corta estancia para sedación en el periodo de enero 2009 a diciembre 2010. **Resultados:** Se realizaron un total de 77 histeroscopias de las cuales el diagnóstico era: sangrado postmenopausico 42 casos (54.53%), sangrado uterino anormal 25 casos (32.46%), engrosamiento endometrial 10 casos (12.98%).

Los hallazgos histopatológicos fueron los siguientes: atrofia 30 casos (38.96%), miomatosis con endometrio proliferativo 18 casos (23.37%), hiperplasia endometrial simple sin atipias 12 casos (15.5%), pólipo endometrial 11 casos (14.2%), hiperplasia endometrial adenomatosa sin atipias 5 casos (6.4%), adenocarcinoma 1 caso (1.2%). **Conclusiones:** Se encuentra que la edad promedio de las pacientes fue de 48 $\pm$ 5 años, todas las pacientes se encontraban en la perimenopausia y postmenopausia, el 88% estaba con terapia hormonal sustitutiva combinada por estado climático, prácticamente el 99% de los casos el reporte histopatológico fue benigno y solo un 1% con neoplasia endometrial. La histeroscopia es de gran utilidad para diagnosticar patología maligna y benigna y que puede realizarse de forma ambulatoria en consultorio sin necesidad de anestesia, que dependerá de la pericia del médico y tolerancia por parte de la paciente lo hace claramente superiores al legrado tradicional.

366

CARTEL 39

ABLACION ENDOMETRIAL EN PACIENTES CON SANGRADO

UTERINO ANORMAL SERVICIO HISTEROSCOPIA HOSPITAL CENTRAL NORTE

MADRIGAL GARCIA ISMAEL
ZEPEDA ZARAGOZA JORGE
AMEZCUA VILLANUEVA MANUEL
BARRON VALLEJO JESUS
LARA VIESCA TATIANA

PETROLEOS MEXICANOS
HOSPITAL CENTRAL NORTE

Objetivo del estudio: Describir los resultados obtenidos en 29 procedimientos de ablación endometrial realizados a pacientes con sangrado uterino anormal con riesgo quirúrgico elevado para tratamiento definitivo mediante histerectomía abdominal

Materiales y métodos: En el servicio de ginecología del Hospital Central Norte, durante Marzo 2008 – Enero 2010, se realizó un estudio prospectivo, longitudinal, transversal, experimental, con un total de 29 pacientes con sangrado uterino anormal asociado a riesgo quirúrgico elevado por antecedentes médicos y/o múltiples cirugías abdominales o pélvicas con alta probabilidad de lesión de órganos adyacentes durante histerectomía total abdominal. se realizó ablación endometrial con balón térmico o resectoscopia. Todas contaron con valoración ecográfica transvaginal, biopsia endometrial que descartó patología maligna y/o lesiones precursoras, e histerometría menor de 10 centímetros.

Resultados: La edad promedio de las pacientes fueron 45 $\pm$ 4 años, con un rango entre 39 y 58 años. Los diagnósticos preoperatorios fueron:

22 procedimientos se realizaron con balón térmico (Thermachoice), el resto con resectoscopia monopolar. Se realizó seguimiento a todas las pacientes en la consulta de ginecología a los 3, 6 y 9 meses, encontrando:

19 pacientes (65.5%) asintomáticas, 6 pacientes (20.6%) presentan "spotting" esporádico 4 pacientes (13.7%) sangrado anormal persistente.

Conclusiones: La ablación endometrial es una alternativa terapéutica con resultados satisfactorios a considerar en aquellas pa-

cientes con sangrado uterino disfuncional refractario o con contraindicación para tratamiento medico por enfermedades concomitantes. La tasa de éxito es influenciada directamente por una adecuada selección de pacientes (ausencia de adenomiosis, miomatosis intramural, paridad satisfecha, edad y tiempo de exposición a estímulo estrogenico)

369

CARTEL 40

ESTUDIO COMPARATIVO DEL DOLOR, EN HISTERECTOMIA VAGINAL TRADICIONAL Y LA HISTERECTOMIA VAGINAL CON TERMOFUSIÓN 1, 2, 3.

PÉREZ FLORES LUIS ALBERTO
CORTES FIGUEROA EDGAR HUMBERTO

Instituto Mexicano Del Seguro Social.
Hospital de Ginecología y Obstetricia
Tlatelolco. Ginecología.

Objetivo del estudio: Conocer como se presenta el dolor en el postoperatorio en ambas técnicas quirúrgicas.

Materiales y métodos: Retrospectivo y observacional. Se revisaron expedientes de 25 pacientes sometidas a histerectomía vaginal tradicional y 25 realizadas con termofusión (1, 2, 3). Donde se aplica la escala visual numérica del dolor (4, 5, 6, 7, 8) en el postoperatorio inmediato y a las 24 horas de la cirugía. Como único analgésico ketorolaco 30 mg.cada 8 hrs. Se utiliza medidas de tendencia central y porcentajes.

Resultados: De acuerdo a la escala dolor leve de 1-4 puntos, moderado de 5-7 puntos y severa de 8 -10 puntos. Postoperatorio inmediato en la tradicional dolor leve 2 pacientes (8%), dolor moderado 10 pacientes (40%) y dolor severo 13 pacientes (52%) a las 24 Hrs. Dolor leve 5 pacientes (20%), dolor moderado 20 pacientes (80%) y dolor severo ninguna. Con termofusión postoperatorio inmediato dolor leve 15 pacientes (60%), dolor moderado 8 pacientes (32%) y dolor severo 2 pacientes (8%) a las 24 horas dolor leve 22 pacientes (88%), dolor moderado 3 pacientes (12%) y dolor severo ninguna.

Conclusiones: De acuerdo a los porcentajes obtenidos, el dolor es menor en la técnica con termofusión, ya que no se utilizan suturas1, 2,3 únicamente el sellador de vasos (BICLAMP) no causando inflamación en los tejidos por las suturas en consecuencia menor dolor.

Debemos utilizar la tecnología para causar menos daño a los tejidos y la paciente se recupere más rápido.

370

CARTEL 41

CEFACLOXACIL PARA TRATAMIENTO DE INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS: 375 MG BID POR 10 DÍAS ES EQUIVALENTE A 750 MG BID POR 5 DÍAS

PÉREZ FLORES LUIS ALBERTO
LOPEZ ALVARENGA JUAN CARLOS.
MEJIA ARIAS ITIEL.
MAGAÑA RODRIGUEZ SELENIA.
VARGAS ROMERO A.

LABORATORIO NYCOMED

Laboratorio Nycomed. Dirección de Investigación Médica.

Objetivo del estudio: Determinar si el tratamiento corto con cefaclor es efectivo en IVU. .

Materiales y métodos: El estudio es longitudinal, observacional, comparativo y multicéntrico. Son dos modalidades de tratamiento para determinar la eficiencia en mejoría de síntomas de infección de vías urinarias (SIVU): cefaclor 375 mg bid por 10 días (T375) vs 750 mg bid por 5 días (T750). Se invitó a participar a 1852 pacientes (1565 mujeres), con edad de 38 (DE: 13.1) años e IMC de 26 (4.6) que asistieron a consulta externa. Todos los pacientes presentaron SIVU confirmada con urocultivo positivo: Escherichia coli (81.2%), Klebsiella sp (5.7%), Proteus sp (4.9%), Staphylococcus sp (1.6%). Se administró T375 (n=1195) vs T750 (n=657). La asignación de cualquiera de los tratamientos fue abierta y a discreción del médico, imitando la práctica clínica diaria. La SIVU se analizó con ANCOVA ajustado por la calificación de SIVU durante la visita basal.

Resultados: Ambos tratamientos mejoraron SIVU en disuria (84.4%), poliaquiuria (89.4%), urgencia (90.6%), poliuria (93.9%), tenesmo vesical (91.0%), dolor suprapúbico (92.6%). Mostraron urocultivo negativo el 93.3% para T375, y el 91.4% para T750 (p=0.923).

Conclusiones: Estos dos tipos de tratamiento dejan ver que son eficaces y el médico tratante deberá valorar cuándo utilizar uno u otro régimen y analizar si existen diferencias en el costo utilidad de estas modalidades de tratamiento.

372

CARTEL 42

EMBARAZO ECTÓPICO TUBÁRICO BILATERAL ESPONTANEO

REYES SOTELO ALBERTO
ALEJANDRO MONROY FLORES
VICENTE MIRANDA SEVILLA

SECRETARIA DE SALUD
HOSPITAL GENERAL ACAPULCO
DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA
Y OBSTETRICIA

Objetivo del estudio: Presentar un raro caso clínico de una paciente con abdomen agudo con embarazo ectópico tubárico bilateral espontaneo.

Materiales y métodos: Femenino de 21 años de edad, Gesta 2, Para 1 con antecedente de uso de DIU durante 6 años, retirado hace 10 meses y ciclos menstruales irregulares. Acude al servicio por dolor abdominal súbito e intenso generalizado de 5 hrs de evolución, presentando datos de abdomen agudo y estado de choque hipovolemico, además escaso sangrado transvaginal. Se le realiza prueba inmunológica de embarazo resultando positiva. Se decide laparatomía exploradora de urgencia encontrando un hemoperitoneo de aprox. 2000 ml. Se localiza embarazo tubárico derecho roto a nivel ampular con sangrado activo. En salpinge izquierda se observó una dilatación de aprox. 4x4 cm a nivel de istmo proximal sugestiva de probable embarazo tubárico. Se realizó salpingectomía bilateral.

Resultados: Se decide Laparatomía Exploradora de urgencia encontrando un

hemoperitoneo de aprox. 2000 ml. Se localiza embarazo tubárico derecho roto a nivel ampular con sangrado activo. En salpínges izquierda se observó una dilatación de aprox. 4x4 cm a nivel de istmo proximal sugestiva de embarazo tubárico. Se realizó salpingectomía bilateral. La evolución post-quirúrgica de la paciente sin complicaciones, se transfirieron 3 paquetes globulares y 1 plasma. Se egresó al 5to. día de su ingreso. El reporte histopatológico fue de embarazo ectópico bilateral, salpínges derecha perforada y en ambas se reporta vellosidades coriales y epitelio tubárico sin atipia.

Conclusiones: Se trata de una patología poco frecuente en la práctica clínica. Poca literatura descrita en el mundo con reporte de casos de embarazo ectópicos tubáricos espontáneos. Una entidad rara que hay que tener en cuenta ante un caso similar.

390 CARTEL 43

EMBARAZO OVÁRICO DERECHO. REPORTE DE UN CASO

FERNÁNDEZ GARCINI VANESSA ROCIO
SILVA BARROSO FERNANDO
RUIZ MALDONADO FERNANDO
GARCÍA OLAC DELIA TERESA

Hospital Angeles México
Servicio de Obstetricia

Objetivo del estudio: Reporte de un caso de embarazo ovárico derecho

Materiales y métodos: Paciente que ingresa al servicio de urgencias con dolor abdominal en fosa iliaca derecha de un día de evolución. Embarazo de 6 semanas de gestación por fecha de última regla + Dolor abdominal en estudio. Se realiza medición de hGCH, la cual reporta embarazo de 5 a 6 semanas de gestación además de USG transvaginal útero en AVF 79x35x56 en anexo derecho hallazgo sugestivo de embarazo ectópico. líquido libre en fondo de saco.

Resultados: Se realiza laparotomía exploradora encontrándose líquido libre en cavidad además de presencia de saco gestacional en ovario derecho. Se realiza

extracción del saco, además de cuña de ovario. El reporte de patología reporta embarazo ovárico derecho

Conclusiones: El embarazo ectópico es la implantación del ovulo fecundado fuera de la cavidad uterina. Casi 2 de cada 100 embarazos son ectópicos y cerca del 95% se producen en una trompa de Falopio. Otros tipos son el cervical, ovárico y abdominal. El embarazo ovárico es raro, pero ocurre con más frecuencia en mujeres portadoras de DIU. El diagnóstico diferencial se establece con quiste hemorrágico del cuerpo lúteo. Si el diagnóstico se realiza precozmente, se puede extirpar la gestación y el tejido dañado y reparar posteriormente el ovario.

La tasa de mortalidad asociada a embarazo ectópico ha ido cayendo significativamente debido al diagnóstico y la intervención precoz. Actualmente se encuentra alrededor de 0.05 a 0.1%. El diagnóstico temprano y la cirugía inmediata son decisivos para el resultado

393 CARTEL 44

EFFECTIVIDAD DE LA DESVENLAFAXINA COMPARADA CON TIBOLONA PARA EL MANEJO DE LA DISFUNCIÓN TERMOREGULADORA EN EL CLIMATERIO

ZEPEDA ZARAGOZA JORGE
MADRIGAL GARCIA ISMAEL
AMEZCUA VILLANUEVA MANUEL
LARA VIESCA TATIANA
BARRON VALLEJO JESUS

PETROLEOS MEXICANOS
HOSPITAL CENTRAL NORTE

Objetivo del estudio: Conocer los beneficios, para las pacientes, que existen al utilizar un inhibidor de la recaptura de serotonina y norepinefrina para el tratamiento de la disfunción termorreguladora, en comparación con el uso de terapia hormonal así como la eficacia del mismo y los efectos adversos. Este es un estudio Comparativo, retrospectivo y prospectivo, abierto

Materiales y métodos: Mujeres derechohabientes de Petróleos Mexicanos en

climaterio con síntomas vasomotores candidatas a terapia de remplazo hormonal con tibolona, así como las pacientes que por sus factores de riesgo sean candidatas a inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina y norepinefrina, siempre y cuando cumplan con los criterios de inclusión.

Se excluyen del estudio las pacientes con Intolerancia o reacción adversa al medicamento (desvenlafaxina o tibolona), Interrupción del uso del medicamento. Uso no adecuado del medicamento prescrito.

Se valora mediante cuestionario aplicado a las pacientes que tengan más de tres meses de uso de continuo de desvenlafaxina o tibolona.

Resultados: La edad promedio del grupo total fue de 53.9 ± 6.1 años. La edad promedio del grupo 1 fue de 51.8 ± 5.5 años, mientras que la del grupo 2 de 57.3 ± 3.2 años.

Todas las pacientes tuvieron síntomas vasomotores antes del inicio del estudio. No se observó diferencia significativa en la intensidad de los síntomas vasomotores al comparar ambos grupos de estudio. No hubo diferencia significativa en la frecuencia de síntomas vasomotores antes y después del tratamiento en pacientes que recibieron desvenlafaxina ($p > 0.05$). Hubo diferencia significativa en la frecuencia de síntomas vasomotores antes y después del tratamiento en el grupo manejado con tibolona ($p < 0.0001$). Sin embargo la intensidad de la sintomatología disminuyó considerablemente en el grupo de desvenlafaxina.

El 20% de las pacientes que recibieron desvenlafaxina reportó la aparición de efectos secundarios, no hubo efectos secundarios reportados en el grupo manejado con tibolona ($p < 0.001$). No hubo diferencia significativa en la frecuencia de síntomas vasomotores de pacientes que recibieron 50 mg y 100 mg de desvenlafaxina ($p > 0.05$).

Conclusiones: Debemos de tener en mente a la desvenlafaxina, como una opción no hormonal, para el tratamiento de los síntomas vasomotores, en especial de los bochornos de nuestras pacientes menopáusicas con contraindicación para el uso de hormonales.

395

CARTEL 45

PATOLOGÍA GINECOLÓGICA MÁS FRECUENTE OBSERVADA MEDIANTE HISTEROSCOPIA Y SU CORRELACIÓN CON EL DIAGNOSTICO HISTOPATOLOGICO EN PACIENTES CON SANGRADO UTERINO ANORMAL

MADRIGAL GARCIA ISMAEL
ZEPEDA ZARAGOZA JORGE
AMEZCUA VILLANUEVA MANUEL
BARRON VALLEJO JESUS
JACOBO GARCIA MARCO ANTONIO
RAMOS GONZALEZ DAVID

PETROLEOS MEXICANOS
HOSPITAL CENTRAL NORTE

Objetivo del estudio:

Objetivo general: Conocer la patología ginecológica más frecuente observada mediante histeroscopia en las pacientes con sangrado uterino anormal del Hospital Central Norte de Petróleos Mexicanos durante el periodo comprendido del 01 de junio del 2008 al 01 de junio del 2010. Objetivos específicos:

- Realizar la revisión de los expedientes clínicos de pacientes a las que se les realizó histeroscopia indicada por sangrado uterino anormal
- Identificar los diagnósticos clínicos, histeroscópico e histopatológico.
- Determinar por grupo atareó las patologías más frecuente condicionante del sangrado uterino anormal.

Materiales y métodos: De acuerdo con el tipo de investigación es un estudio cuantitativo cuyo diseño será observacional ya que no habrá intervención por parte del investigador; es descriptivo y transversal, dicho estudio se llevara a cabo a través de la revisión de expedientes clínicos de las pacientes que presentaron sangrado uterino anormal y se les haya realizó histeroscopia como método diagnostico durante el periodo comprendido de 01 junio 2008 al 01 junio 2010, en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital central Norte de Petroleos Mexicanos lo que nos habla que nuestro estudio será retrospectivo.

Resultados: Se captaron 204 pacientes, con las siguientes características: Edad promedio: 55.4 años, media: 55.4 años, mediana: 51 años, moda: 53-54 años, menor edad 23 años y mayor edad 74 años.

El grupo atareo que con mayor frecuencia se hizo presente, en el que se observa el rango de 41 a 60 años de edad. Con los respectivos diagnósticos mas frecuentes en tre ellos el pólipos con 100 pacientes, seguido del mioma submucoso con 34 e hiperplasia 31, resto 38 casos. El diagnostico clínico fue prácticamente el 100%, se muestra que el 3% se debió aun engrosamiento endometrial, sin embargo, todas las pacientes captadas cursaron con Sangrado uterino anormal. El diagnóstico histeroscópico fue el pólipo endometrial con el 49% de los casos. Seguido de miomatosis, con un 17%, Engrosamiento con 16%, atrofia 7% y normal con un 16%. Se puede comprobar que el diagnostico histopatológico mas frecuente fue el pólipo endometrial con un 49%, seguido de mioma por un 17%, Hiperplasia simple sin atipias 13%, Hiperplasia adenomatosa con atipias 2%, Endometrio del segmento 6%, secretor 6%, proliferativo 4%, endometrio atrofico 2%, muestra insuficiente 1%. La relación de pólipo endometrial, diagnostico más frecuente histeroscópico, se comprobó al 100% por histopatología. Y en cuanto a los demás diagnosticas existe una buena relación, no habiendo diferencia significativa entre ambos métodos diagnósticos. Por lo tanto se comprueba la alta sensibilidad de la histeroscopia.

Los días de estancia intrahospitalaria, comprueban que la histeroscopia es un procedimiento ambulatorio. El 98% de los casos las pacientes se egresaron el mismo día. Mientras que el 2%, al siguiente día. Las complicaciones de la histeroscopia son prácticamente raras, en esta ocasión solo hubo presencia de falsas vías en el 2 % de las pacientes, sin llegar a corroborarse perforación uterina.

Conclusiones: El pólipo endometrial es el diagnóstico histopatológico más frecuente 100 pacientes (49%). El grupo de edad a quienes se les practico el mayor número de procedimientos es de 51-60 años, 97 casos (47.5 %).

El 100% de los pacientes a quienes se

les diagnosticó pólipo endometrial por histeroscopia – se corroboró histopatológicamente al 100%.

Tiempo de estancia intrahospitalaria es menor.

Las complicaciones encontradas fueron mínimas, en solo 4 pacientes, por falsa vía, (2%). Por lo tanto; La histeroscopia es un método diagnóstico de mínima invasión, cuya principal ventaja es que permite observar directamente la patología que afecta a la cavidad en muchos de los casos tratarla. Los hallazgos histeroscópicos mas frecuentes fueron pólipo endometrial 100 (49%), miomatosis 34 (17%) e hiperplasia simple sin atipias 27 (13%), Hiperplasia difusa con atipias 4 (2%).

410

CARTEL 46

HISTERECTOMIA VAGINAL CON SELLADOR DE VASOS. ENERGIA BIPOLAR BICLAMP

PEREZ FLORES LUIS ALBERTO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.
HOSPITAL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA TLATELOLCO. DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA.

Objetivo del estudio: Dar a conocer la forma de realización de cirugía en útero sin descenso.

Materiales y métodos: En búsqueda de realizar mínima invasión en los procedimientos quirúrgicos y dañar lo menos posible los tejidos, utilizando el equipo VIO de ERBE con pinza Bipolar BICLAMP. Técnica: Con la paciente en posición ginecológica y bajo efecto de anestesia de bloqueo peridural, se realiza asepsia, antisepsia de la región genital y se coloca sonda Foley vesical, se coloca valva inferior y superior vaginal exponiendo el Cervix, tomándolo con dos pinzas Possi, se infiltra lidocaína con epinefrina al 2% , en radio de las 2, 5, 7 y 11, se procede a realizar circuncisión cervical, con lápiz quirúrgico, se rechaza la fascia de Halban hasta exponer el peritoneo en fondos de saco, realizando la colpotomía posterior con tijera, se pinzan, cauterizan y cortan

ligamentos útero sacros, se pinzan, cauterizan y cortan ligamentos cardinales, se realiza colpotomía anterior y se pinza, cauteriza y cortan arterias uterinas, se pinza, cauteriza y corta ligamento ancho, se procede a localizar pedículos superiores y se luxa el útero para pinzar, cauterizar y cortar ligamento redondo, &uacu te;tero ovárico y salpinge, liberando así la pieza quirúrgica, se verifica hemostasia y se procede a formar la cúpula vaginal tomando peritoneo y epitelio vaginal en un solo plano comenzando por los ángulos, con Catgut Crómico del 1, dejando en la parte central una canalización con sonda Foley del No. 18.

Resultados: Esta técnica realizada por manos expertas llega a realizarse hasta en 20 minutos, la recuperación de la paciente es más rápida y con menos dolor, ya que no se utilizan suturas y a consecuencia menos inflamación de los tejidos. Así como menor tiempo de estancia hospitalaria y de expedición de incapacidad si lo requiere.

Conclusiones: Esta técnica es considerada como cirugía de mínima invasión y de adoptarse esta técnica en un futuro será la cirugía que mas se realice, por ser fácil de reproducirse utilizando la tecnología a favor de la salud. Desplazara a otras técnicas ya que se expone menor tiempo a la paciente en quirófano aun cuando la paciente presenta enfermedades crónicas degenerativas.

424 CARTEL 47

SACROCOLPOPEXIA LAPAROSCÓPICA. EXPERIENCIA Y RESULTADOS EN NUESTRO HOSPITAL CON TÉCNICA ENDOSCÓPICA Y ABIERTA EN 8 CASOS

TREVIÑO GARZA RODOLFO MAURICIO

GARCÍA RODRÍGUEZ LUIS FERNANDO

SOTO FUENZALIDA GONZALO ANDRÉS

RUZ BARROS RODRIGO EMILIO

GARCÍA GARZA MANUEL ROLANDO

LOZANO GARZA ISAAC

Tecnológico de Monterrey, ISSSTELEON
Hospital San José, ISSSTELEON

Objetivo del estudio: Evaluar los resultados obtenidos en nuestra experiencia en cuanto a la eficacia, tiempo quirúrgico, morbilidad, tiempo de recuperación y satisfacción a largo plazo de la sacrocolpopexia laparoscópica y abierta en nuestras pacientes

Materiales y métodos: Estudio retrospectivo, observacional, analítico en que se evalúan 8 casos realizados en nuestro hospital por vía laparoscópica y abierta, realizando una revisión de expedientes clínicos. En esta revisión se hizo un análisis del diagnóstico inicial, tiempo operatorio, complicaciones transquirúrgicas, y revisiones posteriores de las pacientes, 3 de las cuales se realizaron histerectomía laparoscópica más sacrocolpopexia (HTL+SCPL) en el mismo tiempo quirúrgico, dos sacrocolpopexia por laparoscopia (SCPL) y 3 con sacrocolpopexia abierta (SCPA).

Resultados: Histerectomía laparoscópica más sacrocolpopexia: Tiempo quirúrgico promedio: 199.3 minutos (mínimo 173, máximo 245 min); Días de hospitalización promedio: 3.5 días (Mínimo 3, máximo 4); Días de retorno a actividades normales: 13.3 días (Mínimo 10, máximo 15 días); Grado de satisfacción: muy satisfecha; Estado actual: Mejor que antes

Sacrocolpopexia laparoscópica: Tiempo quirúrgico promedio: 192.5 minutos (mínimo 190, máximo 195 min); Días de hospitalización promedio: 3.6 días (Mínimo 2, máximo 4); Días de retorno a actividades normales: 30 días; Grado de satisfacción: muy satisfecha; Estado actual: Mejor que antes

Sacrocolpopexia abierta: Tiempo quirúrgico promedio: 139.6 minutos (mínimo 130, máximo 149 min); Días de hospitalización promedio: 4 días (Mínimo 3, máximo 5); Días de retorno a actividades normales: 60 días (Mínimo 30, máximo 90 días); Grado de satisfacción: muy satisfecha; Estado actual: Mejor que antes

Conclusiones: El tiempo quirúrgico fue significativamente menor en la técnica abierta sobre la laparoscópica. Los días de hospitalización fueron menores en la laparoscópica. El retorno a las actividades normales fue significativamente menor en la laparoscópica. El grado de satisfacción fue muy alto en las 3 técnicas. No se pre-

sentaron complicaciones en ninguna de las 8 pacientes. La edad de las pacientes debe ser valorada a la hora de la toma de decisiones de la técnica, y buscar la de menor morbilidad y mejor recuperación. La cirugía laparoscópica presenta mejor recuperación comparada con la técnica abierta, con el mismo grado de satisfacción médico - paciente.

443

CARTEL 48

LEIOMIOMA CERVICOVESICAL

ORTIZ SAAVEDRA YESSICA SELENE
PIÑA GONZALEZ LESLIE MICHELLE
MEDRANO MORALES ROCIO
CARRERA RIVA PALACIO ALFONSO

Secretaría de Salud del Distrito Federal
Hospital General Enrique Cabrera Cossio.
Depto Ginecología y Obstetricia

Objetivo del estudio: **PRESENTACIÓN DE UN CASO**

Materiales y métodos: Femenino de 38 años, sometida a tratamiento quirúrgico incompleto de miomatosis uterina de grandes elementos, conservando mioma cervicovesical adherido a cara posterior de vejiga. Clínicamente presenta tenesmo vesical, polaquiuria, nicturia, dolor punzante intermitente en hipogastrio y retención urinaria.

Exploración física dolor a la palpación media de hipogastrio y fosas ilíacas, puntos ureterales medios positivos, Giordano negativo bilateral. Al tacto vaginal tumoración en pared vaginal anterior de bordes regulares, consistencia firme, de 9x7 cm aprox. No se toca cérvix. Laboratoriales eritrocituria. Ecografía pélvica corrobora masa tumoral de aspecto hipoecoico, contornos regulares, diámetros de 9.1x7.1cm, en relación con mioma cervico vesical gigante.

Se instaura tratamiento con goserelina, dos dosis en 6 meses, con el fin de disminuir tamaño del mioma, consiguiendo dimensiones de 8x6x4cm.

Resultados: Posteriormente excéresis vía vaginal obteniendo mioma cervicovesical, de bordes irregulares, indurado, liso. Sin complicaciones.

Los tumores mesoteliales primarios de la vejiga son entidades raras, de entre ellos el más frecuente es el leiomioma vesical, puede crecer con manifestaciones clínicas inespecíficas. El abordaje quirúrgico la mejor solución, porcentaje escaso de complicaciones. Pronóstico bueno y recidivas anecdóticas. Neoformación bien delimitada, redonda, no encapsulada, dura y de color blanco grisáceo. Histológicamente compuesto por haces arremolinados de células musculares lisas forma y tamaño uniformes, núcleo ovalado y procesos citoplasmáticos bipolares delgados y alargados, mitosis escasas.

Conclusiones: Importante reconocer localización de miomas y hacer diagnóstico diferencial antes de abordaje quirúrgico para abarcar todas las lesiones existentes y ofrecer mejor calidad de atención a pacientes con diagnósticos poco frecuentes.

445

CARTEL 49

ESTENOSIS CERVICAL CONGENITA COMO CAUSA DE INFERTILIDAD ÚNICA: REPORTE DE UN CASO

GUZMAN TAPIA MARIA NATIVIDAD
BERNAL DAVISH MIGUEL ANGEL
RAMIREZ MALDONADO HEIDY
MENDOZA PARROQUIN MARIA FERNANDA
ARANO MURILLO ANA JOCELYN
RAMIREZ VALENCIA POULETTE
ALICIA

Universidad Veracruzana
Facultad de Medicina Xalapa

Objetivo del estudio: La estenosis cervical generalmente es secundaria a eventos quirúrgicos como legrados de repetición, conización, electrocirugía, biopsias endocervicales y menos frecuentes son las de origen congénito. El factor cervical como causa de infertilidad única es muy rara, ya que regularmente se encuentra asociado a otro factor alterado, este caso nos lleva a conocer el factor cervical como causa única de infertilidad.

Materiales y métodos: Paciente de 45 años, cuenta con antecedentes de importancia los ginecoobstétricos, menarca 13 años, ritmo 28/2, inicia vida sexual a los 20 años, gesta 2, cesárea 2, primera cesárea (G1) hace 10 años, segunda cesárea (G2) hace 6 años, tiene la peculiaridad de que curso con infertilidad primaria, en la G1 se le realizó una histerosalpingosonografía (HSSG) mas coito programado en mismo ciclo logra embarazo, en la G2 se le realizó histerosalpingografía mas coito programado y logra el segundo embarazo, actualmente desea un tercer embarazo y acude para HSSG al programarla en el día 9 del ciclo se le confirma la estenosis cervical con orificio de 0.5 mm. de diámetro aproximadamente.

Resultados: El ultrasonido endovaginal detecta una dilatación del canal endocervical de 2x2 cm. de diámetro con secreción caracterizada por zona hiperecoica y predominantemente hipoeicoica, retenidas por el efecto de válvula por la estenosis, motivo por lo que no fue factible realizar el estudio, ya que existe el riesgo de perfusión con el agua y aire de esta secreción hasta la cavidad abdominal. Esta secreción no existía en los estudios previos cuando logro los dos embarazos.

Conclusiones: Existen reportes fallidos de neoformación del canal endocervical ya que vuelve a la estenosis del cuello uterino y se han logrado embarazo con técnicas no habituales como la transferencia intramiotometrial de pre embriones.

Se le concientiza a la paciente de los riesgos de embarazo por su edad, y que cuenta con escasos años de vida reproductiva, aunado a los problemas que actualmente tiene de efecto de valva y que hasta el momento no ha presentado datos de reflujo para la formación de endometriosis ni hematómetra.

446

CARTEL 50

EMBARAZO ECTOPICO CERVICAL: ¿HISTERECTOMIA?

LÓPEZ PINEDA MARIANA ZULEYMA
BRITO BARAJAS RAÚL
CARRERA LOMAS EMMANUEL

Secretaría de Salud del Distrito Federal
Hospital Materno-Infantil Inguarán

Objetivo del estudio: Se presenta en caso clínica de paciente con embarazo ectópico roto cervical con choque hipovolémico Grado IV manejada con Histerectomía Obstétrica y LUI.

Materiales y métodos: Paciente de 31 años, originaria del Estado de México, casada, dedicada al hogar, escolaridad primaria. Ingresa al servicio de urgencias el día 19-07-11, con sangrado transvaginal abundante, amenorrea de 8 semanas, y datos de choque hipovolémico grado III. Clínicamente con taquicardia, palidez de tegumentos, y obstétricamente al tv útero de 8x7cm cérvix central con dilatación de 1cm sangrado abundante, tumoración en cara lateral izquierda del cérvix, de 5 x5cm.

Resultados: Se decide pasar a sala de quirófano con Dx probable de aborto en evolución, para legrado hemostático, se aprecia sangrado excesivo con cérvix deformado y en tonel, posterior a curetaje se aprecia continuo sangrado por lo que se decide llevar a LAPE iniciando con ligadura de hipogástricas y como hallazgo embarazo cervical ectópico roto en cara laterqal izquierda del cérvix hacia parametrio izquierdo protuyéndolo, se decide histerectomía total abdominal. Pasa a la terapia intensiva con adecuada evolución por lo cual se decide su envío a hospitalización de ginecología para continuar con vigilancia y posterior egreso a domicilio.

Conclusiones: Embarazo cervical, es una ubicación no habitual del embarazo ectópico constituye menos del 1% de los embarazos ectópicos. Por lo poco frecuente y su diagnóstico difícil, en casos no diagnosticados puede poner en peligro la vida de la paciente por la gran cuantía de la hemorragia cuando se desprenden.

El compromiso hemodinámico de la paciente puede llegar a requerir la histerectomía para su resolución hasta en 50% de los casos, ligadura de hipogástricas y/o legrado uterino instrumentado.

OBSTETRICIA

17

CARTEL 51

EMBARAZO GEMELAR ESPONTÁNEO EN ÚTERO BICORNE. REPORTE DE UN CASO.BARQUET MUÑOZ SALIM ABRAHAM
FRAUSTRO ÁVILA MARÍA ELIZABETHAYALA AGUILERA FERNANDO
CASANOVA VALLES DIANA ABRIL
RUZ BARROS RODRIGO

ITESM Hospital San José - Tec de Monterrey

Objetivo del estudio: Las malformaciones müllerianas se encuentran en un 3 a 4% de las mujeres en general, 5 a 10% de las mujeres con pérdidas recurrentes del embarazo y en más de un 25% con trabajo de parto pretérmino y/o pérdidas tardías. La tasa de embarazos a término en malformaciones müllerianas es diferente según el tipo de útero que la paciente tenga; siendo de 40.6% en el bicorne. Debido a la poca cantidad de pacientes que presentan malformación mülleriana con un embarazo gemelar, no se sabe cuál es la mejor forma de nacimiento para este tipo de pacientes, siendo descritos desde el nacimiento vaginal hasta la cesárea electiva con buenos resultados perinatales en ambos. En el presente caso se muestra un embarazo gemelar espontáneo en un útero bicorne el cual llegó a término sin ninguna complicación, culminando en una cesárea con indicación de productos pélvicos.

Materiales y métodos: Femenino de 32 años programada para operación cesárea por embarazo gemelar de 37.4 semanas con Útero bicorne

Inicia su padecimiento actual tras 1 semana de opsomenorrea, por lo cual realiza prueba inmunológica de embarazo (pie) urinaria que resulta positiva, confirmando con pie sérico. Acude por primera vez al ginecólogo cursando con 8 semanas de gestación (sdg), en esa cita se realiza ultrasonido transvaginal en donde se observan dos sacos gestacionales intrauterinos con adecuada reacción desidual en aparente-

mente dos cavidades uterinas, cada saco en cada cavidad uterina. A la especuloscopia se observa un solo cérvix. Se integra el diagnóstico de embarazo doble de 8 semanas de gestación por ultrasonido en probable útero bicorne.

Continúa un control prenatal cada 2 a 3 semanas en promedio el cual cursa normoevolutivo. Se realiza eco cromosómico a las 13 (sdg) reportando embarazo doble de 13.5 sdg, con frecuencias cardíaca fetales normales, translucencias nucales normales, flujos arteriales normales con índice de pulsatilidad de arteria de 0.9, así como probable útero bicorne. Un mes y medio después se realiza eco morfológico cursando con embarazo doble de 19.4 semanas sin malformaciones aparentes. Refiere embarazo normoevolutivo el resto de la gestación. Prueba de O'sullivan negativa, no se aplicó inductores de maduración pulmonar fetal. Menarquia a los 14 años, ciclos regulares de 28 a 30 días x 6 días, es segunda gesta con aborto previo en el 2005, el cual se manejó con fármacos no especificados. Antecedente de útero bicorne, diagnóstico hecho en el 2005 durante el evento obstétrico del aborto, se encuentra hallazgos ultrasonográficos en donde se observa imagen de útero bicavitario. Fecha de última regla el 23 de febrero del 2010 con fecha probable de parto para el 02 de diciembre del 2010. En el momento de su internamiento cursa con embarazo de 38.4 sdg por fecha de su última menstruación. A su ingreso se recibe paciente con signos vitales dentro de valores normales. Consciente, tranquila, cardiopulmonar sin compromiso. Abdomen globoso a expensas de útero gestante con productos en presentación pélvica y frecuencias cardíacas fetales dentro de límites normales. Se refiere con movimientos fetales presentes, niega actividad uterina, grado o salida de líquido transvaginal. Se realiza cesárea tipo Kerr, se obtiene 1° producto masculino pélvico con doble circular de cordón, con peso de 3050 gr Apgar 9/10, segundo producto 3265 gr, en presentación pélvica, Apgar 9/10. Se obtienen productos a las 11:12 y 11:13 horas. Se realiza alumbramiento dirigido completo de ambas placentas. Se exterioriza útero encontrando signos compatibles

con útero bicorne. Presenta hipotonía transitoria que recupera tras la administración de oxitocina, ergotamina y Ionactene, recuperando favorablemente el tono uterino. Se continúa y termina procedimiento quirúrgico con técnica habitual. Sangrado total de 1500 ml.

La paciente que cursa con evolución clínica postquirúrgica favorable. Deambulando fuera de cama, tolerando a la vía oral, micción presente sin complicaciones. Se da de alta 3 días posteriormente sin complicaciones.

Resultados: La clasificación de las malformaciones müllerianas se puede hacer en 4 grandes tipos: agenesia e hipoplasia, defectos en la fusión lateral, defectos en la fusión vertical, y con exposición a diethylstilbestrol. En general, las pacientes con malformaciones müllerianas uterinas tienen mayor riesgo de infertilidad, endometriosis, aborto espontáneo, presentación anómala y de parto pretérmino. De todas las malformaciones müllerianas, las que involucran el útero son las que tienen peor pronóstico obstétrico y reproductivo, pues se asocian con una menor cavidad uterina, musculatura insuficiente, poca capacidad de distensión, una función cervical y miometrial anormal, una vasculatura inadecuada y un desarrollo endometrial anormal. El diagnóstico ocurre generalmente después de la menarquia. Se cree que su incidencia en pacientes fértiles es de 0.1% a 3.8%. El estándar de oro para el diagnóstico de malformaciones uterinas es la resonancia magnética, sin embargo, el ultrasonido y la histerosalpingografía pueden ser de gran ayuda. La sensibilidad de la resonancia magnética se acerca al 100%. Históricamente se creía que la malformación uterina más común era el útero bicorne, sin embargo, se ha visto que la más común es en realidad el útero septado (33.6%) seguido del arcuato (32.8%) y posteriormente el bicornuado (20.3%). En general, las malformaciones müllerianas no están implicadas en la incapacidad para concebir, sino para mantener el embarazo. Los embarazos en malformaciones uterinas müllerianas han sido descritos por muchos años. En 1699 Mauriceau reportó un caso de un embarazo en un cuerno rudimentario de un útero bicorne. En pacientes embarazadas, las malformaciones müllerianas se han relacionado con

ruptura uterina en un 89% si se presenta embarazo en un cuerno rudimentario, así como un aumento en cesárea por una mala presentación o malformaciones vaginales. Pacientes con útero septado el 25.5% tendrán abortos y al parecer la resección del septo mejora significativamente su futuro reproductivo. Así mismo se relaciona con incompetencia cervical, partos pretérmino, sangrado pre y post parto. La tasa de embarazos a término en el unicornio es de 44.6%, en el didelfo es de 36.2%, en el bicornio es de 40.6%, en el septado es de 33.1% y en el arcuato es de 62.7%. También se han reportado embarazos triples espontáneos con úteros bidelfos con una morbilidad muy alta para los productos. La probabilidad de embarazo gemelar en cada uno de los cuernos de un útero didelfo se ha estimado de 1 en 1,000,000 de nacimientos. La mejor explicación que se da para que exista el embarazo gemelar en pacientes con malformaciones müllerianas es que existe una ovulación bilateral en el mismo ciclo.

La vía de nacimiento en pacientes embarazadas con malformaciones uterinas es muy controvertida, Findley considera que se debe dar el mismo manejo obstétrico en tiene una paciente con útero normal; sin embargo, otros autores consideran el manejo por cesárea. Debido a la poca cantidad de pacientes que presentan malformación mülleriana con un embarazo gemelar, no se sabe cuál es la mejor forma de nacimiento para este tipo de pacientes, siendo descrito desde el nacimiento vaginal hasta la cesárea electiva con buenos resultados perinatales en ambos. Se han reportado nacimientos vaginales en embarazos gemelares en pacientes con malformaciones müllerianas, inclusive con diferencia de hasta 5 días en el nacimiento de un bebé y otro en embarazo gemelares espontáneos. En cuanto a las cesáreas electivas, no existe una técnica específica para abordar el caso, sin embargo, la anatomía puede ser confusa, y es posible realizar una sola incisión, o bien dos. Lo ideal es mantener a ambos productos de forma intruterina hasta que sean de término, y si hay necesidad de sacar uno de ellos siendo prematuro, es recomendable no adelantar el nacimiento del otro, a menos que exista una indicación para hacer por el riesgo que existe de parálisis cerebral, problemas visuales o de muerte.

Conclusiones: El presente caso muestra que el embarazo gemelar espontáneo en pacientes con malformaciones müllerianas puede llegar a término y que la vía de desbarazo queda en decisión del gineco-obstetra, siendo la operación cesárea la mejor opción cuando hay una indicación obstétrica, como en este caso que fue la presentación pélvica.

32

CARTEL 52

GEMELO "ACARDIUS AMORPHUS". REPORTE DE UN CASO

BARQUET MUÑOZ SALIM ABRAHAM
SALAZAR CERDA OSCAR MICHEL
ALANÍS BELTRÁN MÓNICA
GALACHE VEGA PEDRO

ITESM

Hospital Metropolitano Bernardo Sepúlveda. Departamento de Obstetricia

Objetivo del estudio: El gemelo "acardius" se define como la presencia de un producto con ausencia total o parcial de un corazón funcional en un embarazo múltiple. Ocurre cuando existen anastomosis vasculares placentarias entre el gemelo afectado, que es receptor pasivo de la circulación sanguínea, y el gemelo normal, cuyo corazón bombea la sangre propia y la del gemelo parásito. Es una entidad que puede producir morbilidad en el feto sano y que necesita un adecuado y temprano diagnóstico. A continuación se presenta un caso reportado de un gemelo "acardius" de una paciente de 24 años que llega a la sala de urgencias de tococirugía del Hospital Metropolitano Bernardo Sepúlveda.

Materiales y métodos: Se trata de paciente femenino de 24 años de edad sin antecedentes de importancia. Con menarquia a los 13 años, con un ritmo regular de 30 por 7 días. Gesta 2 con un parto previo hace 7 años. Cursa con un embarazo de 40.5 semanas de gestación por fecha de última menstruación y 38.6 por un ultrasonido del primer trimestre. Tuvo control prenatal en centro de salud con 6 consultas en todo el embarazo. Refiere que tuvo un embarazo normoevolutivo.

Acude a urgencia de tococirugía por presentar actividad uterina. En su interrogatorio refiere buenos movimientos fetales con actividad uterina regular de 4 contracciones en 10 minutos. Niega pérdidas transvaginales, sin ningún otro síntoma asociado. Signos vitales en los límites normales. Consciente y orientada sin compromiso cardiorespiratorio. Abdomen globoso por útero grávido con fondo uterino de 31 cm, con producto único vivo en situación longitudinal, cefálico con dorso derecho. Frecuencia cardíaca fetal de 138 LPM con actividad uterina palpable. A la exploración vaginal presenta una dilatación de 3 cms con un 60% de borramiento, altura de -3 y membranas íntegras. Se realiza ultrasonido reportando producto vivo intrauterino, de 38 SDG, con peso fetal estimado de 3436 grs, índice de líquido amniótico de 7 y placenta corporal anterior grado 2; además se observa dentro del saco amniótico un tumor de bordes regulares de 8.5 x 6.4 x 6.5 cms y volumen de 187 cc, y en su centro calcificaciones centrales. No se observa vascularidad. La masa está rodeada por líquido amniótico y probablemente depende de la placenta más distal o membrana amniótica. La paciente desconocía del hallazgo ecográfico.

Se ingresa a sala de labor con diagnóstico de embarazo 40.5 SDG por FUM, gesta 2 para 1 con trabajo de parto fase latente y tumoración placentaria vs teratoma.

Se conduce el trabajo de parto con oxitocina. Se toma biometría hemática, tiempos de coagulación y VDRL resultando normales. Se atiende parto eutócico previa episiotomía medio-lateral derecha. Se obtiene producto femenino, de 2840 grs, 52 cms, Apgar 8/9, Capurro 39. Además se expulsa tumoración ovoide de 7 x 8 cm, cubierta por piel y vello fino, con estructura gelatinosa central semejante a cordón umbilical. Se extrae placenta sin complicaciones. Se revisa cavidad vaginal y uterina, se deja libre de restos, y se procede a realizar episiorrafia. La paciente cursa puerperio inmediato normoevolutivo, permanece 1 día más en internamiento y se decide su egreso hospitalario.

El reporte de patología fue el siguiente:

Se recibe pieza que mide 8 x 7 x 7 cm. Pesa 203 grs. Ovoide, regular, cubierta por piel y

vello fino, se observa estructura gelatinosa con vaso central semejante a cordón umbilical de 6 x 1 c. Al corte blando con área central firme, superficie de corte deja ver composición de aspecto mixoide de color grisáceo, con estructuras óseas al centro. Diagnóstico anatomopatológico: Gemelo acárdico

Resultados: Un gemelo “acardius” se define como un feto resultante de la ausencia total o parcial de un corazón funcional durante un determinado periodo de la embriogenia en un embarazo múltiple. La incidencia del gemelo “acardius” es de 1 caso por cada 35.600 partos y de 1 por cada 100 gemelos monocigotos. Se pueden distinguir dos tipos de modalidades del trastorno:

- el holoacardius, caracterizado por la ausencia absoluta de corazón
- el hemiacardius con carencia parcial del corazón.

En ambos casos la viscera cardíaca sería funcionalmente ineficaz.

Según las alteraciones acompañantes, se distinguen varios subtipos:

- Anceps (o paracephalus o aceps). Es el más diferenciado. Se caracteriza de poseer una cabeza generalmente pequeña y malformada con remanentes de huesos craneales y cerebro, facies inmadura, órganos torácicos rudimentarios, frecuentes atresias intestinales, hígado y bazo hipoplásicos, riñones displásicos y extremidades más o menos desarrolladas

- Acephalus. Carece de porción cefálica. Tronco y órganos internos con diferente grado de desarrollo. Las extremidades inferiores están presentes, las superiores pueden faltar

- Amorphus. Es el que se presenta en este caso. Es el que tiene menor grado de diferenciación. Semeja un quiste epidérmico con cordón umbilical (contienen hueso, cartilago, grasa y tejidos muscular y fibroso)

- Acormus. Muy raro. El polo cefálico puede estar fijado a la placenta de forma directa o a través de un cordón umbilical

- Mielacephalus. Masa amorfa que recuerda el aspecto de una o varias extremidades La patogenia más aceptada es por la existencia de anastomosis arterioarteriales y venovenosas que producen una permite una

circulación reversa de la sangre del gemelo “acardius” por la dominancia hemodinámica del gemelo sano. Esto produce trastornos hemodinámicos y un riego con sangre desaturada de O₂ y pobre en nutrientes en el feto afectado. La alteración hemodinámica podría explicar tanto la atrofia del corazón o su persistencia en estado embrionario como el resto de las malformaciones observadas en el síndrome.

El diagnóstico prenatal de un feto “acardius” puede ser difícil. Los criterios diagnósticos por ultrasonido incluyen: ausencia de la frecuencia cardíaca, pobre diferenciación de la cabeza o del tronco, aumento del tejido suave y la existencia de flujo reverso por el cordón umbilical. En algunos casos, el diagnóstico se establece solo por autopsia.

En cuanto al pronóstico, el feto “acardius” es un producto no viable, y la mortalidad del gemelo “sano” oscila entre el 50 y el 70% de los casos. Los principales problemas perinatales asociados a las gestaciones con un gemelo “acardius” son falla cardíaca congestiva del gemelo sano, polihidramnios y el parto prematuro. Estos episodios pueden prevenirse o tratarse, de modo que el diagnóstico precoz permite establecer medidas terapéuticas que reducen la morbilidad del gemelo normal. Existen diversos tratamientos encaminados a evitar la mortalidad o reducir la morbilidad del gemelo normal. El manejo terapéutico abarca un abanico de posibilidades que van desde la actitud expectante, con controles obstétricos seriados, a la más intervencionista; entre las que se incluyen las amniocentesis evacuadoras para aliviar el polihidramnios y disminuir las posibilidades de parto prematuro, la embolización endoscópica de las anastomosis, con guía ecográfica, mediante la infusión de sustancias metálicas o alcohol, la coagulación por láser o la ligadura percutánea del cordón umbilical del feto malformado para interrumpir su aporte de flujo.

Conclusiones: El gemelo “acardius” se trata de una entidad poco frecuente que complica las gestaciones múltiples. El presente caso muestra un caso de gemelo “acardius” que llegó a término sin tener conocimiento del mismo y que afortunadamente no tuvo ninguna complicación.

Sin embargo, es importante recordar que el diagnóstico temprano de esta entidad, así como el seguimiento estricto es vital para disminuir la morbilidad del feto sano.

37

CARTEL 53

BLOQUEO PERIDURAL TEMPRANO: IMPACTO EN LA RESOLUCION DEL TRABAJO DE PARTO

COLIN VALENZUELA ALINNE
RIVERO CELORIO MARIA DEL MAR
MURILLO LLANES JOEL
BARROSO VILLA GERARDOOSUNA
ZAZUETA MARCELA

Centro de Reproduccion Arcos
Hospital General de Culiacán, Gineco-Obstetricia

Objetivo del estudio: En este estudio se comparó la administración de analgesia obstétrica, bloqueo peridural, antes o después de los 4 cm de dilatación cervical, con el tiempo en el que las pacientes permanecieron en trabajo de parto así como la vía de resolución del nacimiento.

Materiales y métodos: Estudio prospectivo, comparativo y analítico; en el cual se incluyeron pacientes primigestas sanas en trabajo de parto en el Hospital General de Culiacán. Las pacientes incluidas se dividieron en dos grupos de acuerdo al tiempo de aplicación del Bloqueo Peridural y los resultados a compararse fueron el tiempo de duración del trabajo de parto y la vía de resolución del embarazo.

Resultados: Se incluyeron 117 pacientes en trabajo de parto, 52 [44.4% (grupo A)] presentaron dilatación menor a 4 cm y 65 [55.6% (grupo B)] mayor a 4cm. Las pacientes del grupo A, tuvieron una duración de trabajo de parto promedio de 153 minutos y únicamente el 7% requirieron cesarea, lo cual fue significativamente menor a la duración promedio del grupo B cuyo trabajo promedio de parto fue de 251 minutos y el 12% se resolvió por cesarea.

Conclusiones: Ambos grupos contaban con las mismas características obstétricas. El parto espontaneo ocurrió en un 78% y la incidencia de cesárea fue tan

solo del 12% demostrando que la analgesia obstétrica administrada en pacientes con menos de 4 cm de dilatación cervical, no tiene relación con la frecuencia de cesárea.

52

CARTEL 54

ESTUDIO PILOTO. ASOCIACIÓN DE LOS POLIMORFISMOS rs7903146/TCF7L2 Y rs7756992/CDKAL1 EN PACIENTES MEXICANAS CON DIABETES GESTACIONAL DEL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO

GRANILLO ALVAREZ MARIELLA
CORONEL CRUZ FAUSTO MOISÉS
ZENTENO RUIZ JUAN CARLOS
CHACON CAMACHO OSCAR FRANCISCO
GUERRERO BUSTOS ROCÍO

Secretaría de Salud
Hospital General de México, Departamento Embarazo de alto riesgo

Objetivo del estudio: Identificar las frecuencias alélicas de los SNPs rs7903146 y rs7756992 de los genes TCF7L2 y CDKAL1 respectivamente, en pacientes embarazadas con diabetes gestacional y pacientes embarazadas sin diabetes gestacional del Servicio de Embarazo de Alto Riesgo del Hospital General de México.

Determinar los SNPs rs7903146/rs7756992 de los genes TCF7L2 y CDKAL1 como factores de riesgo asociados a diabetes gestacional en el Servicio de Embarazo de Alto Riesgo del Hospital General de México.

Materiales y métodos: Tipo y diseño de estudio

- Se va a llevar a cabo un estudio piloto para determinar la presencia de los polimorfismos así como su posible asociación con la diabetes gestacional

Selección de la muestra

- Muestreo

Se realizará un muestreo aleatorio simple sobre los registros de la libreta de un año calendario a la fecha de inicio, éstas serán numeradas de acuerdo a su apellido y

posteriormente sorteadas con un programa estadístico para la obtención aleatoria de 30 casos y 30 no casos.

- Tamaño de muestra

Con la finalidad de obtener representatividad se utilizará un muestreo aleatorio simple con 30 seleccionadas enfermas y 30 que no presentaron diabetes gestacional. Al ser un muestreo aleatorio esperamos que represente al universo de donde provienen, basándonos en el teorema de límite central.

Criterios inclusión

- Pacientes con diabetes gestacional

- Mujeres embarazadas con diagnóstico de diabetes gestacional, utilizando para el diagnóstico una prueba tamiz positiva (>180 mg/dl) o una CTOG utilizando los criterios de O'Sullivan (2 o + valores alterados).
- Mujeres embarazadas de 20 a 35 años de edad.

- Mujeres embarazadas que no hayan presentado diabetes gestacional en algún embarazo previo que hayan tenido un producto macrosómico (> 4000 g).
- Mujeres embarazadas que tengan un índice de masa corporal entre 20 y 30 previo al embarazo

- Mujeres embarazadas controles
- Mujeres embarazadas con prueba de Tamiz negativa y/o CTOG normal
- Mujeres embarazadas de 20 a 35 años de edad.

- Mujeres embarazadas que no hayan presentado diabetes gestacional en algún embarazo previo que hayan tenido un producto macrosómico (> 4000 g).
- Mujeres embarazadas que tengan un índice de masa corporal entre 20 y 30 previo al embarazo

Criterios de exclusión

- Toda mujer embarazada que tenga alguna enfermedad crónica degenerativa previa al embarazo o que la haya desarrollado durante el mismo.
- Antecedente de preeclampsia
- Obesas (IMC >30)
- Padres o hermanos con Diabetes Mellitus tipo 1 o 2
- Presentar datos clínicos de resistencia a la insulina (acantosis nigricans)

Resultados: Polimorfismo rs 7756992/CDKAL

Frecuencias alélicas

- Alelo A: Pacientes 39/58 (67.24%), controles 40/58 (68.96%), OR de 0.92 (IC 0.42-2.02) y p 0.84.

- Alelo G: Pacientes 19/58 (33.76%), controles 18/58 (31.04%), OR de 1.08 (IC 0.50-2.36) y p 0.84.

Genotipos

- Homocigoto AA: Pacientes 12/29 (41.38%), controles 13/29 (44.83%), OR de 0.79 (IC 0.31-2.46) y p 0.84.

- Heterocigoto AG: Pacientes 15/29 (51.72%), controles 14/29 (48.28%), OR de 1.15 (IC 0.41-3.22) y p 0.84.

- Homocigoto GG: Pacientes 2/29 (6.9%), controles 2/29 (6.9%), OR 1 (IC 0.13-7.62) y p 0.99.

Polimorfismo rs 7903146/TCF7L2

Frecuencias alélicas

- Alelo C: Pacientes 53/64 (82.81%), controles 51/58 (87.93%), OR de 0.72 (IC 0.25-2) y p 0.52.

- Alelo T: Pacientes 11/64 (17.18%), controles 7/58 (12.06%), OR de 1.39 (IC 0.50-3.89) y p 0.52.

Genotipos

- Homocigoto CC: Pacientes 23/32 (71.87%), controles 22/29 (75.86%), OR de 0.89 (IC 0.28-2.84) y p 0.89.

- Heterocigoto CT: Pacientes 7/32 (21.87%), controles 7/29 (24.13%), OR de 0.8 (IC 0.24-2.66) y p 0.72.

- Homocigoto TT: Pacientes 2/32 (6.25%), controles 0/29 (0%), OR 3.53 (IC 0.15-81.84) y p 0.19.

Conclusiones:

DISCUSION. Este es el primer estudio de asociación (estudio preliminar) de los SNPs rs7756992/CDKAL1 y rs7903146/TCF7L2 en Latinoamérica. No hubo diferencias significativas entre pacientes embarazadas con DG y controles; sin embargo, no descartamos un mayor riesgo conferido por el alelo T del polimorfismo rs7903146/TCF7L2 en su variante homocigota cuyo OR fue 3.53 (0.15-81.84). En conclusión, el estudio piloto nos orienta a la continuación del análisis del SNP rs7903146/TCF7L2 en una mayor muestra poblacional, con el fin de aumentar la significancia estadística de los resultados para esta variante como marcador de factor de riesgo para DG en población mexicana.

53

CARTEL 55

72

CARTEL 56

FACTORES ASOCIADOS A COMPLICACIONES DE LA PREECLAMPSIA SEVERA EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

OLVERA VIDAL ALEJANDRA
VEGA MALAGÓN GENARO
MARTÍNEZ MARTÍNEZ LETICIA
BECERRIL SANTOS ALMA
CAMACHO CALDERÓN NICOLÁS
ZALDIVAR LELO DE LARREA GUALUPE

Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Querétaro
Hospital Regional del IMSS Querétaro

Objetivo del estudio: Determinar los factores asociados a las complicaciones de la preeclampsia severa.

Materiales y métodos: Estudio de casos y controles en pacientes con preeclampsia severa que ingresaron al HGR No. 1 del IMSS Querétaro en el periodo de diciembre del 2009 a agosto 2010. Los casos fueron las pacientes que presentaron alguna complicación propia de la enfermedad, los casos, mujeres con preeclampsia egresadas sin presentar complicaciones, el análisis fué con estadística descriptiva en inferencial con la T de student, Chi cuadrada y Razón de Momios, con nivel de confianza del 95%.

Resultados: Se estudiaron 69 mujeres por grupo, el promedio de edad fue de 30.30 (DE 7.39) de los casos y de 28.96 (DE 6.93) para controles, con una $P > 0.05$ los factores con significancia estadística $P \leq 0.05$ fueron: Antecedente de preeclampsia en el embarazo anterior con RM de 5.6 (IC de 95% 1.196-26-966), antecedente de ocupación empleada RM 3.11 (IC de 95% 1.367-7.241), no hubo diferencia estadística en los factores sociodemográficos, nutricionales no obstétricos.

Conclusiones: Es importante detectar oportunamente a este grupo de alto riesgo de pacientes con preeclampsia para prevenir oportunamente que presenten alguna complicación.

ENCEFALOPATIA POSTERIOR REVERSIBLE EN PACIENTE CON VIH EN EL PUERPERIO MEDIATO

IBARGUENGOITIA OCHOA FRANCISCO
GONZÁLEZ LÓPEZ LAURA ESMERALDA
TLAPANCO VARGAS RUBEN
FIGUEROA ALCALÁ ADRIANA

Secretaría de Salud
Instituto Nacional de Perinatología

Objetivo del estudio:
REPORTE DE CASO

Materiales y métodos: Paciente Femenino de 31 años Gesta 3 Cesáreas 3 O+ en su 3er día post cesárea + oclusión tubárica bilateral por placenta previa total + Iterativa + VIH positivo + choque hipovolémico clase II secundario a hemorragia obstétrica corregida + encefalopatía posterior reversible.

Resultados: Paciente que en su tercer día post cesárea presenta déficit neurológico a descartar neuroinfección, iniciando con alteraciones sobre las funciones cerebrales superiores, valorada en instituto nacional de neurología quienes mediante imágenes por resonancia magnética diagnostican encefalopatía posterior reversible.

Conclusiones: El síndrome de encefalopatía posterior reversible (PRES) es una entidad clínicoradiológica caracterizada por alteración del estado mental asociado predominantemente con edema vasogénico de la sustancia blanca afectando los lobulillos occipital y parietales cerebrales.

La mayor característica es el patrón de imagen de PRES es la presencia de edema involucrando la sustancia blanca de las porciones posteriores de los hemisferios cerebrales, especialmente las regiones parietooccipitales con un relativo patrón simétrico que respeta la cisura calcarina y la parte paramedia del lóbulo occipital. Este síndrome se presenta como una complicación neurológica de muchas enfermedades médicas. Se asocia principalmente con HTA severa de rápido

desarrollo y/o inmunosupresión como es el caso de nuestra paciente. La fisiopatología de PRES aun no es totalmente clara. En particular, la cuestión controversial entre el edema citotóxico o vasogénico es el involucrado, es frecuentemente discutido. En condiciones en donde se acompaña de hipertensión, como ejemplo encefalopatía hipertensiva, el incremento en la presión sistémica excede los mecanismos autorreguladores de la vasculatura cerebral, resultando un rompimiento en la barrera hematoencefálica, conllevando a una extravasación de los vasos cerebrales con un consecuente edema hidrostático. Lo que concierne a los mecanismos por los cuales la inmunosupresión o los medicamentos inmunosupresivos pueden causar encefalopatía posterior, por una primaria o secundaria caída de la barrera hematoencefálica como una hipótesis. Sin embargo se necesita mayor investigación para la mejor comprensión de la fisiopatología de esta compleja condición y un abordaje terapéutico adecuado.

78

CARTEL 57

SERIE DE CASOS: INFLUENZA A H1N1 EN EMBARAZADAS DEL HOSPITAL GENERAL REGIONAL DE LEON

BLANCO ESQUIVEL LOURDES
GUTIERREZ FLORES JUAN CARLOS

Secretaría de Salud. Hospital General Regional de Leon

Objetivo del estudio: Reportar los hallazgos que se obtuvieron en una serie de casos, tras la pandemia por influenza A H1N1 en el Hospital General Regional de León, Guanajuato Durante la primavera del 2009, se presentaron casos de un nuevo virus de la influenza A (H1N1), que ocasionó la primer pandemia de influenza en décadas. Las medidas tomadas por la OMS fueron principalmente hacia la prevención de la enfermedad, ya que ésta afectaba principalmente a jóvenes, entre los cuales las mujeres embarazadas fueron blanco fácil. Se inició quimioprofilaxis con

inhibidores de neuraminidasa, pero aún así se presentaron casos graves en todo el país. Aquí se presenta el reporte de 5 casos del estado de Guanajuato admitidas en la unidad de cuidados intensivos.

Materiales y métodos: El estudio se realizó en el Hospital General Regional de León; que es un centro hospitalario de segundo nivel, centro de referencia estatal perteneciente al Instituto de Salud Pública del estado de Guanajuato. Durante el período de selección de pacientes se incluyeron a aquellas embarazadas que requirieron apoyo en Unidad de Cuidados Intensivos por diagnóstico de Neumonía Atípica, en el período de Abril a Octubre de 2009, con prueba de RT-PCR (reacción de cadena polimerasa, transcriptasa reversa) positiva, con cuadro clínico compatible. Se describen 5 casos que se presentaron en ese período.

Resultados: Durante el brote ocurrido en 2009, se encontró que a las pacientes embarazadas la enfermedad por Influenza AH1N1 podía causar enfermedad severa requiriendo apoyo ventilatorio asistido mecánicamente, debido a los cambios que ocurren durante el embarazo sobre el sistema inmune y respiratorio. Siendo estas de mayor susceptibilidad entre el segundo y tercer trimestre. Durante el principio de la pandemia se presentó una muerte materna teniendo que resolver ese embarazo a las 26 semanas, el resto de las pacientes quedó con secuelas broncopulmonares, no afectando de esa manera al neonato. Los síntomas y signos asociados a esta enfermedad fueron tos, disnea, fiebre mayor de 38 grados y dolor torácico. El alto riesgo de infección llevó a todos a llevar medidas preventivas con lo que se pudo limitar la transmisión. Durante la reciente pandemia, las mujeres de bajo riesgo no embarazadas con enfermedad leve no necesitaron de la prueba o tratamiento. Sin embargo, todas las mujeres embarazadas debieron ser tomadas como de alto riesgo y debieron ser tratadas debido al potencial beneficio que supera los riesgos teóricos del feto.

