

VOLUMEN 77

ISSN-0300-9041

SUPLEMENTO
2009



GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DE MÉXICO

60 Congreso Mexicano de Ginecología y Obstetricia

Cancún, Quintana Roo, México
1 al 5 de Noviembre del 2009

EDITADA POR LA FEDERACIÓN MEXICANA DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
FUNDADA POR LA ASOCIACIÓN MEXICANA DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA EN 1945



ÍNDICE DE RESÚMENES

GINECOLOGÍA

- S1 Resultado obstétrico en una paciente con embolización de arterias uterinas, acretismo placentario y miomatosis uterina: Reporte de un caso**
Alberto Kably Ambe, Denys Delgado Amador, Jaime Alcocer Urueta

- S1 Sacrocolpoptexia abdominal: experiencia clínica de cirugía pélvica reconstructiva**
Arnulfo Martínez Chapa, Cynthia Judith Mercado Loredó, Luis Gerardo Sepúlveda Vázquez, Irma Alyttet Balderas Cerda, Francisco Verdugo, Germán Martínez Garza

- S1 Experiencia en el manejo de cáncer cervicouterino microinvasor**
Carlos Guzmán Nava, María Elena Camacho Miranda, Rigoberto Cabrera Viveros, Lilia Hernández Nava, Gladys Romero, Ismael Padilla Ponce

- S2 Una complicación poco frecuente del síndrome de hiperestimulación ovárica: trombosis de la arteria femoral. Reporte de un caso**
Carlos Quesnel García-Benítez, Ricardo Avilés Cabrera, Jaime Cevallos Bustillos

- S2 Diagnóstico y tratamiento del dolor pélvico crónico**
Daniel Vélez Sánchez, Luis Enrique Gordillo Córdova, Silvia Rodríguez Colorado, Laura Guadalupe Escobar del Barco, Viridiana Chávez

- S3 Endometrio polipoide en histeroscopia y resultados perinatales posteriores a FIV-TE/ICSI en un centro de reproducción asistida**
Eduardo Guzmán González, Fernando Gaviño Gaviño, Jesús Daniel Moreno García, Enrique Reyes Muñoz, José de Jesús Villalpando Bravo, Rosa Alicia Jáuregui Meléndrez

- S3 Tratamiento laparoscópico inicial de masas anexiales de apariencia preoperatoria benigna y maligna en un centro médico académico de Estados Unidos**
Enrique Soto, Nabih ElKhouly, Michael Brodman, Linus Chuang, Farr I, Herbert Gretz

- S4 ¿Es necesario mandar una biopsia transoperatoria en todas las cirugías de masa anexial? Experiencia de un centro médico académico de Estados Unidos**

Enrique Soto, Nabih ElKhouly, Michael Brodman, Linus Chuang, Farr I, Herbert Gretz

- S4 Traquelectomía para preservar la fertilidad en etapas iniciales de cáncer de cérvix: nuestra experiencia**
Gabino Hurtado Estrada, César Cordero Galera, Ángel Moreno Colin, Rodolfo López Sánchez, Marco Salgado

- S4 Ligadura de hipogástricas: una cirugía heroica en ginecoobstetricia**
Gabino Hurtado Estrada, Saúl Cárdenas González, Álvaro Barrón Fuentes, César Cordero Galera, Rodolfo Sánchez, Marco Vega Salgado, Víctor Alcántara Torres

- S5 Análisis de las conizaciones con lesión residual**
Gabino Hurtado Estrada, Araceli Espinoza Guerrero, César Cordero Galera, Marco A Vega Salgado, Rodolfo Sánchez, Olga Bernaldez Aguilar

- S5 Prueba con progesterona utilizando monodosis de progesterona en microesferas**
Gerardo Menocal Tobías, Carlos Alcivia Smith, Elvia Velázquez Martínez, Christian Moreno Aburto, Ana Laura Quintero Crispin

- S6 Prevalencia y curso de la infección aguda vaginal en la población universitaria**
Gerardo Menocal Tobías, et al.

