VOLUMEN 78
SUPLEMENTO
2010

ISSN-0300-9041

GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DE MÉXICO

61 Congreso Mexicano de Ginecología y Obstetricia

Chihuahua, Chih
26 al 30 de septiembre del 2010

EDITADA POR LA FEDERACIÓN MEXICANA DE COLEGIOS DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA, A.C.
FUNDADA POR LA ASOCIACIÓN MEXICANA DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA EN 1945

Ginecología y Obstetricia de México

Volumen 78, Suplemento 1, 2010

CONTENIDO

TRABAJOS LIBRES

S1 **Reporte de las características seminales en pacientes con embarazo producto de IAH en CEPAM y sus complicaciones perinatales**
Alberto Kably-Ambe, Jorge Alberto Campos-Cañas, Gustavo Eder González-Álvarez

S1 **Resultados de PICSI en un programa de ART**
Jorge Alberto Campos-Cañas, Esperanza Carballo-Torres, Leonor Ángela Durán-Monterrosas, Alberto Kably-Ambe

S1 **Resultados de inseminación con FIV/ICSI en un programa de ART**
Jorge Alberto Campos-Cañas, Esperanza Carballo-Torres, Leonor Ángela Durán-Monterrosas, Alberto Kably-Ambe

S2 **Resultados comparativos de ICSI con biopsia testicular fresco *vs* criopreservado**
Alberto Kably-Ambe, Jorge Alberto Campos-Cañas, Esperanza Carballo-Torres, Heidy Ortiz-Reyes

S2 **Ovocitos recuperados y embriones transferidos para lograr un recién nacido. Análisis de las pérdidas biológicas durante el proceso de reproducción asistida**
Edali Lizzete Lara-Rangel, Pablo Díaz-Spíndola, José Sepúlveda-González, Genaro García-Villfaña, María Lidia Arenas-Montesco

S3 **Pronósticos de transferencia de embriones en estadio de blastoscisto día 5 *vs* día 3 en ciclos antólogos frescos en pacientes menores de 37 años**
Jorge Castillo-Baso, Roberto Santos-Haliscak, P Díaz, José Sepúlveda-González, O González, Genaro García Villafaña

S4 **La obesidad como factor de riesgo para cáncer de mama**
Genaro Vega-Malagón, Rubén Romero-Márquez, Luis Hebert Hernández-Montiel, Guadalupe Zaldívar-Lelo de la Rea, Carlos Sosa-Ferreira, Javier Ávila-Morales

S4 **Caracterización clínica semanal del aborto incompleto con el uso de misoprostol oral en el Hospital General de Atizapán durante el año 2009**
Miriam Sánchez-Bravo, Aída Madrid-Morales, Mario Buendía-Gómez, Francisco Antonio Salcido, Raffaela Schiavon-Ermani, Alfonso Gerardo Carrera-Riva Palacio

S5 **Valoración de la función sexual posterior a evento obstétrico: parto vs cesárea en pacientes primigestas**
Ashanti Aguilar-Melgar, Mauricio Rodríguez-Flores, Hugo Rangel-Nava

S7 **Eficacia clínica y apego al tratamiento de la infección aguda vaginal en la población universitaria**
Gerardo Menocal-Tobías, Christian Moreno-Aburto, Carlos Ramírez-Isarraraz, Carlos Alcivia-Smith, Ana Laura Quintero-Crispín, Enrique Negrete-Estrada

S8 **Drilling ovárico y progesterona transquirúrgica en infertilidad con anovulación crónica resistente a la estimulación ovárica**
Gerardo Menocal-Tobías, Christian Moreno-Aburto, Ana Laura Quintero-Crispín, Enrique Negrete-Estrada

S8 **Experiencia en el tratamiento de la cistitis intersticial: revisión de 17 casos**
Óscar Flores-Carreras, María Isabel González-Ruiz, Claudia Josefina Martínez-Espinoza

S9 **Resultados con *Assisted Hatching* en un programa de ART**
Jorge Alberto Campos-Cañas, Esperanza Carballo-Torres, Leonor Ángela-Durán Monterrosas, Alberto Kably-Ambe

S9 **Resultados comparativos del programa de FIVTE con y sin uso de ACOS en ciclo previo**
Jorge Alberto Campos-Cañas, Denisse Salazar, Alejandro Vieyra, Alberto Kably-Ambe

S10 **Incidencia de patología tiroidea en pacientes candidatas a FIVTE**
Alberto Kably-Ambe, Jorge Alberto Campos-Cañas, Juan de Dios Quiroz, Milton Hernández

S10 **Abordaje integral del retraso en el crecimiento intrauterino: la participación del genetista**
Rosalba Sevilla-Montoya, Mónica Aguinaga-Ríos, Mónica Quintana-Palma, Patricia Grether-González

S10 **Asociación del polimorfismo C677T del gen MTHFR con la preeclampsia en mujeres mestizas mexicanas**
Antonio Sifuentes-Álvarez, Lorena del Carmen Hernández-García, Brissia Lazalde-Medina, Graciela Zambrano-Galván

S11 **Relación de la somatometría del riñón fetal con la edad gestacional**
María del Rosario Jáquez-Nevárez, Manuel Ramón García-Sáenz, Margarita Levario-Carrillo, Norberto López-Serna, Luz Helena Sanín, Dora Virginia Chávez-Corral

S12 **Endometrioma de pared uterina**
Jorge Rodríguez-Pezino, Edali Lizzete Lara-Rangel, Pablo Díaz-Spíndola

S12 **Presencia anormal de estradiol en un quiste ovárico en una paciente con delección del gen de la proteína STAR asociado con Hiperplasia Adrenal Congénita**
Gerardo Iga-Canavati, Eva Forbes-Martinéz, Ashanti Edith Aguilar-Melgar, Pablo Díaz-Spindola

S13 **Factores asociados a la disfunción sexual femenina**
Genaro Vega-Malagón, Patricia Flores-Camacho, Paulina Rivera-Ramírez, Guadalupe Zaldívar-Lelo de la Rea, Javier Ávila-Morales

S13 **Conocer el impacto de la laparoscopía en el manejo de pacientes con esterilidad**
Carlos Félix-Arce, Oralia Catalina Herrera-Tinajero, Idalia Celeste Morales-Vázquez

S14 **Valoración de la volumetría del saco gestacional con ecografía 3D vocal en la población mexicana**
Froylan Guadalupe Jasso-Rios, Roberto López-Ambriz, Leticia Maldonado-Gómez, Luis Antonio Torres-Facundo

S14 **Detección del virus del papiloma humano tipo 16 y 18 en muestras de semen de pacientes que se encuentran en un programa de reproducción asistida**
Ignacio Flores-Sánchez, José Gutiérrez-Salinas, Evangelina Alvarado-Enriquez, Sigrit Suástegui-Domínguez, Sergio Hernández Rodríguez, Claudia Ramos-Barragán, Alejandra Salamanca-Ceciliano, Leticia Cruz Tovar

CARTELES

S16 **Resultados de ICSI con BXT en CEPAM en azoospermia no obstructiva *vs* obstructiva**
E Carballo, L Durán L, A Kably

S16 **Paciente con útero arcuato y pólipos endometriales cornuales bilaterales**
A Kably, J Campos, H Ortiz, A Vieyra

S16 **Incidencia de embarazo múltiple en el Hospital Ángeles Lomas y su relación con técnicas de reproducción asistida**
A Kably, J Campos, J Cevallos, D Monzalbo

S17 **Piometra recidivante en un protocolo de FIVTE: reporte de un caso**
A Kably, J Campos, H Ortiz, G Cruz

S17 **Síndrome de Meckel-Gruber: presentación de un caso**
Froylán Jasso-Ríos, Luis Antonio Torres-Facundo

S18 **Manejo conservador del embarazo ectópico cornual**
Jorge Alberto Ramírez-Matus, Gabriel Antonio Megchún-López, Liliana Valdez-Gil, Dionicio Arzola-Dávila

S18 **Tumor de células esteroideas puro de ovario**
Jorge Alberto Ramírez-Matus, Rosalba Jiménez-Ocaña, Román Morales-Sánchez, Liliana Valdez-Gil

S19 **Tumor *phyllodes* en adolescente**
Jorge Alberto Ramírez-Matus, Shochitl Rangel-Ovando, Román Morales-Sánchez, Liliana Valdez-Gil

S19 **Leiomiomatosis uterina, degeneración maligna**
Raymundo Camacho-Olate, Jorge Alberto Ramírez-Matus, Karla Gordillo-Méndez, Isabel Molano-Robles

S20 **Infección por dengue y embarazo**
Dionicio Arzola-Dávila, Jorge Alberto Ramírez-Matus, Kleymer Velázquez-Betanzos, Mercedes Guillermina Zúñiga-Ballinas

S20 **Corioangioma: presentación de un caso**
Norma Angélica Aguayo-Chávez, María del Rocío Santín-Campuzano, Natalia Lizeth Ramírez-Cárdenas, Christopher Eugenio Coss-Morales

S21 **Asociación disgenesia sacrococcígea: presentación de un caso**
Norma Angélica Aguayo-Chávez, María del Rocío Santín-Campuzano, Natalia Lizeth Ramírez-Cárdenas, Christopher Eugenio Coss-Morales

S22 **Complejo pared miembro: presentación de un caso**
Norma Angélica Aguayo-Chávez, María del Rocío Santín-Campuzano, Luis Miguel Campos-Olmedo, Héctor Manuel Núñez-Castañeda

S22 **Asociación ectopia cordis y acrania: presentación de un caso**
Norma Angélica Aguayo-Chávez, María del Rocío Santín-Campuzano, Fernando Ayvar-Ortíz

S23 **Monosomía del cromosoma X**
Norma Angélica Aguayo-Chávez, María del Rocío Santín-Campuzano, Cristian San Juan-Martínez, Hiram Orozco-Conejo

S23 **Embarazo ectópico bilateral espontáneo**
Mireya Negrete-Ramírez, Estanislao Martínez-Coronel, Cecilia Hernández

S24 **Tumores anexiales en el embarazo: reporte de un caso en el Hospital Materno Infantil de Monterrey**
Lizbeth del Carmen González-Jara, Francis Leticia Cuéllar-López, José Perales-Dávila, Fidel Cisneros-Rivera, Gerardo Israel Magallanes, Hugo Rangel-Nava

S24 **Serie de casos de embarazo ectópico en el Hospital Materno Infantil de Monterrey**
Lizbeth del Carmen González-Jara, Gonzalo Soto-Fuenzalida, Víctor Meneses-Valderrama, Hugo Rangel-Nava, Ricardo López-Narváez, Israel Reyna

S25 **Gestación gemelar con feto acardio: reporte de un caso**
Lizbeth del Carmen González-Jara, Celina Salas-Castro, Mauro Uriarte, Víctor Meneses-Valderrama, Óscar Michel Salazar-Cerda

S25 **Gran prolapso de cúpula corregido con colocación de Prolift total. Presentación de un caso**
Edna Cortés-Fuentes, Ramón Rivera-Ruiz, Maritza Landero-González, Sergio López-Melchor

S26 **Factores de riesgo en diabetes gestacional**
Claudia Neri-Calero, Genaro Vega-Malagón, Guadalupe Zaldívar-Lelo de la Rea, Carlos Sosa-Ferreira, Javier Luengas-Muñoz, Javier Ávila-Morales

S26 **Quiste de Skene: reporte de un caso y revisión de la literatura**
Esperanza Bautista-Gómez, Víctor E Morales-García, Ana Luisa Flores-Romero, Úrsula Santos-Pérez

S27 **Embarazo molar parcial: reporte de un caso y revisión de la literatura**
Víctor Eusebio Morales-García, Esperanza Josefina Bautista-Gómez, Edmundo Gerardo Vásquez-Santiago, Úrsula Santos-Pérez

S27 **Miomas uretrales: reporte de 2 casos y revisión de la literatura**
Esperanza Josefina Bautista-Gómez, Víctor Morales-García, Jaime Monzoy-Vásquez, Honorio Galván-Espinosa, Ana Luisa Flores-Romero, Úrsula Santos-Pérez

S28 **Acretismo placentario: una alternativa quirúrgica que puede salvar vidas**
Esperanza Josefina Bautista-Gómez, Víctor Morales-García, Omar Calvo-Aguilar, Jeny Hernández-Cuevas

S28 **Enfermedad de Addison y embarazo**
Oswaldo Gutiérrez-Cruz, Cynthia González-Juárez

S29 **Embarazo ectópico cervical. Reporte de un caso y revisión de la literatura**
Fernando Germes-Piña, Marisela Legarreta-Orozco, Luis Raúl Ramírez-Olague, Clara Elena Beltrán-Sánchez

S29 **Sireno ectropodio: reporte de un caso clínico**
Jaqueline Arámbula-Almanza, Alejandra García-Mendoza, César R Aguilar-Torres, Imelda Alcalá-Sánchez, Margarita Levario-Carrillo, Ricardo Fierro-Murga, Dora Virginia Chávez-Corral

S30 **Peso al nacer en niños con defectos congénitos**
S Montes-Núñez, D Chávez-Corral, Sandra Reza-López, Luz Helena Sanín, Brenda Acosta-Maldonado, Margarita Levario-Carrillo

S30 **Composición corporal de mujeres adolescentes durante la gestación**
ME Contreras, N Rodríguez-Cervantes, L Rodríguez-García, M Ávila-Esparza, DV Chávez-Corral, M Levario-Carrillo

S31 **Relación de la somatometría del riñón fetal con la edad gestacional**
María del Rosario Jáquez-Nevárez, Manuel Ramón García-Sáenz, Margarita Levario-Carrillo, Norberto López-Serna, Luz Helena Sanín, Dora Virginia Chávez-Corral

S31 **El procedimiento símil Exit. Experiencia a un año como tratamiento de elección en gastrosquisis**
Hilda Imelda Vázquez-Delfín, Leopoldo César Serrano-Díaz, Eréndira Cambero-Ocampo, Rosendo Sánchez-Anaya

S32 **Reporte de 4 años de experiencia en inseminación intrauterina con semen de donante**
Sergio Alberto Dávila-Garza, Pablo Díaz-Spíndola, Pedro Galache-Vega, Otilia Lazcano

S33 **Embarazo ectópico ovárico posterior a un procedimiento de TRA en paciente con salpingectomía bilateral: reporte de caso**
Sergio Alberto Dávila-Garza, Samuel Hernández-Ayup, Pablo Díaz-Spíndola, David Anuar Tamez-Garza

S33 **Determinación de carbonilos en mujeres con cáncer de mama y ovario hereditario (CMOH) como indicadores de daño tisular**
Martha Orozco-Quiyono, José Gutiérrez-Salinas, Sergio Ramírez-Cuevas, Fidel Espinoza-Contreras, Saúl Cano-Colín, Francisco Javier Cedillo-Díaz

S34 **Síndrome de pterigion múltiple letal. Reporte de un caso y revisión de la literatura**
R Sánchez-Chávez, I Prieto-Alvidrez, V Carrasco-Urrutia, A Fornelli

S35 **Azoospermia obstructiva: ausencia de conductos deferentes, reporte de un caso**
Pablo Díaz-Spíndola, Ashanti Edith Aguilar-Melgar, José Sepúlveda-González

S36 **Estudio comparativo del uso de la captura híbrida 2 y el arreglo lineal para la detección del virus del papiloma humano en pacientes con lesiones de alto grado (NIC 2/3)**
David Muñoz-González, Rosario Valenzuela-Tortolero, Carlos Ramón Jiménez-Vieyra

S36 **Tumor axilar simulando cáncer de mama metastásico**
Rosario Valenzuela-Tortolero, Francisco J Gomezpedroso-Rea, Miguel Ángel Mancera-Reséndiz

S36 **Respuesta sexual en mujeres pre y postmenopáusicas**
Rosalía García-Ruiz, Lizbeth Citlalli Angulo-Torres, Susana Lugo-Ayala, Pablo Garza-Ríos Corcuera, Jesús Rafael Aguilera-Pérez

S37 **Tumor de Buschke-Lowenstein en paciente VIH+**
Laura Minerva Fernández-Sierra, Emilio Treviño Salinas, Ricardo Ibarra-Patiño, Edna Ruiz-Paz

S37 **Eficacia y seguridad del uso de misoprostol vía vaginal *vs* bucal en el manejo del embarazo anembiónico y huevo muerto y retenido**
Rosa María Tufiño-Loza

S38 **Hígado graso del embarazo: reporte de un caso**
Mariana Zuleyma López-Pineda, Alonso Gómez-Martínez, Diana Gómez-Morones, Joel Reyes-Murillo

S40 **Aneurisma de vena umbilical manifiesto con hidrops fetal**
Hugo Francisco Pineda-Alemán, Roberto Ambriz-López, Héctor Alexandro Moreno-Plata, Luisa Irene Salinas-Pulido

S40 **Medición de circunferencia de muslo para estimación de peso al nacimiento**
Hugo Francisco Pineda-Alemán, Roberto Ambriz-López, Alejandro Martínez-Cavazos, Eleazar Hernández-Dávila

S41 **Trisomía 9: un hallazgo y diagnóstico poco frecuente**
Hugo Francisco Pineda-Alemán, Roberto Ambriz-López, Adriana Casados-González, Héctor Eduardo Tello-Gutiérrez

S42 **Diagnóstico de trisomía 13 por Hibridación *In Situ* con Fluorescencia (F.I.S.H.) con cariotipo normal**
Hugo Francisco Pineda-Alemán, Roberto Ambriz-López, Luis Ernesto Segoviano Díaz, Héctor Javier González-Lozano

VIDEOS

S43 **El fórceps**
René Rivas-Pizarro, Homero Rivas-Martínez

S43 **Abordaje en incisión sin huella utilizando el puerto de gel**
René Rivas-Pizarro, Karla Liliana Barrera-Zamora, Flor de las Nieves Pérez-Bueno, Julián Salazar-Montoya

S43 **Histerectomía total por laparoscopía con una sola incisión**
René Rivas-Pizarro, Ricardo Ramón Lozano-Jiménez, Karla Liliana Barrera-Zamora, Flor de las Nieves Pérez-Bueno

S43 **Tumoración anexial adherida a colon y uretero**
René Rivas-Pizarro, Homero Rivas-Martínez

Los resúmenes de este suplemento se publicaron tal como se enviaron a la editorial, y son responsabilidad de los autores.

Ginecología y Obstetricia de México

Tarifas de suscripción anual
2010

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: 5682-0156.
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®). Calle E, manzana 8, número 1, colonia Educación, delegación Coyoacán, CP 04400, México, DF. Teléfono: 5678-2811, fax: 5544-3225.
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: 5682-0156, 5682-4823,
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

Coordinación editorial: Elisa Gabriela García Tello

Diseño: Elidé Morales del Río

ISSN-0300-9041 Volumen 78, Suplemento 1, 2010

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*

Consejo editorial

Dr. José Manuel Septién González
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

Distrito Federal
Dr. Alberto Alvarado Durán
Dra. Judith Ablanedo Aguirre
Dr. Manuel Álvarez Navarro
Dr. Carlos Aranda Flores
Dr. Aquiles R Ayala Ruíz
Dr. Francisco Bernardez Zapata
Dr. Rubén Bolaños Ancona
Dr. Herman Brandt
Dr. Rafael G Buitrón García F
Dr. Francisco Cabral Castañeda
Dr. Cuauhtémoc Celis González
Dr. Paolo Di Castro Stringher
Dr. Julio Fernández Alba
Dr. Ángel García Alonso
Dr. Salvador Gaviño Ambríz
Dr. Fco. Javier Gómezpedroso Rea
Dra. Patricia Grether González
Dr. Pablo Gutiérrez Escoto
Dr. Juan Carlos Hinojosa Cruz
Dr. Francisco Ibargüengoitia Ochoa
Dr. Valentín Ibarra Chavarría
Dr. Sebastián Iris de la Cruz
Dr. Alberto Kably Ambe
Dr. Jorge Kunhardt Rasch
Dr. Roger Lara Ricalde
Dra. María Teresa Leis Márquez
Dra. Josefina Lira Plascencia
Dr. Miguel Ángel Mancera Reséndiz
Dra. Dora Gilda Mayén Molina
Dr. José Antonio Moreno Sánchez
Dr. Eduardo S Neri Ruz
Dr. José Niz Ramos
Dr. Arturo Novoa Vargas
Dr. Javier Ortiz Ibarra
Dr. Carlos Quesnel García-Benítez
Dr. Segismundo Rodríguez Rodríguez
Dr. Carlos Salazar López Ortíz
Dr. Carlos Sánchez Basurto
Dr. Javier Santos González
Dr. Luis Sentíes Cortina
Dr. Claudio Serviere Zaragoza
Dr. Luis Simón Pereira
Dr. Gilberto Tena Alavez
Dr. Rubén Tlapanco Barba
Dr. Armando Torres Ramírez
Dr. Roberto Uribe Elías
Dr. Drusso Vera Gaspar
Dr. Manuel Villalobos Román
Dr. Antonio Zaldívar Neal

Durango, Dgo.
Dr. Juan Antonio Bujáidar Bujáidar
Dr. Reynaldo Milla Villeda

Guadalajara, Jal.
Dr. Sergio Fajardo Dueñas
Dr. Óscar Flores Carreras
Dr. Efraín Pérez Peña
Dr. Ángel Emilio Suárez Rincón
Dr. Emigdio Torres Farías
Dr. Luis Carlos Uribe Ramírez
Dra. Patricia Velázquez Castellanos
Dr. Armando Vera Torres

Hermosillo, Son.
Dr. Jorge González Durazo

León, Gto.
Dr. Antonio Gutiérrez Gutiérrez

Mazatlán, Sin.
Dr. José de Jesús Montoya Romero

Mérida, Yuc.
Dr. Fernando Gasque López
Dr. Luis Alberto Barrera González

Monterrey, NL.
Dr. Carlos Félix Arce
Dr. Samuel Hernández Ayup
Dr. Pedro Tonda Ribo

Querétaro, Qro.
Dr. Norberto Plascencia Moncayo

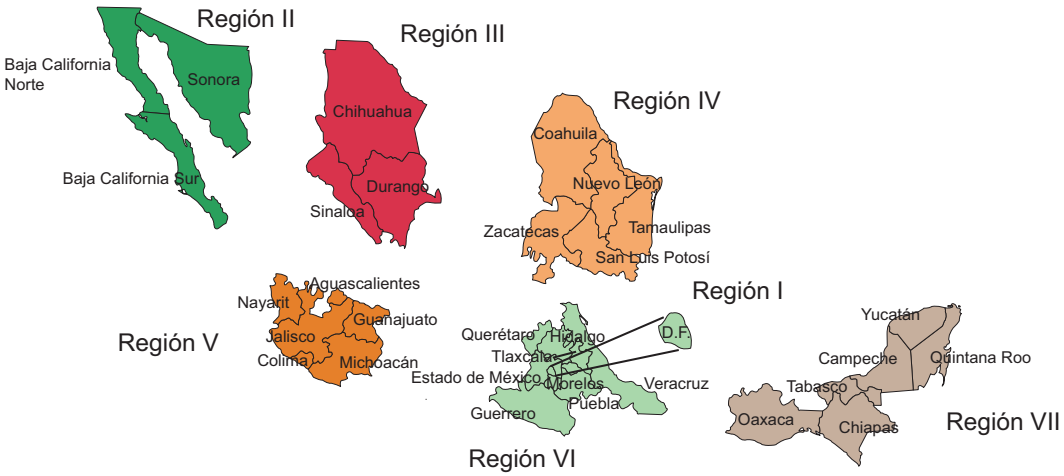
San Luis Potosí, SLP.
Dr. Antonio Jesús Briseño Sainz

Tijuana, BC.
Dr. David Antonio Nava Muñoz

Tlaxcala, Tlx.
Dr. Armando Enrique Carrera Cervón

Xalapa, Ver.
Dr. Pedro Coronel Brizio

*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
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
Sociedad de Ginecología y Obstetricia de Monclova	IV
Sociedad 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
Asociación de Ginecología y Obstetricia de Matamoros	IV
Sociedad 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 Ginecología y Obstetricia de Salamanca	V
Asociación de Médicos Gineco-Obstetras 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
Sociedad 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 Ginecología y Obstetricia 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 Ginecología y Obstetricia de Cd. del Carmen, Campeche	VII

ISSN-0300-9041 Volumen 78, Suplemento 1, 2010

GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DE MÉXICO

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

Fundada en 1960

Comité Ejecutivo 2009-2011

Dr. Alberto Kably Ambe
Presidente

Dr. Claudio Serviere Zaragoza
Primer Secretario Propietario

Dr. Pablo Gabriel Gutiérrez Escoto
Segundo Secretario Propietario

Dr. José Efraín Vázquez Martínez de Velasco
Primer Secretario Suplente

Dr. Emilio Valerio Castro
Segundo Secretario Suplente

Dr. Javier Gómezpedroso Rea
Tesorero

Dr. Nayeli Fragoso Díaz
Subtesorera

Directores Regionales
Periodo 2008-2010

Dr. Estanislao Díaz Barriga Díaz
Región I
Dr. Francisco Javier Robles Elías
Región II
Dr. Hernán Duarte Maynes
Región III
Dr. Mauro Javier Muñoz Pérez
Región IV
Dr. Sergio Fajardo Dueñas
Región V
Dr. Javier Montoya Cossío
Región VI
Dr. Ariel Marrufo Sodá
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.

61 Congreso Mexicano de Ginecología y Obstetricia

PROGRAMA GENERAL

Chihuahua, Chihuahua, México
26 al 30 de Septiempre

2010

¡Celebrando con México!

www.61congresoginecologia.org.mx

PROGRAMA ACADEMICO

61 CONGRESO MEXICANO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

CHIHUAHUA 2010

61º CONGRESO MEXICANO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

PROGRAMA GENERAL

Horario	DOMINGO 26	Horario	LUNES 27
8:00 hrs.	CURSO PRECONGRESO 1 CURSO PRECONGRESO 2 CURSO PRECONGRESO 3 CURSO PRECONGRESO 4 CURSO PRECONGRESO 5 CURSO PRECONGRESO 6 CURSO PRECONGRESO 7 CURSO PRECONGRESO 8 CURSO PRECONGRESO 9 CURSO PRECONGRESO 10	8:00 hrs.	
		9:30 hrs.	RECESO
		10:00 hrs.	AVANCES EN INVESTIGACION
		10:30 hrs.	INAUGURACION
		11:15 hrs.	TRABAJOS DE INVESTIGACION BASICA
		11:45 hrs. 12:00 hrs. 12:15 hrs.	SIMPOSIO PLENARIO
		12:30 hrs.	RECESO
		13:00 hrs.	TOPICOS SELECTOS
		13:00 hrs. 13:30 hrs.	SESIONES ESPECIALES
14:30 hrs.		14:30 hrs.	SIMPOSIOS SIMULTANEOS
	COCKTAL DE BIENVENIDA		

PROGRAMA GENERAL

MARTES 28	MIERCOLES 29	JUEVES 30
CURSO TRANSCONGRESO 1		
CURSO TRANSCONGRESO 2		
CURSO TRANSCONGRESO 3		
CURSO TRANSCONGRESO 4		
CURSO TRANSCONGRESO 5		
CURSO TRANSCONGRESO 6		
CURSO TRANSCONGRESO 7		
CURSO TRANSCONGRESO 8		
CURSO TRANSCONGRESO 9		
CURSO TRANSCONGRESO 10		
RECESO	RECESO	RECESO
AVANCES EN INVESTIGACION	AVANCES EN INVESTIGACION	AVANCES EN INVESTIGACION
CONFERENCIA MAGISTRAL	CONFERENCIA MAGISTRAL	CONFERENCIA MAGISTRAL
TRABAJOS DE INVESTIGACION BASICA / GUIAS COMEGO	VIDEOS	CONFERENCIA MAGISTRAL
SIMPOSIO PLENARIO	SIMPOSIO PLENARIO	CLAUSURA
RECESO	RECESO	
TOPICOS SELECTOS	TOPICOS SELECTOS	
SESIONES ESPECIALES	SESIONES ESPECIALES	
SIMPOSIOS SIMULTANEOS	SIMPOSIOS SIMULTANEOS	
NOCHE CHIHUAHUENSE	SHOW GILBERTO GLESS	

CURSOS PRECONGRESO

1.	**ENDOCRINOLOGIA REPRODUCTIVA: DE LO BASICO A LO COMPLEJO** Salón Parral
2.	**INFECTOLOGIA GINECOLOGICA** Salón Cd. Juárez
3.	**MANEJO ACTUAL DEL CLIMATERIO Y MENOPAUSIA** Salón Culiacán
4.	**LIMITES DEL MANEJO DE LA PACIENTE INFERTIL EN EL CONSULTORIO** Salón Los Mochis
5.	**CANCER CERVICOUTERINO: DIAGNOSTICO, PREVENCION Y TRATAMIENTO** Salón Delicias
6.	**LAPAROSCOPIA GINECOLOGICA: INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES** Salón Chihuahua
7.	**NOVEDADES EN PARTO PRETERMINO** Salón Mazatlán
8.	**DIAGNOSTICO PRENATAL PRESENTE Y FUTURO** Salón Guasave-Guamuchil
9.	**ROL DE LA LAPAROSCOPIA EN GINECOLOGIA ONCOLOGICA** Salón Durango
10.	**COMO MEJORAR TU PRACTICA EN EL CONSULTORIO** Salón Cuauhtémoc

CURSO PRECONGRESO 1
ENDOCRINOLOGÍA REPRODUCTIVA: DE LO BASICO A LO COMPLEJO

8:00 a 15:00 hrs. Salón Parral

DOMINGO 26 SEPTIEMBRE

Prof. Titular: **Dr. Fernando Gaviño Gaviño**
Prof. Adjunto: **Dr. Alfonso Orta García**

8:00 hrs.	Bienvenida e introducción Dr. Fernando Gaviño Gaviño
8:10 hrs.	Fisiología del eje hipotálamo-hipófisis-ovario Biol. Eva Vega Hernández
8:30 hrs.	El endometrio como órgano de implantación embrionaria Dr. Alfonso Orta García
8:50 hrs.	Efecto del hipotiroidismo en la reproducción Dra. Emma Barla Muñoz
9:10 hrs.	Prolactina: Cómo afecta su evaluación y cómo se controla Dr. Oliver Paul Cruz Orozco
9:30 hrs.	Obesidad y reproducción Dr. Ricardo Cano Carrillo
9:50 hrs.	Manejo hormonal de la amenaza de aborto: Mitos y realidades Dr. Evaristo Martínez Barrios
10:30 hrs.	R E C E S O
11:10 hrs.	Abordaje lógico de la pareja infértil Dr. Eduardo Guzmán González
11:30 hrs.	Endometriosis: De las bases moleculares a la clínica Dr. Rodrigo Ayala Yañez
11:50 hrs.	Anovulación de origen central: Cómo manejarla Dr. Gerardo Velázquez Cornejo
12:10 hrs.	Síndrome de ovario poliquístico: ¿Solo afecta la fertilidad? Dr. Fernando Gaviño Gaviño
12:30 hrs.	Estimulación ovárica controlada: Tips del experto Dr. Jesús Barrón Vallejo
12:50 hrs.	Baja reserva ovárica: Qué hacer con la paciente que no responde Dr. Jesús Daniel Moreno García
13:10 hrs.	R E C E S O
13:30 hrs.	Indicaciones de reproducción asistida de baja y alta complejidad Dr. Ranferi Gaona Arreola
13:50 hrs.	Perdida gestacional recurrente: Bases de su estudio y manejo Dra. María Magdalena Enríquez Pérez
14:10 hrs.	Soporte de la fase lútea: ¿Sirve?, ¿Cómo lo uso? Dr. José Alarcón Fabila
14:30 hrs.	Manejo hormonal del factor masculino: Cuándo ayuda y cuándo perjudica Dr. Armando Juárez Bengoa
14:50 hrs.	Conclusiones y preguntas Dr. Alfonso Orta García

CURSO PRECONGRESO 2
INFECTOLOGIA GINECOLOGICA
8:00 a 15:00 hrs.

Salón Cd. Juárez

Prof. Titular: **Dr. Federico Javier Ortiz Ibarra**
Prof. Adjunto: **Dr. Gerardo Casanova Román**

8:30 hrs. Introducción
Dr. Federico Javier Ortiz Ibarra

MODULO DE INFECCIONES EN GINECOLOGIA

8:40 hrs. Homeostasis de la microbiota vaginal
Dr. Gerardo Casanova Román

9:00 hrs. Infección vaginal mixta. Un reto cada vez más frecuente
Dr. Jesús Reyna Figueroa

9:30 hrs. Infección de vías urinarias recurrentes. Su abordaje diagnóstico y tratamiento
Dr. Francisco Javier Saucedo Noriega

10:00 hrs. Avances en el diagnóstico molecular de enfermedades infecciosas en la mujer
Dr. Federico Javier Ortiz Ibarra

10:30 hrs. R E C E S O

MODULO DE INFECCIONES EN OBSTETRICIA

11:00 hrs. Diagnóstico materno-fetal de las enfermedades infecciosas, que avances tenemos
Dr. Salvador Espino y Sosa

11:30 hrs. Infección puerperal. Un panorama de su estado actual
Dr. Juan Manuel Fonseca Sánchez

12:00 hrs. Conducta obstétrica basada en evidencias en el manejo de la infección genital por los virus herpes simple
Dr. Salvador Espino y Sosa

12:30 hrs. Embarazo y vaginosis bacteriana ¿Qué hay de nuevo?
Dr. Gerardo Casanova Román

13:00 hrs. R E C E S O

MODULO AVANCES EN INMUNIZACIONES EN LA PREVENCION DE INFECCIONES EN LA MUJER

13:30 hrs. Panorama nacional de la inmunización contra el VPH ¿Estamos en el camino correcto?
Dr. Federico Javier Ortiz Ibarra

14:00 hrs. Inmunización en la mujer embarazada
Dr. Jesús Reyna Figueroa

14:40 hrs. Preguntas y respuestas
Profesores invitados

CURSO PRECONGRESO 3
MANEJO ACTUAL DEL CLIMATERIO Y MENOPAUSIA
8:00 a 15:00 hrs.

Salón Culiacán

DOMINGO 26 SEPTIEMBRE

Prof. Titular: **Dr. Raúl Domínguez González**
Prof. Adjuntos: **Dr. Carlos Felix Arce**
Dr. Alfonso Murillo Uribe

8:00 hrs.	Bienvenida, presentación y objetivos Dr. Raúl Domínguez González
8:20 hrs.	Síndrome vasomotor Dr. Raúl Domínguez González
8:40 hrs.	Enfoque actual como problema de salud Dr. Carlos Salinas Dorantes
9:00 hrs.	Tratamiento de incontinencia urinaria en el climaterio Dr. Erik Reynaldo González González
9:20 hrs.	La vagina menopausica Dr. José de Jesús Montoya Romero
9:40 hrs.	R E C E S O
10:00 hrs.	El corazón en la mujer post-menopausica Dr. Raúl Mata Gallardo
10:40 hrs.	El cerebro femenino con y sin hormonas sexuales Dr. José Alberto Hernández Bueno
11:00 hrs.	Sexualidad y climaterio Dr. Raúl Domínguez González
11:20 hrs.	Prevención del cáncer en la mujer climatérica Dr. Luis Hernández López
11:40 hrs.	Esta justificada la cáncerofobia Dr. Carlos Felix Arce
12:00 hrs.	Manejo actual de la osteoporosis post-menopausica Dr. Alfonso Murillo Uribe
12:20 hrs.	R E C E S O
13:00 hrs.	Alternativas modernas en la terapia hormonal Dr. Italo Compodonico (Chile)
13:20 hrs.	Terapia hormonal en situaciones clínicas asociadas Dr. Fernando Ayala Aguilera
13:40 hrs.	El reemplazo de la terapia hormonal Dr. Javier Santos González
14:00 hrs.	Impacto del estilo de vida en la salud de la mujer Dr. Italo Compodonico (Chile)
14:20 hrs.	Estrategias de educación a médicos y pacientes Dr. Antonio Dávila Rivas
14:40 hrs.	Sesión de preguntas y respuestas
15:00 hrs.	Conclusiones y reconocimientos

CURSO PRECONGRESO 4
LIMITES DEL MANEJO DE LA PACIENTE INFERTIL EN EL CONSULTORIO

8:00 a 15:00 hrs.

Salón Los Mochis

Prof. Titular: **Dr. Roberto Santos Haliscak**
Prof. Adjunto: **Dr. Efraín Pérez Peña**

08:00 hrs. Bienvenida, presentación y objetivos

PRIMER MODULO

8:20 hrs. Edad en reproducción, importancia y recomendaciones
Dr. Ernesto Pérez Luna

8:40 hrs. Qué hay de nuevo en la evaluación de la mujer infértil. Un enfoque práctico y completo
Dr. Efraín Pérez Peña

9:00 hrs. Qué hay de nuevo en la evaluación del varón infértil. Más allá de la espermatobioscopía
Dr. José Sepúlveda González

9:20 hrs. Estudios de imagen en infertilidad: Qué nos ofrece la histerosonografía y el ultrasonido 3D
Dr. Pablo Díaz Spíndola

9:40 hrs. Sesión de preguntas y respuestas

10:00 hrs. R E C E S O

SEGUNDO MODULO

10:40 hrs. Síndrome de ovario poliquístico, como detectar endocrinopatías asociadas
Dra. Dinorah Salazar Ponce

11:00 hrs. Manejo actual del factor masculino, límite entre ginecólogo y andrólogo
Dr. José Sepúlveda González

11:20 hrs. Inducción de ovulación en el consultorio, hasta donde es suficiente
Dr. Pablo Díaz Spíndola

11:40 hrs. Inseminación intrauterina, el arte de decidir hasta cuándo
Dr. Roberto Santos Haliscak

12:00 hrs. Sesión de preguntas y respuestas

12:20 hrs. R E C E S O

TERCER MODULO

13:00 hrs. Inseminación con semen donado, consideraciones actuales
Dr. Roberto Santos Haliscak

13:20 hrs. Laparoscopía e histeroscopía de consultorio. ¿Cuándo, cómo y a quien?
Dr. Ernesto Pérez Luna

13:40 hrs. ¿Cuándo referir a reproducción asistida de alta complejidad?
Dr. Efraín Pérez Peña

14:00 hrs. Manejo de respuestas anormales en inducción de ovulación, alta y baja respuesta
Dra. Dinorah Salazar Ponce

14:20 hrs. Sesión de preguntas y respuestas

14:40 hrs. Conclusiones y recomendaciones

CURSO PRECONGRESO 5
CANCER CERVICO UTERINO: DIAGNOSTICO, PREVENCION Y TRATAMIENTO

8:00 a 15:00 hrs.

Salón Delicias

Prof. Titular: **Dr. Oscar Trejo Solorzano**

Prof. Adjunto: **Dr. Alejandro García Carranca**

8:00 hrs.	Inauguración y bienvenida Dr. Oscar A. Trejo Solorzano
8:20 hrs.	Epidemiología de la infección por V.P.H. Dr. David Prado Cohrs (Guatemala)
8:40 hrs.	Oncogénesis e inmunología de la infección por V.P.H. Dr. Alejandro García Carranca
9:00 hrs.	Nuevos marcadores moleculares para V.P.H. y su interpretación Dr. Alejandro García Carranca
9:20 hrs.	Justificación de la prevención primaria con vacunas para V.P.H. Dr. David Prado Cohrs (Guatemala)
9:40 hrs.	Preguntas y respuestas Dr. Oscar A. Trejo Solorzano
10:00 hrs.	R E C E S O
10:40 hrs.	Indicaciones de vacunación en pacientes previamente infectadas Dr. David Prado Cohrs (Guatemala)
11:00 hrs.	Protocolos de actuación ante una citología anormal y test de V.P.H. positivo Dr. César Santiago Pineda
11:20 hrs.	Medicina basada en evidencias, cuando tratar a las lesiones de bajo grado Dr. Rogelio A. Aguado Pérez
11:40 hrs.	Tratamiento de las lesiones de alto grado persistentes y recurrentes Dr. Oscar A. Trejo Solorzano
12:00 hrs.	Preguntas y respuestas Dr. Oscar A. Trejo Solorzano
12:20 hrs.	R E C E S O
13:00 hrs.	Carcinoma micro-invasor del cuello uterino Dra. Ana Cristina Arteaga Gómez
13:20 hrs.	Adenocarcinoma in-situ del cérvix Dr. César Santiago Pineda
13:40 hrs.	Tratamiento moderno de las lesiones premalignas de la vulva Dr. Rogelio A. Aguado Pérez
14:00 hrs.	Métodos de detección de las lesiones anales y conducta a seguir Dra. Ana Cristina Arteaga Gómez
14:20 hrs.	Preguntas y respuestas
14:40 hrs.	Conclusiones Dr. Oscar A. Trejo Solorzano

CURSO PRECONGRESO 6
LAPAROSCOPIA GINECOLOGICA: INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES

8:00 a 15:00 hrs.