Conclusiones: 1. Las mujeres embarazadas tienen un riesgo incrementado para enfermedad severa y complicaciones por influenza estacional y pandemia. 2. Durante la epidemia declarada en 2009, 5 embarazadas fueron admitidas a la unidad

de cuidados intensivos con enfermedad severa por infección de influenza H1N1, una muerte materna y un mortinato como resultados, para algunas de estas pacientes, el diagnóstico y tratamiento para influenza puede verse retrasado por la rápida evolución clínica. 3. El Departamento de Salud Pública y el personal encargado de servicios de salud debe educar a las mujeres embarazadas para reconocer síntomas de influenza y buscar ayuda tempranamente, enfatizando la importancia de iniciar tratamiento antiviral empírico cuando la influenza circula en la comunidad; los obstetras deben proporcionar la vacunación a la población de embarazadas. 4. Se vio que conforme se conocían más casos de complicaciones respiratorias por H1N1, esto contribuyó al tratamiento de pacientes subsecuentes que presentaron padecimientos similares, lo cual puede entenderse que ayudó al aprendizaje del manejo de esta enfermedad. 5. Las medidas de prevención fue el tratamiento principal, lo que contribuyó a delimitar la enfermedad y a evitar que se propagará más fácilmente. Así como también la creación de vacunas y su aplicación a personal de riesgo.

107

CARTEL 58

SÍNDROME NEFRÓTICO Y EMBARAZO

RAMIREZ MATUS JORGE ALBERTO
VALDEZ GIL LILIANA
AQUINO HERNANDEZ JOSE LUIS
NAJERA RODAS MARCO ANTONIO
MUÑOZ MARTINEZ BAYARDO ABRAHAM
MONTOTOY MAZA SERGIO

Secretaría de Salud
Hospital General Regional "Dr. Rafael Pascacio Gamboa" Tuxtla Gutiérrez
Chiapas Departamento De Ginecología Y Obstetricia

Objetivo del estudio: Presentación de un caso.

Materiales y métodos: Paciente de 21 años de edad primigesta con embarazo de 42 semanas de gestación por fecha de última menstruación/trabajo de parto en fase activa/síndrome Nefrótico

Como antecedente de importancia desde la niñez con presencia de infección de vías urinarias y edema generalizado desde hace 1 año inicio con astenia, adinamia, pérdida de peso, hiporexia, edema generalizado por lo que a las 4 semanas de gestación se le realiza biopsia renal con reporte histopatológico de glomeruloesclerosis focal y segmentaria tratada durante el embarazo con prednisona. Laboratorio. Examen general de orina con presencia de cilindros granulados por sedimento, Hgb: 10.5g/dl, Plt. 701 mil leucos de 10mil. Creatinina de 1.06 albumina 0.08 colesterol de 758 triglicéridos 700 DHL 30 LDL 538 perfil lipídico negativo.

Resultados: Se realiza cesarea tipo Kerr con obturador por desproporción cefalo-pélvica con hallazgos PUVI masculino 2720 grs. 39 sdg apgar 8/9 con presencia de ascitis 500cc durante el puerperio la evolución fue satisfactoria quedó a cargo de nefrología con tratamiento a base de Metilprednisolona 1 gr IV c/24 hrs.

Comentario: Es un trastorno renal se caracteriza por una proteinuria mayor de 3 gr/d, hipoalbuminemia, hiperlipidemia y edema. Puede ser idiopático o deberse a fármacos, infecciones, neoplasias y enfermedades multisistémicas o hereditarias.

Conclusiones: Conclusiones: Durante el embarazo la función renal presenta importantes cambios, tanto anatómicos como fisiológicos que en este padecimiento es más demandante (4) y considerando la baja reserva renal el control prenatal debe ser estricto y se deben detectar y tratar oportunamente las complicaciones que pudieran llevar a una lesión renal aguda o crónica en la madre y establecer un adecuado manejo del binomio materno-fetal.

111

CARTEL 59

EMBARAZO EN UNA PACIENTE CON SÍNDROME DE HERLYN-WERNER- WUNDERLINCH: REPORTE DE UN CASO

GUTIERREZ ALVAREZ REBECA
MORGAN ORTIZ FRED
QUEVEDO CASTRO EVERARDO
BAEZ CASTRO ROSALVA
GUERRERO VALDEZ MISAEL
CAMACHO RAMIREZ DIEGO ARMANDO

Universidad Autonoma de Sinaloa
Centro de Investigacion y Docencia en
Ciencias de la Salud, Hospital Civil Cu-
liacan

Objetivo del estudio: Describir el caso de una paciente con embarazo intrauterino y la presencia en un útero didelfo, agenesia renal y hemivagina obstruida por un tabique vaginal longitudinal.

Materiales y métodos: Femenina de 25 años de edad en su segundo embarazo con antecedente de muerte fetal preparto en el embarazo previo (2002). Acude por presentar embarazo de 12 semanas de semanas de gestación por fecha de su última menstruación y dolor abdominal intenso en hipogastrio de una semana de evolución. Entre sus antecedentes gineco-obstétricos de importancia presentaba dismenorrea desde los 12 años de edad manejada con AINES, laparoscopia diagnóstica en el 2006 donde se diagnosticó endometriosis y la presencia de un útero bicorne, ooforectomía izquierda sin especificar indicación. Se solicita ecografía transvaginal donde se reportan hallazgos compatibles con útero didelfo; en cavidad uterina derecha se encuentra embrión único con longitud craneocaudal de 55 mm compatible con 12.1 semanas de edad gestacional con adecuada actividad cardiaca y cavidad uterina izquierda distendida por la presencia de líquido en su interior que se extendía hacia vagina sin comunicación al exterior compatibles con hematometra y hematocolpos; usg renal con presencia de agenesia renal izquierda. Al no presentar mejoría del dolor, se decide realizar laparoscopia. **Resultados:** El hallazgo de la laparoscopia fue la presencia de un útero didelfo con tabique vaginal longitudinal unilateral que no permitía la comunicación la exterior con la formación de un hematometrocolpos. Este hallazgo de una malformación de los conductos de Müller en conjunto con la agenesia renal ipsilateral establece el diagnóstico de síndrome de Herlyn-Werner-Wunderlinch. La paciente continúa su control en embarazo del alto riesgo con seguimiento semanal. Durante su control desarrolla hipertensión gestacional que evoluciona a preeclampsia y a las 28 semanas de gestación restricción de crecimiento

intrauterino etapa II por usg doppler, una semana después pasa a RCIU etapa III. A las 33.6 semanas de gestación se realiza nuevo control USG con RCIU etapa V interrumpiéndose el embarazo por operación cesárea obteniéndose un producto femenino con peso 1692 gr.

Conclusiones: El útero didelfo es una malformación de los conductos de Muller tipo III que tiene una frecuencia del 5% de todas las malformaciones de los conductos de Muller y es secundario a una falta de fusión de ambos conductos de Muller y se asocia hasta en un 75% con tabique vaginal longitudinal. Estas malformaciones se asocian con gran frecuencia con defectos de desarrollo de los conductos de Wolff como en esta paciente con agenesia renal izquierda que en conjunto con el útero didelfo y el tabique vaginal longitudinal, son las alteraciones con conforman el síndrome de Herlyn-Werner-Wunderlinch. Ambos hemiúteros tienen un desarrollo anatómico normal por lo que responden adecuadamente al estímulo hormonal llevando a la colección de sangre menstrua en la vagina obstruida y el útero (hematometrocolpos). En este tipo de pacientes el embarazo generalmente culmina con parto pretérmino.

121

CARTEL 60

TÉCNICA DE B-LYNCH EN ATONIA UTERINA REFRACTARIA A TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

NOLASCO BLÉ ANNA KRISTELL
MELO DE LA GARZA SERGIO
MEDINA MERCADO JAVIER
CORTÉS FLORES RAÚL

Instituto Mexicano del Seguro Social
UMAE 23, Servicio de Tococirugía.

Objetivo del estudio: Conocer y analizar los resultados maternos, derivados del uso de la técnica de B. Lynch para el tratamiento de la atonía uterina refractaria a tratamiento farmacológico.

Materiales y métodos: Se recabó información de expedientes de pacientes a los que se realizó la técnica de B. Lynch en el

periodo de enero 2009 a diciembre 2010, analizando los datos mediante estadística descriptiva y medidas de tendencia central.

Resultados: A 22 pacientes entre 15-39 años, que fueron sometidas a operación cesárea y presentaron atonía uterina refractaria al masaje uterino, oxitocina, ergonovina, gluconato de calcio, misoprostol, se les practicó técnica de B. Lynch. Las histerotomías fueron Kerr en el 100% de las pacientes, todas las inserciones placentarias fueron anteriores, fúndicas y posteriores. De las 22 pacientes, ninguna presentó choque hipovolémico, el tipo de anestesia utilizado fue bloqueo peridural en 81%, 10 (45%) eran primigestas, 8 (36%) secundigestas, 4 (18%) con 3 o más gestas. 10 (45%) tenían trabajo de parto previo al procedimiento y 8 (36%) recibieron tratamiento de inducto-conducción sin tener éxito. No existieron muertes maternas, ningún caso requirió de histerectomía, ni se presentaron complicaciones por hemorragia posterior al procedimiento.

Conclusiones: La técnica de B. Lynch mostró ser una técnica alternativa, útil en el tratamiento de atonía uterina refractaria a tratamiento farmacológico. A las pacientes que se les aplicó esta técnica ninguna culminó en histerectomía obstétrica o muerte, mejorando su futuro reproductivo. Se requiere capacitar tanto al personal adscrito como al que se encuentra en formación en esta técnica quirúrgica.

127

CARTEL 61

SIRENOMELIA EN NEONATO GEMELO. REPORTE DE UN CASO. REVISION DE LA LITERATURA

CORTES GALDEAN LIZETH JAZMIN
LOPEZ ROMERO BELEN
SANTANA PEÑA RAMMY FERNANDO
MORA VILLA RICARDO

Hospital de la Mujer Cd Juarez Chihuahua

Objetivo del estudio: El objetivo de este trabajo es la de hacer un aporte al estudio de la Sirenomelia

Materiales y métodos: Se analizó el caso de una paciente de 19 años, la cual cursa un embarazo gemelar de 29.3 semanas por

ultrasonido con trabajo de parto en periodo expulsivo, G3 P1 A1 A0, con control prenatal, sangre O positivo, presenta 3 USG del segundo y tercer trimestre los cuales reportan productos únicos vivos, con uno de los productos con hidrocefalia y poli-quistosis renal, monocorial biamniótico.

Resultados: Se obtiene producto con sexo no distinguible por presencia de sirenome-lia con peso de 1420 gr de 38 cm de talla, APGAR 4-5 con hidrocefalia. Segundo producto con peso de 1550 gr de talla APGAR 6-8 con probable hidrocefalia. Monocorial biamniótico, útero y anexos normales

Conclusiones: Se puede presentar en forma aislada o asociada a otras malformaciones como alteraciones de las vértebras lumbares, agenesia del sacro, fusión de los ilíacos, agenesia renal, de uréter de vejiga y uretra. Las gónadas están presentes pero el resto de las estructuras genitales raramente se observan, cuando hay gónadas masculinas estas se encuentran generalmente asociadas aun patrón cromatinico sexual femenino.

Su etiología es desconocida y posiblemente heterogénea. Algunos artículos han descrito como causas la diabetes materna, predisposición genética con patrones de herencia autosómica recesiva y dominantes, consumo de cocaína en el primer trimestre del embarazo y dosis excesiva de vitamina A.

150

CARTEL 62

MANEJO CONSERVADOR DE ACRETISMO PLACENTARIO

BELTRÁN MONTOYA JORGE
RAMÍREZ NEGRIN ATZIRI
RUIZ HUERTA MARGARITA
ROSAS BALAN ALEJANDRO
CORIA GARCÍA CYNTHIA FLOR
BELMONT GÓMEZ AURORA

Instituto Nacional de Perinatología

Objetivo del estudio: Presentación de caso de manejo conservador de acretismo placentario con revisión de la bibliografía.

Materiales y métodos: Se presenta el caso de una paciente con antecedente de mio-

mectomía abierta la cual acude con aborto inevitable con embarazo de 19 semanas de gestación sin embargo al realizarse ultrasonido se observa acretismo placentario así mismo con dificultad para la extracción placentaria por lo que se procede al manejo conservador con metrotexate.

Resultados: Se aplican 2 esquemas de 3 dosis en días alternos con lo cual la paciente expulsa la placenta. Se realiza revisión de cavidad encontrándose moderados restos ovuloplacentarios con sangrado mínimo. Se realiza USG al día siguiente y a los 2 meses el cual reporta ausencia de restos ovulo placentarios y miomatosis.

Conclusiones: El manejo conservador con metrotexate puede ser una alternativa para acretismo placentario en casos donde la paciente se encuentra sin sangrado activo, bajo tratamiento antibiótico y vigilancia estrecha.

159

CARTEL 63

MIOMECTOMIA TRANS-CESAREA PREVIA A LA EXTRACCION FETAL

CHILCHOA LOZA CELIA
ARAGON HERNANDEZ JUAN PABLO
ROQUE GUTIERREZ PRISCILLA

Secretaría de Salud

Hospital General "Dr Manuel Gea González". Ginecología y Obstetricia

Objetivo del estudio: El objetivo de esta comunicación es presentar el caso clínico de una gestante con un gran mioma localizado en segmento inferior uterino que abarcaba cara anterior y que fue preciso realizar miomectomía, seguida de una cesárea corporal.

Materiales y métodos: Multigesta, de 39 años de edad, con antecedente de tía materna con diabetes mellitus. Sin antecedentes personales patológicos de importancia para el caso. Con los siguientes antecedentes ginecoobstétricos: menarca 14 años, telarca y pubarca 15 a, ciclos 20x3, dismenorrea severa, inicio de vida sexual activa 16 años, parejas sexuales 2, fecha de última menstruación 01/09/11, fecha probable de parto: 12/06/11, fecha del último parto: 28.11.02, método de planificación familiar: preser-

vativo, detección oportuna de cáncer de mama no realizada, detección oportuna de cáncer cervicouterino en agosto 2010 con resultado normal. Dispareunia ocasional, gesta 3 para 1 aborto 1. Se diagnosticó en su centro de salud miomatosis uterina mediante ultrasonido obstétrico realizado en medio particular el día 09.05.11 reportan útero ocupado por feto y útero vivo en presentación pélvica de 35.1 semanas de gestación placenta corporal posterior con grado II de maduración de granum líquido amniótico normal. Así como la presencia de dos imágenes nodulares, la mayor de 8.7 x 8.5cm, la menor de 7 x 4.5cm, compatibles con miomas que protruyen hacia orificio cervical interno.

Los estudios ecográficos seriados mostraron una adecuada evolución de la gestación, con un crecimiento moderado de los miomas, sin signos de degeneración. Acude a urgencias por cuadro clínico que inicio el día 14 de junio 2011 por la noche caracterizado por la presencia de contracciones uterinas irregulares acompañadas de dolor en región uterina y lumbar asociadas a la contracción sin pérdidas transvaginales, movimientos fetales reportados como normales. Se ingresa para interrupción del embarazo vía abdominal por miomas que protruyen hacia orificio cervical interno sin embargo inicia conducción de trabajo de parto con oxitocina ya que no se corrobora por palpación el mioma cervical descrito en nota de ingreso con cérvix central, blando, 5 cm de dilatación, 70% borramiento, membranas íntegras, abombadas, tórax y valsalva negativos, calota firme, cefálico, producto libre.

El trabajo de parto progresa hasta los 9cm de dilatación y 80% borramiento, sin que haya progresión de la dilatación y descenso fetal se diagnostica fracaso en la progresión del trabajo de parto secundario a detención de la dilatación de fase activa, probablemente secundaria a desproporción cefalopélvica del estrecho superior de la pelvis.

Resultados: Se realiza cesárea bajo anestesia regional, después de la abertura de la pared abdominal, se constató que el mioma ocupaba todo el segmento uterino inferior, y parte de la cara anterior, siendo técnicamente imposible la histerotomía

tipo segmentaria transversal (kerr) por lo que se decidió realizar una histerotomía corporal clásica. Encontrando que el mioma era extenso (20x16cm) y que era técnicamente imposible extraer primero el feto que el mioma, por lo que se decidió por la miomectomía (encontrando mioma intramural lobulado de 20x16cm, que abarcaba el segmento uterino y cara anterior uterina), y después la extracción fetal, incidiendo el miometrio restante del lecho del mioma. Se extrae neonato masculino de 2762grs, apgar 8/9, silverman 1, se entrega a pediatra se atiende alumbramiento se revisa cavidad, a continuación, se suturó el lecho del mioma, con cierre de técnica habitual y la propia histerotomía corporal, con duración de la cesárea de 110 minutos. El útero se contrajo adecuadamente, utilizándose perfusión de oxitocina y metilergometrina. Con un sangrado transquirúrgico de 1600cc. Se observó un descenso de hemoglobina prequirúrgica de 14.3g/dl a 8g/dl, se utilizó transfusión de 1 concentrado eritrocitario. La paciente evoluciona bien con 5 días de estancia intrahospitalaria. Su resultado de patología, leiomioma con degeneración hialina.

Conclusiones: Durante el embarazo se encuentran miomas uterinos en el 0.3 al 2.6 %. Tales miomas pueden complicar la gestación por la degeneración tumoral roja, torsión u obstrucción mecánica del parto. Los fenómenos degenerativos son más frecuentes en el embarazo, y pueden ocasionar intensos dolores. Esta complicación se relaciona con necrosis vascular aguda secundaria a la depravación estrogenica. Actualmente, tanto la realización de una cesárea corporal como la práctica de una miomectomía en el transcurso de una cesárea, suponen dos hechos muy infrecuentes. La realización de miomectomía en una cesarea es controversial por el riesgo de hemorragia incontrolable, prolongación del tiempo quirúrgico y estancia hospitalaria. En diferentes estudios se considera como un procedimiento seguro y cuidadoso en pacientes seleccionadas. Sin embargo en urgencias, o miomas mayores a 6 cm el riesgo de hemorragia es mayor, en un 12.5%.

En nuestra paciente el procedimiento fue necesario realizarlo, obtuvimos un sangra-

do mayor a lo habitual, prolongación del tiempo quirúrgico, sin requerirse la realización de histerectomía, sin considerarse otras complicaciones.

No obstante, en determinados casos, ambos procedimientos pueden ser necesarios.

162

CARTEL 64

EMBARAZO COMPLICADO CON HEMORRAGIA INTRAPARENQUIMATOSA POR MALFORMACIÓN ARTERIOVENOSA

HERRERA OSORIO OCTAVIO
IBARRA PUIG JORGE MIGUEL
BELTRAN MONTOYA JORGE

Instituto Nacional de Perinatología
Obstetricia

Objetivo del estudio: Presentar un caso clínico de hemorragia intraparenquimatosa a causa de ruptura de una malformación arteriovenosa en la semana 25 de gestación con manejo conservador y logro de término del embarazo a la semana 38 en el Instituto Nacional de Perinatología.

Materiales y métodos: Paciente de 35 años con embarazo de 25 semanas que presenta inicia con cefalea súbita y exploración neurológica anormal por lo que se inicia su estudio y mediante resonancia magnética se encuentra hemorragia intraparenquimatosa temporal izquierda secundaria a ruptura de malformación arteriovenosa tipo II con desviación de pedunculo cerebral izquierdo; se mantiene en tratamiento médico para posterior manejo ambulatorio llegando a término y con resolución vía cesárea sin complicaciones, no encontrando patologías agregadas ni morbilidades secundarias para la madre o feto.

Resultados: Se anexaron imágenes

Conclusiones: Las malformaciones arteriovenosas son lesiones vasculares congénitas relativamente raras donde múltiples arterias y venas están conectadas como una fistula sin la parte capilar entre si. La presentación estimada en general de la población adulta es de 1.34 / 100,000, del cual son causa de infartos cerebrales 1 – 3% en adultos, dentro de la presentación

clínica la más común es hemorragia intracranial (41 – 79%). Los datos sugieren que no se incrementa este riesgo con el embarazo, durante el cual la lesión neurológica puede comprometer el estado de la paciente y el feto por lo que la exploración adecuada puede guiarnos al diagnóstico certero de una malformación arteriovenosa. Ya que la intervención quirúrgica conlleva un riesgo importante durante el embarazo se debe valorar adecuadamente y definir la necesidad del mismo o poder realizar manejo médico. La decisión de resolución vía cesárea es por el aumento en el riesgo de hemorragia durante el trabajo de parto. Se amerita un manejo con un equipo multidisciplinario con clasificación y selección adecuada para el tratamiento así como la decisión de continuar o interrumpir la gestación.

166

CARTEL 65

EMBARAZO GEMELAR CON PERFUSION ARTERIAL REVERSA (FETO ACARDIO) Y SINDROME DE HELLP

HERRERA PACHECO IVAN
LUMBRERAS MÁRQUEZ MARIO
ISAAC R2GO

Secretaría de Salud
Hospital General de Durango. Departamento de Ginecología y Obstetricia

Objetivo del estudio: Describir un caso clínico de perfusión arterial reversa, que además complica con un Síndrome de HELLP.

Materiales y métodos: Se trata de una paciente primigesta con embarazo gemelar monocorial biamniótico de 26.4 semanas de gestación, con diagnóstico de perfusión arterial reversa, bajo tratamiento conservador; el feto acardio se encuentra con Hydrops severo. La paciente acude a consulta médica por epigastralgia intensa, se detecta hipertensa y se diagnostica Síndrome de HELLP clase 3, se realiza cesárea y posterior a tratamiento específico la paciente egresa por mejoría. El feto normal fallece por complicaciones de prematuridad.

Resultados: El estudio anatomopatológico reporta Acardio acephalus, el feto no

tiene estructuras torácicas ni craneales; se evidencian las anastomosis vasculares en la placenta; el cordón umbilical del feto acardio tiene 2 vasos. Existe sistema gastrointestinal rudimentario.

Conclusiones: La perfusión arterial reversa representa un alto grado de complejidad desde la embriogénesis, diagnóstico, abordaje y tratamiento. Tiene una elevada morbi – mortalidad fetal como ocurrió en el caso presentado; y además involucra las complicaciones propias de un embarazo gemelar.

170

CARTEL 66

EFECTO DE LA N-BUTILBROMURO DE HIOSCINA SOBRE LA DILATACION CERVICAL

CASTILLO MARTIN DEL CAMPO GABRIEL ENRIQUE
GUZMAN LÓPEZ ABEL
IGLESIAS BENAVIDES JOSE LUIS
SORIA LOPEZ JUAN ANTONIO
TREVINO SALINAS EMILIO MODESTO
AMBRIZ LOPEZ ROBERTO

Universidad Autonoma de Nuevo Leon
Hospital Universitario. Departamento de Ginecología y Obstetricia.

Objetivo del estudio: El trabajo de parto es uno de los eventos más críticos durante un embarazo, por lo tanto siempre se ha buscado disminuir la duración para evitar complicaciones.

Demostrar que la administración de N-butilbromuro de Hioscina (NBBH) acorta la duración del primer periodo de trabajo de parto (TP) en cualquier paciente en la cual no se contraindique el nacimiento vía vaginal.

Materiales y métodos: Se trata de un estudio experimental, aleatorizado, doble ciego de 86 mujeres cursando embarazo de término en trabajo de parto fase activa, que se ingresaron y se dividieron en dos grupos de 43 pacientes para administrar a un grupo 20mg de NBBH en dos ocasiones y 10cc de solución salina al otro en mismo número de dosis. Se registró como principal variable la duración de cada periodo de TP.

Resultados: No se encontró diferencia estadísticamente significativa al comparar los grupos placebo versus NBBH; sin embargo al separar los grupos por número de gesta y compararlos con el tiempo estimado según la literatura, se demostró que la administración de NBBH en pacientes primigestas, disminuye la duración, de 262.5 a 159.1 (p 0.002).

Conclusiones: La administración de NBBH no disminuye la duración del TP en pacientes multigestas, pero si lo disminuye en pacientes Primigestas en comparación al tiempo esperado según lo descrito en la literatura.

176

CARTEL 67

TABIQUE VAGINAL TRANSVERSO SUPERIOR PARCIAL Y EMBARAZO. REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

PIZARRO OSORNO NOEL
BAUTISTA GÓMEZ ESPERANZA JOSEFINA
MORALES GARCÍA VICTOR EDILBERTO
FLORES ROMERO ANA LUISA
VELAZQUEZ VALDIVIA ABNER

Secretaria de Salud Oaxaca
Hospital General "Dr. Aurelio Valdivieso"
Oaxaca Servicio de Ginecología

Objetivo del estudio: Reportar el caso de un tabique transversal superior asociado a embarazo a término

Materiales y métodos: Reporte de un caso y revisión de la literatura

Resultados: El tabique vaginal transversal es una malformación mülleriana, que resulta de una falla en la fusión o canalización del seno urogenital y de los conductos müllerianos. Puede causar hematocolpos, dispareunia e infertilidad, en pacientes adultas. En algunos casos puede asociarse con otras malformaciones congénitas como coartación de la aorta o defectos de septo interauricular entre otras. A continuación presentamos el caso de una paciente con embarazo de 39 semanas de gestación y trabajo de parto, detectando a la exploración vaginal tabique vaginal transversal parcial,

con resolución del embarazo por vía cesárea sin complicaciones, se diagnostica comunicación interauricular por hallazgo de soplo cardíaco. Se decide tratamiento de tabique vaginal transversal al término del Puerperio, egresándose a la paciente por adecuada evolución.

Conclusiones: Es importante realizar un interrogatorio y exploración física minuciosa de cada paciente, que acuda por vez primera con un cuadro ginecológico y/o obstétrico, a fin de que podamos detectar alteraciones del tracto genitourinario, y de esta manera evitar complicaciones, tratar aquellas patologías que puedan ser corregidas, ya sea quirúrgicamente o conservadoramente.

180

CARTEL 68

COMPORTAMIENTO SEXUAL EN UN GRUPO DE MUJERES ADOLESCENTES MEXICANAS

SAM SOTO SELENE
LIRA PLASCENCIA JOSEFINA
SÁNCHEZ BAÑOS KARLA SELEGNA
PAREDES NOGUERÓN ISIDRA
BLANCAS GUZMÁN RAQUEL

Instituto Nacional de Perinatología
Clínica del Adolescente

Objetivo del estudio: Se aplicó una encuesta estructurada con el objetivo de identificar algunas características de la conducta sexual y explorar sobre los conocimientos que poseían acerca de temas de sexualidad.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo y de corte transversal en una población conformada por 208 mujeres jóvenes de entre 11 y 20 años de edad, que acudieron a un curso taller en salud reproductiva.

Resultados: Cerca de la mitad de las jóvenes tenían relaciones sexuales (47.5%), comenzando las mismas a edades tempranas con una edad promedio de 15.74, el 42.7% tuvo su primera relación sexual con su novio y la mayoría contestó que la experiencia fue buena. El 35.6% han tenido de una a 2 parejas sexuales. El 55.3% de las jóvenes conoce cuando menos algún

método de planificación familiar, sin embargo solo el 11% ha usado alguno, el más utilizado fue el condón. El 6.3% de las encuestadas (13) han estado embarazadas, el 5.3% han tenido un embarazo y en el 3.4% la resolución fue un aborto.

En relación a las adicciones, se encontró que un 34.5% de las pacientes ha fumado por lo menos alguna vez, el 32% ha ingerido bebidas alcohólicas y el 9% ha probado alguna droga; de estas la más utilizada fue la marihuana, seguida de la cocaína. Acerca del acceso a la pornografía, el 20.7% ha visto material gráfico, 9.6% ha tenido acceso a pornografía por Internet y las personas con las que lo han visto son los amigos en primer lugar, seguido por el novio o pareja sexual. El 8.7% de las encuestadas ha sido incitada a un acto sexual, la persona que en mayor número de veces lo propició fue un tío y la edad más frecuente fue entre los 14 y 15 años. Con respecto a la violencia en el noviazgo, lo más frecuentemente reportado fue el comportamiento violento de la pareja con otras personas y en segundo lugar el sentirse controladas por sus novios.

Conclusiones: Las características de la conducta sexual en nuestra población de mujeres adolescentes se ha visto realmente influenciada por el avance en los medios de la comunicación y el creciente acceso a la información.

199

CARTEL 69

EFICACIA DE LA NIFEDIPINA Vs ORCIPRENALINA EN TRATAMIENTO DE LA AMENAZA DE PARTO PRETERMINO

SERRANO GOMEZ SERVANDO GERMAN
ORTEGA RAMIREZ MANUEL

Instituto Mexicano del Seguro Social
HGZ No.71 Departamento de Obstetricia (UTQ) y Perinatología

Objetivo del estudio: Evaluar la eficacia de la nifedipina comparada con la orciprenalina en el tratamiento de la amenaza de parto pretérmino.

nalina en el tratamiento de la amenaza de parto pretérmino.

Materiales y métodos: Se trató de un ensayo clínico controlado en pacientes con diagnóstico de embarazo de 24 a 34 semanas de gestación (SDG) y amenaza de parto pretérmino con índice de Grouber <7 puntos, durante el periodo comprendido del 1º/12/2008 al 1º/09/2009. Las pacientes fueron asignadas aleatoriamente a recibir nifedipina vía oral u orciprenalina IV. El objetivo primario fue evaluar el éxito tocolítico definido como retraso el parto por al menos 48 hrs. El tratamiento estadístico fue mediante medidas de tendencia central y T de Student para muestras independientes y pareadas considerando $P < 0.05$ como significativa

Resultados: Un total de 68 pacientes fueron aleatoriamente asignadas en el grupo de nifedipina o en el de orciprenalina y 58 fueron analizadas. Diez pacientes fueron excluidas después de la asignación aleatoria y antes del análisis; en dos casos se confirmó ruptura prematura de membranas pretérmino, seis pacientes recibieron además de orciprenalina o nifedipina indometacina vía rectal y en dos casos se empleó nifedipina y orciprenalina al mismo tiempo. Veintiséis paciente recibieron orciprenalina y treinta y dos recibieron nifedipina. No hubo diferencias entre los dos grupos en cuanto a características demográficas y obstétricas

Existió diferencia estadísticamente significativa entre los dos grupos en el índice tocolítico al inicio del tratamiento. (52 vs 06) No hubo diferencia significativa en cuanto a efectos maternos adversos entre los dos grupos, .No hubo diferencia significativa entre los grupos en la proporción de pacientes que dieron nacimiento en las primeras 48 hrs de iniciado el tratamiento tocolítico .No hubo diferencia en la respuesta tocolítica de nifedipina Vs orciprenalina. (0.96 ± 0.19 vs 1.00 ± 0.00).

Conclusiones: La nifedipina vía oral es eficaz y puede ser empleada como tocolítico de primera línea a la par de la orciprenalina IV, con dosificación más sencilla y con la misma eficacia.

200

CARTEL 70

SINDROME DE GAUCHER Y EMBARAZO. REPORTE DE CASOS

GUDIÑO RUIZ ERIK NOE
CORTES FLORES RAUL
CEDILLO DE LA CERDA JOSE LUIS
ORTEGA FRANCO JOSE LUIS

IMSS

UMAE 23 Dr. Ignacio Morenos Prieto, Monterrey, Nuevo Leon

Objetivo del estudio: Describir el Síndrome de Gaucher durante el embarazo en tres pacientes de nuestro hospital.

Materiales y métodos: Caso 1: Femenina de 22 años. Antecedentes de importancia: hermana mayor de 29 años a la quien se le diagnostico Enfermedad de gaucher a los 18 años con necrosis cabeza de fémur, esplenomegalia y plaquetopenia actualmente con tratamiento, a la paciente se le Diagnostico la enfermedad a los 15 años por fractura de tibia y peroné y por el antecedente familiar,

Caso 2: Femenino de 25 años gesta 1 cesárea 1 en forma electiva,

Caso 3: Femenino 19 años gesta 1 parto 1

Resultados: Casi 1: actualmente con tratamiento enzimático (Cerezyme) asintomática, primigesta con embarazo de termino resuelto por Operación cesárea en forma electica sin complicaciones.

Caso 2: embarazo normoevolutivo y resuelto sin complicaciones, actualmente en tratamiento con Cerezyme. Caso 3: embarazo normoevolutivo y resuelto en forma espontanea sin complicaciones y actualmente en tratamiento con Cerezyme.

Conclusiones: En nuestro país existen 28 casos de ellos 7 radican en Nuevo León y estos 3 casos son los únicos reportes de embarazo en nuestro estado. Aunque se conoce que se puede exacerbar los síntomas en el embarazo, no parece ser un asunto trivial. La tendencia de aumento en el sangrado puede ser relacionados con los problemas que pueden coexistir en el grupo de judíos Ashkenazi étnicos, tales como deficiencias de factores de coagulación o alteraciones

en la función plaquetaria, por lo tanto el embarazo no esta contraindicado. No hay diferencia entre paciente en tratamiento enzimático y los que no lo reciben.

201

CARTEL 71

CIRROSIS BILIAR PRIMARIA E HIPERTENSION PORTALEN EMBARAZO

RAÑA POHLS ERIKA FERNANDA
OSVALDO MIRANDA ARAUJO
NORMA PAULINA PEREZ RAMIREZ
CARLOS FERNANDEZ MÉJÍA

Secretaria de Salud
Instituto Nacional de Perinatología

Objetivo del estudio: La Cirrosis Biliar primaria (CBP) es una enfermedad crónica del hígado caracterizado por destrucción progresiva de los conductos biliares intrahepáticos e inflamación portal. Su prevalencia es de 7.5% en 100.000 habitantes. 90% son mujeres entre los 35 y 60 años. La CBP suele tener efectos negativos en la fertilidad y es muy raro que se presente el embarazo. Solo existen 14 casos reportados de mujeres embarazadas con CBP en la literatura, de las cuales 6 tuvieron un deterioro rápido de la función hepática, 10 terminaron en embarazos normales y 4 resultaron en óbito y aborto. En el embarazo deben ser tratadas con Dexametasona, Acido Urodesoxicólico, suplementos vitamina A, D y K. A la resolución, el parto aumenta riesgo de ruptura de varices esofágicas, pero la función hepática anormal da deficiencia de los factores de coagulación aumentando riesgo de Hemorragia Obstétrica en Cesárea.

Materiales y métodos: Se trata de femenino de 33 años de edad a su ingreso con embarazo de 22.5 SDG y diagnósticos de CBP (CHILD A), Hipertensión portal, Síndrome de Sjogren, Hipotiroidismo, Trombocitopenia y Miomatosis uterina. Ingresó referida de IN-CMSZ donde es tratada por padecimiento de base, con pruebas de función hepática del 05.08.11 que reportan BT 3.5, TGP 144, TGO 154, FA 696, Albumina 3, Tiempos de coagulación TP 11.3, INR 1.28 y TTP 24.75. Se inició tratamiento con Colestiramina 4 mg PRN, Acido urodesoxicólico 500 mg

cada 12 hrs y propanolol 10 mg cada 8 hrs, se observó deterioro de las PFH durante control prenatal.

Resultados: Se decide resolución de embarazo a las 34.5 SDG por riesgo de pérdida de bienestar fetal con los siguientes hallazgos: RN masculino de 2350 grs, talla 45 cm, APGAR 8/9, Capurro 38.2, SA 2, Con sangrado de 800 ml y reportándose como complicaciones sangrado en capa que se controla con puntos hemostáticos. Reporte de patología de placenta P-216-11 placenta del tercer trimestre de 380 grs, con desprendimiento del 30% y signos crónicos de hipoxia.

Conclusiones: La CBP es un padecimiento hepático que se ve afectado por el embarazo, sin embargo, con un adecuado control prenatal, se puede llegar a un resultado perinatal favorable y no alterar el pronóstico materno por la enfermedad de base.

202

CARTEL 72

MÉTODO MISGAV LADACH MODIFICADO; UNA CESÁREA ARMÓNICA, RÁPIDA, BARATA Y CON BUENOS RESULTADOS

ORTEGA FRANCO JOSE LUIS
CORTES FLORES RAUL
CARDONA OSUNA MARIO ENRIQUE
PEREZ SEPULVEDA JL

IMSS UMAE 23 Dr. Ignacio Morones Prieto, Monterrey, Nuevo Leon

Objetivo del estudio: El método para cesárea Misgav Ladach, consiste en una incisión transversa superficial de la piel, arriba de la sínfisis del pubis; hasta aponeurosis, disección por avulsión del tejido celular y fascia; incisión segmentaria uterina con extensión bilateral digital. El cierre uterino es en un plano con sutura continua dejando ambos peritoneos sin suturar, suturando la fascia continuamente y piel con puntos separados. Por lo que se insita a analizar esta técnica.

Estudio con intervención cuasi experimental, longitudinal, prospectivo.

Materiales y métodos: Se incluyeron un total de 138 pacientes (69 por grupo) con indicación para operación cesárea en la

Unidad de Alta Especialidad no. 23 del IMSS, Monterrey Nuevo León.

Resultados: Tiempo de extracción fetal (Misgav Ladach Modificado 95 seg / 449 Técnicas Tradicionales), pérdida sanguínea (MLM 298ml / TT 355ml), tiempo quirúrgico (MLM 28 min / TT 50 min), dolor posoperatorio (1er día MLM 4 / TT 6, 2do día 2 / 3) según Escala Visual Análoga, cantidad de analgésicos (MLM 254 dosis / TT 473) , inicio de la vía oral (MLM 30% alas 8hr / TT 12%) & ambulancia (MLM 29% a las 8hr / TT 7%), presencia de fiebre (MLM 7% / TT 19%), horas de hospitalización (MLM 46hr / TT 54hr), morbilidad de herida (MLM ninguna / TT 10% infección y seromas).

Conclusiones: El análisis demuestra mejores resultados estadísticamente significativos con la técnica MLM en contraste con técnicas tradicionales, lo que implica mayores beneficios para la madre que pueden extrapolarse para el ahorro de los sistemas de salud.

209

CARTEL 73

LEUCEMIA MIELOCITICA CRONICA EN EL EMBARAZO. PRESENTACION ATIPICA DE UN CASO

RUVALCABA ORTEGA LORENA
GARCIA PADILLA FABIOLA
CORONA GUTIERREZ AIMÉ
BOBADILLA MORALES LUCINA
FAJARDO DUEÑAS SERGIO

Hospital Civil Nuevo "Dr Juan I. Menchaca"

Departamento de Ginecología y Obstetricia

Objetivo del estudio: Dar a conocer un caso clínico de leucemia mielocítica crónica en el embarazo con una presentación atípica.

Materiales y métodos: Paciente embarazada de nuestro servicio a la cual se le dio seguimiento clínico y laboratorio.

Resultados: Rápida evolución de la enfermedad y hallazgos citogenéticos atípicos

Conclusiones: Dar a conocer los hallazgos citogenéticos atípicos de la patología en el embarazo y tomar en cuenta su rápido deterioro clínico.

212

CARTEL 74

PRESENTACIONES ATÍPICAS DEL SÍNDROME DE GUILLAIN BARRE DURANTE EL EMBARAZO

GARCIA PADILLA FABIOLA
FAJARDO DUEÑAS SERGIO
CAMARENA PULIDO ELIZABETH
RUVALCABA ORTEGA LORENA

OPD Hospital Civil Nuevo Juan I. Menchaca
Departamento de Ginecoobstetricia

Objetivo del estudio: Analizar las diferentes presentaciones clínicas del síndrome de Guillain Barre (SGB) durante el embarazo, el tratamiento otorgado, la vía de resolución obstétrica, el resultado neonatal y su seguimiento durante el puerperio

Materiales y métodos: Se analizaron 2 casos clínicos de pacientes con SGB que debuto durante el embarazo.

Caso 1 : Femenino de 19 años de edad con un embarazo de 35 sdg que acude por debilidad progresiva de inicio en miembros inferiores que dificulta la deambulacion de 2 días de evolución de carácter ascendente. con dificultad en la marcha, sensibilidad respetada y reflejos osteotendinosos disminuidos. Electromiografía reporta: neuropatía axonal y desmielinizante motora (AMAN). , Ac.AntiCMV IgG e IgM positivo. Ingres a UTI iniciando manejo con inmunoglobulina, durante 5 días.. Seguimiento con PSS y USG doppler. A las 37 sdg se inicia inductoconducción, obteniendo RN masculino de 2740gr APGAR 9-9 SA 0-0. Durante el puerperio con una Escala funcional de Hughes 1. Caso 2: Femenino 24 años de edad con embarazo de 26 sdg con debilidad progresiva simétrica bilateral descendente de 2 meses de evolución. Con dificultad en la marcha, sensibilidad respetada y reflejos osteotendinosos abolidos. Electromiografía reporta Neuropatía axónica sensitivomotora aguda (AMSAN), Se inicia manejo con inmunoglobulina por 5 dias en UTI, es egresada por mejoría sin embargo reingresa a las 3 semanas sin mejoría, se administra segunda dosis de inmunoglobulina, Ac.AntiCMV IgG e IgM positivo. A las 37 sdg se realiza

cesarea obteniendo RN masculino 2500gr APGAR 8-9 . Durante el puerperio con una Escala funcional de Hughes 4

Resultados: El SGB durante el embarazo puede cursar un cuadro clínico inespecífico, por lo que es necesario descartar diagnosticos diferenciales a la brevedad ya que el diagnostico y tratamiento temprano reducen complicaciones y el uso de ventilación mecánica.

El uso de inmunoglobulina y plasmaferesis es seguro durante el embarazo, sin embargo estudios recientes refieren que su uso solo es efectivo si se utiliza durante las primeras 4 semanas de presentación y la Terapia con inmunoglobulina en las primeras 2 semanas. Un segundo curso con inmunoglobulina puede ser administrado si no presenta mejoría 2 semanas posteriores al primer tratamiento.

Conclusiones: La morbimortalidad del SGB está asociada a disfunciones autonómicas y a la falla respiratoria. El apoyo ventilatorio aumenta el riesgo de parto pretermino. La tromboprolifaxis está indicada dada la hipercoagulabilidad del embarazo y a inmovilización. El tratamiento de elección durante el embarazo es plasmaferesis o inmunoglobulina los cuales no causan daño al binomio. La decisión en la vía de interrupción del embarazo es meramente obstétrica.

226

CARTEL 75

EXPERIENCIA CON TOXOPLASMO-SIS EN UNA MUESTRA DE MUJERES EMBARAZADAS HABITANTES DE LA ZONA METROPOLITANA DEL VALLE DE MÉXICO

SERRANO CORONEL LUIS ALBERTO
NAVA OCAMPO MONICA
GONZALEZ DE JESUS LAURA PATRICIA
FIGUEROA DAMIAN RICARDO

Instituto Nacional de Perinatología

Objetivo del estudio: Establecer la incidencia de toxoplasmosis aguda en mujeres embarazadas habitantes de la zona metropolitana del Valle de México, atendidas en el INPER

Materiales y métodos: Se efectuó un estudio de escrutinio de anticuerpos séricos contra toxoplasmosis en mujeres embarazadas voluntarias que acudieron a atención prenatal en el INPer, Entre Marzo de 2007 Y Noviembre de 2008, mediante técnica de recolección de seis gotas de sangre periférica en papel filtro, que posteriormente fue analizada por la técnica de ELISA.

Resultados: Se tamizaron 974 embarazadas, estableciendo infección aguda mediante la determinación de anticuerpos IgG e IgM positivos contra Toxoplasma en 7 mujeres, se calculo incidencia de 0.72 casos por cada 100 mujeres tamizadas. La seroprevalencia de la infección fue de 2.5 por 100 tamizadas. El curso de la gestación fue satisfactorio en 6 pacientes, 1 presentó polihidramnios, se encontraron dos recién nacidos macrosómicos, de los cuales 1 desarrolló hipoglucemias y SAP y el otro sepsis neonatal, con hiperbilirrubinemia, SAP y respuesta inflamatoria sistémica.

Conclusiones: Se identifico una prevalencia baja de seropositividad al toxoplasma. Los casos de infección aguda tuvieron en un tercio de ellos una morbilidad significativa.

229

CARTEL 76

ESCLERODERMIA SISTEMICA DIFUSA Y EMBARAZO; REPORTE DE UN CASO

SEPULVEDA GARCIA CLAUDIA LIZETH
AMBRIZ LOPEZ ROBERTO
TREVINO MARTINEZ GREGORIO
VILLAGOMEZ MARTINEZ GABRIEL EDGAR
TAMEZ CRISTERNA EDGAR ALEJANDRO

Hospital Universitario Dr. Jose Eleuterio Gonzalez
Ginecología y Obstetricia

Objetivo del estudio: Reportar un caso de esclerodermia sistémica difusa y su repercusión durante el embarazo.

Materiales y métodos: Paciente femenino de 26 años gesta 4, para 3, con diagnóstico de esclerodermia sistémica difusa diagnos-

ticada durante su última gestación. Inició control prenatal a las 25 semanas, con seguimiento por reumatología con mal apego al tratamiento con prednisona y nifedipino. Inició con tos productiva, expectoración hialina y dolor torácico de una semana de evolución por lo que acudió a urgencias obstétricas cursando 33 semanas. A la exploración se encontró hipertensa, con disnea y deterioro rápidamente progresivo del cuadro respiratorio.

Resultados: La paciente progresó en un lapso de 2 horas hacia insuficiencia respiratoria aguda, con disminución en la saturación a pesar de medidas de sostén y posterior paro cardiorespiratorio; durante las maniobras de resucitación se decidió cesárea urgente. Se extrajo producto sin esfuerzo respiratorio, presentándose muerte materna durante el procedimiento obstétrico. La necropsia reportó un proceso granulomatoso pulmonar como el causal del deterioro respiratorio de la paciente, el cual le ocasiono la muerte.

Conclusiones: La esclerosis sistémica es un trastorno multisistémico caracterizado por alteraciones inflamatorias, vasculares y fibróticas de la piel y diversos sistemas. Su presentación durante el embarazo es rara y se debe considerar de alto riesgo por el índice de complicaciones que se pueden agregar al padecimiento de base, las cuales pueden culminar con la muerte materna y/o del producto. Es fundamental realizar un diagnóstico oportuno para una adecuada valoración preconcepcional y control prenatal con un equipo multidisciplinario encaminado hacia el bienestar materno-fetal.

232

CARTEL 77

LEIOMIOMA VULVAR DE RAPIDO CRECIMIENTO DURANTE EL EMBARAZO

SEPULVEDA GARCIA CLAUDIA LIZETH

VIDAL GUTIERREZ OSCAR

IBARRA PATIÑO RICARDO

FLORES ACOSTA CLARA DEL CARMEN

TAMEZ CRISTERNA EDGAR ALEJANDRO

ANTONIO MACEDO MAURO

Hospital Universitario Dr. Jose Eleuterio Gonzalez.

Ginecología y Obstetricia

Objetivo del estudio: Reporte de un caso de un leiomioma vulvar de rápido crecimiento durante el embarazo.

Materiales y métodos: Paciente de 42 años, gesta 3, para 1, cesárea 2, última cesárea julio 2011. Inició padecimiento en marzo del 2011 cursando 20 semanas de gestación, presentando aumento de volumen en región vulvar, en el área de la glándula de Bartholini derecha, con dolor leve; presentó incremento rápido en el tamaño de la tumoración en los siguientes 4 meses por lo que se realizó cesárea sin complicaciones. Posteriormente se tomó biopsia excisional reportando tumor fusocelular con características benignas y se realizó TAC abdominopélvica contrastada reportando tumoración primaria en labio mayor derecho, con extensión hacia hueso pélvico desplazando estructuras vecinas sin invasión ni presencia de adenopatías.

Resultados: Se realizó resección de tumoración realizando huso en piel y enucleación de la misma; con reporte histopatológico de leiomioma de 9.5cm.

Conclusiones: Los leiomiomas vulvares son excepcionales; es importante conocer su forma de presentación para poderlos considerar al momento del diagnóstico. Se han reportado casos de crecimiento acelerado durante el uso de terapias hormonales y durante el embarazo, por lo que se deberán de sospechar si se presentara una tumoración vulvar de rápido crecimiento en estas pacientes.

Los tumores vulvares se parecen entre sí, comparten características morfológicas y dificultan su diagnóstico clínico, por lo que es de suma importancia que ante una lesión vulvar se envíe a estudio patológico para su diagnóstico y tratamiento adecuado.

236

CARTEL 78

LISTERIOSIS Y EMBARAZO .REPORTE DE UN CASO

CHÁVEZ HERNÁNDEZ MARÍA LUCERO

VAZQUEZ MENDEZ JUANA
SORDIA HERNÁNDEZ LUIS HUMBERTO

GUZMAN LOPEZ ABEL

SALEH MATA GERARDO

MORALES MARTÍNEZ FELIPE ARTURO

Universidad Autónoma de Nuevo León
Hospital general Norberto Treviño Zapata.
Ginecología y obstetricia

Objetivo del estudio: Reportar caso de Listeriosis durante el embarazo.

Materiales y métodos: La listeriosis es una infección causada por *Listeria monocytogenes*, bacteria gram positiva, en el embarazo el riesgo es 20 veces mayor. La incidencia mundial es 12 x 100,000 habitantes, mortalidad maternal 30% y neonatal 50%.

Paciente de 37 años, embarazo de 33 semanas. Gesta 3, Aborto 1, Cesárea 1 por preeclampsia severa. Acude a urgencias por hipertermia, astenia, adinamia, cefalea, dolor articular de 5 días de evolución. Exploración física: tensión arterial 140/90 mmHg, temperatura de 38.5°C, producto unico vivo y edema de miembros inferiores. Biometría hemática: 20,000 leucocitos, plaquetas 80,400, urocultivo negativo, antiestreptolisinas, exudado faríngeo y reacciones febriles normales, hemocultivo, se manejó con cefalosporinas sin respuesta, tensión arterial 160/110 mmHg, proteinuria y elevación de enzimas hepáticas, se trató preeclampsia severa y síndrome de Hellp. Presenta desprendimiento de placenta normoinsera, se realiza cesárea obteniendo producto femenino, peso de 2200 gramos, apgar 7/8.

Resultados: Hemocultivo reportó *Listeria Monocytogenes*, Se inició ampicilina 3 gramos cada 6 horas vía intravenosa, con notable mejoría de la paciente

Conclusiones: La listeriosis es una enfermedad poco conocida, durante el embarazo tiene manifestaciones clínicas inespecíficas, lo cual implica un reto para su diagnóstico. El método definitivo de diagnóstico es el hemocultivo.

240

CARTEL 79

ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR Y EMBARAZOTERÁN BAHENA KARLA NAIVÍ
CÓRDOVA LOPEZ MARTÍN

Hospital de la Mujer Puebla

Objetivo del estudio: Caso reporte**Materiales y métodos:** Caso reporte**Resultados:** Caso reporte

Conclusiones: Las malformaciones arteriovenosas cerebrales son una patología rara (1:10,000), en la mujer embarazada, no se tiene una estadística establecida en la mujer embarazada, sin embargo, cuando se presenta las consecuencias pueden ser fatales para el binomio. El diagnóstico diferencial suele requerir estudios complementarios de laboratorio y gabinete que permitan establecerlo para así tomar acciones oportunas y disminuir la morbilidad y mortalidad. Presentamos un caso de Mujer de 21 años, primigesta, primípara, referida de segundo nivel a nuestra unidad, con diagnóstico de Puerperio inmediato mas Eclampsia, por lo que ingresa a la unidad de cuidados intensivos donde se realiza angiorresonancia concluyendo que se trata de una malformación arteriovenosa intraventricular grado 5 de Spetzler-Martin con hidrocefalia secundaria, inaccesible para abordaje quirúrgico, por lo que el tratamiento adecuado en este caso consiste en el empleo de terapia endovascular y derivación ventriculoperitoneal y se descarta estado hipertensivo asociado al embarazo. La paciente se encuentra actualmente viva y en tratamiento neurológico.

243

CARTEL 80

MIOMECTOMIA EN EL EMBARAZOSORIANO ORTEGA KARLA PATRICIA
ROSAS BALAN ALEJANDRO
BELTRAN MONTOYA JORGE

Instituto Nacional de Perinatología

Objetivo del estudio: La prevalencia de miomatosis durante el embarazo es menor al 2%(1). Aunque durante el embarazo

los miomas permanecen asintomáticos, se pueden complicar en el curso del mismo. Asociados en un incremento de la frecuencia de aborto espontaneo, parto pretermino, rotura prematura de membranas, sangrado anteparto, desprendimiento prematuro de placenta, presentación anómala y operación cesárea. (1,2)

La complicación más común es el síndrome de mioma doloroso, el cual es debido a la degeneración roja, la cual ocurre entre 5 – 8%. Las indicaciones de miomectomía durante el embarazo incluyen dolor abdominal severo debido a torsión de mioma subseroso pediculado o degeneración roja que no responde a tratamiento médico. Un incremento en el tamaño del mioma, generando dolor abdominal.

Materiales y métodos: Femenino 37 años Gesta 1 con embarazo de 13.4 semanas y miomatosis uterina. Reporte de Ultrasonido imágenes heterogéneas redondeadas predominantemente hipogénicas en relación a miomatosis, de localización intramural y subseroso, las mayores a nivel fundico de 8.07 x 5.74 cm y otro subseroso a nivel itsmico de 7.03 x 6.61 cm, útero de 13.5 x 14.2 x 7.8 cm. Saco gestacional implantación corporal. Embrión único FCF 122 lpm LCC 0.54 cm corresponde 6.3 semanas. Con sintomatología de restricción gástrica y dificultad respiratoria. Peso 64.9 kg, Fondo uterino 30 cm FCF 150 lpm. Se sugiere miomectomía abierta, explicando riesgos asociados a cirugía.

Resultados: Se realiza miomectomía abierta el día 13.07.11 a las 13.5 semanas de gestación; Fondo uterino 30 cm; al final de la cirugía 22cm. Técnica: Incisión media supra e infraumbilical, sin ingresa a cavidad abdominal; se extrae útero, con pérdida total de la anatomía, de aproximadamente 28 x 15 cm con presencia de múltiples miomas; previa disección de cada uno de los miomas, se infiltra con vasopresina en dilución 1/2 UI/mL de solución Fisiológica. Se disecan 13 miomas, el mayor de 10 x 6 cm, con un peso total de 1135 gr. Histerorrafia con puntos simples monocryl 1 y serosa súrgete invertido con monocryl 00; En recuperación impregnación con sulfato de Magnesio a 4 gr continuando con 2 gramos cada hora por 2 horas con dosis total de 8 gramos. Ultrasonido 15.07.11 Embarazo 14.4 sema-

nas Feto vivo, mioma submucoso de 4.53 x 3.92 cm en pared anterior Placenta corporal posterior lateral derecha, Grado 1 Liquido amniótico normal Egres a domicilio, 3 días posteriores a cirugía, con ketorolaco 10 mg VO cada 6 horas y progesterona 200mg intramuscular de aplicación semanal.

Conclusiones: La miomectomía durante el embarazo es un procedimiento poco habitual, debido al riesgo asociado a aborto y hemorragia; sin embargo se debe valorar la realización de la misma en ciertos casos en los que la presencia de miomas genera complicaciones mayores al riesgo de la cirugía, siendo el beneficio mayor, viéndose reflejado el resto de la gestación.

Una adecuada técnica quirúrgica y el seguimiento del embarazo, llevara un desenlace perinatal exitoso.

245

CARTEL 81

QUISTE DE OVARIO TORCIDO EN EL EMBARAZO, REPORTE DE DOS CASOSLÓPEZ DE LA ROSA CÉSAR YAIR
GARCÍA OLAC DELIA TERESA
VELASCO PEREZ LUIS
ITO ESPARZA MARIA JOSÉ
GÓMEZ REYES ILEANA
CASTAÑEDA GONZÁLEZ GERARDOHospital Angeles México
Departamento de Gineco-Obstetricia

Objetivo del estudio: Reporte de dos casos de quiste de ovario torcido durante la gestación, su diagnóstico y manejo.

Materiales y métodos: 2 pacientes del hospital angeles mexico con quiste torcido de ovario y embarazo tratadas con laparotomía exploradora con ooforectomía.

Resultados: CASO CLÍNICO 1: Tumor papilar seroso limitrofe con patrón micropapilar, sin invasión de la cápsula. Tamaño del tumor 13.2cm.

Evolución satisfactoria embarazo de término obteniendo el 6/09/10 producto masculino de 3025grs Apgar 9/9 talla 47cm CASO CLÍNICO 2: Cistoadenoma seroso de 9.8x7.2cm peso de 251grs

Evolución no satisfactoria el 26/04/11 ingresa con embarazo de 8.2sdg por FUM

y aborto en evolución, realizándose LUI sin complicaciones.

Conclusiones: El manejo de la torsión en el embarazo es similar a la de las mujeres no embarazadas, pero puede ser técnicamente más difícil, dado el tamaño del útero grávido. Una revisión analizó 47 pacientes (17 en el primer trimestre, 27 en el segundo trimestre, 4 en el tercer trimestre) que se sometieron a tratamiento laparoscópico por quistes de ovario (n = 36), torsión (n = 8), masa pélvica (n = 3 [9]). Una pérdida del embarazo tuvo lugar cuatro días después del procedimiento, lo que sugiere que el abordaje laparoscópico sigue siendo una opción segura, incluso en el embarazo. Otras revisiones han confirmado la seguridad y efectividad del manejo laparoscópico de la torsión en las mujeres embarazadas. Los dermoides son los tumores más frecuentes en una serie de mujeres con torsión de los anexos. Sin embargo, el riesgo relativo de torsión de los anexos es mayor con los quistes parovaricos, tumores sólidos benignos y quistes serosos de ovario. El ovario derecho tiene una mayor tendencia a la torsión (3 a 2) que el ovario izquierdo. La torsión de un tumor maligno de ovario es relativamente rara.

253

CARTEL 82

EL TRATAMIENTO DEL ABORTO ESPONTÁNEO CON ASPIRACIÓN MANUAL ENDOUTERINA (AMEU) REDUCE LA POSIBILIDAD DE DESARROLLAR ADENOMIOSIS

SORDIA HERNÁNDEZ LUIS HUMBERTO
SALAS CASTRO CELINA
MORALES MARTÍNEZ ARTURO
MERINO RUIZ MARTHA
SORDIA PIÑEYRO MARÍA OFELIA
GUERRERO GONZÁLEZ GERALDINA

Universidad Autónoma de Nuevo León en Monterrey N.L. México.
Centro Universitario de Medicina Reproductiva del Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González"

Objetivo del estudio: Determinar si existe una relación entre la realización de estos

procedimientos quirúrgicos y la incidencia de adenomiosis.

Materiales y métodos: Estudio retrospectivo, comparativo que incluyó a 242 pacientes histerectomizadas durante los años 2007 a 2009 en el Hospital Universitario de la Universidad Autónoma de Nuevo León en Monterrey Nuevo León México. Todas las pacientes contaban con antecedente de uno o más abortos tratados con AMEU o LUI. Posteriormente se revisaron los reportes de anatomía patológica para determinar la presencia o ausencia de adenomiosis. El análisis estadístico se realizó por medio de la chi cuadrada.

Resultados: 242 pacientes tenían antecedente de aborto. A 102 pacientes se les realizó legrado uterino instrumentado y de estas 16 (15.6%) presentaron adenomiosis. A 92 pacientes se les realizó AMEU y en estas se reportaron 4 casos con adenomiosis (4.3%). La diferencia entre la frecuencia de adenomiosis en pacientes sometidas a LUI o AMEU fue estadísticamente significativa ($P < 0.01$).

Conclusiones: El tratamiento del aborto incompleto realizado con aspiración manual endouterina se asocia con una menor frecuencia de adenomiosis al compararla con el tratamiento con legrado uterino instrumentado.

268

CARTEL 83

REPORTE DE UN CASO " NIÑO ARLEQUÍN"

PEÑA ARRIAGA MAGALY DENISE
CORTES FLORES RAUL

Instituto Mexicano del Seguro Social
Dr. Ignacio Morones Prieto. Umas 23,
Ginecología y Obstetricia

Objetivo del estudio: Presentación de un caso y revisión de literatura.

Materiales y métodos: Reporte de un caso. Paciente de 29 años, con embarazo de 29 semanas, ingresada por ruptura prematura de membranas. Sin antecedentes de importancia. G3P2.

Resultados: Se administró inductores de madurez pulmonar, doble esquema de antibiótico, ultrasonografía cada tercer día

que reportó polihidramnios y laboratorios diarios. Sin datos de corioamnionitis. El octavo día inicia con actividad uterina, se realiza cesárea, obteniendo producto femenino, peso 2000 gr talla 43 cm APGAR 8/9, con ICTOSIS CONGENITA. La paciente es egresada a las 48 horas. El producto falleció al octavo día de nacimiento por sepsis en la unidad de cuidados intensivos neonatales.

La ictiosis congénita o niño arlequín, de transmisión autosómica recesiva y de la cual no se tiene prevalencia en México. En Estados Unidos se ha reportado 1:200,000 o hasta 1:91,000 en lugares donde hay matrimonios entre consanguíneos. Hay distintos tipos de fenotipos, sin embargo, la mayoría se caracteriza por tener un parto prematuro, ectropión, alopecia y placas de piel cornea simulando una armadura. Tienen complicaciones perinatales como son disnea y sepsis. Generalmente el diagnóstico se realiza al nacimiento, por los hallazgos en piel, está relacionado seis tipos distintos de genes.

Conclusiones: A pesar de ser una enfermedad poco común, debemos tener sospecha de esta, en regiones donde existe endogamia.

269

CARTEL 84

EMBARAZO EN LA ADOLESCENTE TEMPRANA. ANÁLISIS DE MORBILIDAD

LIRA PLASCENCIA JOSEFINA
ROQUE SÁNCHEZ ARMANDO MIGUEL
SEQUEIRA ALVARADO KARINA ARLEN
SANCHEZ BAÑOS KARLA SELEGNA
SAM SOTO SELENE
PAREDES NOGUERÓN ISIDRA

Secretaría de Salud
Instituto Nacional de Perinatología

Objetivo del estudio: Evaluar la morbilidad de una cohorte de adolescentes embarazadas menores de 14 años

Materiales y métodos: Se incluyeron todas las adolescentes embarazadas < 14 años que acudieron a la Coordinación de

Medicina de la Adolescente entre junio de 1998 y diciembre de 2008. Criterios de inclusión: edad de 14 años o menos, con o sin control prenatal y que el nacimiento ocurriera dentro de la institución. El análisis estadístico se realizó con Microsoft Excel 2010® estableciendo medidas de tendencia central y frecuencias relativas. El gráfico I muestra las variables estudiadas. En total 985 casos

Resultados: La mayoría se situó entre 13 y 14 años, en secundaria, solteras y dedicadas al hogar. La edad de menarca fue de 11.2 ± 1.2 años. Iniciaron vida sexual en promedio a los 13.5 ± 0.7 años, todas con 1 pareja sexual. La mayoría acudió en el II trimestre y recibieron en promedio 8.6 ± 3.9 consultas. La morbilidad más frecuente fue la afección genitourinaria. Los gérmenes cultivados más frecuentes fueron: *Gardnerella vaginalis* (27.2%), *Candida albicans* (16.8%) y otros (*Chlamydia trachomatis*, *Ureaplasma urealyticum* y *Mycoplasma*) (5.6%). El promedio de semanas al nacimiento fue de 38.5 ± 1.7 semanas; 5.4 % pretérminos. La cesárea fue la más frecuente. El promedio del peso de los recién nacidos fue $2,927.2 \pm 355.9$ gramos y 13.6% con bajo peso al nacer. La indicación de cesárea más frecuente fue riesgo de pérdida del bienestar fetal. El dispositivo uterino se ubicó como primera opción anticonceptiva. No hubo muertes maternas.