- S6 Manejo conservador del cáncer de endometrio: una opción para conservar la fertilidad**
Guillermo Castellanos Barroso, Carlos E Aranda Flores, Gonzalo Márquez Acosta, Alinne Colin Valenzuela, Ana Cristina Arteaga Gómez

- S7 Casuística del síndrome de ovario poliquístico (SOP) en pacientes del Hospital Juárez de México, México, DF**
Hafid Rodolfo Rodríguez Solís, Imelda Hernández Marín, Gabriela Salvador Domínguez, Jorge Enrique Torres Ramírez, Estrella Espinosa

- S7 Histeroscopia actual en el Hospital Central Norte de Petróleos Mexicanos**
Ismael Madrigal García, Jorge Zepeda Zaragoza, Manuel Amezcua Villanueva, Yoatzin Rodríguez Higuera, Wendy Peláez, Tatiana Lara Viesca

- S7 Cambios en la densidad mineral ósea que disminuyen el riesgo de fractura en pacientes tratadas**

- en la Coordinación de Peri y Posmenopausia del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes
Jesús Rafael Aguilera Pérez, Ana Paola Sánchez Serrano, Alejandro Porras Bojalil, Salvador Espino y Sosa, María Guadalupe Villanueva
- S8 Implante cornual como método definitivo de planificación familiar en el Hospital Central Norte de Petróleos Mexicanos**
Jorge Zepeda Zaragoza, Ismael Madrigal García, Manuel Amezcua Villanueva, Yoatzin Rodríguez Higuera, Citlali Flores
- S8 Tumoración de restos embrionarios del epoofores**
José Eduardo Torreblanca Neve
- S9 Quiste gigante de ovario. A propósito de un caso**
José Luis Cerda Castellanos, Socorro Guzmán Mayen, Deyanira Herrera Ramírez
- S9 Mioma de grandes elementos que coloca al cérvix en situación intraabdominal. Modificación anatómica poco común. Reporte de un caso**
José Luis Cerda Castellanos, Fernando Pompa Olvera
- S9 Análisis de resultados obtenidos en el desarrollo del diplomado en colposcopia y patología del tracto genital y complejo ano perineal en la ciudad de Nuevo Laredo, Tamaulipas**
Juan Manuel Benavides Buruato, Drusso Vera Gaspar, Nelly Judith González López
- S10 Tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo con cinta libre de tensión sistema obturador (TVTO)**
Luis Alberto Pérez Flores, Joaquín Oliva Cristerna, Héctor Hernández García
- S10 Experiencia quirúrgica en la histerectomía vaginal con termofusión, una técnica innovadora**
Luis Alberto Pérez Flores, Joaquín Oliva Cristerna, Héctor Hernández García
- S11 Correlación citocolpohistológica vs correlación colpohistológica como indicador de control de calidad de la citología y la colposcopia**
Manuel Gómez Rodríguez, Drusso Vera Gaspar
- S11 Lesiones intraepiteliales de bajo grado que progresan a una lesión de alto grado**
Marco A Vega Salgado, Gabino Hurtado Estrada, Araceli Espinoza Guerrero, César Cordero Galera, Karen Peralta