Salón Chihuahua

Prof. Titular: **Dr. Angel Guerra De la Garza Evia**
Prof. Adjunto: **Dr. Carlos Salazar López Ortiz**

8:00 hrs.	Bienvenida, presentación y objetivos
8:20 hrs.	Endometriosis y dolor. ¿Cómo manejarlo quirúrgicamente? Dr. Juan Fernando García León
8:40 hrs.	La mejor cirugía para el endometrioma ovárico Dr. Carlos Salazar López Ortiz
9:00 hrs.	Esterilidad y endometriosis: Primero cirugía o primero FIV Dr. Israel Obed Carmona Ruiz
9:20 hrs.	Papel de la laparoscopía en la exploración de la paciente con falla reproductiva Dr. Israel Obed Carmona Ruiz
9:40 hrs.	Sesión de preguntas y respuestas
10:00 hrs.	R E C E S O
10:40 hrs.	Fuentes de energía en histerectomía laparoscópica Dr. Carlos Salazar López Ortiz
11:00 hrs.	Riesgo-Beneficio de la histerectomía laparoscópica total vs. histerectomía laparoscópica vaginalmente asistida Dr. Angel Guerra De la Garza Evia
11:20 hrs.	Límites de la miomectomía laparoscópica Dr. Juan Fernando García León
11:40 hrs.	Laparoscopía en el embarazo Dr. Rodolfo Treviño Alanís
12:00 hrs.	Sesión de preguntas y respuestas
12:20 hrs.	R E C E S O
13:00 hrs.	Adherenciolisis pélvica, utilidad y alcances. Barreras antiadherencias ¿Mito o realidad? Dr. Luis Carlos Paez Lobeira
13:20 hrs.	Síndrome de ovario poliquístico. ¿Existe realmente un lugar para el "Drilling" ovárico? Dr. Angel Guerra De la Garza Evia
13:40 hrs.	Masa anexial sospechosa: Laparoscopía o laparotomía Dr. Luis Carlos Paez Lobeira
14:00 hrs.	Cirugía robótica. Costo-beneficio Dr. Rodolfo Treviño Alanís
14:20 hrs.	Sesión de preguntas y respuestas
14:40 hrs.	Conclusiones y reconocimientos

CURSO PRECONGRESO 7
NOVEDADES EN PARTO PRETERMINO
8:00 a 15:00 hrs.

Salón Mazatlán

Prof. Titular: **Dr. Ricardo Esparza Pérez**
Prof. Adjunto: **Dr. Julio César Soto Galindo**

8:00 hrs.	Presentación Dr. Ricardo Esparza Pérez
8:20 hrs.	Aspectos epidemiológicos del parto pretérmino Dr. Julio César Soto Galindo
8:40 hrs.	Importancia de los procesos infecciosos y mediadores de la inflamación: ¿Hasta aquí hemos llegado? Dr. Flavio Hernández Castro
9:00 hrs.	Factores de predicción: ¿Sólo fibronectina fetal? Dr. Gabriel Edgar Villagómez Martínez
9:20 hrs.	Marcadores ecográficos de predicción: ¿Cuál si y cuál no? Dr. Ricardo Esparza Pérez
9:40 hrs.	Preguntas
10:00 hrs.	R E C E S O
10:40 hrs.	Parto pretérmino: ¿Existen medidas reales de prevención? Dr. Gabriel Edgar Villagómez Martínez
11:00 hrs.	Norma Oficial Mexicana del manejo de parto pretérmino: ¿Al alcance de todos? Dr. Ricardo Esparza Pérez
11:20 hrs.	Corticoides antenatales: ¿Cuándo, cómo y cuántos? Dr. Flavio Hernández Castro
11:40 hrs.	Tocolíticos en el manejo del parto pretérmino: ¿Uno mejor que otro? Dr. Antonio Valdez Torres
12:00 hrs.	Preguntas
12:20 hrs.	R E C E S O
13:00 hrs.	Cerclaje cervical: ¿A quién si, a quién no y por qué? Dr. Arturo Eduardo Dowell Delgado
13:20 hrs.	Evaluación del estado de salud fetal del prematuro: ¿Al alcance de nuestras manos? Dr. Antonio Valdez Torres
13:40 hrs.	Alternativas del manejo conservador: ¿Cuál es el beneficio real contra el riesgo? Dr. Julio César Soto Galindo
14:00 hrs.	Vía de interrupción del embarazo en el producto prematuro: ¿Cuál es mejor? Dr. Arturo Eduardo Dowell Delgado
14:20 hrs.	Preguntas
14:40 hrs.	Conclusiones y reconocimientos

DOMINGO 26 SEPTIEMBRE

CURSO PRE-CONGRESO 8
DIAGNOSTICO PRENATAL PRESENTE Y FUTURO
8:00 a 15:00 hrs.

Salón Guasave - Guamuchil

Prof. Titular: **Dr. Edgar Armando Hernández Andrade**
Prof. Adjunto: **Dra. Patricia Grether González**

8:00 hrs.	La citogenética de la fecundación al nacimiento Dra. Patricia Grether González
8:20 hrs.	Translucencia nucal Dr. Edgar Armando Hernández Andrade
8:40 hrs.	PAPP-A y beta hCG ¿Cuándo medirlos? Dr. Oscar Moreno Álvarez
9:00 hrs.	Otros marcadores de cromosomopatías. ¿Hay algo nuevo? Dr. Edgar Armando Hernández Andrade
9:20 hrs.	Biopsias de vellosidades coriales y amniocentesis. ¿Cuándo y cómo realizarlas? Dr. Jesús Andrés Benavides Serralde
9:40 hrs.	Diagnóstico prenatal en el embarazo gemelar Dr. Oscar Moreno Álvarez
10:00 hrs.	R E C E S O
10:20 hrs.	Marcadores ecográficos del segundo trimestre de la gestación. ¿Aún tienen validez? Dr. Homero Flores Tamez
10:40 hrs.	El cariotipo prenatal. ¿Necesitamos más, o menos es suficiente?, PCR, cariotipo o microarreglos Dra. Patricia Grether González
11:00 hrs.	Marcadores anormales y cariotipo anormal. ¿Cómo seguir el embarazo? Dr. Jesús Andrés Benavides Serralde
11:20 hrs.	¿Tamizaje prenatal presente y futuro? Dra. Mónica Aguinaga Ríos
11:40 hrs.	La importancia de la evaluación del corazón fetal Dr. Edgar Armando Hernández Andrade
12:00 hrs.	Diagnóstico preimplantación. ¿Es confiable? Dra. Patricia Grether González
12:20 hrs.	R E C E S O
13:00 hrs.	Identificación temprana de enfermedad placentaria: preeclampsia y/o RCIU Dr. Jesús Andrés Benavides Serralde
13:20 hrs.	Mecanismos genéticos en la restricción del crecimiento intrauterino Dra. Mónica Aguinaga Ríos
13:40 hrs.	¿Se puede prevenir la preeclampsia y el RCIU? Dr. Oscar Moreno Álvarez
14:00 hrs.	Tratamiento intrauterino. ¿Cuándo esta indicado? Dr. Edgar Armando Hernández Andrade
14:20 hrs.	Bioética en reproducción, una visión social, legal y médica en fecundación in vitro, maternidad subrrogada, diagnóstico prenatal y el recien nacido gravemente enfermo Dra. Patricia Grether González
14:40 hrs.	Conclusiones

CURSO PRE-CONGRESO 9
ROL DE LA LAPAROSCOPIA EN GINECOLOGIA ONCOLOGICA
8:00 a 15:00 hrs.

Salón Durango

Prof. Titular: **Dr. Carlos Leal Meléndez**
Prof. Adjunto: **Dr. Emilio José Olaya Guzmán**

8:00 hrs.	Bienvenida Dr. Carlos Leal Meléndez
8:20 hrs.	Anatomía ginecológica laparoscópica Dr. Juan Carlos Cantón Romero
8:40 hrs.	Alcances de la cirugía endoscópica en cáncer ginecológico Dr. Antonio Maffuz Aziz
9:00 hrs.	Opciones de manejo laparoscópico en Ca. Cu. Dr. Juan Carlos Cantón Romero
9:20 hrs.	Histerectomía radical laparoscópica vs. abierta en Ca. Cu. Dr. Antonio Maffuz Aziz
9:40 hrs.	Mapeo linfático con biopsia de ganglio centinela en Ca. Cu. Dr. Antonio Maffuz Aziz
10:00 hrs.	R E C E S O
10:40 hrs.	Abordaje retroperotoneal laparoscópico para estadificación de Ca. Cu. Dr. Juan Carlos Cantón Romero
11:00 hrs.	Manejo laparoscópico en Ca. de endometrio Dr. Carlos Leal Meléndez
11:20 hrs.	HVRAL vs. abierta en Ca. de endometrio Dr. Emilio José Olaya Guzmán
11:40 hrs.	Cirugía conservadora en fertilidad Dr. Emilio José Olaya Guzmán
12:00 hrs.	Preguntas y respuestas Dr. Emilio José Olaya Guzmán
12:20 hrs.	R E C E S O
13:00 hrs.	Manejo laparoscópico de tumores ovaricos Dr. Carlos Leal Meléndez
13:20 hrs.	Futuro de la cirugía de mínima invasión Dr. Emilio José Olaya Guzmán
13:40 hrs.	Complicaciones en cirugía laparoscópica Dr. Carlos Leal Meléndez
14:00 hrs.	Complicaciones anestésicas en la paciente oncológica Dr. Raúl Envila Fisher
14:20 hrs.	Preguntas y respuestas Dr. Carlos Leal Meléndez

CURSO PRE-CONGRESO 10
COMO MEJORAR TU PRACTICA EN EL CONSULTORIO
8:00 a 15:00 hrs.

Salón Cuauhtémoc

Prof. Titular: **Dr. Gilberto Tena Alavez**
Prof. Adjunto: **Dr. Francisco Ruiloba Madero**

8:00 hrs.	Inauguración y encuadre Dr. Gilberto Tena Alavez
8:20 hrs.	Evaluación preconcepcional del riesgo perinatal Dr. Francisco Ruiloba Madero
8:40 hrs.	Alcances del ultrasonido en la consulta obstétrica diaria Dr. Francisco J. Bernárdez Zapata
9:00 hrs.	El arte del control prenatal Dr. Francisco Ruiloba Madero
9:20 hrs.	¿Cómo reducir el riesgo de muerte materna en mi práctica obstétrica? Dr. Gilberto Tena Alavez
9:40 hrs.	Preguntas y respuestas Dr. Gilberto Tena Alavez
10:00 hrs.	R E C E S O
10:20 hrs.	Valoración preoperatoria. Pifias que causan conflicto Dr. Luis Carlos Uribe Ramírez
10:40 hrs.	¿Cómo interpretar adecuadamente la imagenología mamaria? Dr. Miguel López Valle
11:00 hrs.	Alcances de la histeroscopia de consultorio Dr. Ted Anderson (E.U.A.)
11:20 hrs.	¿Cómo hacer una correcta evaluación de la incontinencia urinaria y el piso pélvico? Dra. Edna Cortés Fuentes
11:40 hrs.	Preguntas y respuestas Dr. Francisco Ruiloba Madero
12:00 hrs.	R E C E SO
12:20 hrs.	Vacunas que debe promover el ginecólogo Dr. José Tirán Saucedo
12:40 hrs.	Cómo mejorar la calidad del estudio colposcópico Dr. Rogelio A. Aguado Pérez
13:00 hrs.	Actualidades en síndrome de ovario poliquístico Dr. Gilberto Tena Alavez
13:20 hrs.	Seguridad y calidad en el consultorio Dr. Ted Anderson (E.U.A.)
13:40 hrs.	Ventajas de ser fellow del ACOG Dr. Gilberto Tena Alavez
14:00 hrs.	Conclusiones y reconocimientos

CURSO TRANSCONGRESO 1
SENOLOGIA Y PATOLOGIA MAMARIA
8:00 a 09:30 hrs.

Salón Mazatlán

Prof. Titular: **Dr. Alejandro Salazar y Sánchez**
Prof. Adjunto: **Dr. José Alberto Sahagún Plascencia**

8:00 hrs. Introducción y bienvenida
8:05 hrs. Patología benigna de la glándula mamaria
Dr. Alejandro Salazar y Sánchez
8:30 hrs. Errores a evitar en senología
Dr. José Alberto Sahagún Plascencia
8:55 hrs. Hormonas de la reproducción y cáncer de mama
Dr. César Aguilar Torres
9:20 hrs. Preguntas y conclusiones

CURSO TRANSCONGRESO 2
MUERTE MATERNA: HEMORRAGIA OBSTETRICA, TRASTORNOS HIPERTENSIVOS E INFECCION DEL EMBARAZO
8:00 a 09:30 hrs.

Salón Cd. Juárez

Prof. Titular: **Dr. Francisco Ibargüengoitia Ochoa**
Prof. Adjunto: **Dr. Tómas Herrerias Canedo**

8:00 hrs. Mortalidad materna. Conceptos generales
Dr. Jorge Beltrán Montoya
8:30 hrs. Mortalidad Materna en México
Dr. Francisco Ibargüengoitia Ochoa
8:55 hrs. Hemorragia 1a. Mitad del embarazo
Dr. Alejandro Rosas Balan
9:20 hrs. Preguntas y conclusiones

CURSO TRANSCONGRESO 3
GINECOLOGIA PEDIATRICA Y DE LA ADOLESCENTE
08:00 a 09:30 hrs

Salón Culiacán

Prof. Titular: **Dra. Josefina Lira Plascencia**
Prof. Adjunto: **Dra. Claudia Hernández Escobar Cantú**

8:00 hrs.	Bienvenida al curso **Dr. Eduardo Lara-Torre (E.U.A.)**
8:10 hrs.	Examen ginecológico pediátrico y de la adolescente **Dr. Meredith Loveless (E.U.A.)**
8:35 hrs.	Vulvovaginitis pediátrica **Dra. Claudia Hernández Escobar Cantú**
9:00 hrs.	Anomalías de tracto reproductor femenino **Dr. Joseph S. Sanfilippo (E.U.A.)**
9:25 hrs.	Preguntas y conclusiones

CURSO TRANSCONGRESO 4
EVIDENCIA VS. EXPERIENCIA EN MEDICINA MATERNO FETAL
08:00 a 09:30 hrs

Salón Guasave - Guamuchil

Prof. Titular: **Dr. Pedro Beltrán Peñaloza**
Prof. Adjunto: **Dra. Alejandra Briones Martínez**

8:00 hrs.	Presentación
8:05 hrs.	Qué es la medicina basada en evidencias **Dra. Alejandra Briones Martínez**
8:30 hrs.	Diagnóstico ecográfico de síndrome de Down, ¿Es posible? **Dr. Enrique García Azuara**
8:55 hrs.	Bienestar fetal, ¿evidencia o experiencia en la decisión clínica? **Dr. Pedro Beltrán Peñaloza**
9:20 hrs.	Preguntas y conclusiones

CURSO TRANSCONGRESO 5
MANEJO INTEGRAL GINECO-OBSTETRICO EN PACIENTES OBESAS

08:00 a 09:30 hrs

Salón Durango

Prof. Titular: **Dr. Carlos Fernández del Castillo Sánchez**
Prof. Adjunto: **Dr. Gonzalo Torres Villalobos**

8:00 hrs.	Introducción **Dr. Carlos Fernández del Castillo Sánchez**
8:05 hrs.	Endocrinología del tejido adiposo **Dr. Aquiles Ayala Ruiz**
8:30 hrs.	Obesidad y fertilidad. Síndrome metabólico ovario poliquístico **Dr. Javier Mar Arevalo**
8:55 hrs.	Diabetes I y II obesidad y embarazo **Dr. Aquiles Ayala Ruiz**
9:25 hrs.	Comentarios **Dr. Jorge Rafael Montalvo Sánchez**

CURSO TRANSCONGRESO 6
EL FUTURO DE LA REPRODUCCION ASISTIDA

08:00 a 09:30 hrs

Salón Cuauhtémoc

Prof. Titular: **Dr. Samuel Hernández Ayup**
Prof. Adjuntos: **Dr. Victor Alfonso Batiza Reséndiz**
Dr. Israel Obed Carmona Ruiz

8:00 hrs.	¿Dónde estamos? **Dr. Victor Alfonso Batiza Reséndiz**
8:05 hrs.	Estrategias clínicas en el manejo del SOP **Dr. Francisco Antonio Salcido**
8:30 hrs.	Perspectivas terapéuticas para pobres respondedoras: mitos y realidades **Dr. Renato Fanchin (Francia)**
8:55 hrs.	Regulación de la función ovárica: mediciones de la hormona anti mulleriana **Dr. Renato Fanchin (Francia)**
9:20 hrs.	Preguntas y conclusiones

CURSO TRANSCONGRESO 7
ULTRASONIDO EN GINECOBSTETRICIA
08:00 a 09:30 hrs

Salón Delicias

Prof. Titular: **Dr. Homero Flores Tamez**
Prof. Adjunto: **Dr. Antonio Briseño Sainz**

Ultrasonido obstétrico para el ginecólogo
8:00 hrs. Primer trimestre. ¿Qué buscar? ¿Qué distinguir?
Dr. Gerardo Sepulveda González
8:30 hrs. Segundo trimestre. Anatomía fetal. ¿Qué se debe descartar?
Dr. Julio César Soto Galindo
9:00 hrs. Sesión interactiva
Ultrasonido obstétrico. Imagénes, videos, casos clínicos placenta, cordón, líquido amniótico
Dr. Homero Flores Tamez

CURSO TRANSCONGRESO 8
CANCER GINECOLOGICO
08:00 a 09:30 hrs

Salón Los Mochis

Prof. Titular: **Dr. Héctor Rivas Murillo**
Prof. Adjunto: **Dr. Carlos E. Aranda Flores**

Generalidades
8:00 hrs. Panorama actual del cáncer ginecológico
Dr. Antonio Sifuentes Alvarez
8:30 hrs. Generalidades de cáncer cervicouterino
Dr. Carlos E. Aranda Flores
9:00 hrs. Identificación y manejo de canceres ginecológicos hereditarios

CURSO TRANSCONGRESO 9
ENDOMETRIOSIS: CONCEPTOS ACTUALES PARA UNA ENTIDAD ANTIGUA

08:00 a 09:30 hrs — Salón Chihuahua

Prof. Titular: **Dr. Claudio Serviere Zaragoza**
Prof. Adjuntos: **Dr. Miguel A. Mancera Reséndiz**
Dr. Ranferi Gaona Arreola

8:00 hrs.	Presentación
8:05 hrs.	Definición, epidemiología y comportamiento **Dr. Claudio Serviere Zaragoza**
8:30 hrs.	Etiología y patogénesis. Hay cambios **Dr. Behira Liliana Juárez Díaz**
8:55 hrs.	Diagnóstico, imagenología, bioquímico, histológico. Valor real **Dr. Jaime Ayala Barrágan**
9:25 hrs.	Preguntas y conclusiones

CURSO TRANSCONGRESO 10
UROLOGIA GINECOLOGICA

08:00 a 09:30 hrs — Salón Parral

Prof. Titular: **Dra. Viridiana Gorbea Chávez**
Prof. Adjunto: **Dra. Esther Silvia Rodríguez Colorado**

8:00 hrs.	Presentación
8:05 hrs.	Anatomía de la pélvis: estructuras importantes para el cirujano pélvico **Dr. Erik Reynaldo González González**
8:30 hrs.	Fisiopatología de la disfunción del piso pélvico (Teória integral y compartimentos) **Dra. Esther Silvia Rodríguez Colorado**
8:55 hrs.	Factores de riesgo asociados a disfunción del piso pélvico **Dra. Viridiana Gorbea Chávez**
9:20 hrs.	Preguntas y conclusiones

AVANCES DE INVESTIGACION
PREVENCION DEL PARTO PRETERMINO

10:00 a 10:30 hrs.

Salón Chihuahua

Presidente: **Dr. Miguel A. Mancera Reséndiz**
Secretario: **Dr. Estanislao Díaz Barriga Díaz**
Ponente: **Dr. Kenneth Higby (E.U.A.)**

INAUGURACION DEL 61° CONGRESO MEXICANO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

10:30 a 11:15 hrs.

Salón Chihuahua

TRABAJOS DE INVESTIGACION BASICA

TRABAJOS LIBRES

11:15 a 11:45 hrs.

Salón Durango

Presidente: **Dr. Rogelio Montemayor Garza**
Secretario: **Dr. Manuel de Jesús González Martínez**

11:15 hrs. Reporte de las caractéristicas seminales en pacientes con embarazo producto de IAH en CEPAM y sus complicaciones perinatales
Dr. Alberto Kably Ambe, Dr. Jorge Alberto Campos Cañas, Dr. Gustavo Eder González Alvarez

11:25 hrs. Resultados de PICSI en un programa de ART
Dr. Alberto Kably Ambe, Dr. Jorge Alberto Campos Cañas, Biol. Esperanza Carballo Mondragón, Dra. Leonor Angela Durán Monterrosas

11:35 hrs. Resultados de inseminación con FIV/ICSI en un programa de ART
Dr. Alberto Kably Ambe, Dr, Jorge Alberto Campos Cañas, Biol. Esperanza Carballo Mondragón, Dra. Leonor Angela Durán Monterrosas

Salón Cd. Juárez

Presidente: **Dr. César Joel Molina Léyva**
Secretario: **Dra. Lilia Astrid Salazar Arana**

11:15 hrs. Resultados comparativos de ICSI con biopsia testicular fresco vs. criopreservado: Reporte de las caracteristicas seminales en pacientes con embarazo producto de IAH en CEPAM y sus complicaciones perinatales
Dr. Alberto Kably Ambe, Dr. Jorge Alberto Campos Cañas, Biol. Esperanza Carballo Mondragón, Dra. Heidy Ortiz Reyes

11:25 hrs. Ovocitos recuperados y embriones transferidos para lograr un recién nacido: Análisis de las pérdidas biológicas durante el proceso de reproducción asistida
Dra. Edali Lizzete Lara Rangel, Dr. Pablo Díaz Spíndola, Dr. José Sepúlveda González, Biol. Genaro García Villafaña, Dra. María Lidia Arenas Montesco

11:35 hrs. Pronóstico de transferencia de embriones en estadio de blastocisto día 5 vs. día 3 en ciclos antólogos frescos en pacientes menores de 37 años
Dr. Jorge Castillo Baso, Dr. Roberto Santos Haliscak, Dr. José Sepúlveda González, Dr. O. González, Biol. Genaro García Villafaña

Salón Culiacán

Presidente: **Dr. Victoriano Gaspar Martínez Andrade**
Secretario: **Dr. Jorge Rafael Montalvo Sánchez**

11:15 hrs. La obesidad como factor de riesgo para cáncer de mama
Dr. Genaro Vega Malagón, Dr. Rubén Romero Márquez, Dr. Luis Hebert Montiel, Dra. Guadalupe Zaldivar Lelo de la Rea, Dr. Carlos Sosa Ferreiro, Dr. Javier Avila Morales

11:25 hrs. Caracterización clínica semanal del aborto incompleto con el uso de misoprostol oral en el Hospital General de Atizapán durante el año 2009
Dra. Miriam Sánchez Bravo, Dra. Aida Madrid Morales, Dr. Mario Buendía Gómez, Dr. Francisco Antonio Salcido Dra. Raffaela Schiavon Ermani, Dr. Alfonso G. Carrera Rivapalacio

11:35 hrs. Valoración de la función sexual posterior a evento obstétrico: Parto vs. cesárea en pacientes primigestas
Dra. Ashanti Aguilar Melgar, Dr. Mauricio Rodríguez Flores, Dr. Hugo Rangel Nava

Salón Guasave - Guamuchil

Presidente: **Dr. Federico de la Rocha Aguirre**
Secretario: **Dr. Rodolfo Macias López**

11:15 hrs. Eficacia clínica y apego al tratamiento de la infección aguda vaginal en la población universitaria
Dr. Gerado Menocal Tobías, Dr. Christian Moreno Aburto, Dr. Carlos Ramírez Isarraraz, Dr. Carlos Alcivia Smith, Dra. Ana Laura Quintero Crispin, Dr. Enrique Negrete Estrada

11:25 hrs. Drilling ovárico y progesterona transquirúrgica, en infertilidad con anovulación crónica resistente a la estimulación ovárica
Dr. Gerado Menocal Tobías, Dr. Christian Moreno Aburto, Dra. Ana Laura Quintero Crispin, Dr. Enrique Negrete Estrada

11:35 hrs. Experiencia en el tratamiento de la cistitis interticial: Revisión de 17 casos
Dr. Oscar Flores Carreras, Dra. María Isabel González Ruiz, Dra. Claudia Josefina Martínez Espinoza

SIMPOSIO PLENARIO
IATROGENIAS EN CIRUGIA GINECO OBSTETRICA
11:45 a 12:30 hrs.

Salón Chihuahua

Presidente: **Dr. Ariel Marrufo Soda**
Secretario: **Dr. Mario Humberto Alvarez Tarin**
Prof. Titular: **Dr. Roberto Ahued Ahued**
Prof Adjunto: **Dr. Rubén Tlapanco Barba**

11:45 hrs. Introducción
Dr. José Roberto Ahued Ahued

11:50 hrs. Iatrogénia en nuevas tecnologías ginecológicas
Dr. Rubén Tlapanco Barba

12:10 hrs. ¿Esta exenta de riesgos la cesárea por petición?
Dr. José Roberto Ahued Ahued

TOPICOS SELECTOS
ABLACION ENDOMETRIAL: NUESTRA EXPERIENCIA

13:00 a 14:30 hrs. Salón Parral

Prof. Titular: **Dr. José Alanís Fuentes**
Prof. Adjunto: **Dr. Marco Antonio Bracho Ugarte**

13:00 hrs.	Introducción **Dr. Marco Antonio Bracho Ugarte**
13:05 hrs.	Indicaciones, seguridad y complicaciones de la ablación endometrial **Dr. Estebán Maldonado Gómez**
13:30 hrs.	Resultados y ventajas de las diferentes técnicas **Dr. José Alanís Fuentes**
13:55 hrs.	Ablación endometrial por impedancia en pacientes con menorragias, refractarias a tratamiento convencional **Dr. Marco A. Bracho Ugarte**
14:20 hrs.	Preguntas y respuestas **Dr. José Alanís Fuentes**

TOPICOS SELECTOS
LUGAR DE LA CESAREA DE URGENCIA

13:00 a 14:30 hrs. Salón Delicias

Prof. Titular: **Dr. Carlos Quesnel**
Prof. Adjunto: **Dr. Pedro Tonda Ribo**

13:00 hrs.	Presentación y bienvenida
13:05 hrs.	Cesárea en el límite de la viabilidad **Dr. José Niz Ramos**
13:30 hrs.	Cesárea por sospecha de macrosomía: ineficaz cuándo mucho **Dr. Carlos Quesnel**
13:55 hrs.	Cesárea en estado fetal intranquilizante. Cuándo sí y cuándo no **Dr. Pedro Tonda Ribo**
14:20 hrs.	Cesárea ante hemorragia obstétrica del tercer trimestre **Dr. Miguel A. Ambás Argüelles**
14:45 hrs.	Preguntas y conclusiones

TOPICOS SELECTOS
INDUCCION DE LA OVULACION: EL DIA A DIA EN EL CONSULTORIO

13:00 a 14:30 hrs. — Salón Chihuahua

Prof. Titular: **Dr. Manuel Gerardo Leal Almeida**
Prof. Adjunto: **Dr. Francisco Antonio Salcido**

13:00 hrs.	Presentación **Dr. Manuel Gerardo Leal Almeida**
13:05 hrs.	Inducción de ovulación en ovario poliquístico. El día a día **Dr. Pedro Galache Vega**
13:30 hrs.	LH en inducción de ovulación **Dr. Renato Fanchin (Francia)**
13:55 hrs.	Inducción de ovulación en baja respuesta **Dr. Francisco Antonio Salcido**
14:20 hrs.	Preguntas y conclusiones **Dr. Manuel Gerardo Leal Almeida**

TOPICOS SELECTOS
USO DE CINTAS Y MALLAS EN UROGINECOLOGIA

13:00 a 14:30 hrs. — Salón Cd. Juárez

Prof. Titular: **Dr. Pablo Gabriel Gutiérez Escoto**
Prof. Adjunto: **Dr. Heriberto Lizaola Diaz de León**

13:00 hrs.	Presentación **Dr. Pablo Gabriel Gutiérrez Escoto**
13:05 hrs.	Cintas para el manejo de la incontinencia urodinámica de esfuerzo **Dr. Pablo Gabriel Gutiérrez Escoto**
13:30 hrs.	Mallas para el manejo del prolapso de órganos pélvicos **Dr. Heriberto Lizaola Díaz de León**
13:55 hrs.	Complicaciones por el uso de cintas y mallas **Dr. Salvador de la Maza Labastida**
14:20 hrs.	Preguntas y conclusiones

TOPICOS SELECTOS
ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL: UNA TRISTE REALIDAD

13:00 a 14:30 hrs. — Salón Mazatlán

Prof. Titular: **Dr. Eduardo Lara-Torre (E.U.A.)**
Prof. Adjunto: **Dr. Joseph S. Sanfilippo (E.U.A.)**

13:00 hrs.	Presentación **Dr. Eduardo Lara-Torre (E.U.A.)**
13:05 hrs.	Epidemiología y relevancia mundial **Dr. Meredith Loveless (E.U.A.)**
13:30 hrs.	Presentación clínica y diagnóstico **Dr. Joseph S. Sanfilippo (E.U.A.)**
13:55 hrs.	Tratamiento y consecuencias a largo plazo **Dr. Eduardo Lara-Torre (E.U.A.)**
14:20 hrs.	Preguntas y conclusiones

SESION ESPECIAL GLAXOSMITHKLINE
EPIDEMIOLOGIA DEL VPH Y CA. CU. EN LATINOAMERICA Y SUS IMPLICACIONES EN LA PREVENCION

13:00 a 14:30 hrs. — Salón Durango

- Epidemiología del VPH y Ca. Cu. en Latinoamérica y sus implicaciones en la prevención
  Dra. Lina Trujillo (Colombia)
- Nuevos datos de eficacia de la vacuna contra VPH adyuvantada con AS04
  Dr. David Prado Cohrs (Guatemala)

SIMPOSIO SIMULTANEO
USO Y ABUSO DE LA COLPOSCOPIA. CONTROL DE CALIDAD

14:30 a 16:00 hrs. — Salón Chihuahua

Prof. Titular: **Dr. Carlos E. Aranda Flores**
Prof. Adjunto: **Dr. José Antonio Ruiz Moreno**

14:30 hrs. Lecciones aprendidas
Dr. Pedro Escudero de los Ríos
15:00 hrs. Uso y mal uso de la colposcopía
Dr. Carlos E. Aranda Flores
15:25 hrs. Cómo mejorar la enseñanza y regulación en México
Dr. José Antonio Ruiz Moreno
15:50 hrs. Sesión de preguntas y respuestas

SIMPOSIO SIMULTANEO
DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO PRENATAL EN MEXICO

14:30 a 16:00 hrs. — Salón Cd. Juárez

Prof. Titular: **Dra. Dora Gilda Mayén Molina**
Prof. Adjunto: **Dr. Gerardo Sepúlveda González**

14:30 hrs. Presentación
Dra. Dora Gilda Mayén Molina
14:35 hrs. La importancia de los marcadores bioquímicos en defectos congénitos y complicaciones del embarazo
Dra. Dora Gilda Mayén Molina
15:00 hrs. Evaluación del corazón fetal: Protocolo de estudio y resultados
Dra. Teresa Leis Márquez
15:25 hrs. Manejo prenatal en defectos estructurales fetales susceptibles de corrección quirúrgica
Dr. Gerardo Sepúlveda González
15:50 hrs. Sesión de preguntas y conclusiones
Dr. Gerardo Sepúlveda González

SIMPOSIO SIMULTANEO
ULTRASONIDO RUTINARIO O INDICADO EN OBSTETRICIA

14:30 a 16:00 hrs. — Salón Mazatlán

Prof. Titular: **Dr. Antonio Briseño Sainz**
Prof. Adjunto: **Dr. Homero Flores Tamez**

14:30 hrs.	¿Aún tema de debate en el siglo XXI? **Dr. Antonio Briseño Sainz**
14:35 hrs.	Ultrasonido en consultorio-rutinario si. ¿Cuáles son sus límites? **Dr. Gerardo Sepúlveda González**
15:00 hrs.	Ultrasonido doppler, aplicabilidad si pero. ¿A todos? **Dr. Antonio Briseño Sainz**
15:25 hrs.	Ultrasonido volumétrico, avance tecnológico. Uso y éxito limitado **Dr. Homero Flores Tamez**
15:50 hrs.	Sesión de preguntas y conclusiones **Dr. Antonio Briseño Sainz** **Dr. Homero Flores Tamez**

SIMPOSIO SIMULTANEO
EL GINECOLOGO Y LA MUJER ANCIANA. TEMA OLVIDADO

14:30 a 16:00 hrs. — Salón Culiacán

Prof. Titular: **Dr. Juan de Dios Maldonado Alvarado**
Prof. Adjunto: **Dr. Gumercindo Vázquez Castillo**

14:30 hrs.	Presentación **Dr. Juan de Dios Maldonado Alvarado**
14:35 hrs.	Problemas ginecológicos por atrofía **Dr. Cuauhtémoc Celis González**
15:00 hrs.	Neoplasias ginecológicas en la mujer anciana **Dr. Gumercindo Vázquez Castillo**
15:25 hrs.	Atención médica integral a la mujer anciana **Dr. Juan de Dios Maldonado Alvarado**
15:50 hrs.	Sesión de preguntas y conclusiones

CURSO TRANSCONGRESO 1
SENOLOGIA Y PATOLOGIA MAMARIA
8:00 a 09:30 hrs.

Salón Mazatlán

Prof. Titular: **Dr. Alejandro Salazar y Sánchez**
Prof. Adjunto: **Dr. José Alberto Sahagún Plascencia**

8:00 hrs. Introducción y bienvenida
8:05 hrs. Diagnóstico precoz y manejo clínico de los resultados mastográficos
Dr. César Aguilar Torres
8:30 hrs. Cáncer de mama durante y después del embarazo
Dra. Isabel Rubio (España)
8:55 hrs. Obesidad, consumo de alcohol y cáncer de mama
Dr. Alejandro Salazar y Sánchez
9:20 hrs. Preguntas y conclusiones

CURSO TRANSCONGRESO 2
MUERTE MATERNA: HEMORRAGIA OBSTETRICA, TRASTORNOS HIPERTENSIVOS E INFECCION DEL EMBARAZO
8:00 a 09:30 hrs.

Salón Cd. Juárez

Prof. Titular: **Dr. Francisco Ibargüengoitia Ochoa**
Prof. Adjunto: **Dr. Tómas Herrerias Canedo**

8:00 hrs. Hemorragia 2a. Mitad del embarazo
Dr. Tómas Herrerias Canedo
8:30 hrs. Choque hipovolémico
Dr. Gabriel Beltrán Delgado
8:55 hrs. Ruta crítica para el manejo de hemorragia
Dr. Francisco Ibargüengoitia Ochoa
9:20 hrs. Preguntas y conclusiones

CURSO TRANSCONGRESO 3
GINECOLOGIA PEDIATRICA Y DE LA ADOLESCENTE
08:00 a 09:30 hrs

Salón Culiacán

Prof. Titular: **Dra. Josefina Lira Plascencia**
Prof. Adjunto: **Dra. Claudia Hernández Escobar Cantú**

8:00 hrs.	Problemas de la menstruación. ¿Qué hacer? **Dr. Eduardo Lara-Torre (E.U.A.)**
8:10 hrs.	Endometriosis en la niñez y la adolescente **Dr. Joseph S. Sanfilippo (E.U.A.)**
8:35 hrs.	Vacuna del VPH y citología cervical en el adolescente **Dra. Josefina Lira Plascencia**
9:00 hrs.	Anomalías de tracto reproductor femenino **Dr. Joseph S. Sanfilippo (E.U.A.)**
9:25 hrs.	Preguntas y conclusiones

CURSO TRANSCONGRESO 4
EVIDENCIA VS. EXPERIENCIA EN MEDICINA MATERNO FETAL
08:00 a 09:30 hrs

Salón Guasave - Guamuchil

Prof. Titular: **Dr. Pedro Beltrán Peñaloza**
Prof. Adjunto: **Dra. Alejandra Briones Martínez**

8:00 hrs.	Presentación
8:05 hrs.	La medicina basada en la evidencia ha mejorado la práctica clinica **Dr. Pedro Beltrán Peñaloza**
8:30 hrs.	Células madre de cordón umbilical. Literatura y aplicaciones reales **Dr. Enrique García Azuara**
8:55 hrs.	Cuál es la evidencia de los efectos de radiodiagnóstico en el embarazo **Dr. Arturo Eduardo Dowell Delgado**
9:20 hrs.	Preguntas y conclusiones

CURSO TRANSCONGRESO 5
MANEJO INTEGRAL GINECO-OBSTETRICO EN PACIENTES OBESAS

08:00 a 09:30 hrs

Salón Durango

Prof. Titular: **Dr. Carlos Fernández del Castillo Sánchez**
Prof. Adjunto: **Dr. Gonzalo Torres Villalobos**

8:00 hrs.	Introducción **Dr. Carlos Fernández del Castillo Sánchez**
8:05 hrs.	Estados hipertensivos del embarazo y obesidad **Dr. Sergio Fajardo Dueñas**
8:25 hrs.	Climaterio y obesidad **Dr. José de Jesús Montoya Romero**
8:50 hrs.	Valoración preoperatoria y anestesia en la paciente ginecológica obesa **Dr. Gerardo Velo Méndez** **Dr. Raúl Envila Fisher**
9:15 hrs.	Comentarios **Dr. Jorge Rafael Montalvo Sánchez**

CURSO TRANSCONGRESO 6
EL FUTURO DE LA REPRODUCCION ASISTIDA

08:00 a 09:30 hrs

Salón Cuauhtémoc

Prof. Titular: **Dr. Samuel Hernández Ayup**
Prof. Adjuntos: **Dr. Victor Alfonso Batiza Reséndiz**
Dr. Israel Obed Carmona Ruiz

8:00 hrs.	Desafios en reproducción asistida de alta complejidad **Dr. Victor Alfonso Batiza Reséndiz**
8:05 hrs.	Ciclo natural vs. ciclo estimulado **Dra. Ayda Martínez Hernández**
8:30 hrs.	Receptividad endometrial: ¿Qué podemos hacer? **Dr. Manuel Gerardo Leal Almeida**
8:55 hrs.	El sistema inmunológico en reproducción humana **Dr. Israel Obed Carmona Ruiz**
9:20 hrs.	Preguntas y conclusiones

CURSO TRANSCONGRESO 7
ULTRASONIDO EN GINECOBSTETRICIA
08:00 a 09:30 hrs

Salón Delicias

Prof. Titular: **Dr. Homero Flores Tamez**
Prof. Adjunto: **Dr. Antonio Briseño Sainz**

Ultrasonido ginecológico

8:00 hrs. Ultrasonido vaginal técnica evaluación del útero
Dr. Julio Cesar Soto Galindo

8:30 hrs. Masas anexiales benignas y malignas. Sospecha de malignidad
Dr. Jesús Lozano de la Garza

9:00 hrs. Sesión interactiva
Ultrasonido ginecológico. Imagénes, videos, casos clínicos ultrasonido volumetrico en ginecología
Dr. Antonio Briseño Sainz

CURSO TRANSCONGRESO 8
CANCER GINECOLOGICO
08:00 a 09:30 hrs

Salón Los Mochis

Prof. Titular: **Dr. Héctor Rivas Murillo**
Prof. Adjunto: **Dr. Carlos E. Aranda Flores**

Cáncer cervicouterino

8:00 hrs. Cirugía conservadora en el manejo de cáncer de cérvix temprano

8:30 hrs. Cáncer cervicouterino invasor y embarazo, modalidades de tratamiento
Dr. Arnulfo Martínez Chapa

9:00 hrs. Operación de Wertheim por laparoscopía convencional y robótica
Dra. Teresa Díaz-Montes (E.U.A.)