Conclusiones: La adolescente embarazada de edad temprana debe ser considerada de alto riesgo dado que el 77.3% de ellas presentan morbilidad perinatal. Diversos estudios particularmente el de Fraser et al. también describen esta relación entre menor edad materna y peor pronóstico perinatal. Nuestra práctica clínica debe considerar estos resultados y tomar en cuenta que con un control prenatal temprano y sistematizado las complicaciones pueden ser controladas e incluso eliminadas. Las implicaciones sociales y económicas en estas pacientes juegan un rol determinante que no puede ser controlado por el equipo de salud.

276

CARTEL 85

FETO COMPRESO: COMPLICACION DE UN EMBARAZO GEMELAR

HERNANDEZ VEGA MINERVA BERENICE
ORTEGA DIAZ ARIADNA

Secretaría de Salud.
Hospital General "Dr. Manuel Gea González"

Objetivo del estudio: Caso clínico

Materiales y métodos: Caso clínico

Resultados: Caso clínico

Conclusiones: Caso clínico

286

CARTEL 86

CERCLAJE PROFILÁCTICO EN EMBARAZO GEMELAR EN PACIENTES CON REPRODUCCIÓN ASISTIDA (TRA): RESULTADOS OBSTÉTRICOS

GALINDO MARTÍNEZ EUGENIO ALFREDO
GALACHE VEGA PEDRO
DÍAZ SPÍNDOLA PEDRO
HERNÁNDEZ AYUP SAMUEL
OBESO MONTOYA IRAM
GUERRERO VARGAS LAURA ADRIANA

Centro de Fertilidad IECH
Hospital de Ginecología y Obstetricia de Monterrey

Objetivo del estudio: Comparar resultados obstétricos con cerclaje profiláctico (McDonald modificado) en pacientes con embarazo gemelar de reproducción asistida.

Materiales y métodos: Estudio prospectivo de cohortes, se incluyeron 129 pacientes de TRA con embarazo gemelar del 2007-2010. Se colocó cerclaje profiláctico a 46 pacientes y las 83 restantes sirvieron de controles. La decisión de colocar el cerclaje fue del médico tratante y se dio seguimiento hasta el nacimiento.

Resultados: Todas las características demográficas entre los grupos (no cerclaje vs cerclaje) fueron comparadas: la edad (33.1 ± 5.4 vs 33.8 ± 5.21), peso (68.1 ± 13.7 vs 67.5 ± 12.32 kg), talla (1.59 ± 0.066 vs 1.56 ± 0.077 mts), IMC (26.4 ± 5.00 vs 23.0 ± 1.94), FSH día 3 (7.6 ± 6.04 vs 10.49 ± 12.21 IU), LH día 3 (4.03 ± 2.94 vs 5.81 ± 5.23 IU), E2 día 3

(57.6 ± 47.9 vs 57.07 ± 60.6 pg/dL), PRL (17.46 ± 7.60 vs 16.96 ± 12.32 ng/ml), no se encontraron diferencias en días de recuperación (12.67 ± 9.3 vs 12.59 ± 6.11), ovocitos transferidos (12.83 ± 5.3 vs 11.70 ± 7.23), ovocitos MII (10.32 ± 5.30 vs 9.77 ± 6.73), Inyectados/inseminados (10.86 ± 5.43 vs 9.65 ± 5.79), fertilizados (7.15 ± 4.82 vs 7.00 ± 5.02), índice de fertilización (64% vs 74%), día de transferencia (2.96 ± 0.81 vs 2.95 ± 0.72), embriones transferidos (2.87 ± 0.65 vs 3.02 ± 0.62), en variables obstétricas se encontró una diferencia en edad gestacional (33.79 ± 5.28 vs 35.65 ± 1.96 P<0.05), promedio de pesos (2103.90 ± 711.78 vs 2358.8 ± 462.73 P<0.05).

Conclusiones: En las pacientes con cerclaje se logró una mayor edad gestacional y mejor peso comparado con el grupo que no se colocó, concluimos que el cerclaje cervical profiláctico debería ser considerado en el embarazo gemelar en reproducción asistida.

288

CARTEL 87

EXITO TERAPEUTICO EN LEUCEMIA PROMIELOCITICA EN EL EMBARAZO

FLORES CORTÉS MILDRED IBETH
GARCIA LEE MARIA TERESA
ESPINO Y SOSA SALVADOR
RUIZ SANCHEZ JOAQUIN

Instituto Nacional De Perinatología

Objetivo del estudio: El síndrome de diferenciación es una complicación en pacientes con leucemia promielocítica con tratamiento con ATRA, caracterizado por disnea (95%), infiltrados pulmonares (81%), fiebre inexplicable (74%), ganancia de peso (68%), derrame pleural (58%) y falla renal (46%). La incidencia es de 2 a 27 %. Ocurre en un promedio de 12 días después de empezar terapia, el tratamiento consta de dexametasona IV 10 mg c/12 horas.

Materiales y métodos: Presentación del caso: Femenino de 28 años con embarazo de 29.1 semanas de gestación y diagnóstico de leucemia promielocítica, inicia

tratamiento con ATRA 70 mg cada 24 horas via oral, 3 días después presenta datos de insuficiencia respiratoria se otorgo apoyo ventilatorio mecanico por 2 días, y terapia con dexametasona remitiendo cuadro respiratorio, continuo ATRA sin suspender, el día 27 de abril se realiza cesárea a las 32.5 semanas de gestación por retraso en el crecimiento intrauterino tipo V, obteniendo masculino nacido a las 12.02 hrs con peso de 1400 grs APGAR 8/9, SA 3, talla 40, CAP 34.2, sangrado 400, sangrado 400, se realizo OTB, se envió placenta a patología. Se egresa paciente el día 10 de mayo al 13° día de puerperio quirúrgico. Recién nacido presento tamiz neonatal alterado con hipotiroidismo congénito, se egresa el 28 de mayo con peso de 2310grs, talla 42. 7 cm.

Resultados: el ATRA es utilizado en el tratamiento de leucemia promielocítica, clasificado por la FDA como categoría X, sin embargo en el caso clínico que se presenta la paciente a su ingreso contaba con deterioro hematológico grave; a pesar de que se presento como complicación restricción en crecimiento intrauterino se obtuvo éxito perinatal.

Conclusiones: el ATRA en pacientes con leucemia promielocítica puede causar en un 30 % síndrome de diferenciación con una mortalidad de hasta 47 %, sin embargo los resultados como terapia de inducción a la remisión son satisfactorios como este caso.

290 CARTEL 88

TUMORACIONES PÉLVICAS DURANTE EL EMBARAZO: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

SANCHEZ RAMIREZ BRENDA
GARCÍA RODRÍGUEZ ALBA MIRIAM
ARTEAGA GÓMEZ ANA CRISTINA
MÁRQUEZ ACOSTA GÓNZALO
JIMÉNEZ LÓPEZ JOSEFINA
GÓMEZ PUE DANIELLA

Secretaría de Salud
Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes. Coordinación de Oncología.

Objetivo del estudio: Describir el abordaje de estudio y las posibilidades diagnósticas de la mujer embarazada con tumoración pélvica, más allá de las tumoraciones anexiales. Presentación de un caso.

Materiales y métodos: Investigación clínica básica. Estudio descriptivo retrospectivo. Descripción del caso con los aspectos relevantes del abordaje de estudio y hallazgos quirúrgicos e histopatológicos, y revisión de la literatura médica.

Resultados: Primigesta de 26 años con embarazo de 15 semanas y masa anexial derecha. Antecedente de apendicectomía complicada en 2010, tabaquismo y consumo ocasional de marihuana, dismenorrea leve, 6 parejas sexuales, resto sin relación con el padecimiento actual. Presenta dolor ocasional en fosa ilíaca derecha. A la exploración física sin adenopatías palpables, con útero de aproximadamente 15cm y tumoración anexial derecha de 20cm aproximadamente, fija que ocupa la totalidad de la cavidad abdominopélvica, no hay evidencia de ascitis. Ultrasonido que reporta embarazo de 16-17 semanas y masa dependiente de ovario derecho de 17.6x17.7x8.7cm quística, con septos y flujos limítrofes a la aplicación Doppler (probable cistoadenoma), resto normal; marcadores tumorales negativos (Ca 125 15.6U/mL, AFP 12.37 U/mL, ACE 0mg/mL, Ca 19-9 4.7U/mL). Se decide laparotomía explorada ora encontrando útero gravido, síndrome adherencial severo con pseudoquistes peritoneales multiples de hasta 15 cm de diametro con contenido citrino, que ocupan por completo la cavidad abdominopélvica. Se realiza adherenciólisis y drenaje de pseudoquistes peritoneales. Histopatológicamente corresponde a quiste de inclusión peritoneal multilocular.

Conclusiones: La incidencia de masas anexiales durante la gestación es mayor en el primer trimestre, encontrándose en 1 de cada 8000 embarazos. Igual que en la paciente no embarazada, el quiste funcional es la masa anexial más común. La incidencia de las diferentes patologías es variable, el cuerpo lúteo persistente en el segundo trimestre conforma el 17% de todas las masas anexiales quísticas, el

teratoma quístico benigno del 7 al 37%, el cistadenoma seroso de 14%, el cistadenoma mucinoso el 11%, endometrioma el 8%, quiste paraovárico menos del 5% y el leiomioma 2%. Las neoplasias ováricas incluyendo las de bajo potencial maligno comprenden del 1 al 8% de las masas anexiales durante el embarazo. El ultrasonido es el método radiológico de elección para la evaluación debido a su habilidad para diferenciar morfología, así como la presencia de ascitis. Los marcadores tumorales como CA-125, AFP, DHL y β -GCH, deben ser utilizados con precaución durante la evaluación debido a la amplia variación en los niveles e interpretación de los mismos durante el embarazo.

Hasta el 96% de las masas anexiales que se presentan en el embarazo remiten espontáneamente y no requieren un manejo quirúrgico agresivo, características favorables para la resolución incluyen a las masas simples menores de 5-6cm de diámetro con diagnóstico antes de las 16 semanas de gestación. Las masas anexiales persistentes presentan mayor probabilidad de complicación (7%), ruptura u obstrucción en el momento del trabajo de parto (hasta en el 17% de los casos). De acuerdo a las características de la masa anexial y al cuadro clínico de las pacientes deberá determinarse el manejo conservador o quirúrgico que se requiera. El manejo quirúrgico puede realizarse desde la semana 12 a la 27.

Aunque la resolución espontánea es el resultado más común, algunas masas persisten y pueden ser asociados con secuelas clínicas adversas. Por lo tanto, es importante estar familiarizado con los diagnósticos diferenciales de las masas anexiales que se pueden encontrar en el embarazo, considerando tumoraciones ováricas benignas, malignas o metastásicas, miomas pediculados, síndrome de hiperestimulación ovárica, hidrosalpinx, embarazo heterotópico, quistes paraováricos o paratubarios, quistes peritoneales, epiplóicos, enfermedades retroperitoneales e infecciosas como enfermedad pélvica inflamatoria, abscesos pélvicos, apendicitis o absceso diverticular.

296

CARTEL 89

MICROORGANISMOS PATOGENOS EN PACIENTES CON RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

SERRANO GOMEZ SERVANDO GERMAN
JOSE SIXTO AGUILAR GAMBOA

Instituto Mexicano del Seguro Social
Hgz no.71 Benito Coquet Lagunes.Vera-cruz Ver.Obstetricia

Objetivo del estudio: Conocer los microorganismos patógenos involucrados en las pacientes con RPM.

Materiales y métodos: Estudio descriptivo, prospectivo y longitudinal. En pacientes embarazadas con ruptura prematura de membranas menor de 37 semanas de gestación hospitalizadas en el servicio de obstetricia de enero a diciembre de 2010. Se tomaron muestras de líquido amniótico con hisopo estéril directo del canal endocervical con espejo vaginal estéril bajo maniobra de valsalva. Posteriormente siembra en medio de cultivo Stewart. Sin uso previo de antibióticos. Tratamiento estadístico mediante estadística descriptiva.

Resultados: Se obtuvieron un total de 60 muestras de líquido amniótico de pacientes con RPM de las cuales 50 (83.33%) Positivas y 10 (16.67%) Negativas. De muestras positivas encontramos los siguientes microorganismos: Klebsiella sp: 9 (18%), Estafilococo Coagulasa Negativo: 8 (16%), Escherichia Coli: 18 (36%), Proteus Vulgaris: 4 (8%), Estafilococo Hemolítico :2 (4%), Estafilococo Epidermidis: 2 (4%), Candida albicans:2 (4%), Enterococcus sp: 5 (10%).Factores asociados: 3 tuvieron tabaquismo positivo durante el embarazo (5%) y 57 negativo (95%) .La presencia de RPM por edad gestacional observando que fue mas elevada en las semanas 34 con 13 casos (21.6%), 35 semanas: 12 casos (20%), 36 semanas: 9 casos (15%), 36 semanas : 8 casos (13.3%), 31 semanas: 6 (10%), 30 semanas: 4 (6.6%), las semanas 17, 24 y 28: 2 casos respectivamente (3.3%) y las semanas 22 y 26 con un caso respectivamente (1.6%).

Conclusiones: Se confirma la presencia de patógenos relacionados altamente con RPM y principalmente patógenos que están relacionados con las infecciones de vías urinarias

316

CARTEL 90

NUEVOS CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LA ASOCIACIÓN INTERNACIONAL DE GRUPOS DE ESTUDIO DE DIABETES Y EMBARAZO: IMPACTO SOBRE LA PREVALENCIA DE DIABETES MELLITUS GESTACIONAL EN MUJERES MEXICANAS

REYES MUÑOZ ENRIQUE
ADALBERTO PARRA
ALFREDO CASTILLO MORA
CARLOS ORTEGA GONZÁLEZ

Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes
Departamento de Endocrinología.

Objetivo del estudio: Conocer la prevalencia de diabetes mellitus gestacional (DMG), definido por los criterios de la American Diabetes Association (ADA) hasta diciembre de 2010 comparado con los criterios de la Asociación Internacional Grupos de Estudio de Diabetes y Embarazo (IADPSG). Adicionalmente se analizó la frecuencia de recién nacidos grandes para edad gestacional (GEG) con cada uno de estos criterios de diagnóstico.

Materiales y métodos: Estudio transversal, se incluyeron 803 mujeres mexicanas con embarazo único, sin enfermedades concomitantes, en quienes se realizó tamiz de glucosa 50g-1h y/o curva de tolerancia oral a la glucosa CTOG) 100g-3h para el diagnóstico de la DMG.

Resultados: Los criterios de la ADA identificaron 83 (10,3%), mientras que los criterios de la IADPSG 242 (30,1%) mujeres con DMG ($p = 0.0001$). Las concentraciones de glucosa en ayunas durante la CTOG fue anormal en 116 (14.4%) y en 160 (19.9%) mujeres, según criterios de la ADA y IADPSG, respectivamente ($p = 0.004$). La frecuencia de GEG fue: 7.4% y 6.0%, respectivamente ($p = 0.64$).

Conclusiones: Utilizar los criterios de la IADPSG incrementa la prevalencia de DMG casi tres veces en comparación con los criterios previos de la ADA. No se observaron diferencias significativas en la prevalencia de recién nacidos GEG. Antes de incorporar los nuevos criterios diagnósticos de la IADPSG y ADA se requiere evaluar su impacto no sólo en la prevalencia de DMG, sino también el costo beneficio sobre los resultados maternos, fetales, neonatales y las políticas de salud, especialmente en los países de América Latina.

317

CARTEL 91

SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ Y EMBARAZO. REPORTE DE UN CASO

RAMÍREZ RUBIERA JORGE
CASTILLA ZENTENO ADALBERTO
ESPINOZA GARCÍA DAVID.

Servicios de Salud del Estado de Puebla.
Hospital de la Mujer del Estado de Puebla.

Objetivo del estudio: Complicaciones durante el embarazo por el síndrome. Establecer el Diagnóstico por clínica de la apolirradiculoneuropatía.

Inmunología de la polirradiculopatía en la gestante.
SINDROME DE GUILLAIN-BARRE y EMABARZO en las unidades de cuidados intensivos.

Materiales y métodos: Se presentó un caso de síndrome de Guillain Barré y embarazo, diagnosticado y tratado en este servicio. No se halló, en la literatura revisada (nacional) ninguna publicación de este síndrome.

Se hizo un análisis de dicha afección y se comentó el tratamiento aplicado así como su resultado materno y perinatal longitudinal.prospectivo.

Resultados: Buen estado materno y fetal, tratamiento satisfactorio con plasmaferesis con solo 4 recambios.

Conclusiones: Es posible dar buenos resultados maternos y fetales aun después de padecer el síndrome. Resolucion del embarazo vía abdominal

322

CARTEL 92

SÍNDROME HEMOLÍTICO URÉMICO, DIAGNOSTICO DIFERENCIAL CON SÍNDROME DE HELLP. REPORTE DE UN CASO

BOHORQUEZ SERRANO ALBERTO
 NUÑEZ RODRIGUEZ MARISELA
 ADRIANA
 ISLAS CASTAÑEDA JUAN ISMAEL

Instituto de Salud del Estado de Mexico
 Hospital General de Ecatepec, Dr. Jose
 Maria Rodriguez

Objetivo del estudio: Presentar la revision de un caso, diferenciando, el diagnostico entre síndrome de hellp y síndrome hemolítico urémico, revisar las características clínicas, metabólicas y bioquímicas que los diferencian, describiendo la evolución de la enfermedad y el manejo que se le dio a esta entidad.

Materiales y métodos: Se estudia la evolución de una paciente que ingresa a nuestro servicio presentando las características clínicas de patología microangiopática, realizándosele estudios diversos para llegar al diagnóstico adecuado de la entidad. se presenta la evolución, sus características clínicas, metabólicas y bioquímicas, así como el manejo establecido y la resolución del cuadro.

Resultados: Se logró identificar el diagnóstico de síndrome hemolítico urémico en paciente la cual ingreso con datos de anemia hemolítica microangiopática, trombocitopenia, así como deterioro de la función renal caracterizada por presencia de hiperazoemia, proteinuria y hematuria. logrando hacer diagnóstico diferencial con otra entidad caracterizada por anemia hemolítica y trombocitopenia, como es el síndrome de hellp y que se presenta en forma más frecuente en nuestro medio.

Conclusiones: Desde 1925, año en que moscheowit publica por primera la descripción de la enfermedad, en una niña de 16 años, caracterizada por la presencia de insuficiencia renal, trombopenia y anemia, demostrando trombosis hialina de las arteriolas. en nuestra institución reportamos el caso de una paciente de 25 años de edad, la cual ingresa 24 horas después de haber sido interrumpido el embarazo vía abdominal de

manera electiva, manejada con antibióticos y aines, con cuadro caracterizado por dolor en región lumbar, cefalea, náusea así como deterioro del estado general, durante su estancia su estado bioquímico es estudiado presentando hiperazoemia, hipoalbuminemia, hiperbilirrubinemia, incremento de la deshidrogenasa láctica, anemia, trombocitopenia e incremento de los tiempos de sangrado, así como proteinuria y hematuria, el ultrasonido abdominal mostro crecimiento hepático moderado, riñones con datos de nefropatía, por lo que se sospecho de la presencia de síndrome de hellp sin embargo desde su ingreso hasta el egreso de la paciente no presento ni datos de vaso espasmo como tampoco incremento de las cifras tensionales por arriba de 110/80, por lo que se inicia protocolo diferencial encontrando datos sugestivos de síndrome hemolítico urémico, solicitando antitrombina iii, la cual se encuentra dentro de parámetros normales concluyendo la presencia de shu, continuando manejo con hemoconcentrados, soluciones cristaloides, esteroides, suspensión de antibióticos y aines, así como vigilancia de la función renal, presentando mejoría del estado bioquímico y metabólico y remisión de la anemia y trombocitopenia. presentando dermatosis generalizada, caracterizada por lesión escamosa, la cual así mismo remite siendo egresada posteriormente.

323

CARTEL 93

EMBARAZO GEMELAR COMPLICADO CON FETO PAPIRACEO

MORALES BAUTISTA DAVID FERNANDO
 MARTINEZ ZAMUDIO ALBERTO
 ARTURO
 ROBLES SANDOVAL SERGIO DAVID

Servicios de Salud Del Estado de Morelos
 Hospital de la Mujer Yautepec Morelos

Objetivo del estudio: Dar a conocer la asociación entre embarazos gemelares y la presencia de feto papiraceo

Materiales y métodos: Presentación de caso clínico. Paciente femenino de 35 años que acude al servicio de urgencias con diagnóstico de embarazo de 37 SDG

más presentación pélvica más trabajo de parto fase activa.

Resultados: Paciente de 35 años de edad M:12 R: 30x3, 5 eumenorreica, IVSA 18 años, PS 1, MPF hormonal oral, G6, P4, A1, acude al servicio de urgencias del hospital de la Mujer Yautepec Morelos, por presentar Diagnóstico de embarazo de 37 SDG por amenorrea con presentación pélvica en fase activa de trabajo de parto. Se ingresa para interrupción del embarazo vía abdominal, realizando una cesarea, obteniendo un recién nacido vivo masculino, con peso de 2910g, sin alteraciones aparentes. Capurro de 37.1 SDG. Se realiza alumbramiento dirigido encontrando feto papiraceo de aproximadamente 15 a 16 SDG que media 10 x 8 cms. Presentando hipotonía uterina transitoria que revierte a la administración de carbetocina. Como hallazgo adicional sin presencia de ovario y salpinge derecha.

Conclusiones: En México la incidencia de embarazo gemelar es de 1.6%. La frecuencia de muerte de un gemelo es 2.2 hasta 6.8%, un gemelo óbito incrementa el riesgo de morbilidad y mortalidad al otro gemelo por embolizaciones en forma secundaria a órganos formados del feto muerto al feto vivo, así como alteraciones en la coagulación materna que conduce a hemorragia e infección. Las complicaciones del feto vivo incluyen parto prematuro, presentación o situación distócica, retraso en el crecimiento intrauterino y muerte. Se asocian a anomalías congénitas como atresia intestinal, gastrosquisis, aplasia cutis, daño a sistema nervioso central y cardiopatías probablemente atribuibles a émbolos y a factores que afectan la coagulación.

325

CARTEL 94

EMBARAZO JANICEPS, REVISIÓN DE UN CASO

NUÑEZ RODRIGUEZ MARISELA
 ADRIANA
 BOHORQUEZ SERRANO ALBERTO
 ISLAS CASTAÑEDA JUAN ISMAEL
 RAMIREZ SILVA BEATRIZ OFELIA

Instituto de Salud del Estado de Mexico
 Hospital General de Ecatepec, Dr. Jose
 Maria Rodriguez

Objetivo del estudio: Presentar la revisión realizada en una paciente la cual presenta embarazo janiceps, se realiza una revisión de la literatura acerca de la presentación de este tipo de malformaciones congénitas y se describen los signos y síntomas que presenta esta entidad así como su evolución y su resolución.

Materiales y métodos: Se describe la presentación clínica de una paciente, la cual presenta un embarazo del segundo trimestre, el cual presenta polihidramnios y trabajo prematuro, así como los estudios que se le realizaron llegando al diagnóstico de embarazo janiceps y se describe su resolución.

Resultados: El embarazo janiceps es una variedad de embarazo gemelar monocigótico de separación tardía, en el cual el tejido embrionario se divide incompletamente, en los días 15 a 16 postovulatorio, durante la última parte del periodo seis, alrededor de la tercera semana de gestación resultando en gemelos siameses, el cual es extremadamente raro.

Conclusiones: El embarazo de gemelos unidos tipo cefalotoracoabdominopago, representan un caso raro de anomalías disgenéticas, se sabe que los embarazos gemelares pegados ocurren con una frecuencia de uno por 100,000 partos, pero la incidencia de esta malformación es de una en tres millones de los embarazos. el nombre janiceps, deriva del dios Janus, de la mitología romana, vigilante de entradas y salidas, con dos caras, mirando una al este y otra al oeste, donde inicia y termina el día. se trata de paciente de 22 años de edad, con fecha de parto 12 de 1997. acudio canalizada de otro hospital, con ultrasonido que indicaba embarazo de 27 semanas y posible malformación fetal múltiple, que se confirmó en un segundo ultrasonido de nuestro hospital, donde se observó dos corazones, así como polihidramnios. la exploración mostró, abdomen con fondo uterino de 48 cm, contracciones presentes, frecuencia cardíaca fetal de 140 por min. al siguiente día, la paciente presentó parto con productos con Apgar de 0 al min y a los 5 min. las recién nacidas estaban unidas frente a frente, con dos caras, el esófago estaba fusionado, cada una con su sistema óseo completo. las malforma-

ciones congénitas incluyeron ausencia de ovarios y útero en ambas siameses. los gemelos unidos se desarrollan de un solo cigoto, la causa es desconocida. el tejido embrionario se divide incompletamente, en los días 15 a 16 postovulatorio, durante la última parte del periodo seis, alrededor de la tercera semana de gestación resultando en gemelos siameses.

328

CARTEL 95

DISGERMINOMA Y EMBARAZO. PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA BIBLIOGRAFÍA

MARTINEZ ZAMUDIO ALBERTO ARTURO
ROBLES SANDOVAL SERGIO DAVID
MORALES BAUTISTA DAVID FERNANDO

Servicio de Salud del Estado de Morelos
Hospital de la Mujer. Yautepec, Morelos.
Servicio de Ginecología

Objetivo del estudio: Dar a conocer la asociación entre embarazo y disgerminoma.
Materiales y métodos: Presentación de un caso y revisión de la literatura.

Resultados: Femenino de 27 años de edad la cual ingresa al servicio de cirugía con el diagnóstico de GI, P0, A0, C0, embarazo de 35 semanas de gestación por fecha de última regla, ruptura de membranas de 3 horas de evolución, meconio +, miomatosis uterina. Exploración física: consciente, orientada, hidratada, cardiopulmonar sin compromiso, abdomen globoso a expensas de útero gestante, actividad uterina irregular, PUVI con FCF 179x', útero irregular a expensas de tumoración de grandes elementos, al TV cérvix cupulizado, lateralizado por masa tumoral, pb mioma cervical, salida de LA meconial ++. Se programa para cesárea y probable histerectomía. Inicia procedimiento con hallazgo de ascitis, útero gestante y tumor de ovario derecho, actividad en serosa uterina, se realiza cesárea Kerr obteniendo PUVI hombre, peso 2150 gr, APGAR 6/9, talla 46 cm, resección de tumor ovárico derecho, histerectomía obstétrica y salpingooforectomía izquierda, omentectomía

infracólica citología de ascitis y muestreo de peritoneo parietal, no adenopatías palpables. Curso postquirúrgico satisfactorio. Reporte de patología definitivo: ovario sustituido por tumor de 3500 gramos, que mide 33x19x9 cm, cerebroide (disgerminoma de ovario asociado a embarazo, trompa sin alteraciones, útero con herida suturada, endometrio decidual, hiperplasia microglandular del cérvix, ovario izquierdo con cuerpos amarillos, epiplón, peritoneo sin evidencia de tumor, no se reportó citología). Marcadores tumorales 14 días postquirúrgicos: HGCb 138.64 mUI/mL, DHL 587.9 U/L, AFP 11.6 ng/mL, CA 125 14.7 U/mL. Se etapifica como etapa I voluminoso por lo que se envía a tercer nivel para manejo adyuvante, el cual la paciente no acepta. ILE 9 meses, posteriormente presenta sangrado transvaginal, valorado por ginecología, a la especuloscopia a nivel de cúpula vaginal se aprecia tejido irregular sangrante del cual se toma biopsia, pendiente reporte de patología.

Conclusiones: Los tumores ováricos son complicaciones poco frecuentes del embarazo, aunque cuando se producen, presentan problemas desafiantes para el diagnóstico y tratamiento. La incidencia del cáncer de ovario en el embarazo es de 0.10/1,000 embarazos (1/8000 y 1/20,000 partos). La mayor parte de las lesiones ováricas en pacientes embarazadas son quistes foliculares o del cuerpo lúteo y su diámetro no suele ser superior a 3-5 cm. más del 90% de estos quistes funcionales desaparecerá a medida que avanza el embarazo, siendo indetectables alrededor de la semana 14 de gestación. Si el quiste es complejo y sospechoso de malignidad y aumenta de tamaño, la paciente deberá ser intervenida antes de la semana 18. El disgerminoma, es el tumor maligno de células germinales más frecuentes representando el 45%, siendo bilateral en 10-15% de los casos y cerca del 15-20% son diagnosticados durante el embarazo, colocándolo como el tumor maligno más frecuente en el embarazo, son tumores quimio y radiosensibles alcanzando un 75% de índice de curación, actualmente se aconseja posterior al manejo quirúrgico conservador poliquimioterapia para preservar la fertilidad. El tratamiento

adecuado dependerá de la etapa clínica y la paridad, realizando anexectomía y manejo adyuvante en pacientes con deseo de embarazo y etapas tempranas y rutina de ovario en pacientes con paridad satisfecha.

329

CARTEL 96

FISIOPATOLOGIA Y PRONÓSTICO DEL EMBARAZO GEMELAR CON SECUENCIA DE PERFUSION ARTERIAL REVERSA (SECUENCIA TRAP)

LUGO CRUZ MILTON PATRICIO
SERRANO CASTRO OSCAR ABEL
RODRÍGUEZ MORALES LUIS
MORALES MORALES MARTHA
SÁNCHEZ NAVA MARÍA FABIOLA

Secretaría de Salud
Hospital de la Mujer

Objetivo del estudio: La secuencia de perfusión arterial reversa gemelar (secuencia TRAP) del inglés: twin reversed arterial perfusión; es una complicación exclusiva de las gestaciones múltiples monocoriales, con una frecuencia de 1 de 35.000; La malformación primaria es la ausencia de estructura cardíaca bien definida en un gemelo (gemelo acardio), el que es mantenido con vida por su co-gemelo normal (gemelo bomba) a través de anastomosis placentarias arteriales superficiales arterio-arterial; el objetivo de este cartel es explicar la fisiopatología y pronóstico de los gemelos con secuencia TRAP.

Materiales y métodos: Revisión bibliográfica actual representada en un cartel.

Resultados: En la fisiopatología de la secuencia TRAP las alteraciones del Gemelo bomba, son secundarias al efecto de sobrecarga cardíaca, en la actualidad, se cuenta con indicadores pronóstico para la resolución oportuna del embarazo y ofrecer un mejor pronóstico para el Gemelo bomba.

Conclusiones: La revisión actual de la literatura sobre la secuencia TRAP se centra en los indicadores pronóstico ya que con respecto a la fisiopatología no existen cambios importantes actuales.

332

CARTEL 97

PERFORACIÓN UTERINA SECUNDARIA A ACRETISMO PLACENTARIO EN VELLOSIDADES DEL 1ER TRIMESTRE

CORDERO BRIEÑO ROBERTO ALONSO
BELLO LEÓN EYRA
CEVALLOS DUARTE CRISTINA
FLORES AMADOR TERESA
GONZÁLEZ MEDRANO GLORIA
GARCÍA MUÑOZ EDUARDO

Secretaría de Salud
Hospital General "Dr. Manuel Gea González". Depto. de Ginecología y Obstetricia

Objetivo del estudio: Lograr identificar imágenes ultrasonográficas de acretismo placentario, identificar como factores de riesgo importantes la cesárea previa a un legrado uterino para acretismo placentario y valorar de forma integral abortos de 1er trimestre con riesgo de perforación uterina aún con AMEU.

Materiales y métodos: Reporte de un caso en el que la debilidad de la pared uterina secundario a un Acretismo (también llamado cretismo en patología) en un embarazo de 1er trimestre, ocasiona la perforación uterina durante un Aspirado Manual Endo-Uterino (lo cual tiene una incidencia es baja), provocando a su vez hemorragia obstétrica incohercible que requiere Histerectomía de urgencia.

Tomar en cuenta como factores de riesgo cesárea y legrados previos.

Se muestran imágenes muy claras de la invasión anómala de trofoblasto sobre la pared uterina apoyado con estudio de inmunofluorescencia, imágenes macroscópicas de lo que parece trofoblasto sobre la serosa del útero a nivel de la histerorafia e imágenes ultrasonográficas de lo que puede considerarse acretismo pacentario.

Resultados: Perforación uterina durante un AMEU en un aborto de 1er trimestre.

Hemorragia obstétrica incohercible secundaria a perforación uterina in sitio de la histerorafia. Cretismo (de tipo PERCRETA) placentario sobre la histerorafia en Velloidades del 1er Trimestre. Imágenes ultrasonográficas características

identificadas de forma retrospectiva, que pueden sugerir Acretismo placentario.

Paciente que afortunadamente contaba con paridad satisfecha, actualmente histerectomizada, viva y asintomática.

Conclusiones: Es posible la perforación uterina durante un AMEU en abortos de 1er trimestre a pesar de que su incidencia es baja.

Las cesáreas y legrados previos a un embarazo predisponen al desarrollo de un acretismo placentario. El acretismo placentario puede desarrollar como complicación la perforación y la atonía uterina durante una revisión de cavidad, causando una hemorragia obstétrica de rápida instalación aún en embarazos de primer trimestre.

La sospecha de una atonía uterina o perforación uterina debe de ser clínica debido a que requiere resolución quirúrgica inmediata.

335

CARTEL 98

RESULTADOS DEL MANEJO DE LA HEMORRAGIA POSTPARTO ATENDIDOS EN EL HOSPITAL GENERAL DE ECATEPEC EN EL AÑO 2010

RAMIREZ SILVA BEATRIZ OFELIA
ISLAS CASTAÑEDA JUAN ISMAEL
BOHORQUEZ SERRANO ALBERTO

Instituto de Salud del Estado de México
Hospital General de Ecatepec Dr. Jose Ma Rodriguez.

Objetivo del estudio: Analizar los eventos obstétricos que cursaron con hemorragia postparto atendidos de enero a diciembre del 2010 en el Hospital General de Ecatepec "Jose Ma Rodriguez".

Materiales y métodos: Estudio descriptivo observacional transversal y retrospectivo en 104 expedientes con diagnostico de hemorragia postparto.

Resultados: Se analizaron 104 casos con diagnostico de hemorragia postparto, 60% secundarias a atonía uterina, 15% secundario a desgarros, 15% retención de restos placentarios 7% acretismo placentario, 100% tratadas con manejo medico empleando esquemas variados con carbetocina, oxitocina,

ergonovina, misoprostol, terminado 20% en histerectomía y 5% en ligadura de hipogástricas. Se realizó manejo activo del 3º periodo de trabajo de parto en 60% y en 100% de las cesáreas fueron manejadas con carbetocina. Ingresando a terapia intensiva el 3%

Conclusiones: La identificación de los factores de riesgo el diagnóstico temprano y el manejo oportuno mejoró el pronóstico de las pacientes, siendo un porcentaje menor aquellas que terminaron en histerectomía o que ameritaron manejo en terapia intensiva.

341

CARTEL 99

DISGERMINOMA ASOCIADO A EMBARAZO COMPLICADO CON SÍNDROME DE HELLP

GUIJARRO BUSTILLOS JOSÉ DE JESÚS
LUNA DE LA TORRE ADA BETZABÉ

Secretaría de Salud/Servicios de Salud del Estado de Durango
Hospital General de Durango

Objetivo del estudio: Presentar un caso de morbilidad materna de una paciente con diagnóstico de tumoración anexial sospechosa de malignidad durante el embarazo con posterior desarrollo de síndrome de HELLP, cuyas complicaciones condicionaron la muerte de la paciente.

Materiales y métodos: Femenino de 27 años de edad cursando embarazo de 34 SDG por FUM y preeclampsia severa, con antecedente diagnóstico de tumoración anexial clínicamente sospechosa de malignidad durante la 14 SDG, la cual no fue tratada por motivos personales. Se inicia protocolo de estudio, diagnosticándose síndrome de HELLP y se confirmando una tumoración anexial compleja de 24x25x20cm mediante USG. Se decide la interrupción del embarazo. Los hallazgos quirúrgicos son un PUV de pretérmino y una tumoración anexial dependiente de anexo izquierdo, multilobulada con vascularidad importante decidiéndose manejo en segundo tiempo quirúrgico. Se valora por la UTIA, se reajusta tratamiento y se completa protocolo de estudio para continuar manejo conjunto con oncología. Tratándose de una paciente

grave, se presenta paro cardiorrespiratorio irreversible a mano brava avanzadas por 30 minutos. Se declara la muerte de la paciente 14 hrs después de la intervención quirúrgica.

Resultados: Se realiza necropsia cuyos diagnósticos anatomopatológicos finales fueron: síndrome de HELLP, trombosis pulmonar, cardíaca y renal, necrosis tubular renal, isquemia cerebral, coagulación intravascular diseminada, falla multiorgánica, disgerminoma clásico de ovario izquierdo con metástasis a ganglios periaórticos.

Conclusiones: La coexistencia de masa anexial y la gestación es una complicación rara, con una incidencia del 1-4 %, de las cuales solo un 2-3% de estas son malignas, siendo el disgerminoma el más común (45%). La conducta durante la gestación está al margen de la sospecha de malignidad, el estadio del embarazo y el desarrollo de una situación de urgencia. Sin embargo, existen condiciones propias del embarazo que determinan su interrupción tales como el síndrome de HELLP. El diagnóstico de una neoplasia durante el embarazo es cada vez más frecuente. La sospecha de malignidad implica la aplicación de protocolos de diagnóstico, tratamiento y control, ya que las intervenciones de urgencia presentan complicaciones más frecuentemente. En este caso, tratamiento se practicó en base a las condiciones de gravedad a su ingreso secundarias al desarrollo de síndrome de HELLP. Nuestra paciente pertenece a una clase socioeconómica baja, residente de una región rural muy alejada que condicionó la dificultad de su tratamiento y control, pautas claves para el pronóstico del embarazo, de las complicaciones propias del mismo y las enfermedades asociadas a la gestación.

342

CARTEL 100

VOLVULUS INTESTINAL EN PACIENTE CON EMBARAZO DE 37 SDG, CON ANTECEDENTE DE BYPASS GÁSTRICO, REPORTE DE UN CASO

LEAL GONZALEZ RAUL
AYALA AGUILERA FERNANDO
SOTO FUENZALIDA GONZALO ANDRÉS
RUZ BARROS RODRIGO EMILIO

Tec de Monterrey
Hospital San Jose Tec De Monterrey

Objetivo del estudio: Motrar el caso poco común de una mujer embarazada de 37 semanas de gestación, con antecedente de Bypass gástrico, que presentó abdomen agudo secundario a un volvulus intestinal
Materiales y métodos: Revisión de caso clínico abordado por el autor de este trabajo, con fotografías y exámenes de la paciente, su abordaje terapéutico, y resolución posterior al diagnóstico, apoyado con literatura reciente

Resultados: El volvulus intestinal es una entidad rara en nuestros países, con una incidencia aproximada de 5 por cada 100 mil habitantes. Las causas las podemos dividir en primarias o secundaria. En las de causa primaria no está bien establecida la etiología, pero se asocia a causas alimenticias y socioeconómicas. Dentro de las secundarias tenemos el haber tenido cirugías previas, adherencia o embarazo. En este trabajo presentamos el caso de una paciente que acude con datos clínicos de abdomen agudo, con embarazo de 37 semanas de gestación, a la cual se le abordó médicamente y finalmente tuvo una resolución quirúrgica, realizando una descripción detallada en el poster

Conclusiones: El abdomen agudo es una entidad difícil de abordar en una mujer embarazada

El antecedente quirúrgico es clave para la sospecha diagnóstica

Ante un embarazo de término, se optó por la cesárea y resolución de su patología aguda El dolor abdominal debe abrir todas nuestras opciones diagnósticas, ya que un abordaje tardío en una torsión intestinal puede llegar incluso a la muerte de la paciente.

344

CARTEL 101

RUPTURA HEPÁTICA ASOCIADA A PREECLAMPSIA DE CUADRO CLÍNICO ATÍPICO: PRESENTACIÓN DE CASO

ARREOLA CONDE ERIC RODOLFO
HERRERA ORTIZ ALEJANDRA
BARRON CANO GABRIELA
CEVALLOS DUARTE CRISTINA

RAMIREZ SANCHEZ LUIS RAMIRO
CESAR REYES MYRNA

Secretaria de Salud
Hospital General Dr. Manuel Gea Gonzalez

Objetivo del estudio: Analizar la patología hepática asociada a los trastornos hipertensivos graves del embarazo y su relación con mortalidad materna.

Materiales y métodos: Trabajo descriptivo observacional de un solo caso clínico que se presentó al servicio de urgencias

Resultados: Paciente femenino de 44 años de edad que inicia su padecimiento actual hace 4 días previos a su ingreso al presentar disnea de medianos esfuerzos a lo cual se agregó el día de su ingreso epigastalgia y dolor en miembro torácico derecho del cual desconoce las características por lo que fue llevada a un primer médico particular quien solo dio medidas generales; debido a que continuo con la sintomatología fue llevada con otro médico particular quien refirió que la paciente cursaba con hipertensión, motivo por el cual la refirió a este hospital para su atención. A su llegada al servicio de urgencias la paciente se encontraba activa y reactiva con cifras tensionales normales, por lo que se solicitaron laboratorios de perfil toxémico por el antecedente de su envío por hipertensión, sin embargo durante la espera de su valoración de laboratorio, la paciente presentó datos clínicos de choque hipovolémico grado III y disminución de la frecuencia cardíaca fetal a 65 latidos por minuto, por lo que ingresó a quirófano de forma inmediata. Se encontró hemoperitoneo aproximado de 1000 cc, se extrajo producto único vivo que respiró y lloró al nacer y a la exploración se encontró sangrado activo y pérdida de la continuidad del parénquima hepático hacia área subfrénica, por lo que se solicitó la intervención del servicio de Cirugía General quienes realizaron laparotomía exploradora transcesárea y empaquetamiento textil de Makulics. Debido a la inestabilidad de la paciente y por su patología de base se interconsultó al servicio de terapia intensiva quien decidió su ingreso para continuar manejo y vigilancia.

Durante su estancia en la unidad de cuidados intensivos presenta comportamiento clínico franco de síndrome exanguinante abdominal. Presento acidosis metabólica persistente, hipotermia y coagulopatía. El manejo inicial de la paciente por la respuesta que presentaba fue con ayuda de apoyo aminérgico, se le administraron soluciones calientes a temperatura corporal, se le administraron paquetes globulares, plasmas frescos congelados y concentrados plaquetarios, también se le administraron soluciones cristaloideas y coloides. Por la presencia de contenido hemático de herida quirúrgica además de distensión abdominal con aumento de la presión intraabdominal por lo que se solicita nueva valoración por el servicio de cirugía general, quienes deciden ingresar a la paciente nuevamente a quirófano, dentro de los hallazgos transquirúrgicos se encontró hemoperitoneo de 1500 cc, 12 compresas con material hemático obscuro, útero contraído y rafiado in situ de cesárea, hematoma hepático roto en segmentos 5, 6 y 7 con ausencia de sangrado activo pero con hematoma nuevo hasta la región de la suprahepática, por lo que se le realizó nuevo empaquetamiento y colocación de compresas en área de la cara diafragmática. Posteriormente pasa nuevamente a la unidad de cuidados intensivos, donde permanece con hipotensión refractaria a dosis altas de aminas, hipotermia y palidez, se le administro nuevos derivados hemáticos, sin embargo presento bradicardia con ritmo nodal, posteriormente presentó asistolia por lo que se inicio maniobras de reanimación avanzada por 25 minutos con sin respuesta, por lo que se declaró la hora de deceso a las 12:05 hrs del 23 de Agosto de 2011 con los siguientes diagnósticos.

Choque hipovolémico
Puerperio patológico postquirúrgico.
Preeclampsia severa.
Síndrome de HELLP.
Hematoma hepático roto.
Post operada de laparotomía exploradora + empaquetamiento.
Síndrome exanguinante secundario.
Recambio de volumen circulante.
Coagulopatía por consumo dilucional.

Conclusiones: La atención y derivación oportuna de las pacientes con patología hipertensiva asociada al embarazo sigue siendo la piedra angular en la toma de decisiones para el tratamiento de la misma. La patología hepática hemorrágica secundaria es la entidad más grave y mortífera secundaria al estado hipertensivo del embarazo.

345

CARTEL 102

SUSTENTO DIAGNOSTICO DE LAS PRINCIPALES INDICACIONES DE UNA NUEVA CESÁREA EN PACIENTES CON CESÁREA PREVIA

OCHOA ROMERO KARIM
CORTÉS FLORES RAÚL
LÓPEZ LERMA ALFONSO

Instituto Mexicano del Seguro Social
Unidad Médica de Alta Especialidad #23

Objetivo del estudio: Determinar cuáles son las principales indicaciones de una nueva cesárea en pacientes con cesárea previa y su sustento diagnóstico en la UMAE 23

Materiales y métodos: Estudio transversal simple. Se entrevistaron pacientes con el antecedente de una cesárea previa durante su puerperio postcesárea inmediato y se analizaron sus expedientes. Se calculó tamaño de muestra y se registraron edad, número de gesta, comorbilidad, indicación de la cesárea, sustento diagnóstico y los resultados perinatales. En cada caso se evaluó la pertinencia de la indicación de acuerdo a normas y guías clínicas vigentes. Se clasificaron como absolutas o relativas. Se analizaron los resultados con estadística descriptiva.

Resultados: Se incluyeron 478 pacientes. La edad materna promedio fue 27.3 años (17-49). 173 (36.1%) procedimientos se consideraron sustentados. Las cinco indicaciones de cesárea (absolutas y relativas) más frecuentes y su sustento expresado en porcentaje fueron: Desproporción céfalo pélvica (DCP) 188 (36.17%), oligohidramnios 51 (0%), SFA 42 (40.8%), cesárea previa 34 (2.29%) y presentación pélvica 30 (100%). No hubo casos de complicacio-

nes quirúrgicas o mortalidad materna. La mortalidad en el recién nacido fue 2/481 (0.41%).

Conclusiones: Es preocupante el bajo sustento que se encontró en las indicaciones de cesárea. Se debe sensibilizar y estimular al personal médico sobre el apego a guías de práctica clínica e investigar la posible vinculación de medicina defensiva en estos resultados. Las indicaciones y su frecuencia no varían de lo reportado en la literatura.

349 CARTEL 103

DERMATITIS POR CONTACTO EN EL EMBARAZO

RIVAS PIZARRO RENE
MARISOL SANCHEZ SANCHEZ
PÉREZ BUENO FLOR DE LAS NIEVES

Hospital La Paz/Hospital General Durango

Objetivo del estudio: Revisión acerca de dermatitis por contacto en la paciente embarazada a propósito de 1 caso

Materiales y métodos: Se trata de paciente femenino de 30 años de edad con los siguientes antecedentes gineco obstétricos: Menarca: 13 Ritmo catamenial: 28x5 Eumonorreica IVSA: 18 No de parejas sexuales: 01 G: 03 P: 2 FUM: 20.01.2011 Edad Gestacional: 28 SDG

Resultados: Paciente que acude a revisión clínica para control prenatal, aparentemente normoevolutivo; durante la cual se le realiza ultrasonido, para cálculo de edad gestacional; se aplica gel lubricante (Cloruro de Benzalconio), la paciente presenta reacción alérgica a la aplicación de esta sustancia "inocua", en cuestión de segundos; presentando dermatosis localizada en abdomen, eritema, prurito y ardor.

Conclusiones: Cualquier afección de la piel puede aparecer durante el embarazo. Las lesiones cutáneas pueden ser debidas a alergias, drogas, infecciones, tumores, enfermedades del tejido conectivo, etc. Estas lesiones cutáneas pueden afectar a cualquier persona en cualquier momento, no sólo a mujeres embarazadas. Sin embargo, el embarazo puede cambiar el aspecto y las consecuencias de algunas de ellas, y el

motivo que ocasiona la lesión puede tener efectos nocivos para la embarazada o el feto. El cloruro de Benzaconio se encuentra en la mayoría de los geles para ultrasonido y geles de otros usos hospitalarios, además de en otras sustancias como por ejemplo soluciones para lentes de contacto; es un antiséptico y desinfectante de bajo nivel, que tiene acción casi exclusivamente sobre cocos grampositivos.

351 CARTEL 104

RELACIÓN ENTRE LOS PARÁMETROS BIOQUÍMICOS, CIFRAS TENSIONALES Y LA MORBIMORTALIDAD MATERNO-FETAL EN PACIENTES CON SÍNDROME DE HELLP

LOPEZ PINEDA MARIANA ZULEYMA
CARRERA LOMAS EMMANUEL
LÓPEZ PARRA ARMANDO
REYES MURILLO JOEL

Secretaría de Salud del Distrito Federal
H.G. Ticoman y H.G. Enrique Cabrera,
en el Departamento de Ginecología y Obstetricia

Objetivo del estudio: Describir la relación que existe entre los parámetros bioquímicos, las cifras tensionales y la morbilidad materna-fetal en las pacientes con Síndrome de HELLP.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio clínico, observacional, transversal, retrospectivo analítico y descriptivo, en los Hospitales Generales "Enrique Cabrera" y "Ticomán". Se revisaron 41 expedientes con diagnóstico de Síndrome de HELLP de acuerdo a la clasificación de Mississippi, durante 2009 y 2010. Se correlaciona la morbilidad materna-fetal con los resultados de los parámetros bioquímicos y las cifras tensionales.

Resultados: El síndrome de HELLP tuvo una incidencia de 0.56%, con una edad materna media fue de 24.5 años, principalmente en su primer embarazo, con un control prenatal nulo o deficiente. La clase II fue la más frecuente y se presentó antes del parto (82.9%) a las 35 semanas de gestación, la vía

interrupción más frecuente fue la abdominal. Con una mortalidad materna del 7.31% y neonatal del 14.6%. Con una asociación significativa para la morbilidad con la elevación de TGO, DHL, las cifras tensionales y la Trombocitopenia <50,000/μL.

Conclusiones: En la población estudiada, el síndrome HELLP tuvo complicaciones materno-fetales, obteniéndose recién nacidos pretérmino y con peso bajo al nacer. En nuestra población, se debe tener un alto índice de sospecha de que se desarrolle síndrome HELLP en mujeres de alrededor de 24 años, cursando su primer embarazo con preeclampsia o eclampsia de inicio temprano.

352 VARTEL 105

HEMORRAGIA OBSTÉTRICA, HISTERECTOMÍA Y EMPAQUETAMIENTO CON TRACCIÓN EXTERNA (TÉCNICA LOGOTHETOPOULOS MODIFICADA)

GALLARDO PINEDA JESÚS FERNANDO
MORALES GÓMEZ MARÍA DEL ROCÍO
GONZÁLEZ VELÁZQUEZ ALAN
REYES VILLASANA YOLANDA
ESCALONA GARCIA BLAS

Hospital de la Mujer
Unidad Tocourirguca

Objetivo del estudio:

- Contribuir a la disminución de las tasas de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal por hemorragia obstétrica.
- Unificar criterios médicos y acciones para la prevención, diagnóstico y manejo adecuado en este tipo de pacientes en todos los niveles de atención.
- Difusión de la técnica de empaquetamiento.
- Controlar el sangrado en capa de aéreas inaccesibles cuando existen alteraciones en la coagulación.
- Tener una opción más para revertir la hemorragia obstétrica.

Materiales y métodos: Material: 4 sondas Foley del número 18, 2 a 4 compresas (a criterio), 1 venda de 5cm de ancho, Solución fisiológica 1000ml.

Técnica: Realizar orificio de 5cm en el centro de cada una de las compresas y acomodar una sobre otra de manera uniforme, atravesar las puntas de las sondas Foley por el orificio realizado, de manera que se puedan llenar los globos con 15cc de agua c/u de el lado que se quiere realizar tracción; introducir en cúpula vaginal, de abdomen hacia vagina y acomodar compresas en el área de sangrado del hueco pélvico y donde queremos realizar compresión. Se realiza tracción con la venda desde el extremo distal de las sondas Foley hacia la parte terminal donde se encuentra la solución colgada y realizando tracción.

Resultados: Estabilización hemodinámica de la paciente, interrupción del sangrado en capa en áreas de difícil acceso.

Conclusiones: La hemorragia obstétrica continúa siendo una de las principales causas de muerte materna, el diseñar y difundir una técnica quirúrgica más para poder salvaguardar la vida es el principal objetivo; la técnica aquí descrita (Logothetopoulos modificada) se ha practicado en el Hospital de la Mujer durante varios años obteniendo resultados positivos, disminuyendo la morbilidad por hemorragia obstétrica y por ello la importancia de su difusión.

355

CARTEL 106

EMBARAZO GEMELAR DICIGOTO CON MOLA COMPLETA Y FETO VIVO

CASTILLA ZENTENO ADALBERTO
ESCOBAR REBOLLAR GRACE DAYANA
ESPINOZA RODRIGUEZ DAVID
SILVA XILOTL CARLOS ARTUTO

Secretaría de Salud del Estado de Puebla.
Hospital de la Mujer de Puebla. Servicio de Medicina Materno Fetal.

Objetivo del estudio: Reporte de un caso de embarazo gemelar dicigoto con mola completa y gemelo 2 feto vivo, con resultado perinatal exitoso.

Materiales y métodos: Ingresa paciente a esta unidad por sangrado tranvaginal y dolor pélvico se realiza USG con reporte de fetometría DBP 4.63cm, CC 16.3 cm, CA 13.85

cm, LF 2.8 cm, peso aprox 252 gr, 18.4 sem. IP art umbilical 1.1, IP art uterina derecha 0.92, IP art uterina izq 0.82. bicoriónico biamniótico. sin evidencia de hematomas o desprendimientos y presencia de embarazo molar concomitante se mantiene en seguimiento del embarazo por servicio de MMF con vigilancia de HGC-b, USG hígado y vías biliares sin patología demostrable, se añade enoxaparina a las 24 semanas y esquema de inductor de madurez pulmonar a las 28 sem. Durante su control se mantiene sin alteraciones HGC-b, doppler de arterias uterinas dentro de parametros normales y se programa para amniocentesis para valorar madurez pulmonar a las 34 semanas.

HGC-B cuantitativa: 09-03-11: 395,440mIU/ml, 23-05-11: 26,100mIU/ml, 15-06-11: 24,661mIU/ml y 02-07-11: 172mIU/ml.

Resultados: Ingreso a tococirugía el 16-06-11 por actividad uterina y RPM se realiza Cesarea obteniendo RN masculino peso 2000 gr apgar 8,9 capurro 34 semnas, a las 10:47, como hallazgos mola completa ubicada en fondo uterino, biamniótico bicorial, LA escaso claro, cavidad eutérmica. Sangrado de 500 ml, sin complicaciones quirúrgicas. se egresa con el RN sano con seguimiento en la consulta externa de puerperio de alto riesgo ultima HGC de 172 UI/ ml, aun en seguimiento en consulta externa. Se corrobora diagnóstico por patología con reporte Histopatológico 22-06-2011: placenta biamniótica bicorial. •Placenta 1: decidua completa, trofoblasto y vellosidades coriónicas con cambios degenerativos y necrosis fibrinoide, corioamnionitis. •Placenta 2: mola hidatiforme completa con áreas de necrosis de coagulación, decidua compacta con cambios degenerativos. **Conclusiones:** 1. Se obtiene un resultado perinatal satisfactorio, a pesar de la alta mortalidad y morbilidad publicada en la literatura mundial.

356

CARTEL 107

REPORTE DE UN CASO: EMBARAZO + DERMATOMIOSITIS + DIABETES TIPO I + HIPERTENSIÓN

GUERRA CARDENAS JOSE EUGENIO
VAZQUEZ MARTINEZ ANA LUISA
MORA LUNA BENJAMIN

ROBLES MEJIA MARCO ANTONIO
DEL ANGEL DE LEON RENE ANSELMO

TORRES BENITEZ JOSE MARTIN

Secretaría de salud

Hospital General de Tampico "Dr. Carlos Canseco" Departamento de Ginecología y Obstetricia

Objetivo del estudio: Analizar la evolución en control prenatal de la paciente, comparándolo con antecedentes históricos para llevar el embarazo a término evaluando complicaciones y tratamientos óptimos durante la gestación.

Materiales y métodos: Se llevo a cabo un control prenatal estrecho por parte de 3 adscritos del servicio de Gineco-obstetricia y un residente del mismo servicio con interconsultas de apoyo a los servicios de radiología, medicina interna, reumatología, anestesiología y terapia intensiva, utilizando estudios de ultrasonografía y laboratorios como biometría hemática completa, tiempos de coagulación, pruebas de función hepática y renal, Creatinfosfokinasa, química sanguínea, examen general de orina.

Resultados: Dermatomiositis, Diabetes mellitus tipo I, hipertensión crónica y preeclampsia sobre agregada además de Puerperio post-cesarea con producto único vivo de 37 semanas de gestación por Capurro, APGAR 8-9, sin malformaciones congénitas. Llevando un manejo adecuado de la paciente en un principio en terapia intensiva y posterior a su egreso en consulta externa hasta lograr controlar su hipertensión arterial, sin presentarse aun una reactivación de la dermatomiositis.

Conclusiones: En este caso y tratamientos establecidos el abanico de posibilidades se reduce a valorar costo-beneficio para el binomio de cualquier tratamiento, utilizando en este caso manejo conservador

359

CARTEL 108

ROTURA HEPATICA ESPONTANEA EN PREECLAMPSIA, A PORPÓSITO DE UN CASO

NOVOA ZAMUDIO MARIA JOSE
REYES MENDOZA LUIS EMILIO

RODRIGUEZ CHAVEZ JOSE LUIS
MALAGON REYES RICARDO MAURICIO
SEVILLA MUÑOZ CANO ARACELI
ELIDETH
MENDIETA ZERON HUGO

Instituto de Salud del Estado de México
Hospital Materno Perinatal "Monica Prete-
lini Saenz", Unidad de Cuidados Intensivos
Obstetricos (UCIO)

Objetivo del estudio: Dar a conocer el caso clínico, manejo y tratamiento de la rotura hepática espontánea en una paciente con preeclampsia severa y síndrome de HELLP/MATHI

Materiales y métodos: Femenino de 30 años de edad, gesta 5, con 5 partos previos, eutóxicos. Cursa con puerperio precoz, previamente sana, que ingresa a la UCIO con los diagnósticos de preeclampsia severa, síndrome de HELLP/MATHI, síndrome de disfunción orgánica múltiple y rotura hepática. Quien requirió de 5 intervenciones quirúrgicas, entre ellas: cirugía de control de daños, empaquetamiento hepático, colocación de sistema VAC, plastía abdominal. Permaneció 26 días en la unidad de cuidados intensivos obstétricos, posterior a los cuales fue egresada a hospitalización.

Resultados: Se realizaron los siguientes procedimientos:

12.05.11 Atención de parto eutóxico
13.05.11 Intubación y lavado peritoneal diagnóstico

13.05.11 1er cirugía de control de daños y empaquetamiento hepático. Laceración hepática segmento VI / hematoma consolidado no evolutivo en segmentos VII y VIII.
16.05.11 2da cirugía de control de daños, desempaquetamiento reempaquetamiento hepático con oclusión tubárica bilateral tipo Pomeroy modificada

20.05.11 3er cirugía de control de daños, desempaquetamiento hepático y plastía abdominal.

30.05.11 Colocación de sistema VAC por dehiscencia de herida quirúrgica.

07.06.11 Retiro de sistema VAC y cierre de pared abdominal

08.06.11 Egreso de la UCIO

Conclusiones: Nuestra experiencia institucional nos demuestra que la ruptura

hepática asociada al síndrome de Preeclampsia/eclampsia constituye una complicación grave en la cual el reconocimiento temprano constituye la base para el diagnóstico y tratamiento oportuno.

Su manejo requiere de centros especializados, el abordaje debe ser multidisciplinario y el apoyo de la Unidad de terapia intensiva es fundamental para la sobrevivencia de las pacientes. Los promotores del empaquetamiento argumentan que el tejido hepático en pacientes con síndrome de HELLP esta edematoso, con zonas hemorragias, friables, lo que hace muy difícil su tratamiento con suturas o resecciones.

En el caso de una paciente previamente hipertensa, el desarrollo agudo de un shock hipovolémico acompañado de hipotensión súbita constituye el sello distintivo de la rotura de un hematoma hepático.

367

CARTEL 109

SÍNDROME DE TOLOSA-HUNT Y EMBARAZO. REPORTE DE UN CASO

ZEPEDA ZARAGOZA JORGE
MADRIGAL GARCIA ISMAEL
AMEZCUA VILLANUEVA MANUEL
BARRON VALLEJO JESUS
DURAN CARDENAS MONICA

Petroleos Mexicanos
Hospital Central Norte

Objetivo del estudio: El síndrome Tolosa-hunt (STH), es una oftalmología dolorosa por inflamación granulomatosa idiopática en el seno cavernoso, fisura orbitaria superior o en el vértice orbitario, de etiología no determinada, 95% es unilateral. La IHS estableció criterios para este síndrome: episodio (s) de dolor orbitario unilateral asociado a parálisis de uno o más de los nervios oculomotores III (85%), IV (29%) y VI (70%); granuloma por resonancia magnética cerebral o biopsia; alivio de los síntomas con esteroides. Puede haber también proptosis, visión borrosa o ceguera completa.

La resonancia magnética es el estudio de elección para el diagnóstico.

OBJETIVO: Presentación de síndrome Tolosa Hunt en una paciente embarazada.

Materiales y métodos: CASO CLINICO: Femenino de 40 años, gesta 3, partos 2. Hipotiroidea, control con eutirox, hiperprolactinemia, control con norprolac (TAC silla turca previa a embarazo normal), migraña en manejo con sydolil. Inicia padecimiento actual con diplopía, acompañada de cefalea, agregándose endotropía y limitación de abducción de ojo derecho; acude a urgencias, es valorada por oftalmología y neurología iniciando manejo esteroide; la RM reporta: aumento de volumen con leve reforzamiento a nivel de seno cavernoso derecho, compatible con infiltración granulomatosa, confirmando diagnóstico de Síndrome de Tolosa-Hunt; se agrega al tratamiento analgésico, sumatriptan, clomipramina, topiramato e Indometacina. La paciente desconocía embarazo por el antecedente de hiperprolactinemia e hipotiroidismo, cursaba con periodos de amenorrea de hasta 1 año; presentando movimientos fetales, acude a consulta, se encuentra útero aumentado de tamaño y con frecuencia cardíaca fetal presente; por ultrasonido 22.1 semanas de gestación, sin evidencia de malformaciones, se ajusta manejo para síndrome Tolosa Hunt dejando sólo analgésico y propanolol, durante embarazo presenta mejoría de la sintomatología ocular de un 70%; desarrolla diabetes gestacional, logrando adecuado control con dieta de 1700 calorías

Resultados: Continúa con vigilancia obstétrica hasta resolución por eutócica a las 38.2 semanas obteniendo producto vivo, femenino, 2680 gramos, apgar 8/9; talla de 49 centímetros, sin malformaciones aparentes, sin complicaciones. Se realiza salpingoclasia bilateral.

La hiperprolactinemia la presenta antes, durante y después del embarazo sin relación a sintomatología de TH. Actualmente resolución de 90% de TH y continúa manejo para hiperprolactinemia, se solicitó control de TAC en busca de adenoma hipofisario aún no realizada.

Conclusiones: El síndrome Tolosa Hunt es una entidad poco frecuente, con sintomatología ocular (visual y motora), con buena respuesta a manejo esteroideo; no se encuentra reporte en la literatura asociada a embarazo.

En base al caso clínico, no se contra-indica el uso del esteroide y no parece verse afectada la gestación, sin embargo es importante limitar el uso del resto de medicamentos empleados en esta paciente (antineuríticos, anticonvulsivos, etc.) para disminuir el riesgo de repercusión fetal; la sintomatología de la paciente puede ligarse también a su estado de hiperprolactinemia con sospecha de masa ocupativa, sin embargo pese a determinaciones de la misma, la sintomatología de Síndrome TH ha remitido con el manejo específico establecido.