- S12 Estudio prospectivo preliminar piloto de cardioprotección con HCL-raloxifeno (SERMs), en pacientes dislipidémicas posmenopáusicas**
Marco Antonio Bracho Ugarte
- S12 Prevalencia de infección genital por *Chlamydia trachomatis*. Evaluación de eficacia terapéutica con azitromicina y doxiciclina**
Marco Antonio Bracho Ugarte
- S13 Lesión escamosa intraepitelial en mujeres con artritis reumatoide**
Marco Antonio Miranda Villa, Ulises Mercado
- S14 Quiste gigante de ovario: reporte de un caso y revisión bibliográfica**
Marco Antonio Mota Galván, Carlos Humberto Briones Landa, Olga Alejandra Muñoz Chable, Roxana Zavaleta Salazar
- S14 Quiste de ovario y VPH cervical en mujer delgada con implante subdérmico de 5 años de evolución: reporte de un caso**
Miguel Ángel Bernal Davish, María Natividad Guzmán Tapia
- S14 Eficacia de la uterosuspensión en el tratamiento del prolapso de órganos pélvicos IV, en pacientes mayores de 65 años**
Oscar Flores Carreras, Sergio Alberto Calderón Lara, Patricia Velázquez Castellanos, Esperanza Centeno Kauffmann, Juan Carlos Muñoz, Yadhira Elizeth Montes Casillas
- S15 Evaluación posquirúrgica en pacientes con cabestrillo tradicional. Presentación de 9 casos**
Oscar Flores Carreras, Gabriela Gallegos Trejo, María Isabel González Ruiz, Claudia J Martínez Espinoza, Edgar Martín López, Fabiola Monroy Rodríguez
- S15 Evolución de las lesiones de bajo grado con reguladores de la carga oxidativa**
Rodolfo López Sánchez, Gabino Hurtado Estrada, César Cordero Galera, Marco A Vega Salgado, Karen Peralta
- S16 Manejo de hiperplasia endometrial: experiencia institucional**
Alma Delia Lagunas Martínez, Hugo Rico Olvera, Ana Cristina Arteaga Gómez
- S16 Terapia hormonal en mujeres con síndrome climático con antecedente de cáncer ginecológico**
Ana Cristina Arteaga Gómez, Carlos E Aranda Flores, Guillermo Ortiz Luna, Guillermo Castellanos Barroso
- S16 Riesgo cardiovascular y prevalencia del síndrome metabólico en la Coordinación de Peri y Postmenopausia del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes**
Ana Paola Sánchez Serrano, Jesús Rafael Aguilera Pérez, Alejandro Porras Bojalil, Salvador Espino y Sosa, María Guadalupe Villanueva
- S17 Correlación de la citología-colposcopia e histopatología en un hospital de segundo nivel**
Cynthia Susana Pérez Cortez, Drusso Vera Gaspar, Gilda Flores Peña, Jesús Cruz Martínez
- S17 Distrés psicosocial en mujeres examinadas colposcópicas**
Delia Albina Márquez Gamiño, Ma. Lourdes Espinosa Hernández, Ma. de la Luz Casillas Sánchez, José Antonio Álvarez Cisneros, Cipriana Cisneros, Delfino Montiel Rodríguez, Sergio Márquez Gamiño