CURSO TRANSCONGRESO 9
ENDOMETRIOSIS: CONCEPTOS ACTUALES PARA UNA ENTIDAD ANTIGUA

08:00 a 09:30 hrs — Salón Chihuahua

Prof. Titular: **Dr. Claudio Serviere Zaragoza**
Prof. Adjuntos: **Dr. Miguel A. Mancera Reséndiz**
Dr. Ranferi Gaona Arreola

8:00 hrs.	Presentación
8:05 hrs.	Cómo afecta la infertilidad **Dr. Rubén Tlapanco Barba**
8:30 hrs.	Estado actual de la terapia médica perioperatoria. Se justifica **Dr. Ranferi Gaona Arreola**
8:55 hrs.	Buscando el mejor tratamiento contra el dolor **Dr. Miguel A. Mancera Reséndiz**
9:25 hrs.	Preguntas y conclusiones

CURSO TRANSCONGRESO 10
UROLOGIA GINECOLOGICA

08:00 a 09:30 hrs — Salón Parral

Prof. Titular: **Dra. Viridiana Gorbea Chávez**
Prof. Adjunto: **Dra. Esther Silvia Rodríguez Colorado**

8:00 hrs.	Presentación
8:05 hrs.	Evaluación clínica y clasificación de la incontinencia urinaria **Dr. Erik Reynaldo González González**
8:30 hrs.	Urodinamia básica para el gineco-obstetra **Dra. Liliana Campos Lara**
8:55 hrs.	Seleccionando el procedimiento anti-incontinencia: Una revisión de la evidencia **Dra. Viridiana Gorbea Chávez**
9:20 hrs.	Preguntas y conclusiones

AVANCES DE INVESTIGACION
ROBOTICA EN CIRUGIA LAPAROSCOPICA GINECOLOGICA

10:00 a 10:30 hrs. — Salón Chihuahua

Presidente: **Dr. Mauro Javier Muñoz Pérez**
Secretario: **Dr. Enrique Soto Canales**
Ponente: **Dr. Fahrr Nezath (E.U.A.)**

CONFERENCIA MAGISTRAL
LA CERTIFICACION. ¿AVAL MORAL O IMPERATIVO LEGAL?

10:30 a 11:15 hrs. — Salón Chihuahua

Presidente: **Dr. Javier Montoya Cossio**
Secretario: **Dr. Juan Manuel Fonseca Sánchez**
Ponente: **Dr. Ernesto Castelazo Morales**

GUIAS COMEGO
PROYECTO DE GUIAS DE PRACTICA CLINICA COMEGO: ESTADO ACTUAL Y AVANCES

11:15 a 12:15 hrs. — Salón Delicias

Coordinador: **Dra. Teresa Leis Márquez**

TRABAJOS DE INVESTIGACION BASICA

TRABAJOS LIBRES

11:15 a 11:45 hrs.

Salón Durango

Presidente: **Dra. Nancy Romero Moreno**
Secretario: **Dr. Juan Carlos Alcivia García**

11:15 hrs. Resultados con ASSITED HATCHING en un programa de ART
Dr. Alberto Kably Ambe, Dr. Jorge Alberto Campos Cañas, Biol. Esperanza Carballo Mondragón, Dra. Leonor Angela Durán Monterrosas

11:25 hrs. Resultados comparativos del programa de FIVTE en CEPAM con y sin uso de anticonceptivos orales en ciclo previo
Dr. Alberto Kably Ambe, Dr. Jorge Alberto Campos Cañas, Dra. Denisse Salazar, Dr. Alejandro Vieyra

11:35 hrs. Incidencia de patología tiroidea en pacientes candidatas a FIVTE
Dr. Alberto Kably Ambe, Dr, Jorge Alberto Campos Cañas, Dr. Juan de Dios Quiroz, Dr. Milton Hernández

Salón Cd. Juárez

Presidente: **Dra. Luz del Carmen Acosta Médina**
Secretario: **Dr. Rafael Marín Ruiz**

11:15 hrs. Abordaje integral del retraso en el crecimiento intrauterino: La participación del genétista
Dra. Rosalba Sevilla Montoya, Dra. Mónica Aguinaga Ríos, Dr. Alejandro Martínez, Biol. Mónica Quintana Palma, Dra. Patricia Grether González

11:25 hrs. Asociación del polimorfismo C677T del gen MTHFR con la preeclampsia en mujeres mestizas mexicanas
Dr. Antonio Sifuentes Alvarez, Dra. Lorena del Carmen Hernández García, Dra. Brissia Lazalde Medina, M. en C. Graciela Zambrano Galván

11:35 hrs. Relación de la somatometría del riñon fetal con la edad gestacional
Dra. María del Rosario Jáquez Nevárez, Dr. Manuel Ramón García Saenz, Dra. Margarita Levario Carrillo, Dr. Norberto López Serna, Dra. Luz Helena Sanín, Dra. Dora Virginia Chávez Corral

Salón Culiacán

Presidente: **Dr. Fernando Germes Piña**
Secretario: **Dr. Juan Francisco Barajas Mota**

11:15 hrs. Endometrioma de pared uterina. Reporte de un caso
Dr. Jorge Rodríguez Pezino, Dra. Edali Lizzete Lara Rangel, Dr. Pablo Díaz Spíndola

11:25 hrs. Presencia anormal de estradiol en un quiste ovárico en una paciente con detección del gen de la proteína STAR asociado con hiperplasia adrenal congénita
Dr. Gerardo Iga Canavati, Dra. Eva Forbes Martínez, Dra. Ashanti Edtih Aguilar Melgar, Dr. Pablo Díaz Spíndola

11:35 hrs. Factores asociados a la disfunción sexual femenina
Dr. Genaro Vega Malagón, Dra. Patricia Flores Camacho, Dra. Paulina Rivera Ramírez, Dra. Guadalupe Zaldivar Lelo de la Rea, Dr. Javier Avila Morales

Salón Guasave - Guamuchil

Presidente: **Dr. Antonio Bujaidar Bujaidar**
Secretario: **Dr. Jorge Luis Herrera Herrera**

11:15 hrs. Conocer el impacto de la laparoscopía en el manejo de pacientes con estérilidad
Dr. Carlos Félix Arce, Dra. Oralia Catalina Herrera Tinajero, Dra. Idalia Celeste Morales Vázquez

11:25 hrs. Valoración de la volumetría del saco gestacional con ecografía 3D vocal en la población mexicana Jasso Ríos Froylan Guadalupe
Dr. Roberto López Ambriz, Dra. Leticia Maldonado Gómez, Dr. Luis Antonio Torres Facundo

11:35 hrs. Detección del virus de papiloma humano tipo 16 y 18 en muestras de semen de pacientes que se encuentran en un programa de reproducción asistida
Dr. Ignacio Flores Sánchez, Dr. José Gutiérrez Salinas, Dra. Evangelina Alvarado Enriquez, Dr. Sigrit Suástegui Domínguez, Dr. Sergio Hernández Rodríguez, Dra. Claudia Ramos Barragán, Dra. Alejandra Salamanca Ceciliano, Dra. Leticia Cruz Tovar

SIMPOSIO PLENARIO
RIESGO DE CANCER CON TERAPIA HORMONAL

11:45 a 12:30 hrs. Salón Chihuahua

Presidente: **Dr. Abel Soto Nogueira**
Secretario: **Dr. Francisco Javier Saucedo Noriega**
Prof. Titular: **Dr. Javier Santos González**
Prof. Adjunto: **Dr. Javier Gómezpedroso Rea**

11:45 hrs. Introducción
Dr. Cuauhtémoc Celis González
11:50 hrs. Situación actual del cáncer de mama en nuestro país
Dr. Javier Santos González
12:10 hrs. Conceptos actuales del cáncer de mama y hormonas
Dr. Javier Gómezpedroso Rea

TOPICOS SELECTOS
DONACION DE GAMETOS, MADRE SUBROGADA, SOLTERA, ETC. ESTADO ACTUAL

13:00 a 14:30 hrs. Salón Chihuahua

Prof. Titular: **Dr. Antonio Gutiérrez Gutiérrez**
Prof. Adjunto: **Dr. Oscar León Martínez**

13:00 hrs. Bienvenida e introducción
Dr. Antonio Gutiérrez Gutiérrez
13:05 hrs. Utero subrogado en México. ¿Una realidad al alcance y para todos?
Dr. Antonio Gutiérrez Gutiérrez
13:30 hrs. Indicaciones de la donación ovular. ¿Necesidad o negocio?
Dr. Oscar León Martínez
13:55 hrs. Reproducción asistida en parejas de homosexuales, situación actual
Dr. Alfredo Montano Torres
14:20 hrs. Preguntas y conclusiones
Dr. Antonio Gutiérrez Gutiérrez
Dr. Oscar León Martínez

TOPICOS SELECTOS
COSMETOLOGIA GINECOLOGICA "INTRUSION O VENTANA DE OPORTUNIDAD PARA EL GINECOLOGO

13:00 a 14:30 hrs. — Salón Mazatlán

Prof. Titular: **Dr. Luis Carlos Uribe Ramírez**
Prof. Adjunto: **Dr. Roberto Solis Pérez**

13:00 hrs.	Presentación **Dr. Luis Carlos Uribe Ramírez**
13:05 hrs.	Qué es "Cosmetología ginecológica" **Dr. Roberto Solis Pérez**
13:30 hrs.	La verdadera reparación del piso pélvico **Dr. Alejandro Reyes Bravo**
13:55 hrs.	Aspectos de cirugía plástica en pacientes ginecológicas **Dr. Ernesto Paz Murga**
14:20 hrs.	Preguntas y conclusiones **Dr. Luis Carlos Uribe Ramírez**

TOPICOS SELECTOS
LA SALUD DE LA MUJER ES PRIMERO: LECCIONES APRENDIDAS PARA UNA MEJOR PRÁCTICA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

13:00 a 14:30 hrs. — Salón Cd. Juárez

Prof. Titular: **Dr. José Tirán Saucedo**
Prof. Adjunto: **Dr. Ted Anderson**

13:00 hrs.	Introducción y bienvenida
13:05 hrs.	Evaluación del sangrado uterino anormal basado en evidencia **Dr. Ted Anderson (E.U.A.)**
13:30 hrs.	Porque nos es útil la verdadera profilaxis en antibioticosa **Dr. José Tirán Saucedo**
13:55 hrs.	Tratamiento del sangrado uterino anormal basado en evidencia **Dr. Ted Anderson (E.U.A.)**
14:20 hrs.	Preguntas y respuestas. Conclusiones

TOPICOS SELECTOS
UTILIDAD ACTUAL DEL MONITOREO FETAL ANTEPARTO
13:00 a 14:30 hrs.

Salón Culiacán

Prof. Titular: **Dr. Gerardo Sepúlveda González**
Prof. Adjunto: **Dr. Homero Flores Tamez**

13:00 hrs. Presentación
13:05 hrs. Monitoreo fetal anteparto. Nuevas perspectivas. Trazos normales. ¿Cuándo sí, cuándo no?
Dr. Gerardo Sepúlveda González
13:30 hrs. Monitoreo fetal anteparto. Trazos anormales. Conducta obstétrica
Dr. Homero Flores Tamez
13:55 hrs. Sesión interactiva
Presentación de casos clínicos
Dr. Gerardo Sepúlveda González
Dr. Homero Flores Tamez
14:20 hrs. Conclusiones

SESION ESPECIAL BOEHRINGER INGELHEIM
EL TRASTORNO DEL DESEO SEXUAL HIPOACTIVO (HSDD)
14:00 a 16:00 hrs.

Salón Parral

Profesores: **Dra. Claudia Rampazzo Bonaldo**
Dr. José Tirán Saucedo
Dr. Samuel Santoyo Haro

TALLER DE VACUNACION GLAXOSMITHKLINE

14:30 a 17:00 hrs.

Salón Durango

14:30 hrs. Importancia de la vacunación en adultos
Dr. Luis Romano

15:00 hrs. Esquema de vacunación en la mujer embarazada
Dr. Salvador Gaviño Ambriz

15:30 hrs. Tips prácticos de red fría / Tips prácticos de vacunación
Dr. Luis Romano
Dr. Salvador Gaviño Ambriz

16:00 hrs. Importancia de vacunar contra VPH
Dr. Salvador Gaviño Ambriz

16:30 hrs. Preguntas y respuestas
Dr. Luis Romano
Dr. Salvador Gaviño Ambriz

SIMPOSIO SIMULTANEO
SINDROME DE OVARIO POLIQUISTICO

14:30 a 16:00 hrs.

Salón Chihuahua

Prof. Titular: **Dr. Pedro Galache Vega**
Prof. Adjunto: **Dr. Arístides Guillén Mata**

14:30 hrs. Presentación del curso
Dr. Pedro Galache Vega

14:35 hrs. Cómo se integra actualmente el diagnóstico del síndrome de ovario poliquístico, qué conclusiones tenemos
Dr. Arístides Guillén Mata

15:00 hrs. Obesidad y oligoovulación en la adolescente: Un problema que se incrementa en México
Dr. Eduardo Lara-Torre (E.U.A.)

15:25 hrs. Tratamiento del ovario poliquístico en infertilidad: Técnicas de reproducción asistida de alta y baja complejidad
Dr. Sergio Estévez González

15:50 hrs. Sesión de preguntas y respuestas
Dr. Pedro Galache Vega

SIMPOSIO SIMULTANEO
PREVENCION DEL PARTO PRETERMINO

14:30 a 16:00 hrs. — Salón Mazatlán

Prof. Titular: **Dr. Kenneth Higby (E.U.A.)**
Prof. Adjunto: **Dr. Arturo Eduardo Dowell Delgado**

14:30 hrs. Presentación
Dr. Arturo Eduardo Dowell Delgado

14:35 hrs. Los tocolíticos son efectivos para detener el parto pretérmino y prevenir el nacimiento prematuro. ¿Realidad o ficción?
Dr. Kenneth Higby (E.U.A.)

15:00 hrs. Evaluación de los factores de riesgo del parto pretérmino
Dr. Kenneth Higby (E.U.A.)

15:25 hrs. Riesgo contra beneficio del cerclaje cervical
Dr. Arturo Eduardo Dowell Delgado

15:50 hrs. Sesión de preguntas y respuestas
Dr. Kenneth Higby (E.U.A.)
Dr. Arturo Eduardo Dowell Delgado

SIMPOSIO SIMULTANEO
TERAPIA DE HORMONAL REMPLAZO

14:30 a 16:00 hrs. — Salón Culiacán

Prof. Titular: **Dr. Carlos Félix Arce**
Prof. Adjunto: **Dr. Raúl Domínguez González**

14:30 hrs. Presentación
Dr. Carlos Félix Arce

14:35 hrs. Terapia hormonal: ¿A quién? ¿Cómo? ¿Cuánto tiempo?
Dr. Raúl Domínguez González

15:00 hrs. Cáncerofobia y terapia hormonal
Dr. Carlos Félix Arce

15:25 hrs. Patrones de sangrado y terapia hormonal
Dr. Italo Campodonico (Chile)

15:50 hrs. Sesión de preguntas y conclusiones
Dr. Carlos Félix Arce

SIMPOSIO SIMULTANEO
VIGENCIA DE LA HISTEROSCOPIA

14:30 a 16:00 hrs.

Salón Cd. Juárez

Prof. Titular: **Dr. Alvaro Pérez May**
Prof. Adjunto: **Dr. Hernán Duarte Maynez**

14:30 hrs.	Presentación **Dr. Alvaro Pérez May**
14:35 hrs.	Histeroscopía de consultorio **Dr. Andrés Vela Damken**
15:00 hrs.	Histeroscopía reproductiva **Dr. Alvaro Pérez May**
15:25 hrs.	Histeroscopia en ginecología **Dr. Hernán Duarte Maynez**
15:50 hrs.	Sesión de preguntas y conclusiones

CURSO TRANSCONGRESO 1
SENOLOGIA Y PATOLOGIA MAMARIA
8:00 a 09:30 hrs.

Salón Mazatlán

Prof. Titular: **Dr. Alejandro Salazar y Sánchez**
Prof. Adjunto: **Dr. José Alberto Sahagún Plascencia**

8:00 hrs. Introducción y bienvenida
8:05 hrs. Estado de los márgenes y control por ecografía
Dra. Isabel Rubio (España)
8:30 hrs. El futuro de la biopsia del ganglio centinela
Dr. Mattia Intra (Italia)
8:55 hrs. Radioterapia intraoperatoria
Dra. Denisse Mattar (Italia)
9:20 hrs. Preguntas y conclusiones

CURSO TRANSCONGRESO 2
MUERTE MATERNA: HEMORRAGIA OBSTETRICA, TRASTORNOS HIPERTENSIVOS E INFECCION DEL EMBARAZO
8:00 a 09:30 hrs.

Salón Cd. Juárez

Prof. Titular: **Dr. Francisco Ibargüengoitia Ochoa**
Prof. Adjunto: **Dr. Tómas Herrerias Canedo**

8:00 hrs. Fiebre durante el puerperio
Dr. Gabriel Beltrán Delgado
8:30 hrs. Choque séptico en obstetricia
Dr. Tómas Herrerias Canedo
8:55 hrs. Profilaxis antimicrobiana
Dr. Francisco Ibargüengoitia Ochoa
9:20 hrs. Preguntas y conclusiones

CURSO TRANSCONGRESO 3
GINECOLOGIA PEDIATRICA Y DE LA ADOLESCENTE
08:00 a 09:30 hrs

Salón Culiacán

Prof. Titular: **Dra. Josefina Lira Plascencia**
Prof. Adjunto: **Dra. Claudia Hernández Escobar Cantú**

8:00 hrs.	Trauma ginecológico en la niña y adolescente **Dra. Meredith Loveless (E.U.A.)**
8:25 hrs.	Embarazo en adolescente, manejo integral **Dr. Juan Manuel Grosso Espinosa**
8:50 hrs.	Evaluación de masas pélvicas en la niña y adolescente **Dra. Claudia Hernández Escobar Cantú**
9:15 hrs.	Preguntas y conclusiones

CURSO TRANSCONGRESO 4
EVIDENCIA VS. EXPERIENCIA EN MEDICINA MATERNO FETAL
08:00 a 09:30 hrs

Salón Guasave - Guamuchil

Prof. Titular: **Dr. Pedro Beltrán Peñaloza**
Prof. Adjunto: **Dra. Alejandra Briones Martínez**

8:00 hrs.	Presentación
8:05 hrs.	Diagnóstico preimplantación, alcances y realidades **Dra. Gloria Queipo García**
8:30 hrs.	Evidencias sobre el síndrome de muerte antenatal súbita **Dr. Arístides Guillén Mata**
8:55 hrs.	Qué marcadores utilizar en el tamizaje y diagnóstico temprano de preeclampsia **Dra. Gloria Queipo García**
9:20 hrs.	Preguntas y conclusiones

CURSO TRANSCONGRESO 5
MANEJO INTEGRAL GINECO-OBSTETRICO EN PACIENTES OBESAS

08:00 a 09:30 hrs

Salón Durango

Prof. Titular: **Dr. Carlos Fernández del Castillo Sánchez**
Prof. Adjunto: **Dr. Gonzalo Torres Villalobos**

8:00 hrs.	Introducción **Dr. Carlos Fernández del Castillo Sánchez**
8:05 hrs.	Cirugía ginecológica peri y tras operatoria en la paciente obesa **Dr. Miguel A. Mancera Reséndiz**
8:25 hrs.	Problemas uroginecológicos de la paciente obesa **Dr. Luis G. Sentíes Cortina**
8:50 hrs.	Obesidad y cáncer femenino **Dr. Javier Gómezpedroso Rea**
9:15 hrs.	Comentarios **Dr. Jorge Rafael Montalvo Sánchez**

CURSO TRANSCONGRESO 6
EL FUTURO DE LA REPRODUCCION ASISTIDA

08:00 a 09:30 hrs

Salón Cuauhtémoc

Prof. Titular: **Dr. Samuel Hernández Ayup**
Prof. Adjuntos: **Dr. Victor Alfonso Batiza Reséndiz**
Dr. Israel Obed Carmona Ruiz

8:00 hrs.	El laboratorio de reproducción asistida: ¿Se puede mejorar más? **Dr. Victor Alfonso Batiza Reséndiz**
8:05 hrs.	Sesión PGD y PGS: Su realidad en el mundo y en México **Dr. Alberto Kably Ambe** **Dr. Jose Gaytán Melicoff** **Biol. Francisco Rocha Cárdenas**
8:30 hrs.	Sesión PGD y PGS: Su realidad en el mundo y en México **Dr. Alberto Kably Ambe** **Dr. Jose Gaytán Melicoff**
8:55 hrs.	El efecto paterno de la fragmentación del DNA espermático en la implantación **Biol. Francisco Rocha Cárdenas**
9:20 hrs.	Preguntas y conclusiones

CURSO TRANSCONGRESO 7
ULTRASONIDO EN GINECOBSTETRICIA
08:00 a 09:30 hrs

Salón Delicias

Prof. Titular: **Dr. Homero Flores Tamez**
Prof. Adjunto: **Dr. Antonio Briseño Sainz**

Ultrasonido en reproducción

8:00 hrs. Evaluación dinámica de la reserva ovárica por ultrasonido
Dr. Daniel Méndez Arceo

8:30 hrs. Monitoreo de la ovulación. State of the Art.
Dr. Pedro Galache Vega

9:00 hrs. Sesión interactiva
Ultrasonido en reproducción. Imagénes, videos, casos clínicos
Dr. Homero Flores Tamez
Dr. Daniel Méndez Arceo

CURSO TRANSCONGRESO 8
CANCER GINECOLOGICO
08:00 a 09:30 hrs

Salón Los Mochis

Prof. Titular: **Dr. Héctor Rivas Murillo**
Prof. Adjunto: **Dr. Carlos E. Aranda Flores**

Cáncer de ovario

8:00 hrs. Cirugía de máximo esfuerzo en el cáncer de ovario epitelial avanzado
Dra. Teresa Díaz-Montes (E.U.A.)

8:30 hrs. Quimioterapia intraperitonea en el manejo de cáncer epitelial de ovario

9:00 hrs. Cirugía de invasión mínima en el manejo de cáncer del cuerpo uterino. Cuál es el mejor abordaje quirúrgico

CURSO TRANSCONGRESO 9
ENDOMETRIOSIS: CONCEPTOS ACTUALES PARA UNA ENTIDAD ANTIGUA

08:00 a 09:30 hrs

Salón Chihuahua

Prof. Titular: **Dr. Claudio Serviere Zaragoza**
Prof. Adjuntos: **Dr. Miguel A. Mancera Reséndiz**
Dr. Ranferi Gaona Arreola

8:00 hrs.	Presentación
8:05 hrs.	Alcance de la cirugía en el tratamiento de la endometriosis **Dr. Ranferi Gaona Arreola**
8:30 hrs.	Inducción de ovulación y endometriosis. Es diferente **Dr. Alfonso Orta García**
8:55 hrs.	Manejo específico del endometrioma **Dr. José María Mojarra Estrada**
9:25 hrs.	Preguntas y conclusiones

CURSO TRANSCONGRESO 10
UROLOGIA GINECOLOGICA

08:00 a 09:30 hrs

Salón Parral

Prof. Titular: **Dra. Viridiana Gorbea Chávez**
Prof. Adjunto: **Dra. Esther Silvia Rodríguez Colorado**

8:00 hrs.	Presentación
8:05 hrs.	Definición y clasificación del prolapso de órganos pélvicos utilizando el sistema POPQ **Dr. César Madrid Sierra**
8:30 hrs.	Incontinencia anal, lesión del esfinter anal: Tratamiento quirúrgico **Dra. Liliana Campos Lara**
8:55 hrs.	Innovación de la cirugía de prolapso de órganos pélvicos: Cirugía tradicional vs. mallas **Dra. Edna Cortés Fuentes**
9:20 hrs.	Preguntas y conclusiones

AVANCES DE INVESTIGACION
CIRUGIA FETAL
10:00 a 10:30 hrs.

Salón Chihuahua

Presidente: **Dr. Francisco Javier Robles Elías**
Secretario: **Dr. Ricardo Ruiz Castañeda**
Ponente: **Dr. Carlos Bermúdez González (Venezuela)**

CONFERENCIA MAGISTRAL
RETOS EN GINECOBSTETRICIA
10:30 a 11:15 hrs.

Salón Chihuahua

Presidente: **Dr. Jesús Enrique Váldez Bustillos**
Secretario: **Dr. Antonio Sifuentes Alvarez**
Ponente: **Dr. Alberto Kably Ambe**

TRABAJOS DE INVESTIGACION BASICA
VIDEOS
11:15 a 11:45 hrs.

Salón Durango

Presidente: **Dr. Carlos Manuel Bousart**
Secretario: **Dr. Hipólito Aparicio González**

11:15 hrs. Histerectomía vaginal asistida con Ligasure
Dr. David Mijey Esquivel Izaguirre, Dr. Roberto Infante Salinas, Dr. Oscar A. Gonzalez Díaz, Dr. René Flores Cortez,

11:25 hrs. Gonadectomia por laparoscopía en disgenesia gonodal XY
Dr. David Mijey Esquivel Izaguirre, Dr. René Cortez Flores, Dr. Oscar A. González Díaz

11:35 hrs. Sutura B-Lynch en atonia uterina
Dr. David Mijey Esquivel Izaguirre, Dra. Liliana Alvarado, Dr. Roberto Infante Salinas, Dr. Jorge Huerta González

Salón Cd. Juárez

Presidente: **Dr. Margarito Montoya Carrasco**
Secretario: **Dr. Ricardo Seria Rojas**

11:15 hrs. El fórceps
Dr. René Rivas Pizarro, Dr. Homero Rivas Martinez

11:25 hrs. Abordaje en incisión sin huella utilizando el puerto de gel
Dr. René Rivas Pizarro, Dra. Karla Barrera Zamora, Dra. Flor de las Nieves Pérez Bueno, Dr. Julían Salazar Montoya

11:35 hrs. Histerectomía total por laparoscopía con una sola incisión
Dr. René Rivas Pizarro, Dr. Ricardo Ramón Lozano Jiménez, Dra. Karla Liliana Barrera Zamora, Dra. Flor de las Nieves Pérez Bueno

Salón Culiacán

Presidente: **Dra. María Luisa del Rayo Estrada Arreola**
Secretario: **Dr. Jorge Villarreal De la Hoya**

11:15 hrs. Cáncer cervicouterino y embarazo
Dr. Arnulfo Martínez Chapa, Dr. Oscar De la Garca Lozano, Dr. Alan D. González Rodríguez, Dr. Luis G. Sepúlveda Vázquez

11:25 hrs. Tumoración anexial adherida a colon y útero
Dr. René Rivas Pizarro, Dr. Homero Rivas Martínez

Salón Gusave - Guamuchil

Presidente: **Dra. Susana Madrigal Hernández**
Secretario: **Dra. Rosario Delgado Rascón**

11:15 hrs. Endometrioma de pared uterina
Dr. Jorge Alberto Rodríguez Pezino, Dra. Edali Lizzete Lara Rangel, Dr. Rogelio Montemayor Garza

11:25 hrs. Manejo histeroscópico de embarazo cervical
Dr. Rogelio Montemayor Garza, Dr. Pedro Galache Vega, Dr. Ray Villarreal, Dr. Israel Carmona, Dr. Jorge Rodríguez Pezino, Dr. Octavio Martínez

SIMPOSIO PLENARIO
TECNICAS PARA HISTERECTOMIA Y MIOMECTOMIA DE INVASION MINIMA

11:45 a 12:30 hrs. — Salón Chihuahua

Presidente: **Dr. Jorge Anselmo Chavira Castillo**
Secretario: **Dr. Jesús Castro Castro**
Prof. Titular: **Dr. Herbert Gretz (E.U.A.)**
Prof. Adjunto: **Dr. Enrique Soto Medina**

11:45 hrs. Introducción
Dr. Enrique Soto Medina
11:50 hrs. Técnica: Miomectomía de invasión mínima
Dr. Herbert Gretz (E.U.A.)
12:10 hrs. Técnica: Histerectomía de invasión mínima
Dr. Herbert Gretz (E.U.A.)

TOPICOS SELECTOS
PERDIDA GESTACIONAL RECURRENTE: CONCEPTOS

13:00 a 14:30 hrs. — Salón Mazatlán

Prof. Titular: **Dr. Mauro Javier Muñoz Pérez**
Prof. Adjunto: **Dr. Angel Guerra De la Garza**

13:00 hrs. Presentación
13:05 hrs. Etiopatogenia
Dr. Mauro Javier Muñoz Pérez
13:30 hrs. Diagnóstico
Dr. Israel Carmona Ruiz
13:55 hrs. Manejo
Dr. Angel Guerra De la Garza
14:20 hrs. Preguntas y conclusiones

TOPICOS SELECTOS
ABLACION ENDOMETRIAL VS. HISTERECTOMIA
13:00 a 14:30 hrs.

Salón Culiacán

Prof. Titular: **Dr. José Fugarolas Marín**
Prof. Adjunto: **Dr. Leopoldo P. Aurioles Sánchez**

13:00 hrs. Presentación
Dr. José Fugarolas Marin
13:05 hrs. Estado actual de la ablación endometrial en México
Dr. Alfonso Valdés Domínguez
13:30 hrs. Estado actual de la histerectomía (tradicional y endoscópica) en México
Dr. Leopoldo P. Aurioles Sánchez
13:55 hrs. Toma de decisión quirúrgica en el tratamiento de la hemorragia uterina
Dr. José Fugarolas Marín
14:20 hrs. Preguntas y conclusiones

TOPICOS SELECTOS
LA SALUD DE LA MUJER ES PRIMERO: LECCIONES APRENDIDAS
13:00 a 14:30 hrs.

Salón Chihuahua

Prof. Titular: **Dr. Carlos Bermúdez González (Venezuela)**

TOPICOS SELECTOS
EL VARON INFERTIL: PUNTOS CLAVE
13:00 a 14:30 hrs.

Salón Cd. Juárez

Prof. Titular: **Dr. Juan Carlos Hinojosa Cruz**
Prof. Adjunto: **Dr. Jesús Daniel Moreno García**

13:00 hrs.	Presentación
13:05 hrs.	Aspectos relevantes en el abordaje diagnóstico terapéutico actual del varón infértil **Dr. Juan Carlos Hinojosa Cruz**
13:30 hrs.	Pautas farmacológicas en el tratamiento del varón infértil **Dr. Victor Saúl Vital Reyes**
13:55 hrs.	Impacto de las técnicas de reproducción asistida en el tratamiento del varón infértil **Dr. Jesús Daniel Moreno García**
14:20 hrs.	Conclusiones

SESION ESPECIAL BOEHRINGER INGELHEIM
LA REPRODUCCION HUMANA: LAS MADRES, LOS PADRES Y LOS NIÑOS DEL FUTURO
14:00 a 16:00 hrs.

Salón Guasave - Guamuchil

- Un compromiso con responsabilidad social
- El niño padre del hombre
- Origen de la salud y la enfermedad... ensayo-error

Profesores: **Dr. Ricardo García Cavazos**
Dr. Cuitlahuac Ruiz Matuz

SIMPOSIO SIMULTANEO
ETICA Y REPRODUCCION
14:30 a 16:00 hrs.

Salón Chihuahua

Prof. Titular: **Dr. Samuel Karchmer K.**

14:30 hrs.	Presentación
14:35 hrs.	Derechos reproductivos de las mujeres **Dr. Estanislao Díaz Barriga Díaz**
15:00 hrs.	Asesoramiento genético y diagnóstico prenatal **Dra. Teresa Leis Márquez**
15:25 hrs.	Reproducción asistida **Dr. Samuel Karchmer K.**
15:50 hrs.	Preguntas y comentarios

SIMPOSIO SIMULTANEO
COMPLICACIONES QUIRURGICAS EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
14:30 a 16:00 hrs.

Salón Culiacán

Prof. Titular: **Dr. Antonio Bujaidar Bujaidar**
Prof. Adjunto: **Dr. Leopoldo P. Aurioles Sánchez**

14:30 hrs.	Complicaciones en cirugía laparoscópica **Dr. Leopoldo P. Aurioles Sánchez**
15:00 hrs.	Complicaciones en cirugía urológica **Dr. Emigdio Torres Farias**
15:30 hrs.	Complicaciones en cirugía obstétrica **Dr. Antonio Bujaidar Bujaidar**
15:50 hrs.	Preguntas y conclusiones **Dr. Antonio Bujaidar Bujaidar**

SIMPOSIO SIMULTANEO
IMPACTO DE LA ANTICONCEPCION EN MEXICO

14:30 a 16:00 hrs. — Salón Cd. Juárez

Prof. Titular: **Dr. Cuauhtémoc Celis González**
Prof. Adjunto: **Dr. José de Jesús Montoya Romero**

14:30 hrs.	Introducción **Dr. Cuauhtémoc Celis González**
14:35 hrs.	Anticoncepción en adolescentes **Dr. José de Jesús Montoya Romero**
15:00 hrs.	Anticoncepción en la perimenopáusia **Dr. Cuauhtémoc Celis González**
15:25 hrs.	Anticoncepción en mujeres de alto riesgo reproductivo **Dra. Imelda Hernández Marín**
15:40 hrs.	Preguntas y conclusiones

SIMPOSIO SIMULTANEO
ROBOTICA EN GINECOLOGIA

14:30 a 16:00 hrs. — Salón Mazatlán

Prof. Titular: **Dr. Farr Nezhat (E.U.A.)**
Prof. Adjunto: **Dr. Herbert Gretz (E.U.A.)**

14:30 hrs.	Introducción **Dr. Farr Nezhat (E.U.A.)**
14:35 hrs.	Introducción a la cirugía robótica **Dr. Enrique Soto Medina**
15:00 hrs.	Cirugía robótica en patología benigna **Dr. Herbert Gretz (E.U.A.)**
15:25 hrs.	Cirugía robótica en patología maligna **Dr. Farr Nezhat (E.U.A.)**
15:40 hrs.	Preguntas y conclusiones

CURSO TRANSCONGRESO 1
SENOLOGIA Y PATOLOGIA MAMARIA
8:00 a 09:30 hrs.

Salón Mazatlán

Prof. Titular: **Dr. Alejandro Salazar y Sánchez**
Prof. Adjunto: **Dr. José Alberto Sahagún Plascencia**

8:00 hrs. Introducción y bienvenida
8:05 hrs. Carcinoma oculto mamario
Dr. Mattia Intra (Italia)
8:30 hrs. Cirugia de prevención de riesgo
Dra. Denisse Mattar (Italia)
8:55 hrs. Nuevas dianas terapéuticas en cáncer de mama
Dr. José Alberto Sahagún Plascencia
9:20 hrs. Preguntas y conclusiones

CURSO TRANSCONGRESO 2
MUERTE MATERNA: HEMORRAGIA OBSTETRICA, TRASTORNOS HIPERTENSIVOS E INFECCION DEL EMBARAZO
8:00 a 09:30 hrs.