373

CARTEL 110

APENDICITIS AGUDA PERFORADA EN UN EMBARAZO DEL TERCER TRIMESTRE CON PRODUCTO ANENCEFÁLICO

MIRANDA SEVILLA VICENTE MA-
NUEL
MONROY FLORES ALEJANDRO
VALTIERRA MENDOZA ARELI
REYES SOTELO ALBERTO

Secretaría de Salud
Hospital General Acapulco Depto. Gine-
cología y Obstetricia

Objetivo del estudio: Presentar un raro caso clínico de una paciente a la que se realizó cesárea, salpingoclasia y apendicectomía en un tiempo quirúrgico.

Materiales y métodos: Femenino de 21 años de edad, antecedente de 2 cesareas previas y sin control prenatal. Acude con fiebre, dolor abdominal y datos clínicos de abdomen agudo, pb apendicitis, además de embarazo de 33 sdg por FUM, maternidad satisfecha y reporte ultrasonográfico de producto vivo anencefálico. Se realizó cesarea, salpingoclasia y posteriormente apendicetomía.

Resultados: Se extrae producto vivo masculino de 34 sdg por Capurro, de 1850 grs. con anencefalia el cual fallece a las 6 hrs. de nacimiento. Se obtiene apéndice perforada en su tercio distal con material purulento en cavidad abdominal aprox. 150 ml. y corroborado el diagnóstico por estudio histopatológico. La evolución postquirúrgica fue satisfactoria egresándose al quinto día sin complicaciones.

Conclusiones: Rara vez se indica cesárea en el momento de la apendicetomía, no hay reportes en la literatura de la incidencia de esta situación. En este caso al presentarse un cuadro de apendicitis aguda en un embarazo del tercer trimestre y con indicación absoluta para realizar cesarea para la interrupción del embarazo (en esta paciente cesarea iterativa) y por solicitud materna por tratarse de producto con anencefalia, se demostró que utilizando una técnica quirúrgica adecuada con aislamiento del campo quirúrgico, en este caso no se presentaron complicaciones postquirúrgicas (infección puerperal, absceso pélvico e infección de herida quirúrgica) por lo cual podría realizarse este mismo manejo ante otra situación clínica similar.

375

CARTEL 111

RUPTURA DE CORIOANGIOMA DE CORDÓN UMBILICAL, HEMORRAGIA INTRAAMNIÓTICA Y MUERTE FETAL: REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

GONZÁLEZ GLEASON ALEJANDRO
GASPAR VERA DRUSO
PONCE GONZÁLEZ NOEL
LÓPEZ MONTALVO ARTURO

Conadico, Elizur Hospital de Especialidades
Ginecología y Obstetricia

Objetivo del estudio: Reportar un caso de muerte fetal de un embarazo de 37 semanas de gestación, por ruptura intrauterina de un corioangioma de cordón umbilical.

Materiales y métodos: El cordón umbilical se encuentra expuesto a una gran variedad de lesiones y acontecimientos durante la gestación cuyo origen puede ser de carácter estructural, mecánico, hamartomatoso o infeccioso (1). Algunas de dichas alteraciones incuestionablemente interfieren de manera directa con la irrigación fetoplacentaria por obstrucción o bien por hemorragia severa como consecuencia de laceración o ruptura de un tumor. Los tumores verdaderos del cordón umbilical interfieren directamente

con el desarrollo fetal. Sólo se describen dos tumores verdaderos del cordón umbilical: el corioangioma y el teratoma. El corioangioma es benigno, pero la tasa de mortalidad fetal asociada a éste es muy alta. Su frecuencia es rara, y en la literatura se reporta la presencia de 1: 3500 embarazos. Nuestro objetivo fue reportar un caso y revisar la literatura mundial relacionada con la muerte fetal por corioangioma de cordón umbilical.

Resultados: Muerte fetal por ruptura de un corioangioma de cordón umbilical

Conclusiones: La ruptura de un corioangioma de cordón umbilical, lleva a la muerte fetal intrauterina si no se interviene rápidamente.

376

CARTEL 112

DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA: UTERO DE COUVELAIRE

CARRILLO NOLASCO EDUARDO
ARAGON LOPEZ CLAUDIA IVONNE

Secretaría de Salud del Distrito Deferal.
Hospital Materno Infantil Inguaran

Objetivo del estudio: Presentar el caso de una paciente con Desprendimiento Total de Placenta mas Útero de Couvelaire.

Materiales y métodos: Descrita por primera vez por Couvelaire en 1900, antes llamada apoplejía uteroplacentaria. Es resultado de la extravasación sanguínea de la musculatura uterina y serosa del útero, e incluso trompas, ovarios y ligamentos anchos.

Caracterizado por una colocación azul purpúrea típica. La infiltración hemática distorsiona las fibras musculares uterinas y pueden dificultar la retracción uterina posparto.

No es posible establecer con exactitud la frecuencia con que aparece el útero de Couvelaire en el DPPNI, ya que su existencia se corrobora al efectuar cesárea. No es por sí mismo indicación de histerectomía, sólo en casos de atonía uterina irreversible.

CASO CLINICO

Femenino 21 años G2 P1, con embarazo de 38 SDG

Padecimiento Actual: Inicia con sangrado transvaginal de cuatro horas de evolución, moderado, súbito, persistente; actividad uterina sostenida, dolorosa, sin datos de vasoespasmo, ni percepción de movimientos fetales.

Exploración Física: TA de 150/100, FC 90 lpm, conciente, inquieta con facies antialgica, palidez de tegumentos +, abdomen globoso a expensas de útero gestante, con dificultad a la palpación de partes fetales por hipertonia uterina, frecuencia cardiaca fetal no audible con dopphone, tacto vaginal 4cm de dilatación 90% de borramiento, sangrado abundante, rutilante.

Se decide realizar Cesárea por Desprendimiento Prematuro de Placenta, se corrobora en el transoperatorio un desprendimiento total, con producto óbito de término y Útero con coloración azul purpurea, atónico que no revierte a tratamiento farmacológico y se decide realizar Histerectomía Subtotal. Sangrado Total 2500ml.

Resultados: El resultado de histopatología reportó: útero sin anexos, de 15x 12 x 7 cm, forma y tamaño aumentados, postgestante, con superficie azul violácea. Tejido cervical ausente.

Al corte pared miometrial con espesor de 3 cm, la cual muestra infiltración hemorrágica y datos de vasodilatación. Cavidad endometrial de 9 x 8 cm con abundantes coágulos y restos deciduales. El diagnóstico fue: producto de histerectomía subtotal sin salpingooforectomía. Útero postgestante, útero de Couvelaire, restos deciduales en cavidad.

Conclusiones: El útero de Couvelaire se presenta como complicación del desprendimiento prematuro de placenta en un bajo porcentaje. No es por si mismo indicación de histerectomía, sólo en casos de atonía uterina irreversible. El pronóstico de las pacientes dependerá de la evaluación inicial del DPPNI y del manejo oportuno.

378

CARTEL 113

EMBARAZO ECTOPICO ABDOMINAL, CON PRODUCTO UNICO VIVO, DE TÉRMINO

AVILA ESTRADA OLGA
GARCIA MACIAS LAURA MARGARITA

BARRON ZANABRIA JOSE ALEJANDRO

MONROY FLORES ALEJANDRO

Secretaria de Salud

Hospital General de Acapulco, Departamento de Ginecología y Obstetricia

Objetivo del estudio: Presentar el caso clínico de una paciente con el diagnostico de embarazo ectópico abdominal, con producto único vivo y de término, atendido exitosamente en nuestro hospital.

Materiales y métodos: Paciente femenina de 33 años de edad, primigesta, con antecedente de infertilidad de 16 años de evolución y ciclos menstruales irregulares, embarazo sin control prenatal, Se hizo diagnóstico transoperatorio de embarazo abdominal con producto vivo. Referida a nuestro hospital con diagnostico basado en ecosonograma efectuado en consulta de primer nivel de -embarazo de termino mas placenta previa central total- y refiriendo solo dolor abdominal de baja intensidad, sin sangrado transvaginal. Al ingreso se encuentra consciente, orientada, con signos vitales estables y dentro de lo normal, a la exploración abdomen globoso, con producto único vivo, frecuencia cardiaca fetal de 152 latidos por minuto, presentación pélvica, se prepara para cesárea.

Resultados: Al llegar a cavidad abdominal se encuentra la presencia de hemoperitoneo de aprox. 500ml además de embarazo ectópico abdominal, con producto vivo de sexo masculino, con peso de 2550 gramos, Apgar 7-9, Silverman 0, Capurro de 38 semanas, el cual presenta asimetría facial y laceración en cuello, es llevado al servicio de neonatología para su seguimiento, el útero de aprox. 12 por 10 cm, anexo derecho de características normales, implantación placentaria en epiplón y anexo izquierdo, presencia de sangrado activo importante, decidiendo extracción de placenta, omentectomía parcial y salpingooforectomía izquierda, sangrado aprox. de 2000ml. Se transfundieron 2 concentrados eritrocitarios. Finalmente se realiza legrado uterino, obteniendo abundante decidua, terminado el procedimiento quirúrgico y se envía a recuperación y continua su manejo en piso de ginecoobstericia, la paciente

evoluciona satisfactoriamente, y egresa al tercer día. El servicio de neonatos egresa al producto sin complicaciones al tercer día.

Conclusiones: El embarazo ectópico de termino y con resultados exitosos es sumamente raro, Existe poca literatura descrita en el mundo y es una entidad a considerarse ante la presencia de un caso similar, el desarrollo psicomotor y ponderal de el producto de esta gestación hasta el momento ha sido totalmente normal.

380

CARTEL 114

UTERO DIDELFO (BICORNE, UNICOLLIS) Y EMBARAZO A TÉRMINO. PRESENTACION DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

ALMAGUER CISNEROS MARCELA ARIADNA

BASSOL MAYAGOITIA SUSANA

Centro de Investigacion Biomedica de la Facultad de Medicina de la Universidad Autonoma de Coahuila Unidad Torreon departamento de Biologia de la Reproduccion en colaboración con Hospital Angeles Torreon

Objetivo del estudio: Describir nuestra experiencia con un caso de embarazo en utero didelfo logrado en el departamento de biología de la reproducción de nuestro centro.

Materiales y métodos: Paciente femenino de 25 años de edad con antecedente de infecciones urinarias de repetición, e irregularidades menstruales, se realiza diagnóstico ultrasonográfico de útero didelfo en diciembre del 2009, confirmado por histerosalpingografía en julio del 2010.

Resultados: Se logra embarazo en cavidad uterina izquierda por inducción de ovulación que por complicaciones urinarias termino en aborto el 18 febrero de ese año. Se descarta la presencia de cálculos renales en junio y nuevamente se logra embarazo esta ocasión en útero derecho teniendo como FUM: 2 de julio de 2010 para FPP: el 9 de abril del 2011. Cursó con embarazo normoevolutivo con mas de 10 visitas por ginecólogo y perinatólogo, en los ultrasonidos seriados se observó un desarrollo ponderal adecuado sin datos de restricción

en el crecimiento o alteraciones en los índices de líquido amniótico. Presentó datos de infección de vías urinarias de moderadas a severas en las semanas 6, 9 y 11.3 resolviéndose los cuadros adecuadamente con antibioticoterapia. Llegó a término y se le realizó operación cesárea sin complicaciones a las 38 semanas obteniendo producto femenino de 2,560 kgs, APGAR 8-9, 44 cms de talla y capurro de 37 semanas.

Conclusiones: El útero didelfo permite muchas veces llevar los embarazos a término, aunque puede asociarse con complicaciones. Las malformaciones congénitas del útero se deben sospechar en pacientes con antecedentes de aborto habitual, partos pretérmino a repetición y más raramente esterilidad primaria, dismenorrea y menorragia, como fue en este caso.

382

CARTEL 115

PANCREATITIS Y EMBARAZO REPORTE DE UN CASO EN HOSPITAL CENTRAL NORTE PETROLEOS MEXICANOS

ZEPEDA ZARAGOZA JORGE
MADRIGAL GARCIA ISMAEL
AMEZCUA VILLANUEVA MANUEL
BARRON VALLEJO JESUS
LARA VIESCA TATIANA
MEJIA MORENO MARTHA

Petroleos Mexicanos
Hospital Central Norte

Objetivo del estudio: El embarazo disminuye la motilidad de la vesícula e incrementa la saturación de colesterol en la bilis, incrementando el riesgo de litiasis vesicular. La colecistitis aguda es la segunda causa más común de cirugía no obstétrica, de emergencia, en mujeres embarazadas. El objetivo de estudio es presentar el caso de una paciente embarazada que se complica con una pancreatitis aguda.

Materiales y métodos: Paciente que es derechohabiente de servicios médicos de Petroleos Mexicanos y es atendida en el Hospital Central Norte con los siguientes antecedentes: Femenino de 30 años, Gesta 3, cesárea 1, Para 1, sin antecedentes cróni-

co degenerativos de importancia, originaria de Tabasco, residente de Tula, Hidalgo.

Embarazo de 17 semanas de gestación por fecha de última menstruación, segura y confiable. Inicia su padecimiento el día 27/03/11 con cuadro clínico de 20 días de evolución con dolor a nivel de hipocondrio derecho, de tipo punzante, sin irradiaciones, con disminución del mismo de forma paulatina sin tratamiento, 8 días previos, presenta dolor de misma localización y tipo, con irradiación a espalda ipsilateral, posterior a la ingesta de alimentos colecistoquinéticos, así como irritantes, con náusea y vómito de contenido gastroalimentario. Con los siguientes laboratorios: Leucocitos 21 670, con desviación a la izquierda y 91.6% neutrófilos, plaquetas de 236 mil, glucosa 54, urea 23.5, creatinina 0.68, transaminasa glutámico oxalacética de 56, piruvato de 171.6, deshidrogenasa láctica de 2020, fosfatasa alcalina de 171, amilasa de 1042, bilirrubina de 1042.7, calcio de 8.3, sodio de 139, potasio de 3.4, cloro de 112.

Ultrasonido: vesícula piriforme de 9.3x2.6 de bilis líquida en su interior, imagen ecodensa móvil por formación calculosa, pared vesicular engrosada de 0.38 milímetros, colédoco de 4.1 milímetros. Se hospitaliza con diagnóstico de colecistitis crónica litiasica, complicado con pancreatitis biliar.

Resultados: Se inicia su manejo con tocolítico rectal, antibiótico, procinéticos y ayuno. Al tercer día de estancia hospitalaria, mejoría con tendencia a la normalidad en cuanto a transaminasas y productos de la inflamación, así como amilasa de 126, por lo que se realiza colecistectomía laparoscópica con los siguientes hallazgos: hidrocolecisto, adherencias epiplón vesícula, epiplón hígado, hígado vesícula, colédoco dilatado de 8mm, cístico tortuoso. Se egresa a los 2 días de postoperada por mejoría clínica sin compromiso obstructivo.

Enviada nuevamente de Tula el 07/06/11 por amenaza de parto pretérmino con embarazo de 27.2 semanas de gestación, a su llegada con dilatación completa, membranas abombadas y leucorrea verdosa, con leucocitos 23.7, hemoglobina: 10.9, plaquetas: 225 mil, proteína c

reativa: 6.3, velocidad de sedimentación globular: 55. Se obtiene producto único, vivo, género masculino, a las 23:27 horas del 07/05/2011, de 1040 gramos, apgar 5/7, talla 35 centímetros líquido amniótico claro fétido, cavidad uterina caliente presencia de abundantes restos placentarios, por lo que se realiza legrado uterino instrumentado con doble esquema antibiótico con laboratorios, se egresa sin complicaciones.

Conclusiones: En la revisión de la literatura, la presencia de litiasis vesicular en embarazadas es de 2 a 11 %, de las cuales solo el 28 % experimentan dolor de tipo biliar durante el embarazo, las complicaciones más serias, como pancreatitis, colecistitis, coledocolitiasis, vesícula gangrenosa, se desarrollan en menos del 10 % de las pacientes con síntomas. La incidencia de colecistitis litiasica en mujeres embarazadas con litiasis es de 0.05 a 0.08 %.

La pancreatitis biliar aguda es causada por un lito en el ámpula de Vater y se asocia a mortalidad materna sino se reconoce y se trata oportunamente. Es muy rara durante el embarazo, en un estudio de 16000 nacimientos, solo hubo 8 casos de pancreatitis, 5 por litiasis vesicular y 3 idiopáticas. El conteo de células blancas y fosfatasa alcalina están normalmente elevadas en el embarazo, lo que limita su uso en el diagnóstico, sin embargo la elevación de transaminasas, fosfatasa alcalina, bilirrubina directa sugieren lito en el conducto biliar común, colangitis o s. La colecistectomía laparoscópica es el estándar de oro para la cirugía en mujeres embarazadas.

384

CARTEL 116

ATENCIÓN OBSTÉTRICA EN PACIENTE CON PARANGLIOMA YUGULOTIMPÁNICO

AMEZCUA VILLANUEVA MANUEL
ZEPEDA ZARAGOZA JORGE
MADRIGAL GARCIA ISMAEL
DURAN CARDENAS MONICA
BARRON VALLEJO JESUS
RAMOS GONZALEZ DAVID

Petroleos Mexicanos
Hospital Central Norte

Objetivo del estudio: Los paragangliomas son tumores benignos, altamente vascularizados, originados de células de la cresta neural. Se ubican a lo largo de arterias y pares craneales de los arcos branquiales. Forman parte del sistema neuroendocrino, aporta catecolaminas hasta que se forma la médula suprarrenal. Describir el manejo obstétrico en una paciente con antecedente de paraganglioma yugutimpánico y revisión de la bibliografía ya que no se encontraron estudios en donde se encuentre asociado Paraganglioma en el embarazo.

Materiales y métodos: Paciente que es dechohabiente de servicios médicos de Petróleos Mexicanos con el siguiente cuadro: Femenino de 36 años, gesta 1, grupo sanguíneo O positivo, tabaquismo positivo de los 18 a 33 años con 6 cigarrillos al día, inicia su control prenatal a las 9.2 semanas de gestación por última menstruación, segura, no confiable por uso de clomifeno; con carga genética para diabetes mellitus e hipertensión arterial. Obesa. Antecedente de paraganglioma yugutimpánico derecho, tratada con radiocirugía extrapemex, actualmente enfermedad controlada, sin manejo médico neurológico y paciente asintomática. Control prenatal con 10 consultas en total. Edad gestacional acorde a ultrasonidos traspolados, es valorada por neurología y neurocirugía determinando cesárea como mejor vía de resolución por alto riesgo de hemorragia intralesional por vascularización extensa de la misma y el riesgo de incremento de la resistencias vasculares durante valsava en el trabajo de parto y periodo expulsivo, así como alto riesgo de disautonomía por hiperactividad de baro receptores a nivel yugular y de oído medio propio de estos tumores, cursa con embarazo normoevolutivo hasta las 34 semanas que debuta con hipertensión gestacional iniciando manejo con bloqueador ganglionar (alfametildopa 250 miligramos cada 8 horas), monitoreo fetal y bioquímico estrecho, siempre dentro de normalidad, con determinación de proteinuria de 24 horas de 100 miligramos, descartando preeclampsia, a las 38 semanas durante monitoreo fetal con prueba sin estrés no reactiva, prueba de tolerancia a la oxitocina contraindicada.

Resultados: Se realiza cesárea obteniendo producto único, vivo, masculino de 3380 gramos, apgar 8/9, talla de 51 centímetros, presentación cefálica, circular de cordón a cuello apretada, sin alteraciones ni malformaciones aparentes. Reclasificando estado hipertensivo en puerperio mediato a preeclampsia leve con proteinuria de 24 horas de 318 miligramos, normotensa con manejo antihipertensivo indicado.

Conclusiones: El paraganglioma es una entidad poco frecuente, con sintomatología diversa en razón a su localización, no se encuentra reporte en la bibliografía sobre manejo obstétrico en pacientes con paraganglioma yugutimpánico, sin embargo en base a la evolución de la paciente del caso clínico, no amerita manejo especial, solo se recomienda la cesárea para resolución obstétrica para disminuir el riesgo de hemorragia intralesional durante el trabajo de parto, la hipertensión que presentó la paciente, no parece tener relación con la presencia de paraganglioma yugutimpánico.

388

CARTEL 117

HIGADO GRASO Y EMBARAZO

CORDOVA LOPEZ MARTIN
ZARATE MORALES JUDITH
TORRES MADRIGAL IRVING

Secretaría de Salud
Hospital de la Mujer Puebla

Objetivo del estudio: Publicar las características clínicas y evolución que se observó en un paciente con hígado graso y embarazo.

Materiales y métodos: Expediente clínico, Laptop, impresora, lápiz, hojas, Observacional y descriptivo

Resultados: 15 días previos a su ingreso a la UCI presentó ictericia generalizada, malestar general, y dolor abdominal, tratada como hepatitis, posterior a parto presenta, datos de encefalopatía hepática, insuficiencia renal referida a esta unidad como Síndrome HELLP. Presentó cuadros repetitivos de hipoglucemia, transaminasemia, hiperbilirrubinemia y plaquetopenia, se ingreso a UCIA, con manejo de sostén, con adecuada evolución y egreso por mejoría.

Conclusiones: El hígado graso del embarazo es una complicación rara y grave. Se estima un caso de cada 7 a 13 mil embarazos. Hay una relación entre preeclampsia, síndrome HELLP e hígado graso del embarazo, por lo que muchos autores opinan que constituye diferentes grados de una misma enfermedad. La mortalidad materna es de 18% y la fetal de 2 a 58%; más grave que el síndrome HELLP, donde la mortalidad materna es de 2% y la fetal, 33%. El cuadro clínico y las alteraciones bioquímicas provoca frecuentes errores diagnósticos y en la mayoría de los casos se confunde con hepatitis. El propósito de este trabajo es la realización de un diagnóstico oportuno para poder tratar oportunamente las complicaciones de la propia enfermedad.

392

CARTEL 118

UTERO DIDELFO Y EMBARAZO A TÉRMINO, REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

CHAVEZ ALONSO MANUEL
MORA VILLA RICARDO

Secretaría de Salud
Hospital de la Mujer Ciudad Juárez Chihuahua, servicio de ginecología y obstetricia

Objetivo del estudio: Analizar un caso de útero didelfo con embarazo a término y revisión de la literatura

Materiales y métodos: Se analiza caso de paciente primigesta de 16 años con antecedente de epilepsia desde la infancia bajo tratamiento, control prenatal en 3 ocasiones, ingresa a urgencias por presencia de contracciones uterinas y sangrado transvaginal escaso, a la exploración Fu de 30 cm, producto longitudinal cefálico dorso derecho FCF 140 lpm, al tacto se palpan 2 introitos vaginales, y a la especuloscopia, se observan 2 vaginas bien definidas con mucosa íntegra sin comunicaciones entre sí cada una con un cérvix posterior, reblandecidos, el derecho con 3 cm de dilatación, el izquierdo 1 cm, membranas íntegras. En el USG se observa un útero gestante y otra imagen desplazada hacia la izquierda compatible con un 2do útero de menor tamaño se observan además 2 cérvix bien

definidos sin comunicaciones aparentes, Se ingresa para interrupción del embarazo por vía abdominal con Dx de embarazo de 39.2 semanas por FUM + trabajo de parto en fase latente + desproporción cefalopélvica,+ útero didelfo + epilepsia

Resultados: Presencia de útero didelfo (doble) sin comunicaciones entre si,cada uno con una salpinx y un ovario de características normales, Se realiza cesárea Kerr en útero derecho obteniendo producto único vivo, sexo femenino, de 2400 g, talla 45 cm, Apgar 8-9, Capurro de 37.5 semanas, placenta, cordón y líquido amniótico de características normales, se buscan intencionadamente otras malformaciones con estudios de gabinete resultando negativos, es egresada a las 48 hs por mejoría sin complicaciones

Conclusiones: Todas las anomalías de müller se asocian con menor capacidad reproductiva en relación con mujeres normales, siendo las anomalías uterinas de fusión lateral con obstrucciones asociada las que siempre son sintomáticas y las que no presentan obstrucción solo son sintomáticas en la mitad de los casos, y se descubren por casualidad por otras causas, en nuestro caso la paciente no mostro sintomatología previa para sospechar la malformación, su actividad sexual fue normal y la evolución del embarazo sin complicaciones pero el control prenatal deficiente, por tanto fue un hallazgo clínico hasta el momento de su ingreso apoyados con la ultrasonografía y comprobándose estos hallazgos al realizar la cesárea, coincidiendo con lo que reporta la literatura. No requerirá intervención quirúrgica correctiva posterior pues esta malformaci& oacute;n en el caso de la paciente no ha comprometido la fertilidad, todo lo contrario, requerirá segu imiento y anticoncepción adecuada pues los 2 órganos son aparentemente funcionales.

401

CARTEL 119

ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR Y EMBARAZO

CORDOVA LOPEZ MARTIN
TERAN BAHENA KARLA NAIVI

SSA

Hospital de la Mujer de Puebla, Ginecología y Obstetricia

Objetivo del estudio: Cartel

Materiales y métodos: Cartel

Resultados: Cartel

Conclusiones: Las malformaciones arteriovenosas cerebrales son una patología rara(1: 10,000), en la mujer embarazada, no se tiene una estadística establecida en la mujer embarazada, sin embargo, cuando se presenta las consecuencias pueden ser fatales para el binomio. El diagnóstico diferencial suele requerir estudios complementarios de laboratorio y gabinete que permitan establecerlo para así tomar acciones oportunas y disminuir la morbilidad y mortalidad. Presentamos un caso de Mujer de 21 años, primigesta, primípara, referida de segundo nivel a nuestra unidad, con diagnóstico de Puerperio inmediato mas Eclampsia, por lo que ingresa a la unidad de cuidados intensivos donde se realiza angiorresonancia concluyendo que se trata de una malformación arteriovenosa intraventricular grado 5 de Spetzler-Martin con hidrocefalia secundaria, inaccesible para abordaje quirúrgico, por lo que el tratamiento adecuado en este caso consiste en el empleo de terapia endovascular y derivación ventriculoperitoneal y se descarta estado hipertensivo asociado al embarazo. La paciente se encuentra actualmente viva y en tratamiento neurológico.

415

CARTEL 120

ECTRODACTILIA NO SINDROMÁTICA: REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LITERATURA

KABLY AMBE ALBERTO
CEVALLOS BUSTILLOS JAIME
LOPEZ RIOJA MIGUEL

CEPAM

Hospital Angeles Lomas

Objetivo del estudio: Reporte de caso de ectrodactilia no sindromatica y revision de la literatura

Materiales y métodos: Paciente primigesta sin antecedentes de importancia. Se realizó

ultrasonido a las 29.2 semanas (acorde a FUR), de 1250g en la p45. Morfología normal, a excepción de la mano izquierda con sólo tres huesos largos del metacarpo, y el dedo pulgar con dos falanges puntiformes que producen acortamiento significativo de éste. El segundo y tercer dedos muestran ausencia de huesos del metacarpo, y las tres falanges acortadas con un probable defecto transversal. Se atendió un parto eutócico obteniendo recién nacido femenino de 3250g, con Apgar 9-9.

Resultados: La ectrodactilia es una displasia ectodérmica rara, con una incidencia de 1:18000 recién nacidos. Es una malformación congénita, derivada del desarrollo aberrante eje digital central, caracterizada por la presencia de una hendidura media profunda de manos y/o pies, uni ó bilateral, y con frecuencia sindactilia. Consecuentemente, las manos o los pies asumen una forma similar a las pinzas de una langosta.

Conclusiones: Esta patología se presenta a veces en forma aislada, y otras en combinación con malformaciones de otros órganos o sistemas. La ectrodactilia no sindromática muestra en general, una transmisión autosómica dominante con penetrancia casi completa, sin embargo, la expresividad suele ser variable.

418

CARTEL 121

NACIMIENTO ASINCRÓNICO EN EMBARAZO GEMELAR

QUESNEL GARCIA BENITEZ CARLOS
CEVALLOS BUSTILLOS JAIME
COPADO MENDOZA YAZMIN

CEPAM

Hospital Angeles Lomas

Objetivo del estudio: Reporte de un caso de embarazo gemelar asincronica

Materiales y métodos: Paciente con embarazo gemelar doble de 15.5 semanas con diagnóstico a su ingreso de aborto en evolución, expulsando producto de aborto, con cérvix abierto, sin observar membranas protruyentes. Se realizó ultrasonido pélvico, verificando vitalidad del feto B. Se utilizaron uteroinhibidores, antibioticoterapia, y se colocó cerclaje cervical. Egresó del hospital

al segundo día sin complicaciones. A las 38.2 semanas de gestación inicia con actividad uterina regular, por lo que se retira cerclaje e induce trabajo de parto con oxitocina. Se atiende parto eutócico sin complicaciones obteniendo recién nacido femenino de 2700gr, Apgar 9-9, con placenta bicorior fusionada. Puerperio sin alteraciones.

Resultados: El nacimiento asincrónico en embarazo gemelar se presenta en 0.14 por cada 1000 nacimientos, y generalmente el primer feto expulsado se encuentra muerto o con mínimas probabilidades de supervivencia, por presentarse durante el primer y segundo trimestres. El tiempo en promedio transcurrido entre un nacimiento y otro es de 7 a 153 días. En este caso en particular, se logró mantener el embarazo por 158 días, tiempo mayor al promedio reportado en la literatura. Sin duda, es importante mencionar que en este caso, el nacimiento del segundo feto fue de término y sin complicaciones.

Conclusiones: En el embarazo gemelar hay casos donde la resolución es asincrónica, esta es una entidad poco frecuente en la cual el nacimiento de cada feto se presenta en diferente edad gestacional.

428 CARTEL 122

GEMELOS UNIDOS: REPORTE DE UN CASO PRODUCTO DICEFALO

HERRERA CERVANTES ARTURO
RUIZ CALDERON JORGE

SSA
Hospital General de Tijuana

Objetivo del estudio: Presentación de caso clínico de gemelo unido

Materiales y métodos: Revisión de la literatura

Resultados: Presentación de caso clínico

Conclusiones: Caso muy raro, 1 de cada 80,000 nacimientos

434 CARTEL 123

UTERO DIDELFO BICOLLIS, GESTACIÓN-ABORTO, DIFERENCIAS COLPOSCÓPICAS SIMULTÁNEAS, REVISIÓN DE UN CASO

DRUSSO VERA GASPAR
ROJAS SÁNCHEZ TERESITA MARÍA DEL ROSARIO
SORIANO LANDA NORMA PATRICIA

Centro de Docencia e Investigación en Patología del tracto genital y colposcopia SC Especialidades Médicas y Odontológicas

Objetivo del estudio: Analizar las diferencias colpo-citológicas que pueden existir en una paciente con útero Didelfo Bicollis durante el periodo de gestación.

Materiales y métodos: Paciente diagnosticada con útero Didelfo, Bicollis valorada antes de periodo gestacional y durante gestación, con toma de citología y colposcopia, entre el año 2009 a mayo del 2011, en el área de consulta externa en la unidad de Especialidades Médicas y Odontológicas en Ciudad Nezahualcóyotl, Edo de Méx.

Resultados: Citología y colposcopia en cavidad derecha con Alteraciones Inflamatorias.

Citología y colposcopia en cavidad izquierda con Lesión escamosa intraepitelial e bajo grado.

Conclusiones: 1.-La presencia de Útero Didelfo Bicollis permite gestación con seguimiento estrecho.

2.-Puede ocurrir la expulsión de productos de la concepción en primer trimestre de gestación sin afectación del embarazo simultáneo en paciente con Útero Didelfo Bicollis.

3.-Pacientes con Útero Bicollis pueden tener diferencias colposcópicas en un mismo momento.

441 CARTEL 124

QUISTE PARAMESONEFRICO TORCIDO EN SALPIGE DERECHA HALLAZGO TRANSCESAREA: REPORTE DE UN CASO

BERNAL DAVISH MIGUEL ANGEL
GUZMAN TAPIA MARIA NATIVIDAD
CARREIRA PEREZ GERARDO
ESTAWFERT GUTIERREZ DENISS LETICIA
MORAL NARANJO ALEJANDRO ALFONSO

PACHECO MOLINA CARLOS

Universidad Veracruzana
Facultad de Medicina Xalapa

Objetivo del estudio: Existen múltiples malformaciones congénitas de los conductos paramesonefricos o de Muller en útero, salpinges, cérvix y vagina como pueden ser desde pequeños tabiques longitudinales u horizontales parciales o totales o de pequeñas malformaciones como el útero arcuato hasta la gran malformación de duplicación de útero y cérvix llamados didelfo bicollis y de los más raros son a nivel de salpínges como la persistencia de este caso rudimentario y primitivo del conducto de Muller formándose un quiste torcido, la finalidad es presentar este caso raro.

Materiales y métodos: Paciente de 20 años de edad, cuenta con antecedentes de importancia los ginecoobstétricos, menarca 12, ritmo 30/4, primigesta, inicia vida sexual a los 19 años, una pareja sexual, citología cervicovaginal nunca, método de planificación a base de Marvelon por 9 meses con falla de uso perfecto del método, resto de antecedentes sin relevancia. Se ingresa a Hospital para su atención obstétrica con diagnóstico de primigesta, nulípara, con embarazo de 38.1 semanas de gestación, con 4 cm. de dilatación 100% de borramiento, membranas integrales, se le realiza cesárea tipo Kerr por trabajo de parto estacionario, naciendo un producto único vivo de sexo masculino, Apgar 8/10, Capurro 38 semanas, durante la revisión de la corredera parietocolica derecha se encuentra una tumoración sólida en el anexo dependiente de la salpínges de 9 cm de diámetro, hiperemia y con zonas de necrosis incipiente por torsión de su pedículo en el mesosalpinx, por lo que se extirpa, ovario derecho normal, se realiza la revisión de corredera parietocolica contra lateral con salpínges y ovario izquierdo normal.

Resultados: El reporte histopatológico de la salpínges derecha es quiste paramesonefrico torcido y hemorrágico.

Conclusiones: Discusión.- Los tumores de las salpinges son raros, de echo los malignos se tratan como si fueran de ovario, ya que su incidencia es

de 3.3 x un millón en EE UU precisamente por que hay poca literatura. Conclusión.- Es pertinente no olvidar hacer la revisión exhaustiva de los anexos durante cada cesárea ya que podemos encontrar un sinfín de patologías raras asociadas a los anexos, como en este caso.

447

CARTEL 125

EXPERIENCIA DEL PROTOCOLO "CODIGO ROJO" DE PLACENTA PREVIA EN LA UMAE "LUIS CASTELAZO AYALA"

TREJO ESPONDA CESAR AUGUSTO
LÓPEZ JIMÉNEZ SONIA

Instituto Mexicano del Seguro Social
UMAE Gineco 4 Luis Castelazo Ayala

Objetivo del estudio: Describir el impacto materno y fetal, del manejo protocolizado de las pacientes con diagnóstico de placenta previa, en la Unidad Médica de Alta Especialidad, "Luis Castelazo Ayala"

Materiales y métodos: Estudio retrospectivo y descriptivo de las pacientes que ingresaron al servicio de patología de la segunda mitad del embarazo, con diagnóstico confirmado de placenta previa, que fueron hospitalizadas desde su diagnóstico hasta la finalización del embarazo. El diagnóstico de placenta previa se realizó vía ultrasonido abdominal y posteriormente se confirmó mediante ultrasonido transvaginal. Las pacientes programadas se interrumpieron previa inducción de madurez pulmonar entre la semana 32 y 36 de gestación. Todas las pacientes programadas fueron atendidas por el jefe del servicio y/o coordinador, con médicos adscritos y personal del servicio implicado.

Resultados: De un total de 9,982 pacientes, 39 ingresaron al servicio con diagnóstico de placenta previa (prevalencia de 3.9 casos por cada 1,000 pacientes).

Características generales: N=39, Variables: Edad materna 32.6 ± 20.4 , días de estancia hospitalaria 20.4 ± 22.8 , Hemoglobina 12.9 ± 2.4 , Hematocrito 38.2 ± 6.6 %, Embarazo único 38 (97.4%), Embarazo gemelar 1 (2.5%), sangrado previo a la cirugía 17 (43.5%).

Antecedentes obstétricos: Partos previos 15 (38.4%), de los cuales: un parto 4 (10.2%), dos partos 7 (17.9%), tres partos 4 (10.2%). Cesáreas previas 15 (38.4%) de ellas: una cesárea 9 (23%), dos cesáreas 6 (15.3%). Abortos previos 9 (23%),

Alteraciones placentarias: placenta baja 11 (28.2%), placenta central 25 (64.1%), placenta marginal 3 (7.69%) y acretismo placentario 10 (25.6%).

La edad gestacional a la resolución del embarazo fue a las 32.4 ± 2.6 semanas. El 71.7% fueron por cesárea Kerr y 28.2% fue por cesárea clásica. El 69.2% de las cirugías fueron programadas y el 30.7% por urgencia. El sangrado fue 632.5 ± 938.8 ml. Complicaciones trans y posoperatorias: Histerectomía 10 (25.6%), acretismo 6 (15.38%), ligadura de hipogástricas 5 (12.8%), salpingo ooforectomía 1 (2.5%), reintervención 1 (2.5%).

Variables fetales: femenino 19 (48.7%), masculino 21 (53.8%), peso 2149.8 ± 579.6 g, Apgar al nacimiento 7.2 ± 1.0 . Apgar a los 5 minutos 8.5 ± 0.64 .

Conclusiones: El código rojo "código cien", es un proyecto eficiente para mejorar la calidad de atención en pacientes con alto riesgo obstétrico y quirúrgico. Que incluye a todo el personal incluyendo jefes y coordinadores de las áreas implicadas y el personal en general.

Al implementar la guía de manejo de placenta previa, el 70% de los casos para la resolución del embarazo fue por cirugía programada. Sin rebasar las 36 semanas de gestación, en coordinación con pediatría (UCIN). No hubo óbito, ni muerte perinatal.

En el 100% de casos con sospecha de acretismo placentario se corroboró este diagnóstico, y solo en un caso se reintervino quirúrgicamente por invasión de vejiga (percretismo). No hubo muerte materna.

448

CARTEL 126

EXPERIENCIA DEL PROTOCOLO "MANEJO DEL EMBARAZO GEMELAR" EN LA UMAE "LUIS CASTELAZO AYALA"

TREJO ESPONDA CESAR AUGUSTO
BLANQUEL G. JAIME

VIZUETH O. IYALHI
PEÑA G. JULIO C.

Instituto Mexicano del Seguro Social
UMAE Gineco 4 Luis Castelazo Ayala

Objetivo del estudio:

Introducción: El embarazo múltiple comprende más del 12% de las concepciones naturales, pero solo el 2% llega al término como gemelos y el 12% resulta en nacimientos individuales. La mayoría de las pérdidas fetales ocurre antes de las 24 semanas de gestación y es mayor en embarazos gemelares monocoriales que en los dicoriales, de 12.2 contra 1.8 respectivamente. En adición del 22 al 70% de los embarazos gemelares espontáneos diagnosticados por ultrasonido en el primer trimestre, uno de los gemelos se pierde o evanece en el segundo trimestre.

Objetivo: describir el impacto materno y fetal, del manejo protocolizado de las pacientes con diagnóstico de embarazo gemelar en la Unidad Médica de Alta Especialidad, "Luis Castelazo Ayala", en el servicio de complicaciones del segundo trimestre del embarazo, "4to piso Sur".

Materiales y métodos: Estudio observacional y descriptivo de las pacientes con diagnóstico de embarazo gemelar a las cuales se les llevo su control prenatal, así como la resolución del embarazo, entre el 2008 al 31 de junio de 2009.

Resultados: Un total de 72 casos de embarazos gemelares se resolvieron durante este periodo de tiempo, encontrando:

Motivo de la interrupción del embarazo: Trabajo de parto 24%, programada 20%, RPM 17%, RCIU 4%, EHIE 3%, se desconoce 32%.

Edad materna: 17-20 años 12%, 21-25 años 11%, 26-29 años 29%, 30-33 años 23%, 34-37 años 11%, 38-41 años 14%.

Tipo de corionicidad y amnios: momo-mono 17%, bi-bi 42% y mono-bi 41%

Turno de interrupción del embarazo: matutino 58%, vespertino 26% y nocturno 16%. Número de visitas a la consulta externa: 0 a 1 visitas 31%, 2 a 3 visitas 35%, 4 a 5 visitas 8%, 6 a 7 visitas 18%, 8 a 9 visitas 4% y > 10 visitas 4 %.

Se muestra una gráfica con las complicaciones del RN.

Conclusiones: El embarazo gemelar bicorial-biamniótico sigue siendo el tipo de corionicidad más frecuente, aunque en nuestra casuística observamos un aumento del embarazo monocorial, en relación probablemente por ser hospital de concentración. La programación de la paciente, el trabajo de parto y otras alteraciones son los motivos de interrupción del embarazo, pero en estos casos el primer lugar del turno para interrumpir es en el 60% de los casos en el turno matutino, con un 26% el turno vespertino y 16% en el turno nocturno. Actualmente el control del embarazo gemelar en nuestra unidad es más frecuente y al menos 3 consultas se proporcionan en caso de embarazo gemelar. La prematuridad y el síndrome de adaptación pulmonar son las causas más frecuentes de morbilidad en los recién nacidos.

450 CARTEL 127

MISOPROSTOL PARA EL TRATAMIENTO DEL ABORTO INCOMPLETO. EXPERIENCIA EN AMÉRICA LATINA E IMPLICACIONES EN EL SECTOR SALUD

FERNÁNDEZ PÉREZ HUGO
CORONILLA CONTRERAS OSCAR IVAN
MARTÍNEZ VIRUES ANTONIO ALBERTO
PEÑA MELANIE
SONI TRINIDAD CLEMENTINA
PÉREZ OSORIO HUGO

Secretaría de Salud del Estado de Veracruz
Centro de Especialidades Médicas del Estado de Veracruz

Objetivo del estudio: El misoprostol ha sido comprobado como un tratamiento eficaz y seguro para abortos incompletos. En 2009 la OMS lo agregó a su Lista de Medicinas Esenciales y muchas entidades internacionales y regionales recomiendan el método, incluyendo la Secretaría de Salud de México. A pesar de la evidencia el medicamento no ha sido ampliamente integrado dentro de los sistemas de salud para este fin. El objetivo del estudio es facilitar la integración del misoprostol

como un tratamiento no quirúrgico para el aborto incompleto dentro de los servicios existentes de atención postaborto en Veracruz.

Materiales y métodos: El misoprostol (dosis única de 400 mcg vía sublingual) se ofrece a toda paciente con diagnóstico de aborto incompleto menor de 12 SDG no complicado y que cumple con los criterios de elegibilidad. De marzo a agosto del 2011. El tratamiento se realiza ambulatoriamente desde el Departamento de Urgencias. Toda paciente se cita a los 15 días para revisión médica.

Resultados: Se trataron de marzo a agosto de 2011 a 66 pacientes con diagnóstico de aborto incompleto no complicado. La edad promedio de la paciente fue de 25 años, las semanas de gestación promedio fue de 8.7, el 28.7% no acudió a la cita de seguimiento a los 15 días postratamiento, del 71.3% se le dio seguimiento telefónico y/o hospitalario siendo exitoso al tratamiento en un 95.7% y solamente a 2 pacientes (4.2%) tratadas con misoprostol 400 mcg, se tuvo que realizar LUI. El 34% de las pacientes refiere como "muy aceptable" el dolor abdominal durante el tratamiento, el 63.8% lo refiere como "aceptable" y solo el 1.5% lo refiere como "inaceptable". El 74.4% refiere el sangrado transvaginal como escaso y el 57% de las pacientes prefieren seguimiento hospitalario.

Conclusiones: El misoprostol es efectivo en más del 95% y tiene varias ventajas por ser un tratamiento no invasivo, reducir el tiempo de espera dentro del servicio y evitar los procedimientos quirúrgicos y las complicaciones que éstos conllevan. Debido a la amplia disponibilidad a precio razonable del misoprostol, es una buena opción para el manejo de aborto incompleto.

MEDICINA MATERNO FETAL

49 CARTEL 128

ACONDROGENESIS: PRESENTACIÓN DE UN CASO

JASSO RÍOS FROYLÁN G.
TORRES FACUNDO LUIS ANTONIO
REYES GUAJARDO LUIS CARLOS

Hospital de Especialidades Quirúrgicas SA de CV

Objetivo del estudio: Presentación de un caso, revisión de la literatura

Materiales y métodos: No aplica

Resultados: No aplica

Conclusiones: No aplica

50 CARTEL 129

MALFORMACIONES FETALES EN DIABETES MELLITUS

JASSO RÍOS FROYLAN GUADALUPE
TORRES FACUNDO LUIS ANTONIO
REYES GUAJARDO LUIS CARLOS

Hospital de Especialidades Quirúrgicas SA de CV, Departamento de Medicina Materno-Fetal

Objetivo del estudio: Presentación de caso de doble sistema colector renal fetal en paciente con Diabetes Mellitus.

Materiales y métodos: No aplica

Resultados: No aplica

Conclusiones: No aplica

54 CARTEL 130

MORTALIDAD HEBDOMADAL EN EL HOSPITAL REGIONAL NO. 1 DEL IMSS, QUERÉTARO

BECERRA GONZÁLEZ WENDY
RODRIGUEZ MORÁN ANA GABRIELA
VEGA MALAGÓN GENARO
VEGA MALAGÓN MARTÍN
VILLAGRÁN HERRERA MARIA ELENA
SALDAÑA GUTIERREZ CARLOS

Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Querétaro
Hospital Regional del IMSS Querétaro

Objetivo del estudio: Determinar la frecuencia y factores asociados a la mortalidad hebdomadal en el HGR No. 1 del IMSS Querétaro.

Materiales y métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo y transversal., se analizaron todos los expedientes de las

mueres neonatales ocurridas durante los primeros siete días de vida extrauterina en el servicio de Pediatría el periodo de Enero de 2008 a Diciembre de 2009, se analizaron las causas del fallecimiento y factores asociados se utilizó estadística descriptiva para su análisis con medidas de tendencia central y de dispersión.

Resultados: En los dos años de estudio ocurrieron 79 muertes, 48 (61%) fueron del sexo masculino, el restante del femenino, las causas principales de muerte más frecuente fueron: Falla orgánica múltiple (15.2%) seguida de Choque mixto (10.1%), prematuridad extrema (8.9%), Insuficiencia respiratoria (8.8%), Asfixia neonatal (7.6%), choque cardiogénico (7.6%), la edad gestacional más frecuente fue de menos de 37 semanas con (74.7%), seguidas de RN de término con (16%), el peso al nacer fue de menor de 2,500 en (67.1%) y de 2500 a 2900 (25.3%) 30 niños (31.6%) presentaron alguna malformación congénita. Las patologías más frecuentes durante el embarazo fueron Infección de vías urinarias (21.5%) cervicovaginitis (21.5%) Preeclampsia-eclampsia (12.7%), la cesarea se efectuó en el (51.9%) de los casos y el (2.5%) parto con forceps, el 74.7 de las madres recibió control prenatal adecuado, el rango de edad más frecuente fue de 20 a 34 años con (41%).

Conclusiones: Es importante analizar aquellos factores que se asocian a la mortalidad hebdomadal durante el control prenatal para efectuar medidas preventivas oportunamente.

59

CARTEL 131

HOLOPROSENCEFALIA ASOCIADA A GASTROSQUISIS. REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

SANCHEZ CHAVEZ RICARDO ALONSO
GUZMAN AGUILAR MARCO
CARRASCO URRUTIA VICTOR
PRIETO ALVIDREZ ISRAEL
CORTES GALDEAN LIZETH
LOPEZ ROMERO BELEN

Servicios Estatales de Salud de Chihuahua
Hospital De La Mujer, Ciudad Juárez

Chihuahua. Universidad Autónoma de Ciudad Juárez.

Objetivo del estudio: EL reporte de un caso clínico y revisión de la literatura

Materiales y métodos: Se analizó el caso de una paciente de 24 años con diabetes tipo I, la cual cursa un embarazo de 28 Semanas por ultrasonido. Con trabajo de parto avanzado, Con rastreo ultrasonográfico reporta feto vivo de 27 semanas, Líquido amniótico disminuido para la edad gestacional, se observa defecto del cierre de pared anterior del abdomen, con salida de asas intestinales; así como alteraciones a nivel de cierre del paladar, se decide interrumpir el embarazo por vía abdominal.

Resultados: Se obtiene un producto femenino de 1 200 gramos, con una talla de 40 cm., la cual presenta labio y paladar hendido, así como Gastrosquisis, se realiza estudio histopatológico localizando defectos del cierre del paladar blando y óseo, con hipotelerismo, así como hipoplasia media facial, sin más alteraciones a nivel orbitario, encéfalo en forma de herradura, una división interhemisférica mal definida, con lóbulos cerebrales primitivos. Con estos datos se clasificó como Holoprosencefalia de tipo semilobar. También se corrobora defecto del cierre de pared anterior del abdomen con diagnóstico de Gastrosquisis.

Conclusiones: La Holoprosencefalia ocurre cuando se presentan alteraciones en la división del prosencefalo hacia los hemisferios cerebrales, del diencefalo, del bulbo olfatorio y óptico; según su anatomía se clasifica en holoprosencefalia alobar, semilobar y lobar; presenta como principal factor de riesgo la Diabetes mellitus tipo I. En cuanto a su asociación con Gastrosquisis, se han reportado casos aislados pero no se ha logrado establecer una alteración genética común entre estas patologías.

60

CARTEL 132

EXENCEFALIA, UN DEFECTO DEL TUBO NEURAL POCO FRECUENTE. DIAGNOSTICO POR RESONANCIA MAGNÉTICA. REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

SANCHEZ CHAVEZ RICARDO ALONSO

BARAJAS TEJA ULISES

FORNELLI LOPEZ ALDO

SANTANA PEÑA FERNANDO

CAMACHO TORRES PAOLA

CARRASCO URRUTIA VICTOR

Servicios Estatales de Salud de Chihuahua
Hospital De La Mujer, Ciudad Juárez
Chihuahua. Universidad Autónoma de Ciudad Juárez.

Objetivo del estudio: EL reporte de un caso clínico y revisión de la literatura

Materiales y métodos: Se analizó el caso de una paciente de 20 años, Primigesta, la cual cursa un embarazo de 28 semanas por amenorrea tipo I y producto con reporte de US de anencefalia de 28 semanas de gestación, Control prenatal irregular, se lleva embarazo a término, se realiza IRM fetal, la cual reporta lo siguiente ausencia de huesos craneales, con presencia de tejido cerebral rudimentario, hemisferios cerebrales disminuidos en tamaño, columna vertebral íntegra, cara en batracio, sin más alteraciones estructurales.

Resultados: Se obtiene a las 38 semanas de gestación, un producto masculino de 3.500 gramos, con una talla de 62 cm., el cual presenta una masa en región cefálica con ausencia de huesos del cráneo, con inserción normal de pabellones auriculares, con presencia de reflejos fotomotores, sin defectos de cierre en resto de SNC, por lo cual se diagnostica como una exencefalia.

Conclusiones: La exencefalia es una enfermedad poco frecuente, el pronóstico no es favorable para la vida o función,1,2,4 esta ocurre cuando hay alteración de la migración-cierre del neuroporo cefálico hacia su porción anterior,3en cuanto al diagnóstico por imagenología podemos ver la ausencia de cráneo pero la presencia de tejido cerebral, La cara se aprecia hasta el nivel de las órbitas, dando una imagen de cara en batracio o "Mickey Mouse",3,13,14 pero por encima de ellas no se puede diferenciar más estructuras craneanas.

95

CARTEL 133

**HERNIA DIAFRAGMATICA CON-
GENITA IZQUIERDA. REPORTE DE
UN CASO**

PEREZ SAMPERIO MONICA
RAMIREZ LOPEZ GILBERTO
ROSAS CHAVEZ ABRAHAM
HERNANDEZ RINCON YAHIR

Instituto Materno Infantil del Estado de
Mexico. Imiem
Medicina Materno Fetal. IMIEM

Objetivo del estudio: Reportar un caso clínico de hernia diafragmatica congenita en un producto de 33.3 semanas, las características ultrasonograficas, su seguimiento y resolucion del embarazo.

Materiales y métodos: reporte de un caso
Resultados: A las 36.5 semanas se observa desviación de la vena umbilical, sugestiva de herniación hepática, por lo que se decide interrupción del embarazo vía abdominal. Se realiza cesárea sin complicaciones aparentes, es recibido por el servicio de neonatología y cirugía pediátrica para su manejo oportuno.

Conclusiones: La hernia diafragmática congénita es una alteración que se deriva de la fusión inadecuada de la membrana pleuroperitoneal, dependiendo del periodo en que ocurre la herniación y el volumen de los órganos involucrados compromete el desarrollo pulmonar normal. La frecuencia de aparición va de 1:2000 a 1:5000 recién nacidos vivos, siendo más frecuentemente del lado izquierdo (80-90%), presentando una alta mortalidad que va del 25 al 80% a pesar de los avances en el manejo prenatal y postnatal.

167

CARTEL 134

**DIAGNOSTICO PRENATAL: HO-
LOPROSENCEFALIA ASOCIADA A
MONOSOMIA 21.**

IBARRA ESTRADA EVERARDO IBA-
RRA
GILES FIERRO RENE
HIGAREDA SANCHEZ RODOLFO
CARRILLO VIDRIO HECTOR JESUS

ISSEMYM

Hospital Materno Infantil

Objetivo del estudio: Presentar el caso de una paciente de 32 años con embarazo del segundo trimestre, con antecedente de infertilidad secundaria, y un hijo con monosomía 21. que se identifica prenatalmente holoprosencefalia, con reporte de estudio citogenetico de liquido amniotico de monosomía 21.

Materiales y métodos: Caso clinico de paciente de 32 años, gesta 3, aborto 1, parto 1, con embarazo del segundo trimestre. antecedente de infertilidad secundaria y un hijo con monosomía 21.

Se realiza diagnostico prenatal a las semana 16.6 de holoprosencefalia, con proboscis, arrinia y ciclopia.

Con manejo multidisciplinario, valoracion por genetica y psicologia. se realiza amniocentesis a la semana 18, con cariotipo en amniocitos reportandose monosomía 21.

Resultados: Ultrasonido de segundo nivel a la semana 16.6 de gestacion reporta feto unico, vivo, con fetometria promedio para 16.2 sdg, con peso aproximado de 160 gramos, sexo masculino, con placenta corporal posterior grado I de maduracion, liquido amniotico cualitativamente normal. a nivel de craneo se encuentra hidrocefalia severa, no se identifica liena media, con talamos fusionados, perfil facial alterado a expensas de ciclopia, proboscis y arrinia. no se encuentran otras alteraciones estructurales.

Se realiza asesoria genetica, y se propone amniocentesis diagnostica. se reporta cariotipo 45,XY,-21.

Conclusiones: La holoprosencefalia es un trastorno genetico y fenotipicamente heterogeneo, que afecta el desarrollo del cerebro anterior y de la linea media del plano facial. se presenta en aproximadamente 1 en 8,000 hasta 41 por 100,000. puede afectar al menos a 12 locus de 11 cromosomas. el unico teratogeno materno es la diabetes. de todos los casos 41% tienen asociacion con anomalías cromosomicas.

El diagnostico se puede llevar a cabo mediante ultrasonografia tan temprano como a la semana 14-16. el diagnostico diferencial principal es con desórdenes genicos como

síndrome de smith-lemli-optiz, trisomias 13, 18 y 21, asi como con mosaicismos.

La holoprosencefalia alobar es letal, el 80% fallecen al nacimiento y el resto en ltranscurso de la siguiente semana.

El cariotipo es obligado y debe ofrecerse interrupcion voluntaria del embarazo a los fetos no viables.

El riesgo de recurrencia se estima en un 6% en ausencia de alteraciones cromosomicas. y de un 25-50% en las hereditarias.

217

CARTEL 135

**CORIANGIOMA: REPORTE DE UN
CASO**

FERIA SOSA ANTONIO LUIS
PÉREZ VALDÉS ADRIANA DEYANIRA
CORTES LARA MARIA PALMIRA
BAZALDÚA CRUZ JUAN JOSÉ
GARCIA DE LA TORRE JOSÉ IGNACIO

Intituto Mexicano del Seguro Social
Hospital General de Zona No. 1 Saltillo
Cohuila

Objetivo del estudio: Se realiza el reporte de un caso el cual fue diagnosticado a las 30 semanas como probable coriangioma, se da seguimiento prenatal y se confirma diagnóstico con estudio de histopatología.

Materiales y métodos: Se realiza presentación de un caso el cual se dio seguimiento y atención en el Hospital General de Zona No. 1 en Saltillo Coahuila México y revisión de la literatura.

Resultados: Se realizan evaluaciones semanales con fetometría, evaluación de liquido amniótico y Doppler hasta semana 37 cuando presenta ruptura prematura de membranas obteniendo por cesárea recién nacido único vivo del sexo femenino de 3,000 g. con talla de 48 cm Apgar de 8/9 y Capurro de 37 semanas de gestación. El estudio histopatológico reportó una placenta y tumoración en conjunto con peso de 980 g, la tumoración con dimensiones de 10 x 6 x 6.5 cm con datos histopatológicos compatibles con coriangioma.

Conclusiones: El corioangioma o heman-
gioma de la placenta (también llamado
angioma, mixoma o fibroma) es el tumor
no trofoblástico más frecuente de la pla-

centa. Es una lesión rara que se origina de los vasos sanguíneos del plato coriónico y de las vellosidades coriónicas. La incidencia real es desconocida. Se reporta desde 1:9,000 hasta 1:50,000 placentas. Este tumor generalmente no se asocia a complicaciones materno fetales a menos que el tamaño supere 5 cm de diámetro o que se encuentre cerca del sitio de inserción del cordón umbilical. Cuando el tumor es grande puede complicar el embarazo con hidramnios, hemorragia posparto, retraso en el crecimiento intrauterino e insuficiencia cardíaca congestiva en el recién nacido, en nuestro caso en base a un seguimiento semanal con Doppler de arteria umbilical y arteria cerebral media fetal se logra llevar el caso hasta las 37 semanas obteniendo recién nacido de término y sin complicaciones al nacimiento y un año después con desarrollo psicomotor normal para la edad.

221

CARTEL 136

RESULTADOS PERINATALES DE MUJERES EN LA ADOLESCENCIA TEMPRANA EN EL HOSPITAL CIVIL DR. JUAN I. MENCHACA

ROMO HUERTA HILIANA PATRICIA
ESMERALDA
TORRES MERCADO ARTURO JAVIER
CASTELLANOS HERNANDEZ MIGUEL DAVID

Hospital Civil de Guadalajara "Dr. Juan I. Menchaca"
División de Ginecología y Obstetricia.

Objetivo del estudio: General; Conocer la frecuencia de los resultados perinatales de mujeres embarazadas en la adolescencia temprana cuya resolución obstétrica fue atendida en el Hospital Civil de Guadalajara "Dr. Juan I. Menchaca" Durante el período de Enero a diciembre de 2010.

Objetivos Específicos: conocer la frecuencia de antecedentes demográficos (edad, escolaridad, ocupación, estado civil).

Conocer la frecuencia de los antecedentes gineco-obstétricos (menarca, inicio de vida sexual, número de parejas sexuales, ante-

cedentes gestacionales). Conocer la edad gestacional al momento del nacimiento y vía de terminación del embarazo.

Conocer las características de los recién nacidos (hijos de las mujeres embarazadas que conformaban la población mencionada).

Materiales y métodos: Se realizó un estudio descriptivo, observacional, de cohorte, transversal, retrospectivo.

Universo del Estudio:

Todas las pacientes embarazadas que acudieron al Hospital Civil de Guadalajara "Dr. Juan I. Menchaca" durante el período comprendido de Enero a Diciembre del 2010.

Criterios de Inclusión:

Adolescentes embarazadas menores a 15 años al momento de la terminación del embarazo.

Con o sin Control Prenatal en la Institución.

Que la atención Obstétrica para la terminación del embarazo se realizara en el Hospital Civil de Guadalajara "Dr. Juan I. Menchaca".

Criterios de Exclusión;

Aquellas pacientes cuyo expediente clínico no pudo ser localizado para corroborar la información o esta fuera incompleta.

Variables Independientes:

Edad (cuantitativa / intervalo) (años cumplidos)

Ocupación (cualitativa / nominal)

Escolaridad (cualitativa / ordinal)

Estado Civil (cualitativa Nominal)

Menarca (cuantitativa / intervalo) (años completos)

Inicio de vida sexual activa (cuantitativa / intervalo) (años completos)

Número de parejas sexuales (Cuantitativa / intervalo) (número)

Número de Gestaciones (Cuantitativa / Intervalo) (número)

Variables Independientes:

Edad Gestacional al momento de la interrupción (cuantitativa / intervalo) (semanas completas)

Tipo de Atención Obstétrica al nacer (vía de interrupción).

Peso al nacimiento (cuantitativa / intervalo) (gramos completos)

Calificación de Apgar (cuantitativa / Intervalo) (número completo)

Calificación de Capurro (cuantitativa / Intervalo) (número de completo)

Validación de datos: se realizó una base de datos analizados por medio del programa SPSS para Windows y Excell 2007 (Microsoft Office), utilizando estadística descriptiva, medidas de tendencia central y dispersión, rango, media, desviación estandar, proporciones y porcentajes.

Resultados: Se realizó un estudio descriptivo, observacional, de cohorte, transversal, retrospectivo.

Universo del Estudio:

Todas las pacientes embarazadas que acudieron al Hospital Civil de Guadalajara "Dr. Juan I. Menchaca" durante el período comprendido de Enero a Diciembre del 2010.

Criterios de Inclusión:

Adolescentes embarazadas menores a 15 años al momento de la terminación del embarazo.

Con o sin Control Prenatal en la Institución.

Que la atención Obstétrica para la terminación del embarazo se realizara en el Hospital Civil de Guadalajara "Dr. Juan I. Menchaca".

Criterios de Exclusión;

Aquellas pacientes cuyo expediente clínico no pudo ser localizado para corroborar la información o esta fuera incompleta.

Variables Independientes:

Edad (cuantitativa / intervalo) (años cumplidos)

Ocupación (cualitativa / nominal)

Escolaridad (cualitativa / ordinal)

Estado Civil (cualitativa Nominal)

Menarca (cuantitativa / intervalo) (años completos)

Inicio de vida sexual activa (cuantitativa / intervalo) (años completos)

Número de parejas sexuales (Cuantitativa / intervalo) (número)

Número de Gestaciones (Cuantitativa / Intervalo) (número)

Variables Independientes:

Edad Gestacional al momento de la interrupción (cuantitativa / intervalo) (semanas completas)

Tipo de Atención Obstétrica al nacer (vía de interrupción).

Peso al nacimiento (cuantitativa / intervalo) (gramos completos)

Calificación de Apgar (cuantitativa / Intervalo) (número completo)

Calificación de Capurro (cuantitativa / Intervalo) (número de completo)

Validación de datos: se realizó una base de datos analizados por medio del programa SPSS para Windows y Excell 2007 (Microsoft Office), utilizando estadística descriptiva, medidas de tendencia central y dispersión, rango, media, desviación estandar, proporciones y porcentajes.

Conclusiones: El embarazo adolescente es un problema de salud pública que ha ido en crecimiento durante los últimos años, y que afecta severamente el desarrollo biopsicosocial de la nueva madre. A menor edad existen mayores factores de riesgo para desencadenar complicaciones perinatales, por lo que, del grupo de adolescentes, las de 15 años o menos son las más expuestas a morbilidad materna. Es necesario estratificar los estudios que se realizan en el grupo de adolescentes, debido a las marcadas diferencias entre las adolescentes tempranas y las de mayor edad, es preferible analizarlas por separado.