- S18** **Infección por papiloma virus humano en varones mexicanos: frecuencia, localización y morfología**
Delia Albina Márquez Gamiño, José Antonio Álvarez Cisneros, María de Lourdes Espinosa Hernández, Sergio Márquez Gamiño
- S18** **Congruencia cito-colpo-histológica en la práctica médica privada después de la capacitación formal**
Dora Elia Oliva Hernández, Carmen Laura Meneses Hernández, Drusso Vera Gaspar
- S18** **Papanicolaou *in promptu* aplicado a la colposcopia cervical**
Elvia Leticia Tijerina Carrillo, Drusso Vera Gaspar
- S19** **Tratamiento no quirúrgico de la incontinencia urinaria leve a moderada: un estudio *focus group***
Eréndira Kunhardt Urquiza, Víctor Eduardo Hernández Zúñiga, Emilio Nava Uribe
- S19** **Coriocarcinoma: un diagnóstico que hay que tener en mente**
Esperanza Josefina Bautista Gómez, Víctor Morales García, Conrado Robles Vásquez, Úrsula Santos Pérez
- S20** **Electroterapia: tratamiento para la incontinencia dual**
Esther Silvia Rodríguez Colorado, Laura Escobar del Barco, Viridiana Gorbea Chávez, Luis Enrique Gordillo Córdova
- S20** **Incidencia de lesión intraepitelial de alto grado en un hospital privado de Nuevo Laredo**
Guadalupe Rebeca Díaz Vázquez
- S20** **Evaluación del riesgo cardiovascular en mujeres con diagnóstico de insuficiencia ovárica prematura en el Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes del 2000 al 2008**
Heidy Ortiz Reyes, Jesús Rafael Aguilera Pérez
- S21** **Infertilidad primaria, útero en T y posterior embarazo. Reporte de un caso**
Magalhi Guadalupe Robledo Clemente, Fernando Gaviño Gaviño, Francisco Javier Cedillo Díaz, Daniel Moreno García, Francisco Javier Reyes, Juan Enrique Gonzáles, Lilia Cristina Arranz Lara
- S21** **Electroestimulación inhibitoria para el tratamiento de vejiga hiperactiva con dos tipos de energía: interferencial bipolar (if-2p) y TENS (estimulación nerviosa eléctrica transcutánea)**
Silvia Rodríguez Colorado, Laura Escobar del Barco, Viridiana Gorbea Chávez, Milagros Velásquez Espino, Erik González
- S22** **Prevalencia de síntomas de disfunción del piso pélvico y su correlación con el grado de prolapso de órganos pélvicos**
Victoria Abigail Quero Rodríguez, Mauricio Rodríguez, Enrique Aranda Collado, Ricardo López, Enrique Saucedo
- S22** **Metilación del sitio promotor de los genes BORIS/CTCF, GSTP1 Y P16(INK4) en cáncer de mama ductal**
Victoria Martínez Gaytán, Miguel Ángel Reyes Romero, Raúl Cortés Flores, Beatriz González Ramírez González, Brisia Medina, Miguel Eloy Torcida González, Jorge Talmás Márquez
- S22** **Seguimiento de los hilos guía no visibles del DIU TCU 380 A colocado en el posparto**
Norma Velazquez Ramírez, Perla del Rocío Baca Olivo, Roger Lara Ricalde, Enrique Reyes Muñoz
- S23** **Serorreactividad a la hepatitis por virus B antígeno de superficie entre los diferentes grupos de población en la ciudad de Durango, México**
Antonio Sifuentes Álvarez, Cosme Alvarado Esquivel, Nora García Corral, Antonio Bracho Huemoeller
- S23** **Participación de la obesidad en la pérdida gestacional recurrente**
Juan Enrique González Becerra, José Gutiérrez Salinas, Francisco Javier Cedillo Díaz, Jesús Daniel Moreno García
- OBSTETRICIA**
- S25** **Anticoagulación en una paciente embarazada con válvula mitral protésica mecánica: reporte de un caso**
Alberto Kably Ambe, Denys Delgado Amador
- S25** **Estimación de peso fetal mediante pliegue de tejidos blandos a nivel femoral**
Alejandro Martínez Cavazos, Héctor Javier González Lozano, Jesús G Lozano de la Garza
- S25** **Beneficio del manejo laparoscópico vs laparotomía en embarazo ectópico**
Ángel Matute Labrador Sánchez, Rosalía García Ruiz, José Antonio Rodríguez Martínez, María Eréndira Ortiz Ruiz, Carlos Fierro, Elio Rafael Ponce Juárez
- S26** **Frecuencia de hallazgos clínicos y ultrasonográficos en embarazo ectópico del 2004 al 2008 en el Centro Médico ABC**
Ángel Matute Labrador Sánchez, José Antonio Rodríguez Martínez, Rosalía García Ruiz, María Eréndira Ortiz Ruiz, Carlos Fierro, Elio Rafael Ponce Juárez
- S26** **Prevalencia de depresión postparto y características epidemiológicas de una población de mujeres en Durango**
Antonio Sifuentes Álvarez, Cosme Alvarado Esquivel, Carlos Salas Martínez
- S27** **Prevalencia e indicación de operación cesárea en la población adolescente del Hospital General de Durango**
Antonio Sifuentes Álvarez, Lorena del Carmen Hernández García
- S27** **Factores de riesgo asociados al parto pretérmino y evaluación del riesgo perinatal en el Instituto Nacional de Perinatología**
Armando Avilez Bacre, Carlos Julián Neri Méndez, Beatriz Velazquez Valassi