Salón Cd. Juárez

Prof. Titular: **Dr. Francisco Ibargüengoitia Ochoa**
Prof. Adjunto: **Dr. Tómas Herrerias Canedo**

8:00 hrs. Pre-eclampsia severa
Dr. Alejandro Rosas Balan
8:30 hrs. Eclampsia
Dr. Jorge Beltrán Montoya
8:55 hrs. Lineamiento técnico
Dr. Francisco Ibargüengoitia Ochoa
9:20 hrs. Preguntas y conclusiones

CURSO TRANSCONGRESO 3
GINECOLOGIA PEDIATRICA Y DE LA ADOLESCENTE
08:00 a 09:30 hrs

Salón Culiacán

Prof. Titular: **Dra. Josefina Lira Plascencia**
Prof. Adjunto: **Dra. Claudia Hernández Escobar Cantú**

8:00 hrs.	Problemas psicológicos y conductuales en la adolescencia **Dr. Juan Manuel Grosso Espinosa**
8:25 hrs.	Enfermedad de la mama en el adolescente **Dra. Josefina Lira Plascencia**
8:50 hrs.	Avances en anticoncepción en adolescentes **Dr. Eduardo Lara-Torre (E.U.A.)**
9:15 hrs.	Preguntas y conclusiones

CURSO TRANSCONGRESO 4
EVIDENCIA VS. EXPERIENCIA EN MEDICINA MATERNO FETAL
08:00 a 09:30 hrs

Salón Guasave - Guamuchil

Prof. Titular: **Dr. Pedro Beltrán Peñaloza**
Prof. Adjunto: **Dra. Alejandra Briones Martínez**

8:00 hrs.	Presentación
8:05 hrs.	Misoprostol en sangrado postparto, evidencia y uso clínico **Dr. Ricardo Quiroga Díaz**
8:30 hrs.	Uso de uteroinhibidores y medicina basada en evidencias **Dra. Alejandra Briones Martínez**
8:55 hrs.	Hemorragia postaparto. ¿Qué sugiere utilizar la experiencia? **Dr. Ricardo Quiroga Díaz**
9:20 hrs.	Preguntas y conclusiones

CURSO TRANSCONGRESO 5
MANEJO INTEGRAL GINECO-OBSTETRICO EN PACIENTES OBESAS

08:00 a 09:30 hrs

Salón Durango

Prof. Titular: **Dr. Carlos Fernández del Castillo Sánchez**
Prof. Adjunto: **Dr. Gonzalo Torres Villalobos**

8:00 hrs.	Introducción **Dr. Carlos Fernández del Castillo Sánchez**
8:05 hrs.	Cirugía bariátrica I **Dr. Gonzalo Torres Villalobos**
8:25 hrs.	Cirugía bariátrica II **Dr. Gonzalo Torres Villalobos**
8:50 hrs.	Retos terapéuticos en la obesidad **Dr. Carlos Fernández del Castillo Sánchez**
9:15 hrs.	Clausura

CURSO TRANSCONGRESO 6
EL FUTURO DE LA REPRODUCCION ASISTIDA

08:00 a 09:30 hrs

Salón Cuauhtémoc

Prof. Titular: **Dr. Samuel Hernández Ayup**
Prof. Adjuntos: **Dr. Victor Alfonso Batiza Reséndiz**
Dr. Israel Obed Carmona Ruiz

8:00 hrs.	Fronteras poco exploradas **Dr. Israel Obed Carmona Ruiz**
8:05 hrs.	Medicina alternativa en reproducción humana **Dra. Dinorah Salazar Ponce**
8:30 hrs.	Investigación en reproducción asistida de alta complejidad en México **Dr. Alberto Kably Ambe**
8:55 hrs.	Red LARA: Futuro de la RA en AL **Dr. Carlos Félix Arce**
9:20 hrs.	Preguntas y conclusiones

CURSO TRANSCONGRESO 7
ULTRASONIDO EN GINECOBSTETRICIA
08:00 a 09:30 hrs

Salón Delicias

Prof. Titular: **Dr. Homero Flores Tamez**
Prof. Adjunto: **Dr. Antonio Briseño Sainz**

Procedimientos y técnicas especiales

8:00 hrs. Histerosonografía, ecorealzadores y 3 dimensión
Dr. Jaime Arturo Escarcega Preciado

8:30 hrs. Procedimientos invasivos en ginecología, optimización por ultrasonido
Dr. Daniel Méndez Arceo

9:00 hrs. Sesión interactiva
La maquina de ultrasonido ¿Cuál quiero?, ¿Cuál necesito?
Dr. Antonio Briseño Sainz
Dr. Homero Flores Tamez

CURSO TRANSCONGRESO 8
CANCER GINECOLOGICO
08:00 a 09:30 hrs

Salón Los Mochis

Prof. Titular: **Dr. Héctor Rivas Murillo**
Prof. Adjunto: **Dr. Carlos E. Aranda Flores**

Cáncer de cuerpo uterino

8:00 hrs. Tratamiento no quirúrgico de cáncer de endometrio
Dr. Carlos E. Aranda Flores

8:30 hrs. Cáncer de vulva. Tratamiento no quirúrgico actual
Dr. Eduardo Barragan Curiel

9:00 hrs. Radioterapia en tumores ginecológicos. Tomatron
Dr. Javier Aguirre Méndez

CURSO TRANSCONGRESO 9
ENDOMETRIOSIS: CONCEPTOS ACTUALES PARA UNA ENTIDAD ANTIGUA

08:00 a 09:30 hrs

Salón Chihuahua

Prof. Titular: **Dr. Claudio Serviere Zaragoza**
Prof. Adjuntos: **Dr. Miguel A. Mancera Reséndiz**
Dr. Ranferi Gaona Arreola

8:00 hrs. Presentación
8:05 hrs. Cómo manejar la recurrencia
Dr. Miguel A. Mancera Reséndiz
8:30 hrs. Reproducción asistida. Resultados
Dr. Alberto Kably Ambe
8:55 hrs. Endometriosis y la realidad
Dr. Emilio Valerio Castro
9:25 hrs. Preguntas y conclusiones

CURSO TRANSCONGRESO 10
UROLOGIA GINECOLOGICA

08:00 a 09:30 hrs

Salón Parral

Prof. Titular: **Dra. Viridiana Gorbea Chávez**
Prof. Adjunto: **Dra. Esther Silvia Rodríguez Colorado**

8:00 hrs. Presentación
8:05 hrs. Tratamiento conservador de la disfunción del piso pélvico
Dr. César Madrid Sierra
8:30 hrs. Actualidades en el tratamiento farmacológico de la vejiga hiperactiva
Dra. Edna Cortés Fuentes
8:55 hrs. Electroestimulación una nueva opción terapéutica en la disfunción del piso pélvico
Dra. Esther Silvia Rodríguez Colorado
9:20 hrs. Preguntas y conclusiones

AVANCES DE INVESTIGACION
SENOLOGIA
10:00 a 10:30 hrs. — Salón Chihuahua

Presidente: **Dr. Javier Gómezpedroso Rea**
Secretario: **Dr. Sergio Fajardo Dueñas**
Ponente: **Dr. Mattia Intra (Italia)**

CONFERENCIA MAGISTRAL
DIAGNOSTICO PRENATAL EN AMERICA LATINA
¿REALIDAD O FALACIA?
10:30 a 11:15 hrs. — Salón Chihuahua

Presidente: **Dr. Hernán Duarte Máynez**
Secretario: **Dr. Jaime Eduardo Chávez Garza**
Ponente: **Dr. Samuel Karchmer K.**

CONFERENCIA MAGISTRAL
AVANCES EN SALUD
11:15 a 11:45 hrs. — Salón Chihuahua

Presidente: **Dr. Alberto Kably Ambe**
Secretario: **Dr. Claudio Serviere Zaragoza**
Ponente: **Dr. José Angel Córdova Villalobos**



TRABAJOS LIBRES

CARTELES

VIDEOS

Reporte de las características seminales en pacientes con embarazo producto de IAH en CEPAM y sus complicaciones perinatales

Alberto Kably-Ambe, Jorge Alberto Campos-Cañas, Gustavo Eder González-Álvarez

Introducción: dentro de los factores determinantes del éxito en los protocolos de inseminación se ha mencionado la calidad espermática, mencionándose como ideal más de 5–10 millones de células móviles, o más de 30% de morfología normal.
Objetivos: determinar las variables de calidad espermática en pacientes que lograron embarazo con IAH y evaluar las principales causas de morbi-mortalidad perinatal
Material y métodos: se revisaron todos los expedientes clínicos de pacientes con embarazo producto de IAH 2004-2010.
Resultados: se obtuvieron un total de 171 pacientes embarazadas, mismos que se revisaron. Se eliminaron 25 pacientes que no cursaron con el seguimiento en esta institución. Las características seminales postcapacitación observadas en el grupo de pacientes embarazadas, encontramos densidad 82.11 millones(SD48.32), cuenta espermática total 43.48 millones(SD25.58), movilidad A 17%(SD9.43), Movilidad B 71.92%(SD11.41), Movilidad A+B 88.92% (SD11.51), morfología 6.04(SD 3.048), siendo el valor más común en morfología espermática 4%(15.75%). El número de embarazos obtenidos al comparar morfologías de <4% y mayores o iguales a este valor fueron de 20.54%(n=30) y 79.45%(n=116). Llama la atención que al observarse aquellas pacientes con morfologías de 3%, estas constituyen el 10.95% de la muestra total. El TCM fue de 41.89%(SD 26.11). Se observó un 17.12%(n=25) de abortos, con 37.4 SDG(SD 2.95) promedio a la resolución. Las complicaciones más frecuentemente observadas incluyeron RPM(6.16%), RCIU(4.79%) y embarazo ectópico/preeclampsia(2.05% cada una).
Conclusiones: la incidencia de complicaciones perinatales en este estudio no es superior a la población general, así mismo en las variables espermáticas se observó morfología normal >3% en 89.05%, con movilidad A+B 88.92%, cabe mencionar a este respecto que la movilidad de tipo A en la muestra se reporta baja, sugiriendo un papel más importante de la tipo B.

Resultados de PICSI en un programa de ART

Jorge Alberto Campos-Cañas, Esperanza Carballo-Torres, Leonor Ángela Durán-Monterrosas, Alberto Kably-Ambe

Introducción: la técnica de PICSI, es una alternativa para la selección espermática, seleccionando a los espermatozoides maduros, con menor daño al DNA por lo que mejora los resultados de fertilización y embarazo, si se compara con el uso de ICSI.
Objetivos: evaluar la técnica de ICSI comparada con PICSI en pacientes con los mismos parámetros seminales.
Material y Métodos: se evaluaron pacientes de ICSI y PICSI de febrero del 2008 a diciembre del 2009. Los pacientes de ambos grupos presentaban los mismos parámetros seminales en cuanto a densidad y movilidad. En cuanto a morfología se eligieron pacientes con morfología menor a 2% con el criterio estricto de Kruger.
Resultados: el grupo de PICSI tuvo una mejor tasa de fertilización que el grupo de ICSI (40.24% vs 51.54%, p= 0.03). No se encontró diferencia significativa en cuanto a calidad embrionaria, pero el grupo de PICSI tuvo mayor número de células y mejor calidad el día de la transferencia. En cuanto a la tasa de embarazo, la técnica de PICSI tuvo mejor resultado que ICSI (29.17% vs 34.04%, respectivamente).
Conclusiones: la técnica de PICSI es una buena alternativa en los casos de pacientes con morfología espermática anormal.

Resultados de inseminación con FIV/ICSI en un programa de ART

Jorge Alberto Campos-Cañas, Esperanza Carballo-Torres, Leonor Ángela Durán-Monterrosas, Alberto Kably-Ambe

Introducción: en pacientes con valores seminales en el límite bajo, la decisión de realizar la inseminación con FIV convencioanl o ICSI es difícil, por la posibilidad de falla en fertilización. La edad de las pacientes, y calidad del Ovocito son facores a tomarse en cuenta.
Objetivos: comparar los resultados de fertilización y embarazo cuando se dividen los ovocitos para inseminación con FIV e ICSI.
Material y métodos: trabajo retrospectivo, con análisis de 187 casos con valores seminales límites en morfología de enero 2005 a octubre 2009. En todos los casos se dividieron los ovocitos y una parte se inseminó con FIV y otra con ICSI. Grupo I morfología <4%, grupo II morfología 5-6%.
Resultados: no se encontraron diferencias significativas en cuanto a la fertilización total entre el grupo I y II (58.79 vs 61.51%). Tampoco se encontró diferencia en fertilización por tipo de inseminación. En cuanto al embarazo, si bien no se encontraron diferencias significativas, el grupo I tuvo menor tasa de embarazo que el grupo II (20.69 vs 28.97%)
Conclusiones: en casos de pacientes con morfología de ≥ 4% con criterio estricto, no es necesario realizar el procedimiento de ICSI para la inseminación.

Resultados comparativos de ICSI con biopsia testicular fresco *vs* criopreservado

Alberto Kably-Ambe, Jorge Alberto Campos-Cañas, Esperanza Carballo-Torres, Heidy Ortiz-Reyes

Introducción: la biopsia testicular para técnicas de reproducción asistida se ha estudiado en los últimos años, aunque aún existe incertidumbre en la eficacia comparativa de muestras en fresco vs criopreservadas. La mayoría de estudios concluyen eficacias equivalentes.
Objetivos: comparar los resultados obtenidos en reproducción asistida con muestra seminal obtenida por biopsia testicular en fresco vs criopreservada en pacientes con azoospermia no obstructiva en el periodo comprendido entre 1999 y 2009.
Material y métodos: estudio retrospectivo, observacional, analítico, se revisaron expedientes de 1999 a 2009. Se incluyeron 47 pacientes con diagnóstico de NOA los que se les realizó biopsia testicular. De los cuales se obtuvieron 14 en fresco y 33 con biopsia testicular criopreservada.
Resultados: el número de folículos aspirados en grupo de fresco fueron 14.31 vs 17.31 criopreservado(p= 0.40), total de ovocitos obtenidos 9.29 vs 10.09 respectivamente (p=0.74), calidad ovocitaria 1.62 vs 1.65(p=0.76), porcentaje de fertilización 35.19 vs 32.27(p=0.71), número de embriones transferidos 1.8 vs 2.41(p=0.07) y calidad embrionaria 1.7 vs 1.47(p=0.24) respectivamente.
Conclusiones: el número de embriones transferidos en muestra de fresco vs criopreservado fue la única variable evaluada que tuvo significancia estadística (p=0.07). Sin embargo, puede ser resultado de variables ovocitarias y no espermáticas.Se puede afirmar que los criopreservados de biopsia testicular tienen la misma utilidad en procedimientos de reproducción asistida que las muestras en fresco.

Ovocitos recuperados y embriones transferidos para lograr un recién nacido. Análisis de las pérdidas biológicas durante el proceso de reproducción asistida

Edali Lizzete Lara-Rangel, Pablo Díaz-Spíndola, José Sepúlveda-González, Genaro García-Villfaña, María Lidia Arenas-Montesco
Instituto para el Estudio de la Concepción Humana, Centro de Ginecología y Obstetricia de Monterrey, NL.

Objetivo: evaluar la eficiencia biológica en fertilización in Vitro a través de dos indicadores biológicos: número de ovocitos necesarios para llegar a recién nacido vivo y Número de embriones transferidos para llegar a recién nacido vivo analizados por grupo de edad.
Material y método: análisis retrospectivo de la base de datos del laboratorio de embriología del IECH desde el 2006 al 2009. De un total de 848 Ciclos de Reproducción Asistida, se recolectaron 8682 ovocitos los cuales se obtuvieron de donadoras y no donadoras clasificando por grupo de edad tanto los ovocitos recuperados y embriones transferidos (frescos o descongelados); necesarios para llegar a RN; Grupos: 1 (18-34 años), 2 (35 a 37 años), 3 (38-40 años), (41-42 años) y 5 (43-48 años). Se analizó el porcentaje de ovocitos y embriones tanto frescos como congelados, útiles (que producen un RN).
Resultados: de un total de 8682 ovocitos recolectados, por grupo de edad fueron necesarios ovocitos aspirar para obtener un recién nacido; grupo I (42.5), grupo 2 (50.7), grupo 3 (64.3), grupo 4 (62) y grupo 5 (155) y los embriones frescos transferidos para RN; por edades fueron: grupo 1 (15.7), grupo 2 (8.6), grupo

3 (12), grupo 4 (16) y grupo 5 (10). El promedio de aprovechamiento de ovocitos (útiles) es de 2.16%; el de embriones frescos es de 10.44% y el de embriones congelados 13.07%.

Conclusiones: el proceso de Reproducción Asistida es muy ineficiente ya que solo un pequeño número de ovocitos recuperados llegan finalmente a producir un embarazo. La potencial solución a estas pérdidas biológicas sería tal ves el uso menos agresivo de protocolos de estimulación ovárica (que produzcan menos ovocitos) y transferir menos embriones. Es notable el incremento del número de ovocitos recuperados y necesarios para llegar a un RN cifra que incrementa directamente proporcional a la edad de la paciente y lo mismo sucede con el número de embriones frescos o descongelados.

Pronósticos de transferencia de embriones en estadio de blastoscisto día 5 *vs* día 3 en ciclos antólogos frescos en pacientes menores de 37 años

Jorge Castillo-Baso, Roberto Santos-Haliscak, P Díaz, José Sepúlveda-González, O González, Genaro García Villafaña

Instituto para el Estudio de la Concepción Humana, Centro de Ginecología y Obstetricia de Monterrey, NL.

Objetivo: comparar las tasas de embarazo de los embriones transferidos en día 3 *vs* blastocisto en día 5 en pacientes menores de 37 años de edad.

Material y método: análisis retrospectivo de embriones transferidos en fresco. Se analizaron un total de 194 ciclos consecutivos de embriones transferidos en fresco en pacientes menores de 37. Se les realizo estimulación folicular con protocolos de agonistas y antagonistas. De estas 132 pacientes se les realizo transferencias en día 3 y a 64 pacientes se les realizo en día 5 en estadio de blastocisto. Similar número de embriones fueron transferidos en cada grupo. En el caso de las transferencias en día 3 todas las pacientes cumplieron los criterios de por lo menos 6 células en la mañana del día 3, y un máximo de 20% de fragmentación(clase I embrionaria). Las pacientes fueron seleccionadas y clasificadas en función del día de transferencias según criterios personales del médico tratante.

Resultados: las características demográficas entre los 2 grupos (día 3 *vs* Blastocisto día 5) no fueron estadísticamente significativa al evaluar Edad (31.4 *vs* 32.1), tiempo de infertilidad (4.94 *vs* 4.61), tipo de infertilidad (primaria 67% *vs* 63% y secundaria 32% *vs* 37%); FSH en día 3: (6.78 *vs* 7.12I U/L), LH en día 3 (4.84 *vs* 5.72 IU/l), E2 en día 3 (50.23 *vs* 58.65 pg/ml), dosis total de FSHr (2422.5

Ovocitos recuperados y embriones transferidos para lograr un recién nacido. Cuadro 1. Procedimiento FIV-ICSI

Edad	*Pacientes*	*Ovocitos recolectados*	*RN*	*ET*	*PIE*	*Ovocitos para PIE*	*Ovocitos para RN*	*ET/PIE*	*ET/RN*
Grupo 1	529	6033	142	1182	182	33.1	42.5	6.5	8.3
Grupo 2	163	1472	29	349	47	31.3	50.7	7.4	12
Grupo 3	108	836	13	194	26	32.1	64.3	7.5	14
Grupo 4	25	186	3	44	5	37.2	62	9	15
Grupo 5	23	155	1	31	4	38.7	155	7.8	31

Ovocitos recuperados y embriones transferidos para lograr un recién nacido. Cuadro 2. Procedimiento FET

Edad	*Pacientes*	*FET*	*PIE*	*RN*	*FET/PIE*	*FET/RN*
Grupo 1	55	94	12	6	7.8	15.7
Grupo 2	12	26	4	3	6.5	8.6
Grupo 3	11	24	2	2	12	12
Grupo 4	9	16	1	1	16	16
Grupo 5	5	10	2	1	5	10

vs 2220.0 IU) y HMG (603.5 *vs* 555.0 IU); Protocolos de estimulación: Agonista (67% *vs* 60%) o antagonista (32% *vs* 40%) y grosor endometrial en día 10 (9.95 *vs* 10.1 mm). No se encontraron diferencia significativas en el pronósticos del tratamiento de reproducción en los pacientes que se les realizo la transferencia embrionaria en día 3 *vs* día 5, como lo muestra el Cuadro 1.

Conclusión: en el grupo de pacientes por debajo de los 37 años de edad y ciclos autólogos, el transferir en blastocisto día 5 no oferta mejores resultados que en los pacientes que se transfieren en día 3 en cuanto a la tasa de nacido vivo.

La obesidad como factor de riesgo para cáncer de mama

Genaro Vega-Malagón, Rubén Romero-Márquez, Luis Hebert Hernández-Montiel, Guadalupe Zaldívar-Lelo de la Rea, Carlos Sosa-Ferreira, Javier Ávila-Morales
Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Querétaro

Objetivo: determinar los factores antropométricos como factores de riesgo para cáncer de mama.

Material y método: estudio de casos y controles en el Hospital General de Querétaro de Enero del año 2000 a Diciembre de 2005; casos: 60 mujeres con cáncer de mama corroborado histológicamente, controles: 60 mujeres con mamografía negativa a cáncer, se analizaron las variables antropométricas con razón de momios con intervalo de confianza del 95%, prueba de *t* de Student y de χ^2.

Resultados: el promedio de edad fue muy similar en ambos grupos, en los casos fue de 52.65 años (DE 11.80) y en los controles de 52.01 (DE 11.15), con una $p > 0.05$, los factores antropométricos que tuvieron diferencia estadísticamente significativa ($p \leq 0.05$) fueron: Peso, Índice de masa corporal ≥ de 25 (OR: 6.05, IC 95% 2.53-14-47); perímetro abdominal ≥ de 88 cm. (OR: 2.58, IC 95% 1.11-5.96); Índice cintura-cadera ≥ de 0.86 (OR: 3.50, IC 95% 1.55-7.87).

Conclusiones: es importante determinar las medidas antropométricas de la mujer e identificar aquellas con riesgo de cáncer mamario para efectuar vigilancia estrecha y detectar oportunamente esta enfermedad.

Caracterización clínica semanal del aborto incompleto con el uso de misoprostol oral en el Hospital General de Atizapán durante el año 2009

Miriam Sánchez-Bravo, Aída Madrid-Morales, Mario Buendía-Gómez, Francisco Antonio Salcido, Raffaela Schiavon-Ermani, Alfonso Gerardo Carrera-Riva Palacio
División de Ginecología y Obstetricia, Hospital General de Atizapán

Objetivo del estudio: comparar la sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y negativo a 7 y 14 días

Pronósticos de transferencia de embriones. Cuadro 1. Resultados pronósticos de embarazo y de estimulación

	D3 grupo n = 132	*D5 grupo n = 62*	*p*
Folículo > 15 D10	9.55	12.11	0.001
E2 D10 (pg/ml) (media)	2553.41	3360.38	0.003
Día de aspiración	12.69	12.19	0.001
Núm. ovocitos aspirados (media)	13.83	17.63	0.001
Núm. ovocitos en MII aspirados (media)	11.08	14.73	0.001
Núm. de embriones fertilizados (media)	6.78	9.32	0.001
Embarazos múltiples	16/132, 12%	5/62, 8%	0.001
Tasa de embarazos múltiples	16/63, 25%	5/29, 17%	0.001
Número de embriones transferidos (media)	2.44	2.13	NS
Embarazos	63/132, 47%	29/62, 46%	NS
Tasa de implantación	24.87	26.68	NS
Porcentaje de nacimiento %	43/132, 32%	18/62, 29%	NS
Tasa de nacido vivo	18.58	16.94	NS

posterior al uso de 600 ug de misoprostol oral en aborto incompleto.

Material y Métodos: estudio prospectivo de una cohorte de 54 mujeres con aborto incompleto del primer trimestre no complicado. Se administraron 600ug de misoprostol oral dosis única. Se valoraron variables clínicas (sangrado, dimensiones, consistencia) y dimensiones ultrasonográficas a 7 y 14 días. Análisis estadístico con prueba Fisher.

Resultados: a los 14 días, la consistencia rígida del cérvix mostró diferencia significativa y el volúmen uterino disminuyo su tamaño <8cm ($p < .001$), en US el grosor endometrial fue < 15 mm a los 14 días en todos los casos. El sangrado se redujo de un 70.4 % en el día 7 a un 1.9% a los 14 ($p<.001$). El promedio de efectos secundarios encontrados fue de 2. No hubo infecciones.

Conclusiones: la valoración clínica a 14 días es el momento significativo para establecer comparaciones. El misoprostol es un tratamiento médico seguro que disminuye los procedimientos quirúrgicos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Billings, Debora. Atención posaborto: la experiencia de México en el mejoramiento de los servicios .Population Council, Inc. 2007:47-56.
2. Faùndes, Aníbal. Uso de Misoprostol en Obstetricia y Ginecología. Managua, Nicaragua, Federación latinoamericana de Ginecología y Obstetricia, 2ª. 2007.
3. Rizzi, Ricardo. Misoprostol en el tratamiento del aborto incompleto. Population Council, Inc. 2007: 121-133.
4. Secretaria de salud. Prevención, diagnostico y manejo de la hemorragia obstétrica. Lineamiento técnico.2009.
5. Menéndez, Jorge Federico. El manejo del aborto espontáneo y de sus complicaciones. Gac. Méd. Max Vol.139, Suplemento No. 1, 2003.
6. ACOG. Technical bulletin. Early pregnancy Loss. 1995; 212.
7. Forna F, Gülmezoglu. Procedimientos quirúrgicos para la evacuación del aborto espontáneo incompleto. The Cochrane Library. 2007(4).
8. Kulier R, Gülmezoglu AM. Métodos médicos para el aborto en el primer trimestre. The Cochrane library, 2007;(4).
9. Billings, Debora. Avances en la atención posaborto en América latina y el Caribe: investigando aplicando y expandiendo. Population Council, Inc. 2007.
10. Jun Zhang, Ph.D., M.D., A Comparison of Medical Management with Misoprostol and Surgical Management for Early Pregnancy Failure. N Engl. J Med 2005;353:761.
11. Joyce H.S. You, Tony K.H. Chung. Expectant, medical or surgical treatment for spontaneous abortion in first trimester of pregnancy: a cost analysis. Human Reproduction 2005; 20, (10): 2873-2878.
12. Goodman, Alfred. Las bases farmacológicas de la terapéutica. 2001; 10:689.
13. Ipas. Medical Abortion Study Guide. Chapel Hill, N.C.: Ipas.2009.
14. Organización Mundial de la Salud. Preguntas clínicas frecuentes acerca del aborto farmacológico.
15. Moodliar, J.S.Bagratee. Medical vs. surgical evacuation of first-trimester spontaneous abortion. International Journal of Gynecology and Obstetrics. 2005; 91, 21—26.
16. Andrews Weeks. A randomized trial. Of misoprostol compared with manual vacuum aspiration for incomplete abortion. American College of obstetricians and Gynecologists, September 2005; 106 (3), pag. 540-545.
17. Ayisha Diop. Two routes of administration for misoprostol in the treatment of incomplete abortion: a randomized clinical trial. Contraception .2009; 79:456-462.
18. Blum. Treatment of incomplete abortion and miscarriage with misoprostol. International Journal of Gynecology and Obstetrics .2007; 99:186–189.
19. Oi Shan Tang. A randomized trial to compare the use of sublingual misoprostol with or without an additional 1 week course for the management of first trimester silent miscarriage. Human Reproduction. 2006; 21(1) pp:189–192.
20. Vejborg. Medical management of first trimester miscarriage according to ultrasonographic findings. Acta obstetrician et Gynecologica. 2007; 86: 604- 609.
21. Organización Mundial de la Salud. Aborto Sin Riesgos: Guía técnica y de políticas para Sistemas de Salud.2003.
22. Davila, Reynaldo .Diagnostico de embarazo. Asociación de médicos del hospital de ginecología y Obstetricia No 3 del IMSS. 2000.
23. Margulies and Miller .Fruit Model for Dating. The American College of Obstetricians and Gynecologists. VOL. 98, NO. 2, august 2001.
24. Alcázar JL, y cols. Valoración ecográfica de la gestación precoz anormal. Rev. Chil. Ultrasonog. 2008; 11: 36-41.

Valoración de la función sexual posterior a evento obstétrico: parto *vs* cesárea en pacientes primigestas

Ashanti Aguilar-Melgar, Mauricio Rodríguez-Flores, Hugo Rangel-Nava

Centro Materno Infantil de Alta Especialidad de Monterrey, NL

Introducción: la vía de nacimiento vaginal se ha asociado como factor predisponente de disfunción sexual; aumentando los índices de cesárea electiva. El nacimiento puede afectar potencialmente la función sexual femenina a través de múltiples mecanismos incluyendo el trauma perineal, neuropatía del pudendo, sequedad vaginal, laceraciones, cambios en las relaciones personales, roles y estilo de vida causado por la presencia de un recién nacido en la familia. Se han utilizado cuestionarios que valoran la función sexual femenina autoaplicados para realizar un diagnóstico presuntivo de disfunción sexual, los cuales han sido los más apropiados para sugerir alteración de la función sexual

ya que los estudios objetivos (el flujo sanguíneo genital, la fotoplestimografía vaginal, etc.) además de ser costosos e invasivos, tienen pobre correlación con los cambios subjetivos, así cuentan con poca validez.

Objetivo: evaluar si la vía de resolución parto o cesárea de un evento obstétrico modifica la función sexual en pacientes primigestas a las 8 semanas.

Material y método: mediante un estudio de cohorte, observacional, longitudinal y prospectivo realizado en el Hospital Materno Infantil de Altas Especialidades, se valoró la Función Sexual Femenina con el cuestionario validado de IFSF, a 57 pacientes primigestas sexualmente funcionales que cumplieron los criterios de inclusión, no inclusión y exclusión; que completaron los dos cuestionarios aplicados el primero dentro de las 24 horas de puerperio y el segundo a las 8 semanas de resolución obstétrica. Se realizó un ANOVA para la comparación entre los resultados de las medias obtenidas entre el grupo de parto y de cesárea, a las 24 horas y 8 semanas. Así mismo se utilizó una prueba de *t* Student para evaluar las medias de los resultados obtenidos a las 24 horas contra los de 8 semanas, en general e individual para el grupo de parto y cesárea.

Resultados: se encontró que no existe diferencia significativa al comparar el grupo de parto contra cesárea en el primero y segundo cuestionarios. Sin embargo si existe una disminución de la función sexual de todas las pacientes de acuerdo al puntaje el IFSF entre los cuestionarios aplicados a las 24 horas contra 8 semanas.

Conclusiones: la función sexual femenina se vio disminuida a las 8 semanas posteriores del evento obstétrico parto o cesárea. Aunque no se encontró una diferencia significativa entre ambos grupos.

Cuadro 1. Comparación entre grupos primer cuestionario (1)*

Variable	*Grupo*	*Media*	*Desviación típica*	*p*
IFSF	Parto	24.200	5.9987	
(2-36)	Cesárea	24.783	7.0918	0.738
Deseo	Parto	3.321	1.0700	
(1.2-6)	Cesárea	3.625	1.2939	0.337
Excitación	Parto	3.633	0.9965	
(0-6)	Cesárea	3.625	1.3957	0.979
Lubricación	Parto	4.157	1.5534	
(0-6)	Cesárea	4.225	1.3845	0.866
Orgasmo	Parto	4.212	1.1747	
(0-6)	Cesárea	4.183	1.4966	0.935
Satisfacción	Parto	4.567	1.6322	
(0-6)	Cesárea	4.933	1.4998	0.390
Dolor	Parto	4.945	2.8383	
(0-6)	Cesárea	4.200	1.459	0.244

Cuadro 2. Comparación entre grupos segundo cuestionario (2)

Variable	*Grupo*	*Media*	*Desviación típica*	*p*
IFSF	Parto	18.479	10.5063	
(2-36)	Cesárea	22.417	9.4785	0.151
Deseo	Parto	3.582	1.0336	
(1.2-6)	Cesárea	3.975	1.1976	0.190
Excitación	Parto	2.636	2.121	
(0-6)	Cesárea	3.088	1.844	0.406
Lubricación	Parto	2.673	2.2379	
(0-6)	Cesárea	3.488	2.0762	0.168
Orgasmo	Parto	2.727	2.2505	
(0-6)	Cesárea	3.683	2.0934	0.109
Satisfacción	Parto	3.994	1.6841	
(0-6)	Cesárea	4.733	1.4382	0.088
Dolor	Parto	2.867	2.4138	
(0-6)	Cesárea	3.450	2.1258	0.348

BIBLIOGRAFÍA

1. American College of Obstetricians and Gynecologists. Cesarean delivery on maternal request. Commite Opinion Number 394. Obstet Gynecol 2007;110:1501-4.
2. Woodard, Diamond. Physiological measures of sexual function. Fertil Steril 2009;92:19-34.
3. Rosen. Assessment of female sexual dysfunction. Fertil Steril 2002;77(Suppl. 4).

Cuadro 3. Comparación de cuestionarios*

Variable	*Media*	*p*
IFSF (1)	24.445	
IFSF (2) (2-36)	20.137	0.001
Deseo (1)	3.449	
Deseo (2) (1.2-6)	3.747	0.001
Excitación (1)	3.630	
Excitación (2) (0-6)	2.826	0.001
Lubricación (1)	4.186	
Lubricación (2) (0-6)	3.016	0.002
Orgasmo (1)	4.200	
Orgasmo (2) (0-6)	3.130	0.001
Satisfacción (1)	4.721	
Satisfacción (2) (0-6)	4.305	0.001
Dolor (1)	4.632	
Dolor (2) (0-6)	3.112	0.722

Cuadro 4. Parto

Variable	*Media*	*p*
IFSF (1)	24.200	
IFSF (2) (2-36)	18.479	0.003
Deseo (1)	3.321	
Deseo (2) (1.2-6)	3.528	0.011
Excitación (1)	3.633	
Excitación (2) (0-6)	2.636	0.028
Lubricación (1)	4.157	
Lubricación (2) (0-6)	2.673	0.114
Orgasmo (1)	4.212	
Orgasmo (2) (0-6)	2.727	0.022
Satisfacción (1)	4.567	
Satisfacción (2) (0-6)	3.994	0.003
Dolor (1)	4.945	
Dolor (2) (0-6)	2.867	0.685

Cuadro 5. Cesárea

Variable	*Media*	*p*
IFSF (1)	24.830	
IFSF (2) (2-36)	22.417	0.005
Deseo (1)	3.625	
Deseo (2) (1.2-6)	3.975	0.015
Excitación (1)	3.625	
Excitación (2) (0-6)	3.088	0.002
Lubricación (1)	4.225	
Lubricación (2) (0-6)	3.488	0.001
Orgasmo (1)	4.183	
Orgasmo (2) (0-6)	3.683	0.012
Satisfacción (1)	4.933	
Satisfacción (2) (0-6)	4.733	0.144
Dolor (1)	4.200	
Dolor (2) (0-6)	3.450	0.628

Eficacia clínica y apego al tratamiento de la infección aguda vaginal en la población universitaria

Gerardo Menocal-Tobías, Christian Moreno-Aburto, Carlos Ramírez-Isarraraz, Carlos Alcivia-Smith, Ana Laura Quintero-Crispín, Enrique Negrete-Estrada
Hospital Universitario de la Universidad del Valle de México, Querétaro
Hospital Médica Tec100

Objetivo: conocer la eficacia clínica y el apego real de la paciente universitaria, con el esquema de tratamiento: clindamicina-ketoconazol (100/400 mg) en óvulos.
Material y método: se inició de forma prospectiva, desde el mes de agosto del 2009 y hasta el mes de febrero del 2010, el registro de las pacientes universitarias con infección vaginal aguda (vaginitis/vaginosis) que recibieron tratamiento: clindamicina-ketoconazol (100/400 mg) en óvulos (Trexen Dúo® uno por vía vaginal, cada noche al acostarse, por 5 días).
Se descartaron los casos con infección viral, inmuno-supresión, diagnóstico inespecífico y/u con otra medicación. Se valoró la eficacia clínica y apego real al tratamiento en estudio; tanto durante su aplicación, como un mes después de haberlo terminado.

Resultados: se encontró en la población total de 604 pacientes universitarias, (edad 18-25 años), un 31% (n = 187) con diagnóstico de infección aguda vaginal. Las pacientes que realizaron un cultivo específico diagnóstico, correspondió al 5% (n = 09), en tanto las que siguieron un tratamiento antibiótico sin cultivo fue el 95 % (n = 178). Recibieron clindamicina-ketoconazol (100/400 mg) en óvulos un total de 150 (84%). El 100% tuvo apego y refirió mejoría clínica total con el tratamiento; una paciente presento recidiva de la infección, tres semanas después de su uso.
Conclusiones: la prevalencia de infección aguda vaginal en el medio universitario actual, continua siendo presumiblemente elevada (31-32% *vs* 16-26% reportado en México). La prescripción de clindamicina-ketoconazol (100/400 mg) en óvulos, se asocia a un buen apego por parte de la paciente. La eficacia clínica del tratamiento estudiado es alta, a pesar de la falta del cultivo correspondiente. Es deseable mejorar la cultura médica de la paciente y su pareja en terreno de las infecciones vaginales.

Drilling ovárico y progesterona transquirúrgica en infertilidad con anovulación crónica resistente a la estimulación ovárica

Gerardo Menocal-Tobías, Christian Moreno-Aburto, Ana Laura Quintero-Crispín, Enrique Negrete-Estrada
Hospital Universitario de la Universidad del Valle de México, Querétaro
Hospital Médica Tec100

Objetivo: conocer la eficacia clínica reproductiva, del esquema terapéutico: drilling ovárico y monodosis de progesterona parenteral; previos a la estimulación ovárica, en pacientes con anovulación crónica resistente a la farmacoterapia.
Material y método: se incluyeron en forma prospectiva, desde el mes de enero 2009 hasta enero 2010, cuatro mujeres con infertilidad primaria y amenorrea secundaria por anovulación crónica e hiperandrogenismo funcional ovárico (HAFO). Pacientes que eran resistentes a antiandrógenos y a la estimulación ovárica con clomifeno y/o gonadotrofinas (menopáusicas-recombinantes). Descartamos casos con cualquier patología añadida, en tratamiento hormonal actual y/o en amenorrea secundaria a otra causa. Se formaron aleatoriamente dos grupos de tratamiento: (A) drilling ovárico y (B) drilling ovárico + monodosis de progesterona intramuscular glútea transquirúrgica (Prosphere® 200 mg). Se valoró la eficacia clínica, registrando en el postoperatorio, el tiempo de presentación de la menstruación y la regularidad de los seis ciclos siguientes a la cirugía.
Resultados: se encontró en total 14 casos con amenorrea (2 primaria y 12 secundaria). En 10 de ellos la causa fue HAFO y 4 de ellos cumplieron los criterios de inclusión. La presentación de menstruación postoperatoria fue: grupo (A = 2 pacientes) 25 ± 7 días y en el (B = 2 pacientes) 7 ± 5 días. En ambos grupos los ciclos menstruales siguientes fueron regulares. No existieron complicaciones relacionadas a los tratamientos.
Conclusiones: la prevalencia de amenorrea secundaria resistente a farmacoterapia en nuestra población con infertilidad es baja. El recurso terapéutico que combina drilling ovárico y progesterona transquirúrgica, clínicamente puede ser mas efectivo en la pronta respuesta menstrual, que aquel sin progesterona. Esta estrategia terapéutica, puede ser de utilidad para agilizar el inicio de la estimulación ovárica controlada.

Experiencia en el tratamiento de la cistitis intersticial: revisión de 17 casos

Óscar Flores-Carreras, María Isabel González-Ruiz, Claudia Josefina Martínez-Espinoza
Unidad de Urología Ginecológica Urodifem de Occidente

Antecedentes: la Cistitis Intersticial (CI) calificada en el pasado como una patología poco común y de etiología no bien definida, ha sido motivo de gran atención durante los últimos 20 años, (1,678 artículos científicos publicados entre 1989 y 2009). Para su tratamiento se han desarrollado varias acciones médico quirúrgicas que no han sido completamente satisfactorias, probablemente debido a la falta de uniformidad diagnóstica y a la controversia de su etiopatogenia.
Material y método: estudio descriptivo, retrospectivo y analítico de 17 casos tratados (de 22 diagnosticados) de Síndrome Doloroso Vesical/Cistitis Intersticial (SDV/CI) en Urodifem de Occidente, S.C. entre Enero 2001 a Abril 2010. Diagnóstico en base a sintomatología, hallazgos cistoscópicos y biopsia. El tratamiento: instilaciones intravesicales de Dimetilsulfóxido (DIMSO) Heparina y Dexametasona durante seis semanas, con menor frecuencia

posteriormente. Se adiciona tratamiento oral con Pentosan Polisulfato por tiempo indefinido.
Resultados: la respuesta terapéutica, se midió en base a la comparación de valores de severidad sintomática y calidad de vida ICSI e ICPI, respectivamente; así como en su valor de corte 6 que delimita el índice de enfermedad. A este respecto se obtuvieron valores pre tratamiento de 17.0 para el ICSI y de 14.8 para el ICPI. En la evaluación post tratamiento, 4.5 para ICSI y 4.1 para el ICPI.
Conclusión: se considera que el tratamiento utilizado en el presente trabajo, dio lugar a mejoría significativa aunque se presentaron recurrencias, las cuales recibieron nuevo tratamiento con porcentajes de mejoría similares.

Resultados con *Assisted Hatching* en un programa de ART

Jorge Alberto Campos-Cañas, Esperanza Carballo-Torres, Leonor Ángela Durán-Monterrosas, Alberto Kably-Ambe

Introducción: actualmente no hay evidencia que soporte beneficios específicos en Assisted Hatching (AH), por lo que es necesario establecer protocolos de aplicación.
Objetivos: comparar los resultados de embarazo con AH con respecto a la edad de la paciente con falla previa en FIV.
Material y Métodos: se analizaron los casos de transferencia con AH de enero del 2008 a diciembre del 2009. Se compararon los resultados de acuerdo a la edad de la paciente: grupo I: <35 años; grupo II: 36 a 39 años; grupo 3:> 40 años. Se dividieron los grupos en pacientes con falla previa en implantación, con o sin AH.
Resultados: las pacientes del grupo II (30%) tuvieron mejores resultados de embarazo que el grupo I y III (16.98%, 20.83%). Cuando se compararon los casos de pacientes < 38 años , que no habían logrado el embarazo, con los casos en que se les realizó AH, se obtuvo un 20.78%. En el mismo caso con pacientes >39 años, se obtuvo un 25% de embarazo. Al comparar al grupo de pacientes con o sin AH, las pacientes con AH tuvieron un mejor resultado de embarazo que las que no tuvieron AH (25% vs 18.18%), si bien, no hubo diferencias significativas.
Conclusiones: al tomar en cuenta que todas las pacientes incluidas cuentan con antecedentes de FIVTE previos sin lograr embarazo, la tasa con Assisted Hatching fue favorable, reportada de 16.98, 30.0 y 20.83% respectivamente en grupos de <35años, 36 a 39 años y > 40años. Llama la atención la mejor tasa observada en el grupo de 36 a 39 años, sin embargo pudiera deberse a que en este grupo es en quienes se encuentra indicada la técnica por alteraciones arquitectónicas en la zona pelúcida que pueden generar dificultad para que este proceso se lleve a cabo de manera natural.