Existe un alto porcentaje de madres adolescentes que se refieren como dedicadas al hogar, situación que pone de manifiesto la posibilidad de que las mismas abandonen la vida académica o laboral, limitando sus posibilidades de superación a las que puede proporcionar la pareja o los padres (cuando tienen el apoyo de éstos). Se debe trabajar en la orientación de las adolescentes para favorecer su reintegración a la sociedad como madres que también son capaces de terminar sus estudios o trabajar.

Es importante fomentar la necesidad de iniciar el control prenatal tempranamente y continuarlo puntualmente, ya que esto mejorará las condiciones de la gestante adolescente y las del futuro bebé. Informar y educar a estas pacientes (adolescentes) en temas importantes para evitar la morbi-mortalidad tanto materna como neonatal, tales como la anticoncepción post-evento obstétrico, la lactancia materna, la estimulación temprana, los cuidados propios del embarazo y del puerperio. Implementar políticas públicas que apoyen la difusión masiva de información, en medios accesibles a las adolescentes, acerca de la prevención primaria y secundaria, ofertar métodos anticonceptivos a las adolescentes que hayan iniciado vida sexual activa, antes de que ocurra el embarazo.

230

SÍNDROME DE EDWARDS. REPORTE DE UN CASO

STAINES ALARCÓN ROSARIO
IGLESIAS BENAVIDES JOSÉ LUIS
SEPÚLVEDA GONZÁLEZ GERARDO
VILLARREAL RODRÍGUEZ ALBERTO

UANL

Hospital Universitario, Departamento de Obstetricia, Servicio de Perinatología

Objetivo del estudio: El síndrome de Edwards o trisomía 18 (47,XX (Y) +18), Tiene una incidencia de 1:4,000 a 1:8,000 RN vivos, se asocia a una letalidad intrauterina (80%). La tríada de polihidramnios, retraso del crecimiento y postura anormal de la mano sugiere esta trisomía. Los hallazgos característicos incluyen malformaciones cardíacas, una sola arteria umbilical, hidronefrosis, cisterna magna anormal, malformación de Dandy-Walker, occipucio prominente, quistes del plexo coroideo (en 1/3 de fetos afectados y sólo en 1-2% de fetos normales), microftalmos, hipertelorismo, micrognatia, labio y paladar hendido, esternón corto, dedos de la mano en flexión y pies arqueados con calcáneo saliente Similar a la trisomía 21, en un 80-85% de los casos el origen radica en la ausencia de disyunción meiótica, el 10% en mosaicismo y un 5% en translocación.

Materiales y métodos: Se presenta paciente de 18 años, primigesta, cursando 29.1 semanas referida por múltiples malformaciones fetales y restricción del crecimiento intrauterino. Se realizó US encontrando Restricción del Crecimiento Intrauterino simétrica correspondiendo a 25.1 sdg, con cardiopatía compleja (CIV, ventrículo izquierdo hipoplásico, doble salida del ventrículo derecho), mielomeningocele lumbosacro cerrado, ventriculomegalia, micrognatia, clinodactilia bilateral y pie equinovaro bilateral. Se realizó cordocentesis para cariotipo fetal en la semana 30 encontrando 47,XY, +18.

Resultados: Continúa su control prenatal asintomática hasta la semana 39 cuando presentó actividad uterina. Se obtuvo producto único vivo de sexo masculino,

CARTEL 137

de 1480 gr con apgar 0-8 y capurro 35.6 semanas, el cual fallece al tercer día de vida extrauterina. Se realizó la autopsia encontrando características fenotípicas de trisomía 18: frente prominente, hipertelorismo, puente nasal corto, microstomia, micrognatia y pabellones auriculares de implantación baja. Además malformaciones cardíacas complejas: comunicación interventricular alta, dilatación de la aurícula izquierda, estenosis de válvula tricuspídea; mielomeningocele, nefrogénesis tipo 2, divertículo de Meckel, tejido pancreático ectópico en yeyuno, criptorquidia bilateral.

Conclusiones: La evaluación sistemática con ultrasonido permite detectar los rasgos externos característicos, así como las anomalías letales de la trisomía 18. Los fetos con Síndrome de Edwards tienen un pronóstico muy pobre. La identificación sonográfica de los defectos estructurales mayores permite dar una asesoría genética adecuada y un manejo más razonable de la paciente gestante.

248

CARTEL 138

IMPORTANCIA DEL ULTRASONIDO EN LA ATENCIÓN PRENATAL

PANDURO BARÓN J. GUADALUPE
PANDURO MOORE ELIZABETH GUADALUPE
PERAZA MARTÍNEZ DAMIÁN
PÉREZ MOLINA J. JESÚS
BARRIOS PRIETO ERNESTO
CASTRO HERNÁNDEZ JUAN FRANCISCO

Hospital Civil de Guadalajara, Universidad de Guadalajara

Unidad de Medicina Materno Fetal, Departamento de Reproducción Humana, CUCS, U. de G.

Objetivo del estudio: En el siglo XXI, el uso del ultrasonido que es un paraclínico importante en el diagnóstico prenatal y en la vigilancia del bienestar fetal ha estado desplazando indebidamente a la clínica en los últimos años en la consulta prenatal. El objetivo de este estudio es conocer la percepción de la mujer durante su embarazo

en relación al uso del ultrasonido que es más importante, el realizar un estudio de ultrasonido o la consulta médica.

Materiales y métodos: En la Unidad de Medicina Materno Fetal del Hospital Civil de Guadalajara "Dr. Juan I. Menchaca" en el año 2010, se realizó un estudio observacional descriptivo, con 600 mujeres que acudieron a realizarse un ultrasonido en el tercer trimestre del embarazo. Se investigaron diferentes variables, analizándose con porcentajes y media, para conocer si las pacientes consideran más importante el ultrasonido que la consulta médica en el embarazo.

Resultados: Edad media 24.5 años, casadas 40%, zona metropolitana de Guadalajara 88.6%, escolaridad de secundaria o más 73.3%. Edad gestacional promedio 32.9 semanas. El 83.7% tenía seguro popular y 2.3% IMSS. Se habían realizado previamente 2.9 estudios de ultrasonido y el 52.6% se realizó su primer estudio en medio particular. El 3.3% pensaba que el ultrasonido hacía daño al feto. Solo el 18% consideró más importante la consulta médica y el 24.3% dijo que el ultrasonido era más importante.

Conclusiones: En la actualidad los pacientes consideran más importante los paraclínicos que la atención médica, con lo que se está perdiendo la relación médico-paciente. Se "obliga" a que el médico realice estudios sin que se requieran lo que ocasiona que se incrementen los costos de la medicina, se aumenten los errores diagnósticos, creando finalmente angustia en los pacientes

250

CARTEL 139

EFFECTIVIDAD DEL ULTRASONIDO PARA EL DIAGNOSTICO PRENATAL DE ACRETISMO PLACENTARIO Y SU IMPACTO SOBRE LA MORBIMORTALIDAD MATERNA Y NEONATAL

NUEVO ADALLA OSKAR OSWALDO
RODRIGUEZ JAIMES CLAUDIA
MIRANDA ARAUJO OSWALDO
REYES MUÑOZ ENRIQUE

Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa De Los Reyes

Objetivo del estudio: Conocer la efectividad del ultrasonido para el diagnostico prenatal de acretismo placentario y su impacto sobre la morbilidad materna y neonatal.

Materiales y métodos: Estudio transversal, se incluyeron mujeres con histerectomía obstétrica con estudio histopatológico. grupo 1, mujeres con diagnóstico prenatal de acretismo placentario por ultrasonido y grupo 2, mujeres sin diagnóstico prenatal de acretismo placentario. se calculó la sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y valor predictivo negativo del ultrasonido para el diagnostico prenatal de acretismo placentario comparado con el estudio histopatológico. se compararon las características clínicas y morbilidad entre ambos grupos.

Resultados: Grupo 1 (n=42) y grupo 2 (n=40). la efectividad diagnóstica del ultrasonido fue: sensibilidad: 49.27%, especificidad: 38.46%, valor predictivo positivo: 80.95% y valor predictivo negativo: 12.5%. el antecedente de 3 o más cesáreas y el diagnóstico prenatal de placenta previa fueron significativamente mayores en el grupo 1. se realizó cesárea corporal en 59% vs 30%, grupo 1 vs 2, respectivamente, (p=0.008). no hubo diferencias en la morbilidad materna y neonatal entre ambos grupos.

Conclusiones: El ultrasonido tiene un valor predictivo positivo aceptable pero un pobre valor predictivo negativo para el diagnóstico prenatal de acretismo placentario. la morbilidad materna y neonatal en mujeres con y sin diagnóstico prenatal de acretismo placentario es similar, si se cuenta con un equipo médico quirúrgico multidisciplinario, banco de sangre con hemoderivados disponibles en suficiente cantidad y unidad de cuidados intensivos, propios de un tercer nivel de atención.

272

CARTEL 140

DIGNÓSTICO PRENATAL: TUMORACIÓN INTRACARDIACA FETAL

IBARRA ESTRADA EVERARDO
HIGAREDA SANCHEZ RODOLFO

ISSEMYM
Hospital Materno Infantil

Objetivo del estudio: Presentar el caso clínico de una paciente de 25 años, gesta 2, para 1, con embarazo de 26.0 semanas de gestación y tumoración intracardiaca fetal.

Materiales y métodos: Se analiza el caso de una paciente del hospital materno infantil issemym, de 25 años de edad, gesta 2, para 1, sin antecedentes de importancia. se realizó diagnóstico prenatal con ultrasonido de segundo nivel con los siguientes hallazgos: se encuentra nivel cardíaco imagen de 4 cámaras asimétrica, a expensas de de tumoración intracardiaca, a nivel del ventrículo derecho de 2.12 x 1.55 cm y, a nivel de tabique interventricular de 0.73 x 0.6 cm, no derrame pericárdico, ni dilatación de grandes vasos, concordancia auriculoventricular y ventrículo arterial, sin otras alteraciones aparentes. la valoración por cardiología pediátrica no revela otras alteraciones a nivel cardíaco.

se realiza abordaje multidisciplinario por psicología, genética perinatal, neonatología, cardiología pediátrica y medicina materno fetal.

Resultados: A las semana 33.0 de gestación se ingresa al servicio de urgencias con el diagnósticos de muerte fetal tardía iniciando inducción de trabajo de parto obteniendo recién nacido masculino óbito de 1900grs, corroborándose por patología el diagnóstico de rabiomoma intracardiaco fetal.

Conclusiones: Los tumores primarios del corazón son poco frecuentes. su incidencia a cualquier edad es de 0.005 a 0.05%, y de 0.27% en pacientes pediátricos. el 90% de estos tumores son benignos y asintomáticos. los rabiomomas son hamartomas o malformaciones más que verdaderas neoplasias, causados por mutaciones en los genes tsc 1 y tcs 2, asociándose en más del 50% a esclerosis tuberosa. durante la etapa fetal pueden manifestarse como hidrops fetal no inmune, poli-hidramnios, arritmias y muerte fetal. el manejo debe ser en forma multidisciplinario. la madre y los familiares deben estar informados sobre el pronóstico a corto y largo plazo.

273

CARTEL 141

DIAGNÓSTICO PRENATAL: HOLOPROSENCEFALIA ALOBAR ASOCIADA A MONOSOMIA 21

IBARRA ESTRADA EVERARDO
BLANCO AGUIRRE MARIA ESTHER
GILES FIERRO RENE
HIGAREDA SÁNCHEZ RODOLFO
CARRILLO VIDRIO HECTOR JESUS

ISSEMYM
Hospital Materno Infantil

Objetivo del estudio: Presentar el caso clínico de una paciente de 32 años con embarazo del segundo trimestre, con alto riesgo por antecedente de un aborto y un hijo con síndrome cromosómico (monosomía 21), con diagnóstico prenatal de holoprosencefalia alobar a las 16 semanas de gestación.

Materiales y métodos: Se analiza el caso de una paciente del hospital materno infantil issemym, de 32 años de edad, gesta 3, aborto 1, para 1, con antecedente de un hijo con monosomía 21.

Se realizó diagnóstico prenatal con ultrasonido de segundo nivel con los siguientes hallazgos: ventrículo único, ausencia de línea media, fusión de talamos, proboscis, ciclopia y arrinia. no se encontraron otros defectos estructurales. con fetometría acorde a fuma, placenta y líquido amniótico normales. se realiza amniocentesis a la semana 21 y se realiza cariotipo a la pareja. además de estudio de fish en el hijo con monosomía 21 para determinar si la alteración es regular, parte de un mosaicismo o parte de un rearrreglo estructural. a petición de la paciente se somete caso a sesión por el subcomité de bioética del hospital con la participación de los siguientes servicios: trabajo social, psicología, genética perinatal, neonatología, medicina materno fetal y representante del departamento jurídico de la institución.

Resultados: El cariotipo en amniocitos, en 5 cultivos primarios y 4 subcultivos se reporta 45, xy,-21. sin anomalías estructurales.

El cariotipo del padre es normal y el cariotipo de la madre se reporta 46, xx, inv (21)(p21q22.1).

El producto obtenido presenta un fenotipo de holoprosencefalia alobar, con etmocefalia (proscis, ciclopia y arrinia). el estudio de la necropsia no se demuestran otros defectos estructurales externos o internos.

Conclusiones: Se reporta una monosomía 21 regular asociada a holoprosencefalia alobar. el riesgo de recurrencia se calcula de acuerdo al tipo de segregación cromosómica, tratándose de un rearrreglo estructural.

El diagnóstico de holoprosencefalia alobar se puede llevar a cabo mediante ultrasonografía tan temprano como la semana 14 de gestación. La holoprosencefalia alobar es letal. el cariotipo fetal es obligado, debe ofrecerse la interrupción voluntaria del embarazo a los progenitores con fetos no viables.

292

CARTEL 142

MALFORMACIONES DE ÚTERO Y VAGINA EN FETOS. SERIE DE CASOS

ACEVEDO GALLEGOS SANDRA
GALLARDO GAONA JUAN MANUEL
VELAZQUEZ TORRES BERENICE
RAMIREZ CALVO JOSÉ ANTONIO
GUZMAN HUERTA MARIO E.
DURÁN COLIN ANNE AZRIEL

Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa De los Reyes
Departamento de Medicina Fetal INPerIER

Objetivo del estudio: Describir una serie de casos de fetos con diagnóstico prenatal de malformaciones de útero y vagina en el Instituto Nacional de Perinatología en el periodo de 2007 a 2011

Materiales y métodos: Se reportan ocho casos evaluados en el Departamento de Medicina Fetal del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes que fueron diagnosticados con alteraciones probables de útero y/o vagina en el periodo de 2007 a 2011.

Resultados: La edad materna tuvo un rango de 19 a 36 años, la edad gestacional al momento del diagnóstico fue de 20.2 a 30.3 semanas, los diagnósticos de refe-

rencia en general fue la presencia de una imagen quística intraabdominal. Entre los hallazgos en el ultrasonido de II nivel se encontraron la presencia de una imagen quística intraabdominal quística, hidronefrosis bilateral y ascitis. Al nacimiento se corroboró el diagnóstico de hidrometrocolpos además de otras alteraciones asociadas. La corroboración se realizó por estudio anatomopatológico en cinco muertes perinatales tempranas y en tres pacientes que sobrevivieron en el momento de la corrección quirúrgica.

Conclusiones: El diagnóstico prenatal de estas entidades es muy importante debido a su relación con síndromes genéticos y a la posibilidad de corrección quirúrgica neonatal. Se incluye un flujograma para el abordaje diagnóstico y diagnóstico diferencial con otras entidades semejantes.

303

CARTEL 143

HIGROMA QUÍSTICO DE RESOLUCIÓN ESPONTÁNEA; PRESENTACIÓN DE UN CASO

BRACAMONTE DÍAZ ANGÉLICA SARAÍ
INFANTE SALINAS ROBERTO
GONZÁLEZ RAMOS RENÉ MÓNICO

Instituto Mexicano del Seguro Social
Unidad Médica de Alta Especialidad No. 23 Ignacio Morones Prieto, Monterrey
Nuevo León, Servicio de Medicina Fetal

Objetivo del estudio: Presentar un caso de la presencia de Detección de Higroma Quístico en primer trimestre, complicado con hidrops fetal, con resolución espontánea y obtención de un recién nacido sano.

Materiales y métodos: Femenino de 32 años, casada, dedicada al hogar, niega cronicod degenerativos, niega toxicomanías, antecedentes familiares de diabetes mellitus e hipertensión. Menarca a los 12 años, ritmo regular, Gestas 3 Para 1 sin complicaciones hijo sano, aborto 1 a las 13 semanas huevo muerto retenido, requiriendo de legrado uterino hace 2 años, cesárea 1 actual, ingesta de hematinicos y ácido fólico. FUM 25 Octubre 2010, eco de las 13 semanas detecta higroma

quistico e hidrops fetal, taquicardia fetal y sin movimientos fetales. Se advierte mal pronóstico. Eco de las 15 semanas empieza a disminuir líquido amniótico pero ya se normalizo frecuencia cardiaca y con movimientos fetales presentes. A la semana 17 se aprecia adecuado crecimiento fetal de acuerdo a la edad sin detectar evidencia de hidrops ni datos de higroma quístico, líquido amniótico normal. Eco de la semana 31 se detecta nuevamente disminución importante del líquido amniótico, por lo que es hospitalizada, es valorada por el departamento de medicina fetal con diagnóstico de anhidramnios, hipoplasia de cavidades izquierdas, derrame pericardico leve y eco doppler anormal con datos de centralización de flujo, por lo que se solicita cesárea advirtiendo posibilidades de aneuploidia. Se obtiene producto vivo de 1300 grs, llora y respira al nacer, apgar 8-9, sin necesidad de oxígeno suplementario, ecocardiograma y eco renal normal, adecuada ganancia de peso, sin datos de enfermedad. Se egresa a los 28 días como recién nacido sano.

Resultados: Presentación de Imágenes del caso

Conclusiones: Del 15 al 30% de los higromas detectados en el primer trimestre, presentan resultados normales al nacimiento. Cada caso es diferente, por lo que de acuerdo a la literatura y opiniones de expertos, el manejo inicial cuando diagnosticamos un higroma quístico debería ser el siguiente: Realización de cariotipo fetal, Ecocardiografía fetal precoz y Ecografía morfológica temprana. Se sugiere, además, el control de crecimiento fetal y controles mediante NST en el tercer trimestre, dado el incremento de riesgo de resultados adversos antenatales y elevado riesgo de muerte intrauterino

318

CARTEL 144

CONTROL GLUCÉMICO AL INGRESO A CONTROL PRENATAL Y RESULTADOS PERINATALES EN MUJERES EMBARAZADAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2

REYES MUÑOZ ENRIQUE
PEÑA GARCÍA ARELY
RAMÍREZ TORRES MARÍA AURORA

Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes.
Departamento de Endocrinología.

Objetivo del estudio: Conocer la prevalencia de control glicémico (CG) al ingreso a control prenatal y el impacto en los resultados perinatales en mujeres con DMT2.

Materiales y métodos: Estudio transversal comparativo, se incluyeron 332 mujeres embarazadas con DMT2. Grupo 1 (n=96) mujeres en CG y grupo 2 (n=236) mujeres en descontrol glicémico (DG) al ingreso a control prenatal, se compararon los resultados perinatales en cada grupo.

Resultados: La glucosa y hemoglobina glucosilada al ingreso fueron significativamente mayores en el grupo 2 vs grupo 1, 208.5 ± 77 mg/dL vs 96.2 ± 17 mg/dL y 8.6 ± 1.6 % vs 5.7 ± 0.4 %, respectivamente ($p=0.00001$) los requerimientos de insulina fueron mayores en el grupo 2 vs el grupo 1 ($p=0.00001$). Las mujeres que ingresan en DG y no se controlan durante el embarazo presentaron mayor riesgo de parto pretérmino OR (IC 95%): 2.6 (1.4-2.8), polihidramnios OR: 6.6 (1.5-29.6) y malformaciones fetales OR: 9.3 (1.2-72.9). No hubo diferencias en el resto de resultados perinatales.

Conclusiones: Más del 70% de mujeres mexicanas con DMT2 ingresan a control prenatal en DG. El CG se asocia con disminución de la morbilidad materno-fetal, sin embargo, solo la mitad de las mujeres que ingresan en DG se controlan durante el embarazo. Se requieren programas de atención pre-concepcional en mujeres con DMT2 en edad reproductiva.

347

CARTEL 145

PERFIL PSICOLOGICO DE LA ADOLESCENTE EMBARAZADA QUE ASISTE AL PROGRAMA PREA EN EL HOSPITAL CIVIL DE GUADALAJARA, "DR. JUAN I. MENCHACA"

ROMO HUERTA HILIANA PATRICIA
ESMERALDA
VELASQUEZ RAMOS MARÍA DE LOURDES

Hospital Civil de Guadalajara "Dr. Juan I. Menchaca".

Hospital Civil de Guadalajara "Dr. Juan I. Menchaca" Departamento de Psicología, División de Gineco-obstetricia.

Objetivo del estudio:

-Identificar las características psicológicas de la adolescente embarazada y su pareja, que asiste al programa PREA en el Hospital Civil de Guadalajara, "Dr. Juan I. Menchaca".

-Conocer los factores demográficos asociados a la incidencia del embarazo en la adolescencia de pacientes que asisten al programa PREA en el Hospital Civil de Guadalajara "Dr. Juan I. Menchaca".

Materiales y métodos: La investigación realizada fué de tipo transversal y descriptiva con una muestra de 17 adolescentes de ambos géneros, con un promedio de edad de 17 años. Fueron evaluados de forma voluntaria mediante una entrevista, la aplicación del Test Proyectivo de Personalidad de Karen Machover y el 16 Factores de Personalidad de Raymond Cattell

Resultados: Poca capacidad para las relaciones interpersonales, Inseguridad emocional, compulsión, sentimiento de culpabilidad, desconfianza, ante su entorno, sigue sus propios impulsos, erotismo adolescente, falta de coordinación y control de impulsos, falta de autonomía, hostilidad extrema, ambivalencia, dependencia, privación de afecto, baja estima, lucha por ser intelectual, necesidad de dependencia, emotividad infantil, culpabilidad sobre su sexualidad, ingenuidad, incontrolado reto a la autoridad o negación a ella, inferioridad, despreocupado, experimentador, susceptibilidad a la crítica, conflicto sexual.

Conclusiones: Los adolescentes en situación de embarazo, se encuentran en una etapa crucial de la vida en donde se presenta su estado psicológico crítico, con necesidades y carencias afectivas y emocionales, en este estudio se manifiestan características de su perfil psicológico como seres con una dependencia emocional muy marcada, lazos afectivos de fragilidad, y a su vez con carencias afectivas, con un apoyo frágil de sus parejas (padres de su hijo), causa de inestabilidad emocionalmente a la madre adolescente, con estados de susceptibilidad a la crítica, desconfiados ante el ambiente, autocrítica, pobre auto

concepto que conlleva a la baja autoestima, y una gran necesidad de apoyo emocional, por lo que acuden en esta situación a apoyo psicoterapéutico, sea individual, pareja y/o familiar.

386

CARTEL 146

FIBROCONDROGENESIS REPORTE DE UN CASO

CASTILLA ZENTENO ADALBERTO
CAMPOS ORTA CARLOS
SIERRA PINEDA FATIMA
ESPINOZA RODRIGUEZ DAVID

Secretaría de Salud del Estado de Puebla
Hospital de la Mujer, Puebla. Departamento de Medicina Materno Fetal y Genética.

Objetivo del estudio: Reporte de un caso de Fibrocondrogenesis, condrodysplasia rismelica letal.

Materiales y métodos: Recién nacido femenino hijo de madre de 20 años de edad, gesta 1 con polihidramnios y diagnóstico prenatal de probable displasia ósea, control prenatal regular en el servicio de medicina materno fetal. Niegan antecedentes de consanguinidad y endogamia.

Resultados: Se obtiene por parto eutócico a las 40 semanas de gestación con peso de 3500 gramos, talla 48 cm, perímetro cefálico 34 cm, Apgar 2-3, Frecuencia cardíaca 70 por minuto, al nacimiento se da apoyo ventilatorio, sin recuperación de la frecuencia cardíaca. Decidiendo por las malformaciones severas y la nula respuesta a la reanimación no continuar con maniobras avanzadas. A la exploración física presenta cráneo braquicéfalo, facies plana con frontal plano, hendiduras palpebrales oblicuas con proptosis ocular, telecantho, puente nasal amplio y deprimido, boca en forma de carpa, pabellones auriculares displásicos, cuello corto, tórax asimétrico con pectus carinatum, abdomen sin alteraciones, genitales femeninos, extremidades con acortamiento rizomélico, manos con camptodactilia. Radiológicamente con metáfisis ensanchadas e irregulares, en columna vertebral presenta platyspondilia con aplanamiento de los cuerpos vertebrales, pelvis con iliacos hipoplásicos.

Conclusiones: La fibrocondrogenesis es una condrodysplasia rizomélica letal en el periodo neonatal cuya frecuencia es de 1 en 1, 158,067 casos. Se caracteriza por presentar talla baja, micromelia, fontanelas y suturas amplias, protrusión ocular, cuello corto, tórax estrecho, abdomen globoso, extremidades con acortamiento rizomélico, camptodactilia, clinodactilia de 5º dedo e hipoplasia ungueal, cambios radiográficos específicos como calcificación en la parte posterior de los cuerpos vertebrales, huesos iliacos pequeños y toscos, huesos largos con metáfisis irregulares y ensanchadas con terminaciones bulbosas.

La Fibrocondrogenesis es una entidad poco frecuente con un patrón de herencia autosómico recesivo cuyo riesgo de recurrencia es del 25% por lo que es importante hacer diagnóstico prenatal y dar asesoramiento genético de certeza

405

CARTEL 147

DETERMINACION DE CUERPOS LAMELARES EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS Y EMBARAZO, CON APLICACIÓN DE BETAMETASONA COMO ESQUEMA DE INDUCTOR DE MADUREZ PULMONAR FETAL"

MANRIQUEZ JIMENEZ JORGE ALEJANDRO
CASTILLA ZENTENO ADALBERTO
ESPINOZA RODRIGUEZ DAVID
SILVA XILOTL CARLOS SILVA

Secretaría de Salud del Estado de Puebla
Hospital de la Mujer

Objetivo del estudio: 1) Determinar incremento de cuerpos lamelares con aplicación de betametasona en pacientes con diabetes y embarazo. 2) Determinar la validez de la prueba para comprobar la predicción de la madurez pulmonar fetal. 3) Conocer los resultados inmediatos perinatales.

Materiales y métodos: Estudio observacional, descriptivo de tipo longitudinal, prospectivo, abierto, realizado de enero a diciembre del 2010; en el Hospital de la Mujer de Puebla. Este estudio incluyó 35 pacientes con diabetes y embarazo, entre

la semana 36, edad de 20 a 42 años (media 31 años). Los tipos de diabetes: DMG (44.4%), DM 1 (8.3%) y DM 2 (41.7%). Int. CHO (2.8%). Realizando dos amniocentesis, una antes de la aplicación del inductor de madurez pulmonar fetal (Betametasona) y otra amniocentesis posterior a la misma (48 hrs). Se realizó el primer procedimiento de amniocentesis alrededor de las 36 semanas de gestación.

Resultados: Los valores de cuerpos lamelares con una media de 33,214 (pre-centrifugado) y de 24,814 (post-centrifugado). En el segundo procedimiento de amniocentesis, posterior al esquema de inductor de madurez pulmonar, se reportó una media de 51,424 (pre-centrifugado) y de 38,724 (post-centrifugado). El incremento de cuerpos lamelares posterior a la aplicación del inductor de madurez pulmonar pre-centrifugado fue de 10,235 y post-centrifugado de 7,576.

Conclusiones: La realización de la amniocentesis antes y después del tratamiento con glucocorticosteroides, aun bajo control metabólico estricto, se recomienda realizar a la semana 36 del embarazo, con el propósito de intervenir farmacológicamente en este grupo de pacientes de manera oportuna. Se comprobó que la administración de glucocorticosteroides como inductores de madurez pulmonar modifica la cuantificación de cuerpos lamelares, incluso después de las 36 semanas de embarazo, y se demostró que su uso es inocuo bajo un protocolo de manejo intrahospitalario estricto y que no tiene complicaciones agudas. Sin importar el tipo de diabetes después de la aplicación del inductor de madurez pulmonar todos los productos estaban maduros

406

CARTEL 148

MEDICIÓN DE LA CIRCUNFERENCIA DE MUSLO Y SU RELACIÓN EN LA ESTIMACIÓN DEL PESO FETAL AL NACIMIENTO

PINEDA ALEMÁN HUGO FRANCISCO
AMBRIZ LÓPEZ ROBERTO
MARTÍNEZ CAVAZOS GUADALUPE
ALEJANDRO
HERNÁNDEZ DÁVILA ELEAZAR
MORENO PLATA HÉCTOR ALEXANDRO

Centro de Ginecología y Obstetricia
Instituto de Medicina Materno Fetal

Objetivo del estudio: Evaluar la exactitud y utilidad de predecir el peso al nacimiento midiendo la circunferencia de muslo fetal propuesta por Vintzileos mediante ultrasonido y su correlación con el peso al nacer y comparar otras formulas

Materiales y métodos: En 140 mujeres embarazadas con fetos sin anomalías estructurales o cromosómicas fueron estudiados prospectiva y transversalmente. La circunferencia de muslo (TC) fue determinada a nivel medio del muslo. Diámetro Biparietal (DBP), Circunferencia cefálica (CC), Circunferencia abdominal (CA) y longitud femoral fue medida usando medidas estándar. La estimación del peso fetal fue antes del nacimiento ya sea vaginal o por cesárea en la sala de labor. El análisis estadístico de varias formulas para estimar el peso y los resultados se correlacionaron con el peso al nacimiento.

Resultados: La mediana para la edad materna fue de 30 ± 5.1 años. El promedio del peso al nacimiento fue 3,201 g. Las correlaciones fueron las siguientes: Hadlock 0.6, Shepard 0.48, Vintzileos 0.56.

Conclusiones: La circunferencia de muslo de Vintzileos en lugar de la de Hadlock no parece ser útil o más exacta para calcular el peso fetal por ultrasonido.

416

CARTEL 149

MALFORMACIÓN ADENOMATOIDEA QUÍSTICA TIPO I (MAQ 1): SEGUIMIENTO FETAL Y NEONATAL

CASTELAZO MORALES ERNESTO
SIERRA LOZADA NANCY
MACHUCA BACA ALFREDO
CEVALLOS BUSTILLOS JAIME
MARTÍNEZ PACHÓN ANDRÉS

CEPAM
Hospital Angeles Lomas

Objetivo del estudio: Reporte de un caso de Malformación adenomatoidea quística tipo I (MAQ 1)

Materiales y métodos: Paciente de 34 años secundigesta, en el tercer trimestre

se realizó diagnóstico de hernia diafragmática. A las 32-33 semanas el ultrasonido reportó diafragma íntegro, y la resonancia magnética evidenció el diagnóstico de MAQ I. A las 38 semanas se interrumpió el embarazo por vía abdominal, obteniendo recién nacido vivo femenino que lloró y respiró al nacer, de 3100g, Apgar 8/9 y morfológicamente normal. La placa de tórax y tomografía con datos compatibles de MAQ. Se realizó lobectomía en la cual se realizó el diagnóstico patológico definitivo.

Resultados: La MAQ es una patología congénita rara de la vía pulmonar, con una incidencia que va desde 1 en 10.000 a 1 en 35.000, siendo la lesión fetal pulmonar hipercogénica la más frecuente. El diagnóstico actualmente se realiza prenatalmente por ultrasonido, ó resonancia magnética, basado en el hallazgo de una tumoración ecogénica uniforme (microquistes), quistes sin eco (macroquistes), o un tumor multiquístico con estroma ecogénico (tipo mixoide). El diagnóstico suele realizarse hacia la semana 18 a 20 de gestación.

Conclusiones: Las malformaciones adenomatoideas quísticas, o malformaciones congénitas de la vía aérea pulmonar son tumoraciones multiquísticas secundarias a una proliferación anómala de estructuras bronquiolo-alveolares en el desarrollo embriológico. Una patología rara que dependiendo de su estadio compromete la vida del recién nacido.

419

CARTEL 150

SÍNDROME DE ELLIS VAN CREVELD: PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

MORENO PLATA HÉCTOR ALEXANDRO
SÁNCHEZ DOMÍNGUEZ ANDRÉS
HERNÁNDEZ SALAS RODRIGO
GARZA BULNES RAÚL
Hospital de Ginecología y Obstetricia de Monterrey
Instituto de Medicina Materno Fetal

Objetivo del estudio: Presentar el caso de un producto con diagnóstico prenatal de mesomelia, polidactilia postaxial y defecto

de tabique interauricular, a quien en el período neonatal se le confirmó el diagnóstico de Síndrome de Ellis Van Creveld.

Materiales y métodos: Paciente de 30 años, Gesta 2, Cesárea 1, quien a las 34 semanas de gestación es referida para valoración por ultrasonido ante el hallazgo fetal de huesos largos acortados. Durante la exploración ultrasonográfica se encontró polidactilia postaxial, huesos largos acortados y defecto del tabique interauricular.

Resultados: Se realizó seguimiento mediante ultrasonido para valoración de crecimiento y bienestar fetal. Se obtuvo un producto vivo de sexo femenino a las 38 semanas de gestación sin complicaciones y posteriormente se realizó el diagnóstico de Síndrome de Ellis Van Creveld. El síndrome de Ellis Van Creveld es una displasia esquelética autosómica recesiva, que se caracteriza por costillas cortas, extremidades cortas, polidactilia postaxial, dientes y uñas displásicas y que se acompaña de defectos cardíacos en el 60% de los individuos afectados. A la fecha se han reportado cerca de 150 casos en la literatura y se caracteriza la tetrada de condrodisplasia, polidactilia, displasia ectodérmica y anomalías cardíacas.

Conclusiones: El espectro de manifestaciones clínicas del síndrome de Ellis-Van Creveld no está completamente definido. El síndrome de Ellis-Van Creveld está asociado a heterogenicidad genética y las alteraciones de los genes EVC y EVC2 pueden no estar presentes en algunos casos.

420

CARTEL 151

TRATAMIENTO PRENATAL DE URETEROCELE BILATERAL

VERDUZCO NIETO ARMANDO
SÁNCHEZ DOMÍNGUEZ ANDRÉS
MORENO PLATA HÉCTOR ALEXANDRO
REYES GUAJARDO LUIS CARLOS
RIQUELME HERAS MARIO
ZAVALA ELIZONDO DANIEL

Hospital de Ginecología y Obstetricia de Monterrey
Instituto de Medicina Materno Fetal

Objetivo del estudio: Presentar el caso de un producto femenino con diagnóstico de ureterocele bilateral y oligohidramnios severo a las 19 semanas de gestación, tratado in útero en el segundo trimestre, llevándolo más allá del límite de viabilidad.

Materiales y métodos: Paciente de 29 años Gesta 3, cesárea previa y aborto anterior, con embarazo de 19.1 semanas de gestación con diagnóstico de ureterocele e hidronefrosis bilateral con dilatación vesical. A la semana 21 se detecta oligohidramnios severo con índice de Phelan de 1.82cm, se decide realizar vesicocentesis obteniendo muestra para cariotipo y estudio de electrolitos urinarios fetales. Se realiza tratamiento in útero guiado por ultrasonido, en donde se accede hasta vejiga con aguja de amniocentesis, se localizan ureteroceles, se puncionan y se realiza amniotomía con solución salina.

Resultados: Con ultrasonidos seriados se continúa vigilancia en donde a las 29 semanas se encuentra nuevamente con oligohidramnios, decidiendo interrupción del embarazo obteniendo producto único vivo femenino con un peso de 1,600g., APGAR de 8-9, con cariotipo 46 XX, sin complicaciones.

Conclusiones: La mortalidad en el segundo trimestre de productos con obstrucción de vías urinarias, cuenta con una mortalidad hasta de 80% siendo la punción y destrucción de ureteroceles guiada por ultrasonido una opción para llevar a estos productos a edad gestacional con viabilidad.

425 CARTEL 152

TORACOCENTESIS DESCOMPRESIVA PARA MEJORA DE MANEJO POST NATAL

FERNÁNDEZ SIERRA LAURA MINERVA
AMBRIZ LÓPEZ ROBERTO
VIDALES HERNÁNDEZ MIROSLAVA
VERDUZCO NIETO ARMANDO
ZAVALA ELIZONDO DANIEL
NOLASCO BLE AGNA KRISTEL

Hospital de Ginecología y Obstetricia de Monterrey
Instituto de Medicina Materno Fetal

Objetivo del estudio: Presentar el caso de un producto con diagnóstico de hidrotórax, tratado en forma prenatal a las 38 semanas, mediante descompresión por toracocentesis y su repercusión en la evolución neonatal.

Materiales y métodos: Paciente femenino de 25 años sin antecedentes de importancia, primigesta cursando embarazo de 38.2 semanas que acude a valoración por haber encontrado en ultrasonido de control hidrotórax. Se realiza US encontrando hidrotórax bilateral y producto con ventrículo izquierdo hipoplásico. Se procede a realizar toracocentesis descompresiva con aguja de amniocentesis 21 G, extrayendo 140cc. de líquido citrino.

Resultados: Con producto en presentación pélvica, se decide interrupción del embarazo por cesárea a las 38.3 semanas, obteniéndose producto masculino de 4030gr, Apgar 9-9, el cual se intuba y pasa a UCIN. Como hallazgo se encontró edema de tejidos blandos en cuello.

Se encuentra hidrotórax izquierdo en US, se coloca sonda en tórax para drenaje. Actualmente producto con buena evolución.

Conclusiones: El tratamiento prenatal del hidrotórax es de gran ayuda para descomprimir un pulmón hipoplásico y ayudar al manejo post natal, así como facilitar la intubación del producto en caso de ser necesario.

432 CARTEL 153

PRESENTACIÓN DE UN CASO DE TRANSPOSICIÓN CORREGIDA DE GRANDES ARTERIAS Y EMBARAZO CON ÉXITO PERINATAL

LIRA PLASENCIA JOSEFINA
RUIZ SÁNCHEZ JOAQUIN
CRUZ CRUZ EDGAR ALONSO
DURAN BOULLOSA ESTEBAN
MALDONADO SALGADO ALAN MICHEL

INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA
CLINICA DE ADOLESCENCIA

Objetivo del estudio: Describir, analizar y discutir el éxito perinatal en una paciente

con cardiopatía congénita compleja del tipo transposición corregida de grandes arterias. el tratamiento interinstitucional con el instituto nacional de cardiología para el manejo integral de la paciente, así como las repercusiones de los cambios cardiovasculares propios del embarazo a los que se ven expuestas las pacientes.

Materiales y métodos: Se analiza y discute el caso de 1 paciente, con análisis retrospectivo sobre el expediente clínico.

Resultados: La duración funcional de un ventrículo morfológicamente derecho es incierta, y existe un índice de bloqueo cardíaco aproximadamente de 2% cada año, la sobrecarga a la que se expone este ventrículo en el embarazo lo hace susceptible de bloqueo e insuficiencia encontrándose incidencia de arritmia hasta en 3% de los casos, insuficiencia cardíaca en 6 % de los casos, infartos en el 2%, parto pretérmino en 9%, mortalidad neonatal de 1% y cardiopatía fetal en 3.5% de los casos.

Conclusiones: Resulta indispensable el manejo interinstitucional para el manejo de pacientes críticas, con cardiopatías congénitas complejas para garantizar el éxito perinatal en estos casos.

433 CARTEL 154

RESULTADOS PERINATALES EN SÍNDROME DE MARFAN Y EMBARAZO

BELTRAN MONTOYA JORGE
CRUZ CRUZ EDGAR ALONSO
RUIZ SANCHEZ JOAQUIN
DURAN BOULLOSA ESTEBAN
INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA
UNIDAD DE TOCO CIRUGIA

Objetivo del estudio: Analizar los diferentes desenlaces perinatales en pacientes con diagnóstico de síndrome de marfan y embarazo en el instituto nacional de perinatología, así como la interacción del embarazo con la patología subyacente y el efecto de las adaptaciones cardiovasculares durante el embarazo.

Materiales y métodos: Estudio retrospectivo longitudinal descriptivo de 5 casos

de síndrome de marfan y embarazo en el instituto nacional de perinatología entre el año 2005 y 2011. Se realiza revisión del expediente clínico de dichas pacientes y de la literatura actual en relación a la patología de base.

Resultados: Se encontraron un total de 5 embarazos en cuatro pacientes de la base de datos mencionada. de los cuales no muertes maternas, 2 embarazos a término, 2 pretermino y un aborto.

Se documenta aumento de diámetro aórtico durante la gestación en una paciente que no requirió manejo quirúrgico y la variación del diámetro aórtico en una paciente en una gesta posterior.

Conclusiones: Sin tratamiento, la esperanza de vida se reduce a un tercio, la mayoría de las muertes son debidas a disección de la aorta. la corrección electiva de la aorta tiene baja mortalidad (1.5%), mientras que la corrección urgente tiene mortalidad elevada (11.7%). por ello, se recomienda la reparación electiva de la aorta, cuando su raíz mida más de 5,5.

Se recomienda la vigilancia del diámetro aórtico durante la gestación al menos una vez por trimestre mediante seguimiento ecocardiográfico.

BIOLOGÍA DE LA REPRODUCCIÓN

30

CARTEL 155

MANEJO DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO TRASLOCADO

GARCÍA LÓPEZ BRENDA ILIANA
MEZA LÓPEZ MARÍA ESTHER
TORRES JASSO YAMILE
MORENO SÁNCHEZ JOSE ANTONIO
CONTRERAS CARRETO NILSON
AGUSTÍN

Secretaría de Salud
Hospital de la Mujer. Infertilidad

Objetivo del estudio: Describir la incidencia y la experiencia institucional en el manejo del DIUT.

Materiales y métodos: Estudio retrospectivo, descriptivo y analítico de una muestra de pacientes atendidas en el Hospital de la Mujer con diagnóstico de

DIUT durante el periodo del 1° de enero de 2008 al 1° de enero de 2011. Se excluyeron aquellas pacientes con expediente clínico incompleto para las variables seleccionadas.

Resultados: Se obtuvo una muestra de 56 pacientes con una media de edad de 31.8 $\pm$ 8.55 años, con rango entre 20-55 años. El 92.9% (n=54) se encontraron en cavidad uterina y el 7.1% (n=4) en cavidad abdominal. Tiempo de permanencia de DIU 70.9 $\pm$ 58.1 meses, con rango entre 1-40 meses. Método diagnóstico: Rx abdomen y pelvis 10.7% (n=6), USG pélvico 62.5% (n=35), ambos 26.8% (n=15). Retiro fallido en consultorio 26.8% (n=15); el 100% fue retirado en quirófano bajo sedación. Técnica utilizada retiro con cánula de Novak 60.7% (n=34). histeroscopia 8.9%(n=5), histeroscopia + laparoscopia 5.4% (n=3), LAPE 8.9% (n=5), retiro manual simple 10.7% (n=6), histeroscopia por retiro fallido con cánula de Novak 3.6% (n=2) y laparoscopia 1.8% (n=1). Complicaciones: perforación uterina 1.8%(n=1) y HTA 3.6% (n=2)

Conclusiones: El diagnóstico de DIUT puede realizarse con métodos de gabinete habituales como Rx de abdomen y pelvis y USG pélvico. Rara vez se requieren otros estudios adicionales. La histeroscopia como procedimiento para retiro de DIUT es un procedimiento seguro y costo-efectivo. La laparotomía para retiro de DIUT es un procedimiento cada vez menos frecuente.

35

CARTEL 156

FERTILIZACIÓN IN VITRO Y ACARDIA FETAL

RIVERO CELORIO MARIA DEL MAR
BARRON VARGAS ALBERTO
MARCHESE VICTORIA
COLIN VALENZUELA ALINNE
AVILA LOMBARDO ROSAURA
BARROSO VILLA GERARDO

Centro de Reproducción Arcos
Clínica NASCERE

Objetivo del estudio: Se trata del reporte de caso clínico y revisión de la literatura,

destacando la relación entre feto acárdico, embarazo de alto orden fetal y técnicas de reproducción asistida así como su manejo obstétrico.

Materiales y métodos: Estudio descriptivo.

Resultados: Mujer de 38 años de edad, con pérdida recurrente de la gestación y síndrome antifosfolípido. La pareja se consideró candidata para fertilización in vitro, en día tres de desarrollo embrionario se transfirieron tres óvulos fertilizados. En el ultrasonido a las 12.3 sdg se reportó feto con longitud craneocaudal para 13 semanas con frecuencia cardíaca fetal normal y se reportó otro saco gestacional de menor tamaño con material amorfo en su interior, a las 23 sdg, el ultrasonido reportó fetometría acorde con placenta y líquido normal y en el saco adyacente reportaron producto comprobable hígroma sin evidencia de foco cardíaco ni estructuras craneales. A las 30 sdg el gemelo 1 continuó con crecimiento armónico sin alteraciones del flujo Doppler, sin embargo en esta ocasión, el gemelo acárdico se encontró con una circunferencia abdominal 48% mayor que en el gemelo normal, y con presencia de polihidramnios por lo que se clasificó como 1b, se mantuvo vigilancia hasta las 37 sdg programándose resolución del embarazo, obteniéndose recién nacido masculino de 2500g reactivo y como gemelo 2 se obtuvo un producto acéfalo de 1300g, macerado.

Conclusiones: La acardia es un síndrome con una gran variedad de malformaciones y está caracterizada por falla en el desarrollo craneal y torácico. Una vez establecido el diagnóstico anterior, es necesario clasificar al producto de acuerdo a la clasificación de Quintero. Se recomienda continuar con el embarazo si el feto acárdico no limita el crecimiento del feto normal, en el caso de que se limite el crecimiento del feto normal se recomienda imposibilitar el flujo sanguíneo hacia el cordón para lo cual los métodos recomendados para el bloqueo del flujo sanguíneo son: laser y ablación por radiofrecuencia; una vez realizado el tratamiento, el pronóstico es favorable para el feto que continúa la gestación.

42

CARTEL 157

DISPOSITIVO INTRAUTERINO EN CAVIDAD ABDOMINAL. REPORTE DE UN CASO

TORRES UGALDE BRENDA ANAID
MENDOZA MARTINEZ ISRAEL
RAMIRES LOPEZ GILBERTO
SAUCEDO AQUINO LEONEL

Instituto de Salud del Estado de Mexico
Hospital General Nicolas San Juan. Ginecología

Objetivo del estudio:

REPORTE DE CASO

Materiales y métodos: Los dispositivos intrauterinos (DIU) son un método de control de la fertilidad reversible ampliamente usado y altamente efectivo. Cerca de 100 millones de mujeres en el mundo utilizan DIU para controlar su fertilidad.

La perforación uterina es una seria complicación asociada a la inserción de un dispositivo. Esta complicación es rara, con una frecuencia promedio estimada en 0,9 a 1,2 por 1000 a 20000 inserciones y solo el 0,1 a 0,9% de las perforaciones se asocian a complicaciones severas, a veces con resultado de muerte como la perforación intestinal.

Resultados:

REPORTE DE CASO. Femenino de 29 años. AGO. Menarca 14 años, Ritmo 28x4, regular, G 4, P2 A1, E1, IVSA 21 años, NPS 1, FUM 26.05.11, PAP hace dos años negativo a malignidad, MPF DIU Mirena 3 años, colocado en puerperio tardío (20 días, colocado con espejo vaginal) Inicia hace 15 días con dolor de tipo cólico en hipogastrio de intensidad 3/10, agudizándose 8 días previos a su ingreso incrementándose intensidad 8/10, y acompañado de STV escaso el cual no coincide con ciclo menstrual.

Ultrasonido pélvico institucional del 27.07.11 reporta útero de 74x40, no datos de embarazo intrauterino, mas anexial derecha 46.1x36.1, sugiere embarazo ectópico roto o parcialmente roto. Con múltiples imágenes anecoicas en cavidad correspondiente a hemoperitoneo. (Fig3) Anexo izquierdo no valorable.

Conclusiones: La utilización de dispositivos intrauterinos en la actualidad es un método de planificación familiar ampliamente utilizado y difundido.

Con el advenimiento de la anticoncepción pos evento obstétrico se está incrementando su difusión y así mismo su utilización, ya sea de forma inmediata o tardíamente. Incrementando con esto el posible riesgo de complicaciones, al ser un método dependiente de operador, dentro de las complicaciones más importantes y tratada en este caso, la perforación uterina, que puede o presentar sintomatología inmediata, de tal manera que el diagnóstico del mismo puede hacerse tardíamente.

Desde los años setenta se han reportado caos en la literatura, ya sea por datos directos de abdomen agudo o como un incidentaloma durante algún estudio o realización de procedimiento quirúrgico. De allí que ante el incremento en el uso del método se deba hacer énfasis en que no se trata de procedimiento inocuo y que requiere de capacitación adecuada al personal encargado de la difusión y aplicación de los mismos, sobre todo en la unidades de primer nivel que es las cuales se presenta mayor índice de complicaciones, ya que al creerse un procedimiento sencillo se dejan de lado estos riesgos implícitos.

112

CARTEL 158

RELACION ENTRE LA PRESENCIA DE BACTERIAS PATOGENAS CON LA INFERTILIDAD MASCULINA

VALDES CARRILLO ARTURO
VILLAGRAN PADILLA CLAUDY LORENA
ESCOBEDO LOPEZ ANA BERTHA
ALBA QUIROZ LETICIA
MANTILLA PEREZ GABRIEL
VITE SANTIAGO OMAR

CEFAM/Benemerita Universidad Autonoma de Puebla

Departamento de Microbiología Facultad de Ciencias Químicas

Objetivo del estudio: Conocer la relación entre la presencia de bacterias patógenas

en semen de pacientes con problemas de fertilidad que acuden al CEFAM.

Materiales y métodos: Se analizaron 100 muestras de semen en pacientes con algún problema de fertilidad que acuden al CEFAM. Los métodos que se utilizaron para el análisis de estas muestras fueron ESPERMÓGRAMA y ESPERMOCULTIVO. En el espermograma se evaluaron los siguientes parámetros: número de espermatozoides, pH, Movilidad, Morfología, Número de leucocitos por campo. En el espermocultivo se utilizaron diferentes medios como Agar Sangre de Carnero, Sal y Manitol, Agar Chocolate, MacConkey; evidenciando la presencia de bacteria, que son uno de los principales factores para producir una alteración en la calidad espermática y así ocasionar algún daño en la fertilidad masculina. Con estos datos se estableció una relación, para así obtener resultados que nos indiquen que la presencia de bacterias en semen tiene alguna repercusión en la calidad del semen.

Resultados: De las 100 muestras de semen que se le hicieron espermocultivo se obtuvieron los siguientes datos: el 34% fueron positivos y el 66% restante dieron un resultado negativo. Del los cultivos positivos se aislaron las siguientes bacterias: Staphylococcus aureus (14%), Staphylococcus saprophyticus (5%), Escherichia coli (5%), Klebsiella pneumoniae (1%), Pseudomonas aeruginosa (1%), Streptococcus agalactiae (1%), Streptococcus β hemolítico no A no B (3%) y Enterococcus spp (4%).

Se valoro el pH en relacion a la presencia de las bacterias y su posible alteracion en este parametro y se obtuvieron los siguientes resultados:

Bacterias Gramnegativas: todas presentaron una alteracion en su pH de acuerdo al pH de referencia.

Bacterias Grampositivas: Se presentaron con una alteracion de pH el 85.1% de estas muestras.

Cultivos Negativos: el 75% de estas resultaron sin ninguna alteracion en su pH Para relacionar la movilidad espermática la dividimos en dos grupos, normal (cantidad de móviles a+b mayor o igual a 50 %) y astenozoospermia (a+b menor a 50%). Que

a+b corresponde al total de progresivos. En los cultivos negativos se presentó un 78.7% de espermatozoides normales y un 21.3% de espermatozoides con astenozoospermia.

En cultivos donde se aislaron bacterias Gramnegativas se obtuvo el siguiente resultado, espermatozoides con movilidad normal 48.1% y con astenozoospermia un 51.9%.

En cultivos donde se aislaron bacterias Grampositivas se obtuvo lo siguiente, espermatozoides con movilidad normal 28.5 y con astenozoospermia 71.5%.

En cuanto a la morfología espermática, los valores de normal y anormal de espermatozoide se tomó el % de formas normales que da la OMS (2010), que es el rango de referencia menor, que corresponde a 4 % de formas normales. Un porcentaje menor al 4% de formas normales se le da el nombre de teratozoospermia, se comparó con los espermocultivos positivos y negativos. En los cultivos negativos obtuvimos los resultados siguientes, espermatozoides con valores normales 78.8% y espermatozoides con teratozoospermia un 21.2%. En cultivos donde se aislaron bacterias Grampositivas los resultados fueron que el 55.6% de los espermatozoides muestran una morfología normal y que el 44.4% de los espermatozoides presentan teratozoospermia. En cultivos donde se aislaron bacterias Gramnegativas el 28.5 de los espermatozoides presentaron teratozoospermia y que el 71.5% de los espermatozoides presentaron una morfología normal.

Conclusiones: Realizamos esta investigación para conocer si la presencia de bacterias patógenas a nivel de tracto genitourinario genera alguna alteración en la fertilidad masculina.

Y con los resultados obtenidos podemos considerar que la presencia de bacterias patógenas puede alterar de alguna manera y en un porcentaje considerable algunas de las características del semen. El valor de pH que se tomó fue el 7.2 como valor del límite bajo de referencia dado por la OMS (2010). Los valores bajos de pH y la presencia de bacteria en el semen al observar los resultados se puede apreciar que la mayoría presentan disminución en el pH. Algunos espermocultivos negativos

presentan un pH menor al normal pero no es por la presencia de bacterias, ya que esta es solo una de las causas que puede afectar el pH.

Este es solo una relación que se encontró con los datos obtenidos para evidenciar que la presencia de bacterias puede afectar el pH.

Ya que el pH depende de las secreciones de las glándulas sexuales accesorias, siendo la próstata acidificante y alcalinizante las vesículas seminales.

Si el pH es inferior a 7,0 en una muestra de semen con bajo volumen y un bajo número de espermatozoides, puede haber una obstrucción del conducto eyaculador o ausencia congénita bilateral de los conductos deferentes, una condición en la cual las vesículas seminales están poco desarrolladas. La morfología y la movilidad del espermatozoide es una de las características más sobresalientes para que haya una fecundación del óvulo. La presencia de microorganismos en el semen pueden afectar estos parámetros. La comparación de la movilidad y presencia de bacterias si se ve disminuida en comparación con muestra que no presentaron bacterias. En la morfología no se encontró gran diferencia respecto a la presencia de bacterias en semen pero si existe una posibilidad de que estas bacterias afecten esta característica.

Los parámetros de pH, movilidad y morfología se tomaron en cuenta porque si se encontró un alteración significativa con el espermocultivo.

Concluimos que una infección mal atendida puede desencadenar en problemas de fertilidad masculina tales como una mala calidad del semen y llegar hasta tener una infertilidad.

119

CARTEL 159

PRINCIPALES CAUSAS DE ESTERILIDAD EN LA CLÍNICA MÉDICA FÉRTIL DE QUERÉTARO

HERNÁNDEZ ROJAS MANOLO IVÁN
ABIA TRUJILLO DAVID
VEGA MALAGÓN GENARO
BECERRIL SANTOS ALMA
RODRIGUEZ MÉNDEZ ADRIANA
JHENY
SALDAÑA GUTIERREZ CARLOS

Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Querétaro
Clínica Médica Fértil de Querétaro

Objetivo del estudio: Determinar las principales causas de esterilidad en la Clínica Médica Fértil de Querétaro.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio descriptivo, transversal, retrospectivo; en expedientes de parejas que acudieron a consulta de a la Clínica Médica Fértil en el periodo de Enero de 2004 a Diciembre de 2007, se incluyeron expedientes de parejas con esterilidad de más de un año, para su análisis se utilizó estadística descriptiva con medidas de tendencia central y de dispersión

Resultados: se estudiaron 659 expedientes clínicos de parejas con diagnóstico de esterilidad; en 469 casos (71%) la causa fue atribuible a la mujer, mientras que en 322 (49%) al hombre y en 132 casos (20%) la causa fue compartida. Las principales causas en mujeres fueron: idiopática con 192 casos (29%), 99 casos (15%) de oclusión tubárica bilateral, 51 casos (8%) de síndrome ovárico poliquístico; 40 casos (6%) de miomatosis uterina, 27 casos (4%) de anovulación crónica; 26 (4%) de endometriosis, y otras causas con 34 casos (5%). Mientras que en los hombres fueron: idiopática con 187 casos (28%), azoospermia con 73 casos (11%); 24 (4%) de astenozoospermia, 10 casos (2%) de oligozoospermia, 10 (2%) de vasectomía; 6 (1%) con varicocele y 12 (2%) de otras causas de esterilidad.

Conclusiones: Se encontró mayor causalidad en la mujer, siendo la causa idiopática la más frecuente en ambos sexos, lo que sugiere que en el manejo de la pareja estéril se realicen más estudios de laboratorio y gabinete para detectar la causa y ofrecerles mayor oportunidad en el tratamiento.

153

CARTEL 160

DIU INTRAVESICAL

RIVERA NARVAEZ SELENE
SALDIVAR RODRIGUEZ DONATO
VIDAL GUTIERREZ OSCAR
LUNA RIVERA MARCELO
FLORES ACOSTA CLARA DEL CARMEN
RUBIO FERNANDEZ NADIA

Hospital Universitario Dr. Jose Eleuterio Gonzalez
Ginecología y Obstetricia

Objetivo del estudio: Reporte de un caso de DIU intravesical

Materiales y métodos: Paciente de 47 años, Gesta 5, Para 5, normoreglada, colocación de DIU posparto en la primera gestación hace 28 años, sin valoración. Último embarazo en el 2002. Cuadro de 3 meses de evolución, con disuria y tenesmo vesical, multitratada sin respuesta, por los que se sospecha urolitiasis solicitando simple de vías urinarias, reportando DIU en posición anormal, motivo por el cual es referida a la institución, se corrobora diagnóstico por tomografía simple encontrando DIU intravesical, calcificado.

Resultados: Se realiza cistoscopia visualizando DIU incrustado en pared posterior, se intenta extracción con pinza flexible, sin éxito, por lo que se realiza laparotomía, realizando incisión en cara anterior de vejiga de 7 cm y se realiza cistorrafia en 3 planos.

Conclusiones: El mecanismo de migración de DIU es desconocido, ya sea por mala técnica de inserción o por perforación uterina, siendo los factores de riesgo la aplicación en el posparto, las contracciones uterinas. La frecuencia real es subestimada ya que generalmente se diagnostica como hallazgo, el método de elección de extracción depende del tamaño y localización del mismo.

163

CARTEL 161

SÍNDROME DE SÓLO CÉLULAS DE SERTOLI

SALAS CASTRO CELINA
ARTURO MORALES FELIPE
ROMAN TIJERINA LUCIA
SORDIA HERNANDEZ LUIS HUMBERTO

Universidad Autonoma Nuevo León
Hospital Universitario Dr. José Eleuterio Gonzalez

Objetivo del estudio: Comentar un caso de infertilidad primaria por azoospermia, secundaria a SCS

Materiales y métodos: Pareja que acude por infertilidad primaria de 9 años. Ella de 28 años de edad, sin antecedentes de heredofamiliares y personales patológicos, ciclos regulares. Ecografía pélvica perfil hormonal, histerosalpingografía dentro de límites normales.

Él de 28 años, tabaquismo 10 cigarros al día por 10 años, antecedentes médicos y quirúrgicos negados, 1 Hermano con fertilidad comprobada.

Dos espermograma con cuentas espermáticas de cero, se le solicito biopsia de testículo: síndrome de sólo células de sertoli, no se encontraron espermatozoides en las múltiples biopsias de ambos testículos, por lo que deciden realizar inseminación intrauterina con semen de donador.

Resultados: Se realiza estimulación ovárica controlada con menotropinas, se realiza inseminación intrauterina con semen de donador, se realiza PIE sérico 14 días después y reporta negativo.

Conclusiones: En la azoospermia no obstructiva, se puede ofrecer ICSI siempre y cuando encontremos algún espermatozoide en la biopsia testicular.

Es importante realizar biopsia testicular multiple en ambos testículos ya que se han reportado obtención de espermatozoides, por la ausencia en parches de espermatozoide en la topografía del testículo. Así mismo se han reportado embarazos posteriores a la obtención de espermatozoides por Biopsia testicular en este grupo de pacientes, realizando FIV con ICSI.

172

CARTEL 162

DISPOSITIVO INTRAUTERINO CALCIFICADO EN VEJIGA: REPORTE DE UN CASO

MONTES CASILLAS MAYRAANABEL
VELÁZQUEZ CASTELLANOS PATRICIA INES
GODOY RODRÍGUEZ NANCY
RIVERA RUIZ JOSÉ RAMÓN
RODRÍGUEZ QUESADA JOSÉ ANTONIO
MIRELES ORDAZ ALBERTO

Universidad de Guadalajara
Hospital Civil de Guadalajara "Fray Anto-

nio Alcalde" Servicio de Uroginecología y Cirugía de Piso Pélvico

Objetivo del estudio: Describir caso clínico de presencia de dispositivo intrauterino calcificado en vejiga

Materiales y métodos: e trata de paciente femenino de 24 años de edad con antecedente de DIU colocado hace 4 años posterior a cesárea, la cual inicia con cuadros repetidos de infección de vías urinarias, dolor y hematuria; recibiendo múltiples tratamientos con antibióticos sin ninguna mejoría. Acude a consulta del servicio de Uroginecología en donde se realiza cistoscopia de control observando presencia de lito intravesical de 4 x 3 cm. Se solicita radiografía simple de pelvis en donde observa presencia de DIU dentro de la calcificación, por lo que se programa para tratamiento quirúrgico, realizándose cistotomía extrayendo lito con DIU en su interior, egresándose a las 48 hrs post quirúrgica, con talla supra púbica la cual se retira a las dos semanas, manteniéndose asintomática, hasta los tres meses de seguimiento.

Resultados: La presencia de DIU en vejiga es una complicación poco frecuente la cual esta asociada a perforación uterina al momento de la colocación sobre todo en pacientes puérperas con antecedente de cesárea. **Conclusiones:** Como cuerpo extraño es una causa de infección de vías urinarias de repetición y hematuria. La posibilidad de migración del DIU a otros órganos intra-abdominales siempre es latente debiendo especificarse en el consentimiento informado de la paciente.

177

CARTEL 163

EXPERIENCIA INSTITUCIONAL DEL USO DEL DIU EN MUJERES ADOLESCENTES

LIRA PLASCENCIA JOSEFINA
SÁNCHEZ BAÑOS KARLA SELEGNA
PAREDES NOGUERÓN ISIDRA

Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes
Clínica de la Adolescencia

Objetivo del estudio: Conocer el nivel de aceptación de las adolescentes para el uso del DIU, como método anticonceptivo posterior al evento obstétrico. Así mismo, factores asociados a su aceptación o rechazo tales como: nivel socioeconómico, educación, estado civil, uso previo de anticonceptivos, toxicomanías, complicaciones durante el embarazo o puerperio, etc.

Materiales y métodos: Revisión de expedientes de las pacientes adolescentes embarazadas que iniciaron su control prenatal en la Clínica de la Adolescencia durante el período comprendido entre Enero y Diciembre del 2010.

Resultados: El número de casos revisados fue de 426, 14 de las mismas abandonaron su control prenatal por lo que se excluyeron del estudio. El grupo de edades fluctuó entre los 13 y 18 años de edad, 53.1% eran solteras, 43.2% en unión libre, solo el 3.6% casadas. En cuanto a aceptación de DIU 186 pacientes lo aceptaron durante el control prenatal, 206 lo aceptaron al momento de su ingreso para resolución del embarazo. Un total de 312 pacientes (75%) de las estudiadas fue el que tuvo como método de planificación familiar el DIU post-evento obstétrico.