- S28 Toracocentesis y vesicocentesis fetal. Experiencia institucional**
David Mijey Esquivel Izaguirre, Ricardo Hernández Herrera, Mauro Ochoa Torres, René Mónico Ramos González
- S28 Teratoma bilateral y embarazo**
Edgar Homero González Rodríguez, Eduardo Barragán Curiel
- S29 Actitud de la mujer mexicana ante el diagnóstico prenatal del primer y segundo trimestres**
Enrique Aranda Collado, Homero Flores Tamez, Ricardo López Narvaez, Victoria Abigail Quero Rodríguez
- S29 Repercusión del sobrepeso y obesidad materna en los resultados perinatales**
Enrique Reyes Muñoz, Nayeli Elizabeth Martínez Huerta, Carlos Ortega González, Beatriz Velázquez Valassi, Jorge Beltrán
- S29 Resultados perinatales en pacientes con síndrome de ovario poliquístico tratadas con metformina pregestacional durante el primer trimestre del embarazo**
Enrique Reyes Muñoz, Jean Paul Sulaiman Karam, María Elena Rodríguez Piña, Nayeli Elizabeth Martínez Huerta, Julio Francisco Díaz
- S30 Asociación entre el tratamiento antirretroviral altamente activo (TARAA) de las pacientes seropositivas al VIH de embarazadas con el desarrollo de diabetes gestacional (DG)**
Fela Vanesa Morales Hernández, Ricardo Figueroa Damián, Noemí Guadalupe Plazola Camacho
- S30 Evolución de la pancreatitis aguda durante la gestación**
Gabriel Edgar Villagómez Martínez, María del Mar Goya Canino, Luis Cabero Roura, Donato Saldívar Rodríguez
- S31 Manejo del feto con tumoración en cuello con cirugía EXIT-OOPS experiencia hospitalaria**
Hugo Heriberto Kerckoff Villanueva, Armando Bautista Melgoza, Adolfo Peralta Bustamante, Norma Nuño Ramírez, Gabriel Alcalá
- S31 Complicaciones materno perinatales en embarazos de mujeres mayores de 38 años**
J Guadalupe Panduro Barón, Ernesto Barrios Prieto, J Jesús Pérez Molina, Juan Francisco Castro Hernández, Elizabeth Guadalupe Moore, Josefina Villaseñor Hernández
- S32 Manejo laparoscópico oportuno del embarazo ectópico ovárico, presentación de dos diferentes conductas terapéuticas**
Jesús Sánchez Carrasco, Nallely Moreno Uribe, Jesús Aguirre García
- S32 Manejo conservador del quiste torcido de ovario durante el embarazo avanzado, reporte de un caso**
Jesús Sánchez Carrasco, Damaris Alejandra Ortiz Núñez, Nallely Moreno Uribe, Daniel Ramírez Toledo
- S33 Mortalidad materna en el Hospital General de Ecatepec Dr. José María Rodríguez del ISEM (revisión de 10 años)**
Juan Ismael Islas Castañeda, María Dolores García Figueroa, Luz Araceli López Solórzano, Beatriz Ofelia Ramírez Silva
- S33 Estudio comparativo del uso de atosiban vs orci-prenalina en el trabajo de parto pretérmino. Hospital Juárez de México**
Juan Jiménez Huerta, Zenaida Farias Barragán, Norma Idalia Sáenz Méndez
- S34 Aplicación de cerclaje en pacientes con embarazo gemelar sin antecedente de incompetencia ístmico-cervical**
Juan Pablo Reyes Olivans, Pablo Díaz Spíndola, Pedro Galache Vega, Pasquale Patrizio
- S34 Morbilidad en las pacientes portadoras de cerclaje cervical**
Leopoldo César Serrano Díaz, Eréndira Cambero Ocampo, Martha Hernández Muñoz, Georgina Torres Cabral
- S35 Complicaciones perinatales en pacientes con hipertensión arterial crónica**
Luis Fernando Ramírez Sánchez, Ricardo Jorge Hernández Herrera
- S35 Índice cerebro-placentario fetal en preeclampsia severa**
Rey David Núñez, Gerardo Sepúlveda, Donato Saldívar, José Luis Iglesias, Geraldina Guerrero
- S35 Predicción de preeclampsia con el uso del ultrasonido Doppler de arterias uterinas en las semanas 21 + 0 a 24 + 6 de gestación**
Ricardo Alberto López Narváez, Juan Gerardo Sepúlveda González, Fidel Gerardo Morales Caballero, Jesús Lozano de la Garza, Gonzalo Fuenzalida, Carlos Félix Arce, Antonio Dávila Rivas
- S36 Prevalencia de la restricción del crecimiento intrauterino**
Salvador Hernández Higareda, Viviana Delgadillo Moreno, Fernando Oseguera Torres
- S36 Causa más frecuente de trombocitopenia en la mujer con embarazo de alto riesgo**
Salvador Hernández Higareda, María Teresa Contreras Castillo
- S37 Análisis de costo efectividad de la dinoprostona en gel (Prepidol) y de liberación controlada (Propess) en la UMAE del Hospital de Ginecoobstetricia Luis Castelazo Ayala**
Sergio Rosales Ortiz, José Antonio Ayala Méndez, Roberto Sánchez Hernández, Oscar Moreno Álvarez, Olivia Bustillo, Cristina Cevallos Duarte
- S37 Longitud cervical en la predicción de amenaza de parto pretérmino**
Servando Germán Serrano Gómez, Martha Patricia García Morales