Resultados comparativos del programa de FIVTE con y sin uso de ACOS en ciclo previo

Alberto Kably-Ambe, Jorge Alberto Campos-Cañas, Denisse Salazar, Alejandro Vieyra

Introducción: los datos disponibles sobre el tratamiento con ACOS previo a ciclos de FIVTE son escasos. La mayor parte de los estudios no generan diferencias significativas.
Objetivos: comparar los resultados de FIVTE utilizando o no ACOS el ciclo previo a a la estimulación.
Material y Métodos: revisión de expedientes clínicos de FIVTE de los primeros tres meses de los años 2009/2010, correspondientes a uso de ACOS el ciclo previo y sin ellos respectivamente.
Resultados: se obtuvieron un total de 60 expedientes del 2009 y 38 del 2010,el promedio de edad fue 34.95(SD 4.5) y 38.48(SD 4.85) La estimulación se realizó con FSH-r en el 78%/100% de los casos respectivamente, el resto se estimuló con HMG(13%) y HMG+FSH-r(8.69%). Se utilizó a-GnRH al contar con folículo mayor a 14mm en 80.4 y 93.9% respectivamente y con agonista ciclo largo en 19.56 y 6.06% respectivamente. La dosis total de fármacos utilizados para hiperestimulación ovárica fue de 2621 UI(SD536.05) y 2406(SD 593.22) respectivamente, con 8.4(SD 1.57) y 7.75d(1.60).No hubo diferencias significativas en picos hormonales: E2 2422(SD1612.46) y 1730(SD1091.52) P41.96(SD0.85) y 1.95(SD1.03) y LH1.7(SD 1.85) y 2.14 (SD1.51) respectivamente. En los ovocitos capturados, se observó diferencia significativa, a favor del grupo con ACOS, que reportó 10.21(SD5.44) vs 7.3(SD5.45). Hubo 6(13%) pacientes con cancelación de ciclo y 1(3.03%) respectivamente. Para día 3 se observó que contaban con 4.12(SD 2.89) y 3.68(SD 1.77), con número promedio de células de 7.04(SD 1.1) y 7.32(SD 1.0559), y calidad embrionaria de 1.29(SD 0.52) y 1.24(SD 0.43). La tasa de embarazos fue 26.08% 27.27%.

Conclusiones: se observaron diferencias significativas solamente al comparar el número de ovocitos capturados, no hubo diferencias en cuanto a otros factores incluyendo el número de embarazos obtenidos. No se recomienda el uso de anticonceptivos previo al ciclo de FIVTE.

Incidencia de patología tiroidea en pacientes candidatas a FIVTE

Alberto Kably-Ambe, Jorge Alberto Campos-Cañas, Juan de Dios Quiroz, Milton Hernández

Introducción: el primero tiene una prevalencia de 2% en mujeres en etapa reproductiva. Él hipotiroidismo crónico sin tratamiento se asocia con disfunción ovulatoria, secundario a hipersecreción de hormona estimulatne de tiroides (TSH) y de prolactina. Dado lo anterior, la valoración del estado de la glándula tiroides en la pareja infértil es crucial.
Objetivos: establecer la Incidencia de patología tiroidea en pacientes candidatas a reproducción asistida en CEPAM durante el año 2009.
Material y Métodos: se evaluaron los expedientes de pacientes candidatas a FIVTE en búsqueda de alteraciones tiroideas. Se observó el desenlace reproductivo y perinatal asociado.
Resultados: se analizaron 154 expedientes, encontrándose un total de 8 pacientes con trastornos tiroideos, 1 diagnóstico di novo y el resto establecido con antelación. La edad promedio 36.87a(SD1.59), con edad promedio al diagnóstico de 31.18a(SD5.01). Todas correspondían a hipotiroidismo, 1 por Tiroiditis de Hashimoto, y 1 secundario a tratamiento de hipertiroidismo con Iodo Radioactivo. Al iniciar el protocolo de FIVTE, todas se encontraban en control , con TSH promedio de 1.83(SD1.59) tratadas con 96.4mcg (SD44.32) diarios de levotiroxina. Hubo una cancelación por baja respuesta(12.5%),se embarazó el 62.5%(n=5) en protocolo de FIVTE, con 40%(n=2) de embarazos a término 40%(n=2) de abortos, con un embarazo pretérmino (35 SDG,10%).
Conclusiones: se observó una incidencia de 5.19%, perteneciendo el total de ellas a hipotiroidismo, sin observarse casos de hipertiroidismo en nuestra casuística. Se observó una incidencia baja y pocos diagnósticos di novo en nuestro grupo, y la mayoría de las pacientes con se encuentran diagnosticadas y en control. No se vieron afectadas las tasas de embarazo (62.5%), ni RN a término (40%). Se observó un aumento discreto en la tasa de aborto (40%). No se observaron complicaciones perinatales.

Abordaje integral del retraso en el crecimiento intrauterino: la participación del genetista

Rosalba Sevilla-Montoya, Mónica Aguinaga-Ríos, Mónica Quintana-Palma, Patricia Grether-González
Departamento de Genética Perinatal, Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa Reyes

Objetivo: realizar un abordaje integral de un caso con restricción del crecimiento intrauterino (RCIU).
Material y método: femenino de 29 años con 35.1 SDG, sana. Referida por feto con probable acondroplasia. Se realizó ultrasonido nivel II, detectando fetometría promedio de 31 SDG, flujos vasculares normales sin marcadores de cromosomopatías. Se descartaron infecciones maternas, contacto con teratógenos y mutágenos. A las 36.4 SDG se decide interrupción del embarazo por vía abdominal. Nace una femenino de 36 SDG por Capurro, 1490 g, 40 cm, perímetro cefálico de 32 cm. Dolicocefalia, frontal prominente, cara pequeña, clinodactilia bilateral. Se obtienen 4 cultivos de placenta y cordón para su estudio.
Resultados: el cariotipo de la recién nacida fue 46, XX que se interpreta como normal. El resultado del cariotipo de la placenta. A la exploración física se encuentran datos de Síndrome de Silver Russell, como lo son: talla baja, cara pequeña, clinodactilia, reflujo gastroesofágico, brazada menor que la talla, asimetría de extremidades inferiores.
Conclusiones: las causas genéticas del RCIU van más allá de las cromosomopatías, requiriendo un estudio integral por medio de análisis placentario, cariotipo para descartar mosaicismo confinado a la placenta, disomía uniparental, además de revisión por un genetista del neonato en búsqueda de dismorfias que integren una entidad sindromática como el Síndrome de Silver Russell. La importancia de su diagnóstico temprano es el prevenir las complicaciones que estos pacientes pueden presentar, así como determinar la etiología del retraso en el crecimiento intrauterino, dar un adecuado asesoramiento y pronóstico.

Asociación del polimorfismo C677T del gen MTHFR con la preeclampsia en mujeres mestizas mexicanas

Antonio Sifuentes-Álvarez,,** Lorena del Carmen Hernández-García,* Brissia Lazalde-Medina,** Graciela Zambrano-Galván***

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

Antecedentes: la preeclampsia es la principal causa de morbimortalidad perinatal alrededor del mundo, es una complicaron frecuente en el embarazo que se caracteriza por presión sanguínea elevada y proteinuria que se desarrollan después de la semana 20 de embarazo. Se ha propuesto que en la patogénesis de la preeclampsia existe una activación o disfunción de las células endoteliales, además se han detectado niveles elevados de homocisteína. El polimorfismo MTHFR C677T causa hiperhomocisteinemia por lo que en estudios realizados en diferentes poblaciones se ha buscado la asociación con preeclampsia, los resultados aun son controversiales.
Objetivo: el objetivo del presente estudio fue determinar si existe asociación del polimorfismo C677T del gen MTHFR con la preeclampsia en mujeres Mestizas mexicanas atendidas en el Hospital General de la Secretaría de Salud del Estado de Durango.
Material y método: se realizó un estudio de casos y controles, se incluyeron 50 mujeres con preeclampsia en el grupo de casos y 50 controles sanas. Los genotipos del polimorfismo MTHFR C677T se determinaron por PCR-RFLP.
Resultados: las frecuencias de los genotipos se encontraron en equilibrio de Hardy-Weinberg. La frecuencia del alelo de riesgo T fue mayor en el grupo de casos (45%) que en el de controles (40%) sin embargo no se encontraron diferencias estadísticamente significativas.
Conclusiones: estos resultados sugieren que el polimorfismo MTHFR C677T no es un factor de riesgo asociado a preeclampsia, sin embargo, debido a la alta frecuencia de este polimorfismo en México en necesario realizar más estudios con un mayor número de muestra.

Relación de la somatometría del riñón fetal con la edad gestacional

María del Rosario Jáquez-Nevárez, Manuel Ramón García-Sáenz,* Margarita Levario-Carrillo,** Norberto López-Serna,*** Luz Helena Sanín,**** Dora Virginia Chávez-Corral[1]*

* Alumno del séptimo semestre de la Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Chihuahua

** Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Chihuahua, CA-28
*** Jefe del Departamento de Embriología Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, Nuevo León, México
**** Facultad de Enfermería y Nutriología, Universidad Autónoma de Chihuahua, CA-28.
[1] Coordinadora de Embriología, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Chihuahua, CA-28

Antecedentes: el metanefros que será el riñón definitivo se forma durante la quinta semana de gestación después de un complejo proceso. La longitud del riñón fetal se considera el método más exacto para determinar la edad gestacional entre las 24-38 semanas de gestación, debido a la variabilidad biológica en esta etapa del desarrollo ya que otras medidas no muestran la misma precisión. En la etapa fetal es menor la variabilidad de la longitud renal por lo cual puede ser un buen predictor de la edad gestacional.
Objetivo: establecer el valor promedio de crecimiento renal durante la vida intrauterina y su valor para precisar la edad gestacional, en fetos de 11.5ª-21ª semanas de gestación.
Material y método: se realizó un estudio Morfológico Descriptivo, piloto, en 60 fetos normales los cuales se obtuvieron de un hospital que atiende población agrícola del estado de Chihuahua, México. La determinación de la edad gestacional se realizó en un estudio previo. Se hizo disección por planos de la pared abdominal y pélvica. Se midió la longitud, ancho y espesor de cada riñón según Jovevska S. 2008, con personal estandarizado previamente. Se analizaron las mediciones por edad y sexo. Se buscó la correlación con las principales medidas somatométricas. Se hizo un modelo de regresión lineal simple para cada una de las mediciones y la edad gestacional.
Resultados: la media de la longitud renal fue de 15.1 mm. La relación entre longitud y edad gestacional fue lineal con una $\beta = 0.5$ mm ($p < 0.1$). La correlación entre edad gestacional y longitud renal fue de $r = 0.92$ ($p < 0.01$).
Conclusión: la longitud renal es una medida útil para precisar la edad gestacional en este período fetal pero, no mejor que la longitud coronilla-rabadilla. Se sugiere estudiar la concordancia con las medidas obtenidas por ultrasonido en el mismo período.

BIBLIOGRAFÍA

1. Vlajkovic S, et al. Age-related changes of the human fetal kidney size. Cells Tissues Organs 2006;182(3-4):193-200.

2. Jovevska S, Tofoski G. Comparison between ultra sound (US) and macrodisection measurements of human foetal kidney. Prilozi 2009;29(2):337-44.
3. Uetani, N, Bouchard M. Plumbing in the embryo: developmental defects of the urinary tracts. Clin Genet 2009;75(4):307-17.
4. Kumari N, et al. Post-mortem examination of prenatally diagnosed fatal renal malformation. J Perinatol 2008;28(11):736-42.

Endometrioma de pared uterina

Jorge Rodríguez-Pezino, Edali Lizzete Lara-Rangel, Pablo Díaz-Spíndola
Instituto para el Estudio de la Concepción Humana, Centro de Ginecología y Obstetricia de Monterrey, NL

Caso clínico: el caso se trata de una pareja (29 años ambos) con infertilidad secundaria de 2 años 6/12 de evolución, aparentemente factores uterino (probable pólipo: ultrasonografía), tubario (Obstrucción tubaria derecha por probable EPI) + Endometriosis mínima + pble mioma *vs* pólipo en cara anterior uterina. HSG: defecto de llenado en cuerno derecho *vs* probable burbuja de aire, obstrucción tubaria derecha. Plan: laparoscopia e histeroscopia operatorias. Diagnóstico preoperatorio de pólipo endometrial. Diagnóstico postoperatorio: endometrioma pared anterior del útero, proceso inflamatorio severo a nivel de útero, salpinges, ovarios y fondo saco (Fitz-Hugh-Curtis) y pólipo endometrial en ostium derecho. Cirugía realizada: liberación de adherencias, fulguración de natas de fibrina, salpinges y fondo de saco. Resección de pólipo en ostium derecho, Resección endometrioma de pared uterina con fulguración de la cápsula. Reporte histopatológico: tejido compatible con quiste endometriósico (18-03-10).
Descripción de la cirugía: previa colocación de laparoscopio y puertos se aprecian ambos ovarios ligeramente aumentados de tamaño se liberan adherencias, se realiza fulguración de natas de fibrina, salpinges y fondo de saco. Se aprecia tumoración en cara anterior uterina de consistencia renitente se descarta mioma intramural, en un mismo tiempo se realiza visión por histeroscopia encontrando que la misma tumoración prolapsa en pared anterior de cavidad endometrial y la cual se descarta sea el globo de la sonda de Foley, vía laparoscópica se infiltra con pitrecín y se fulgura, posteriormente se incide con tijera encontrando contenido compatible con endometrioma, se reseca por tracción parte de la cápsula teniendo que fulgurar el resto, en un mismo tiempo por visión histeroscópica se corrobora no haber lesionado endometrio, se fulgura resto de la cápsula y se dan suturas intracorpóreas se verifica hemostasia a satisfacción. Bajo histeroscopia se realiza resección de pólipo en ostium derecho. Se da por concluido el acto quirúrgico. Reporte histopatológico: tejido compatible con quiste endometriósico (18-03-10).

Presencia anormal de estradiol en un quiste ovárico en una paciente con delección del gen de la proteína STAR asociado con Hiperplasia Adrenal Congénita

Gerardo Iga-Canavati, Eva Forbes-Martinéz, Ashanti Edith Aguilar-Melgar, Pablo Díaz-Spíndola
Hospital San José, Tecnólogico de Monterrey, NL

Introducción: la hiperplasia suprarrenal congénita lipoide (HSCL), es la forma más severa de hiperplasia suprarrenal, es un desorden autosómico recesivo causado por un defecto en la producción de pregnenolona, un paso inicial de la biosíntesis de esteroides, en las gónadas y en las glándulas suprarrenales. El desarrollo de la pubertad en pacientes femeninos con HSCL, estimula individualmente los folículos ováricos y produce esteroidogénesis de forma parcial por una vía independiente de la proteína StAR. Se han estudiado varias pacientes con HSCL, y se ha encontrado que los niveles basales de estradiol desarrollados durante la pubertad inducen una producción oscilante de LH y FSH durante el ciclo menstrual.
Objetivo: reporte de un caso de una paciente con Hiperplasia suprarrenal congénita lipoide (por delección del gen de la proteína STAR) con producción anormal de estradiol en un quiste ovárico.
Caso clínico: paciente de 16 años de edad homocigota para la delección del gen de la proteína STAR , con dolor abdominal y quiste ovárico derecho (7 X 4 X 5.5cm).
Intervención: quistectomía ovárica derecha por Laparoscopia, aspiración de quiste y resección de la cápsula ovárica. Se correlacionaron los niveles de estradiol séricos con el liquido aspirado del quiste.
Resultado: existe producción de estradiol independiente del mecanismo de la esteroidogénesis de la proteína STAR. Se encontró la presencia de estradiol en el quiste (E2= 73599.8 PG/ML) Y Sérico (E2= 187.2pg/ml)
Conclusión: los pacientes con Hiperplasia suprarrenal congénita lipoide presentan producción de estradiol con variaciones de FSH y LH, produciendo múltiples quistes ováricos y en algunos casos desarrollando quistes de gran tamaño que se convierten en sintomáticos y requieren ci-

rugía como es el caso de esta paciente. La etiología de le producción de estradiol y la formación de quistes ováricos aun es desconocida. Pero el estado de anovulación tiene un gran participación en la reproducción futura.

BIBLIOGRAFÍA

1. M Shima, A Tanae, et al. Mechanism for the development of ovarian cysts in patients with congenital lipoid adrenal hyperplasia. European Journal of Endocrinology (2000) 142 274–279.
2. Khalil Khoury, Elie Barbar et al. Gonadal Function, First Cases of Pregnancy, and Child Delivery in a Woman with Lipoid Congenital Adrenal Hyperplasia. J. Clin. Endocrinol. Metab. 2009 94:1333-1337.
3. Bo Y. Baker, Lin Lin, Chan J. Kim et al. Nonclassic Congenital Lipoid Adrenal Hyperplasia: A New Disorder of the Steroidogenic Acute Regulatory Protein with Very Late Presentation and Normal Male Genitalia. J. Clin. Endocrinol. Metab. 2006 91:4781-4785.
4. Amy Jean, Mahesh Mansukhani, Sharon E. Oberfield et al. Prenatal diagnosis of congenital lipoid adrenal hyperplasia (CLAH) by estriol amniotic fluid analysis and molecular genetic testing. Prenat Diagn 2008; 28: 11–14.
5. Ehiichi Coda, Hiroya Yamazaki, et al. Imaging of congenital lipoid adrenal hyperplasia. Radiat Med (2006) 24:217–219.
6. Sun-Ouck Kim, Chan Choi, Chan Jong Kim et al. Lipoid Congenital Adrenal Hyperplasia: Pathologic Features of the Testis. J.Urology.2009.04.073.
7. John C. Achermann, Joshua J. Meeks, Baxter Jeffs et al. Molecular and Structural Analysis of Two Novel *STAR* Mutations in Patients with Lipoid Congenital Adrenal Hyperplasia. Molecular Genetics and Metabolism 73, 354–357 (2001).
8. Kenji Fujieda, Koji Okuhara, Shuji Abe et al. Molecular pathogenesis of lipoid adrenal hyperplasia and adrenal hypoplasia congenita. Journal of Steroid Biochemistry & Molecular Biology 85 (2003) 483–489.

Factores asociados a la disfunción sexual femenina

Genaro Vega-Malagón, Patricia Flores-Camacho, Paulina Rivera-Ramírez, Guadalupe Zaldívar-Lelo de la Rea, Javier Ávila-Morales

Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Querétaro

Objetivo: determinar los factores que se asocian a las disfunciones sexuales en la mujer.

Material y método: estudio comparativo realizado en mujeres que acudieron como acompañantes de pacientes a una Unidad de Medicina Familiar del IMSS Querétaro en el periodo de Marzo a Junio de 2008, se formaron dos grupos, grupo A mujeres con alguna alteración sexual, grupo B mujeres sin alteraciones sexuales, los resultados fueron analizados con Chi cuadrada y Odds Ratio, con un valor alfa de 0.05.

Resultados: de 50 mujeres entrevistadas, 44(88%) refirieron tener vida sexual activa. Los factores que se asociaron a la presencia de alteraciones sexuales con una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.05$) fueron: edad mayor a 40 años (OR: 26.8), actividad laboral fuera del hogar (OR:12.46), presencia de obesidad y/o sobrepeso (OR: 7.875), hipertensión arterial (OR: 6.857), diabetes mellitus (OR: 9), histerectomía previa (OR: 6.263), maternidad (OR: 6), disfuncionalidad conyugal (OR: 7.5), autoestima alta (OR: 4.2), depresión leve a severa (OR: 4.615), familia disfuncional (OR:8), estrato socioeconómico bajo (OR: 5.250). Las alteraciones sexuales más frecuentes fueron: disminución en el deseo sexual (34.09%), disfunción eréctil (22.72%), dispareunia y falta de excitación (20.45%), sexo referido como desagradable e incapacidad para llegar al orgasmo (13.63%), ansiedad por el desempeño sexual (6.81%) y eyaculación precoz (4.54%).

Conclusiones: el entorno familiar disfuncional, actividades laborales fuera de casa y disfunción conyugal así como la presencia de enfermedades crónico degenerativas como obesidad, hipertensión arterial sistémica y diabetes mellitus favorecen la aparición de alteraciones sexuales en la población femenina.

Conocer el impacto de la laparoscopía en el manejo de pacientes con esterilidad

Carlos Félix-Arce, Oralia Catalina Herrera-Tinajero, Idalia Celeste Morales-Vázquez

Departamento de Ginecología y Obstetricia, Hospital San José Tec de Monterrey/Escuela de medicina del Instituto Tecnológico de Monterrey

Material y métodos: se realizó una revisión retrospectiva de pacientes con esterilidad, sometidas a laparoscopia diagnóstica y operatoria, de enero 2005 a diciembre 2009. Se incluyeron 28 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión establecidos. Se revisaron diagnósticos postquirúrgicos y se analizó el número de embarazos posteriores a la intervención.

Resultados: se encontró endometriosis en 20 de 28 pacientes (71.4%). Una tuvo endometriosis mínima, 4 leve, 5 moderada y 10 severa. Se logró embarazo en 11 de ellas (55%). La paciente con endometriosis mínima se sometió a IIU y tuvo embarazo positivo (100%). De las 4 pacien-

tes con endometriosis leve, 3 (75%) se les realizo IIU, 1 (25%) se estimuló y se indicó coito programado (HOC).Se logró embarazo en 3 casos (75%). En 3 de las 5 pacientes con endometriosis moderada se realizó IIU (60%), y en 2(40%) HOC y coito, con 3 embarazos positivos (60%). A Cinco pacientes con endometriosis severa (50%) se les realizó IIU, a 1 paciente (10%) HOC y coito, a 3 (30%) FIV. Una paciente no aceptó ningún tratamiento. El 50% de ellas logró embarazo.

Conclusiones: la intervención laparoscópica en pacientes seleccionadas tiene un impacto positivo en las pacientes con esterilidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. LAPAROSCOPIC EVALUATION FOLLOWING FAILURE TO ACHIVE PREGNANCY AFTER OVULATION INDUCTION WITH CLOMIPHENE CITRATE. Frank Ochoa Capelo, M.D. , Ashim Kumar, M.D. , Michael P. Steinkampf, M.D. , Ricardo Azziz, M.D. Fertility and Sterility, Vol. 80, No. 6, December 2003.
2. EVALUATION AND MANAGEMENT OF WOMEN WITH ENDOMETRIOSIS. Craig A. Winkel, M.D; ACOG Vol. 102, No.2, August 2003.
3. FERTILITY AFTER LAPAROSCOPIC COLORECTAL RESECTION FOR ENDOMETRIOSIS: PRELIMINARY RESULTS. Emile Daraï, M.D., Oliver Marpeau, M.D., Isabelle Thomassin, M. D., Gil Dubernard, M.D., Emmanuel Barranger, M.D., and Marc Bazot, M. D., Fertility and Sterility, Vol. 84, No. 4, October 2005.
4. INFERTILITY TREATMENT: THE VIABILITY OF THE LAPAROSCOPIC VIEW. Richard O. Burney, M.D., Camran R. Nezhat, M.D, Fertility and Sterility, Vol. 89, No. 2 , February 2008.
5. LAPAROSCOPY , IN VITRO FERTILIZATION, AND ENDOMETRIOSIS: AN ENIGMA. David Adamason, M. D., F.R.C.S.C., F. A. C. O.G, F. A. C. S., Fertility and Sterility, Vol. 84, No. 6, December 2005
6. ROLE OF LAPROSCOPIC TREATMENT OF ENDOMETRIOSIS IN PATIENTS WITH FAILED IN VITRO FERTILIAZATION CYCLES. Eva Littman, M.D., Linda Giudice, M.D., Ruth Iathi, M.D., Bulent Berker, M.D., Amin Milki, M.D., and Camran Nezhat, M.D., Fertility and Sterility, Vol. 84, No. 6, December 2005
7. LAPAROSCOPY IN WOMEN WITH UNEXPLAINED INFERTILITY: A COST-EFFECTIVENESS ANALYSIS. Sharon E. Moayeri, M.D., Henry C. Lee, M.D., Ruth B. Lathi, M.D., Lynn M. Westphal, M.D., Amin A. Milki, M. D., and Alan M. Garber, M. D., Fertility and Sterility, Vol. 89, No. 6, February 2008
8. ENDOMETRIOSIS AND INFERTILITY. Fertility and Sterility, Vol. 86, No. 4, November 2006.
9. LAPAROSCOPIC EXCISION OF RECURRENT ENDOMETRIOMAS: LONG-TERM OUTCOME AND COMPARISON WITH PRIMARY SURGERY. Luigi Fedele, M .D., Stefano Bianchi, M.D., Giovanni Zanconato, M.D., Nicola Berlanda, M.D., Ricciarda Raffaelli, M.D., and Eleonora Fontana, M.D., Fertility and Sterility, Vol. 85, No. 3, March 2006.
10. LAPAROSCOPIC TRATMENT OF PELVIC PAIN ASSOCIATED WITH MINIMAL AND MILD ENDOEMTRIOSIS WITH USE OF THE HELICA THERMA COAGULATOR. Luciano G. Nardo, M.D., Magdy Moustafa, M. D., and D. W. Garenth Beynon, F.R. C. O.G., Fertility and Sterility, Vol. 83, No. 3, March 2005
11. IS LAPAROSCOPY BACK?

Valoración de la volumetría del saco gestacional con ecografía 3D vocal en la población mexicana

Froylán Guadalupe Jasso-Rios, Roberto López-Ambriz, Leticia Maldonado-Gómez, Luis Antonio Torres-Facundo

Instituto de Medicina Materno Fetal (IMMF), Hospital de Ginecología y Obstetricia de Monterrey "Ginequito"

Objetivo del estudio: obtener mediante ecografía de 3D-VOCAL, los volúmenes del saco gestacional en los embarazos menores de 14 semanas por longitud cráneo-caudal en la población mexicana. Establecer nomogramas de volumen en relación a las semanas de gestación por Longitud cráneo-caudal del feto.

Material y métodos: se realizo una medición de la Longitud cráneo-caudal (LCC), se verifico la presencia de latido cardiaco y se adquirieron imágenes en 3D, las cuales posteriormente se estudiaron. Se relaciono la edad gestacional por LCC y el volumen del saco coriónico entre las semanas ya descritas.

Resultados: encontramos los volúmenes del saco gestacional adquiridos por 3D a las 6 semanas 4.49 ± 1.13 mL. A las 9 semanas: 21.99 ± 7.91 mL. A las 13 semanas de 133.55 ± 14.69 mL con un 95% de confianza.

Conclusiones: se establecen valores de referencia para las semanas 6-13.6 del embarazo en población mexicana, los cuales difieren estadísticamente con los valores encontrados en población caucásica. Estos valores podrían ser de ayuda en los casos de embarazos de alto riesgo como un dato temprano de alteración y formar parte de un perfil embrionario-fetal de bienestar.

Detección del virus del papiloma humano tipo 16 y 18 en muestras de semen de pacientes que se encuentran en un programa de reproducción asistida

Ignacio Flores-Sánchez[1], José Gutiérrez-Salinas[2], Evangelina Alvarado-Enriquez[3], Sigrit Suástegui-Domínguez[1], Sergio Hernández Rodríguez[1], Claudia Ramos-Barragán[4], Alejandra Salamanca-Ceciliano[4], Leticia Cruz Tovar[1]
[1]Biología de la Reproducción Humana
[2]Laboratorio de Bioquímica y Medicina Experimental de la División de Investigación Biomédica
[3]Laboratorio de Pruebas Especiales, Sección Hormonas, Centro Médico Nacional "20 de Noviembre", ISSSTE, México DF
[4]Laboratorio de Vigilancia Epidemiológica del Depto. Vigilancia Epidemiológica, ISSSTE. México DF

Introducción: la infección por el virus del papiloma humano (VPH) es considerada un problema mundial de salud puesto que se asocia con el desarrollo de cáncer cervicouterino principalmente con la infección de cepas consideradas de alto riesgo como son los tipos 16 y 18 de VPH. La infección genital por este tipo de virus suele pasar desapercibida por el hombre el cual puede infectar a su pareja sexual. Por lo anterior, objetivo del presente trabajo es detectar la presencia de VPH-16 y VPH-18 en el semen de pacientes que se encuentran dentro de un protocolo de reproducción asistida.
Material y Métodos: se tomaron muestras de semen a 149 pacientes incluidos dentro de un protocolo de reproducción asistida de nuestra institución. La muestra fue analizada de acuerdo con los criterios de la OMS y para detectar la presencia del VPH-16 y VPH-18 usando PCR en tiempo real con el auxilio de kits comerciales. Además, fue analizada usando técnicas histológicas convencionales para evaluar la forma de los espermatozoides y la cantidad de leucocitos.
Resultados: se analizaron muestras de semen de 149 pacientes con un promedio de edad de 37.27 años (22-56 años). El 56.37% presentó oligozoospermia y del total de pacientes, el 59.74% presento un resultado positivo para VPH-16 (29.53%), VPH-18 (16.11%) ó ambos (14.09%). La infección con VPH-16 fue más frecuente tanto en los pacientes con oligozoospermia como normozoospermicos. Estos últimos presentaron menor cantidad de espermatozoides anormales y de leucocitos en comparación con los oligozoospermicos.
Conclusiones: existe un porcentaje importante de sujetos masculinos asintomáticos que presentan positividad en su semen para el papilomavirus de alto riesgo para su pareja sexual por lo que representan un problema de salud pública y hasta el momento se desconoce el impacto al proceso reproductivo.

Resultados de ICSI con BXT en CEPAM en azoospermia no obstructiva *vs* obstructiva

E Carballo, L Durán L, A Kably
Hospital Ángeles Interlomas, México, DF

Introducción: la azoospermia es causa de infertilidad masculina, presente en aproximadamente 5% de la población. Los avances en ICSI, han dado una posibilidad importante a estos pacientes para lograr el embarazo.
Material y método: estudio retrospectivo donde se analizaron 75 casos de ICSI con Biopsia testicular en el CEPAM del 2003 al 2008. Se comparó la tasa de embarazo de pacientes con azoospermia no obstructiva (grupo I) *vs* pacientes con azoospermia obstructiva (grupo II); así como la edad del varón, la cual se dividió en tres grupos. El grupo I: menores a 35 años; grupo II: de 36 a 40 años; y grupo 3: mayores a 41 años.
Resultados: en pacientes con NOA *vs* OA, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en general. El grupo II tuvo una mejor tasa de embarazo que el grupo I (24 *vs* 33.3%; $p = 0.48$). En cuanto a la edad del varón, se encontró una disminución de embarazo por ciclo a mayor edad del paciente, si bien el grupo I y III no tuvieron diferencias significativas en embarazo por transferencia (28 *vs* 27.78%, el grupo III presentó una mayor tasa de cancelaciones de transferencia (21.87 *vs* 37.9%).
Conclusiones: los pacientes con vasectomía tienen mejores resultados. Es importante tomar en cuenta la edad del varón, ya influyen en los resultados de embarazo.

Paciente con útero arcuato y pólipos endometriales cornuales bilaterales

A Kably, J Campos, H Ortiz, A Vieyra
Hospital Ángeles Interlomas, México, DF

Caso clínico: se reporta y analiza el caso de una paciente con presencia de útero arcuato y pólipos bilaterales a nivel de ostia tubaria, con infertilidad primaria. Se estudió el caso de una paciente presentándose a consulta de infertilidad con HSG presentando útero arcuato y pólipos endometriales cornuales bilaterales con diagnóstico de infertilidad primaria.
Discusión: la paciente presenta una asociación poco común de malformación mülleriana con pólipos endometriales cornuales bilaterales e infertilidad. Se reporta el caso poco frecuente de asociación en malformaciones müllerianas y pólipos cornuales bilaterales. Se sugiere tratamiento quirúrgico histeroscópico en pólipos mayores o iguales a 1.5 cm en pacientes que ingresen a tratamiento reproductivo.

Incidencia de embarazo múltiple en el Hospital Ángeles Lomas y su relación con técnicas de reproducción asistida

A Kably, J Campos, J Cevallos, D Monzalbo
Hospital Ángeles Interlomas, México, DF

Introducción: dado el uso de técnicas de reproducción, se ha observado aumento en la incidencia de embarazo múltiple, con un 65% en gemelares y 500% en alto orden fetal. Estos representan solo 3% del total de nacimientos, y sin embargo responsables de una alta morbi-mortalidad materna y fetal.
Material y método: estudio retrospectivo. Se analizaron los embarazos múltiples atendidos en el Hospital Ángeles Lomas de Enero del 2005 a Enero 2010
Resultados: encontramos un total de 35 embarazos múltiples. De estos, 22.8% fueron obtenidos por IO (n = 8), 5.71% (n = 2) por HOC, 8.57% (n = 3) por IAH, 28.5% (n = 10) por FIVTE- ICSI, 31.42% (n = 11) no se especificó el método o si utilizaron Reproducción asistida y 2.85% (n = 1) espontáneos. La edad promedio de las pacientes fue 30.6 años(DS 4.27), con infertilidad primaria en un 97.14%(n = 34), siendo el factor más común origen desconocido

62.85% (n = 22). El tiempo de infertilidad se observó un promedio de 1.44 años (DS 0.72). En HOC/IAH se observó al administrar HCG un promedio de 3 folículos mayores a 18 mm (DS 1.3) y 6.75 (DS 1.38) mayores a 16 mm. En FIVTE se observó un promedio de 3.75 embriones transferidos, con calidad promedio 1.05. El 100% de los RN fueron obtenidos por cesárea, con EG de 31.6 (DS 2.76) Apgar 7.9 (DS 1.15) / 8.79 (DS 0.57), y peso promedio de 1422 g (DS 422.65). De estos encontramos 3 (8.57%) defunciones. Las principales complicaciones obstétricas fueron preclampsia (11.42% n = 4), RCIU (8.57% n = 3), y DG/RPM (5.71% n = 2) en ambos casos.

Conclusiones: se observó una tasa baja de embarazos múltiples, en baja (1.94% IAH), y alta complejidad(3.75%). Una proporción importante es de aquellos obtenidos por IO, probablemente secundario a la falta de control estricto en este tipo de ciclos, por lo que se sugiere control ultrasonográfico estrecho de los mismos. Como factores de riesgo también podemos observar la edad de la paciente y el tiempo de infertilidad. En nuestro estudio la tasa de complicaciones no fue mayor a lo reportado por la literatura y el desenlace de los RN en general fue bueno, con una mortalidad de 8.5%.

Piometra recidivante en un protocolo de FIVTE: reporte de un caso

A Kably, J Campos, H Ortiz, G Cruz
Hospital Ángeles Interlomas, México, DF

Caso clínico: se reporta y analiza el caso de una paciente con piometra recidivante encontrada durante un procedimiento de FIVTE. Se estudio el caso de una paciente presentándose con piometra recidivante, encontrada al momento de un ciclo de FIVTE. Se completó el estudio clínico de la misma con envío a patología del líquido obtenido por aspiración del contenido intracavitario y con histeroscopia con biopsia dirigida y LUI. (III-C).

Discusión: la paciente continúo con persistencia de la piometra en ciclo subsecuente, postovulatoria, con histeroscopia sin alteraciones aparentes, cultivos positivos en 2 ocasiones (*E. coli y St. Agalactiae*).

Síndrome de Meckel-Gruber: presentación de un caso

Froylán Jasso-Ríos, Luis Antonio Torres-Facundo
Hospital de Especialidades Quirúrgicas de Monterrey

Caso clínico: paciente femenina de 35 años, G3 C1 A1 cursa embarazo de 19 semanas. Acude a consulta prenatal donde se diagnóstica ventriculomegalia y oligohidramnios, por lo cual es referido a diagnóstico prenatal. Durante la exploración se aprecia hidrocefalia obstructiva, comprometiendo al ventrículos lateral (15 mm) y tercer ventrículo (3.7 mm), encefalocele occipital, derrame pericárdico, defecto septal interventricular de 5 mm en la porción membranosa, anhidramnios, placentomegalia y falta de visualización de burbuja vesical. Se aprecia abdomen completamente ocupado por masas hiperecogénicas, bilaterales con un perímetro de 11.08 y 13.81 cm. El diagnóstico fue: 1.- embarazo de 20.4 semanas, 2.- Síndrome de Meckel-Gruber, 3.- Comunicación Interventricular, 3.- Derrame pericárdico, 4.- Agenesia de Cuerpo Calloso, 5.- Anhidramnios. Posteriormente se realiza amnioinfusión y amniocentesis para cariotipo, obteniendo 46 XX. Se atiende parto abdominal a las 35 semanas con producto único vivo el cual presenta encefalocele occipital y agrandamiento abdominal, pie equino varo y aplanamiento de tabique nasal de 2800 grs. falleciendo por Enfermedad de Membrana Hialina.

Revisión bibliográfica: el Síndrome de Meckel es un síndrome raro y letal, caracterizado por encefalocele occipital, polidactilia post-axial y displasia renal quística. Se asocia a múltiples condiciones extrarrenales. Su incidencia varia de .2:10000 nacidos vivos. Presenta una herencia autosómica recesiva con una recurrencia del 25%. La anomalía renal se encuentra presente en un 95-100% de los casos, el encafalocele en un 65-70%. El hallazgo de al menos 2 de 3 características de la tríada clásica en presencia de un cariotipo normal hacen el diagnóstico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Buyse ML, editor. Birth Defects Encyclopedia. Blackwell Scientific Publication, 1990.
2. Altmann P, Wagenbichler P, Schaller A. A casuistic report on the Gruber or Meckel syndrome. Hum Genet 1977;38:357-362.
3. Bergsma D. Birth Defects. In Atlas and Compendium. London: National Foundation – March of Dimes. The Macmillan Press, 1979.
4. Sepulveda W, Sebier NJ, Souka A, Snijders RJM, Nicolaides KH. Diagnosis of the Meckel-Gruber syndrome at eleven to fourteen weeks' gestation. Am J Obstet Gynecol 1997;176:316-319.
5. Smiths. Recognizable patterns of human malformations, 4th edition.

Manejo conservador del embarazo ectópico cornual

Jorge Alberto Ramírez-Matus, Gabriel Antonio Megchún-López, Liliana Valdez-Gil, Dionicio Arzola-Dávila
Departamento de Ginecoobstetricia, Hospital Dr. Rafael Pascacio Gamboa, Secretaría de Salud

Caso clínico: se presenta un caso y se revisa la literatura. Un paciente femenino de 29 años de edad, unión libre, toxicomanías negadas. AGO: M 12 años IVSA: 25 años NPS: 2 RM 37- 45-3 GI FUM: 11/02/ 2010 EG. 10.5 DOC 2008 negativo Consulta por amenorrea con PIE positivo 23 /03/2010; el 25 /04/10 se realiza USG pélvico con diagnóstico de embarazo ectópico cornual, se decide manejo a base de metotrexato 1 mg/Kg peso IM. 23/04/10 inicia con HGC 9000. Se inicia 1er ciclo. Presencia de saco gestacional en cuerno derecho que mide 3.4 x 2.2 cm. 1/05/10. Control de HGC de 3000 se cita el 6 05/10 con control 2400; 11/05/10 Se inicia el 2do ciclo. HGC 199.2 MUI/ml; 18/05/10 HGC de 56.3 inicia el 3er ciclo de metotrexato y rescate acido Folinico TGO 115 TGP 26.5; 25/05/10 HGC de 25.0 saco gestacional de 3.84 x 1.16 cm; 9/06/10 HGC 0 con TGO 48 TGP 188 consolidación de 4to ciclo. saco 2.5 cm de diámetro; 10 /07/ 2010. HGC 0 hgb 12 leucos de 5,500, PLT 421,000 TGO .0 TGP .0 USG. Útero y ovarios normales, discreta dilatación de salpinge derecha, presencia de sangrado menstrual.

Comentario: el embarazo cornual es un padecimiento obstétrico raro, la causa es una lesión en la luz del oviducto debido a la destrucción del epitelio y la formación de microadherencias. La tasa de morbimortalidad es 2-5% por la ubicación y compromiso vascular. El tratamiento médico de elección es metotrexato, con fines de conservar la fertilidad, se menciona una efectividad del 87%. En nuestro caso el tratamiento fue exitoso.

BIBLIOGRAFÍA

1. Murray H, Beakdah H, Bardellt Tulandi T. Diagnosis and treatment of ectopic pregnancy. CMAJ 2005;173(8):905-912.
2. Jorge Zepeda Zaragoza, Marco López Salas, Carlos Briones Landa. Rev Fac Med UNAM 2009;52(4):182-184.
3. Laus, Tulandi T. Conservative medical and surgical management of interstitial ectopic pregnancy. Fertil Steril 1999;72:207-15.
4. Malinouski A, Bates SK. Semantics and pitfalls in de diagnosis of cornual/interstitial pregnancy. Fertil Steril 2006;86:1764. e11-14.
5. Ross R, Lindheim SR, Olive DL, Pritts EA. Cornual gestation: a systematic literature review and two case reports of a novel treatment regimen. J Minim invasive Gynecol 2006;13:74-8.