Conclusiones: Tener el primer hijo como adolescente, a menudo marca el inicio de una serie de numerosos y poco espaciados embarazos. El uso de un método anticonceptivo como el dispositivo intrauterino (DIU), que no requiera la participación diaria, semanal o mensual de la paciente, lo convierte en un método fácil y atractivo, y por lo tanto con el potencial para disminuir la tasa de embarazos no deseados en la adolescencia.

188

CARTEL 164

CHLAMYDIA T. EN PAREJAS CON INFERTILIDAD

ARREDONDO MERINO RAUL RODRIGO
PRECIADO RUIZ RAYMUNDO

Hospital Angeles Pedregal
Clínica de Infertilidad en el Hospital Angeles del Pedregal

Objetivo del estudio: El objetivo del presente trabajo fue identificar en tejido endocervical y células de epitelio uretral masculino la presencia de Ct, en parejas que cursan con problemas de infertilidad, tanto primaria como secundaria.

Materiales y métodos: Un total de 62 parejas con antecedente de infertilidad que acudieron a consulta por primera vez fueron seleccionadas para este estudio.

Método: Mujer.- En período no menstrual y con abstinencia sexual previa de 48 horas. Se colocó espejo vaginal sin lubricación, se localizó y limpió el orificio cervical externo con isopo, se tomó una muestra del endocervix con el cepillo. Una vez tomada la muestra se realizó frotis el cual fue fijado con metanol y almacenado en el refrigerador hasta realizar la tinción y observación en el microscopio de fluorescencia. Hombre.- Con abstinencia sexual previa de 48 horas, se introdujo un isopo pequeño en la uretra y se realizaron movimientos de rotación durante 15 segundos. Con el material obtenido se realizaron frotis fijados con metanol y refrigerados hasta su lectura. A todas las muestras se les realizó la determinación para Ct mediante la utilización de anticuerpos monoclonales marcados con fluoresceína y su detección posterior a través de microscopio de fluorescencia.

Resultados: Se recolectaron datos de 62 parejas con problemas de infertilidad. El 75% de las parejas estudiadas tuvieron un diagnóstico de infertilidad primaria, y el 25% restante infertilidad secundaria. A las 62 mujeres se les realizó el procedimiento marcado para determinación de Ct encontrándose un resultado positivo en 54 (87%) de ellas. En el caso de los hombres fueron positivos 57 (91%). El número de parejas donde ambos cónyuges resultaron positivos fue de 51 (82%) y en las parejas donde sólo el hombre era positivo se encontraron 6 casos y 3 de mujeres, finalmente en 2 parejas no se encontró resultado positivo en ninguno de los cónyuges.

Se calculó la razón de momios de 5.67 la cual no fue significativa.

Dieciséis de los hombres estudiados (26%), cursaron con alteraciones en la espermatobioscopía, siendo la astenozoospermia la alteración más frecuente, misma que se encontró en el 75% de ellos.

Conclusiones: Se corrobora la presencia de Ct en células endocervicales y del epitelio uretral masculino en un alto porcentaje de las parejas previamente seleccionadas que cursaron con infertilidad. Las manifestaciones clínicas comúnmente asociadas fueron en las mujeres una descarga vaginal fétida y en los hombres síntomas uretrales inespecíficos. De tal forma, es conveniente que se establezcan pruebas diagnósticas de rutina para la detección de Ct en parejas infértiles y en los hombres con síntomas uretrales inespecíficos.

189

CARTEL 165

FIBROTECOMA OVARICO ASOCIADO CON INFERTILIDAD PRIMARIA. REPORTE DE UN CASO

BAEZ CASTRO ROSALVA
GARZÓN LÓPEZ OSCAR
MORGAN ORTIZ FRED
GUERRERO VALDEZ MISAEAL
GUTIERREZ ALVARES REBECA
CAMACHO RAMÍREZ DIEGO ARMANDO

Centro de Investigación y Docencia en Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma de Sinaloa
Hospital Civil de Culiacan, Departamento de Ginecología y Obstetricia

Objetivo del estudio: Describir el caso de una paciente con infertilidad primaria asociada con la presencia de un fibrotema ovárico.

Materiales y métodos: Paciente femenina de 29 años de edad que acudió a consulta para valoración inicial por infertilidad primaria de 11 años de evolución, dolor pélvico y amenorrea secundaria de 6 meses de evolución. Antecedentes Menarca a los 15 años con ciclos menstruales irregulares, dismenorrea, inicio de vida sexual activa a los 17 años con una pareja sexual, nuligesta, sin método de planificación familiar, sin antecedentes personales patológicos de importancia. Exploración física: peso 92 kg, talla 1.64 m, con distribución de vello de tipo androide en cara, región anterior

de tórax y pubis que amerita rasurada, al tacto vaginal se toca a través de fondo de saco la presencia de una masa mal definida móvil, de consistencia sólida, no doloroso a la movilización; ultrasonido transvaginal reporta tumoración anexa; sólida en anexo derecho de 14 cm x 8 cm. Ausencia de líquido libre. Tomografía Axial Computarizada abdomino-pélvica con contraste: En pelvis lesión quística de pared delgada bien delimitada, mide 12 cm x 6 cm en plano axial, dependiente de anexo derecho, no involucra grasa circundante, no líquido libre. Laboratorio: TSH: 0.55 ml U/L, alfafetoproteína: 5.25 ng/ml, DHL: 321 u/Lt, Antígeno Ca 125: 32.15 U/ml, Antígeno Carcinoembrionario: 1.4 mcg/L, química sanguínea, biometría hemática las cuales se reportan normales.

Resultados: Se realizó laparoscopia diagnóstica encontrándose como hallazgo tumoración de ovario derecho de 10 cm de diámetro, sólida, de superficie lisa; sin líquido libre en cavidad, así como quiste paratubárico derecho, anexo izquierdo y útero de aspecto normal. Reporte histopatológico: Espécimen de forma irregular que mide 8 cm x 8 cm x 4 cm y peso de 240 grs, de color blanco aperlado brillante, superficie lisa, de consistencia blanda, al corte delimitado totalmente por superficie homogénea de espesor promedio a 0.1 cm y el contenido es homogéneo, claro, con puntos violáceos dispersos. Los cortes microscópicos muestran estroma fibroso con diferentes grados de celularidad, folículos primordiales, células fusiformes alargadas con núcleos desplazados y células redondas de citoplasma claro vacuolado. La relación estroma fibroso y células tecales es un 50% - 50%. Estableciéndose un diagnóstico histopatológico de fibrotecoma con cambios mixoides acentuados.

Conclusiones: Ante una paciente con alteraciones de hiperandrogenismo, menstruales, infertilidad primaria y una masa anexial hay que pensar en la posibilidad de la presencia de un fibrotecoma ovárico.

195

EFFECTIVIDAD DEL SISTEMA ANTICONCEPTIVO DE LIBERACION DE LEVONORGESTREL COMO TRATAMIENTO DEL SANGRADO MENSTRUAL ANORMAL
HERNÁNDEZ SEBASTIAN NALLIELY
CORTÉS FLORES RENÉ
CORTÉS FLORES RAÚL

IMSS.

Departamento de Biología de la Reproducción, UMAE No.23, IMSS Monterrey, Nuevo León, México

Objetivo del estudio: Determinar la efectividad del Sistema anticonceptivo de liberación de levonorgestrel (LNG IUS) como tratamiento del sangrado menstrual anormal.

Materiales y métodos: Se estudiaron pacientes con diagnóstico de sangrado menstrual anormal entre enero 2010 y marzo 2011 a quienes se les aplicó LNG IUS después de cumplir criterios de selección. Se determinaron hemoglobina (Hb) y hematocrito (Hto) preinserción y a los 9 meses, grado de satisfacción y sangrado menstrual. Para el análisis se utilizó el programa estadístico SPSS 17.

Resultados: 86 pacientes ingresaron al estudio, 77(89.5%) completaron en seguimiento, reportando satisfacción con el método 76(98.7%), el sangrado fue menor en el 100% de los casos, de éstos 23(29.8%) presentaron amenorrea. Los valores de hemoglobina y hematocrito a los nueve meses se incrementaron en forma significativa, Hb pre 10.57, Hb post 13.41 $p < 0.001$, Hto pre 32.57, Hto post 39.71 $p < 0.001$.

Conclusiones: Los resultados obtenidos en cuanto a patrón de sangrado, aceptabilidad del método e incremento en los niveles de hemoglobina y hematocrito son comparables a lo reportado en la literatura. La efectividad mostrada por el LNG IUS lo ubica como una alternativa dentro de los manejos conservadores del sangrado menstrual anormal.

CARTEL 166

235

SÍNDROME DE SÓLO CÉLULAS DE SERTOLI. REPORTE DE UNA CASO

SALAS CASTRO CELINA
MORALES MARTÍNEZ FELIPE ARTURO
ROMÁN TIJERINA LUCÍA ALEJANDRA
VÁZQUEZ MÉNDEZ JUANA
SORDIA HERNÁNDEZ LUIS HUMBERTO

UANL

Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González"

Objetivo del estudio: Comentar un caso de infertilidad primaria por azoospermia, secundaria a Síndrome de sólo células de Sertoli

Materiales y métodos: Pareja que acude por infertilidad primaria de 9 años. Ella de 28 años de edad, sin antecedentes de heredofamiliares y personales patológicos, ciclos regulares. Ecografía pélvica perfil hormonal, histerosalpingografía dentro de límites normales.

Él de 28 años, tabaquismo 10 cigarros al día por 10 años, antecedentes médicos y quirúrgicos negados, 1 Hermano con fertilidad comprobada.

Dos espermiogramas con cuentas espermáticas de cero, se le solicitó biopsia de testículo: síndrome de sólo células de Sertoli, no se encontraron espermatozoides en las múltiples biopsias de ambos testículos, por lo que deciden realizar inseminación intrauterina con semen de donador.

Resultados: Se realiza estimulación ovárica controlada con menotropinas, se realiza inseminación intrauterina con semen de donador, se realiza PIE sérico 14 días después y reporta negativo.

Conclusiones: En la azoospermia no obstructiva, se puede ofrecer ICSI siempre y cuando encontremos algún espermatozoide en la biopsia testicular.

Es importante proponer la biopsia testicular y debe llevarse a cabo en múltiples ocasiones en ambos testículos, ya que se han reportado espermatozoides, mismo que se han utilizado para realizar FIV con ICSI con resultados exitosos.

CARTEL 167

237

CARTEL 168

EMBARAZO POSTERIOR A ESTERILIZACIÓN CON HISTEROSCOPIA ESSURE

PEREZ RODRIGUEZ SANDRA
VILLELA HERRERA CYNTHIA MARISOL
VELAZQUEZ PEREZ ADRIANA TARCILA
ALDRETE CEBREROS MONTSERRAT
MAGALI

ISSSTE

Hospital Regional Valentin Gomez Farias,
Ginecología y Obstetricia, Zapopan Jalisco

Objetivo del estudio: Detección de embarazos que se presenten posterior a la colocación del dispositivo essure, sean revisados para determinar la causa y así ser evitables, así como la comprensión de estas causas que pueden ser útiles para mejorar el seguimiento de protocolos y reducir el número de fracasos en el futuro.

Materiales y métodos: presentación de un caso; femenino de 31 años de edad con el antecedente de postoperada de obstrucción tubaria bilateral hace 3 años con método essure vía histeroscópica quien presenta embarazo espontáneo.

Resultados: Se decide realización de cesárea a las 32.3 semanas debido a embarazo pretermino mas cesárea iterativa mas oligohidramnios severo con probable acretismo placentario, obteniendo producto pretermino con peso acorde para edad gestacional sin complicaciones, como hallazgos se observa perforación de miometrio con dispositivo essure cerca del ostio izquierdo, observándose dispositivo essure derecho, con colocación intratubaria normal

Conclusiones: La perforación uterina por un dispositivo essure colocado en la proximidad a los orificios de las trompas puede simular a la colocación adecuada del dispositivo, que lleva a embarazos no planeados después de un largo plazo de su colocación. el riesgo puede reducirse cumpliendo estrictamente el protocolo del seguimiento.

238

CARTEL 169

RECUPERACIÓN ESPERMÁTICA EN SÍNDROME DE KLINEFELTER. REPORTE DE UN CASO

SALAS CASTRO CELINA
MORALES MARTÍNEZ FELIPE ARTURO
ROMÁN TIJERINA LUCIA ALEJANDRA
SORDIA HERNÁNDEZ LUIS HUMBERTO
VÁSQUEZ MÉNDEZ JUANA

Universidad Autónoma de Nuevo León
Hospital Universitario "José Eleuterio González"

Objetivo del estudio: Comentar un caso clínico de infertilidad primaria, de un paciente con síndrome de Klinefelter y plantear la posibilidad de obtener espermatozoides en la biopsia testicular hasta en un 40% y ofrecer la posibilidad de un embarazo que finalice con un producto de término sin cromosomopatías.

Materiales y métodos: Pareja que acude por infertilidad primaria de 6 años, ella de 26 años sin antecedentes médicos ni heredofamiliares de importancia, normoreglada, niega dismenorrea, galactorrea, ni otra sintomatología. Perfil hormonal normal, histerosalpingografía normal. Él de 30 años, sin antecedentes médicos y quirúrgicos de importancia, antecedentes heredofamiliares y personales negados. Se encuentra en su espermograma, cuenta espermática de cero en dos ocasiones, se realiza prueba de fructosa la cual fue positiva, se diagnóstica azoospermia secretora. Se le realiza perfil hormonal donde se observa hipogonadismo hipergonadotrófico, por lo que se le indica testosterona 250 mg solución inyectable cada 21 días.

Resultados: Se realiza cariotipo en el cual se reporta síndrome de Klinefelter (47XXY), se le comenta a la pareja, inseminación intrauterina (IIU) con semen de donador, ó biopsia testicular en búsqueda de espermatozoides para realizar FIV con ICSI. Se realiza biopsia testicular (TESE) por el servicio de urología en la cual no se

encontraron espermatozoides; por lo que se realizará IIU con semen de donador

Conclusiones: Se han reportado embarazos exitosos en pacientes con síndrome de Klinefelter puro posterior a la biopsia testicular con la obtención de espermatozoides y FIV con ICSI. Con la misma probabilidad de cromosomopatías que la población con azospermia no obstructiva sometida a este tratamiento de reproducción.

255

CARTEL 170

INVERSIÓN PERICÉNTRICA DEL CROMOSOMA 9 COMO CAUSA DE PÉRDIDA GESTACIONAL RECURRENTE. REPORTE DE UN CASO

ROMAN TIJERINA LUCÍA ALEJANDRA
SALAS CASTRO CELINA
MORALES MARTÍNEZ FELIPE ARTURO
HERNÁNDEZ ALMAGUER DOLORES

Universidad Autónoma de Nuevo León
Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González", Monterrey, Nuevo León.
Centro Universitario de Medicina Reproductiva.

Objetivo del estudio: Comentar un caso de inversión pericéntrica del cromosoma 9 como causa de pérdida gestacional recurrente.

Materiales y métodos: Pareja con infertilidad secundaria de 10 años. Ella: 34 años, 2 abortos, 1er: 7 semanas, anembrionario, 2do: 8 semanas, huevo muerto retenido. Ambos producto de estimulación ovárica más inseminación intrauterina. Él: 31 años, antecedentes negados.

Ecografía pélvica, espermograma, perfil hormonal y anticuerpos antifosfolípidos: normales, infecciosos negativos. Histero-laparoscopia diagnóstica: obstrucción tubaria derecha, resto normal. Cariotipo ella: normal, él: inversión pericéntrica del cromosoma 9. Se sugiere semen heterólogo.

Resultados: Se realizará estimulación ovárica más inseminación intrauterina con semen heterólogo

Conclusiones: El factor genético en abortos recurrentes debe sospecharse. Pre-

sentan una tasa de abortos de causa paterna de un 61.2%. La inversión pericéntrica del cromosoma 9 en varones causa disminución o falla en la reproducción y aborto: 15 – 30%. Si logra pasar el 1er trimestre lo más probable es que el producto llegue a término: sano o portador. Se ofrece semen heterólogo como opción.

260

CARTEL 171

TRASLOCACIÓN DEL CROMOSOMA 6 Y 12 COMO CAUSA DE PÉRDIDA GESTACIONAL RECURRENTE. REPORTE DE UN CASO

SALAS CASTRO CELINA
IBARRA RAMÍREZ MARISOL
HERNÁNDEZ ALMAGUER DOLORES
MORALES MARTÍNEZ FELIPE ARTURO
SORDIA HERNÁNDEZ LUIS HUMBERTO
ROMAN TIJERINA LUCIA ALEJANDRA

Universidad Autónoma de Nuevo León
Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González”, Monterrey, Nuevo León.
Centro Universitario de Medicina Reproductiva

Objetivo del estudio: Comentar un caso de traslocación del cromosoma 6 y 12 como causa de pérdida gestacional recurrente.

Materiales y métodos: Pareja con pérdida gestacional recurrente. Ella: 25 años, con antecedentes de ARJ dx a los 16 años, en remisión desde hace 5 años, tratada con betametasona y ketorolaco. 3 abortos, 1ero (2004): 12 Semanas huevo muerto retenido, 2do (2006): 4-5 semanas aborto completo, 3ero (2007): 8 semanas huevo muerto.

Él: 29 años, antecedentes médicos y heredo-familiares de importancia negados. Ecografía pélvica, espermograma, perfil hormonal y anticuerpos antifosfolípidos: normales, infecciosos negativos. Anticuerpos para STORCH, negativos. Histerosalpingografía: obstrucción tubaria izquierda, histeroscopia: cavidad uterina sin alteraciones.

Se solicita cariotipo; él: 46 XY, ella: 46 XX con traslocación del cromosoma 6 y 12.

Resultados: No se recomienda tener embarazo espontáneo; y se propone donación de óvulos

Conclusiones: La etiología genética de la pérdida gestacional recurrente es sólo del 3%, pero es importante diagnosticarla para dar la adecuada consejería genética.

Nuestra paciente presenta traslocaciones no balanceadas. La probabilidad de que termine en aborto es de 80%. La probabilidad de que sus productos hereden una monosomía ó una trisomía es alta y la viabilidad de los mismo es <2% y < 4% respectivamente. La posibilidad de tener un recién nacido sano es del 16%. Por lo que se sugiere donación de óvulos.

263

CARTEL 172

NECROZOSPERMIA. REPORTE DE UN CASO

SALAS CASTRO CELINA
SORDIA HERNÁNDEZ LUIS HUMBERTO
MORALES MARTÍNEZ ARTURO
MERINO RUIZ MARTHA
GONZÁLEZ BÁEZ ENRIQUE
VÁZQUEZ MENDEZ JUANA

Universidad Autónoma de Nuevo León
Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González”, Monterrey, Nuevo León.
Centro Universitario de Medicina Reproductiva

Objetivo del estudio: Comentar un caso de necrozospermia, en un paciente con infertilidad secundaria

Materiales y métodos: Pareja, ella de 34 años de edad y él de 36 años, acuden por deseo de embarazo de 2 años de evolución. Él con paternidad comprobada (2 hijos de 10 y 12 años) con su primer esposa. Ella sin antecedentes heredo-familiares y médicos de importancia; normoreglada, asintomática. Perfil hormonal e histerosalpingografía normal
Él sin antecedentes heredo-familiares y médicos de importancia; refiere dificultad para la erección de 6 meses de evolución, acude con urólogo quien diagnóstica probable obstrucción de conductos deferentes.

Se realiza vaso-vasostomía, regresa 5 meses después con espermograma el que reporta 90x10⁶ espermatozoides, motilidad a+b 17%, normales 23%, vitalidad 65%. Se le propone FIV vs inseminación con semen de donador. Por razones económicas decide esperar tratamiento de reproducción asistida y tomar resberatrol.

Acude 3 meses después con espermograma con una cuenta total de 40x10⁶, motilidad a+b de 0, vitalidad de 11%, Formas móviles recuperadas por capeado 0.05 x10⁶; por lo que se propone FIV con ICSI ó inseminación intrauterina con semen de donador; acepta la primera propuesta.

Resultados: Se realiza estimulación ovárica controlada con menotropinas y FSH recombinante, se obtienen 9 folículos del ovario izquierdo, 6 folículos del ovario derecho, se obtienen 12 ovocitos en metafase II. Se le solicitan 2 muestras de semen homólogo y no observan espermatozoides móviles y se reportan como vitalidad de cero; por lo que se decide congelar los ovocitos.

Se da el diagnostico de necrozospermia y se propone al paciente biopsia testicular para la búsqueda de espermatozoides vivos; y se inicia preparación de endometrio de la paciente, para realizar FIV-ICSI con espermatozoide homólogo, ó con semen heterólogo en caso de no recuperar espermatozoides vivos.

Conclusiones: En la obstrucción parcial hay alteraciones en los conductos seminales, en la dinámica de fluidos, se almacenan productos citotóxicos para los espermatozoides, además de la formación de anticuerpos antiesperma.

Por lo que se propone biopsia testicular, ya que este probablemente no se encuentre afectado.

273

CARTEL 173

DIAGNÓSTICO PRENATAL: HOLOPROSENCEFALIA ALOBAR ASOCIADA A MONOSOMIA 21

IBARRA ESTRADA EVERARDO
BLANCO AGUIRRE MARIA ESTHER
GILES FIERRO RENE
HIGAREDA SÁNCHEZ RODOLFO
CARRILLO VIDRIO HECTOR JESUS

ISSEMYM
Hospital Materno Infantil

Objetivo del estudio: Presentar el caso clínico de una paciente de 32 años con embarazo del segundo trimestre, con alto riesgo por antecedente de un aborto y un hijo con síndrome cromosómico (monosomía 21), con diagnóstico prenatal de holoprosencefalia alobar a las 16 semanas de gestación.

Materiales y métodos: Se analiza el caso de una paciente del hospital materno infantil issemym, de 32 años de edad, gesta 3, aborto 1, para 1, con antecedente de un hijo con monosomía 21.

Se realizó diagnóstico prenatal con ultrasonido de segundo nivel con los siguientes hallazgos: ventrículo único, ausencia de línea media, fusión de talamos, proboscis, ciclopia y arrinia. no se encontraron otros defectos estructurales. con fetometría acorde a fgm, placenta y líquido amniótico normales. se realiza amniocentesis a la semana 21 y se realiza cariotipo a la pareja. además de estudio de fish en el hijo con monosomía 21 para determinar si la alteración es regular, parte de un mosaicismo o parte de un rearrreglo estructural. a petición de la paciente se somete caso a sesión por el subcomité de bioética del hospital con la participación de los siguientes servicios: trabajo social, psicología, genética perinatal, neonatología, medicina materno fetal y representante del departamento jurídico de la institución.

Resultados: El cariotipo en amniocitos, en 5 cultivos primarios y 4 subcultivos se reporta 45, xy,-21. sin anomalías estructurales.

El cariotipo del padre es normal y el cariotipo de la madre se reporta 46, xx, inv (21)(p21q22.1).

el producto obtenido presenta un fenotipo de holoprosencefalia alobar, con etmocefalia (proscis, ciclopia y arrinia). el estudio de la necropsia no se demuestran otros defectos estructurales externos o internos.

Conclusiones: Se reporta una monosomía 21 regular asociada a holoprosencefalia alobar. el riesgo de recurrencia se calcula de acuerdo al tipo de segregación cromosómica, tratándose de un rearrreglo estructural.

El diagnóstico de holoprosencefalia alobar se puede llevar a cabo mediante ultrasonografía tan temprano

como la semana 14 de gestación. la holoprosencefalia alobar es letal. el cariotipo fetal es obligado, debe ofrecerse la interrupción voluntaria del embarazo a los progenitores con fetos no viables.

279

CARTEL 174

PRONÓSTICOS REPRODUCTIVOS AL SELECCIONAR ESPERMATOZOIDES UTILIZANDO LA TÉCNICA "PHYSIOLOGIC ICSI" EN PACIENTES CON FACTOR MASCULINO SEVERO

DÍAZ SPINDOLA PABLO
CASTILLO BASO JORGE
GALACHE VEGA PEDRO
SANTOS HALISCAK ROBERTO
HERNÁNDEZ AYUP SAMUEL
GARCÍA VILLAFANÍA GENARO

Instituto para el estudio de la Concepción Humana

Objetivo del estudio: El objetivo de nuestro estudio es el determinar si existen diferencias significativa al seleccionar los espermatozoides con la técnica PICSI vs ICSI en cuanto al pronóstico de los tratamientos de reproducción asistida; en pacientes con factor masculino severo

Materiales y métodos: Se incluyeron en nuestro análisis a todas las pacientes admitidas al IECH de la ciudad de Monterrey MX, con un factor masculino severo admitidas al programa de reproducción asistida. Se analizaron un total de 120 ciclos. De los cuales 60 se les realizó la técnica PICSI y 60 la técnica ICSI en el año 2010-2011. Se realizó un estudio prospectivo, experimental aleatorizado. la asignación de cada uno de los grupos se realizó con muestreo de tipo sistemático.

Criterios de Inclusión:

Pacientes manejadas en el IECH con antecedente de uno o más ciclos de FIV-ICSI con diagnóstico de factor masculino severo. Estableciendo como factor masculino severo: <4% de formas normales según criterios de Kruger.

Criterios de Exclusión:

Edad > de 40 años de las pacientes sometidas a estimulación ovárica; Índice de

Masa corporal (IMC): >29kg/m²; FSH al día 3: >12 IU/L. y pacientes con tratamientos de donación de gametos, embriones congelados

Se dividieron en 2 grupos; y la asignación de cada uno de los grupos se realizó por media de técnica de aleatorización en bloque. En el caso de las pacientes con la técnica de PICSI los espermatozoides fueron escogidos realizando los siguientes pasos:

PICSI. Los espermatozoides obtenidos son expuestos en pequeños platillos de ensayo (Mid atlantic diagnostic Inc.) con cierto contenido de ácido; en donde al exponer el espermatozoide se puede ver por microscopía la reacción de los mismos frente al halo de ácido y escoger los mismo previo al ICSI. Análisis y procesamiento de los datos.

El análisis estadístico de la información se realizó evaluando si existen o no diferencias significativas entre los grupos utilizando la $p < 0.05$ o χ^2 y para la ejecución del mismo utilizaremos el programa Windows SPSS y Windows Excel.

Resultados: En el grupo de pacientes con Kruger <4% tratados con la técnica PICSI encontramos mayor cantidad de embriones grado I vs la técnica ICSI (47% vs 36% $P : 0.036$). Asociado a un mayor número de embriones que evolucionaron a etapa de blastocito (6 vs 1) $p < 0.001$. En este sentido encontramos un mayor porcentaje de embarazo (54% vs 40%) y de implantación (34% vs 24%) a favor de la técnica PICSI.

Conclusiones: El escoger el gameto adecuado, es en este momento un reto para el clínico especialista en medicina reproductiva. Se ha encontrado que la técnica PICSI ejerce efecto sobre los porcentajes fragmentación del DNA. En nuestros grupos de estudio encontramos un mejor desarrollo embrionario al seleccionar los espermatozoides mediante la técnica PICSI. Y en este sentido al comparar la con el ICSI; la técnica nos ofrece mejores porcentajes de embarazo en el grupo con kruger <4% (54% vs 40%); muy similar a publicaciones en más de 200 pacientes; en donde al comparar el ICSI vs PICSI se reportan diferencias significativas en cuanto a tasa de fertilización: 85% vs 91%; embarazo clínico 20% vs 24%; implantación 10% vs 12%.(6). En el grupo de pacientes con Morfología de Kruger de >4%

no encontramos beneficios contundentes con la técnica PICSI.

280

CARTEL 175

LA INFLUENCIA DE LA TERATOZOOSPERMIA SEVERA EN EL DESARROLLO EMBRIONARIO Y EN LA IMPLANTACIÓN

AGUILAR MELGAR ASHANTI
SANTOS HALISCAK ROBERTO
GARCÍA VILLAFANÍA GENARO
DÍAZ SPÍNDOLA PABLO
ARENAS MONTESCO LIDIA
HERNÁNDEZ AYUP SAMUEL

Instituto del Estudio de la Concepción Humana
Hospital de Ginecología y Obstetricia

Objetivo del estudio:

El desarrollo embrionario, la fertilización y la implantación dependen tanto del gameto masculino como del femenino. La selección del gameto masculino en la técnica de ICSI se basa en la morfología espermática. En este estudio se correlaciona la teratozoospermia severa con el desarrollo embrionario y la implantación.

Materiales y métodos: Estudio de cohorte realizado en 130 ciclos de ICSI realizados en el Centro de Fertilidad IECH Monterrey; entre los años de 2008 al 2010. Se incluyeron pacientes menores de 40 años con diagnóstico de esterilidad primaria por factor tubarico, factor masculino, a las cuales se les realizó un ciclo de estimulación para ICSI. Se excluyeron pacientes mayores de 40 años, pacientes con donación ovocitaria o espermática.

Se dividieron en tres grupos según los criterios estrictos de Kruger para morfología espermática: Grupo A: morfología espermática (0-2%); Grupo B: morfología espermática (3-4%); Grupo C: morfología espermática (5-13%). Se inyectaron los óvulos maduros, se observó la evolución embrionaria hasta día 5. Y se clasificó el grado de calidad embrionaria de acuerdo a los criterios de Veck en Embriones grado I: La fragmentación es mínima en volumen y frecuentemente están asociados a una

blastómera. Las blastómeras son del mismo tamaño. Embriones grado II: Se caracteriza por fragmentos pequeños, localizados en la misma zona y frecuentemente situados en el espacio perivitelino. Normalmente correspondiente a pérdida total o parcial de una blastómera. Embriones grado III: Los fragmentos son de pequeño tamaño y están situados al azar por todo el embrión. Embriones grado IV: Se caracteriza por fragmentos de gran tamaño que muchas veces se pueden confundir con blastómeras. Suelen estar distribuidos al azar y normalmente se asocian con blastómeras asimétricas.

Se observó la evolución embrionaria y se transfirió en día 3 y 5 según las características embrionarias. Se utilizó como soporte de fase lútea progesterona vaginal 400mg a partir de la aspiración ovocitaria. Evaluación de la morfología espermática y preparación para ICSI.

Los espermias se evaluaron según la cuenta total espermática, motilidad, progresión y morfología espermática. Los espermias fueron valorados de acuerdo a la base de los criterios estrictos de Kruger. El porcentaje de formas normales se determina de cada espécimen después del conteo de 100 espermias.

Protocolo FIV

El tipo de medicación utilizado como protocolo de estimulación fue el de fase lútea tardía con acetato de leuprolide (Lucrin® Abbot) iniciando el día 21 del ciclo previo, seguido de gonadotropinas recombinantes (Gonal® Serono) para inducción de ovulación y al observar undiámetro follicular entre 18-20mm se indica (Chorionion® 10,000UI Corne). Se realizó a las 33 horas posteriores aspiración ovocitaria bajo guía ultrasonográfica transvaginal y los ovocitos fueron colectados y cultivados en microgotas de fluido tubarico (LifeGlobal, Guilford, Connecticut). Los cultivos se incubaron a 37°C con 5.5% CO₂. El ICSI se realizó en oocitos maduros 3-4 horas después de la obtención. Para la selección espermática se utilizó el espermia morfológicamente más normal disponible.

La fertilización se revisa 18-20 horas posteriores a la inyección ovocitaria. Oocitos fertilizados son cultivados individualmente y observados diariamente.

Dependiendo del grado de calidad embrionaria descrito previamente según número de células, porcentaje de fragmentación y compactación. Se seleccionan y se transfieren los embriones de mejor calidad, los blastocitos de buena calidad fueron vitrificados. La transferencia embrionaria se realizó bajo guía ultrasonográfica abdominal utilizando cateter soft-pass. La prueba de embarazo se realizó 14 días posteriores a la transferencia embrionaria. La implantación se confirma con la presencia de saco gestacional por ultrasonido a las dos semanas posteriores a la prueba de embarazo.

Análisis y recolección de datos

Los embriones fueron agrupados en base a la morfología espermática según los criterios estrictos de Kruger utilizada para ICSI. El resultado principal incluye el índice de fertilización posterior al ICSI, número de embriones transferidos, índice de implantación. Se compararon la formación de embriones provenientes de morfología espermática Grupo A: (0-2% morfología normal) comparado con Grupo B: (3-4% morfología normal) y Grupo C (5-14% morfología normal) Se obtuvo un total de 130 embriones; los cuales se transfirieron en día 3 o 5 dependiendo del grado de calidad embrionaria. El índice de fertilización se obtuvo dependiendo del número de oocitos que fertilizaron entre el número de ovocitos maduros que se realizó ICSI. El índice de implantación se calculó dividiendo el número total de sacos gestacionales observados por ultrasonido entre el número de embriones transferidos. Se utilizó un ANOVA para comparar entre grupos. Se consideró un valor de p menor de 0.05 como estadísticamente significativo.

Resultados: No se observaron diferencias significativas en el índice de implantación entre grupos: Índice de Fertilización: Grupo A: 47.56, B: 57.07, C: 54.25 p> 0.05; Índice de implantación: Grupo A: 18.44%, B: 14.24%, C: 9.33 p> 0.05. Un total de 371 embriones fueron analizados. El desarrollo embrionario y la calidad fueron similares entre grupos no encontrando una diferencia significativa.

Conclusiones: La morfología espermática en los ciclos de ICSI no demostró impacto

en el índice de fertilización e implantación. De cualquier manera, al examinar el desarrollo y la calidad embrionaria podríamos discernir en el efecto paterno potencial en los embriones. Nosotros aun necesitaríamos evaluar el impacto de la morfología espermática en resultados clínicos como el aborto o el embarazo clínico.

281

CARTEL 176

ESTADIO ÓPTIMO PARA LA VITRIFICACIÓN DE EMBRIONES: COMPARACIÓN DE LA SOBREVIVENCIA Y RESULTADOS CLÍNICO CON VITRIFICACIÓN EN DÍA 3 VERSUS ETAPA DE BLASTOCISTO

REBOLLOSO FLORES MONTSERRAT
DÁVILA GARZA SERGIO ALBERTO
DÍAZ SPINDOLA PABLO
GARCÍA VILLAFANA GENARO
HERNÁNDEZ AYUP SAMUEL
SEPÚLVEDA GONZÁLEZ JOSÉ

Instituto para el Estudio de la Concepción
Hospital de Ginecología y Obstetricia de
Monterrey

Objetivo del estudio: Aún no ha sido determinado el estadio óptimo para la vitrificación embrionaria. Este estudio compara 3 años de experiencia en nuestro centro realizando la vitrificación de embriones en día 3 o en blastocisto.

Materiales y métodos: Se realizó un análisis retrospectivo de 78 pacientes sometidas a hiperestimulación ovárica controlada, aspiración folicular y vitrificación de embriones durante 2008-2010. Los embriones fueron vitrificados en día 3 (n=41) o blastocisto (n=37), usando DMSO etilenglicol al 7.5% 2 minutos, y al 15% 1 minuto, se almacenaron en cryoloops sumergidas en nitrógeno líquido. El crioprotector se removió durante el calentamiento con lavados secuenciales (sucrosa 6.8g 1 minuto (m), 3.4g 3m, 1.7g 5m y 5m sin sucrosa). Los parámetros considerados fueron sobrevivencia después de la desvitrificación, gonadotropina coriónica humana (hCG) positiva, presencia de saco gestacional intrauterino (SGI) y presencia de frecuencia cardíaca fetal (FCF). El análisis

se realizó con ANOVA de un factor, t de student y chi cuadrada. Los valores de $p < 0.05$ fueron considerados como estadísticamente significativos.

Resultados: Las características demográficas en ambos grupos fueron similares (edad 33.2 ± 5.9 vs 34.7 ± 5.4 $p=0.32$). Encontramos diferencia estadísticamente significativa en el promedio de embriones desvitrificados (2.93 ± 1.2 vs 1.84 ± 0.8 $p < 0.05$), promedio de embriones transferidos (2.63 ± 0.8 vs 1.65 ± 0.5 $p=.000$), hCG positiva (19.5% vs 38% $p=0.039$). No hubo diferencias significativas en sobrevivencia post desvitrificación ($p=0.97$), presencia de SGI (14.6% vs 27% $p=0.62$) y FCF (12.2% vs 10.8% $p=0.29$). Se encontró diferencia estadísticamente significativa en la tasa de implantación (SGI/total de embriones transferidos) entre los grupos analizado (5.8% vs 18% $p=0.43$).

Conclusiones: Los resultados apoyan la vitrificación de embriones en etapa de blastocisto sobre la vitrificación en día 3. Dado que menos embriones llegan a etapa de blastocisto, hay una mejor selección de embriones con alto potencial de implantación.

284

CARTEL 177

CICLO NATURAL COMBINADO CON MADURACIÓN IN VITRO DE OVOCITOS: LA EXPERIENCIA INICIAL EN MÉXICO

SANTOS HALISCAK ROBERTO
DÁVILA GARZA SERGIO ALBERTO
VILLAFANA GARCÍA GENARO
LARA RANGEL EDALI LIZZETE
DÍAZ SPÍNDOLA PABLO
REBOLLOSO FLORES MARCELA
MONTSERRAT

Instituto para el Estudio de la Concepción
Humana

Objetivo del estudio: En México, donde el costo de los medicamentos ocupa el 30 al 40% del costo de los tratamientos, son cubiertos directamente por los pacientes, la maduración in vitro es una alternativa para aquellos que económicamente no cubrir estas necesidades. Este estudio se diseñó con la finalidad de describir la

primera experiencia con la utilización de ciclo natural FIV y maduración in vitro de ovocitos en pacientes normorregladas con diferentes causas de infertilidad (no disfunción ovulatoria) como una alternativa en el tratamiento de la infertilidad.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio de casos, prospectivo, donde se incluyeron 10 pacientes con ciclos menstruales regulares, menores de 35 años, con niveles de FSH ≤ 10 UI/ml en día de 3, útero de características normales y cuenta folicular folicular antral ≥ 6 por ovario. Siguiendo el protocolo establecido por Liam y Chian (2009), se realizó ultrasonido basal, para corroborar que no existan folículos ≥ 7 mm, el siguiente monitoreo se realizó en día 7 del ciclo y posteriores hasta que el folículo dominante alcanzó un diámetro de 13-14 mm. Se administró hCG 10,000 UI y se realizó la captura ovocitaria 36 horas después.

La transferencia embrionaria fue realizada en 3er día post aspiración. La preparación endometrial se realizó con valerianato de estradiol 6 mg administrados diariamente a partir del día de la aspiración folicular, y Progesterona 400 mg diarios iniciando al siguiente día de la captura ovocitaria. La determinación de la β -hCG se realizó 14 días posteriores a la transferencia embrionaria para detectar embarazo y el embarazo clínico fue determinado por la visualización de saco y frecuencia cardíaca fetal 6 semanas posteriores a la transferencia embrionaria.

Resultados: Se incluyeron 10 pacientes normorregladas menores de 35 años, sometidas a ciclo natural combinado con maduración in vitro, no hubo cancelaciones. Se obtuvieron un total de 69 ovocitos. Doce ovocitos maduros provenientes de los folículos dominantes y 57 ovocitos inmaduros, de los cuales 33 (58%) maduraron in vitro y 19 (57%) fertilizaron posterior al ICSI. A todas las pacientes se transfirió un embrión derivado del ovocito maduro del folículo dominante y en 7 casos se agruparon con embriones generados de los ovocitos madurados in vitro. Se transfirieron un total de 22 embriones. El índice de implantación fue de 13% con un embarazo clínico/en evolución del 30% por ciclo y por transferencia (un embarazo bioquímico no incluido).

Conclusiones: Esta técnica resulta efectiva y es un tratamiento atractivo para aquellas parejas que por razones económicas no puedan realizar un ciclo de fertilización in vitro convencional con estimulación ovárica controlada. Una de las ventajas agregadas es la posibilidad de abolir el síndrome de hiperestimulación ovárica y la reducción del riesgo para el embarazo múltiple. Además de disminuir la congelación de embriones con sus consiguientes implicaciones éticas. Aunque no se logra establecer con exactitud la eficacia de la técnica de maduración in vitro propiamente se obtuvieron resultados comparables con los obtenidos durante los ciclos de FIV convencional sin importar su diagnóstico en pacientes ovuladoras mismos resultados han sido reportados por Li y colaboradores (2010). Aún se requieren más estudios controlados, comparativos para establecer la eficacia y seguridad de la maduración in vitro.

285

CARTEL 178

CORRELACIÓN DE LOS NIVELES DE LA HORMONA ANTI-MÜLLERIANA) CON LA RESPUESTA A LA ESTIMULACIÓN OVÁRICA CONTROLADA (H.O.C.). EN PACIENTES BAJO TRATAMIENTO DE -REPRODUCCIÓN ASISTIDA

ARENAS MONTEZCO MARIA LIDIA
CASTILLO BASO JORGE
MOJICA MARTINEZ KARLO
HERNANDEZ AYUP SAMUEL
BATIZA RECENDIZ VICTOR
MENDEZ LOZANO DANIEL

Instituto para el Estudio de la Concepción Humana
Hospital de Ginecología y Obstetricia de la Mujer de Monterrey

Objetivo del estudio: El objetivo de nuestro estudio es el establecer la correlación entre los valores de HAM y la respuesta a la estimulación ovárica controlada: número de ovocitos totales y ovocitos maduros; en pacientes bajo tratamiento de reproducción asistida.

Materiales y métodos: Se realizó un análisis correlacional, longitudinal y

prospectivo de las pacientes admitidas al programa de reproducción asistida de alta complejidad del IECH.

GRUPOS DE ESTUDIO

Se dividió la población en grupos según el número de ovocitos recuperados Totales, posterior a la estimulación ovárica controlada.

Criterios de Inclusión:

Pacientes de entre 18 y 42 años de edad. Con indicación para ingresar al programa de reproducción asistida. Que acepten participar en el protocolo y firmaron el consentimiento informado. Que tenían, al menos, una determinación de HAM de no más de 6 meses anteriores a la fecha en que ingresará esa paciente al programa.

Criterios de Exclusión:

Pacientes con alteración endocrina no controlada. con ooforectomía uni o bilateral. Pacientes con diagnóstico de Síndrome de Ovario Poliquístico.

Determinación Sérica de Hormona Anti-Mülleriana.

Se utilizó el Kit de AMH Gen ELISA, reactivo fabricado por la empresa Beckman Coulter Inc. Brea CA. U.S.A. con número de referencia A73818 y A73819. El análisis estadístico de la información se realizó evaluando la correlación entre las variables utilizando coeficientes de correlación de Spearman y la significancia estadística con la $p < 0.05$ y para la ejecución del mismo utilizamos los programa Windows SPSS software versión 14.0 (SPSS, Inc, Chicago, IL)

Resultados: La población final que se incluyó en el estudio para el análisis estadístico fue de 70 pacientes. Se analizaron un total de 70 ciclos continuos con estimulación ovárica controlada. El promedio de edad del total de las pacientes incluidas en el estudio fue de 30 ± 7.91 años con rangos de edad entre 19 y 46 años; Índice de Masa Corporal (IMC) de 23.90 ± 4.03 Kg/mts²; Hormona Anti-Mülleriana de 2.53 ± 2.0 ng/dl; ovocitos recuperados de 11.89 ± 6.5 e índice de madurez ovular de 75.11 ± 28.59 %. Se dividió la población en 3 grupos según el número de ovocitos recuperados totales. (Tabla 1.)

La correlación más directa que se encontró en nuestro grupo de estudio fue la relación

entre la HAM y el número de ovocitos totales (0.84) ($p < 0.001$) (Figura 1). Y en este sentido al establecer la correlación entre la FSH día 3 y ovocitos totales se encontró una correlación significativamente menor (-0.47) ($p < 0.001$) (Tabla 2)

Conclusiones: Estos datos concuerdan con reportes previos, en donde grupos similares de pacientes obtuvieron valores de HAM de 0.91 ± 5.55 ng/dl; 3.04 ± 2.06 ng/dl y 5.56 ± 2.85 ng/dl, respectivamente. (4)(5) La Hormona Anti-Mülleriana expresa una correlación inversamente proporcional con los niveles de FSH en día 3 (-0.64) similar a resultados reportados previamente en donde se encontró que valores de 0.5ng/dl de HAM se correlacionan con valores 12mIU/ml de FSH (6) (7). Sorprendentemente la HAM demostró en nuestro grupo estudio una correlación positiva de hasta (0.84) Vs. La FSH en día 3 que nos reporta una correlación de solo (-0.47) para predecir el número de ovocitos totales posterior a una estimulación ovárica controlada estos han propuesto la utilización de la HAM como marcador sérico único de la reserva ovárica (8)(9)

300

CARTEL 179

TRATAMIENTO DE LA INFERTILIDAD POR AZOOSPERMIA ASOCIADA A TUBERCULOSIS GENITOURINARIA

CASTELLANOS BARROSO GUILLERMO
JUAREZ BENGEOA ARMANDO
CRUZ RIVERA EDUARDO
FIGUEROA DAMIAN RICARDO
FLORES ESCOBAR XOCHITL
MARTINEZ CRUZ SILVIA
SECRETARIA DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA

Objetivo del estudio: Presentación de un caso de infertilidad por azoospermia y tuberculosis genitourinaria.

Materiales y métodos:

ANTECEDENTES: La azoospermia afecta a 10-15% de los hombres infértiles, siendo obstructiva en 40% de los casos. La infertilidad por tuberculosis genitourinaria es por obstrucción por granulomas o distorsión por fibrosis.

CASO CLÍNICO. Masculino de 39 años, infertilidad primaria de 8 años, azoospermia. Relaciones sexuales 2 por semana, sin disfunción eréctil. Antecedentes quirúrgicos, traumáticos, enfermedades de transmisión sexual negados. Peso 87.5Kg, talla 1.72m, brazada 1.74m Tanner 5. Testículos disminuidos de tamaño, consistencia normal. **Resultados:** Glucosa 147mg/dL, colesterol 218mg/dL, HDL 32mg/dL, triglicéridos 363mg/dL.

Espermocultivo negativo.

Espermotobioscopía directa. Volumen 0.5mL, azoospermia.

Orina posteyaculado, sin espermatozoides. Genética 46XY, negativo para fibrosis quística.

LH 2.96mU/mL, FSH 7.67mU/mL, Testosterona 15.2nmol/L, Estradiol 38.67pg/mL, Prolactina 9.25ng/mL. PPD positivo. BAAR+ en orina y semen. Cultivo en Lowenstein-Jensen positivo. Ultrasonido.

Testículo derecho 9.32cm³, izquierdo 10.07cm³, ambos epidídimos múltiples calcificaciones. Próstata 22.56cm³, conductos deferentes y vesículas seminales ausentes. Ausencia de riñón izquierdo.

Resonancia magnética nuclear. Vesículas seminales y conductos deferentes ausentes. Biopsia testicular. Hipoespermatogénesis moderada.

Conclusiones:

DISCUSIÓN. La dieta y metformina normalizaron las cifras de glucosa, lípidos y ácido úrico. La ausencia de vesículas seminales y conductos deferentes indican azoospermia obstructiva, FSH y el volumen testicular sugieren una azoospermia no obstructiva por lo que la azoospermia puede ser mixta. La presencia de múltiples calcificaciones en ambos epidídimos se puede considerar como sospecha clínica de tuberculosis genitourinaria, por lo que, con este caso clínico se demuestra la importancia de un adecuado abordaje en el paciente infértil. Posterior al tratamiento con rifater y mambutol por seis meses se produjo BAAR negativo, realizándose la biopsia testicular. CONCLUSIONES. Es importante el estudio integral del paciente infértil. No es suficiente un análisis seminal. Plan reproductivo ICSI.

302

BIOPSIA TESTICULAR EN AZOOSPERMIA

CRUZ RIVERA EDUARDO
JUÁREZ BENGOA ARMANDO
CASTELLANOS BARROSO GUILLERMO
SANTAROSA PÉREZ MIGUEL ÁNGEL
FLORES ESCOBAR XÓCHITL ELENA
SERRANO MONSERRAT

Secretaría de Salud
Instituto Nacional de Perinatología IER.
Coordinación de Andrología

Objetivo del estudio: Presentación de la técnica de recuperación espermática en un caso de infertilidad por azoospermia.

Materiales y métodos:

CASO CLINICO. Masculino 22 años de edad, infertilidad primaria 4 años, azoospermia. Sin antecedente de cirugías ni patologías testiculares, ni enfermedades de transmisión sexual. Pubertad 13años, Tanner 5, IVSA 15 años, 11 parejas sexuales, relaciones sexuales 3 por semana, sin disfunción eréctil. Antecedente de cocaína y marihuana ocasional suspendidos hace 4 años. Peso 78k, talla 1.69m, IMC 27.3, TA 140/90mmHg.

Resultados: Triglicéridos 206mg/dl, LH 2.61, mU/ml, FSH 1.51mU/ml, Testosterona 27.4nmol/L, Estradiol<20pg/ml, prolactina8.69ng/mL. Cultivos negativos. Espermotobioscopía: Tres mL, sin espermatozoides. Orina posteyaculado sin espermatozoides.

Ultrasonido: testículo derecho 10.5cm³, testículo izquierdo12.3 cm³. Próstata 21.3cm³, resto normal. Cariotipo XY, sin microdeleciones.

TÉCNICA CON BIOPSIA ABIERTA. Asepsia, antisepsia escrotal, inmovilización testicular, anestesia de cordón espermático con lidocaína 1%, incisión de 1.5cm en piel escrotal, disección hasta la túnica vaginal. Referencia de la túnica albugínea. Incisión de ésta y extracción de tejido testicular. Sutura de la albugínea con Vycril 5-0 y cierre hasta piel.

Biopsia testicular: espermatogénesis normal

Conclusiones: Los valores hormonales, hallazgos físicos y el resultado de la

CARTEL 180

biopsia documentan una azoospermia obstructiva.

Este caso muestra que la infertilidad por azoospermia tiene tratamiento mediante recuperación espermática testicular y técnicas de reproducción asistida.

320

CARTEL 181

PERFORACIÓN UTERINA POR USO DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO

GONZÁLEZ JARA LIZBETH DEL CARMEN
FERNÁNDEZ GÓMEZ ALEJANDRO DE JESÚS
RODRÍGUEZ FLORES MAURICIO
RANGEL NAVA HUGO ALFREDO
FÉLIX ARCE CARLOS

Escuela de Graduados en Medicina (EGRAM) del Tec de Monterrey. Escuela de Graduados en Medicina

Fundación Santos y de la Garza Evia, IBP. Hospital San José-Tec de Monterrey, Departamento de Ginecología y Obstetricia

Objetivo del estudio: Revisión de un caso

Materiales y métodos: Se revisó el caso de una paciente de sexo femenino, de 31 años de edad, que acude a consulta de Ginecología con deseo de embarazo. Sin antecedentes médicos de importancia. Antecedentes quirúrgicos: 2 cesáreas. Método de Planificación familiar: Dispositivo Intrauterino. Fecha de última menstruación dos días previos a su ingreso. Paciente acude a consulta ya que desea el retiro del dispositivo intrauterino Mirena®, del cual es usuaria posterior a la segunda operación cesárea. Niega sintomatología. En la radiografía AP de pelvis en posición de rana se observa densidad ósea normal y la imagen de lo que parece corresponder a un dispositivo anticonceptivo proyectándose en la región inguinal derecha. En el USG pélvico vía vaginal se observa útero en AVF, de 8 x 5 cm. Se observa probable imagen d e DIU. Se decide realizar retiro de DIU bajo sedación, sin éxito; por lo cual se programa para histeroscopia, encontrando cavidad uterina vacía. Se decide realizar laparoscopia diagnóstica, y se encuentra útero de 7 cm y mioma subseroso de 1 cm.

No se localiza DIU de primera intención; se solicita asistencia ecográfica y fluoroscópica en quirófano.

Resultados: Se localizó Dispositivo intrauterino Mirena® retenido en epiplón.

Conclusiones: Los dispositivos intrauterinos son anticonceptivos bien tolerados, sin embargo, en algunas ocasiones pueden tener complicaciones y/o efectos secundarios. Durante el primer año de uso puede ocurrir expulsión espontánea de un DIU liberador de levonorgestrel hasta en un 6%. La perforación uterina ocurre más frecuentemente en el momento de la inserción, sin embargo, también puede ocurrir tardíamente y lesionar órganos adyacentes tales como intestino, vejiga, epiplón y apéndice. La perforación uterina puede ocurrir alrededor de 1 en 1000 procedimientos. Se prefiere la laparoscopia para el retiro del DIU.

327

CARTEL 182

INFERTILIDAD SECUNDARIA POR NECROZOSPERMIA. REPORTE DE UN CASO

SALAS CASTRO CELINA
MORALES MARTÍNEZ FELIPE ARTURO
VIDAL GUTIERREZ OSCAR
HUMBERTO SORDIA LUIS
MERINO RUIZ MARTHA
GONZÁLEZ BÁEZ ENRIQUE

Universidad Autónoma de Nuevo León
Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González", Monterrey, Nuevo León.
Centro Universitario de Medicina Reproductiva

Objetivo del estudio: Comentar un caso de necrozospermia, en un paciente con infertilidad secundaria, el cual tiene como antecedente importante obstrucción parcial de los conductos deferentes con su posterior vaso-vasostomía, finalizando en la ausencia de la vitalidad del total de sus espermatozoides

Materiales y métodos: Pareja, ella de 34 años de edad y él de 36 años, acuden por deseo de embarazo de 2 años de evolución. Él con paternidad comprobada (2 hijos

de 10 y 12 años) con su primer esposa. Ella sin antecedentes heredofamiliares y médicos de importancia; normoreglada, asintomática. Perfil hormonal e histerosalpingografía normal.

Él sin antecedentes heredofamiliares y médicos de importancia; refiere dificultad para la erección de 6 meses de evolución, acude con urólogo quien diagnóstica probable obstrucción de conductos deferentes. Se realiza vaso-vasostomía, regresa 5 meses después con espermograma el que reporta 90×10^6 espermatozoides, motilidad a+b 17%, normales 23%, vitalidad 65%. Se le propone FIV vs inseminación con semen de donador. Por razones económicas decide esperar tratamiento de reproducción asistida y tomar reserbatrol.

Acude 3 meses después con espermograma con una cuenta total de 40×10^6 , motilidad a+b de 0, vitalidad de 11%, formas móviles recuperadas por capeado 0.05×10^6 ; por lo que se propone FIV con ICSI ó inseminación intrauterina con semen de donador; acepta la primera propuesta.

Resultados: Se realiza estimulación ovárica controlada con menotropinas y FSH recombinante, se obtienen 9 folículos del ovario izquierdo, 6 folículos del ovario derecho, se obtienen 12 ovocitos en metafase II. Se le solicitan 2 muestras de semen homólogo y no se observan espermatozoides móviles y se reportan como vitalidad de cero; por lo que se decide congelar los ovocitos.

Se le explica que evoluciona a necrozospermia y se propone al paciente biopsia testicular para la búsqueda de espermatozoides vivos

Se inicia preparación de endometrio de la paciente, para realizar FIV-ICSI con espermatozoide homólogo, ó con semen heterólogo en caso de no recuperar espermatozoides vivos.

Conclusiones: En la obstrucción parcial hay alteraciones en la dinámica de fluidos y en los vasos deferentes, se almacenan productos citotóxicos para los espermatozoides llevando a la muerte de los mismos. Por lo que se propone biopsia testicular, ya que este probablemente no se encuentre afectado y pueda realizarse FIV-ICSI.

358

CARTEL 183

LA INFLUENCIA DE LA TERATOZOOSPERMIA SEVERA EN EL DESARROLLO EMBRIONARIO Y EN LA IMPLANTACIÓN

AGUILAR MELGAR ASHANTI
SANTOS HALISCAK ROBERTO
DÍAZ SPÍNDOLA PABLO
GARCÍA VILLAFANÁ GENARO
ARENAS MONTESCO LIDIA
HERNÁNDEZ AYUP SAMUEL

Instituto del Estudio de la Concepción Humana

Hospital de Ginecología y Obstetricia

Objetivo del estudio: El desarrollo embrionario, la fertilización y la implantación dependen tanto del gameto masculino como del femenino. La selección del gameto masculino en la técnica de ICSI se basa en la morfología espermática. En este estudio se correlaciona la teratozoospermia severa con el desarrollo embrionario y la implantación en pacientes a los que se les realizó ICSI como técnica de reproducción asistida.

Materiales y métodos: Estudio de cohorte realizado en 130 ciclos de ICSI realizados en el Centro de Fertilidad IECH Monterrey; entre los años de 2008 al 2010. Se incluyeron pacientes menores de 40 años con diagnóstico de esterilidad primaria por factor tubárico, factor masculino, a las cuales se les realizó un ciclo de estimulación para ICSI. Se excluyeron pacientes mayores de 40 años, pacientes con donación ovocitaria o espermática. Se dividieron en tres grupos según los criterios estrictos de Kruger para morfología espermática: Grupo A: morfología espermática (0-2%); Grupo B: morfología espermática (3-4%); Grupo C: morfología espermática (5-13). Se inyectaron los óvulos maduros, se observó la evolución embrionaria hasta día 5. Y se clasificó el grado de calidad embrionaria de acuerdo a los criterios de V eck en Embriones del grado I al IV. Se observó la evolución embrionaria y se transfirió en día 3 y 5 según las características embrionarias. Se utilizó como

soporte de fase lútea progesterona vaginal 400mg a partir de la aspiración ovocitaria. Evaluación de la morfología espermática y preparación para ICSI.

Los embriones fueron agrupados en base a la morfología espermática según los criterios estrictos de Kruger utilizada para ICSI. El resultado principal incluye el índice de fertilización posterior al ICSI, número de embriones transferidos, índice de implantación. Se compararon la formación de embriones provenientes de morfología espermática Grupo A: (0-2% morfología normal) comparado con Grupo B: (3-4% morfología normal) y Grupo C (5-14% morfología normal) Se obtuvo un total de 130 embriones; los cuales se transfirieron en día 3 o 5 dependiendo del grado de calidad embrionaria. El índice de fertilización se obtuvo dependiendo del número de oocitos que fertilizaron entre el número de ovocitos maduros que se realizó ICSI. El índice de implantación se calculó dividiendo el número total de sacos gestacionales observados por ultrasonido entre el número de embriones transferidos. Se utilizó un ANOVA para comparar entre grupos. Se consideró un valor de p menor de 0.05 como estadísticamente significativo.

Resultados: No se observaron diferencias significativas en el índice de implantación entre grupos: Índice de Fertilización: Grupo A: 47.56, B: 57.07, C: 54.25 $p > 0.05$; Índice de implantación: Grupo A: 18.44%, B: 14.24%, C: 9.33 $p > 0.05$. Un total de 371 embriones fueron analizados. El desarrollo embrionario y la calidad fueron similares entre grupos no encontrando una diferencia significativa.

Conclusiones: La morfología espermática en los ciclos de ICSI no demostró impacto en el índice de fertilización e implantación. De cualquier manera, al examinar el desarrollo y la calidad embrionaria podríamos discernir en el efecto paterno potencial en los embriones. Nosotros aun necesitaríamos evaluar el impacto de la morfología espermática en

resultados clínicos como el aborto o el embarazo clínico.

391

CARTEL 184

COMPARACIÓN EN TASA DE EMBARAZO CON EL USO DE DOS DISTINTOS ANÁLOGOS DE GNRH EN REPRODUCCIÓN ASISTIDA DE ALTA COMPLEJIDAD

KABLY AMBE ALBERTO
CAMPOS CAÑAS JORGE ALBERTO
GONZÁLEZ DE JESÚS LAURA PATRICIA
VIEYRA CORTÉS ALEJANDRO
COPADO MENDOZA YAZMIN

CEPAM
Hospital Angeles Lomas

Objetivo del estudio: Comparar las tasas de embarazo al utilizar análogos de GnRh (Agonistas y antagonistas) de acuerdo a los diferentes grupos de edad

Materiales y métodos: Estudio comparativo, analítico y retrospectivo en 147 pacientes que se les realizó un ciclo de HOC en CEPAM. Se clasificaron por grupo de edad evaluando y comparando la tasa de embarazos

Resultados: Se incluyeron un total de 147 pacientes con ciclos de HOC. A 112 pacientes se les administró antagonistas (5 de 25 a 29 años, 51 de 30 a 34, 38 de 35 a 39 y 18 de >40 años) y a 35 agonistas (2 de 25- 29 años, 11 de 30- 34, 14 de 35- 39 y 8 de >40 años). Se obtuvo un mayor porcentaje de embarazo en aquellas pacientes de 25- 29 años (Antagonistas 50% Vs Agonistas 100%); a su vez se observó una disminución en la tasa conforme aumenta la edad. La tasa de embarazo es mayor en aquellas pacientes de 35-39 años que utilizan antagonistas Vs agonistas (41.18% Vs 28.57%).

Conclusiones: Existe una mayor tasa de embarazo en pacientes jóvenes al utilizar agonistas; sin embargo en mayores de 35 años esta tasa aumenta con antagonistas

411

CARTEL 185

MORBILIDAD OBSTÉTRICA Y PERINATAL EN TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA DE ALTA COMPLEJIDAD

KABLY AMBE ALBERTO
CAMPOS CAÑAS JORGE ALBERTO
GONZÁLEZ DE JESUS LAURA PATRICIA
DÍAZ CALVILLO JENNY

CEPAM
Hospital Angeles Lomas

Objetivo del estudio: Describir la morbi-mortalidad obstétrica y perinatal en embarazos concebidos por técnicas de reproducción asistida (TRA) de alta complejidad en el CEPAM del Hospital Ángeles Lomas entre 2002 – 2007.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio observacional, analítico, longitudinal y retrospectivo en 167 embarazos concebidos por TRA de alta complejidad en CEPAM.

Resultados: Se incluyeron 167 pacientes embarazadas con TRA (FIV/ICSI), entre 30 a 34 años, siendo el principal factor el tubo-peritoneal. El protocolo de estimulación más utilizado fue el de Antagonista y la técnica para fertilización realizada con más frecuencia fue el ICSI (51.2%), transfiriendo 3 embriones en promedio. Se obtuvieron un total de 74% de embarazos únicos, 22.1% gemelares dobles y 5.9% de alto orden fetal, utilizando la técnica de ICSI en 59 pacientes (49.1%), 17 pacientes (45.9%) y 8 pacientes (80%) respectivamente. Dentro de las complicaciones observadas la enfermedad hipertensiva del embarazo, diabetes gestacional A1, DPPNI no reportaron asociar alguna. La vía de resolución de 101 pacientes (60.4%) fue por vía cesárea, 13 pacientes (7.78%) por parto. Las patologías al nacimiento estuvieron presentes en 37 neonatos, únicamente hubo un caso de síndrome de Down, ninguno se asociaron a técnicas de FIV o ICSI.

Conclusiones: Es difícil separar los riesgos relacionados con la TRA y los asociados a patologías reproductiva; no corroboramos la morbilidad obstétrica y neonatal, sin embargo observamos un incremento de nacimientos múltiples, asociando estos a prematuridad y bajo peso al nacimiento sin encontrar evidencia de malformaciones o anomalías cromosómicas asociadas.

413

CARTEL 186

ESTUDIO COMPARATIVO DE LA DOSIS TOTAL DE GONADOTROPINAS UTILIZADAS PARA LA HIPERESTIMULACIÓN OVÁRICA CONTROLADA EN DONADORAS DE OVOCITOS Y LAS TASAS DE EMBARAZO

KABLY AMBE ALBERTO
CAMPOS CAÑAS JORGEALBERTO
GONZALEZ DE JESUS LAURA PATRICIA
CARBALLO MONDRAGONESPERRANZA

CEPAM
Hospital Angeles Lomas

Objetivo del estudio: Relacionar las variables edad, hormonas basales y en día de disparo de hCG con el porcentaje de embarazo logrado en los ciclos de donación ovocitaria.