- S38 Embarazo ectópico**
Adriana Ramírez Rodiles, Alin Colín Valenzuela, Roberto Villagrana Zesatti
- S38 Conocimiento y actitud materna acerca del síndrome Down y el tamizaje del primer trimestre (translucencia nuchal)**
Alejandra Mayela Briones Martínez, Juan Gerardo Sepúlveda González, Leticia Maldonado Gómez, Héctor Javier González Lozano
- S38 Colestasis intrahepática del embarazo: evaluación de factores de riesgo, curso clínico y pronóstico**
Alinne Colín Valenzuela, Ricardo Figueroa Damián, Angélica Berrón, Salvador Espino y Sosa, José Antonio Hernández Pacheco
- S39 Abordaje diagnóstico y terapéutico de los tumores de anexo durante la gestación: experiencia de una institución de tercer nivel de atención**
Alinne Colín Valenzuela, Carlos Aranda Flores, Guillermo Castellanos Barroso, Ana Cristina Arteaga Gómez
- S39 Evaluación del funcionamiento de la membrana peritoneal en el embarazo**
Alma Delia Lagunas Martínez
- S40 Perfil psicosocial de adolescentes embarazadas en el Centro de Salud Durango**
Alma Delia Medina Jaime, Antonio Sifuentes Álvarez
- S40 Protocolo GLOBE (gestación vinculada a obesidad y al medio ambiente)**
Clara del Carmen Flores Acosta, María del Mar Goya Canino, Luis Cabero Roura, Donato Saldívar Rodríguez, Juan Carlos Muñoz
- S41 Medición de cuerpos lamelares para valorar la madurez pulmonar fetal en pacientes con patología materna**
Clara del Carmen Flores Acosta, Donato Saldívar Rodríguez, Juan Antonio Soria López, Gabriel Edgar Villagómez Martínez, Nancy Magdalena Flores, Luis Cabero Roura
- S41 Tuberculosis y embarazo**
Clara del Carmen Flores Acosta, Gregorio Treviño Martínez, Gerardo Sepúlveda González, Nancy Magdalena Dávila Flores, Mauro Macedo, Oscar Vidal Gutiérrez, Rey David Núñez Albar
- S41 Neurofibromatosis y embarazo**
Edna Emilia Ruiz Paz, Clara del Carmen Flores Acosta, Abel Guzmán López, José Luis Iglesias Benavides
- S42 Adiponectina en suero materno en enfermedad hipertensiva del embarazo**
Edna Emilia Ruiz Paz, Paola Méndez Calvillo, Abel Guzmán López, José Luis Iglesias Benavides, Otto Hugo Treviño, José Alberto Villarreal Rodríguez
- S42 Asociación entre el tratamiento antirretroviral altamente activo (TARAA) de las pacientes seropositivas al VIH de embarazadas con diabetes gestacional (DG)**
Fela Vanesa Morales Hernández, Ricardo Figueroa Damián, Noemí Guadalupe Plazola Camacho
- S43 Malformaciones müllerianas (MM) y pérdida gestacional recurrente (PGR) experiencia en el Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes desde el 2006 al 2008**
Guadalupe Sabrina Hernández González, María Magdalena Enríquez Pérez, Beatriz Velázquez Valassi, José Antonio Ramírez Calvo
- S43 Propuesta de manejo activo para restricción del crecimiento intrauterino**
Hilda Imelda Vázquez Delfín, Eréndira Cambero Ocampo, Alejandro Martínez Avendaño, Leopoldo César Serrano Díaz
- S44 Embarazo en mujeres con glomerulopatías. Resultados perinatales y renales en pacientes del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes**
Karina Arlen Sequeira Alvarado, Guillermo Cárdenas Membriela, José Antonio Hernández Pacheco, Ariel Estrada Altamirano
- S44 Apego al manejo normativo en la enfermedad hipertensiva severa del embarazo, en el Hospital General de Ecatepec Dr. José María Rodríguez, durante el año 2008**
Luz Araceli López Solórzano, Juan Ismael Islas Castañeda, Beatriz Ofelia Ramírez Silva
- S45 Sarcoma de células claras del nervio ciático y embarazo. Una asociación fatal poco frecuente**
Magalhi Guadalupe Robledo Clemente, Marisol Rivera Hernández, Guadalupe del Angel Hernández, Christian Moctezuma Meza, Francisco Javier Galindo, Elías Ahumada Ramírez
- S45 Evaluación prospectiva y manejo de las gestantes**
María del Mar Goya Canino, Luis Cabero Roura, Donato Saldívar Rodríguez
- S45 Daño oxidativo y resultado perinatal en gestantes**
María del Mar Goya Canino, Luis Cabero Roura, Carmen Domínguez García, Donato Saldívar Rodríguez
- S46 Impacto del índice de masa corporal pregestacional en los resultados maternos y neonatales**
María del Mar Goya Canino, Aime Corona Fernández, Luis Cabero Roura, Donato Saldívar Rodríguez, Gabriel Edgar Martínez
- S46 Uso de rituximab en púrpura trombocitopénica refractaria asociada con lupus eritematoso sistémico y embarazo**
María Candelaria Hernández Medina, Irma Maricela Quintero Estrella, J Guadalupe Panduro Barón, María Inés Estrada Solorio
- S47 Proyecto PECEP (pesario cervical para evitar prematuridad)**
María del Mar Goya Canino, Luis Cabero Roura, Donato Saldívar Rodríguez, Clara del Carmen Flores Acosta
- S47 Dosis única vs dosis múltiple de corticoesteroides antenatales, resultados perinatales**