Tumor de células esteroideas puro de ovario

Jorge Alberto Ramírez-Matus, Rosalba Jiménez-Ocaña, Román Morales-Sánchez, Liliana Valdez-Gil
Hospital Regional Dr. Pascacio Gamboa, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas

Caso clínico: se informa un caso clínico patológico con revisión de literatura. Femenino de 16 años, núbil, con antecedente de opsomenorrea desde los 11 años. Acude por presentar engrosamiento de la voz. EF: hirsutismo, sobrepeso, con hipertrofia de los labios mayores, clitoromegalia. Ultrasonido: tumor de ovario derecho de contornos regulares bien delimitado y con aumento de la vascularidad al flujo Doppler, que mide 5.4 x 4 cm. Ovario izquierdo normal. Tomografía pélvica con masa mixta en ovario derecho con densidades de 26 a 36 UH de 5.5 cm. Laboratorios: Testosterona 313.59 ng/dl (14/76 ng) 17 alfa hidroxiprogesterona normal (0.77 ng/dl) Androstenediona > 10 ng/dl, Dehidroepiandrosterona 1.7 ng/dl. Marcadores tumorales negativos. Se realizó LAPE con ooforectomía derecha, lavado peritoneal y muestreo de serosas peritoneales. El diagnóstico histopatológico: tumor de células esteroideas puro del ovario derecho. La evolución postoperatoria no modificó la voz ni el hirsutismo, agregándose cambios en el estado emocional los primeros 40 días del post-operatorio con descenso a niveles normales de las hormonas esteroideas.

Discusión: los tumores de células esteroideas del ovario son raros, < 0.1% de todas las neoplasias del ovario derivadas del estroma ovárico, benignos cuando se presentan en menores de 16 años. El 75% de estos tumores producen testosterona pero también pueden producir androstenedione como en este caso. La mayoría se presenta como una masa anexial unilateral en paciente premenopáusicas. El tratamiento elección es la ooforectomía, de preferencia con histerectomía ya que el 10% se asocia a carcinoma endometrial.

BIBLIOGRAFÍA

1. Reedy M, Richards W, Ueland F, et al. Ovarian Steroid cell tumors, not otherwise specified: A case report and Literature Review. Gynecol Oncol 1999;75:293-297.

2. Hayes MC, Scully RE. Ovarian steroid Cell Tumors. A clinicopathological analysis of 63 cases. Am J Surg Pathol 1987;(11):B35-845.
3. Chetkowski RJ, Judd HL, Jagger PI, Nieberg RK, Chang RJ. Autonomous cortisol secretion by a lipoid cell tumor of the ovary. JAMA 1985;254(18):2628-2631.
4. Young RH, Scully RE. Ovarian steroid cell tumors associated with Cushing's syndrome: A report of three cases. Int J Gynecol Pathol 1987;6(1):40-48.
5. Inchinohasama R, Teshimas, Kishi K, Mukai K, et al. Leydig cell tumor of the ovary associated with endometrial carcinoma and containing 17B-Hidroxysteroid dehydrogenase. Int Ginecol Patol 1989;(8):64-71.
6. Rutger JL, Scully RE. Functioning ovarian tumors with peripheral steroid cell proliferation. A report of twenty four cases. Int Gynecolpathol 1986;(5):319-337.

Tumor *phyllodes* en adolescente

Jorge Alberto Ramírez-Matus, Shochitl Rangel-Ovando, Román Morales-Sánchez, Liliana Valdez-Gil
Hospital Regional Dr. Pascacio Gamboa, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas

Caso clínico: se presenta un caso en una adolescente. Femenino de 11 años de edad inicia padecimiento posterior a un traumatismo directo en mama izquierda, tratada con analgésicos, antiinflamatorios y antibiótico, sin mejoría. Acude con facultativo que con diagnóstico de hematoma realiza incisión periareolar para su drenaje. Acude al servicio con lesión exofitica, friable, irregular, que compromete y destruye la mitad de la areola y pezón. Con volumen tumoral interno ocupando 3/3 de la mama. Regiones linfoportadoras negativas. Mama derecha normal. Se realiza biopsia con diagnóstico de tumor *phyllodes* benigno. Usg mamario 29/09/08. Mamas, lesión del pezón de la mama izquierda de material hemática, imagen de absceso indurado y proceso inflamatorio agudo de pezón de la mama izquierda. Reporte histológico. Tumor *phyllodes* benigno 8 cm, hiperplasia intraductal sin atipia, bordes quirúrgicos libres de lesión.

Discusión: tumor *phyllodes* es una neoplasia rara que representa el 0.3% a 1% de los casos de tumores mamarios y del 2 a 5% de los tumores mamarios fibroepiteliales. Puede presentarse a cualquier edad entre los 10 y 90 años con una incidencia entre 30 y 40 años. El diagnóstico oportuno en base a la sospecha clínica y a una a adecuada biopsia por aguja gruesa, permitirá un manejo conservador, obteniendo bodes libres de lesión y resultados cosméticos adecuados. Un protocolo inadecuado culminó en la perdida de la glándula mamaria en el actual caso.

BIBLIOGRAFÍA

1. Tratado de las enfermedades de la glándula mamaria. Carlos Sánchez Basurto. Vol. 2, Segunda edición, Editorial Alfil, p:157-162.
2. Donadle Greydanus, Lyubov Matytsina, Michelé Gains. Breast Disorders in children and adolescents, Primary care. Clinics in office Practice 2006;33:455-502.
3. Carlos Aranda Flores, Emilio José Olaya Guzmán, Alinne Colin Valenzuela. Tumor Phyllodes. Ginecol Obstet Mex 2009;77(12):567-572.
4. Dillon MF, Quinn CM, McDermott EW, O'Doherty A, et al. Needle core biopsy in the diagnosis of phyllodes neoplasm. Surgery 2006;140:779-784.
5. Tse G, Hoon Tan P. Recent advances in the pathology of fibroepithelial tumours of the breast. Curr Diag Pathol 2005;11:426-34.

Leiomiomatosis uterina, degeneración maligna

Raymundo Camacho-Olate, Jorge Alberto Ramírez-Matus, Karla Gordillo-Méndez, Isabel Molano-Robles
Hospital Regional Dr. Pascacio Gamboa, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas

Caso clínico: se presenta un caso con revisión de la literatura. Femenino de 39 años que acude a la consulta externa con 9 meses de evolución de hiperpolimenorrea, dolor abdominal intermitente, ataque al estado general. Exploración física: útero 20 x 10 cm. Con lesión de 4 centímetros con protrusión transcervical. Sangrado achocolatado de fetidez +++/++++. Ultrasonido: útero anteversión de 180 x 102 x 120 mm. Ovarios normales. Laboratorios(8-Ago-09): Bilirrubina total 10.47 mg-dL, directa 6.75 mg-dL, indirecta 3.72 mg-dL, Hb 5.9 g-dL. Intervención quirúrgica: histerectomía con salpingooforectomía bilateral. Reporte histopatológico: leiomiosarcoma de alto grado, bordes quirúrgicos no definibles. TAC abdominal (24-Sept-09) Metástasis a nivel de base pulmonar derecha. Evolución satisfactoria 6 meses, no acepta terapia adyuvante. Recurre con actividad tumoral a 10 meses con manifestación de ascitis, actividad tumoral en hueco pélvico, en ambos pulmones e hígado. Actualmente en cuidados paliativos.

Discusión: la incidencia de transformación maligna de un leiomioma es de 0.1 a 0.5%. y la repercusión clínica en su agresividad es el estadio en que se encuentra el cáncer y el grado de mitosis, por ello el pronóstico es fatal, Menos del 5% de estas pacientes sobreviven 5 años, el manejo multidisciplinario y la paliación mejoran la calidad de vida.

BIBLIOGRAFÍA

1. DiSaia P, Creasman W. Sarcoma del útero. Oncología Ginecológica Clínica, 6ª ed. Elsevier Science 2002.
2. Dr. Jorge Delgado Urdapilleta. Ginecología y reproducción humana, temas selectos, Lesiones premalignas, Cáncer endometrial y cáncer del cuerpo uterino. Edición COMEGO. 2006, p:577-594.
3. González Álvarez. Miomatosis. Órgano de difusión del centro especializado para la atención de la mujer. 2009;16:17-19.
4. Montiel, et al. Leiomiomatosis uterina de grandes elementos en una paciente joven. Rev Med Inst Mex Seguro Social 2008;46(6):677-680.
5. López J, et al. Leiomioma uterino epitelio de con degeneración quística gigante. Reporte de un caso. Ginecol Obstet Mex 2009;77(8):376-379.
6. Rock John A. Leiomiomas uterinos y miomectomía. Te Linde Ginecología quirúrgica 9ª ed. Tomo I Panamericana, 2006, p:815-857.
7. Alvarado Gay, Vega Silva, Sarcoma uterino reporte de un caso. Ginecol Obstet Mex 2005;73(1):54-58.
8. Pérez Medina. Histeroscopia Diagnóstico y tratamiento. Editorial Médica Panamericana, 2008.
9. Beltrán Hernández Heriberto, Falcón Eulalio, Cantillo Román, Leiomiosarcoma gigante. Presentación de un caso clínico. Portales médicos. (Feb 27 2009).
10. D Angelo, et al. Comparative clinicopathologic and immunohistochemical analysis of uterine sarcomas diagnose during the world heath organization classification, Human Pathol 2009;40:1571-1585.

Infección por dengue y embarazo

Dionicio Arzola-Dávila, Jorge Alberto Ramírez-Matus, Kleymer Velázquez-Betanzos, Mercedes Guillermina Zúñiga-Ballinas

Hospital Regional Dr. Pascacio Gamboa, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas

Objetivo: analizar la incidencia de infección por Dengue y Embarazo en el hospital ya que son pocos los estudios efectuados de infección por dengue durante el embarazo y las repercusiones de este sobre el binomio. Chiapas, siendo un estado endémico no se está exento de sus complicaciones, para conocerlas y en la medida de lo posible prevenirlas.

Material y método: retrospectivo, transversal descriptivo. Incluyendo mujeres embarazadas con infección de virus de dengue confirmado por Ig M método de ELISA que se presentaron en el hospital durante el año 2009 y neonatos con Ig M y manifestaciones clínicas de fiebre por dengue.

Resultados: en el 2009 en el estado se presentaron 2588 casos de fiebre por dengue, y 1322 casos de fiebre hemorrágica por dengue, 2 casos de defunción con una tasa de letalidad 0.15%. En los grupos de edades en edad reproductiva es mayor la incidencia y por ende mayor riesgo para encontrarse en las embarazadas En el hospital regional 2009 se tuvo una incidencia de 513 casos en total de dengue, de los cuales 14 fueron embarazadas y cuatro casos se reportaron con transmisión vertical.

Discusión: se reporta la trasmisión vertical con incidencia de 1.6% y embarazadas de 2.5%. En el hospital se reporto en el 2009 incidencia de transmisión vertical 0.77% y en embarazadas de 2.7% Su importancia radica por ser la infección aguda endémica la más común transmitida por artrópodos en el trópico por lo que debería de investigarse más sobre las repercusiones en el binomio pues aumenta la morbimortalidad materno fetal y neonatal. Es importante reforzar medidas preventivas, el control de los casos y contactos, además del medio ambiente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lineamientos para Vigilancia epidemiología para dengue y dengue hemorrágico. CENAVE, 2008.
2. Pouliot SH, Xiong X, Harville E, Paz-Soldan V, et al. Maternal dengue and pregnancy outcomes: a systematic review. Obstet Gynecol Surv 2010;65(2).
3. Ismail NA, Kampan N, Mahdy ZA, Jamil MA, Razi R. Dengue in pregnancy. Southeast Asian J Trop Med Public Health 2006;37:681-3.
4. Phongsamart W, Yoksan S, Vanaprapa N, Chokephaibulkit K. Dengue virus infection in late pregnancy and transmission to the infants. Pediatr Infect Dis J 2008;27(6):500-4.

Corioangioma: presentación de un caso

Norma Angélica Aguayo-Chávez, María del Rocío Santín-Campuzano, Natalia Lizeth Ramírez-Cárdenas, Christopher Eugenio Coss-Morales

Hospital de la Mujer de Morelia, Secretaría de Salud, Michoacán

Caso clínico: paciente 19 años de edad primigravida con 24.2 semanas de gestación por amenorrea, ultrasonido de primer nivel con sospecha de placenta previa y polihidramnios. Referida a nuestra unidad de medicina materno fetal, realizamos ultrasonido estructural fetal: fetometría promedio 22-23 semanas, tejido celular subcutáneo grueso, derrame pleural bilateral leve, ascitis leve, polihidramnios leve, placenta fúndica corporal anterior con imagen central y perinsercional al cordón umbilical, hipoecoica encap-

sulada y rica en vasos sanguíneos al Doppler color de 9.6 x 8.0 x 8.0 cm, flujometría de arteria umbilical, ductus venoso y ACM, ausencia de diástole y flujo reverso en los tres vasos, al termino de la evaluación ultrasonográfica desencadena trabajo de parto espontáneo y RPM, obteniéndose vía vaginal óbito de 760 gr. Expulsión del tumor placentario y placenta incompleta, hemorragia obstétrica sin respuesta a carbetocina, realizamos histerectomía obstétrica sin complicación aparente. Histopatología: tumor placentario benigno de 10 x 9 x 7 cm, consistencia esponjosa, constituido por vasos capilares bien diferenciados, endotelio rodeado de una red de tejido fibroso y células coriónicas, compatible con corioangioma.

Discusión: corioangioma, tumor placentario primario mas frecuente, se localizan en el cuerpo de la placenta o cerca de la inserción del cordón umbilical. Los corioangiomas no tienen significación clínica encontrándose en alrededor del 1% de las placentas, pero los tumores de 5 cm requieren monitorización. Dichos tumores se asocian con hidrops no inmune, polihidramnios, restricción del crecimiento intrauterino, hemorragia anteparto. Precisamos seguimiento cuidadoso de corioangiomas grandes en la zona de la inserción del cordón para establecer la continuidad del bienestar fetal. Nuestro caso presento corioangioma gigante con implicaciones maternofetales importantes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Jauniaux E, Nicolaides KH, Hustin J. Perinatal features associated with placental mesenchymal dysplasia. Placenta 1997;18:701-6.
2. Sepulveda W, Aviles G, Carstens. Prenatal diagnosis of solid placental masses: The value of color flow imaging. Ultrasound Obstet Gynecol 2000;16:554-8.
3. Jauniaux E, Ogle R. Color Doppler imaging in the diagnosis y management of chorioangiomas. Ultrasound Obstet Gynecol 2000;15:463-7.
4. Sepulveda W, Alcalde JL, Schnapp C. Perinatal outcome after prenatal diagnosis of placental corioangioma. Obstet Gynecol 2003;102:1028-33.
5. Sun CC, Revell VO, Belli AJ. Discrepancy in pathologic diagnosis of placental lesions. Arch Pathol Lab Med 2002;126:706-9.
6. Álvarez C, Montoya L, Valderrama C. Corioangioma placentario. Rev Chil Ultrasonog 2006;9:80-3.
7. Sarmiento A, Quijano F, Puccini G. Corioangioma placentario. Rev Colomb Obst y Gineco 2008;59:62-7.

Asociación disgenesia sacrococcígea: presentación de un caso

Norma Angélica Aguayo-Chávez, María del Rocío Santín-Campuzano, Natalia Lizeth Ramírez-Cárdenas, Christopher Eugenio Coss-Morales

Hospital de la Mujer de Morelia, Secretaría de Salud, Michoacán

Caso clínico: paciente 23 años de edad, en su segundo embarazo de 31.6 semanas de gestación por amenorrea, ultrasonido de primer nivel con reporta oligohidramnios severo. Referida a nuestra unidad de medicina materno fetal, donde realizamos ultrasonido Doppler y estructural fetal: fetometría promedio 27-28 semanas, tórax restrictivo, ausencia de imágenes renales y arterias correspondientes al Doppler color, no se visualiza vejiga urinaria ni genitales. Agenesia parcial del sacro, sospecha de fusión de extremidades inferiores, anhidramnios, placenta fúndica corporal anterior. Se obtiene recién nacido por parto vaginal de 1300 g, con implantación baja de pabellones auriculares, tórax restrictivo, con agenesia de genitales y ano imperforado, extremidades inferiores fusionadas, sin esfuerzo respiratorio, que fallece a los 5 minutos del nacimiento. Histopatología: feto sexo indefinido con implantación baja de pabellones auriculares, cuello corto, tórax restrictivo, hipoplasia pulmonar, agenesia renal bilateral, agenesia vesical, ausencia de sacro, sirenomelial.

Discusión: la asociación disgenesia sacrococcígea o anomalía de Duhamel, se le considera parte del espectro clínico de la regresión caudal pero sin tener relación con la madre diabética. Caracterizándose por ausencia del sacro, fusión vertebral, hemivertebras, *situs inversus*, atresia intestinal, ausencia de vejiga, agenesia renal y sirenomelia. Las malformaciones asociadas incluyen genitales externos ausentes, ano imperforado, *situs inversus* ocasional.

BIBLIOGRAFÍA

1. Dordoni D, Freeman PC. Sirenomelia sequence. The fetus 1991;1:7553.1-3.
2. Twickler D, Budorick N, Pretorius D. Caudal regression versus sirenomelia: Sonographics clues. J Ultrasound Med 1993;12:323-30.
3. Sepulveda W, Romero R, Pryde PG. Prenatal diagnosis of sirenomelus with colour Doppler ultrasonography. Am J Obstet Gynecol 1994;170:1377.
4. Adra A, Cordero D, Mejides A. Caudal regression syndrome: Etiopathogenesis, prenatal diagnosis and perinatal management. Obstet Gynecol Survey 1994;49:508-16.

5. Gardner RJ, Sutherland GR. Chromosome abnormalities and genetic counseling. Am J Med Genet 1998;76:137-44.

Complejo pared miembro: presentación de un caso

Norma Angélica Aguayo-Chávez, María del Rocío Santín-Campuzano, Luis Miguel Campos-Olmedo, Héctor Manuel Núñez-Castañeda
Hospital de la Mujer de Morelia, Secretaría de Salud, Michoacán

Caso clínico: paciente 25 años de edad tercigesta con embarazo de 34.5 semanas de gestación, con reporte ultrasonográfico de feto con defecto de pared abdominal y espina bífida oculta, 31-32 SDG. Referida a nuestra unidad de medicina materno fetal para realización de ultrasonido estructural fetal, encontrándose fetometría no valorable de 29-30 SDG, intracranealmente sin alteración, lumboescoliosis, alteración severa de posición de los miembros pélvicos, defecto diafragmático anterior, eje cardíaco alterado, atrio derecho dilatado, imagen sugerente de coartación aórtica, toracoabdominosquisis amplia con extrusión hígado, estómago y asas intestinales, no visualizo vejiga urinaria ni genitales. Practicamos cesárea iterativa en semana 36 por RPM, se obtiene masculino de 2600 g sin cordón umbilical, fallece a 15 minutos del nacimiento. Histopatología: neonato sexo masculino de 2500 g, implantación baja de pabellones auriculares, cuello corto, defecto diafragmático anterior, gran defecto de pared abdominal anterior, salida de intestino, hígado y estómago casi en totalidad, megacolon, ano imperforado. Escoliosis lumbar severa, pies en mecedora, mano izquierda en garra, artrogriposis, criptorquidia bilateral y micropene.

Discusión: el complejo pared-miembro presenta una prevalencia de 1:200000, caracterizada por grupos de anomalías: toracoabdominosquisis con exposición de órganos, cordón umbilical corto, ano imperforado y defectos espinales. Se describen teorías etiológicas: ruptura del amnios con formación de bandas amnióticas, disruptiva por efecto mecánico o necrosis vascular del amnios y defectos durante la blastogénesis. El 64% son defectos de la pared anterior izquierda, escoliosis en 80%, ausencia diafragmática en 75% y cardiopatía congénita en 56% de los casos. Es incompatible con la vida.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gorzyca DP, et al. Limb-body wall complex: another cause for elevated maternal serum alpha fetoprotein. J Clin Ultrasound 1990;18(3):198-201.
2. Tang TT, et al. Limb-body wall complex in association with sirenomelia sequence. Am J Med Genetic 1991;412(1):21.
3. Optiz JM, Zanni G. Defects of blastogenesis. Am J Med Genet 2002;115:269-86.
4. Kahler C, Humbsch K, Schneider U. A case report of body salk anomaly. Arch Gynecol Obstet 2003;268:245-7.
5. Saldarriaga W, Isaza C. Presentación de 4 casos de defectos de blastogénesis. Colomb Med 2005;36:209-14.

Asociación ectopia cordis y acrania: presentación de un caso

Norma Angélica Aguayo-Chávez, María del Rocío Santín-Campuzano, Fernando Ayvar-Ortíz
Departamento de Medicina Materno Fetal, Hospital de la Mujer de Morelia, Secretaría de Salud, Michoacán

Caso clínico: presentación de caso de asociación: ectopia cordis-acrania. Histopatología: feto sexo masculino, acrania, hemisferios cerebrales rudimentarios con meninges que los recubren, tórax pequeño, displasia nasal, ectopia cordis.

Discusión: asociación ectopia cordis y acrania es extremadamente rara, los casos documentados han sido reportados dentro de la Pentalogía de Cantrell. La acrania se considera una falta de osificación de la bóveda craneana después de semana 11 con disminución y desorganización del tejido encefálico. El defecto de la pared abdominal anterior y el esternón se relacionan con defecto de la migración de las estructuras primordiales mesodérmicas. Los defectos en el pericardio, diafragma y anomalías cardiacas resultan de un defecto en el desarrollo del septo transverso y epimiocardio respectivamente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sepúlveda W, Rocha M, Dezerega V. Diagnóstico ultrasonográfico, significado clínico y manejo de las anomalías congénitas. Rev Chil Ultrasonog 1999;2:88-92.
2. Bogoumi V, Quortuccio A. First trimester sonographic diagnosis of Cantrell's pentalogy. J Clin Ultrasound 1999;27:276-78.
3. Sepúlveda W, Romero R, Pryde PG. Anomalías congénitas en el primer trimestre del embarazo: Diagnóstico ultrasonográfico. Am J Obstet Gynecol 1994;170:1377.
4. Hsu Y. The three dimensional ultrasound diagnosis of acrania in early pregnancy. Ultrasound Obs Gyn 2001;18:41-2.

5. Liu I, Chang C, Yu C. Prenantal diagnosis of fetal acrania using three dimensional ultrasound. Ultrasound Med Biol 2005;31:175-178.
6. Ethan Z, Zimmer Z. Early sonographic diagnosis of fetal midline disruption syndromes. Prenat Diag 2006;16:65-9.

Monosomía del cromosoma X

Norma Angélica Aguayo-Chávez, María del Rocío Santín-Campuzano, Cristian San Juan-Martínez, Hiram Orozco-Conejo

Departamento de Medicina Materno Fetal, Hospital de la Mujer de Morelia, Secretaría de Salud, Michoacán

Caso clínico: paciente de 16 años de edad primigesta con embarazo de 16.2 semanas de gestación por amenorrea, y ultrasonido de primer nivel y feto con lesión quística en cuello e hidrops fetalis. Referida a nuestra unidad de medicina materno fetal y realizamos ultrasonido estructural del feto, encontrándose fetometría promedio 20 semanas, edema generalizado de tejido celular subcutáneo, presencia de higroma quístico grande y tabicado en la porción posterior del cuello, derrame pleural bilateral moderado, derrame pericárdico, ascitis leve, oligohidramnios leve para edad gestacional. Practicamos amniocentesis citogenética reportándose cariotipo 45X0, se interrumpe gestación a petición de los padres en semana 18.6. Histopatología: feto sexo femenino de 320 g, con implantación baja de pabellones auriculares, cuello corto, higroma quístico tabicado de 7 x 5 x 4 cm, agenesia uterina y ovárica.

Discusión: monosomía del X o Síndrome de Turner es una aneuploidía originada por disyunción meiótica en el 60% de los casos de los casos donde el cromosoma presente es el materno, otro 20% es causa de otra anomalía estructural de uno de los cromosomas X, el restante 20% presenta mosaico. Incidencia 1 en 5000 nacidas vivas, constituye el 10% de los abortos del primer trimestre. Diagnóstico prenatal por ultrasonografía: higroma quístico multiseptado en cuello fetal, puede asociarse a hidrops generalizado, anomalías cardiacas y gonadales. Nuestro caso presentó un higroma quístico septado, cuadro severo de hidrops fetal, agenesia uterina y ovárica, el diagnóstico prenatal es importante para la conducta terapéutica durante la gestación, la asesoría genética de los padres sobre las causas y determinar el riesgo de recurrencia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sepúlveda W, Be C, et al. Anomalías cromosómicas en el primer trimestre del embarazo: correlación entre hallazgos sonográficos y cariograma por biopsia de vellosidades coriales. Rev Chil Obstet Ginecol 1997;62:268-74.
2. Sepúlveda W, Flores X, et al. Síndrome de Turner: Diagnóstico prenatal y hallazgos ultrasonográficos. Rev Chil Ultrasonog 2000;3:50-5.
3. Castro I, Ortiz F, et al. Cariotipos fetales mediante amniocentesis y cordocentesis. Perinatol Reprod Hum 2004:18(3);187-198.
4. Malone FD, Ball RH, et al. First-trimester septaded cystic hygroma: prevalence, natural history and pediatric outcome. Obstet Gynecol 2005:106(2);288-94.
5. Graesslin O, et al. Characteristics and outcome of fetal cystic hygroma diagnosed in the first trimester. Acta Obstet Gynecol Scand 2007;1-5.
6. Nur M, et al. Caso anatomoclínico perinatal de hidrops fetal en Síndrome de Turner. Rev Chil Ultrasonog 2007:32;98-102.

Embarazo ectópico bilateral espontáneo

Mireya Negrete-Ramírez, Estanislao Martínez-Coronel, Cecilia Hernández

Hospital de la Mujer de Morelia, Secretaría de Salud, Michoacán

Antecedentes: embarazo ectópico: implantación del huevo fertilizado fuera de la capa endometrial uterina.[1] Incidencia: 1.2 a 1,4%,[1,3,4] el embarazo ectópico bilateral es muy variable, la frecuencia va de 1 en cada 725 a 1 en 1580 embarazos ectópicos unilaterales.[2] Factores etiológicos: todos aquellos que demoren o impidan al embrión alcanzar el útero.[1] Entre los factores de riesgos son: antecedentes de embarazo ectópico, el daño tubárico, el tabaquismo, el uso de DIU y la edad.[1,2] Las técnicas de reproducción asistida.[1] El DIU, *per se* no incrementa la frecuencia de embarazo ectópico, pero una vez ocurrido el embarazo con DIU *in situ* la posibilidad es de 1 por cada 23 embarazos.[5] La salpingitis es otro factor de riesgo.[1]

Caso clínico: mujer de 23 años, secundigesta, parto previo, usuaria de DIU postparto, retraso menstrual de 8 semanas, con dolor abdominal y reporte USG: útero normal, con DIU en canal cervical. Liquido libre en fondo de saco de Douglas y entre asas intestinales. Tumor anexial izquierdo 8 cm. TA 100/60 FC: 100 X FR: 20X, temperatura: 36.5, peso 55 kg, talla: 1.53. Se encuentra pálida, en actitud antálgica, dolor a la movilización del cérvix, presencia de DIU en canal cervical y sangrado transvaginal moderado.

Ante la sospecha de embarazo ectópico roto se decide realizar laparotomía exploradora.
Hallazgos:

a) Hemoperitoneo, aproximadamente 1,200 cc.
b) Salpinge derecha rota y con sangrado activo a nivel de ámpula.
c) Salpinge izquierda dilatada con embarazo ectópico ampular no roto.

La paciente evolucionó satisfactoriamente fue egresada. El reporte histopatológico corroboró diagnóstico.

REFERENCIAS

1. George AH, Carl MH. Embarazo Ectópico. Copeland Ginecología. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana, 1994;p:451-61.
2. Rodríguez A, La O González, et al. Embarazo ectópico bilateral. A propósito de un caso. Gaceta Médica Espirituana, 2008;10(2).
3. Bravo OE, et al. Embarazo ectópico tubario bilateral: reporte de un caso. Rev Chil Obstet Ginecol 2005;70(6).
4. Thompson JD, Rock JA. Te Linde ginecología quirúrgica. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana, 1993.
5. Ahued JR, Fernández del Castillo C. Embarazo ectópico. Ginecología y obstetricia aplicadas. JGH Editores. 2000;23-30.
6. Trujillo NC, et al. Embarazo ectópico bilateral simultáneo. Rev Chil Obstet Ginecol 2002;67(1):55-56.

Tumores anexiales en el embarazo: reporte de un caso en el Hospital Materno Infantil de Monterrey

Lizbeth del Carmen González-Jara, Francis Leticia Cuéllar-López, José Perales-Dávila, Fidel Cisneros-Rivera, Gerardo Israel Magallanes, Hugo Rangel-Nava

Hospital Materno Infantil de Alta Especialidad, Departamento de Ginecología y Obstetricia, Consulta de Embarazo de Alto Riesgo, SSNL-Tecnológico de Monterrey

Caso clínico: se revisó el caso de una paciente de 36 años de edad, que acude a la consulta de Embarazo de Alto Riesgo. La paciente inicia su padecimiento con amenorrea de 3 meses de evolución, se realiza PIE sérico, y se encuentra positiva, entonces inicia control prenatal en centro de salud. Se realiza USG y se reporta producto único vivo de 20.5 SDG, placenta posterior, grado I, LA normal, situación transversa. Se observan quistes con septos en el interior, en ambos anexos, los cuales miden, en el lado derecho 11.1 x 8.9 cm, y en el izquierdo de 15.6 x 9.6 cm, y los septos miden 4 mm. Se programa paciente para laparotomía exploradora, y se extraen dos tumores de contenido quístico. El diagnóstico que reportó patología es cistoadenomas serosos.

Discusión: el 0.2 al 2% de los embarazos se complican con masas anexiales. La incidencia es de uno en 18,000 embarazos. El 25% de los tumores anexiales en el embarazo serán mayores a 10 cm. EL 5% son bilaterales. El manejo quirúrgico es recomendable si el tamaño es mayor a 10 cm. El 2do trimestre del embarazo es el más seguro para el manejo quirúrgico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Boulay R, Podczaski E. Ovarian cancer complicating pregnancy. Obstetrics and Gynecology Clinics. Philadelphia: WB Saunders, 1998;25:385-399.
2. Runowicz CD, et al. Clinical manifestations and diagnosis of ovarian cancer in pregnancy. Enero 2010. <http://www.uptodate.com>.
3. Runowicz CD, et al. Management of ovarian cancer in pregnant women. Septiembre 14, 2009. <http://www.uptodate.com>.
4. Valea FA, et al. Oophorectomy and ovarian cystectomy. Junio 10, 2009. <http://www.uptodate.com>.
5. Norwitz ER, et al. Management of pregnant women undergoing nonobstetric surgery. Enero 2010. <http://www.uptodate.com>.
6. Pokorny VK. Cirugía ginecológica durante el embarazo. En: Pitkin RM, Scott JR. Clínicas Obstétricas y Ginecológicas. México: McGraw Hill Interamericana, 1994;2:267-277.
7. Whitecar MP, Turner S, Higby MK. Adnexal masses in pregnancy: A review of 130 cases undergoing surgical management. Am J Obstet Gynecol 1999;181:19-24.

Serie de casos de embarazo ectópico en el Hospital Materno Infantil de Monterrey

Lizbeth del Carmen González-Jara, Gonzalo Soto-Fuenzalida, Víctor Meneses-Valderrama, Hugo Rangel-Nava, Ricardo López-Narváez, Israel Reyna

Hospital Materno Infantil de Alta Especialidad (HRMI), Departamento de Ginecología y Obstetricia, SSNL-Tecnológico de Monterrey

Casos clínicos: se analizaron 3 casos de embarazo ectópico, que se presentaron en el HRMI. Paciente femenino de 23 años de edad, que acude al servicio de urgencias con sangrado transvaginal intermitente de 10 días de evolución, y dolor pélvico tipo cólico. Presenta GCH de 3258 UI. USG. Plastrón en FII, sin líquido libre en cavidad abdominal. Tumor anexial en cuerno izquierdo. Útero vacío en

AVF, LE de 5.4 mm. Paciente femenino de 27 años de edad, que acude por dolor abdominal en hipogastrio, tipo cólico. Niega sangrado transvaginal. A la EF: útero en AVF de 8 cm, cérvix cerrado, sin sangrado. Se palpa masa en anexo derecho, blanda, movible, de 3 cm. USG: útero en AVF de 9 cm, con imagen de pseudosaco en anexo derecho de 25 x 25 mm. Anexo izquierdo normal. Paciente femenino de 31 años de edad, que acude por dolor abdominal, de un día de evolución, intenso, de inicio súbito, acompañado de náusea y vómito. EF: abdomen distendido, con dolor a la palpación profunda en fosa iliaca izquierda. Rebote positivo. USG: útero AVF, de 6 cm, LE de 3.5 mm, anexos normales. Imagen sugestiva de plastrón inflamatorio en fondo de saco posterior. Las 3 pacientes pasan a Laparotomía exploradora. Se confirmó macroscópicamente e histopatológicamente, el diagnóstico de embarazo ectópico en los 3 casos, y se realizó manejo quirúrgico.

Comentario: el embarazo ectópico es una de las emergencias ginecológicas más comunes y una de las causas de muerte relacionada al primer trimestre del embarazo. La incidencia de embarazo ectópico cornual es de 2.5%; de embarazo ectópico ovárico es de 0.5%; y de embarazo ectópico tubario es de 2%.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bhatt S, Ghazale H, Dogra VS. Sonographic evaluation of ectopic pregnancy. Radiol Clin North Am 2007;45:549-560.
2. Corrigan K, Kowalzyk DR. Ectopic ovarian pregnancy in a Second-trimester patient. Case Report. The American Journal of Emergency Medicine 2007;25:1085.
3. Gaber Patel K. Thirteen-week corneal ectopic pregnancy. American Journal of Emergency Medicine 2009;27:900.e1-900e.2.
4. Gurel S. Ectopic pregnancy. Ultrasound The Clinics 2008;331-343.
5. Mukul LV. Current management of ectopic pregnancy. Obstet Gynecol Clin North Am 2007;34:403-419.
6. Menon S, Sammel M, et al. Risk factors for ectopic pregnancy: A comparison between adults and adolescent women. J Pediatr Adolesc Gynecol 2007;20:181-185.

Gestación gemelar con feto acardio: reporte de un caso

Lizbeth del Carmen González-Jara, Celina Salas-Castro, Mauro Uriarte, Víctor Meneses-Valderrama, Óscar Michel Salazar-Cerda

Hospital Materno Infantil de Alta Especialidad (HRMI), Departamento de Ginecología y Obstetricia, SSNL-Tecnológico de Monterrey

Caso clínico: se revisó el caso de una paciente de sexo femenino, de 18 años de edad, que acude al servicio de urgencias del HRMI referida de clínica particular por producto óbito. Antecedentes médicos negados. G1, cursando embarazo de 32 SDG por amenorrea. En el USG obstétrico se encuentra producto único, longitudinal, cefálico, fetometría de 32 SDG, con tumoración hipoecoica de 13 x 9 cm, no dependiente de útero ni de producto. Se realiza operación cesárea y se obtiene producto óbito y masa amorfa unida a placenta con cordón umbilical de inserción velamentosa. Se diagnosticó embarazo gemelar *acardius amorphou*.

Discusión: el embarazo gemelar acardio es una complicación rara del embarazo gemelar monocigoto. Su incidencia es de 1% de los embarazos gemelares monocigotos. La etiología es desconocida, pero hay teorías que indican una alteración hemodinámica en la cual existen anastomosis placentarias arterio-arteriolares y veno-venosas que comunican las circulaciones de ambos fetos. La mortalidad de los fetos acardios es de 100%.

BIBLIOGRAFÍA

1. Martínez Frías. Epidemiology of acephalus/acardius monozygotic twins: new insights into an epigenetic causal hypothesis. ML ECEMC Working Group. Am J Med Genet A 2009;149A(4):640-9.
2. Cardwell MS. The acardiac twin. A case report. N Eng Journal Med.
3. Clavelli A, Terrones A. Twin reverse arterial syndrome. <www.TheFetus.net>.
4. Borrajo E, Vilouta M, Álvarez-Silvares E, González-Álvarez D, Riu M. Acardiac fetus in intrauterine fetal demise in a twin pregnancy. Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia.
5. Langlotz H, Sauerbrei E, Murray S. Transvaginal Doppler sonographic diagnosis of an acardiac twin at 12 weeks gestation. J Ultrasound Med 1991;10:175-179.

Gran prolapso de cúpula corregido con colocación de Prolift total. Presentación de un caso

Edna Cortés-Fuentes, Ramón Rivera-Ruiz, Maritza Landero-González, Sergio López-Melchor

Servicio de Uroginecología, Unidad Médica de Alta Especialidad Luis Castelazo Ayala, Instituto Mexicano del Seguro Social

Caso clínico: reporte de un caso y seguimiento de la efectividad de la corrección de un prolapso genital estadio IV

C (Pg E IVC) con colocación de Prolift total. Paciente de 64 años; antecedentes heredofamiliares madre con diabetes mellitus 2 y padre con hipertensión arterial sistémica crónica. Originaria y residente del Distrito Federal, ama de casa, niega tabaquismo y alcoholismo. Antecedente de diabetes mellitus tipo 2; hipertensión arterial sistémica crónica. Histerectomía total abdominal sin salpingooforectomía hace 18 años; colporrafia anterior hace 6 años. Hernioplastia umbilical y de hernia post-incisional hace 7 años de malla. Menarca a los 12 años, ciclos regulares 30 x 4; G4P3C1. No uso de terapia hormonal de reemplazo. Presenta sensación de cuerpo extraño en vagina hace 5 años el cual ha ido en incremento, ocasionando dificultad en vaciamiento vesical y rectal, dolor difuso en hipogastrio, sangrado transvaginal y dificultad para deambulación. Exploración física sin alteraciones. Genitales externos acordes edad y sexo, con un Pg E IV C, llegando la cúpula a 20 cm por fuera del introito vaginal. Se indica estrógenos locales 2 veces por semana y programación de corrección del prolapso con colocación de Prolift total con técnica habitual. Tiempo quirúrgico de 2 h, sangrado de 250 ml. Se deja taponamiento vaginal por 48 h. Actualmente a 12 meses del posoperatorio sin recidiva del prolapso, con vida sexual activa regular, sin datos de extrusión ni dolor.

Comentario: la colocación de Prolift total en los grandes prolapsos de cúpula, es un procedimiento seguro con excelentes resultados tanto en sintomatología como calidad de vida de las pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fatton B, Boda C, Debodinance P, Amblard J, Jacquetin B. Transvaginal mesh repair of pelvic organ prolapse with Prolift technique: One-year outcomes. Int Urgocol J 2007;18(Suppl. 1)S:217-8.
2. Rivera JM, Hampton BS, Mokrzycki ML, Hatangadi SB, Aguilar VC. Experience with posterior Prolift vaginal floor repair system. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct 2006;17(Suppl. 3):S409-S478.
3. Van Raalte HM, Lucente VR, Molden SM, Haff R, Murphy M. One-year anatomic and quality-of-life outcomes after the prolift procedure for treatment of posthysterectomy prolapse. Am J Obstet Gynecol 2008;199:694.e1-694.e6.

Factores de riesgo en diabetes gestacional

Claudia Neri-Calero, Genaro Vega-Malagón, Guadalupe Zaldívar-Lelo de la Rea, Carlos Sosa-Ferreira, Javier Luengas-Muñoz, Javier Ávila-Morales

Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Querétaro

Objetivo: determinar los factores de riesgo para diabetes gestacional en el HGR No.1 Del IMSS, Delegación Querétaro.