Materiales y métodos: Estudio retrospectivo analítico, en el que se incluyeron las pacientes donadoras de óvulos del periodo comprendido de marzo 2010 a Agosto 2011, se realizó revisión de expedientes clínicos y posteriormente se compararon los grupos a partir de la dosis total de FSH utilizada en HOC.

Resultados: Se obtuvo un total de 57 pacientes donadoras de óvulos, agrupándolas de acuerdo a la dosis total de FSH-r: <2000 UI(n=9), 2001-2500 UI(n=26), 2501-3000 UI (11.0) y más de 3000 UI (n=11.0). Se observaron diferencias significativas entre estos grupos solamente en la LH basal que fue de 9.83 en el grupo IV, pico de Estradiol, ligeramente mayor en grupo I, y porcentaje de embarazo, favoreciendo al grupo I.

Conclusiones: Las mejores tasas de embarazo se encontraron en aquellas pacientes que requirieron dosis totales de FSH-r menores a 2000UI, sin haber diferencias significativas entre el grupo II y III, y con resultados mucho menores en pacientes que requirieron dosis mayores a 3000UI. Lo anterior se debe probablemente a la mejor respuesta folicular en pacientes con mejor pronóstico, y pudiera ser utilizado como marcador en ciclos ulteriores de donación de óvulos.

431

CARTEL 187

PRESERVACIÓN DE LA FERTILIDAD EN MUJERES CON CÁNCER DE MAMA

GODOY MORALES HÉCTOR SALVADOR
ALFEIRÁN RUIZ ANTONIO
MORA RODRÍGUEZ JOSÉ ARTURO
RIVAS LÓPEZ RADAMÉS
VALENZUELA TAMARIZ JORGE
CEDILLO GARCÍA LASCURAIN LUCIANO

ART Reproducción
Hospital Angeles del Pedregal, Unidad Medicina Reproductiva

Objetivo del estudio: El objetivo de este artículo es revisar los avances actuales en las estrategias para preservar la fertilidad en la mujer con énfasis en la criopreservación de ovocitos y crear conciencia en las técnicas de reproducción asistida.

Materiales y métodos: Femenina, nuligesta, con diagnóstico de carcinoma ductal infiltrante, en protocolo de estimulación ovárica controlada con FSH recombinante (300 UI Gonaf, Merck) durante 10 días de estimulación y antagonista de GnRH (Cetrotide 0.25 mg, Merck) iniciándose a partir del 6 día y durante 5 días, maduración final con HCG-recombinante (Ovidrel 500 mcg) y recuperación ovocitaria 36 hrs después de la administración de HCG-r con captura final de 36 ovocitos metafase II y posterior vitrificación de ovocitos.

Resultados: Obtención de 36 ovocitos en metafase II y vitrificación con la técnica de cryotop

Conclusiones: La preservación de la fertilidad en mujeres afectadas con cáncer de mama es una toma de decisión compleja que atañe tanto al especialista que propone el tratamiento como a la propia mujer. La fertilidad es por tanto un aspecto que ningún oncólogo, ginecólogo y biólogo de la reproducción debe olvidar cuando se trata a pacientes en edad reproductiva, ya que es algo de vital importancia, que puede alterar el proyecto de vida de muchas mujeres y muchas parejas.

La vitrificación de ovocitos es una de las técnicas más empleadas en las técnicas de reproducción asistida y en la cual ha habido múltiples reportes del éxito de embarazo después de esta técnica.

ONCOLOGÍA GINECOLÓGICA

7

CARTEL 188

EVALUAR EL CONOCIMIENTO EN LA PACIENTES SOBRE LAS PRUEBAS PARA DIAGNOSTICAR EL VIRUS DEL PAPILOMA

GARZA RAMIREZ VERONICA

Clinica y Maternidad Virginia

Objetivo del estudio: Determinar el nivel del conocimiento sobre las pruebas para diagnosticar el virus del papiloma humano de alto riesgo en las pacientes antes y después de una intervención educativa.

Materiales y métodos: Estudio transversal y analítico que se realizó a través de una encuesta que fue diseñada y administrada a las pacientes pre-educación y post-educación que acudieron a su chequeo anual, las encuestas anónimas evaluaron también las características demográficas y las comparaciones entre pre-educación y post-educación.

Resultados: Se incluyeron a 77 pacientes con una edad promedio de 27 años $\pm$ 8 años. Se observó que la mayoría de las mujeres en 70% a 80% desconocían los estudios para diagnosticar el virus del papiloma humano así como la edad ideal para iniciar el estudio y a pesar de su educación sobre los beneficios de la prueba molecular del virus del papiloma humano el 96% de las

pacientes consideraron que continuaran realizándose el Papanicolaou anual y el 100% de las pacientes consideraron que debe de existir una buena explicación del virus del papiloma humano con su médico de primer contacto.

Conclusiones: La información veraz es nuestra mejor arma para lograr disminuir la ansiedad y establecer un seguimiento y un apego adecuado para el tratamiento que se le indique a las pacientes.

10 CARTEL 189

RECURRENCIA DE CANCER DE ENDOMETRIO TIPO ENDOMETROIDE EN ESTADIO I

GARCIA BRIONES ANGEL TOBIAS
BAÑUELOS FLORES JOEL
MACIEL MARTINEZ MARISELA
GAMEZ GUEVARA CATALINA

IMSS
UMAE Hgo no. 4 Luis Castelazo Ayala,
Oncología Ginecológica

Objetivo del estudio: Determinar la frecuencia de recurrencia en pacientes con diagnóstico de cáncer de endometrio tipo endometroide estadio I, tratadas en nuestro servicio.

Materiales y métodos: se estudiaron 186 pacientes con diagnóstico de cáncer de endometrio tipo endometroide estadio I, tratadas con cirugía entre Enero de 1995 y Diciembre de 2005. La recurrencia se estableció con corroboración histológica. Se analizaron sitio y tratamiento de la recurrencia, niveles de Ca 125 y estudios radiológicos. Se excluyeron a pacientes tratadas fuera de la unidad y a las tratadas con radioterapia inicial.

Resultados: Se identificaron 7 casos de recurrencia (3.7%): 3 a vagina solamente, una a vagina y pulmón, una a hueso y pulmón, una a pulmón y una a epiplón. La media de edad fue de 66.8 años con rango de 58 a 79 años. La recurrencia ocurrió en promedio a los 29.8 meses, con rango de 3 a 68 meses. La recurrencia local fue tratada con radioterapia, locoregional con cirugía y a distancia con hormonoterapia. Hubo 4 muertes (57%) una con recurrencia vaginal

y 3 a distancia. Viven 3 pacientes, 2 que recurrieron a vagina y una a epiplón con seguimiento de 46 a 134 meses

Conclusiones: La frecuencia de recurrencia en estadio patológico I de ca endometrial endometroide es muy baja y el patrón de falla en el 50% de los pacientes va a incluir falla sistémica.

13 CARTEL 190

HIPERPLASIA PSEUDOANGIOMATOSA DEL ESTROMA MAMARIO: SIMULAR DE CÁNCER MAMARIO, REVISIÓN DE 45 CASOS

RUVALCABA LIMON EVA
ESPEJO FONSECA RUBY
BAUTISTA PIÑA VERONICA
MAFFUZ AZIZ ANTONIO
GUISA HOHENSTEIN FERNANDO
RODRIGUEZ CUEVAS SERGIO

Instituto de Enfermedades de la Mama - FUCAM,
Oncología Mamaria Quirúrgica

Objetivo del estudio: Describir las características clínico-radiológicas de pacientes con hiperplasia pseudoangiomatosa del estroma mamario o PASH (Pseudoangiomatous-Stromal-Hyperplasia), que es una lesión mamaria benigna mesenquimatosa rara, generalmente nódulo palpable con hallazgos radiológicos variados y de buen pronóstico.

Materiales y métodos: Estudio transversal retrospectivo de mujeres >18 años con diagnóstico histológico de PASH en Instituto de Enfermedades de la Mama-FUCAM (febrero-2008 a julio-2011), analizando características clínicas y radiológicas, realizando estadística descriptiva.

Resultados: Se incluyeron 45 casos con edad de 43±6.9 años (21-64 años), lactaron 73.3% y usaron anticonceptivos hormonales 28.88%. Hubo 24 (53.33%) asintomáticas y 21 (46.6%) sintomáticas, siendo frecuente la autodetección de nódulo de crecimiento lento. Se reportaron 36 (80%) estudios como BIRADS 4 ó 5. Hallazgos mastográficos (n=42): 14 (33.3%) nódulos, 6 (14.3%) asimetrías, 2 (4.8%) distorsiones, 2 (4.8%) microcal-

cificaciones y 18 (42.9%) no valorables por alta densidad mamaria. Hallazgos ecográficos (n=43): 37 (86%) nódulos con patrón variado, 1 (2.32%) distorsión y 5 (11.6%) sin alteraciones. El tamaño (mediana) clínico, mastográfico, ecográfico y en pieza quirúrgica fue de 30, 24, 21 y 36mm, respectivamente. Fueron 23 biopsias en consultorio, 19 por ultrasonido y 3 por estereotaxia. Se operaron 26 (57.77%) pacientes, siendo 18 (40%) casos por incongruencia entre biopsia e imagen, mientras que 19 casos con biopsia de PASH quedaron en vigilancia clínico-radiológica, sin existir recurrencias.

Conclusiones: PASH es indistinguible del cáncer mamario en 80% de estudios radiológicos, requiriendo de biopsia para descartarlo. Aunque es factible la vigilancia clínico-radiológica, la excisión quirúrgica puede realizarse en caso de incongruencia.

21 CARTEL 191

QUIMIOTERAPIA NEOADYUVANTE (QTneo) CON CAMPOS ELECTROMAGNÉTICOS PULSANTES (CEMP) EN EL TRATAMIENTO DE CÁNCER DE MAMA, ESTUDIO PILOTO

RUVALCABA LIMON EVA
HERNÁNDEZ CADENA LETICIA
MORALES VÁSQUEZ FLAVIA
BAUTISTA PIÑA VERÓNICA
ORDÓÑEZ ROMERO CÉSAR
RODRÍGUEZ CUEVAS SERGIO

Instituto de Enfermedades de la Mama - Fucam
Departamento de Oncología Mamaria Quirúrgica, Instituto de Enfermedades de la Mama - FUCAM

Objetivo del estudio: Evaluar respuesta tumoral y toxicidad en pacientes con cáncer mamario expuestas a CEMP durante QTneo. **Materiales y métodos:** Ensayo clínico controlado aleatorizado doble ciego de pacientes con cáncer mamario localmente avanzado premenopáusicas/posmenopáusicas aleatorizadas a recibir CEMP (4 grupos de 10 pacientes) durante QTneo. Se utilizó el equipo DHAN-1000 a 130

Gauss. Después de QTneo (FACx4) todas se operaron. Se evaluaron respuestas clínicas (clasificación RECIST) y toxicidad. Se hizo estadística descriptiva y se analizaron diferencias entre variables, con $p < 0.05$ como estadísticamente significativo.

Resultados: Se incluyeron 42 pacientes con edad de 50 ± 8.1 años, 22 premenopáusicas, 20 posmenopáusicas; 76.2% tenían sobrepeso/obesidad. Hubo 21.4% etapas IIB, 50% IIIA, 26.2% IIIB y 2.4% IIIC. Fueron 90.5% carcinomas ductales infiltrantes, 69% receptores hormonales positivos, 26.2% Her2neu positivos, 19% triples negativos y 67.6% grado-2. El tamaño tumoral inicial fue 52.5mm (20-100mm). No hubo diferencias significativas en características socio-demográficas, quirúrgicas e histopatológicas entre expuestas ($n=21$) y no expuestas ($n=21$). Pacientes con CEMP tuvieron mejores respuestas clínicas comparadas con las no expuestas, así como mayor reducción del tamaño tumoral (50% vs. 38.1%), sin diferencias significativas ($p > 0.05$). La respuesta patológica fue similar con y sin CEMP (20mm vs. 21mm, $p=0.127$). La toxicidad gastrointestinal y dermatológica fue similar entre grupos. Las pacientes expuestas tuvieron menos toxicidad hematológica.

Conclusiones: En este estudio piloto, la exposición a CEMP durante QTneo en cáncer mamario, incrementa respuestas clínicas y disminuye toxicidad hematológica, sin alcanzar diferencias estadísticamente significativas.

23

CARTEL 192

LEIOMIOMATOSIS INTRAVASCULAR

JIMENEZ LOPEZ JOSEFINA
CANTU DE LEON DAVID
PEREZMONTIEL GOMEZ MARIA DELIA
MARQUEZ ACOSTA GONZALO
OLAYA GUZMAN EMILIO JOSE
ARTEAGA GOMEZ ANA CRISTINA

Instituto Nacional de Cancerología
Instituto Nacional de Cancerología Servicio de Ginecología Oncológica

Objetivo del estudio: Presentación de caso clínico leiomiomatosis intravascular.

Materiales y métodos:

INTRODUCCION: La leiomiomatosis intravascular es una rara neoplasia uterina, descrita en 1896 por Birsch-Hirshfeld y Knauer en 1903, definida por Norris y Pamley en 1975 y se caracterizado por masas nodulares de músculo liso histológicamente benigno y crecimiento dentro de la luz venosa que se extiende a distancia.

CASO CLINICO: Femenina de 28 años. Conocida del Instituto 19-08-2008. AGO: Menarca: 13 años. Ritmo 30x3. Inicio Vida Sexual 17 años. PS: 1 G: 0 P: 0 FUM: 10-08-08. PF No Refiere crecimiento de perímetro abdominal de 6 meses de evolución, acude a medico donde se realizaron marcadores tumorales CA 125= 17 UI/ml ACE =0 AFP=0. TAC abdomino-pelvica Tumor dependiente de ovario de 35X25cm Vs Sarcoma, motivo de referencia. A la exploración física. Abdomen globoso a expensas de tumoración abdominal de 30cm aproximadamente, fija, no dolorosa, de bordes regulares. Cervix: 3X3cm. Fondos de saco distendidos secundario a tumoración pélvica.

USG pélvico tumoración pélvica, solida, altamente vascularizado.

Biopsia pélvica guiada con reporte de leiomioma. PAP negativo.

Se realiza Histerectomía Total Abdominal con preservación de anexos con hallazgos transoperatorios de Miomatosis uterina de grandes elementos, útero de 40x35X35 cm. Múltiples miomas sobre el trayecto de ligamentos anchos, rodeando vasos uterinos y uréter izquierdo con imposibilidad para resección completa con Tumor residual que sustituye completamente el tercio proximal de la vena hipogástrica derecha e izquierda y se extiende en forma intraluminal sobre venas ilíacas comunes, sin extensión a la cava. RHP: leiomioma intramural de tipo usual de 30 cms. endometrio proliferativo. Endocervicitis crónica leve inespecífica.

Tumores intravasculares: leiomioma Angioresonancia Defecto de llenado por lesión desde la aurícula derecha hacia la cava en su porción infra diafragmática y continuidad hacia la vena ilíaca izquierda, la luz se oblitera en más de un 85%

Ecocardiograma. Desembocadura de la vena cava inferior con una masa de 2.3 por 2.1cm que obstruye ligeramente la desembocadura de la hepática.

Se decide el 13-11-08 tumorectomía intra cava e intra hipogástrica bilateral oforectomía derecha Hallazgos. Tumor de 30x3cm que se extiende de la luz de ambas venas ilíacas internas, hasta la vena cava a nivel de aurícula derecha de aspecto solido blanquecino tubular. Quiste de ovario derecho 4x4cm. RHP: leiomiomas intravasculares. Ovario con quistes foliculares, edema y hemorragia reciente, salpinge con quiste paratubario.

1-04-11 valoración por consulta externa sin evidencia de recurrencia.

Resultados:

DISCUSION: La importancia de reconocer esta entidad radica en que un 80% de los casos se diseminan fuera del útero hacia las venas pélvicas y, ocasionalmente afectan la vena cava, pudiendo llegar hasta las cámaras cardíacas. El reconocimiento de las características macroscópicas y microscópicas de esta neoplasia permite establecer un adecuado diagnóstico diferencial. Desde un leiomioma típico con artificios de retracción, leiomioma con invasión vascular y sarcomas del estroma endometrial (bajo grado)- Con respecto al tratamiento, debido a que es difícil establecer un diagnóstico preoperatorio, la escisión quirúrgica; es decir histerectomía con resección completa de todas las venas afectadas es diagnóstico y terapéutico. La salpingo-ooforectomía bilateral está indicada para prevenir la estimulación hormonal.

Conclusiones: La leiomiomatosis intravenosa es considerada una neoplasia de potencial maligno incierto, que imita neoplasias malignas tanto en su patrón de crecimiento como en su extensión; por lo tanto se requiere la diferenciación histológica. En vista de la posibilidad de recurrencias se recomienda el seguimiento de los casos.

24

CARTEL 193

CANCER DE OVARIO GERMINAL Y EMBARAZO

JIMENEZ LOPEZ JOSEFINA
MARQUEZ ACOSTA GONZALO
ARTEAGA GOMEZ ANA CRISTINA

OLAYA GUZMAN EMILIO JOSE
GOMEZ PUE DANIELA.
GARFIAS GOMEZ YANELLY

INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA.
SERVICIO DE ONCOLOGIA

Objetivo del estudio: Presentación de caso clínico: disgerminoma y embarazo.

Materiales y métodos:

ANTECEDENTES: La incidencia de masas anexiales en el embarazo oscila entre el 1 en 79 a 1 en 2334. En promedio 1 en 800. Entre 2 y 5% de las tumoraciones de anexos que persisten después del primer trimestre se confirman desde el punto de vista anatomopatológico como lesiones malignas. Histológicamente, los tumores de células germinales constituyen el 45% de los tumores malignos de ovario diagnosticados durante el embarazo, seguido de los tumores epiteliales (37,5%), cordones sexuales y tumores del estroma (10%). El disgerminoma se presenta con mayor frecuencia en mujeres de 20 a 30 años, es el más frecuente, representando 5% de los procesos ováricos malignos, del 10% a 15% son bilaterales.

CASO CLINICO: Femenina de 16 años M: 13 años R: 30X5 IVSA: 15 años PS: 1 MPF: No FUM: 05-08-2010. Valorada en el Instituto en febrero 2011 por tumoración en ovario izquierdo diagnosticada en Octubre 2010 por ultrasonido obstétrico de rutina. Exploración física: Abdomen globoso a Expensas de útero gestante y liquido de ascitis, FU 22 cm, no actividad uterina, FCF 143X'. Tacto vaginal con fondos de saco distendidos, cérvix de características normales, Tabique Recto vaginal sin alteraciones. Miembros inferiores sin datos patológicos Laboratorios 12-02-11: Hb 12.7g/dl Leucitos 3800 Plaquetas 289.000 DHL 6696 TGP 17 TGO 57 PT 6.6 Albúmina 3.1 AFP 102 CA 125 375 U/ml Ultrasonido 17-01-11 Embarazo de 23 SDG. Masa tumoral en flanco izquierdo ecogénica, bordes regulares de 155X115X152mm vol. 1472cc. Liquido de ascitis.

Ultrasonido 12-02-11. Embarazo 27-28 SDG, placenta fundica posterior G I-II

Indice de Phelan 22. Fosa iliaca izquierda imagen ovoidea bordes lobulados, aspecto solido heterogéneo con pequeñas áreas anecoicas redondeadas en su interior de 18X12X16cm. Flujos de baja resistencia, Abundante liquido de ascitis.

16.02.2011 Se realiza Laparotomia Exploradora observándose útero gestante. Masa anexial izquierda de 30x18cm redondeada, solida, dependiente de anexo izquierdo. Ganglio pélvico derecho de 1X1 cm. Ascitis 6500ml. Ovario derecho sano. Sangrado aproximado 50cc. Estudio transoperatorio: tumor maligno de células germinales. Ganglio pélvico derecho negativo. Reporte Histopatológico definitivo: disgerminoma puro con capsula integra, 24cm, peso 2640kg. Epiplón sin datos de malignidad. Citología sin datos de malignidad. Biopsias de correderas parietocolicas negativas. Presenta evolución postoperatoria satisfactoria. Continúa embarazo en vigilancia y se realiza desembrazo vía abdominal el 19-04.11 obteniéndose recién nacido masculino de 2,490kg APGAR 8-9. Sin complicaciones. Actualmente en vigilancia sin datos de actividad tumoral.

Resultados:

DISCUSION: El disgerminoma, por lo general, se presenta en estadios temprano la mayoría IA (65-75%), siendo diagnosticados por aumento del tamaño abdominal o como un hallazgo en una cesárea. Puede presentar elevación de los niveles séricos de deshidrogenasa láctica El consenso general de una masa sospechosa de malignidad durante el embarazo es el tratamiento quirúrgico. Si no hay ninguna complicación aguda que justifique la cirugía de urgencia, se planea hasta la semana 16 a 18 de gestación. El abordaje quirúrgico es una incisión media infra umbilical que permite una adecuada estadificación y citorreducción si es necesaria, evitando cualquier manipulación uterina. El lavado Peritoneal y el estudio transoperatorio de la masa anexial son necesarios ya que la mayoría de los pacientes se presentan con enfermedad en estadio temprano, la salpingo-ooforectomía unilateral con preservación del ovario contralateral y útero suelen ser adecuadas. El tratamiento incluye biopsias del omento y peritoneo,

toma de muestras de ganglios linfáticos pélvicos y peri aórticos sospechosos. Tras la intervención quirúrgica inicial se determinará el uso de quimioterapia adyuvante. Dada la baja tasa de recidiva de la enfermedad en estadio IA después de la resección quirúrgica, así como el alta tasa (75%) de curación de disgerminomas recurrentes con la radioterapia y la quimioterapia; el tratamiento adyuvante no está indicado en este estadio.

El seguimiento es el mismo que en pacientes no embarazadas, con exámenes clínicos periódicos y estudios de imagen. LDH en suero se utiliza como marcador para monitorizar la respuesta al tratamiento o la recurrencia de la enfermedad durante y después del embarazo. No hay evidencia de mayor riesgo de recurrencia en futuros embarazos.

Conclusiones: Con el uso del ultrasonido es cada vez más frecuente la identificación de una masa anexial en el embarazo se deben definir todas las características de la misma y establecer la posibilidad de malignidad, Es imperativo el cuidado del paciente con un equipo multidisciplinario que incluye un obstetra especialista en embarazo alto riesgo y un oncólogo especializado en cáncer ginecológico.

34

CARTEL 194

CARCINOMA DUCTAL IN SITU DE LA MAMA, 82 CASOS TRATADOS

RUVALCABA LIMON EVA
MUÑOZ DURAN LUCIANO
BAUTISTA PIÑA VERONICA
ESPEJO FONSECA RUBY
MAFUZ AZIZ ANTONIO
RODRIGUEZ CUEVAS SERGIO
INSTITUTO DE ENFERMEDADES DE LA MAMA - FUCAM
ONCOLOGIA MAMARIA QUIRURGICA, INSTITUTO DE ENFERMEDADES DE LA MAMA – FUCAM

Objetivo del estudio: Describir características clínico-histológicas de pacientes con Carcinoma Ductal In Situ (CDIS) puro y estimar la concordancia entre Índice Pronóstico de Van-Nuys/Universidad California (IPVN/UC) con los tratamientos realizados.

Materiales y métodos: Estudio retrospectivo, descriptivo y transversal de mujeres con CDIS puro tratadas entre agosto-2005 y marzo-2010. Se analizaron características socio-demográficas, histopatológicas y terapéuticas.

Resultados: De 126 casos de cáncer mamario In Situ, se incluyeron 82 con CDIS puro (9% de todos los casos de cáncer mamario), con edad de 52.83±10 años, 71.95% posmenopáusicas, 79.3% con sobrepeso/obesidad. Hubo 64 (78%) asintomáticas y 18 (22%) sintomáticas. Excisión amplia, excisión amplia con ganglio centinela, mastectomía total y mastectomía total con ganglio centinela se realizó en 34 (41.46%), 5 (6.09%), 16 (19.51%) y 27 (32.92%) pacientes, respectivamente. Se reportó CDIS grado-3 en 40%, comedo en 56% y receptores hormonales positivos en 80%. La concordancia global entre tratamiento propuesto por IPVN y el realizado fue de 48.78%. La concordancia entre IPVN 4-6 puntos (n=23, excisión amplia) fue de 60.86%, en IPVN 7-9 (n=55, excisión amplia con radioterapia) fue de 41.81% y en IPVN 10-12 (n=4, mastectomía) fue de 75%. Se realizaron mastectomías en IPVN 7-9 puntos debido a contraindicaciones para cirugía conservadora.

Conclusiones: La prevalencia de CDIS fue de 9%, el 78% detectado por mastografías y edad similar al cáncer mamario invasor. La concordancia global entre IPVN/UC y tratamientos realizados fue de 48.78%, mas bajo en IPVN 7-9 debido a contraindicaciones para cirugía conservadora.

58 CARTEL 195

TUMOR PHYLLOIDES MALIGNO DE MAMA BILATERAL GIGANTE EN PACIENTE CON ENFERMEDAD DE VON RECKLINGHAUSEN. REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

SANCHEZ CHAVEZ RICARDO ALONSO

SALGADO CEBALLOS IVAN
CARRASCO URRUTIA VICTOR
CHAVEZ ALONSO MANUEL
FORNELLI LOPEZ ALDO

Servicios Estatales de Salud de Chihuahua Hospital De La Mujer, Ciudad Juárez Chihuahua. Universidad Autónoma de Ciudad Juárez.

Objetivo del estudio: EL reporte de un caso clínico y revisión de la literatura

Materiales y métodos: Se analizó el caso de una paciente de 58 años, nuligesta, no fumadora, la cual cursa con tumoraciones mamarias bilaterales de 6 meses de evolución; también presenta múltiples manchas de color café con leche en cara, tórax, espalda y extremidades, así como múltiples nodulaciones en trayectos nerviosos en extremidades superiores, inferiores, tórax y abdomen. No refiere antecedentes familiares de importancia.

Resultados: Se realizó biopsia por aspiración de aguja fina de ambas mamas con diagnóstico de tumor filoides maligno con atipia bilateral, se realiza biopsia de nódulo en región torácica con diagnóstico de neurofibroma. Diagnóstico de neurofibromatosis tipo I/ Tumor filoides maligno de mama bilateral gigante.

Conclusiones: El tumor phylloides maligno de mama bilateral es una es una patología poco frecuente y más aún asociada a neurofibromatosis tipo I; la neurofibromatosis es una enfermedad genética asociada al cromosoma 17,13 en cuanto al tumor phylloides no se ha reportado un factor etiológico como tal. La principal patología mamaria con la cual se debe de llevar a cabo el diagnóstico diferencial es con el fibroadenoma mamario.

76 CARTEL 196

STRUMA OVARI. REPORTE DE UN CASO

PEREZ SAMPERIO MONICA
RAMIREZ LOPEZ GILBERTO
MEDINA CASTRO JUAN MANUEL

Instituto Materno Infantil del Estado De Mexico. Imiem
Centro Oncologico Estatal

Objetivo del estudio: Presentar el caso clínico de una paciente quien se encuen-

traba en seguimiento por cancer de mama, en estudios de seguimiento se detecta masa anexial izquierda, se realiza LAPE para reseccion de la misma, reportando en el estudio histopatologico: struma ovarii, con predominio de tejido tiroideo

Materiales y métodos: Caso clinico

Resultados: Tumor de ovario izquierdo de 15 x 12 x 10 cm aproximadamente, al corte quístico con áreas calcificadas, multilocular, de paredes lisas. Al examen microscópico con características de Struma ovarii (teratoma monodermico especializado) cuyo componente predominante corresponde a tejido tiroideo. Cistoadenofibroma papilar seroso de ovario derecho.

Conclusiones: El struma ovarii es una neoplasia de ovario rara derivada de las células germinales de un teratoma maduro. Este tumor generalmente es benigno, aunque se ha informado en la literatura casos aislados que evolucionan a la malignidad. El diagnóstico preoperatorio suele ser difícil, el diagnostico definitivo es dado por el estudio histopatologico.

86 CARTEL 197

SARCOMA PRIMARIO DE MAMA: PRESENTACION DE UN CASO

MARTINEZ VAZQUEZ MARTHA PAOLA
SANCHEZ GONZALEZ, ALMA JAZMIN
MURO FLORES, LUIS HUMBERTO
VILLA DELUNA, ZAIDA MARIA
VACA GONZALEZ, ALEJANDRA
AYALA CASTELLANOS, MARIA DE LA MERCED

Antiguo Hospital Civil de Guadalajara "Fray Antonio Alcalde", Servicio de Ginecología, Clinica de Mama

Objetivo del estudio: Describir el caso de una paciente que presenta un sarcoma primario de mama.

Materiales y métodos: Estudio retrospectivo observacional de un reporte de caso clinico.

Resultados: Paciente femenino de 56 años, sordomuda, sin antecedentes hereditarios de cáncer de mama, diabética tipo 2, menarca a los 13 años, menopausia a los 46 años, sin

terapia de reemplazo hormonal, nuligesta, quien presentó una tumoración en mama izquierda en intersección de cuadrantes superiores de 2 x 2 cm, posterior a trauma leve. Se le realizó biopsia con aguja fina reportándose negativa a malignidad y posteriormente drenaje de la misma. Diez días posteriores acude a nuestra institución por notar aumento de la tumoración en misma zona, a la exploración física la encontramos de 6 x 6 cm, violácea, de consistencia ahulada, dolorosa, semifija a planos profundos. Mamografía BIRADS IV- A. Realizamos biopsia de corte la cual reporta sarcoma de alto grado pleomórfico, con necrosis extensa del 70%, 15 mitosis por 10 campos de a lta resolución. Estudios de extensión negativos. Estadío clínico IIB, (T3N0M0) según las guías TNM de la American Joint Committee on Cancer. Se realiza mastectomía simple que reporta neoplasia sarcomatosa pobremente diferenciada, compatible con angiosarcoma pobremente diferenciado con dimensiones para tumor de 10 x 10 cm. La paciente continuó manejo por parte del servicio de Oncología con radioterapia.

Conclusiones: El sarcoma primario de mama es una entidad poco frecuente y a la vez difícil de diagnosticar. Es importante tener conocimiento de la patología para su manejo oportuno y adecuado, tomando en cuenta su agresividad.

91

CARTEL 198

TUMOR FILODES: REPORTE DE UN CASO

SANCHEZ GONZALEZ ALMA JAZMIN
MARTINEZ VAZQUEZ MARTHA PAOLA
MURO FLORES LUIS HUMBERTO
VILLA DELUNA ZAIDA MARIA
VACA GONZALEZ ALEJANDRA
BERNAL MARTINEZ SERGIO

Antiguo Hospital Civil de Guadalajara "Fray Antonio Alcalde", Servicio de Ginecología, Clínica de Mama

Objetivo del estudio: Describir el caso de paciente de 41 años, con un tumor filodes originado en la localización de un fibroadenoma resecado previamente, de 6 años de evolución y la dificultad de su diagnóstico.

Materiales y métodos: Estudio retrospectivo observacional de un reporte de caso clínico.

Resultados: Paciente de 41 años la cual desde hace 6 años ha sido tratada en dos ocasiones por tumoraciones mamarias similares cada 2 años, de la misma localización, con diagnóstico de fibroadenoma corroborado con histopatológico sólo en la primera ocasión, presentando de nuevo hace 2 años otra tumoración en el mismo sitio la cual refiere ha presentado un crecimiento más acelerado en los últimos 6 meses. Con antecedentes de importancia: tía paterna finada por cáncer de mama. A la exploración física, mama derecha aumentada de tamaño de contornos irregulares a expensas de tumoración en cuadrante superior interno, con piel adelgazada, brillante y de aproximadamente 7x7cms, la cual es de consistencia dura, irregular, fija a planos profundos, dolorosa, expresión negativa, hueco axilar sin adenopatías, mama izquierda normotrófica. Biopsia de corte: hiperplasia ductal florida. Ultrasonido y Mastografía B.I.R.A.D.S. 4a sugiere descartar o confirmar Tumor Filodes. Se somete a resección en bloque considerando bordes libres, extrayendo tumoración de 10x10 cm con un reporte histopatológico de: tumor filodes maligno de alto grado con más de 10 mitosis por campo de alto poder. Complicaciones quirúrgicas: (seroma y hematoma).

Conclusiones: El tumor Filodes constituye un reto diagnóstico debido a que es relativamente raro, su cuadro clínico casi inespecífico, así como su amplio espectro morfológico, lo hace difícil de detectar aún con una adecuada exploración, citología y estudios de imagen. La excisión de la lesión y su estudio histopatológico son la única opción para un diagnóstico certero. Tal fue el caso de nuestra paciente, la cual presentó una evolución de 6 años previa a su diagnóstico.

92

CARTEL 199

ADENOCARCINOMA DUCTAL INFILTRANTE DE MAMA EN UNA JOVEN DE 19 AÑOS DE EDAD. REPORTE DE UN CASO

VACA GONZALEZ ALEJANDRA
RAMOS MORENO XOCHITL MAGDALENA

VILLA DELUNA ZAIDA MARIA
SANCHEZ GONZALEZ ALMA JAZMIN
MARTINEZ VAZQUEZ MARTHA PAOLA
CORTES ANGUIANO MANUEL

Antiguo Hospital Civil de Guadalajara "Fray Antonio Alcalde" Universidad de Guadalajara
Clínica de mama

Objetivo del estudio: Dar a conocer el reporte de un caso de una paciente con cáncer de mama de 19 años que desarrolló un Adenocarcinoma ductal infiltrante pobremente diferenciado.

Materiales y métodos: Expediente Clínico

Resultados: Reporte de una paciente femenina de 19 años de edad como único factor de riesgo la menarca a los 9 años, con aumento de volumen en mama derecha y mastalgia intermitente punzante de 4 meses de evolución. A la exploración tumoración de 3x2cm en CSI mama derecha, línea B, radio 1, consistencia solida, no móvil, bordes irregulares, expresión del pezón negativa. Eco de mama: imagen irregular de 2.6 x 1.3cm con vascularidad perilesional. Se realiza biopsia de cohorte reportando Adenocarcinoma ductal infiltrante pobremente diferenciado, grado nuclear III. Receptores de estrógenos: Negativos, receptores de progesterona: Negativos, Her-2neu. Negativos. Los exámenes, radiografía de tórax, gamagrama oseo, US y TAC de hígado y vías biliares sin diseminación. Por lo cual se le realiza Mastectomía radical tipo Patey.

Conclusiones: El cáncer de mama alcanza cada vez a mujeres más jóvenes, observando casos en mujeres a partir de los 40 años. Esto repercute en realizar especial hincapié en la importancia del diagnóstico precoz.

97

CARTEL 200

MASTITIS GRANULOMATOSA. REPORTE DE UN CASO

PEREZ SAMPERIO MONICA
RAMIREZ LOPEZ GILBERTO
MONTALVO MARTINEZ RICARDO ANTONIO
GARCIA MILLAN ROBERTO

Instituto Materno Infantil del Estado De Mexico. Imiem
Centro Oncologico Estatal ISSEMYM

Objetivo del estudio: Presentacion de caso de mastitis granulomatosa en una paciente 34 años, con sospecha inicial de cancer, posterior a la biopsia y estudio histopatologico se diagnostica mastitis granulomatosa.

Materiales y métodos: Reporte de un caso

Resultados: Se inicia tratamiento con rifampicina y prednisona presentado buena respuesta inicial, sin embargo presenta posteriormente exacerbación del cuadro, por lo que se decide tratamiento quirúrgico. Se realiza escisión amplia de la lesión sin complicaciones y se envía pieza a estudio histopatológico en donde se corrobora diagnóstico.

Conclusiones: La mastitis granulomatosa es una enfermedad inflamatoria benigna de la mama, es rara y de etiología desconocida. Compromete en mayor grado el estroma de la glándula mamaria y frecuentemente se abscedan y fistulizan. El diagnóstico clínico es difícil, confundiendo frecuentemente con cáncer localmente avanzado. La mastografía y el ultrasonido mamario no son específicos para el diagnóstico de esta patológica. El diagnóstico definitivo es histopatológico. El tratamiento es variado y a veces poco satisfactorio con recidivas frecuentes.

102

CARTEL 201

ADENOMA DE LA LACTANCIA: REPORTE DE UN CASO

SANCHEZ GONZALEZ ALMAJAZMIN
MARTÍNEZ VÁZQUEZ, MARTHA PAOLA
AGUILAR REGALADO CLAUDIA ELIZABETH
VILLA DELUNA ZAIDA MARÍA
CÁRDENAS RAMOS ANGEL ALFONSO
CORTES ANGUIANO MANUEL

Antiguo Hospital Civil de Guadalajara “Fray Antonio Alcalde”, Servicio de Ginecología – Clínica de Mama

Objetivo del estudio: Describir el reporte de un caso de una paciente de 16 años con adenoma de la lactancia gigante durante el embarazo.

Materiales y métodos: CASO CLÍNICO: Paciente de 16 años sin antecedentes hereditarios de cáncer de Mama, menarca 10 años, primigesta. Con antecedente de mastalgia cíclica y tumoración en mama derecha de 3x3 cm de dos años de evolución tratada como Condición Fibroquistica. Acude a las 37 semanas de embarazo refiriendo aumento de dolor y tamaño de la misma tumoración durante el embarazo. A la exploración física se encuentra mama congestiva, hipertrófica con aumento de vascularidad, coloración café-rojizo, eutémica, de consistencia ahulada, zona de induración en cuadrante superior externo de 5x3 cm, dolorosa a la palpación, no es posible delimitar bordes de la tumoración, secreción espontánea bilateral blanquecina, no adenopatías axilares. El ultrasonido mamario no es concluyente. La Biopsia de corte : reportó adenoma de la lactancia.

Resultados: Se realiza excéresis de tumoración, de 18X16X13cms, 720grs. Reporte histopatológico: adenoma de la lactancia, hiperplasia lobulillar, hiperplasia ductal, hiperplasia de células mioepiteliales. Presentando buena evolución postquirúrgica. Actualmente sana.

Conclusiones: El adenoma de la lactancia es una patología poco común llamada así por los cambios fisiológicos en el embarazo y la lactancia, que alteran un adenoma tubular de fondo y donde el 40% de éstos son diagnosticados.(3) El caso reportado es excepcional por el gran tamaño de la lesión y el retraso de su diagnóstico de 2 años, debido a la similitud a otras lesiones como el fibroadenoma y tumor filodes..

106

CARTEL 202

NEVO MELANOCITICO ATIPICO VULVAR

RAMIREZ MATUS JORGE ALBERTO
VALDEZ GIL LILIANA
AQUINO HERNANDEZ JOSE LUIS
AGÜERO SANTIAGO BEATRIZ
ALCALA TREJO KARINA

Secretaria de Salud
Hospital General Regional “Dr. Rafael Pascacio Gamboa” Tuxtla Gutiérrez Chiapas.
Departamento de Ginecología

Objetivo del estudio: Presentación de un caso.

Materiales y métodos: Material y métodos. Femenino de 26 años de edad, diagnosticada hace 2 años con infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana, tratada desde hace 1 año con antirretrovirales. Citología cervicovaginal con lesión intraepitelial cervical de bajo grado corroborando lesión por colposcopia y biopsia dirigida de cérvix y de lesión en región perineal pigmentada, de coloración negra, heterogenea con discreto relieve, de aproximadamente 6 cm de extensión con bordes regulares y pruriginosa.

Resultados: Resultado de biopsias. Nevo melanocítico atípico de tipo genital. Neoplasia intraepitelial cervical I mas IVPH

Comentario. El Nevo melanocítico atípico son lesiones que permanecen estables y no cambian de color ni de forma, ni aumentan de tamaño en forma rápida con el tiempo. El riesgo de transformación a melanoma es del 10%. Se recomienda la revisión periódica de los pacientes, reservando la extirpación para aquellas lesiones que muestren cambios morfológicos, o bien lesiones asimétricas, bordes irregulares y pigmentación desigual.

Tratamiento de elección la biopsia excisional.

Conclusiones: La conducta médica a seguir dependerá de la cantidad de nevos, de los antecedentes heredofamiliares y personales patológicos del paciente. Como regla general, cualquier lesión sospechosa deberá ser biopsiada con 2 mm de margen para estudio histopatológico. En caso de que el reporte histopatológico sea atípica severa, se deberán ampliar los márgenes a 5 mm por la elevada frecuencia de desarrollo de melanoma in situ. El seguimiento deberá realizarse cada 3-6 meses.

143

CARTEL 203

HIPERTROFIA MAMARIA Y TUMOR PHYLLOIDES EN UN EMBARAZO GEMELAR

VILLAR MUÑOZ LINA GABRIELA
VALDEZ BUSTILLOS, JESUS ENRIQUE
AGUILAR TORRES, CESAR RAMON

Instituto Chihuahuense de Salud
Hospital Central Universitario, Departamento Ginecología

Objetivo del estudio: Determinar, vigilar y tratar tumoración mamaria en mujer joven que se presenta durante la gestación.

Materiales y métodos: Se reporta el caso de una paciente femenina de 19 años de edad con hiperplasia mamaria y tumor phylloides el cual se presentó durante una gestación gemelar. Se realiza sonografía mamaria la cual reporta presencia de lesión sólida en cuadrante superior externo de 24 x 12 mm y cuadrante inferior interno de 41 x 22 mm con aumento del patrón fibroglandular en mama derecha. mama izquierda sin alteraciones. se realiza baaf el cual reporta infiltrado fibrinoide. en el puerperio tardío paciente presenta rápido crecimiento tumoral con mastalgia significativa. se realiza sonografía nuevamente encontrando tumoración mamaria de 23 x 20 cm, multilobulada, con imágenes ecoicas de diferentes dimensiones principalmente retroareolar, realizándole punción dirigida drenando aproximadamente 260 ml líquido. se realiza mastopexia reductiva con resección del tumor y reconstrucción mamaria.

Resultados: No hubo complicaciones quirúrgicas. la evolución postquirúrgica fue satisfactoria. el diagnóstico final se estableció por estudio histopatológico reportando tumor de 25 x 22 cm, encapsulado, lobulado, bien delimitado, sin adherencias a músculo pectoral. la imagen microscópica reporta neoplasia benigna con proliferación acentuada del estroma, ductos epiteliales aplanados, sin actividad mitótica y atipias leves, bordes quirúrgicos libres. diagnóstico tumor phylloides benigno.

Conclusiones: se diagnostica hiperplasia mamaria y tumor phylloides benigno. neo-

plasia infrecuente en gravidez. se sugiere el ambiente hormonal como causante del tumor, pero aun no se establece claramente su comportamiento hormonodependiente el cual nos puede dar pauta a un diagnóstico y manejo en estas pacientes.

151

CARTEL 204

CANCER DE VULVA ESTUDIO RETROSPECTIVO DE 5 AÑOS

RIVERA NARVAEZ SELENE
SALDIVAR RODRIGUEZ DONATO
VIDAL GUTIERREZ OSCAR
RUIZ PAZ EDNA
FLORES ACOSTA CLARA DEL CARMEN
IBARRA PATIÑO RICARDO

Hospital Universitario Dr. Jose Eleuterio Gonzalez
Ginecología y Obstetricia

Objetivo del estudio: Revisar las características clínicas, procedimientos diagnósticos y tratamiento del cáncer de vulva en una serie de casos a 5 años

Materiales y métodos: Estudio retrospectivo, observacional y descriptivo, se revisaron expedientes de pacientes diagnosticadas y tratadas con cáncer de vulva en el Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González del 2005 al 2010.

Resultados: Con una incidencia de 1.4 Casos/año. Se reportaron 6 casos, la edad media 61 + 2 años, con 66.6% de origen espinocelular, un caso de melanoma y uno de células basales. Factores de riesgo solo una paciente con tabaquismo y otra con infección por VPH. El 83.3% reportaron prurito, dolor el 50%, 1 caso con úlcera. El 50% con estadio clínico IA, IB en el 33% y un caso IIIA. El 50% en labio mayor derecho, 33% en clítoris, y el resto en labio menor (n=1). Diagnóstico mediante biopsia de lesión. Se les realizó escisión local amplia y en la paciente con melanoma realizó escisión radical y ganglio centinela. Se presentó una recidiva.

Conclusiones: El cáncer de vulva representa el 4% de las neoplasias genitales femeninas, la edad de presentación es entre los 65-75 años y factores de riesgo

relacionados son tabaquismo, lesiones premalignas e infección por virus del papiloma humano. En nuestro estudio encontramos con características similares en cuanto a presentación, cuadro clínico y tratamiento que lo reportado en la literatura.

152

CARTEL 205

CANCER DE VULVA Y GANGLIO CENTINELA

IBARRA PATIÑO RICARDO
VIDAL GUTIERREZ OSCAR
SALDIVAR RODRIGUEZ DONATO
FLORES ACOSTA CLARA DEL CARMEN
RIVERA NARVAEZ SELENE
RUIZ PAZ EDNA

Hospital Universitario Dr. Jose Eleuterio Gonzalez
Ginecología y Obstetricia

Objetivo del estudio: Evaluar la aplicación de ganglio centinela en un caso de cáncer de vulva.

Materiales y métodos: Paciente de 67 años que acude a consultar por prurito vulvar. Histerectomía vaginal por relajación pélvica hace 27 años. Tabaquismo de 30 años. Papanicolaou normal. Se observa lesión pigmentada plana, bordes irregulares en labio mayor derecho de 1 x 0.5 cm y lesión satélite en introito vaginal de .2 x .2 cm. Tomografía simple normal.

Resultados: Previo a cirugía se aplica tecnecio-99 para mapeo de ganglio centinela. Mediante incisión de la parte externa de los labios mayores longitudinalmente, desde la zona superior del clítoris hasta periné, hasta mucosa vaginal, respetando la uretra y el profundo de la fascia de los músculos subyacentes. Diagnóstico patológico ganglio centinela inguinal derecho: 3 ganglios linfáticos negativos para metástasis. Melanoma maligno con nivel de Clark II y Breslow de 0.58 mm, bordes libres de neoplasia.

Conclusiones: La identificación de metástasis es muy importante debido al pronóstico. Sin embargo, solo entre el 10 y 15% de las lesiones T1 o T2 desarrollaran enfermedad metastásica inguinal, por lo que entre el

85 y el 90% de las pacientes sometidas a linfadenectomía sistemática estarán expuestas a comorbilidades asociadas a esto, sin beneficio clínico. Haciendo de esto una alternativa razonable a la linfadenectomía inguinal en pacientes con estadios iniciales.

165

CARTEL 206

ADENOMA TUBULAR GIGANTE DE MAMA Y EMBARAZO

HERRERA OSORIO OCTAVIO
GÓMEZ PUE DANIELLA
MANTEROLA ÁLVAREZ DAVID
MÁRQUEZ ACOSTA GONZALO

Instituto Nacional de Perinatología
Oncología

Objetivo del estudio: Presentar el caso clínico de una paciente que se realizó diagnóstico diferencial de tumor Phylloides de mama a un adenoma tubular gigante durante la gestación finalizando el mismo sin complicaciones, así como revisión de literatura.

Materiales y métodos: Paciente de 24 años que acude con reporte de Ultrasonido mamario BIRADS-V con probable tumor Phylloides vs Cistosarcoma Phylloides a las 33 semanas de gestación; con presencia de lesión en mama izquierda que abarca los 4 cuadrantes de 12cm de diámetro, sin lesiones axilares; se inicio estudio con nuevo USG INPer clasificando nuevamente como BIRADS 5 donde se describe masa heterogénea con vascularidad y presencia de lesiones quísticas extendiéndose a planos profundos respetando pectoral. Se realizó Trucut bajo guía de ultrasonido para muestras adecuadas con resultado posterior de adenoma tubular. El embarazo se resolvió por parto a las 38 semanas sin complicaciones, encontrándose en seguimiento además un adenoma hipofisiario.

Resultados: Se anexaron imágenes

Conclusiones: Los adenomas tubulares son tumores raros de la mama aproximadamente 0.13 - 1.7%, generalmente se encuentran en personas jóvenes el 90% se diagnostican en menores de 40 años, aunque están relacionados con los fibroadenomas difieren por la presencia

escasa de tejido conectivo y que el componente epitelial consiste en unidad acinar en lugar de ductos amplios. El tamaño tumoral varía desde 1cm sin embargo es raro encontrarlos mayor de 5cm. La excisión total de la lesión es terapéutica en caso de los adenomas tubulares.

El cáncer de mama es un problema de salud pública prioritario, se estima que el cáncer de mama asociado a embarazo es la segunda patología maligna en presentación con un 3% de todos los cánceres de mama diagnosticados, en 1:3000 y con edad media 33 años; sin embargo existen lesiones asociadas al embarazo que pueden simular lesiones malignas como lo es el adenoma tubular que debe ser diferenciado del carcinoma tubular así como por la similitud con lesiones fibroadenomatosas con tumor Phylloides, para lograr un adecuado tratamiento.

169

CARTEL 207

CORIOCARCINOMA ASOCIADO A EMBARAZO A TÉRMINO: REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

MORALES GARCÍA VÍCTOR EDILBERTO
BAUTISTA GÓMEZ ESPERANZA JOSEFINA
FLORES ROMERO ANA LUISA

Secretaría de Salud de Oaxaca
Hospital General "Dr. Aurelio Valdivieso"
Servicio de Ginecología

Objetivo del estudio: Reportar un caso de coriocarcinoma posterior a un embarazo de término

Materiales y métodos: Reporte de un caso

Resultados: El coriocarcinoma posterior a un embarazo a término es poco frecuente. Paciente de 18 años, G2, P2, antecedente de parto eutócico 4 meses previos a su ingreso, historia de sangrado transvaginal continuo que persistió desde su parto, pérdida de peso no cuantificada. A la exploración física abdomen doloroso, se palpa fondo uterino a 18 cm del BSSP, presencia de tumoraciones en ambas fosas ilíacas, a nivel genital se observa lesión suburetral, con presencia de secreción achocolatada

fétida, HCG-B de 1000000 U/ml, TAC de abdomen y cráneo útero aumentado de tamaño, quistes tecaluteínicos bilaterales, lesiones metastásicas a nivel hepático y cerebral. Radiografía de tórax con metastásis pulmonares. Se estadia en etapa IV y se inicia quimioterapia fallece 7 días posteriores a su ingreso.

Conclusiones: Es importante la detección oportuna de esta enfermedad, ya que si bien es cierto que en la mayoría de los casos se puede llegar a la remisión completa, cuando se detectan en etapas avanzadas, los resultados pueden ser no favorables.

178

CARTEL 208

DISPLASIA CERVICAL Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS EN MUJERES ADOLESCENTES

SAM SOTO SELENE
SÁNCHEZ BAÑOS KARLA SELEGNA
MARÍN GONZÁLEZ YAMILETH
PAREDES NOGUERÓN ISIDRA

Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes
Clínica de la Adolescencia

Objetivo del estudio: El objetivo principal de este estudio fue determinar la prevalencia de lesiones genitales causadas por el virus de VPH, en un grupo de mujeres adolescentes con vida sexual activa y sin embarazo, así como describir los factores de riesgo asociados y la conducta terapéutica según el grado de la lesión encontrada.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio observacional descriptivo retrospectivo en pacientes adolescentes no embarazadas que acudieron a consulta de ginecología, y a las cuales se les realizó una colposcopia en el período comprendido entre Septiembre de 2009 y Julio de 2011.

Resultados: El número de pacientes valoradas fue de 149 y de ellas 44 (29.5%) presentaron algún grado de lesión cervical causada por el VPH. El grupo de edades más frecuente fluctuó entre 14 y 19 años, la mayoría de las pacientes refirió entre 1-3 parejas sexuales. La infección cervicovaginal más común encontrada en este grupo de pacientes fue la candida, seguida de gardnerella, en tercer lugar

se encontró la infección cervico-vaginal mixta; mientras que la infección por VPH ocupó el primer lugar en infecciones de transmisión sexual.

El resultado de las pruebas citológicas de mayor predominio fue la lesión intraepitelial de bajo grado (LIEBG), sin embargo se encontró un menor número de casos de colposcopia positiva, mientras que en las biopsias de cérvix el hallazgo más frecuente también fue la LIEBG.

Conclusiones: Teniendo en cuenta los hallazgos del estudio, sin modificar las normas del Programa Nacional de Detección Precoz del Cáncer Cervicouterino, podemos concluir que es importante realizar estudios citológicos y colposcópicos a pacientes menores de 25 años siempre que existan factores de riesgo. Nuestra principal preocupación es la prevención y la detección precoz de las enfermedades de transmisión sexual y de las lesiones intraepiteliales del cérvix, misma que debe realizarse en las mujeres adolescentes que muestren dichos factores de riesgo asociados.

181

CARTEL 209

HIPERTROFIA MAMARIA VIRGINAL: TRATAMIENTO MEDICO DE UN CASO

SAM SOTO SELENE
SÁNCHEZ BAÑOS KARLA SELEGNA
ACUÑA GONZÁLEZ DENISE
NÁJERA VILLAGRANA SANDRA
MONTSERRAT
LIRA PLASCENCIA JOSEFINA

Instituto Nacional de Perinatología
Clínica del Adolescente

Objetivo del estudio: Presentamos el caso de una paciente de 11 años de edad con diagnóstico de hipertrofia mamaria virginal, la cual se estudió y recibió un manejo con tratamiento conservador a base de Danazol.

Materiales y métodos: Se revisa un caso clínico y la bibliografía relacionada al padecimiento para realizar una revisión de la literatura.

Caso clínico: Paciente de 11 años de edad, premenárquica, con muy bajos recursos

económicos, sin antecedentes médicos o patológicos de importancia que acude a la consulta refiriendo hipertrofia e hipersensibilidad mamaria importante de rápida evolución (3 meses), dorsalgia severa, dificultades para vestirse y realizar ejercicio físico, así como aislamiento social, deserción escolar y depresión. A la exploración física de 148 cm de altura, 38 kg de peso, se encontraba una circunferencia torácica a nivel del pezón de 120 cm, con eritema, hipervascularización en piel de ambas mamas, así como turgencia mamaria. Con Tanner púber II y presencia de escaso y delgado vello axilar. Se practicó examen anatomopatológico de biopsia obtenida por punción con aguja fina encontrando únicamente proliferación del estroma glandular mamario. Se analizaron las distintas opciones de tratamiento y se decidió iniciar el mismo con Danazol, a dosis de 400 mg por día, con valoraciones al inicio semanales y posteriormente mensuales, observando una disminución de 70% de tejido mamario. La paciente dejó de acudir a su control a los 6 meses, por lo que no se pudo continuar con la valoración del caso.

Resultados: La hipertrofia mamaria virginal es un rápido crecimiento mamario desproporcionado de una o ambas mamas, usualmente se presenta en la adolescencia, y es una condición rara reportada esporádicamente en la literatura, únicamente 65 casos de acuerdo a lo reportado en un metanálisis realizado en Julio de 2010 y publicado en Junio de 2011.

Conclusiones: La hipertrofia mamaria virginal es un rápido crecimiento mamario desproporcionado de una o ambas mamas, usualmente se presenta en la adolescencia, y es una condición rara reportada esporádicamente en la literatura, únicamente 65 casos de acuerdo a lo reportado en un metanálisis realizado en Julio de 2010 y publicado en Junio de 2011.

185

CARTEL 210

PAPULOSIS BOWENOIDE VULVAR, REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

TERRÓN ARRIAGA JUAN EMMANUEL
HURTADO ESTRADA GABINO

Instituto Materno Infantil Estado de México

Hospital de Ginecología y Obstetricia,
Clínica de Colposcopia y Patología del Tracto Genital Inferior

Objetivo del estudio: Determinar las diferencias clínicas e histológicas que caracterizan la papulosis Bowenoides vulvar, establecer su adecuado manejo y el correcto seguimiento de este tipo de lesiones.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo, analítico y correlacional de la bibliografía publicada en revistas indexadas, con una fecha de publicación no mayor a 10 años.

Resultados: Ver conclusiones

Conclusiones: La papulosis bowenoides, una enfermedad cuya incidencia aún no ha sido establecida, representa una neoplasia intraepitelial vulvar caracterizada por múltiples lesiones populares confluentes de tamaño variable no mayor a un centímetro, excepcionalmente únicas, pigmentadas y de superficie lisa o verruciforme que afecta la piel de los labios mayores, menores, el clitoris y la región perianal. Al ser frecuentemente confundida con condilomas vulvares suele ser subdiagnosticada, no obstante y a diferencia de estos últimos, la supresión de células citotóxicas por un VPH altamente oncogénico: 16, se ha encontrado entre el 80 y el 95% de los casos reportados. Al ser una patología generalmente asintomática, el diagnóstico es histológico: la presencia de una reacción hiperplásica de la epidermis con cambios anaplásicos en los queratinocitos, infiltrado celular linfohistiocitario en la dermis y núcleos de las células epiteliales irregulares en su tamaño, forma y color, son las características más comunes. Debido a la poca información reportada, el tratamiento ideal aún no ha sido establecido; múltiples estudios han reportado éxitos variables con el empleo de Podofilina, 5-Fu, electrofulguración, láser e incluso tratamientos radicales como la vulvectomía. El seguimiento debe ser semestral pues la progresión a Carcinoma Espinocelular metastásico se ha reportado en un 2.6% de los casos diagnosticados.

190

CARTEL 211

CÁNCER DE OVARIO EN EL EMBARAZO. PRESENTACIÓN DE UN CASO

RAMÍREZ NEGRÍN ATZIRI
BELTRÁN MONTOYA JORGE
ARTEAGA GÓMEZ ANA CRISTINA
RUIZ CABRERA IXEL
GRANÁDOS MARTÍNEZ VERÓNICA

Instituto Nacional de Perinatología

Objetivo del estudio: Presentar un caso de cáncer de ovario en el embarazo

Materiales y métodos: Primigesta de 29 años, con embarazo de 21-22 semanas de gestación que por hallazgo ultrasonográfico presenta imagen quística bilobulada de 21.7x16.3 cm, con excrecencia de 8.4x3.8 cm, escasa vascularidad, sugestivos de malignidad, corroborándose hallazgos por RM, por lo que se realiza Laparotomía exploradora encontrando masa anexial derecha dependiente de ovario derecho posterior al útero de 25x20x12 cm, irregular, lobulada con septos en su interior, consistencia heterogénea, móvil, no ascitis y sin evidencia de implantes macroscópicos; estudio transoperatorio reporta tumor limítrofe seroso de ovario, enviando a patología masa anexial derecha, líquido de lavado peritoneal, epiplón mayor y biopsias de correas parietocólicas; reportándose cistadenocarcinoma papilar seroso ovario bien diferenciado.

Resultados: a las 39 SDG presenta Pre-eclampsia severa, decidiéndose realizar Cesárea + histerectomía total abdominal + Salpingooforectomía bilateral + lavado peritoneal A 8 meses de seguimiento la paciente no ha requerido quimioterapia y se ha observado ausencia de recidiva del tumor presencia de CA 125 15.6 y ultrasonido sin alteraciones.

Conclusiones: El cáncer de ovario se puede presentar en el embarazo y su evolución es dependiente del estadio en el cual se encuentre, su tratamiento es posible a la resolución del embarazo.

210

SARCOMA DE MAMA, REPORTE DE UN CASO

BRACAMONTE DÍAZ ANGÉLICA
SARAÍ
GARCIA ESTUDILLO FIDEL OMAR

Instituto Mexicano del seguro social
Unidad Médica de Alta Especialidad No. 23 IMSS, Monterrey, N.L., Unidad de Oncoginecología

Objetivo del estudio: Presentar un caso de sarcoma de Mama

Materiales y métodos: Paciente femenina de 27 años de edad, ama de casa, antecedente de cáncer de mama en una hermana. Menarca 11, regular, Gesta 2 Para 2, último parto hace año un mes, última lactancia por 6 meses, última citología cérvix hace un año negativo a cáncer. Acude por presentar tumoración en mama izquierda de 8 meses de evolución, sin síntomas acompañantes, ha ido en aumento, en un principio se pensó se tratase de un absceso de mama. A la exploración física mamas asimétricas con tumor palpable en mama izquierda, blando, que abarca el 80% de la mama con piel a tensión, axila no se palpan ganglios. Se realiza biopsia por tru-cut reportando tumor mesenquimal con necrosis, altamente sugestivo de malignidad. Se realiza mastectomía radical modificada de mama izquierda con reporte trasoperatorio de Neoplasia maligna poco diferenciada de alto índice mitótico compatible con sarcoma.

Resultados: Se presentan imágenes del caso

Conclusiones: El sarcoma primario de mama es raro, pero debemos estar alertas de las lesiones o tumoraciones que presenten crecimiento rápido acompañados o no de lesiones dérmicas.

213

CARTEL 213

HEMATOMETRA ASOCIADO CÁNCER CERVICOUTERINO: REPORTE DE 2 CASOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

FLORES ROMERO ANA LUISA

CARTEL 212

BAUTISTA GÓMEZ ESPERANZA JOSEFINA

MORALES GARCÍA VÍCTOR
CID GÓMEZ OLGA
MORALES PÉREZ DARINEL
GONZÁLEZ ZÁRATE ALBA

Secretaría de Salud Oaxaca
Hospital General "Dr. Aurelio Valdivieso"
Oaxaca

Objetivo del estudio: Reportar dos casos de pacientes postmenopausicas con hemotometra asociado a cancer cervicouterino

Materiales y métodos: Reporte de 2 casos

Resultados: El hematometra en mujeres posmenopáusicas generalmente se asocia con estenosis cervical, lesiones neoplásicas que involucren la cavidad uterina baja o el cérvix, entre otras causas. La incidencia del hematometra secundario a cáncer cervicouterino es desconocido, y no se menciona en la literatura como signo de dicha patología. Nosotros presentamos 2 casos clínicos de pacientes, en los que el motivo de referencia inicial a nuestro hospital fue de masas anexiales, en los hallazgos con presencia de hematometra, y confirmación diagnóstica por estudio histopatológico de cáncer cervicouterino.

Conclusiones: El hematometra en mujeres posmenopáusicas está asociado con estenosis cervical, atrofia senil, radioterapia, o lesiones neoplásicas del tracto genital inferior. Ante la presencia de hematometra, en mujeres posmenopausicas, con algún factor de riesgo para cáncer cervicouterino, podría sugerir y nos obligaría a descartar esta patología.

222

CARTEL 214

PERFIL EPIDEMIOLOGICO DEL CANCER CERVICOUTERINO EN LA UMAE 23

ESCOBAR VILLANUEVA MARISELA
CASTAÑEDA CÓRDOBA LUCILA A.,
CORTÉS FLORES RAÚL,
HERNÁNDEZ GARZA FERNANDO,

Instituto Mexicano del Seguro Social
Unidad Médica de Alta Especialidad #23,
Monterrey, N.L.

Objetivo del estudio: Determinar los factores de riesgo que con mayor frecuencia se asocian al cáncer cervicouterino, así como el perfil de las pacientes que lo padecen en la UMAE 23.

Materiales y métodos: Pacientes derechohabientes del IMSS que se les realizó diagnóstico de CACU en el 2009 en nuestra Unidad y contaran con reporte histopatológico.

Resultados: Se diagnosticaron 64 casos de cáncer cervicouterino durante el año 2009. El 50% de las pacientes tuvieron edad de presentación entre los 40 y 60 años, más del 60% tuvieron su primer embarazo durante la adolescencia así como su inicio de vida sexual, 75% de los casos tuvieron presencia de VPH al momento de su diagnóstico, el 49.9% contaban con escolaridad inferior a primaria, cerca del 80% de los casos cursaron asintomáticos, solo se diagnosticó una paciente embarazada en la cual se realizó cesárea hysterectomía a las 37.6 SDG. La esterpe que se presentó con mayor frecuencia fue el cáncer epidermoide.

Conclusiones: El perfil encontrado en nuestras pacientes fue el de la mujer con poca educación, portadora de VPH, inicio de vida sexual y paridad en forma temprana, manifestándose arriba de los 40 años. Estos hallazgos nos vuelven a mostrar la importancia que tiene la educación temprana en aspectos de salud reproductiva entre la población. Por otro lado, favorablemente las etapas de diagnóstico igualmente fueron tempranas.