María Guadalupe Smith Doria, Paola Méndez Calvillo, José Alberto Villarreal Rodríguez, Juan Antonio Soria López, Otto Hugo Treviño

- S47 Nivel elevado de hemoglobina glucosilada en embarazos insulinodependientes como predictor de preeclampsia**
María Guadalupe Smith Doria, José Alberto Villarreal Rodríguez, Donato Saldivar Rodríguez, Roberto Ambriz López

- S48 Histerectomía obstétrica. Experiencia en el Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes del 2004 al 2008**
Mayeli Fuentes Dehesa, Tomás Herreras Canedo, Salvador Espino Sosa, Beatriz Velázquez Valassi

- S48 Eficacia del misoprostol bucal para la interrupción legal del embarazo de 10 y 11 semanas de gestación**
Rosa María Tufiño Loza, Laura Martínez García, Martín Guillermo Pérez Santiago, Alfonso Gerardo Carrera Riva Palacio, Joel Murillo, Lourdes García López

- S49 Mortalidad materna en el HGAV de los Servicios de Salud de Oaxaca, Oaxaca**
Soledad Susana Arenas Gomez, Felipe Pérez Zainos, Gerardo Gutiérrez Caballero

- S49 Determinación del gasto uterino como nuevo predictor de bienestar materno-fetal**
Velia Teresa Hernández Flores, Roberto Ambriz López, José Luis Iglesias Benavides, José Alberto Villarreal Rodríguez, Ileana Reyes

- S49 Síndrome de Eisenmenger. Reporte de 4 casos**
Velia Teresa Hernández Flores, Gregorio Treviño Martínez, Abel Guzmán López, Heidi Gómez Juárez, Erika Sierra

- S50 Evaluación de la migración placentaria en el primero y segundo trimestres del embarazo en pacientes con implantación baja**
María Nayeli Salas Quiroz, Esther Macedo Torres, Jaroslav Stern Colín y Nunés

FERTILIDAD

- S51 Morbilidad obstétrica y perinatal en técnicas de reproducción asistida de alta complejidad**
Alberto Kably Ambe, Jenny Díaz Calvillo, Gustavo Aguirre Ramos

- S51 Resultados de inseminación intrauterina y embarazo**
Alberto Kably Ambe, Emmanuel Carrera Lomas, Gustavo Aguirre Ramos, Esperanza Carballo Mondragón, Mireya Núñez

- S51 Transferencia de embriones: dos sistemas diferentes realizados por seis diferentes médicos en el Centro Especializado para la Atención de la Mujer**
Alberto Kably Ambe, Gustavo Aguirre Ramos, Esperanza Carballo Mondragón, Emmanuel Carrera Lomas, Rebeca Kisel

- S52 Estudio comparativo de las tasas de embarazo en pacientes azoospermicos con obtención de espermatozoides por biopsia testicular**
Alberto Kably Ambe, Esperanza Carballo Mondragón, Leonor Durán Monterosas, Gustavo Aguirre Ramos

- S52 Prevalencia de infecciones por *Mycoplasma*, *Ureaplasma* y *Chlamydia* en pacientes sometidas a fertilización *in vitro***
Alberto Kably Ambe, Gustavo Aguirre Ramos, Pedro Ponce Barberena, Gustavo Eder González Álvarez, Juan de Dios Quiroz I