Material y método: estudio de casos y controles. en el periodo de Noviembre del 2007 a diciembre del 2008, Los casos 71 pacientes embarazadas con diabetes gestacional diagnosticada con curva de tolerancia o glicemia postprandial, los controles 71 embarazadas sanas, se analizaron variables sociodemográficas, reproductivas, nutricionales con razón de momios con intervalo de confianza del 95%, prueba de *t* de Student y de χ^2.

Resultados: el promedio de edad fue muy similar en ambos grupos, en los casos fue de 27.2 años (DE 6.80) y en los controles de 27.1 (DE 6.00), al igual que el número de gestas, los casos 3.26 (DE 1.00) los controles 3.19 (DE 1.10) con una $p > 0.05$, los factores que tuvieron diferencia estadísticamente significativa ($p \leq 0.05$) fueron: antecedente de cesárea (OR 4.15, IC 95% 1.44-11.99), multiparidad (OR 3.2, IC 95% 1.46-6.99), historia familiar de diabetes (OR 2.8, IC 95% 1.36-5.83) y obesidad (OR 2.7, IC 95% 1.18-6.32).

Conclusiones: es fundamental identificar desde la primera consulta del control prenatal, identificar los factores de riesgo para diabetes gestacional, para prevenir o disminuir la frecuencia y complicaciones causada por esta enfermedad metabólica.

Quiste de Skene: reporte de un caso y revisión de la literatura

Esperanza Bautista-Gómez, Víctor E Morales-García, Ana Luisa Flores-Romero, Úrsula Santos-Pérez

Servicio de Ginecología, Hospital General Aurelio Valdivieso

Caso clínico: se reporta el caso de una recién nacida con un quiste de Skene que debuta con insuficiencia renal aguda. Paciente recién nacido que al 2 día de vida extrauterina, se observa por servicio de pediatría ausencia de micción, a la exploración física encontramos un quiste con aspecto dermoide, sus laboratorios con datos de insuficiencia renal aguda por lo que se decide puncionar el quiste, drenando abundante material lechoso, el cual es enviado a cultivo reportado como negativo y a citológico reportado como

epitelio estratificado, la paciente evoluciona satisfactoriamente siendo egresada con una creatinina de control normal.
Discusión: los quistes parauretrales o quistes de Skene son poco comunes a cualquier edad pero particularmente en los recién nacidos. En los neonatos típicamente se presentan como formaciones quísticas, abultadas semejantes a un quiste dermoide. El tratamiento se establece en base a los hallazgos, sintomatología, y a la edad de la paciente; pudiendo ser observacional, punción del quiste o bien quirúrgico. Presentamos el caso de una recién nacida con insuficiencia renal aguda secundaria un quiste de Skene que evoluciona favorablemente y sin recidiva.

Embarazo molar parcial: reporte de un caso y revisión de la literatura

Víctor Eusebio Morales-García, Esperanza Josefina Bautista-Gómez, Edmundo Gerardo Vásquez-Santiago, Úrsula Santos-Pérez
Servicio de Ginecología, Hospital General Aurelio Valdivieso

Antecedentes: la enfermedad trofoblástica gestacional consiste en un grupo de trastornos que tienen en común la proliferación del trofoblasto. La enfermedad molar constituye más del 85% de los casos. La mola parcial tiene una incidencia de 0.005 a 0.001% a nivel mundial.
Caso clínico: se reporta un caso de embarazo parcial con feto vivo. Paciente de 17 años G2 P1 referida por cursar con embarazo de 13 semanas de gestación y amenaza de aborto. A la exploración encontramos fondo uterino mayor al esperado, abdomen doloroso, escaso sangrado transvaginal. Se realiza ultrasonido y se observa mola parcial feto vivo de 12.2 semanas y placenta con múltiples quistes; a nivel de anexos quistes tecaluteínicos bilaterales se solicita GCH B reportada mayor de 1 millón U/ml, se da manejo conservador pero al tercer día la paciente se deteriora, presenta hiperémesis gravídica, dolor abdominal e incremento en el sangrado vaginal por lo que se decide interrumpir el embarazo. Se realiza AMEU sin complicaciones. Evolución satisfactoria pero la paciente no acude a seguimiento.
Discusión: la mola parcial con feto vivo es una rara entidad, existen algunos flujogramas de manejo utilizando la biopsia de vellosidades coriales y amniocentesis, pudiendo ser agresivos o conservadores, en el caso de esta paciente se tuvo que interrumpir el embarazo materno; sin embargo no están al alcance de todos los centros de atención, por lo el criterio clínico sigue predominando en la conducta de estos casos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Czernobilsky B, Barash A, Lance M. Partial moles: a clinicopathologic study of 25 cases. Obstet Gynecol 1982;59:75-77.
2. Sebire NJ, Foskett M, Paradinas FJ, et al. Outcome of twin pregnancies with complete hydatidiform mole and healthy co-twin. Lancet 2002;359:165-6.
3. Steller MA, Genest DR, Bernstein MR, et al. Natural history of twin pregnancy with complete hydatidiform mole and coexisting fetus. Obstet Gynecol 1994;83:35-42.

Miomas uretrales: reporte de 2 casos y revisión de la literatura

Esperanza Josefina Bautista-Gómez, Víctor Morales-García, Jaime Monzoy-Vásquez, Honorio Galván-Espinosa, Ana Luisa Flores-Romero, Úrsula Santos-Pérez
Servicio de Ginecología, Hospital General Aurelio Valdivieso

Casos clínicos: se presentan dos casos de pacientes con miomas uretrales; tumores muy raros a este nivel, un caso se manifestó durante el embarazo, que fueron resecados con una técnica de U invertida, que se resolvieron satisfactoriamente con resección quirúrgica sin daño al tracto urinario, con evolución favorable y sin recidiva hasta el momento en su seguimiento.
Discusión: los leiomiomas a nivel vesical y uretral son extremadamente raros. Dependiendo de su localización y tamaño pueden producir diversas manifestaciones. A nivel uretral particularmente se encuentran localizados cercanos a la pared vaginal y los síntomas consisten en infecciones de vías urinarias de repetición, disfunción de vaciamiento, sensación de cuerpo extraño pesadez y dispareunia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sang Wook B, Jo Jung H, Jae Jeon M, et al. Leiomyomas of the female urethra and bladder: a report of five cases and review of the literature. Int Urognecol J 2007;18:913-917.
2. Suhler A, Masson JC, Pages C, et al. Bladder leiomyomas and fibromas: apropos of 8 cases ANN Urol 1994;28:28-32.
3. Begum O, Ballard C. Urethral and paraurethral leiomyomas in the female patient. Int Urogynecol J 2005;17:93-95.
4. Cheng C, Lai FM, Chan PSF. Leiomyoma of the female urethra: a case report and review. J Urol 1992;148:1526.

Acretismo placentario: una alternativa quirúrgica que puede salvar vidas

Esperanza Josefina Bautista-Gómez, Víctor Morales-García, Omar Calvo-Aguilar, Jeny Hernández-Cuevas
Servicio de Ginecología, Hospital General Aurelio Valdivieso

Antecedentes: se presenta una alternativa quirúrgica para las pacientes con acretismo placentario que ha disminuido la morbilidad y mortalidad sin modificar los resultados perinatales.
Casos clínicos: se presentan 2 casos de pacientes con acretismo placentario de 23 y 22 años, a las cuales se les realizó una histerectomía obstétrica modificada, teniendo como resultado un menor tiempo quirúrgico, una hemorragia menor de 1000 cc, no necesidad de ingreso a UCIA y sin modificar los resultados perinatales.
Discusión: la mortalidad materna es un indicador claro de injusticia social, inequidad de género y pobreza, considerándose una tragedia en gran medida evitable. Una de las principales causas de muerte materna a nivel mundial, estatal e institucional es la hemorragia obstétrica. El acretismo placentario es la segunda causa de hemorragia obstétrica, que en muchas ocasiones requerirá la realización de una histerectomía obstétrica de emergencia incrementando la morbi y mortalidad materna. Presentamos una alternativa quirúrgica a la histerectomía obstétrica que nos ha permitido llevar hasta el momento a cero nuestra tasa de muertes maternas por hemorragia obstétrica en nuestro hospital, mejorando los tiempos quirúrgicos, la hemorragia, sin modificar los resultados perinatales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Díaz Echeverria D. Mortalidad Materna. 1ª ed. México: Editorial. Fundar, 2006.
2. <www.cimacnoticias.com>. Mantiene Oaxaca altos índices de mortalidad materna.
3. Secretaria de Salud de Oaxaca.
4. Steven L, Sze-ya Y, Jeffrrey P, et al. Emergency hysterectomy for obstetric hemorrhage. Obstet Gynecol 1994;64:376-380.
5. Briseño PC, Alaña F, Briceño SL, et al. Placenta percreta. Rev Obstet Ginecol Venez 2002;62:273-277.

Enfermedad de Addison y embarazo

Oswaldo Gutiérrez-Cruz, Cynthia González-Juárez
Departamentos de Urgencias y Obstetricia, Hospital General de Guadalupe y Calvo, Servicios de Salud del Estado de Chihuahua

Antecedentes: la insuficiencia suprarrenal primaria o enfermedad de Addison fue descrita por primera vez en 1855 por Thomas Addison como "debilidad y languidez generalizada, irritabilidad del estómago y un cambio peculiar en el color de la piel".[1] La enfermedad de Addison es una entidad en la cual la corteza adrenal secreta cantidades insuficientes de glucocorticoides, mineralocorticoides y andrógenos debido a un daño adrenal.[2] La incidencia es variable desde 4.7 hasta 110 por millón.[1] En países desarrollados entre 80-90% de los casos son autoinmunes, aislados o forman parte del síndrome poliglandular autoinmune.[3] Los signos y síntomas pueden ser inespecíficos: astenia, pérdida de peso, anorexia, náusea y vómito. La hiperpigmentación cutánea y la hipotensión postural pueden o no acompañar el cuadro.[4] El diagnóstico se confirma demostrando un cortisol bajo y la determinación de ACTH elevada.[5] El tratamiento consiste en la sustitución hormonal.[6]
Caso clínico: se presenta el caso clínico de una paciente la cual durante el embarazo y parto suspendió el tratamiento poniéndose en riesgo de una crisis addisoniana.
Discusión: antes de que estuviera disponible la terapia de reposición hormonal con glucocorticoides y mineralocorticoides, la mortalidad de las mujeres gestantes con enfermedad de Addison se calculaba entre 35-45%.[4] Es un grave error que pone en riesgo la vida el suspender el tratamiento hormonal sustitutivo de la Enfermedad de Addison durante el embarazo y parto, ya que al tomarlo pueden sobrellevar su gestación sin mayores dificultades.

REFERENCIAS

1. García RMT, Arenas R, Arellano BRH, et al. Enfermedad de Addison secundaria a tuberculosis suprarrenal. Un caso con hiperpigmentación cutánea, ungueal y de mucosas. Med Int Mex 2010;26(3):281-285.
2. Ulate CA, Jaramillo LO. Enfermedad de Addison en una gemela de 19 meses. Acta Pediatr Costarric 2009;21(1):47-50.
3. Rojo EA, Méndez J, Díaz BA. Enfermedad de Addison. Un reto diagnóstico. Act Med Gru Ang 2009;7(2):103-105.
4. Orozco ADJ, Pineda BPA, Uribe LF. Manejo de la insuficiencia adrenal. IATREIA 2005;18(3):320-330.
5. Bruno O, Gómez R. Insuficiencia suprarrenal. RAEM 2009;46(4):65-70.

6. Candel GFJ, Matesanz D, Candel M. Insuficiencia corticosuprarrenal primaria. Enfermedad de Addison. An Med Interna Madrid 2001;18(9):492-498.

Embarazo ectópico cervical. Reporte de un caso y revisión de la literatura

Fernando Germes-Piña, Marisela Legarreta-Orozco, Luis Raúl Ramírez-Olague, Clara Elena Beltrán-Sánchez
Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital General Dr. Salvador Zubirán Anchondo, Chihuahua, Chihuahua

Caso clínico: se analiza paciente de 25 años, primigesta, usuaria de implante subdérmico como MPF, acude a tococirugía referida del servicio de consulta externa con diagnóstico de embarazo anembriónico de 5.4 SDG por ultrasonido transvaginal, con cuantificación de gonadotrofina coriónica (hCG-β) de 4,166.7 IU/L. Teniendo una semana previa valores de 59,687 IU/L, se decide iniciar maduración cervical con prostaglandinas y legrado uterino instrumentado, durante el cual presenta hemorragia obstétrica que no remite con maniobras mecánicas, ni farmacológicas, por lo que se decide realizar laparotomía exploradora, en donde no se observa sangrado libre en cavidad y se identifica útero con masa en cara lateral derecha de cérvix de aproximadamente 5 cm. violácea; se diagnostica macroscópicamente embarazo ectópico cervical por lo que se realiza histerectomía obstétrica de rescate. Estudio histopatológico reporta: embarazo ectópico cervical, endometrio con reacción de arias-Stella, leiomiomas uterinos.

Discusión: el embarazo ectópico cervical representa el 1% de todos los embarazos ectópicos,[1] con un aumento en la incidencia debido al uso actual de técnicas de reproducción asistida. Su diagnóstico temprano y oportuno mediante ultrasonografía transvaginal permite manejos conservadores como la aplicación de metotrexato,[2] prostaglandinas, resección histeroscópica, ligadura de arterias hipogástricas, embolizaciones uterina,[3,4] y realización de cerclajes cervicales,[5] con resultados favorables, disminuyendo la realización de histerectomía obstétrica de urgencia como en el presente caso, conservando así la función reproductiva.

REFERENCIAS

1. Bouyer J, Coste J, Fernández H, et al. Sites of ectopic pregnancy: a 10 year population-based study of 1800 cases. Hum Reprod 2002;17(12):3224-30.
2. Celik C, Bala A, Acar A, Gezginc K, Akyurek C. Methotrexate for cervical pregnancy. A case report. J Reprod Med 2003;48(2):130-2.
3. Nappi C, Delia A, DiCarlo C, Giordano E, et al. Conservative treatment by angiographic uterine artery embolization of a 12 week cervical ectopic pregnancy. Hum Reprod 1999;14:1118-21.
4. Cosin JA, Bean M, Grow D, Wiczyk H. The use of methotrexate and arterial embolisation in a case of cervical pregnancy. Fertil Steril 1997;67:1169-71.
5. Troncoso R, Cardone P, Rondini F, et al. Embarazo ectópico cervical. Diagnóstico y tratamiento conservador con cerclaje cervical. Rev Chil Obstet Ginecol 70(4):257-60.

Sireno ectropodio: reporte de un caso clínico

Jaqueline Arámbula-Almanza,[1] Alejandra García-Mendoza,[1] César R Aguilar-Torres,[2] Imelda Alcalá-Sánchez,[3] Margarita Levario-Carrillo,[4] Ricardo Fierro-Murga,[4] Dora Virginia Chávez-Corral[5]

[1] Alumnas del 7º semestre, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Chihuahua
[2] Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Chihuahua, Hospital Central Universitario
[3] Facultad de Derecho, Universidad Autónoma de Chihuahua
[4] Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Chihuahua
[5] Coordinadora de Embriología, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Chihuahua
El estudio se realizo en el Laboratorio de Investigación de Embriología de la Facultad de Medicina de la UACH

Objetivo: reportar un caso de Sirenomelia que se presentó en el Hospital Central Universitario de la ciudad de Chihuahua, México.

Caso clínico: mujer de 27 años de edad, G3 P2 A0 con tabaquismo positivo, toxicomanías negativas y alcoholismo ocasional. Acude a control prenatal en el segundo trimestre de gestación. Por ultrasonido transabdominal se detecta anhidramnios, alteraciones cardiacas y de la columna lumbosacra. Se obtiene feto único de 21 semanas de gestación con peso de 540 gramos de sexo indeterminado.

Hallazgos morfológicos: con malformaciones en la bóveda craneana y cara. Las extremidades inferiores están fusionadas a partir de la cadera hasta terminar en un muñón sin presencia de pies o dedos. Presenta ano imperforado y agenesia de genitales externos. Se observaron pulmones hipoplásicos. Corazón con transposición de los grandes vasos Colon transverso del lado derecho termina en bolsa ciega. Agenesia de vejiga y uréteres. Vestigios renales no funcionales. Gónadas masculinas; en diferente fase de descenso. Se puede clasificar como simelia apus o apodia, monopodío sirenoide, sirena ectropodia, de tipo VI.

Conclusiones: es preciso investigar la exposición durante el embarazo, sobre todo en malformaciones congénitas. De casos que nacen y también de los que se abortan. Esto nos permite obtener información para realizar estudios epidemiológicos que permitan identificar agentes causales y factores de riesgo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Akbayir O, Gungorduk K, Sudolmus S, Gulkilik A, Ark C. First trimester diagnosis of sirenomelia: a case report and review of the literature. Arch Gynecol Obstet 2008;278(6):589-92.
2. Drossou-Agakidou V, Xatzisevastou-Loukidou C, Soubasi V, Kostopoulou E, et al. Rare manifestations of sirenomelia syndrome: a report of five cases. Am J Perinatol 2004;21(7):395-401.
3. Juárez AA, Durán MA, Rivas LR, Islas DLP, Martínez MS. Sirenomelia: reporte de un caso de autopsia. Revista Mexicana de Pediatría 2005;72(1):21-3.

Peso al nacer en niños con defectos congénitos

S Montes-Núñez,[1-2] D Chávez-Corral,[3] Sandra Reza-López,[4] Luz Helena Sanín,[5-6] Brenda Acosta-Maldonado,[1] Margarita Levario-Carrillo[1-3]

[1] Unidad de Investigación Médica en Epidemiología Clínica, Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Chihuahua, México
[2] Unidad de Medicina Familiar No. 33. IMSS
[3] Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Chihuahua (UACh)
[4] University of Toronto, Faculty of Medicine, Department of Nutritional Sciences
[5] Facultad de Enfermería y Nutriología, UACh
[6] Instituto Nacional de Salud Pública de México

Objetivos: identificar la frecuencia de recién nacidos (RN) con peso menor para la edad gestacional (PMEG) diagnosticados con defectos congénitos (DC) y determinar los tipos de defectos congénitos asociados con mayor déficit de peso al nacimiento.
Materiales y método: se realizó un estudio transversal en hospitales del Instituto Mexicano del Seguro Social en el estado de Chihuahua, México. Los RN fueron clasificados en dos grupos de acuerdo a la presencia ó no de defectos congénitos y también de acuerdo el peso como PMEG cuando el peso fue menor al percentil 10, adecuado para la edad gestacional cuando el peso se encontró entre el percentil 10 y 89 y grande para la edad gestacional aquéllos con peso mayor al percentil 90, utilizando estándares regionales de peso al nacer.
Resultados: casos diagnosticados con DC (n = 263) ó sin DC (n = 64626) fueron incluidos. Una gran proporción de RN PMEG fue identificada en recién nacidos con DC (20%) en contraste con recién nacidos sin DC (9%). Recién nacidos con DC del sistema digestivo presentaron un decremento en el peso de -210 g ($IC_{95\%}$ -436/ -12), órganos genitales -440g ($IC_{95\%}$ -730/-151), alteraciones cromosómicas – 230g ($IC_{95\%}$ -435/ -26) ó músculo-esqueléticas -289g ($IC_{95\%}$ -43/-147) una vez que se ajustó por edad gestacional, género y condición del recién nacido ($p < 0.05$).
Conclusiones: RN con defectos congénitos cursan con una gran proporción de PMEG. Algunos defectos congénitos están asociados con un mayor decremento del mismo, por lo que en las decisiones clínicas deberán adaptarse no solo el defecto al nacimiento sino también a las necesidades nutricias en cada caso.

Composición corporal de mujeres adolescentes durante la gestación

ME Contreras,[1-2] N Rodríguez-Cervantes,[2] L Rodríguez-García,[2] M Ávila-Esparza,[2] DV Chávez-Corral,[3] M Levario-Carrillo[3]

1. Programa de Especialización en Medicina Familiar IMSS-UNAM
2. Instituto Mexicano del Seguro Social 3. Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Chihuahua

Objetivos: comparar la composición corporal de mujeres adolescentes y maduras durante el segundo y tercer trimestre de la gestación y determinar en los recién nacidos la diferencia en el peso al nacer y la morbilidad.
Material y métodos: estudio de cohorte retrospectiva, se incluyeron mujeres adolescentes (n = 38) entre 14 y 19 años de edad y mujeres maduras (n = 258) edad ≥ 20 años. Se realizó la medición de la composición corporal por análisis de impedancia bioeléctrica de multifrecuencia. Se determinó el peso al nacer y la morbilidad del recién nacido.
Resultados: en mujeres adolescentes en el segundo trimestre de la gestación la masa grasa fue de 17 ± 5 kg, en mujeres maduras de 22 ± 7 kg, la masa magra 42 ± 5 y 44 ± 5 kg respectivamente, el agua corporal total en el primer grupo fue de 28 ± 3L y 30 ± 4 en las mujeres maduras ($p < 0.01$). Las diferencias en la composición corporal fueron similares en el tercer trimestre. Las mujeres adolescentes con edades ≤ 17 años tuvieron una mayor proporción de recién nacidos con peso menor para la edad gestacional (30%), en comparación con mujeres con edades entre 18 y

19 años ó maduras (entre el 6 y 11%) aunque la diferencia no fue significativa $p = 0.09$.
Conclusión: la composición corporal de mujeres adolescentes es diferente a la de mujeres maduras, las primeras cursan con una menor cantidad de masa grasa y masa magra. Aunque se identificó un menor peso al nacer en hijos de madres adolescentes y una mayor frecuencia de la morbilidad los resultados no mostraron una diferencia significativa.

Relación de la somatometría del riñón fetal con la edad gestacional

María del Rosario Jáquez-Nevárez,[1] Manuel Ramón García-Sáenz,[1] Margarita Levario-Carrillo,[2] Norberto López-Serna,[3] Luz Helena Sanín,[4] Dora Virginia Chávez-Corral[5]

[1] Alumnos del 7ª semestre de la Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Chihuahua
[2] Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Chihuahua, CA-28
[3] Jefe del Departamento de Embriología Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, Nuevo León, México
[4] Facultad de Enfermería y Nutriología, Universidad Autónoma de Chihuahua, CA-28
[5] Coordinadora de Embriología, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Chihuahua, CA-28

Introducción: el metanefros que será el riñón definitivo se forma durante la quinta semana de gestación después de un complejo proceso. La longitud del riñón fetal se considera el método más exacto para determinar la edad gestacional entre las 24-38 semanas de gestación, debido a la variabilidad biológica en esta etapa del desarrollo ya que otras medidas no muestran la misma precisión. En la etapa fetal es menor la variabilidad de la longitud renal por lo cual puede ser un buen predictor de la edad gestacional. El objetivo de este estudio fue establecer el valor promedio de crecimiento renal durante la vida intrauterina y su valor para precisar la edad gestacional, en fetos de 11.5ª-21ª semanas de gestación.
Material y método: se realizó un estudio Morfológico Descriptivo, piloto, en 60 fetos normales los cuales se obtuvieron de un hospital que atiende población agrícola del estado de Chihuahua, México. La determinación de la edad gestacional se realizó en un estudio previo. Se hizo disección por planos de la pared abdominal y pélvica. Se midió la longitud, ancho y espesor de cada riñón según Jovevska S. 2008, con personal estandarizado previamente. Se analizaron las mediciones por edad y sexo. Se buscó la correlación con las principales medidas somatométricas. Se hizo un modelo de regresión lineal simple para cada una de las mediciones y la edad gestacional.
Resultados: la media de la longitud renal fue de 15.1mm. La relación entre longitud y edad gestacional fue lineal con una $\beta = 0.5$ mm ($p < 0.1$). La correlación entre edad gestacional y longitud renal fue de $r = 0.92$ ($p < 0.01$).
Conclusión: la longitud renal es una medida útil para precisar la edad gestacional en este período fetal pero, no mejor que la longitud coronilla-rabadilla. Se sugiere estudiar la concordancia con las medidas obtenidas por ultrasonido en el mismo período.

El procedimiento símil Exit. Experiencia a un año como tratamiento de elección en gastrosquisis

Hilda Imelda Vázquez-Delfín, Leopoldo César Serrano-Díaz, Eréndira Cambero-Ocampo, Rosendo Sánchez-Anaya
Hospital de la Mujer de Aguascalientes, Servicio de Embarazo de Alto Riesgo, Instituto de Salud del Estado de Aguascalientes

Antecedentes: la gastrosquisis es una de las malformaciones congénitas de creciente prevalencia que afecta a múltiples embarazos. Sin embargo el diagnóstico prenatal oportuno, la vigilancia ultrasonográfica adecuada y la interrupción del embarazo en el momento idóneo constituye una nueva modalidad de tratamiento. Parece que la utilización de parámetros ecográficos que orienten a una sobredistensión e isquemia intestinal para decidir el momento de interrupción del embarazo, han disminuido la morbimortalidad neonatal así como los días de inicio de la alimentación enteral y estancia intrahospitalaria. El desarrollo del procedimiento símil Exit (*ex utero intrapartum treatment*) por el Dr. Svetliza en Argentina ha marcado un nuevo panorama terapéutico para la corrección de la gastrosquisis desde 2007. La técnica consiste en la reducción de la herniación visceral hacia la cavidad abdominal en el momento inmediato posterior al nacimiento aun en los muslos de la madre y manteniendo la circulación uteroplacentaria, para oxigenar y evitar respiración y con ello aumento de la presión intraabdominal, para concluir en la termocuna el cierre de pared bajo anestesia local. El objetivo es evitar la isquemia intestinal.

Objetivo: reportar los resultados, después de un año de experiencia, del uso del procedimiento símil Exit para tratar gastrosquisis, en 4 pacientes en quienes se logró llevar a cabo el seguimiento y la técnica con excelentes resultados en todos los casos, sin requerirse reintervención quirúrgica, y sin morbilidad agregada. Con egresos y alimentación de los recién nacidos a corto plazo.
Material y método: se seleccionaron 4 pacientes gestantes con criterios de inclusión para el seguimiento perinatal oportuno y fetos con diagnóstico de gastrosquisis, se efectuó un seguimiento ultrasonográfico semanal desde que se captaron en el servicio hasta el momento de la resolución del embarazo. Se realizó medición de diámetros de asas intestinales extra abdominales y del grosor de la pared intestinal, fijándose como punto de corte de anormalidad de 18 mm para el diámetro de las asas y de 8 mm para el grosor de la pared intestinal, en cuyo caso se decidió la interrupción inmediata de la gestación por vía abdominal, previa realización de amniocentesis para documentar madurez pulmonar fetal y la inducción medicamentosa de la misma en caso necesario. Se reducen en los muslos maternos las asas intestinales al producto mientras se mantiene el mayor tiempo posible la circulación fetoplacentaria, evitando el desprendimiento placentario en la medida de lo posible, así como evitando estimular al producto para que no se produzca la primera inspiración y el llanto, que dificultarían la reducción de las asas. Se concretó el cierre de pared en la termocuna con anestesia local al producto. Se cuantificó durante la cesárea el tiempo de reducción de la herniación intestinal, el tiempo de duración de pulsatilidad del cordón umbilical. Se dio seguimiento de la evolución de los productos en cuanto a complicaciones agregadas, días de estancia intrahospitalaria, tiempo de inicio de la alimentación por vía enteral.
Resultados: se trataron cuatro pacientes mediante el procedimiento símil Exit con 100% de sobrevivencia y 0% de morbilidad agregada. Se encontró un promedio de estancia intrahospitalaria de 21 días, sin necesidad de reintervenciones quirúrgicas en ninguno de los casos. Se inicia la alimentación por vía enteral en un promedio de 10 días.
Conclusiones: se obtienen mejores resultados en la evolución del paciente con el procedimiento símil Exit que con el tratamiento convencional. Ello con base en tiempos de hospitalización e inicio de alimentación enteral para el recién nacido mucho menores y con 0% de mortalidad y morbilidad agregadas. La técnica es completamente reproducible a lo descrito por el autor con similares resultados y evolución.

Reporte de 4 años de experiencia en inseminación intrauterina con semen de donante

Sergio Alberto Dávila-Garza, Pablo Díaz-Spíndola, Pedro Galache-Vega, Otilia Lazcano
Instituto para el Estudio de la Concepción Humana

Objetivo: reportar la tasa de embarazo en estimulación ovárica controlada y IUI con muestra de donante en relación con protocolo de estimulación, desarrollo folicular y número de ciclos para conseguir un embarazo.
Material y método: un total de 272 ciclos (Enero 2006 a Diciembre 2009) fueron revisados. Las muestras congeladas de semen de donante fueron descongeladas y preparadas con la técnica por gradientes y los ciclos de los pacientes fueron agrupados de acuerdo a la cuenta total motil (CTM) (≤ 20 millones/ml o ≥ 20 millones/ml), número de ciclos (≤ 2 o ≥ 3 ciclos) y estimulación ovárica (FSHr o combinación de menotropinas con inhibidores de aromatasa).
Resultados: se lograron un total de 68 embarazos (25% por ciclo). La edad media de las pacientes fue de 33.8 años y el promedio de ciclos fue de 2.08. La edad promedio de las pacientes que lograron embarazo fue de 31.9 años y las que no lo consiguieron fue de 34.5 años ($p = 0.001$). El análisis de los embarazos en relación a CTM mostró que en los ciclos con CTM ≤ 20 millones/ml (n = 71)la tasa de embarazo fue de 37%, mientras que con CTM ≥ 20 millones/ml (n = 201) fue significativamente menor 20% ($p < 0.001$). La tasa de embarazo por ciclo en el grupo de FSHr fue de 33% contra 27% en el grupo de menotropinas combinadas con inhibidores de aromatasa (p = ns).

	CTM ≤ 20 millones	*CTM ≥ 20 millones*	*p*
Edad	34.4 ± 5.1	33.8 ± 4.9	ns
CTM	14.0 ± 3.9	37.6 ± 21.0	0.000
Número de ciclos	1.87 ± 0.39	1.21 ± 0.53	ns
Éxito (%)	37	20	0.006

Conclusiones: en este estudio encontramos que la edad de la paciente y la CTM fueron los predictores más importan-

tes de éxito mientras que el tipo de estimulación no tiene impacto significativo en la tasa de embarazo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ruiz A, Anta Jaen E, Kably A. Análisis de los resultados de la inseminación artificial en una o dos ocasiones por ciclo estimulado. Ginecol Obstet Mex 2005;73-76.
2. Garrido N, Zuzuarregui JL, Mesegeuer M. Sperm and oocyte donor selection and management: experience of a 10 year follow-up of more than 2100 candidates. Hum Reprod 2002;17:3142.

Embarazo ectópico ovárico posterior a un procedimiento de TRA en paciente con salpingectomía bilateral: reporte de caso

Sergio Alberto Dávila-Garza, Samuel Hernández-Ayup, Pablo Díaz-Spíndola, David Anuar Tamez-Garza
Instituto para el Estudio de la Concepción Humana

Caso clínico: mujer de 30 años, con una historia de infertilidad de 4 años que se sometió a un programa de reproducción asistida (FIV/ICSI) en Abril de 2010. Ingresa con diagnóstico de infertilidad por factor tubario por salpingectomía bilateral por embarazos ectópicos previos. Dentro del protocolo de estimulación ovárica controlada se utilizó FSHr (Folitropina α) 375 UI iniciando el segundo día del ciclo menstrual y Antagonista de GnRH (Cetrorelix) 0.25 mg diarios a partir del día 6 del ciclo menstrual. Teniendo al menos 3 folículos ≥ 18 mm se administró hCG (gonadotropina coriónica urinaria) 10,000 UI i.m. y realizamos la aspiración folicular a las 33 h. Los niveles séricos de estradiol el día de hCG fue de 5392 pg/ml. Se transfieren 2 embriones clase II en día 2 usando 20 μL de medio para transferencias bajo guía ultrasonográfica a una distancia de 15 mm del fondo uterino, sin dificultades. Para soporte de fase lútea se utilizó progesterona óvulos 400 mg/día. β-hCG sérica se reporta en 160 UI/ml a los 14 días post-transferencia. Se realiza ultrasonografía transvaginal donde no se logra detectar presencia de saco gestacional intrauterino, por lo que se decidió repetir estudio de cuantificación de β-hCG el cuál se reporta en 260 UI/ml, paciente inicia con dolor abdominal, de aparición progresiva, referido a fosa iliaca izquierda, se realizó nuevamente ultrasonografía reportando imagen de embarazo ectópico izquierdo probable localización ovárica, realizamos laparoscopía operatoria con ooforectomía izquierda, reportándose por histopatología embarazo ectópico.
Discusión: la mayoría de los embarazos ectópicos posterior a TRA tienen una presentación tubaria, aunque un 10% pueden presentarse en una localización anormal lo cual dificulta y retrasa el diagnóstico. Se debe realizar una evaluación clínica y ultrasonográfica cuidadosa en la vigilancia de los embarazos logrados por TRA, especialmente en las pacientes que presentan dolor abdominal inespecífico, concentraciones anormales de β-hCG o sangrados anormales. Se desconoce la etiología del embarazo ectópico durante un procedimiento de TRA, se han descrito diversos factores como el daño tubario, altos niveles de progesterona durante la inducción de ovulación ocasionado por múltiples cuerpos lúteos, niveles suprafisiológicos de estradiol, el volumen del medio utilizado y las transferencias fúndicas se han descrito como condiciones que incrementa la posibilidad de embarazo ectópico. En el presente caso, realizamos una transferencia embrionaria sin complicaciones, usando 20 μL de medio de transferencias, y colocando los embriones a 1.5 cm del fondo uterino bajo guía ultrasonográfica como realizamos en forma rutinaria en nuestro centro de reproducción. Inferimos que exista una alteración de los factores quimiotácticos, ya que ha presentado 2 embarazos previos ectópicos, la oclusión tubaria bilateral no fue corroborada lo cual pudo ser un factor que contribuyó a la presentación anómala en esta paciente. Aunque no se reconocen factores predisponentes en la mayoría de los casos en los casos donde se presentan gestaciones ectópicas repetitivas el desafío continua para lograr una gestación intrauterina a término.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ng EH, Yeung WS, So WW, Ho PC. An analysis of ectopic pregnancies following in vitro fertilization treatment in a 10-year period. J Obstet Gynecol 1998;18(4):359-364.
2. Atabekoğlu CS, Gözükuçük M, Ozkavukçu S, Sönmezer M. Rare presentation of ectopic pregnancy following IVF-ET: live twin gestation in the same fallopian tube. Hum Fertil 2009;12(2):122-124.

Determinación de carbonilos en mujeres con cáncer de mama y ovario hereditario (CMOH) como indicadores de daño tisular

Martha Orozco-Quiyono, José Gutiérrez-Salinas,** Sergio Ramírez-Cuevas,*** Fidel Espinoza-Contreras,* Saúl Cano-Colín,* Francisco Javier Cedillo-Díaz*****

* Laboratorio de Medicina Regenerativa y Terapia Celular, Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE, México, DF
** Laboratorio de Bioquímica y Medicina Experimental, Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE, México, DF
*** Instituto de Enfermedades de la mama (FUCAM), México, DF

**** Biología de la Reproducción Humana, Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE, México, DF

Objetivo: determinar la presencia de carbonilos en mujeres con CMOH como indicador de daño tisular.
Material y método: se seleccionaron 23 mujeres derechohabientes, cuyo promedio de edad fue 44.6 ± 11 años, con el diagnóstico de CMOH. Se determinó la concentración total de carbonilos, así como la actividad de la enzima carbonil-reductasa de plasma por métodos espectrofotométricos, comparándose con un grupo control de mujeres aparentemente sanas.
Resultados: en comparación con el grupo control, las mujeres con CMOH presentaron un incremento de 3.76 veces en la cantidad de proteínas carboniladas plasmáticas (5.00 ± 3.27 nmol carbonilos/mg proteína *vs* 1.33 ± 2.31 nmol carbonilos/mg proteína. respectivamente). Además, las pacientes presentaron un incremento del 60% en la actividad de la enzima carbonil-reductasa en comparación con el grupo control (327.23 ± 12.4 µmol/min/mg proteína *vs* 204.05 ± 11.3 µmol/min/mg proteína, respectivamente).
Conclusiones: nuestros resultados muestran que las mujeres con CMOH presentaron un incremento tanto de carbonilos totales como de la actividad de la enzima carbonil-reductasa, lo cual puede ser utilizado como indicador de daño tisular.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sener DE, Gonenc A, Akinci M, Torun M. Lipid peroxidation and total antioxidant status in patients with breast cancer. Cell Biochem Funct 2007;25:377-382.
2. Rebora P, Czene K, Reilly M. Timing of familial breast cancer in sisters. J Natl Cancer Inst 2008;100:721-727.
3. John EM, Hopper JL, Beck JC. The Breast Cancer Family Registry: an infrastructure for cooperative multinational, interdisciplinary and translational studies of the genetic epidemiology of breast cancer. Breast Cancer Res 2004;6:R375-389.

Síndrome de pterigion múltiple letal. Reporte de un caso y revisión de la literatura

R Sánchez-Chávez, I Prieto-Alvidrez, V Carrasco-Urrutia, A Fornelli

Hospital de la Mujer Nueva Vida, Ciudad Juárez Chihuahua. Universidad Autónoma de Ciudad Juárez

Antecedentes: síndrome de pterigion múltiple (SPM) es síndrome caracterizado pterigium de piel(mentó-esternal, axilar, cervical, poplíteo o crural), anormalidades esqueléticas, corazón y pulmones hipoplasicos, anormalidades faciales e higroma quistico.[3,12] , esto debido a una obstrucción de los canales yugulares linfáticos, así como anormalidad congénita de la síntesis de colagena y una distrofia muscular durante el desarrollo embriológico.[3,12]; es una patología autonómica recesiva, ligada a cromosoma X, con solo 200 casos reportados en la literatura.[1,5,8]
Material y método: se analizo el caso de una paciente de 18 años, la cual cursa un embarazo de 20.3 Semanas por amenorrea tipo I + producto con malformaciones congénitas. primigesta, con control prenatal, sangre B positivo; a la cual se le realiza US estructural el cual reporta producto vivo, con movimientos fetales; con imagen hipoecoicas y lateral predominantemente izquierdas de 2.4x 2.3 cm. Septadas en triángulo posterior de cuello, con tejido celular subcutáneo prominente, a nivel de tórax se observa pulmones hipoplasicos, cavidad cardiaca normal, fémur corto, oligohidramnios; ya con 25.5 semanas de gestación, se realiza nuevo US el cual reporta producto óbito, corroborando malformaciones congénitas previas.
Resultados: se obtiene un producto femenino de 700 gramos, con una talla de 18 cm., la cual presenta una masa en región posterior de cuello, así como pterigiones cutáneos, a nivel de cuello y región poplítea; con inserción baja de pabellones auriculares, nariz plana, paladar hendido, se realiza estudio histopatológico localizando producto de aspecto edematoso, en región posterior de cuello se muestra formación quística de 3 cavidades , la mayor de 4.5 cm. , con liquido sero-hematico, con cara de aspecto plano; en tórax, se localizan pulmones hipoplasicos, con derrame pulmonar bilateral con estos datos se clasifico un síndrome pterigion múltiple letal.
Conclusiones: el síndrome de pterigion múltiple letal es una patología poco frecuente, y más aun asociada a higroma quistico[1,3,4,5]; esta ocurre cuando se presentan alteraciones en la síntesis de colagena, así como una distrofia muscular embrionaria; según su pronóstico se divide en SPM letal y STM no letal o síndrome de Escobar[3,5,7]; la causa de estas patologías son alteraciones a nivel de gen *CHRNG* ubicado en el brazo largo del cromosoma 2[1,4], el cual se encarga de la codificación para una subunidad de receptores de acetil-colina[12]; las principales geneticopatias con las cuales se debe de hacer diagnostico diferencial son la trisomia 13 o síndrome de Patau y 18 o síndrome de Edwards[1,3,4,6,7]; los factores de riesgo asociados son:

primíparas jóvenes, antecedentes familiares, antecedentes de productos anteriores con misma patología.