224

CARTEL 215

MIOMA ABORTADO A VAGINA Y LESIÓN INTRAEPITELIAL DE ALTO GRADO

RAMIREZ MATUS JORGE ALBERTO
VALDEZ GIL LILIANA
AQUINO HERNANDEZ JOSE LUIS
MORALES SANCHEZ ROMAN
MONTROYA MAZA SERGIO
JIMENEZ OCAÑA ROSALBA

Secretaría de Salud
Hospital General Regional "Dr. Rafael Pascacio Gamboa" Tuxtla Gutiérrez Chiapas.
Departamento de Ginecología

Objetivo del estudio: Presentación de un caso.

Materiales y métodos: Femenino de 43 años de edad G3P3 DOC anual mayo 2010 negativo DOCMA negativo MPF. OTB. RM 22-28 x 4-7 días. Consulta por presentar dolor pélvico y presencia de leucorrea crónica, con tratamientos diversos. Y refiere incremento en el flujo menstrual en días y duración. Colposcopia no satisfactoria con nódulo que protruye a través de canal cervical de aspecto redondeado, bordes definidos con pedículo y con área de epitelio acetoblancos, se retira por torsión y se envía a estudio histopatológico con diagnóstico de leiomioma abortado a vagina y lesión intraepitelial cervical de alto grado.

Resultados: Acude con resultado histopatológico notificando NIC III asociado a IVPH más Leiomioma de 4cm con ultrasonido de útero y ovarios normales.

Se explora nuevamente por colposcopia presentando lesión acetoblancos tenue en el radio de las 12 inmersa en tejido glandular evertido se realiza cono cervical con fines terapéuticos. Con notificación histológica de pieza de cono NIC III, más endocervicitis crónica con bordes libres de lesión. Evolución satisfactoria, sin dolor pélvico, sin trastornos en el ciclo menstrual y sin cervicovaginitis.

Conclusiones: Existen pocos casos reportados de la afectación del epitelio de un leiomioma por neoplasia intraepitelial cervical.

El interrogatorio, la exploración clínica y seguimiento son elementos indispensables para el diagnóstico oportuno aunado a la correlación histopatológica y a al tratamiento conservador (cono cervical) o hysterectomía., permitiendo interrumpir la progresión de la lesión hacia un cáncer invasor.

228

CARTEL 216

CITOLOGIA MAMARIA EN PERSONAL DEL SECTOR SALUD

VELAZQUEZ PEREZ ADRIANA TARCILA
ALDRETE CEBREROS MONTSERRAT
MAGALI
PEREZ RODRIGUEZ SANDRA

VILLELA HERRERA CYNTHIA MARISOL

ISSSTE

Hospital Valentin Gomez Farias, Ginecología y Obstetricia

Objetivo del estudio: Detectar la patología mamaria mas frecuente en el personal del sector salud, por medio de citología mamaria

Materiales y métodos: Estudio prospectivo, transversal y descriptivo

Sujetos: medicos de base y residentes del 3 y 2 año de la especialidad

Entrevista

Exploracion fisica

Citologia mamaria

Resultados: 119 pacientes revisados

33 (27.73%) toma de citología mamaria por descarga del pezón

86 (72.27%) sin descargas por el pezón

Obteniéndose que la patología mamaria mas comunmente encontrada en el 14.29% de la poblacion a la cual se le tomo citología fue la ectasia, metaplasia e hiperplasia ductal

Conclusiones: La patología mamaria encontrada por citología mamaria en el personal del sector salud fue la ectasia, metaplasia e hiperplasia ductal. y obteniendo que el rango de mayor prevalencia se encontro entre 40 - 44 años.

233

CARTEL 217

DISGERMINOMA OVARICO EN EMBARAZO ADOLESCENTE. REPORTE DE CASO

LIRA PLASENCIA JOSEFINA
PEREZ MOTA LILIA RAQUEL
OLAYA GUZMAN EMILIO
CASSO DOMINGUEZ VLADIMIR

INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA DEL ADOLESCENTE

Objetivo del estudio: Describir el caso de paciente adolescente obstetricia con disgerminoma ovarico puro, y el exito del manejo conservador

Materiales y métodos: Estudio observacional de un reporte de caso clínico

Resultados: paciente de 17 años de edad cursando su primer embarazo con 27 semanas de gestación con diagnóstico de disgerminoma de ovario puro, de cápsula íntegra, se decide manejo conservador, postergando la quimioterapia posterior a resolución de embarazo, por lo que se realiza laparotomía a las 28 semanas de gestación, se realiza ooforectomía y omentectomía. Posterior a manejo con uteroinhibición parenteral, se obtiene a las 37 semanas de gestación, recién nacido sano, sin complicaciones

Conclusiones: El manejo conservador del disgerminoma en embarazo es posible, cuando éste es de tipo puro, la cápsula se encuentra íntegra, y no se encuentran datos de metastasis en primera laparotomía; con lo que es posible obtener resultados perinatales exitosos

256

CARTEL 218

CAMBIOS MAMOGRÁFICOS CON DIFERENTES REGÍMENES DE TERAPIA DE REEMPLAZO HORMONAL

DE LA GARZA ALMEDA MAYRA WENDOLEE
VÁZQUEZ MÉNDEZ JUANA
ALEJANDRA ROMÁN TIJERINA LUCÍA
SALAS CASTRO CELINA

Universidad Autónoma de Nuevo León
Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González", Monterrey, Nuevo León. Clínica de Menopausia, Servicio de Ginecología

Objetivo del estudio: Observar los cambios mamográficos que se presentan con tres tipos de terapia de reemplazo hormonal

Materiales y métodos: Mujeres menores de 60 años que no hubieran utilizado terapia hormonal y que acudieron a la consulta con sintomatología de climaterio. Se aleatorizaron para recibir terapia con Tibolona 2.5 mg/día, Estradiol + Trimegestona 1 mg/0.250 mg al día, y en el caso de las pacientes histerectomizadas recibieron Estrógenos Equinos Conjugados 0.625 mg/

día. Se realizó control mamográfico a todas las pacientes con escala de BIRADS basal y al año de tratamiento.

Resultados: No se encontró diferencia estadísticamente significativa entre la prevalencia de datos patológicos en la mamografía basal y de control, entre los diferentes tipos de terapia hormonal de reemplazo analizados.

Conclusiones: No se logró demostrar un cambio significativo en las características mamográficas después de un año de tratamiento con las diferentes terapias hormonales a estudiar. Probablemente con un mayor período de seguimiento se pueda evidenciar alguna tendencia significativa

258

CARTEL 219

PREVALENCIA DE LESIONES PREMALIGNAS. UN ESTUDIO RETROSPECTIVO DE 9 640 PACIENTES EN UN MEDIO PARTICULAR

SANDOVAL ANDRADE EVA DEL CARMEN
VERA GASPAR DRUSSO

Medio particular

Objetivo del estudio: Comparar los resultados obtenidos en un medio particular con pacientes de un medio socio-económico medio con lo reportado en la literatura.

Materiales y métodos: De 9640 pacientes estudiadas en un año de enero del 2009 a julio del 2010. Se revisaron 9640 citologías tomadas por médicos ginecólogos en su consulta privada.

Revisadas por el mismo patólogo.

Resultados: De 9 640 pacientes estudiadas con citología de enero del 2009 a julio del 2010, se encontró que 130 pacientes presentaron lesiones premalignas correspondiendo a 1.34%. de estas 130, 113 pacientes (86.9%) presentaron leibg, 13 pacientes (10%) presentaron ascus, 1 paciente (0.7%) presentó asc-h y 3 pacientes (2.3%) presentaron leiag

Conclusiones: De los artículos analizados se concluye ascus 3%, leibg 1.5% y leiag 0.5% comparado con nuestro estudio retrospectivo en el que se obtuvieron los siguientes datos, observándose algunas

diferencias ascus 0.13%, leibg 1.17%, leiag 0.03%. los resultados para leibg fueron semejantes, pero en las leiag se tuvo una diferencia considerable de 0.47%, siendo esto debido al tipo de población analizada con un nivel socio-económico y cultural mejor que en provincia, todas viven en la ciudad de México, teniendo más acceso a servicios médicos, lo que conlleva a un mejor diagnóstico, manejo y seguimiento de las lesiones encontradas lo que evita la progresión de las mismas.

266

CARTEL 220

DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE MAMA EN PACIENTES CON MASTOGRAMÍA BIRADS 4 Y 5 SIN TUMOR PALPABLE. EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA NÚMERO 3, CENTRO MÉDICO NACIONAL LA RAZA

ARROYO RENDÓN LIZBETH GRETER VELOZ MARTÍNEZ MARÍA GUADALUPE
HINOJOSA CRUZ JUAN CARLOS
ROBLES ROBLES AGUSTÍN GERMÁN
CIRIGO VILLAGÓMEZ LUISA LOURDES

Instituto Mexicano del Seguro Social
Hospital de Ginecología y Obstetricia Número 3

Objetivo del estudio: Se estableció la relación entre el reporte mastográfico y el resultado histopatológico de la biopsia guiada por arpón, en el Hospital de Ginecología y Obstetricia Número 3 en el periodo comprendido de enero del 2008 a enero del 2011.

Materiales y métodos: Diseño del estudio: observacional, transversal, retrospectivo. Fueron captadas las pacientes que fueron sometidas a toma de biopsia por arpón de lesiones no palpables de mama, en el periodo correspondiente de enero 2008 a enero 2011, y que tuvieron la información completa requerida para dicho estudio.

Se empleó estadística descriptiva

Resultados: Un total de 287 pacientes fueron estudiadas. Las pacientes tuvieron un rango de edad entre 33 y 83 años (media

de 55, moda 51) con desviación estándar de 8.6.

El hallazgo radiográfico más frecuente fue la presencia de nódulos sólidos en 145 pacientes (50.5%) y en segundo lugar las microcalcificaciones correspondieron a 120 pacientes (41.8%). De las pacientes que se realizó biopsia por marcaje, 197 pacientes (68.64%) reportaron BIRADS 4, 52 pacientes (18.1%) reportaron BIRADS 5 y 14 (4.3%) reportaron BIRADS 3, estas últimas fueron por solicitud de la paciente.

Como hallazgo de importancia, las lesiones tanto benignas como malignas se presentaron en un porcentaje mayor en la mama izquierda hasta en un 51.6%, con respecto a la mama derecha en un 42.2%. En los reportes histopatológicos, los más frecuentes fueron lesiones benignas en 158 pacientes (55.1%), lesiones malignas en 98 pacientes (38.2%). De los hallazgos malignos, el más frecuente correspondió al Carcinoma ductal en 43 pacientes (15%). En 136 (69%) pacientes con BIRADS 4 se encontraron lesiones benignas y 59 (29.9%) se encontraron lesiones malignas. En 59 pacientes con BIRADS 5, 44 (84.6%) correspondieron a lesiones malignas.

En las lesiones benignas, solo 4 casos ameritaron cirugía por la presencia de hiperplasia ductal con atipias, en los cuales se realizó ampliación de márgenes. Con respecto a las lesiones malignas, prácticamente a todos se les realizó cirugía complementaria.

Conclusiones:

- En este estudio se observó que la edad de las pacientes en las que se diagnostica cáncer de mama ha disminuido.
- Los hallazgos radiográficos en nuestra población de estudio, más frecuentemente encontrado es la presencia de nódulo sólido.
- La indicación más frecuente para la realización de la biopsia por marcaje es el hallazgo de BIRADS 4 en la mastografía.
- La patología maligna sigue correlacionándose en mayor medida con el hallazgo de BIRADS 5.
- La biopsia por marcaje sigue siendo efectiva para el diagnóstico de cáncer de mama, con toma de muestra adecuada ya

que mas del 78.7% de las muestras tomadas, resultaron con bordes libres de lesión.

•Una vez que se determina histopatológicamente la presencia de una lesión benigna, no hay mayor tratamiento que ofrecer a las pacientes, sin embargo; si el resultado es maligno, el 100% de las pacientes son sometidas a tratamientos quirúrgicos complementarios y adyuvancias.

•En el 100% de las pacientes sometidas a tratamientos quirúrgicos conservadores, posterior a reportes de patología mamaria maligna, se les deriva a adyuvancia con radioterapia.

301

CARTEL 221

SARCOMA ENDOMETRIAL DE BAJO GRADO Y ABSCESO TUBO-OVÁRICO

TERÁN BAHENA KARLA NAIVI
LÓPEZ CORDOVA MARTIN

Hospital de la Mujer de Puebla
Ginecología y Obstetricia

Objetivo del estudio: Presentación de caso

Materiales y métodos: Presentación de caso

Resultados: Presentación de caso

Conclusiones: El sarcoma del estroma endometrial de bajo grado es un tumor mesenquimatoso infrecuente, de crecimiento lento y un curso indolente con tendencia a recurrencias tardías. En estadios precoces le corresponde una supervivencia a los 5 años del 50%, alcanzando el 20% los casos de enfermedad avanzada. Tiene una tendencia a la infiltración del miometrio, embolización vascular, alta tasa de recidivas locales y con potencial para desarrollar metástasis a distancia, principalmente a pulmón y a mama. La histerectomía abdominal con anexectomía bilateral constituye el tratamiento indicado.

Se trata de paciente femenino de 49 años, multigesta múltipara, portadora de miomatosis uterina, diagnóstico de un año y con antecedente de sangrado transvaginal moderado de 3 meses de evolución, con pérdida ponderal de 20 kg., y disnea de reciente debut, y con dolor principal-

mente localizado en fosa iliaca derecha, con aumento de volumen a ese nivel, sin irritación peritoneal, y con descarga ser hemática fétida por necrosis tumoral siendo protocolizada con marcadores tumorales, biopsia endometrial y con Imagenología, realizándole laparotomía exploradora, con histerectomía y salpingooforectomía bilateral, y drenaje de absceso, Paciente complicada con shock séptico.

310

CARTEL 222

TUMOR MIXTO MESODÉRMICO MULLERIANO MALIGNO DE OVARIO, ADENOCARCINOMA DE ENDOMETRIO Y

FLORES ACOSTA CLARA DEL CARMEN
VIDAL GUTIERREZ OSCAR
IBARRA PATIÑO RICARDO
VALENZUELA RODRIGUEZ ROSA MARIA
NAVEJAR TIJERINA CELIA
ALARCON GALVAN GABRIELA

Doctor's Hospital, Monterrey, Nuevo León
Departamento de Ginecología Oncológica y Patología

Objetivo del estudio: Presentar el caso de una paciente de 47 años con antecedente de cáncer de mama, desarrollo de tumor mixto mesodérmico mulleriano maligno de ovario (TMMM) y adenocarcinoma de endometrio.

Materiales y métodos: Paciente de 47 años, gesta 2 para 2, sin antecedentes familiares de importancia, con diagnóstico de cáncer de mama izquierda a los 44 años (adenocarcinoma ductal infiltrante poco diferenciado con metástasis a 10 ganglios) tratada con mastectomía radical más linfadenectomía, quimio, radioterapia y tamoxifeno. A los 3 años del cáncer de mama, acude a consulta de seguimiento asintomática con incremento en los niveles de Ca 15-3, sin evidencia de extensión tumoral, por lo que se solicita PET-CT el cual reporta tumoración abdominopélvica dependiente de ovario de 20 cm de diámetro con actividad metabólica severa sospechando probable tumor primario

de ovario vs metástasis, el resultado de Ca 125 64.4.

Resultados: Se realiza citorreductora de ovario el reporte de anatomía patológica fue de TMM con perforación de la capsula, implantes mesentéricos y a la serosa del cuerpo uterino, además de adenocarcinoma moderadamente diferenciado de endometrio que invade menos de la mitad del miometrio. Por lo que se inicia tratamiento con quimioterapia.

Conclusiones: El TMM es raro, agresivo y con pobre pronóstico. Representa <1% de las neoplasias del ovario. Caracterizado por elementos epiteliales y mesenquimales El uso de tamoxifeno en pacientes con cáncer de mama se ha asociado con un incremento en el riesgo relativo de cáncer endometrial, así como de desarrollar TMM.

324

CARTEL 223

ANGIOMIXOMA AGRESIVO DE VULVA PRESENTACION DE UN CASO

JAUREGUI TEJEDA RICARDO
VILLALON CALDERON ROBERTO
DIAZ CRUZ ALEJANDRA ITZEL

Instituto de Salud del Estado de Mexico
Hospital General Dr Nicolas San Juan,
Depto Ginecología y Obstetricia

Objetivo del estudio: El angiomioma agresivo de vulva es un tumor raro de partes blandas, que se presenta en mujeres en edad reproductiva, informamos el caso de una mujer de 48 años, con tumor de 30cm y 4 años de evolución.

Materiales y métodos: Paciente femenina de 48 años, con tumoración vulvar de 30 cm, que se presenta al servicio de Ginecología y Obstetricia enviada de centro de salud con Dx de hernia inguinal derecha. Católica, viuda, 2do de primaria, dedicada al hogar, niega antecedentes de importancia para su padecimiento actual.

M 11 años, R. 28x3 eumenorreica, IVSA 13 años, l sola pareja sexual, menopausia hace 4 años.

G. V P.V ultimo parto hace 10 años. Papanicolaou hace 5 años normal.

Padecimiento actual, acude por presentar desde hace 4 años, tumoración genital sin dolor, solo molestia para caminar por el tamaño que ha alcanzado.

EF. TA 100-70 FC 80 FR 24, CP normal, genitales con tumoración móvil, dura de 30x24x20cm, bordes regulares.

Solicitamos preoperatorios, papanicolaou y colposcopia que son normales, se programa para excisión.

Resultados: Extracción de tumoración vulvar 30cm, coloración pardo-grisácea, consistencia mixomatosa, reporte histopatológico fue de angiomixoma agresivo vulvar, compuesto por estroma mixoide y múltiples vasos sanguíneos, con áreas de hemorragia, bordes quirúrgicos libres de tumor. no se realizaron receptores a estrógenos por no disponer el servicio de patología de ellos.

Conclusiones: El angiomixoma agresivo es un tumor de crecimiento lento, con elevado índice de recurrencia si no se reseca adecuadamente, se presenta frecuentemente en edad reproductiva, la paciente a 2 años de su intervención no a presentado recurrencia alguna.

330

CARTEL 224

TUMOR DEL ESTROMA GASTRO-INTESTINAL DE TABIQUE RECTO VAGINAL

OCAÑA GONZALEZ MAYRA
MARTINEZ ZAMUDIO ALBERTO
ARTURO
MORALES BAUTISTA DAVID
FERNANDO
RODRIGUEZ PIÑA MARIA ELENA
KAMEYAMA FERNANDEZ LUCERO
KAZUE
ROBLES SANDOVAL SERGIO DAVID

ISSSTE Morelos

Hospital de Alta especialidad Centenario de la Revolución Mexicana ISSSTE Morelos, Servicio de Oncología

Objetivo del estudio: Dar a conocer la frecuencia de tumores del estroma gastrointestinal asociadas con la región genital.

Materiales y métodos: Presentación de un caso y revisión de la bibliografía.

Resultados: Femenino de 74 años de edad diabética, hipertensa, portadora de hepatitis C postransfusional, que inicia su padecimiento posterior a un esfuerzo presentando protrusión a nivel transvaginal, no doloroso el cual se redujo digitalmente, continuando con pujo y sensación de opresión pélvica y cuerpo extraño a nivel vaginal, dificultad para la micción y para las evacuaciones. Colonoscopia con hallazgo de tumor de 3x4 cm de crecimiento exofítico aparentemente extrínseco a nivel de cara anterior del recto mucosa superficial normal en la zona eritema leve. Se realiza resección de tumoración transvaginal, extrayendo tumoración carnosa, lobulada de 5x4 cm aproximadamente, el cual es enviado a estudio transoperatorio, con reporte macroscópico espécimen polipoide de 4 x 4 x 3 cm. La superficie externa trabeculada y rojiza. Al corte, superficie compacta de aspecto carnoso, trabeculada, blanquecina. El reporte transoperatorio fue tumor estromal. CD 117 positivo por lo que se inicia tratamiento con imatinib, presentando toxicidad moderada por lo que se suspende, actualmente en vigilancia sin evidencia de actividad tumoral.

Conclusiones: Los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) son tumores mesenquimatosos raros que ocurren entre el 0.1 al 3% de todas las neoplasias malignas gastrointestinales. Las células de GIST tienen un precursor común, que da origen a las células intersticiales de Cajal de los plexos mientéricos del tracto gastrointestinal, más frecuentemente resultan como el resultado de la activación de mutaciones en uno de los receptores de proteína de tirosin cinasa KITCD 117 o del factor de crecimiento derivado de plaquetas, el cual se encuentra presente en >90% de estos tumores. Pueden surgir a lo largo de todo el tracto gastrointestinal pero es más común en estómago 60%, en intestino delgado 30%, en duodeno 5% y menos del 5% en recto. En esófago y apéndice se han reportado menos del 1% de los casos y raramente se presentan de manera extraintestinal. El GIST extraintestinal es una patología de rara presentación, se deberá tener en cuenta dentro de los diagnósticos diferenciales, de lesiones sólidas fusiformes y realizar estudios de inmunohistoquímica para confirmar el

diagnostico y ofrecer el tratamiento adyuvante complementario, sin olvidar que la mejor oportunidad de tratamiento es el quirúrgico.

336

CARTEL 225

REPORTE DE UN CASO: TUMOR TROFOBLASTICO DEL SITIO PLACENTARIO

GORDILLO MENDEZ KARLA PATRICIA
MUÑOZ MARTINEZ BAYARDO ABRAHAM
GORDILLO MENDEZ JAZMIN YADIRA
CHINCOYA DIAZ MARIBEL
LOPEZ RIVEIRA LUIS PABLO
HERNANDEZ MARIN IMELDA

Hospital Regional Dr. Rafael Pascacio Gamboa

Objetivo del estudio: Reporte de un caso: tumor trofoblástico del sitio placentario con inversión uterina espontánea, en una paciente de 16 años.

Materiales y métodos: Estudios de laboratorio y gabinete; hGH, USG pélvico, estudio de patología.

Resultados: Se realiza histerectomía total abdominal.

Cuantificación de HGC en Sangre (08.06.2010): 3,721

Reporte de patología: útero sin anexos; tumor trofoblástico del sitio placentario, que mide 3x3x2cm, e infiltra al endometrio completamente y 2/3 de miometrio. Amplias zonas de necrosis.

Conclusiones: Paciente adolescente con inversión uterina espontánea, no antecedente de embarazo, no presencia o expulsión de feto; datos de choque hipovolémico grado III, se realiza histerectomía total abdominal con conservación de anexos, resultando por patología tumor trofoblástico del sitio placentario.

385

CARTEL 226

CARCINOMA DUCTAL EMBRIONARIO DE RESTOS WOLFFIANOS DEL CERVIX

PUNARO ESQUIVEL JOSE HUMBERTO

Hospital Español.
Ginecología y Obstetricia.

Objetivo del estudio: El objetivo de esta presentación es que se deben tener siempre presente este tipo de tumores malignos que si bien son raros no deben de ser un riesgo para la vida de las mujeres que los padecen en cualquier época de su vida.

Materiales y métodos: Historia clínica y revisión de todos los casos del hospital en 150 años.

La revisión de la literatura existente hasta el 2006 publicada.

Resultados: Los tumores wolffianos son poco frecuentes y habitualmente mortales sobre todo en mujeres jóvenes, las cuales deberán ser sometidas a histerectomía con salpingooforectomía de primera instancia.

Conclusiones: Los tumores wolffianos deben tenerse en mente ante el hallazgo de un tumor de morfología inusual, particularmente en gente joven.

402

CARTEL 227

SARCOMA ENDOMETRIAL DE BAJO GRADO

CORDOVA LOPEZ MARTIN
TERAN BAHENA KARLA NAIVI

SSA

Hospital de la Mujer de Puebla, Ginecología y Obstetricia

Objetivo del estudio: Cartel

Materiales y métodos: Cartel

Resultados: Cartel

Conclusiones: El sarcoma del estroma endometrial de bajo grado es un tumor mesenquimatoso infrecuente, de crecimiento lento y un curso indolente con tendencia a recurrencias tardías. En estadios precoces le corresponde una supervivencia a los 5 años del 50%, alcanzando el 20% los casos de enfermedad avanzada. Tiene una tendencia a la infiltración del miometrio, embolización vascular, alta tasa de recidivas locales y con potencial para desarrollar metástasis a distancia, principalmente a pulmón y a mama. La histerectomía abdominal con anexectomía bilateral constituye el tratamiento indicado.

Se trata de paciente femenino de 49 años, multigesta múltipara, portadora de miomatosis uterina, diagnóstico de un año y con antecedente de sangrado transvaginal moderado de 3 meses de evolución, con pérdida ponderal de 20 kg., y disnea de reciente debut, y con dolor principalmente localizado en fosa ilíaca derecha, con aumento de volumen a ese nivel, sin irritación peritoneal, y con descarga serohemática fétida por necrosis tumoral siendo protocolizada con marcadores tumorales, biopsia endometrial y con imagenología, realizándole laparotomía exploradora, con histerectomía y salpingooforectomía bilateral, y drenaje de absceso. Paciente complicada con shock séptico.

437

CARTEL 228

VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO EN LENGUA: REPORTE DE UN CASO

BERNAL DAVISH MIGUEL ANGEL
GUZMAN TAPIA MARIA NATIVIDAD
ALTAMIRANO JACOME ERASMO
HERNANDEZ HERNANDEZ PERLA
XOCHITL
PEREZ LOPEZ FRANCISCO
MORALES MENDOZA FLOR LIZETH

Universidad Veracruzana
Facultad de Medicina Xalapa

Objetivo del estudio: El virus de papiloma humano forma parte de la familia de los papovavirus, se clasifica en varios subtipos, siendo algunos de estos altamente oncogénicos como los subtipos 16, 18, y de mediano riesgo 31, 33, 35 y 45 que afectan principalmente al cérvix condicionándolo al cáncer, en la actualidad sigue siendo la primera causa de muerte en la mujer en etapa reproductiva de países en subdesarrollo. El virus tiene gran afinidad por los epitelios es decir epiteliotrópico, como en boca, lengua, amígdala, faringe, cérvix, vagina, pene y ano, la transmisión ocurre cuando entra en contacto con dichas regiones, permitiendo su transferencia entre estas células epiteliales. En el cáncer de lengua no siempre está presente el VPH y cuando se detecta predomina el 16 y 13 también se ha asociado el tabaquismo y

alcoholismo como habito sexual oral, en cáncer de lengua.

Materiales y métodos: Paciente de 30 años de edad, niega tabaquismo activo y pasivo, cuanta con antecedentes ginecoobstetricos de importancia para su estado actual, menarca 12 años, ritmo 30/2 eumenorreica, inicia vida sexual a los 24 años, una sola pareja sexual, con habito de sexo oral, gesta 1, aborto espontaneo 1, a las 8 semanas de gestación realizándosele aspiración manual endouterina, actualmente colposcopia satisfactoria cérvix sin alteraciones, métodos de planificación hormonales inyectable mensual combinado por tres meses a base de cipionato de estradiol 5 mg y acetato de medroxiprogesterona 25 mg, en dos ocasiones anticoncepción de emergencia a base de levonorgestrel 0.75 mg cada 12 hrs dos dosis a la edad de 24 años, actualmente condón y coitus interruptus. Acude a consulta ginecológica por presentar engrosamiento del epitelio mucoso de la lengua en la punta lado izquierdo, con un tamaño de 3 mm. de diámetro aproximadamente, con hiperqueratosis pediculada y plana, de color blanquecino, leucoplaquia de 1 año de evolución, se realiza biopsia excisional de la lesión

Resultados: La presencia de coilositos, confirmandose una papilomatosis de lengua.

Conclusiones: Discusión.- Existe un incremento en cáncer de boca asociado a VPH en diferentes partes del mundo y este es exponencial cada década se incrementa3 y esta con y sin asociación al tabaquismo, alcoholismo y hábitos sexuales así como ola presencia o ausencia del VPH. Conclusión.- Es pertinente que durante el interrogatorio de los antecedentes se haga énfasis sobre el tipo de habito sexual, ya que esta patología esta asociado a posible detección de lesiones por papovavirus en otro epitelio que no es el habitual como en el de este caso en la lengua y detectar este tipo de casos que son demasiado raros.

444

CARTEL 229

VPH EN ADOLESCENTE CON ESQUEMA INCOMPLETO DE VACUNACION: REPORTE DE UN CASO

BERNAL DAVISH MIGUEL ANGEL
GUZMAN TAPIA MARIA NATIVIDAD
RIVERA LARA KARINA ANGELICA
DURAN GARCIA MANUEL ALEJANDRO
PESTAÑA FONSECA CLAUDIA SERINE
MORALES RAMIREZ CARLOS FERNANDO

Universidad Veracruzana
Facultad De Medicina Xalapa

Objetivo del estudio: El virus del papiloma humano (VPH) es la principal causante de muerte por cáncer cervicouterino en países en desarrollo, cada 2 hrs. muere una mujer en México y a nivel mundial se detectan 490 mil casos nuevos de los cuales 270 mil fallecen en los países subdesarrollados. El 70% de las lesiones desaparecen en un año y el 90% en dos años, aquellas pacientes con persistencia o recidiva pueden condicionar a que esa lesión degenera a cáncer cervicouterino, cada ves es mas frecuente detectar VPH en adolescentes.

Materiales y métodos: Paciente de 16 años, menarca 14 años, IVSA 16 años, tabaquismo positivo, esquema incompleto de vacunación contra genotipos de VPH 6, 11, 16 Y 18 solo dos dosis, primera pareja sexual de misma edad, se le realiza colposcopia encontrándose lesión acetoblanca, es tratada con electrocirugía con reporte de patología LIEBG sin lesión en limites quirúrgicos, la paciente posterior a tratamiento no regresa a consultas de seguimiento hasta un año y medio después, mencionando ya su tercera pareja sexual de 11 años mayor, aun sin uso de preservativo, a la colposcopia se detecta una lesión acetoblanca en labio anterior del cérvix con proyección al canal endocervical.

Resultados: Se confirma VPH con endocervicoscopia, patología y PCR subtipo 11. Además se le da consejería y concientiza de su padecimiento actual.

Conclusiones: El uso inadecuado de vacunación no asegura la protección contra el VPH, la promiscuidad, el tabaquismo y sin protección del condón tanto masculino o femenino son factores que se atribuyen a esta patología, esta adolescente tiene todos

los riesgos para contraer cáncer en epitelios escamosos, iniciando por el cervicouterino.

UROLOGÍA GINECOLÓGICA

47

CARTEL 230

TÉCNICA MODIFICADA PARA LA APLICACIÓN DE LA CINTILLA SUB-URETRAL LIBRE DE TENSIÓN CON MALLA SINTETICA EN EL MANEJO DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO

MORGAN ORTIZ FRED
SOTO PINEDA JUAN MANUEL
BAEZ BARRAZA JOSEFINA
QUEVEDO CASTRO EVERARDO
CAMACHO RAMIREZ DIEGO ARMANDO
CONTRERAS SOTO JUAN OMAR

Centro de Investigacion y Docencia En Ciencias de la Salud, Universidad Autonoma de Sinaloa.

Hospital Civil de Culiacan, Departamento de Ginecología y Obstetricia.

Hospital Angeles Culiacan

Objetivo del estudio: Describir los resultados de una técnica modificada para la colocación de una cinta sub-uretral libre de tensión con malla de polipropileno en pacientes con incontinencia urinaria de esfuerzo.

Materiales y métodos: 62 pacientes con Incontinencia Urinaria de Esfuerzo fueron sometidas a cirugía anti-incontinencia con la colocación de una cintilla sub-uretral libre de tensión con malla de polipropileno mediante la técnica modificada urante el periodo comprendido de enero del 2005 a diciembre de 2010 en el Hospital Civil de Culiacán, Sinaloa. El seguimiento mínimo para ser incluidas en el estudio fue de un año. La variable de interés primario fue la ausencia o persistencia de la incontinencia urinaria a los 12, 24, 36, 48 y 60 meses. Como variable de interés secundario se analizaron las complicaciones trans y postoperatorias como sangrado, lesión a órganos vecinos, cistocèle residual, retención urinaria y extrusión y/o erosión

de material sintético a través de vagina o hacia el interior de la vejiga.

DESCRIPCION DE LA TECNICA: La técnica de cabestrillo sub-uretral utilizada en este estudio fue mediante la colocación de la cinta vaginal libre de tensión con una modificación de la técnica original del TVT (Gynecare TVT™, Ethicon Women's Health & Urology, Ethicon, Inc Johnson & Johnson, Company; Somerville, New Jersey, USA) reemplazada por una malla de polipropileno de monofilamento de 25 x 25 cm (SPMLI, PROLENE Soft Polypropylene Mesh, 10"X10", Ethicon, Inc. Johnson & Johnson, Company; Somerville, New Jersey, USA), la cual se cortó en fracciones de 1.2 a 1.5 cm. de ancho por 8-10 cm. de largo a los cuales se les anclaba en los extremos una sutura de polipropileno monofilamento de calibre número 0 y pasada a través del espacio de Retzius con la ayuda de la aguja de Perya para lo cual se realizan dos incisiones suprapúbicas de medio cm de diámetro a dos cm de distancia de la línea media. La aguja es guiada a través del espacio sobre la punta del dedo índice de la mano no dominante hasta llegar al espacio parauretral. Un vez que la aguja ha llegado al espacio vaginal. Se colocan los hilos de polipropileno en el orificio de la punta de la aguja y se tracciona la malla a través del espacio tratando de que se adose a la uretra media libre de tensión sin fijación a ninguna estructura. Este procedimiento se realiza de la misma manera en el lado contralateral. Al realizar tracción de la malla con las dos suturas suprapúbica se coloca una pinza de Rochester entre la uretra y la cintilla para evitar la tensión sobre la uretra. Al finalizar el procedimiento se realiza cistoscopia El cierre de la mucosa vaginal se realizó sin tensión. A las 12 horas posteriores al procedimiento se retiró la sonda vesical solicitándole a la paciente que tome agua y deambule y se da alta al presentar diuresis espontánea y que el volumen de orina residual sea menor de 50 ml. Se da de alta al momento en que la paciente presenta micción espontánea.

Resultados: La tasa de curación acumulada a los 12, 24, 36, 48 y 60 meses fueron de 96.7% (n=60), 91.9% (n=57), 90.3%

8n=56), 90.3% (n=56) y del 85.5% (n=53) respectivamente. El tiempo quirúrgico fue de 35.7 minutos (DE 14.2). El sangrado transoperatorio promedio fue 138.7 ml (DE: 88.2.) (Mínimo de 50 ml y un máximo de 200 ml). La complicaciones que se presentaron con mayor frecuencia fueron cistocele residual (3.2%), extrusión de material a través de mucosa vaginal en tres casos (4.8%) y no se presentó ningún caso de retención urinaria ni de erosión vesical.

Conclusiones: La colocación de la cintilla sub-uretral libre de tensión con técnica modificada es una opción terapéutica adecuada para pacientes con incontinencia urinaria de esfuerzo, con tasas de curación similares y menor morbilidad que la reportada en la literatura.

70

CARTEL 231

LIBERACIÓN DE MALLA INTRA-VESICAL POR CISTOSCOPIA SECUNDARIA COMO COMPLI-CACIÓN POR COLOCACIÓN DE CABESTRILLO RETROPÚBICO; REPORTE DE UN CASO

RIVERA RUIZ JOSÉ RAMÓN
VELÁZQUEZ CASTELLANOS PATRICIA INÉS
GODOY RODRÍGUEZ NANCY
MONTES CASILLAS MAYRA ANABEL
RODRÍGUEZ QUESADA JOSÉ ANTONIO
MIRELES ORDAZ ALBERTO

Secretaría de Salud del Estado de Jalisco
Hospital Civil de Guadalajara "Fray Antonio Alcalde" Módulo de Uroginecología y Cirugía Pélvica Reconstructiva

Objetivo del estudio: Presentación de un caso con colocación de cabestrillo retropúbico y lesión vesical, resuelto vía cistoscópica de forma ambulatoria.

Materiales y métodos: Reporte de un caso con paciente femenino de 43 años de edad, la cual asiste a consulta por presentar pérdida de orina con esfuerzo y de urgencia. Como antecedentes de importancia Diabetes Mellitus hace 2 años en tratamiento médico; Hipertensión arterial hace 2 años en tratamiento médico; síndrome depresivo

hace 1 año en tratamiento con Fluoxetina; resto negados. G2P2 con último evento obstétrico hace 22 años y ambos sin complicaciones obstétricas. A la exploración física cuantificación de prolapsos de órganos pélvicos IIAa; con primer deseo de micción 280ml; deseo normal de micción 400ml; prueba de esfuerzo positiva con vejiga llena y vejiga vacía; Q-tip de 0-70. Se realiza cistoscopia la cual se reporta normal y prueba de la toalla de 1hr con 4grs. Se coloca cabestrillo retropúbico con hematuria en posquirúrgico inmediato y mediato; motivo por el cual se realiza cistoscopia de control; se visualiza trigono con metaplasia leve, ambos meatos uretrales equidistantes y eyaculando, se visualiza hacia pared lateral derecha malla de polipropileno que abarca todo el espesor de vejiga; se realiza corte de la malla vía cistoscópica; visualizando la retracción de la misma, se deja drenaje vesical y antibiótico por 1 semana. Cita de control 1 semana; 1 mes; 3 meses sin hematuria; no colporrea; con adecuada evolución.

Resultados: Paciente con evolución satisfactoria; sin complicaciones.

Conclusiones: La cistoscopia diagnóstica y operatoria es una adecuada vía de resolución con mínimas complicaciones y manejo ambulatorio en pacientes con lesiones vesicales secundarias a procedimientos anti-incontinencia con material protésico.

89

CARTEL 232

FISTULA VESICAL ESPONTÁNEA ASOCIADA A PROLAPSO DE ORGANOS PÉLVICOS E INSUFICIENCIA RENAL AGUDA: REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

BAUTISTA GÓMEZ ESPERANZA JOSEFINA
MORALES GARCÍA VÍCTOR
GALVÁN ESPINOSA HONORIO
MONZOY VÁSQUEZ JAIME
PACHECO SANTIAGO DOMINGA
PIZARRO OSORNO NOEL

Servicios de Salud de Oaxaca
Hospital General "Dr. Aurelio Valdivieso"
Oaxaca

Objetivo del estudio: Presentación de un caso de fistula vesicovaginal, asociado a prolapso de órganos pélvicos y falla renal aguda.

Materiales y métodos: Reporte de caso y revisión de la literatura

Resultados: Reportamos un caso raro de fistula vesicovaginal asociada a prolapso e insuficiencia renal aguda.

Consideramos que el prolapso de la pared anterior resultó en un acodamiento uretral y ureteral con ectasia pielocalicial bilateral falla renal aguda, y formación de una fistula Posterior a la resolución del prolapso, con colocación del pesario la paciente mejoró su creatinina, la urea, y al mejorar las condiciones hemodinámicas se decide realizar el manejo definitivo descrito.

Sin embargo existe la posibilidad que la fistula pudiera haber sido secundaria a necrosis, posterior a isquemia por un acodamiento del tracto urogenital o por inflamación severa.

Conclusiones: Debemos de tener en mente que las pacientes con prolapso de órganos pélvicos avanzado pueden cursar con hidronefrosis falla renal y con formación de fistulas espontáneas.

115

CARTEL 233

TRATAMIENTO DE PROLAPSO DE ÓRGANOS PÉLVICOS POSTERIORA COLOCACIÓN DE PROLIFT TOTAL: REPORTE DE UN CASO

ESCOBAR DEL BARCO LAURA
ARGAEZ CIME NOEL LORENZO
RODRIGUEZ CABRAL CARLOS
RODRIGUEZ COLORADO SILVIA
OLGUIN ORTEGA ANDREA

Instituto Nacional de Perinatología
Coordinación de Urología Ginecológica

Objetivo del estudio: Difundir la realización de histerectomía total abdominal más sacrocolpopexia con malla, así como los criterios de manejo recomendados en la literatura internacional, para evitar complicaciones, ejemplificándolo con un caso quirúrgico.

Materiales y métodos: Paciente femenino de 67 años, multipara, con antecedente de colocación de malla para prolapso de órganos pélvicos total por POP-Q estadio IIICx con prolapso uterino grado I, de la Clasificación de Baden y Walker, con recidiva a los tres meses, presentando POP-Q estadio IIIC con prolapso uterino grado IV de la Clasificación de Baden y Walker, refiriendo como sintomatología única sensación de cuerpo extraño en vagina. Se le realiza uretrocistoscopia y estudio urodinámico multicanal para descartar incontinencia urinaria oculta, reportándose ambos estudios dentro de los límites normales.

Por el antecedente de cirugía con malla para prolapso de órganos pélvicos que impide la realización de histerectomía vaginal, se decide programar abordaje por vía abdominal, realizándose histerectomía total abdominal más sacrocolpopexia con malla de polipropileno, respetando las recomendaciones actuales del uso de antibióticos profilácticos, cierre de cúpula vaginal con puntos invaginantes en el segundo plano e irrigación de la malla con antibióticos, (gentamicina o bacitracina).

Resultados: La paciente evoluciona favorablemente en el postoperatorio inmediato, con seguimiento a los 3,6 y 12 meses, estando actualmente asintomática, sin datos de erosión de malla en cúpula y sin prolapso de órganos pélvicos con longitud total vaginal de 10 cm.

Conclusiones: La sacrocolpopexia esta considerada como primera línea de tratamiento para aliviar los síntomas y restablecer la anatomía y el funcionamiento normal de la vagina. Se puede realizar simultáneamente con histerectomía abdominal si el caso lo requiere, con buenas posibilidades de éxito, siendo una buena alternativa de tratamiento quirúrgico, pero actualmente se encuentra limitado su uso por el temor a las complicaciones de erosión o infección.

De acuerdo a la literatura internacional, se recomienda antibióticos profilácticos, irrigación de la malla con antibióticos y cierre de cúpula en dos planos, disminuyendo así dichas complicaciones.

116

CARTEL 234

INCONTINENCIA URINARIA OCULTA EN PACIENTES CON PROLAPSO DE ÓRGANOS PÉLVICOS

ESCOBAR DEL BARCO LAURA
ARGAEZ CIME NOEL LORENZO
TAVAREZ TRUJILLO KATERIN
RODRIGUEZ COLORADO SILVIA
OLGUIN ORTEGA ANDREA

Instituto Nacional de Perinatología
Coordinación de Urología Ginecológica

Objetivo del estudio: Conocer la frecuencia de incontinencia urinaria oculta en pacientes con prolapso de órganos pélvicos estadio III y IV en la Clínica de Urología Ginecológica del Instituto Nacional de Perinatología.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio observacional, retrospectivo, transversal y descriptivo de 110 pacientes con POP severo que ingresaron a la clínica de Urología Ginecológica del Instituto Nacional de Perinatología, de Enero del 2006 a diciembre del 2009.

Se incluyeron pacientes con diagnóstico de POPQ estadio III y IV, sin evidencias clínicas de incontinencia urinaria en el interrogatorio y el examen físico. Se les realizó estudio urodinámico multicanal completo con reducción del prolapso con 4 gasas vaginales.

Se registró las variables demográficas de edad, gravidez y paridad, se incluyó datos de diagnóstico clínico prequirúrgico, urodinámico, tipo de cirugía y control clínico postquirúrgico de 1 año. Se realizó análisis descriptivo con cálculo de mediana, rangos y frecuencias de las principales variables.

Resultados: Se revisó un total de 110 expedientes clínicos de pacientes con diagnóstico de prolapso de órganos pélvicos estadio III y IV, se excluyeron 51 expedientes (46.3%) de pacientes que refirieron incontinencia urinaria de esfuerzo durante el interrogatorio. Solamente se incluyeron 59/110 expedientes (53.7%), de los cuales 16/59 (27.2%) reportaban puntos de fuga positivos en el estudio urodinámico, diagnosticándose incontinencia urodinámica de esfuerzo, corroborándose incontinencia urinaria oculta.

La edad promedio fue de 58.7 años (rango de 35 -80 años), promedio de partos de 3.5 (rango de 2-11 partos); 15 mujeres en etapa premenopáusicas (25.5%) y 44 postmenopáusicas (74.5%).

Todas fueron tratadas con cirugía anti-incontinencia y cirugía concomitante de acuerdo a cada caso.

Se realizó seguimiento de un año postquirúrgico con estudio cistoscópico y urodinámico multicanal, presentando incontinencia urinaria de esfuerzo recidivante en una paciente (6.2%).

Conclusiones: La disfunción del piso pélvico es un padecimiento frecuente que afecta la calidad de la vida de las pacientes. El prolapso de órganos pélvicos severo puede enmascarar una incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) en mujeres clínicamente continentes, mismas que son consideradas de alto riesgo de desarrollar síntomas IUE después de la corrección quirúrgica del prolapso.

En este estudio la frecuencia de incontinencia urinaria oculta fue una tercera parte del total de pacientes (27.2%), con predominio en mayores de 50 años.

La urodinamia multicanal con reducción del prolapso es un método eficaz en la detección de incontinencia urinaria oculta. La evaluación clínica preoperatoria adecuada es útil para identificar en forma oportuna incontinencia urinaria oculta, lo que permite planear un tratamiento integral en un solo tiempo quirúrgico, evitando la frustración por parte de la paciente y del médico, cuando se presenta incontinencia urinaria en el postoperatorio.

125

CARTEL 235

EXPERIENCIA EN EL MANEJO DE FISTULAS VESICOVAGINALES EN EL SERVICIO DE UROLOGÍA GINECOLÓGICA

RODRIGUEZ QUEZADA JOSE ANTONIO
VELAZQUEZ CASTELLANOS PATRICIA INES
GODOY RODRIGUEZ NANCY
RIVERA RUIZ JOSE RAMON
MONTES CASILLAS MAYRAANABEL
MIRELES ORDAZ ALBERTO

Hospital Civil Fray Antonio Alcalde
Urología Ginecológica y Cirugía Reconstructiva de la Pelvis

Objetivo del estudio: Describir las características de las paciente operadas por fistula vesicovaginal en la Unidad de Urología Ginecológica y Cirugía pélvica reconstructiva del Hospital Civil Fray Antonio Alcalde de mayo del 2000 a marzo 2011.

Objetivos específicos:

- Determinar la etiología de los casos de fistula vesicovaginal
- Describir su localización
- Mencionar edad de presentación
- Determinar tiempo de aparición de síntomas
- Mencionar las técnicas de reparación quirúrgica
- Establecer porcentaje de éxito y de recidiva

Materiales y métodos: Se revisaron 35 expedientes de pacientes con diagnóstico de fistula vesicovaginal. Estudio observacional, retrospectivo, descriptivo y transversal. Se incluyeron todas las pacientes con el diagnóstico antes mencionado que han sido operadas en la unidad, se excluyeron a las pacientes con otro tipo de fistula genitourinaria.

Resultados: La media de edad fue de 52 años, aparición de los síntomas en un promedio de 8 días; iniciando a los 7 hasta los 15 días. El diagnóstico de fistula vesicovaginal fue realizado por cuadro clínico y de los otros métodos de los cuales se representa: la cistoscopia fue utilizada en el 100% de los pacientes, el azul de metileno el 46% y el Urograma excretor en menos de 1%. La dentro de las causas se encontró a la histerectomía abdominal por causa ginecológica como causante alrededor del 80%, seguida de la histerectomía vaginal 6.6%, y por causa obstétrica se encontraron 13.3%; dentro de las cuales la hemorragia obstétrica y el acretismo placentario tuvieron un porcentaje de 60 y 40% respectivamente. La localización de la fistula fue mas frecuente fue retrotrigonal (90%). El tipo de abordaje para la reparación de la fistula fue el vaginal (71%) , seguido del abdominal (28%). El porcentaje de éxito a cierre primario fue del 91% mientras que la recidiva correspondió al 9%.

Conclusiones:

- En nuestra serie se encontró que el 86% de las fistulas vesicovaginales de debían a histerectomía abdominal, un poco mas elevado que lo reportado en la literatura 75%.
 - El tipo de abordaje vaginal se prefirió por su baja morbilidad; en nuestra unidad es el que se prefiere si las condiciones de la paciente y la característica de la fistula lo permite.
 - El tiempo de reparación depende del estado de los tejidos; con una adecuada recuperación tisular.
 - Nuestro porcentaje de éxito es de 90%, cercano reportado a la literatura del 73-90%; según la serie.
 - Las de causa obstétrica son pocas 13.3% (hemorragia y acretismo placentario).
- La etiología de la fistula vesicovaginal en gran medida de los procedimientos ginecoobstétricos por transtornos benignos. Existen criterios para la reparación de las fistulas vesicovaginales, obedecer estos principios y seleccionar el abordaje quirúrgico adecuado mejora en gran medida los resultados de la corrección quirúrgica.

146

CARTEL 236

INCONTINENCIA URINARIA MIXTA, MANEJO CON TOXINA BOTULÍNICA TIPO A Y COLOCACIÓN DE CABESTRILLO SUBURETRAL TRADICIONAL: REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

MIRELES ORDAZ ALBERTO
VELÁZQUEZ CASTELLANOS PATRICIA INÉS
GODOY RODRÍGUEZ NANCY
MONTES CASILLAS MAYRAANABEL
RIVERA RUIZ JOSÉ RAMÓN
RODRÍGUEZ QUEZADA JOSÉ ANTONIO

SSA

Hospital Civil Fray Antonio Alcalde. Unidad de Urología Ginecológica y Cirugía Reconstructiva de Piso Pélvico

Objetivo del estudio: Reportar un caso clínico de incontinencia urinaria mixta con manejo de toxina botulínica tipo A,

así como la colocación de cabestrillo tradicional suburetral.

Materiales y métodos: Paciente femenina de 50 años de edad, antecedentes de importancia refiere procedimiento vaginal y cirugía anti incontinencia (plastias y punto de Kelly) hace 2 años sin mejoría aparente, acude al servicio de uroginecología donde se inicia protocolo de estudio para incontinencia siendo mixta de predominio de esfuerzo. Se inicia manejo con tolterodina 4 mg al día x 5 meses, con revaloración posterior sin mejoría aparente, se procede a realizar aplicación de toxina botulínica tipo A (100 UI) intravesical. De nueva cuenta se valora a la semana, al mes, a los 3 meses con diarios urinarios cediendo la incontinencia urinaria de urgencia, no así la de esfuerzo. Se realiza nueva evaluación clínica, así como con urodinamia multicanal llegando al diagnóstico de deficiencia intrínseca del esfínter. Así mismo paciente con sangrado uterino anormal (polihipermenorrea). Se realiza histerectomía vaginal con colocación de cabestrillo tradicional suburetral. A seis meses de seguimiento la paciente se refiere continente, avalado por diarios urinarios, evaluación clínica así como urodinamia.

Resultados: La paciente se presenta continente hasta el momento actual

Conclusiones: El tratamiento de la incontinencia urinaria mixta es complicado y siempre involucra la combinación de tratamiento anticolinérgico y cirugía. En este caso el tratamiento anticolinérgico no fue satisfactorio, con una mejoría significativa con la administración de toxina botulínica tipo A respecto a la incontinencia de urgencia. La cirugía anti-incontinencia (por esfuerzo) es impredecible y una causa mayor de insatisfacción de la paciente ya que puede curar o agravar también la sintomatología de urgencia.

171

CARTEL 235

FISTULAS GENITOURINARIAS

AQUINO HERNANDEZ JOSE LUIS
RAMIREZ MATUS JORGE ALBERTO
VALDEZ GIL LILIANA
MAHEDA LÓPEZ NANCY
GARCIA RAMIREZ CINTHYA GUALUPE

Salubridad
Hospital General Regional "Dr. Rafael Pascacio Gamboa" Tuxtla Gutiérrez; Chiapas.
Departamento de Ginecología

Objetivo del estudio: Reportar la incidencia de la fistula genitourinaria, así como método diagnóstico, aspectos terapéuticos y tasa de éxito en el Hospital General Regional de la Cd. de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, durante el periodo de enero 2010 a enero 2011.

Materiales y métodos: Retrospectivo, descriptivo y observacional.

Resultados: Se incluyeron 10 pacientes con diagnóstico de fistula genitourinaria, el grupo etareo afectado fue de 40-49 años. La causa más frecuente fue secundaria a cirugía ginecológica (Histerectomía). Un caso secundario a parto obstruido.

Las pacientes fueron captadas en el postquirúrgico mediato, se administró estrógenos locales, antibióticos y colocación de sonda de Foley transuretral.

El diagnóstico se realizó por especuloscopia, prueba de azul de metileno y urograma excretor. El tipo de fistula más común fue vesicovaginal con 7 casos (70%), ureterovaginal 2 casos (20%) y vesicouretral 1 caso (10%). En un caso hubo cierre espontáneo. 6 casos abordados por vía abdominal, con tasa de éxito de 90%. Hubo un caso de recurrencia. Los 2 casos de fistula ureterovaginal fueron abordados por vía abdominal con reimplante ureteral (ureteroneocistoanastomosis) con tasa de éxito del 100%.

Conclusiones: La fistula vesicovaginal es la comunicación anormal de la vejiga a hacia el lumen vaginal, su incidencia varía entre 0.3-2%.

Constituye un problema que afecta la calidad de vida.

La Iatrogena represento el 80% de los casos. La causa más frecuente en países subdesarrollados sigue siendo la obstétrica (65-96%).

Conclusiones; La individualización de la atención de las pacientes permitirá mejor eficacia en la reconstrucción y menores recidivas.

174

CARTEL 238

TRANSPOSICION DE MÚSCULO GRACILIS PARA LA CORRECCIÓN

QUIRÚRGICA DE INCONTINENCIA FECAL: REPORTE DE UN CASO

MONTES CASILLAS MAYRA ANABEL
GODOY RODRÍGUEZ NANCY
VELÁZQUEZ CASTELLANOS PATRICIA INES
RODRÍGUEZ QUESADA JOSÉ ANTONIO
RIVERA RUIZ JOSÉ RAMÓN
MIRELES ORDAZ ALBERTO

Universidad de Guadalajara
Hospital Civil de Guadalajara "Fray Antonio Alcalde" Servicio Uroginecología y cirugía Piso Pélvico

Objetivo del estudio: Presentar un caso clínico de transposición de músculo gracilis para la corrección quirúrgica de incontinencia fecal en una paciente con 2 cirugías convencionales previas.

Materiales y métodos: Paciente 38 años. Antecedentes gineco-obstétricos: G7 P4 A2 C1. Presentó desgarro perineal de cuarto grado postparto 21 años previos. Refiere incontinencia fecal a heces líquidas, sólidas y a flatos, así como infecciones de vías urinarias recurrentes. A la exploración de región genital se aprecia ausencia de periné, sin lograr identificar plano anterior ni extremos de esfínter anal. Se procede a liberar músculo gracilis de miembro inferior derecho, mediante incisión a nivel de tuberosidad tibial. A través de 4 incisiones a lo largo del trayecto del músculo se realiza tracción y rotación del mismo hasta alcanzar la región glútea ipsilateral. Se realiza disección del epitelio vaginal en borde anal anterior y posterior para llevar a cabo la transposición del músculo liberado alrededor del ano en forma de γ (gamma). Finalmente se fija el extremo tendinoso a la tuberosidad isquiática contralateral con sutura permanente.

Resultados: La paciente cursa actualmente 7 meses postquirúrgicos, refiriendo continencia fecal total, presentando únicamente parestesias ocasionales en miembro pélvico derecho. Se envía a programa de rehabilitación mediante electroestimulación de baja frecuencia.

Conclusiones: La transposición de músculo gracilis acompañada de un programa

de electroestimulación es una opción eficaz para la corrección de incontinencia fecal en pacientes bien seleccionados con grandes defectos anatómicos del esfínter anal o múltiples intentos fallidos de cirugías convencionales.

208

CARTEL 239

COMPARACION DE LA EFECTIVIDAD CLINICA ENTRE DOS TOXINAS BOTULINICAS PARA EL TRATAMIENTO DE VEJIGA HIPERACTIVA

BRACAMONTE DÍAZ ANGÉLICA SARAÍ
BERMUDEZ AHUMADA GABRIELA
INFANTE SALINAS ROBERTO
CORTES FLORES RAUL
MARTÍNEZ GAYTAN VICTORIA

Instituto Mexicano del Seguro Social
Unidad Médica de Alta Especialidad No. 23 IMSS, Monterrey, N.L. Unidad de Uroginecología

Objetivo del estudio: Demostrar que la toxina botulínica tipo A de Allegran (Toxinal) tiene mayor efectividad en el tratamiento para vejiga hiperactiva con falla en el tratamiento convencional, que la toxina botulínica tipo A del laboratorio Merz Pharmaceutical (Toxina2).

Materiales y métodos: Ensayo clínico aleatorizado doble ciego en pacientes que acuden a consulta externa de uroginecología con sintomatología de urgencia, frecuencia y/o incontinencia por urgencia, a quienes se les realiza diagnóstico de vejiga hiperactiva por valoración clínica, cistometría simple y cistoscopia, habiendo recibido tratamiento con antimuscarínicos con respuesta parcial o nula. Con un total de 22 pacientes, se realizaron dos grupos de 11 pacientes cada uno, a los cuales se les aplicó toxina botulínica 1 y 2, respectivamente.

Resultados: El grupo de edad predominante fue el subgrupo de los 61-70 años. A las dos semanas de seguimiento solo tres pacientes presentaron síntomas (13.6%). A

los cuatro meses de seguimiento el 36.3% de las pacientes del grupo de estudio de toxina 1. En el grupo control de toxina 2, el 90.9% presentaron recidiva de los síntomas urinarios.

Conclusiones: La aplicación de 200UI de toxina botulínica tipo A de Allegran (BOTOX®) en el músculo detrusor ha demostrado ser más efectiva para el tratamiento de vejiga hiperactiva con falla en el tratamiento convencional. Hubo mejoría en la sintomatología y en los parámetros urodinámicos. No se observaron efectos adversos.

389

CARTEL 240

GRADO DE SEVERIDAD EN PACIENTES CON INCONTINENCIA ANAL

SALCEDO MONTIEL ROXANA
RODRIGUEZ COLORADO ESTHER SILVIA
ESCOBAR DEL BARCO LAURA
GORBEA CHAVEZ VIRIDIANA
OLGUIN ORTEGA ANDREA

INPer
Clinica de Urologia Ginecologica

Objetivo del estudio: Determinar el grado de severidad de las pacientes con incontinencia anal de la clínica

Materiales y métodos: 68 expedientes contaban con el cuestionario adecuadamente completado. La puntuación de IF obtenida del cuestionario modificado por Kamm se subdividió así: leve ≤ 8 , moderada 9 – 16 y severa ≥ 17 . Se obtuvo frecuencia absoluta y porcentajes para las variables cualitativas; y la media e IC 95% para las cuantitativas.

Resultados: 28% presenta IF severa, mientras que el 44% cursa con IF moderada. 65% (44/68) utiliza protección de ropa íntima. 28% refiere que ha modificado su forma de vida, 40% no puede postergar la defecación 15 minutos y un 34% ha utilizado medicamentos para evitar la pérdida de heces.

Conclusiones: La escala de severidad de IF es una herramienta útil en la valoración pre y post terapéutica de las pacientes

397

CARTEL 241

CORRECCIÓN DE ENTEROCELE, ABORDAJE VIA VAGINAL

RODRIGUEZ CABARAL CARLOS ANDRES
RODRIGUEZ COLORADO SILVIA
ESCOBAR DEL BARCO LAURA GUALDUPE
OLGUIN ORTEGA ANDREA
COLLAZO ARAICO NELLY REGINA
GONZALEZ VELAZCO DAVID

Instituto Nacional de Perinatología
Clinica de Urologia Ginecologica

Objetivo del estudio: Describir el caso de paciente con diagnóstico de prolapso de órganos pélvicos estadio IIIBp con abordaje quirúrgico para su corrección vía vaginal.

Materiales y métodos: Paciente de 49 años con antecedente de histerectomía vaginal y colpoplastia anterior en 2005, portadora de Diabetes Mellitus tipo 2 e Hipertensión Arterial Sistémica Crónica, gesta 5 para 5 con antecedente de desgarro perineal en primer parto y un producto de 3500gr. Acude a consulta por sensación de cuerpo extraño en vagina de 5 años de evolución, del tamaño de un limón con prolapso y reducción espontánea, dolor pélvico ocasional y dipareunia

Resultados: Prueba de la tos negativa con vejiga llena, prolapso de órganos pélvicos de compartimento posterior estadio IIIBP, con punto Bp a +3, así como prolapso de compartimento anterior y medio con punto Aa a -1, Ap y C en 0, con una longitud total vaginal de 8cm. Estudio cistoscópico normal y urodinamia concluye micción disfuncional.

Se realiza fijación de cúpula a uterosacros y corrección de enterocele con abordaje vaginal realizando fundoplastia de Mc Call, la cual se lleva a cabo sin complicaciones

Conclusiones: La vía de abordaje quirúrgico para la corrección de enterocele puede ser vaginal o abdominal. La obliteración de un saco de Douglas profundo mediante suturas circulares (Moschowitz) o verticales (Halban) con abordaje abdominal;

la culdoplastia de Mc Call con abordaje vaginal o abdominal en donde se fijan los ligamentos uterosacros a la pared posterior del apex vaginal y en caso de coexistir con prolapso del compartimento medio se podrá realizar una sacrocolpopexia con obliteración del fondo de saco. La elección de la técnica quirúrgica dependerá del caso y la experiencia del cirujano teniendo como objetivo principal la corrección del prolapso y evitar la recurrencia.

400

CARTEL 242

REAJUSTE DE CINTA SUBURETRAL COMO TRATAMIENTO DE INCONTINENCIA URINARIA RECURRENTE POSTERIOR A COLOCACIÓN DE SPARC, PRESENTACIÓN DE UN CASO

OLGUIN ORTEGA ANDREA
RODRIGUEZ COLORADO SILVIA
ESCOBAR DEL BARCO LAURA
GORBEA CHAVEZ VIRIDIANA

RODRIGUEZ CABRAL CARLOS
GONZALEZ VELAZCO DAVID

Instituto Nacional de Perinatología
Coordinación de Urología Ginecológica

Objetivo del estudio: Describir el caso de paciente pos-operada de colocación de cinta libre de tensión suburetral retropúbica, con incontinencia urinaria de esfuerzo recurrente, a quien se le realizó reajuste de la cinta por vía vaginal.

Materiales y métodos: Paciente de 55 años de edad, Gesta 8 Para 8, con antecedente de incontinencia urodinámica de esfuerzo, en marzo del 2009 se le realiza histerectomía vaginal mas colocación de cinta libre de tensión retropúbica, sin complicaciones. Presenta al mes de la cirugía pérdida de orina con los esfuerzos una vez a la semana en gotas y 3 meses posterior a la cirugía presenta pérdida de orina con esfuerzos grandes 5 veces al día. El control urodinámico demuestra detrusor hiperactivo fásico más incontinencia urodinámica de esfuerzo.

Se inició manejo con anticolinérgico y terapias de fortalecimiento muscular más biorretroalimentación del piso pélvico hasta presentar una mejoría del 60%. A los 2 años después de la cirugía se encuentra con incontinencia urinaria de esfuerzo 2 a 3 veces al día en chorro pequeño, con grandes esfuerzos, se decide programar para reajuste vaginal de cinta suburetral.

Resultados: Se realiza la cirugía sin complicaciones ajustando la malla con puntos en "8", actualmente tres meses posteriores al reajuste de malla, la paciente se encuentra continente.

Conclusiones: Aun faltan estudios metodológicamente adecuados para evaluar los resultados, así como seguimiento a largo plazo para valorar la duración del efecto de este procedimiento, sin embargo debido al bajo costo y poca invasión del procedimiento se presenta como una buena opción terapéutica para tener en cuenta como tratamiento de incontinencia urinaria de esfuerzo recurrente al tratamiento con cintas libres de tensión.