BIBLIOGRAFÍA

1. Parashar SY, Anderson PJ, Mclean N, Djohansjah M, David DJ.Spectrum Of Features In Pterygium Syndrome. Asian J Surg. 2006 Apr;29(2):104-8.
2. Brink, Luisiri, Grange. CASE REPORT: LETHAL MULTIPLE PTERYGIUM SYNDROME, Pediatric Pathology And Molecularmedicine, 22: 461^470, 2003
3. Chen CP.Lethal Multiple Pterygium Syndrome Associated With Omphalocele. Genet Couns. 2007;18(4):451-3.
4. Chen M, Chan GS, Lee CP, Tang MH. Sonographic Features Of Lethal Multiple Pterygium Syndrome At 14 Weeks. Prenat Diagn. 2005 Jun;25(6):475-8.
5. Brink DS, Luisiri A, Grange DK. Case Report: Lethal Multiple Pterygium Syndrome. Pediatr Pathol Mol Med. 2003 Nov-Dec;22(6):461-70.
6. Witters I, Moerman PH, Van Assche FA, Fryns JP. Cystic Hygroma Colli As The First Echographic Sign Of The Fetal Akinesia Sequence. Genet Couns. 2001;12(1):91-4.
7. Hertzberg BS, Kliewer MA, Paulyson-Nunez K. Lethal Multiple Pterygium Syndrome: Antenatal Ultrasonographic Diagnosis. J Ultrasound Med. 2000 Sep;19(9):657-60.
8. Vogt J, Harrison BJ, Spearman H, Cossins J, Vermeer S,Ten Cate LN, Et Al. Mutation Analysis Of CHRNA1, CHRND, And RAPSN Genes In Multiple Pterygium Syndrome/Fetal Akinesia Patients. Am J Hum Genet 2008; 82(1): 222-7.
9. Escobar V, Bixler D, Gleiser S, Weayer DD, Gibbs T. Multiple Pterigium Syndrome. Am J Dis Child 1978; 132 (6): 609-11.
10. Chen H, Immuken L, Lachman R, Et Al: Syndrome Of Multiple Pterygia, Camptodactyly, Facial Anomalies Hypoplastic Lungs And Heart, Cystic Hygroma, And Skeletal Anomalies. Am J Med Genet 17:809-826, 1984.
11. Kharrat R, Yamamoto M, Roume J, Couderc S, Vialard F, Hillion Y, Et Al. Karyotype And Outcome Of Fetuses Diagnosed With Cystic Hygroma In The First Trimester In Relation To Nuchal Translucency Thickness. Prenat Diagn. 2006;/26:/369-72.
12. De Die-Smulders CE, Vonsée HJ, Zandvoort JA, Fryns JP. The Lethal Multiple Pterygium Syndrome: Prenatal Ultrasonographic And Postmortem Findings; A Case Report. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 1990 May-Jun;35(2-3):283-9.

Azoospermia obstructiva: ausencia de conductos deferentes, reporte de un caso

Pablo Díaz-Spíndola, Ashanti Edith Aguilar-Melgar, José Sepúlveda-González

Instituto para el Estudio de la Concepción Humana de Monterrey, Monterrey, NL

Antecedentes: el factor masculino es responsable por si solo del 20% de casos de infertilidad y contribuye al 30 a 40% de infertilidad de pareja. El diagnóstico de azoospermia, está presente en el 1% y en 10-20% de hombres infértiles. La ausencia de esperma puede tener una producción normal o anormal de esperma testicular. En el estudio de azoospermia, se realiza exploración física de testículo para valorar el descenso, si ha tenido procedimientos inguinales bilaterales, infecciones, trauma, exposición a drogas o tóxicos, presencia de conductos deferentes, se investiga historia familiar de fibrosis quística o infertilidad. Se debe sospechar alteración genética en pacientes con azoospermia y oligospermia severa. Los 3 factores genéticos más comunes son: mutaciones del gen de la fibrosis quística asociado con ausencia de conductos deferentes; aproximadamente el 70% de los pacientes con ausencia de conductos deferentes presentan mutaciones del gen de la fibrosis quística anormalidades cromosómicas relacionadas con daño en la función testicular, microdeleción del cromoma Y, asociado con el daño espermático aislado. En la mayoría de los casos la obstrucción espermática puede tener resultados de fertilización realizando aspiración percutánea de espermatozoides.

Caso clínico: pareja con infertilidad primaria de 16 años de evolución, en el estudio de evaluación de pareja infértil; Ella 36 años sin antecedentes personales patológicos y no patológicos de relevancia, normorreglada, nuligesta, exploración física: útero y ovarios normales, perfil hormonal: FSH: 6.3 LH: 2.7 PRL: 41.6 E2: 74. Él 36 años sin antecedentes personales patológicos y no patológicos, espermograma reporta azoospermia, a la exploración física no se palpan conductos deferentes, se solicita PESA diagnóstica: 10-20 espermas por campo motilidad del 5%. Se solicitan estudios para mutación para el gen de la fibrosis quística y estudio para la microdelección del cromosoma Y; ambos resultado negativo. Se realiza ICSI con PESA con protocolo Gonal F 300 UI + HMG 75 UI + Antagonista 0.25. Se obtuvieron 6 óvulos, se inyectaron 5, fertilizaron 4, transfieren 4 en día 2, calidad "3c III, 4c II, 4c I, 3c III". Resultado de cuantificación sérica de Beta hGC: Positiva.

Discusión: en el estudio de la infertilidad masculina, la evaluación incluye la historia reproductiva y dos análisis seminales. Las principales metas en el estudio son las condiciones potencialmente corregibles, las condiciones irreversibles que pueden o no ser tratadas con terapias de reproducción asistida. En la azospermia de causa obstructiva debida a ausencia de conductos deferentes el diagnóstico es por exploración física. Es importante en estos pacientes realizar una prueba en búsqueda de mu-

taciones del gen de la fibrosis quística en la pareja, si el varón es portador de una de las mutaciones no se excluye que tenga una segunda que no haya sido identificada. En la mayoría de los casos de obstrucción el esperma puede ser obtenido por PESA, si este no es la extracción espermática testicular (TESE) tiene éxito en todos los casos.

BIBLIOGRAFÍA

1. U. D. Gordon. Assisted conception in the azoospermic male. Human Fertility (2002) 5 Supl, S9-S14.
2. S. O. Rubin , Congenital Absece of the Vas Deferens. Scand J Urol 9: 94-99,1975.
3. Howards SS. Treatment of male infertility. N Engl J Med 332(5): 312, 1995.
4. ART for male infertility: looking beyond the sperm, Special Interest Group Andrology European Academy of Andrology, ESHRE, Course 2. 2006.

Estudio comparativo del uso de la captura híbrida 2 y el arreglo lineal para la detección del virus del papiloma humano en pacientes con lesiones de alto grado (NIC 2/3)

David Muñoz-González, Rosario Valenzuela-Tortolero,* Carlos Ramón Jiménez-Vieyra***

*Servicio de Colposcopía del INCan, *Departamento de Ginecología del INCan, Subdirección Médica Clínica Cuauhtémoc, STC**

Introducción: el Virus del Papiloma Humano (HPV) es el principal factor de riesgo asociado al desarrollo de cáncer de cérvix y las lesiones pre-malignas. El método de la Captura Híbrida es un sistema aprobado para la detección del VPH que no permite detectar el tipo viral. La PCR es el método más común para su detección y se complementa con la secuenciación del producto amplificado para su tipificación.

Objetivo: determinar la captura de híbridos II y de membranas inteligentes para la detección y tipificación de los tipos de VPH de cepillados cervicales.

Material y metodo: en muestras clínicas de lesiones cervicales de alto grado (n = 42) se obtuvo DNA por el método de columnas y uso del arreglo lineal para co-detectar 36 tipos virales.

Resultados: de 42 muestras de cepillados cervicales, los resultados mostraron una alta eficiencia para la genotipificación, que por análisis estándar (Captura Híbrida II).

Conclusiones: la utilización de los arreglos lineales es un método: sensible, rápido y económico para la detección de 30 tipos de VPH.

Tumor axilar simulando cáncer de mama metastásico

Rosario Valenzuela-Tortolero, Francisco J Gomezpedroso-Rea, Miguel Ángel Mancera-Reséndiz

Hospital Ángeles del Pedregal

Objetivo: presentar un caso de tumor axilar que aparentemente simulaba tratarse de un caso de cáncer de mama metastático.

Caso clínico: inicia padecimiento en diciembre del 2009 presentando dolor de forma súbita en región axilar derecha y siendo negativa la exploración de dicha región, en enero del año en curso acude con facultativo quien solicita un ultrasonido de región axilar derecha, el cual no reportó tumoración o datos de importancia. La paciente sigue refiriendo dolor, por lo que se le realiza en febrero del 2010 una nueva exploración física y una resonancia magnética, en donde se encuentra un tumor de 4 cm. de diámetro fijo a planos profundos de región axilar derecha. Se revisan ambas mamas sin palparse ninguna lesión. Se realiza exploración exhaustiva de piel y mucosas sin encontrar lesión primaria. Se realiza PET-CT sin evidencia de otras lesiones. Se cataloga como Melanoma Metastásico de Origen Desconocido (MMOD) y se opta por tratamiento quirúrgico.

Discusión y conclusiones: los melanomas que afectan inicialmente los ganglios linfáticos, sin lesión primaria identificada, se han incluido tradicionalmente dentro del grupo de melanomas metastásicos de origen desconocido.

BIBLIOGRAFÍA

1. Arias-Camisón I, Michelena MJ, Mujika K, Rezóla R, Soga E, et al. Melanoma primario de ganglio linfático. A propósito de 3 casos con comportamiento biológico favorable. Rev Esp Patol 2009;42(1):39-45.
2. Cormier JN, Xing Y, Feng L, Huang X, Davidson L, Gershenwald JE, et al. Metastatic Melanoma to Lymph Nodes in Patients with Unknow Primary Sites. Cáncer 2006;106:2012-20.

Respuesta sexual en mujeres pre y postmenopáusicas

Rosalía García-Ruiz,[1] Lizbeth Citlalli Angulo-Torres,[2] Susana Lugo-Ayala,[3] Pablo Garza-Ríos Corcuera,[4] Jesús Rafael Aguilera-Pérez[5]

1. Alumno del Curso de Alta Especial Manejo Integral de la Peripostmenopausia. INPer
2. Alumno del Curso de Alta Especial Manejo Integral de la Peripostmenopausia. INPer
3. Residente de 4º año en Ginecología y Obstetricia INPer
4. Médico adscrito de la Clínica Peripostmenopausia.INPer

5. Coordinador de la Clínica de Peri-Postmenopausia INPer Departamento de Peri-Postmenopausia Instituto Nacional de Perinatología

Antecedentes: la disfunción sexual tiene alta prevalencia en mujeres y aumenta durante la peri-postmenopausia ya que afecta negativamente, por lo que se considera un problema de salud pública, en las últimas décadas l se le ha prestado mayor interés, siendo otro aspecto a tener en cuenta para su atención.
Objetivos: describir la respuesta sexual en mujeres pre y postmenopáusicas y analizar la problemática en su conjunto.
Materiales y Métodos: el estudio fue descriptivo y observacional, en el cual se incluyeron 35 mujeres entre 35 y 85 años de edad quienes accedieron a participar voluntariamente y acudieron a la consulta de Climaterio del Instituto Nacional de Perinatología "Isidro Espinoza de los Reyes" en un mes. La información se obtuvo mediante un cuestionario estructurado en 2 partes; datos personales y algunas características de la vida sexual. Se valido el instrumento mediante el juicio de expertos en ginecología y metodología de la investigación. Se utilizó SPSS versión 15.0 para Windows.
Resultados: **l**a media de edad fue de 56.6±9.3, el estado civil fue casada en el 60%, el 94.3% se encontraba en la postmenopausia siendo aproximadamente la mitad espontanea (57.1%) y el resto quirúrgica la mayoría sin terapia hormonal, solo el 51% refirió tener vida sexual activa, la ausencia de ella se debió una causa masculina no especificada en el 45.7% y el 14.3% eran viudas, el 40% presentaba de 1 a 7 veces a la semana deseo sexual y solo un 20% refiere tener una vida sexual satisfactoria, 16 pacientes presentan orgasmos y solo 8 en todas las ocasiones. El 91% no practica y desconoce la masturbación.
Conclusiones: dentro de las alteraciones sexuales que experimentan las mujeres en la peri-postmenopausia también se debe tomar en cuenta la variedad de factores sociales y psicológicos que pueden incidir en ella, in pendientemente del estado hormonal.

BIBLIOGRAFÍA

1. Brody S, Laan E, van Lunsen RH. Concordance between women´s physiological and subjective sexual arousal is associated with consistency of orgasm during intercourse but not other sexual behavior. J Sex Marital Ther 2003; 29(1):15-23.
2. Laan E, van Lunsen RH. The effects of tibolone on vaginal blood flow, sexual desire and arousability in postmenopausal women. Climacteric 2001; (1): 28-41.
3. Palacios S, Tobar AC, Menéndez C. Sexuality in the climacteric years. Maturitas 2002; 43(Suppl 1): S69-77.

Tumor de Buschke-Lowenstein en paciente VIH+

Laura Minerva Fernández-Sierra, Emilio Treviño Salinas, Ricardo Ibarra-Patiño, Edna Ruiz-Paz
Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, Monterrey, NL

Caso clínico: reporte de caso de condiloma acuminado gigante de rápido crecimiento desencadenado por embarazo e infección por VIH.
Conclusiones: en la mayoría de los pacientes con VIH coexiste la infección por algún subtipo de VPH, si se añade otro factor inmunosupresor, la posibilidad de que se presente esta patología aumenta, por lo que se tiene que realizar exploración genital detallada de todas las pacientes embarazadas con VIH, ya que el crecimiento de este tumor puede ser muy rápido y agresivo, en algunos casos degenerando en malignidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lee, Wilkins, et al, "Condyloma and other infections including Human Inmunodeficiency Virus", Surg Clin N Am 90 (2010) 99–112.
2. DeToma G, Cavallaro G, Bitonti A, et al. "Surgical management of perianal giant condyloma accuminatum". Eur Surg Res 2006;38:418–22.
3. Crespo R "Buschke-Lowenstein tumor and pregnancy: a case report. "- - Eur J Gynaecol Oncol - 01-JAN-2007; 28(4):328-9

Eficacia y seguridad del uso de misoprostol vía vaginal *vs* bucal en el manejo del embarazo anembiónico y huevo muerto y retenido

Rosa María Tufiño-Loza

Objetivo: evaluar la eficacia y seguridad del tratamiento con misoprostol para el HMR y/o embarazo anembriónico vía bucal y vía vaginal.
Hipotesis: la aplicación de misoprostol vía bucal tiene una eficacia y seguridad mayor a la aplicación de misoprostol vía vaginal.
Metodologia: se revisaron 30 expedientes de pacientes manejadas con misoprostol vía bucal y 49 expedientes de pacientes tratadas con misoprostol vía vaginal en pacientes

con diagnóstico de HMR y embarazo anembriónico menor a 13 semanas. Se evaluó ultrasonográficamente con endometrio menor a 15 mm a las 2 semanas y ausencia de complicación como criterio de éxito.
Resultados: la eficacia del misoprostol vía bucal fue de 76.67% y para la vía vaginal de 69.38% a la primera dosis, con una p= 0.127. Hubo mayor presencia de complicaciones por vía vaginal que por vía bucal.
Conclusion: la seguridad del misoprostol vía bucal en el tratamiento del HMR y embarazo anembriónico fue mayor. Para demostrar que la eficacia del misoprostol por vía bucal en el tratamiento del HMR y embarazo anembriónico es mayor en relación con la vaginal, se requiere de una muestra más grande.
Palabras clave: misoprostol bucal, misoprostol vaginal, huevo muerto y retenido (HMR) y embarazo anembriónico.

Hígado graso del embarazo: reporte de un caso
Mariana Zuleyma López-Pineda, Alonso Gómez-Martínez, Diana Gómez-Morones, Joel Reyes-Murillo
Departamento de Ginecología y Obtetricia, Hospital General Ticomán, Secretaria de Salud del Distrito Federal

Antecedentes: el Hígado Graso Agudo del Embarazo es una patología poco frecuente, con alta tasa de mortalidad por falla hepática fulminante debida a alteraciones en la betaoxidación por ausencia de la 3 hidroxiacilcoenzima A deshidrogenasa. Caracterizado por: incremento en enzimas hepáticas, hiperbilirrubinemia directa, hipofibrinogenemia e incremento de los tiempos de coagulación, plaquetopenia, hipoglucemia refractaria, aumento de fosfatasa alcalina y DHL disminución de la GGT, náuseas y vómitos de contenido biliar.
Caso clínico: se presenta el caso de una paciente, femenino de 21 años de edad G2 A1 con FUR 06-01-09 que inicia su padecimiento con actividad uterina irregular, hipomotilidad fetal, acompañada de náuseas, vómito biliar y dolor en hipocondrio derecho tipo cólico. A la EF con palidez de tegumentos +++, ictericia en conjuntivas +++, deshidratada, abdomen con PU de PC SL DI FCF no audible, Murphy (+), TV con cérvix posterior, reblandecido, cerrado. Ingresa con diagnóstico de Embarazo de 35sdg, producto óbito y síndrome ictérico. Se inicia con inducto-conducción del trabajo de parto, obteniéndose: producto Masculino óbito, talla 45 cm, peso 2080 grs, HN 11:00 hrs, Placenta múltiples calcificaciones, Líquido amniótico escaso, fétido con circular a cuello apretado. En el puerperio inmediato con sangrado transvaginal, que requirió manejo con hemoderivados y monitorización en el servicio de Terapia Intensiva. Cursando con insuficiencia prerrenal

Cuadros

BIOMETRIA HEMATICA											
	08.09	09.09	10.09	11.09	12.09	13.09	14.09	15.09	16.09	21.09	14.10
Hb	16.7	7.33	6.75	10.9	10.3	11.7	12.1	12.3	12.5	11.7	13.7
Hto	46.9	21.7	20.8	31.5	29.8	34.1	34.2	35.5	36.3	32.8	39.9
VCM	81	84.1	86.9	86.2	86.5	85.4	84.7	85.1	86.1	87.3	90.5
HCM	28.8	28.5	28.2	29.7	29.8	29.4	29.8	29.6	29.6	31	31
CMHC	35.5	33.8	32.4	34.5	34.4	34.5	35.2	34.7	34.4	35.5	34.3
RDW	20.1	16.7	18.8	17.7	17.4	18.9	18.1	18.5	16.9	19.4	20.9
Plaquetas	333	78	55.6	55.8	69.8	86.6	120	114	114	190	430
MPV	10.9	7.71	--	10.6	8.76	8.41	9.58	7.49	9.54	8.45	8.29
Leucocitos	14.2	16.6	13.1	15.2	14.6	16.4	15.2	22	17.7	13	7
Neutrófilos	66.9	82.1	89	93.2	90.6	87.3	86	87.8	89	85.2	55.3
Linfocitos	23.2	8.58	8.93	5.65	7.99	7.92	10.1	6.86	7	10	33.3
Monocitos	8.18	8.41	1.44	0.934	1.1	4.21	3.52	4.8	3.48	4.39	7.94
Eosinófilos	0.442	0.091	0.180	0.01	0.05	0.05	0	0.02	0.03	0.039	2.18
Basófilos	1.27	0.796	0.481	1.71	0.211	0.503	0.45	0.562	0.472	0.472	1.26

TIEMPOS DE COAGULACION											
	08.09	09.09	10.09	11.09	12.09	13.09	14.09	15.09	16.09	21.09	14.10
TP	22.5	33.8	36.3	28.1	19.5	17.3	15.3	16.1	15.3	13.7	13.4
INR	1.73	2.60	1.88	2.16	1.50	1.33	1.18	1.24	1.18	1.05	1.03
Fibrinógeno	747	99	116	257	255	280	269	265	327	433	388
TPT	39.3	79.5	56.4	41.3	35.6	28.2	23	67.1	24.3	22.1	27.8

ELECTROLITOS SERICOS											
	08.09	09.09	10.09	11.09	12.09	13.09	14.09	15.09	16.09	21.09	14.10
Na	139.9	142.8	139.4	144	144.8	138.3	137.5	137.4	135.9	137.7	141.1
K	4.29	4.48	4.26	3.13	3.68	4.07	2.51	4.54	4.23	3.84	4.15
Cl	111.9	118.8	115.5	120.4	117.9	111.7	105.2	106.3	106.1	109.7	110
Ca	--	--	7	7.3	7.7	7.6	8.2	8	7.9	--	9.9
Mg	--	--	1.0	1.6	--	--	--	--	--	--	--

QUIMICA SANGUINEA											
	08.09	09.09	10.09	11.09	12.09	13.09	14.09	15.09	16.09	21.09	14.10
Glucosa	57	52	57	165	167	78	123	108	95	86	88
Urea	17.71	--	20.01	26.43	--	69.06	--	72.3	49.18	--	--
BUN	8.28	8.98	7.71	12.35	17.44	32.27	39.65	33.8	22.98	15.11	9.41
Creatinina	1.62	2.11	2.23	2.36	2.37	1.95	1.56	1.17	0.88	0.66	0.89
Ac. Úrico	7.8	6.7	--	4.6	5.1	6	5.8	4.8	3.8	3	6.1
Colesterol	169	57	--	60	75	99	123	145	143	158	205
Col HDL	10.1	0.9	--	--	--	--	--	--	--	25.6	40.3
Triglicéridos	147	53	--	35	61	122	183	215	226	157	231
Bilirrubina T	7.35	9.19	7.56	7.69	4.6	4.04	3.74	3.71	3.79	3.13	0.84
Bil Directa	5.14	6.50	5.30	5.48	2.92	2.55	2.32	2.21	2.17	1.41	0.23
Bil Indirecta	2.21	2.69	2.5	2.21	1.68	1.49	1.42	1.5	1.62	1.7	0.6
DHL	--	--	430	--	290	--	247	339	--	--	--
Amilasa	--	--	--	77	--	--	299	337	--	180	72
Lipasa	--	--	--	22	--	--	165	166	--	125	--
Fosfatasa Alc	541	--	156	134	--	116	--	--	171	--	--
AST	266	76	51	32	37	48	52	90	73	71	31
ALT	245	57	31	21	21	28	29	45	52	87	29
GGT	97	39	--	19	30	48	-	229	253	324	55
Proteínas Tot	7	3.9	3	3.2	3.8	4.1	4.3	4.7	4.6	5.7	6.9
Albúmina	2.7	1.4	1.9	1.5	1.8	1.8	1.9	2.3	2.3	2.9	4.2
Globulina	4.3	2.5	1.6	1.7	2	2.3	2.4	2.4	2.3	2.8	2.7
Relación A/G	0.63	0.56	0.87	0.88	0.9	0.78	0.79	0.95	1	1.03	1.5

aguda Rifle I, hipoglucemia refractaria al tratamiento, con cuadro compatible, clínico y de laboratorio con Hígado graso del embarazo. Con adecuada evolución durante manejo, egresada del servicio y envia a la consulta externa.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pliego Pérez A., Rodríguez Ballesteros R., Zavala Soto J.Hígado graso del Embarazo. Exposición de dos casos y revisión de la literatura médica. Ginecol Obstet México 2006; 74 (3): 164-69.
2. Duarte Mote J., Díaz Meza S., Lee Eng Castro V, etal. Hígado graso agudo del embarazo: experiencia de 8 años. Med Int Mex 2007;23(5):464-70.
3. Duarte Mote J., Díaz Meza S., Lee Eng Castro V, etal. Hígado graso agudo del embarazo y defectos de la betaoxidación. Med Int Mex 2007;23(5):424-35.
4. HERRERA GONZALEZ, Alfredo et al. Hígado graso: Enfoque diagnóstico y terapéutico. Rev cubana med [online]. 2007, vol.46, n. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232007000100009&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0034-7523.

Aneurisma de vena umbilical manifiesto con hidrops fetal

Hugo Francisco Pineda-Alemán, Roberto Ambriz-López, Héctor Alexandro Moreno-Plata, Luisa Irene Salinas-Pulido

Departamento de Medicina Materno Fetal, Centro de Ginecología y Obstetricia de Monterrey

Caso clínico: se trata de paciente femenino de 36 años de edad, G3C2 e hijos previos sin patologías, quien acudió por primera vez para realizarse ultrasonido anatómico a las 24 sdg en el cual se identificó Hidrops Fetal y dilatación del cordón umbilical y ausencia de malformaciones estructurales. La amniocentesis fue rechazada. En una segunda opinión se encontró adicionalmente un IP aumentado de la Vena Umbilical y el resto de los flujos fetales y maternos en rangos normales por lo que se sospechó que el Hidrops era de origen vascular y no cromosómico. Se administraron inductores de madurez pulmonar fetal a las 26 sdg. Se realizo perfil biofisico semanal a partir de las 28 sdg. A las 29 sdg la PSS presento desaceleraciones variables moderadas con componentes de atipia; el perfil 6 puntos y aumento de la dilatación de la vena umbilical,se decidió interrumpir el embarazo por cesárea. Se obtuvo un producto femenino de 1250 gramos, Apgar 8/9 que ingresó a cuidados intensivos neonatales. El estudio histopatológico del cordón reportó dilatación aneurismática de vena umbilical. La evolución neonatal fue tórpida, por aparición de neumonía intrahospitalaria, hipertensión pulmonar, persistencia de circulación fetal y neumotórax, falleciendo a los 14 días de vida extrauterina, como causa de muerte choque cardiogénico. El cariotipo reportado fue 46 XX.

Comentario: el aneurisma de la vena umbilical es una anormalidad relativamente rara y que se ha reportado como una causa de morbimortalidad perinatal. La muerte del feto ocurre rápidamente después de observarse cambios en la PSS.

BIBLIOGRAFÍA

1. White S, Kofinas A. Prenatal Diagnosis and Management of Umbilical Vein Varix of the Intra-amniotic Portion of the Umbilical Vein. J Ultasound Med 13:992-994, 1994.
2. Reinhart R, Wells W, Harris D. Focal aneurismal dilatation of subchorionic vessels simulating chorioangioma. Ultasound Obstet Gynecol 1999;13:147-149.
3. Benoist G et al. Antenatal sonographic features of aneurysmal dilatation of a viteline vein. Ultrasound Obstet Gynecol 2007;29:708-711.
4. Moore L et al. Abnormalities of the intra-abdominal fetal umbilical vein: reports of four cases and review of the literatura. Ultrasound Obstet Gynecol 7 (1996) 21-25.
5. Berg C et al. Prenatal diagnosis of umbilical cord aneurysm in a fetus with trisomy 18. Ultrasound Obstet Gynecol 2001;17:79-81.
6. Sepulveda W et al. Umbilical artery aneurysm: prenatal identification in three fetuses with trisomy 18. Ultrasound Obstet Gynecol 2003; 21:292-296.

Medición de circunferencia de muslo para estimación de peso al nacimiento

Hugo Francisco Pineda-Alemán, Roberto Ambriz-López, Alejandro Martínez-Cavazos, Eleazar Hernández-Dávila

Instituto de Medicina Materno Fetal de Hospital Ginequito, Centro de Ginecología y Obstetricia de Monterrey

Objetivo del estudio: evaluar la medición de la circunferencia de muslo en la estimación del peso al nacimiento

Materiales y métodos: en 130 pacientes con embarazo de término con fetos que no presentaran ninguna anomalía estructural o cromosómica se estudiaron prospectiva y transversalmente. Se utilizo la medición de la circunferencia de muslo de la parte media por ultrasonido. El diámetro

biparietal, circunferencia cefálica, circunferencia abdominal longitud femoral se hizo de forma estandarizada. El análisis de esto se llevo a cabo son su peso inmediato al nacimiento. Se realizo Indice Kappa para corroborar su error interobservador.

Resultados:

Menor igual 2500grs	2501 – 3000gr	3001-3500gr	Mas 3500gr	Total
n=31 (24%)	n=39 (30%)	n=50 (38%)	n=10 (8%)	n=130 (24%)

Distribución por peso al nacimiento y n encontradas

	Menor igual 2500grs	2501 – 3000gr	3001-3500gr	Mas 3500gr	Total
Peso al nacer	2280	2931	3318	3972	3125
Vintzileos	2210	2787	3237	3722	2989

Comparación de peso por ultrasonografía con Circunferencia de muslo y peso al nacimiento

Menor igual 2500grs	2501 – 3000gr	3001-3500gr	Mas 3500gr
± 105	±158	±130	±176

Mediana de diferencia respecto al peso inmediato al nacimiento comparativamente respecto a la medición de circunferencia de muslo

	Menor igual 2500grs	2501 – 3000gr	3001-3500gr	Mas 3500gr	Total
Vintzileos	95%	72%	96	95	82%

Porcentaje de habilidad para estimar el peso al nacimiento según el método de la circunferencia de muslo

Indice De Kappa Calculado Para Error Interobservador = 0.7

Conclusiones: hubo buenos resultados con este método y nos aporto información que la estimación es buena de aquellos fetos que al nacimiento fueron menores de 2500grs. Esto puede tener inferencia en anormalidades del crecimiento que pueden estar en relación al musculo y al depósito de tejido celular subcutáneo en extremidades ya que muchos pediatras miden la circunferencia de muslo como indicador del tejido muscular. Aquellos recién nacidos de madres portadoras de alguna endocrinopatía como diabetes fueron excluidos. Es de considerarse que se realicen más estudios con la medición de este parámetro en fetos de madres diabéticas y con RCIU.

BIBLIOGRAFÍA

1. Vintzileos AM, Campbell WA, Rodis JF, Bors-Koefoed R, Nochimson DJ. Fetal weight estimation formulas with head, abdominal, femur, and thigh circumference measurements. Am J Obstet Gynecol. 1987 Aug;157(2):410.
2. Mattoo GM, Bhat IA, Shah GN, Dhar GM. Maximum thigh circumference as an indicator of birth weight. Indian J Matern Child Health. 1991;2(2):42-2.
3. Minako Matsumoto, Toshihiro Yanagihara, Toshiyuki Hata. Three dimensional qualitative sonographic evaluation of fetal soft tissue. Human Reproduction,2000;15:2438-2442.
4. Deter RL, Harrist RB, Hadlock FP, Carpenter RJ. Fetal head and abdominal circumferences: I. Evaluation of measurement errors. J Clin Ultrasound. 1982 Oct;10(8):357-63.
5. Lee W, Deter RL, Ebersole JD, Huang R, Blanckaert K, Romero R. Birth weight prediction by three-dimensional ultrasonography: fractional limb volume. J Ultrasound Med. 2001 Dec;20(12):1283-92.

Trisomía 9: un hallazgo y diagnóstico poco frecuente

Hugo Francisco Pineda-Alemán, Roberto Ambriz-López, Adriana Casados-González, Héctor Eduardo Tello-Gutiérrez

Departamento de Medicina Materno Fetal, Centro de Ginecología y Obstetricia de Monterrey

Antecedentes: la Trisomía 9 reportada por primera vez 1973. Sólo se han reportado aproximadamente 30 casos de trisomía mosaico y no-mosaico, ésta es una anormalidad cromosómica rara, constituyendo 2.7% de todos los casos de trisomía. La trisomía 9 completa o sin mosaico, es diagnóstico letal, con muerte fetal prenatal o durante período postnatal temprano. Aquéllos que sobreviven usualmente tienen mosaico de trisomía 9 y tienen severa deficiencia motor y mental. Trisomía 9 con mosaico, la prevalencia, severidad de malformaciones y deficiencia mental se correlaciona con porcentaje células trisómicas en tejidos. Sólo 7 casos de trisomía 9 sin mosaico que fueron detectados con ultrasonografía prenatal han sido reportados en la literatura. Hallazgos clínicos y ecográficos descritos incluyen restricción crecimiento intrauterino, anormalidades SNC, anomalías cráneo-faciales, defectos esqueléticos, defectos congénitos cardíacos y anomalías urogenitales.

Caso clínico: paciente 39 años G4 A2 C1, hipotiroidea en tratamiento médico, antecedente de herpes tratamiento Rivabirina y Aciclovir y antidepresivo no especificado 6meses previos. US obstétrico a las 15.2 semanas de gestación, asimetría en fetometría con DBP 10 días mayor a LF y CA, sugestivamente ventriculomegalia, edema cráneo y tronco, ensanchamiento traqueal, riñón izquierdo hiperecogénico. Se sospecho aneuplodia y se realizo cario-

tipo. El cual reporte 47, XY, inv(9)(p12q12),+9. Se envió a asesoría genética y el reporte del estudio citogenetico paterno reporto 46,XY,inv9. La paciente decidió continuar su atención en el extranjero.

Comentario: el asesoramiento genético puede evidenciar problemas paternos por eso debemos incluirlo en nuestro manejo interdisciplinario.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cantu, J.-M., Buentello, L., and Armendares, S. (1971). Trisomie Cp: un nouveau syndrome. Annales de Genetique, 14, 177-186.
2. Caspersson, T., Lindsten, J., Zech, L., Buckton, K. E., and Price, W. H. (1972). Four patients with trisomy 8 identified by the fluorescence and Giemsa banding techniques. Journal of Medical Genetics, 9, 1-7.
3. Caspersson, T., Lomakka, G., and Zech, L. (1971). The 24 fluorescence patterns of the human metaphase chromosomes-distinguishing characters and variability. Hereditas, Genetisk Arkiv, 67, 89-102.
4. Feingold M, Atkins L. A case of trisomy 9. J Med Genet 1973; 10:184–187.
5. Gorlin RJ, Cohen MM, Hennekam, RC. Syndromes of the Head and Neck. 4th ed. New York, NY: Oxford University Press; 2001.
6. Roshanfekr D, Dahl-Lyons C, Pressman E, Ural S, Blakemore K. Complete trisomy 9 in a term fetus: a case report. J Matern Fetal Med 1998; 7:247–249.
7. Jones KL. Smith's Recognizable Patterns of Human Malformation. Philadelphia, PA: WB Saunders Co; 1997.
8. Benacerraf BR, Pauker S, Quade BJ, Bieber FR. Prenatal sonography in trisomy 9. Prenat Diagn 1992; 12:175–181.6. McDuffie RS. Complete trisomy 9: case report with ultrasound findings. Am J Perinatol 1994; 11:80–84.
9. Pinette MG, Pan Y, Chard R, Pinette SG, Blackstone J. Prenatal diagnosis of nonmosaic trisomy 9 and related ultrasound findings at 11.7 weeks. J Matern Fetal Med 1998; 7:48–50.

Diagnóstico de trisomía 13 por Hibridación *In Situ* con Fluorescencia (F.I.S.H.) con cariotipo normal

Hugo Francisco Pineda-Alemán, Roberto Ambriz-López, Luis Ernesto Segoviano Díaz, Héctor Javier González-Lozano

Departamento de Medicina Materno Fetal, Centro de Ginecología y Obstetricia de Monterrey

Caso clínico: se trata de GI 25 años con embarazo de 20 semanas, con antecedente de tamizaje del primer trimestre con bajo riesgo y límites normales el ductus venoso, la regurgitación tricúspidea y la TN, el ultrasonido anatómico a las 19.6 semanas evidencio ausencia de hueso nasal. Se decidió cariotipo de liquido amniótico reportado 46 XY. Con asesoría genética se decidió realizar estudio molecular mediante hibridación in situ con Fluorescencia (FISH) encontrando que arrojo resultado compatible con trisomía parcial del cromosoma 13. La paciente presento RPM a las 22 semanas con óbito posterior por lo que se atendió parto eutócico con producto único de 510 grs sin ninguna otra malformación aparente asociada.

Discusión: el síndrome de Patau, trisomía 13, tiene una incidencia de 71/9500 nacidos vivos. Solo 5-10% son causados por una translocación, por lo general un desequilibrio Robertsoniana 13; 14. Una pequeña proporción es de mosaico. El riesgo aumenta con edad materna superior a 40 años, el riesgo de presentación de novo es 1 / 2000. Aproximadamente el 90% de la trisomía 13 concepciones se deben a la no disyunción en la madre. Los puntos clave son los parámetros de crecimiento y dismorifismos. El riesgo de recurrencia es baja (menor 2%) si cariotipos paternos son normales, La combinación de TN, β-hCG, PAPP-A, detecta un 95%, pero el uso de hibridación in situ con Fluorescencia en situaciones como este caso con cariotipo normal establece un diagnostico no evidenciado por el cariotipo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Natural history of trisomy 18 and trisomy 13: I. Growth, physical assessment, medical histories, survival, and recurrence risk. Am J Med Genet 1994 Jan 15; 49 (2):175–88.
2. Survival in trisomy 13 and trisomy 18 cases ascertained from population based registers. J Med Genet 2002; 39: e54.
3. The natural history of cytogenetically abnormal fetuses detected at midtrimester amniocentesis which are not terminated electively: new data and estimates of the excess and relative risk of late fetal death associated with 47, +21 and some other abnormal karyotypes. Am J Hum Genet 1989; 45: 855–61.
4. Trisomy 13 and trisomy 18 in a defined population: epidemiological, genetic and prenatal observations. Prenat Diagn 2003; 23: 856–60.

Videos

El fórceps

René Rivas-Pizarro, Homero Rivas-Martínez
Hospital de la Paz, Durango

Objetivo del video: el objetivo es demostrar la importancia del fórceps en la obstetricia moderna, sus indicaciones actuales y precisas y la importancia de poder emplear este aparato para beneficio de nuestras pacientes. En el video observamos una paciente primigesta con un embarazo de 40 semanas, con dilatación completa y al realizar amniorrexis, se obtiene líquido amniótico meconial, y se procede la aplicación del fórceps Salinas para abreviar el periodo expulsivo.

Abordaje en incisión sin huella utilizando el puerto de gel

René Rivas-Pizarro, Karla Liliana Barrera-Zamora, Flor de las Nieves Pérez-Bueno, Julián Salazar-Montoya
Hospital de la Paz, Durango

Objetivo del video: demostrar una nueva técnica para facilitar el abordaje en la laparoscopia y mostrar un nuevo trocar para la realización de la cirugía laparoscópica con un solo puerto. En este video se presenta de manera práctica el procedimiento.

Histerectomía total por laparoscopía con una sola incisión

René Rivas-Pizarro, Ricardo Ramón Lozano-Jiménez, Karla Liliana Barrera-Zamora, Flor de las Nieves Pérez-Bueno
Hospital de la Paz, Durango

Objetivo del video: este video muestra detalladamente la técnica para realizar una histerectomía total laparoscópica utilizando una sola incisión, a través del ombligo, la cual no dejará ninguna cicatriz, para la realización de este procedimiento, utilizamos 3 trocares tradicionales de 5 mm, un lente de 30º pero con una longitud de 52 cm diferente al tradicional para no tener efecto de choque, el cual nos ofrece una amplia visualización de las estructuras más relevantes, es una nueva alternativa para la cirugía laparoscópica, sin embargo, la curva de aprendizaje requiere de mayor práctica. Sin duda, es una alternativa para este y muchos otros procedimientos.

Tumoración anexial adherida a colon y uretero

René Rivas-Pizarro, Homero Rivas-Martínez
Hospital de la Paz, Durango

Objetivo del video: en este video presentamos una paciente con antecedente de esplenectomía por traumatismo e histerectomía por miomatosis, la cual acude por presentar dolor en hipogastrio de 3 meses de evolución, el ultrasonido reporta tumoración quística de 7 cm, se realiza laparoscopia diagnóstica y operatoria, iniciamos con abordaje de una sola incisión a través del ombligo y empezamos a realizar la disección con roticulador, pero debido a las múltiples adherencias procedemos a utilizar técnica laparoscópica tradicional, y procedemos a realizar la escisión del quiste, durante el procedimiento liberamos totalmente el uretero izquierdo el cual se encontraba totalmente adherido, así como el colon, donde al final reparamos una pequeña lesión, concluimos que sin duda la laparoscopia es el mejor abordaje para este tipo de problemas.