- S53 Prevalencia de eyaculación retrógrada en infertilidad asociada con hipospermia**
Armando Juárez Bengoa, David Francisco Rodríguez Perdomo, Fiorella Bagnarello González, Emmanuel Rodríguez Yee

- S53 Tratamiento potencial de la infertilidad utilizando un segundo eyaculado**
Armando Juárez Bengoa, Laura Fabiola Guadarrama García, María de los Angeles Díaz Pérez

- S53 Alteraciones clínicas, seminales y hormonales en hombres infértiles con hiperprolactinemia**
Armando Juárez Bengoa, Ricardo Cano Carrillo, María Magdalena Moncada Tercero, Patricia Zulema Márquez Iribe, Mirna Guadalupe Sánchez

- S54 Descripción clínica de 73 pacientes infértiles con disfunción sexual e hiperprolactinemia dentro de la Clínica de Andrología**
Armando Juárez Bengoa, María Magdalena Moncada Tercero, Ricardo Cano Carrillo, Patricia Zulema Márquez Iribe, Mirna Guadalupe Sánchez

- S54 Impacto de la histeroscopia de consultorio en pacientes con antecedente de dos o más ciclos de FIV-TE/ICSI previos fallidos en un centro de reproducción asistida**
Fernando Gaviño Gaviño, Eduardo Guzmán González, Enrique Reyes Muñoz, José de Jesús Villalpando Bravo, Rosa Alicia Jáuregui Meléndrez

- S55 Experiencia de un programa de FIV/ICSI, factores determinantes de embarazo y resultados perinatales**
Juan Carlos Barros Delgadillo, Patricia Zulema Márquez Iribe, Ricardo Cano Carrillo, Eva Vega Hernández, Christopher E Ormsby, Fernando Gaviño Gaviño

- S55 Eficacia de dos esquemas flexibles de antagonista de GnRH en ciclos de hiperestimulación ovárica controlada (HOC) más inseminación intrauterina (IU): ensayo clínico aleatorio**
Juan Carlos Barros Delgadillo, Heidi Trejo Castañeda, Christopher E Ormsby, Fernando Gaviño Gaviño

- S56 Impacto de los cuerpos M540 en los resultados de la función espermática relacionados con la expresión de anexina V y oligonucleosomas: resultados de alto impacto en la evaluación del factor masculino**
Alinne Colín Valenzuela, Nardhy Gómez López, Rosaura Ávila Lombardo, Carlos Valdespín Fierro, Gerardo Villa, Mauricio Velázquez Magaña

- S56 Eficacia de MicroSort® en el enriquecimiento de espermatozoides del cromosoma X o Y en muestras clasificadas**
Ana Laura Rodríguez Padilla, Ana Paula Rangel Águila, Diego Carrillo Ruiz Velasco, Chrispo Opanga
- S57 Eficacia de MicroSort® para conseguir tasas similares de embarazo y fertilización como aquellas de muestras no clasificadas, usando muestras enriquecidas que resultaron en un alto porcentaje de bebés nacidos del género deseado**
Ana Laura Rodríguez Padilla, Ana Paula Rangel Águila, Diego Carrillo Ruiz Velasco, Chrispo Opanga
- S57 Eficacia de MicroSort® para conseguir tasas similares de fertilización y clivaje como las de muestras no clasificadas, usando muestras enriquecidas que resultaron en altos porcentajes de embriones del género deseado a través de DGP**
Ana Laura Rodríguez Padilla, Ana Paula Rangel Águila, Diego Carrillo Ruiz Velasco, Chrispo Opanga
- S58 Tasas de embarazo clínico con inseminación intrauterina con bajo número de células espermáticas clasificadas con MicroSort®**
Ana Laura Rodríguez Padilla, Ana Paula Rangel Águila, Diego Carrillo Ruiz Velasco, Chrispo Opanga
- S58 Efectividad de la estimulación ovárica moderada vs convencional para disminuir la cantidad aplicada de FSH exógena, el costo del tratamiento y la tasa de embarazo**
Emma Elizabeth Barla Muñoz, Álvaro Santibáñez Morales, Enrique Reyes Muñoz, Fernando Gaviño Gaviño, Eva I
- S59 Resultados perinatales en pacientes con síndrome de ovarios poliquísticos y embarazo logrado en forma natural, citrato de clomifeno con metformina y letrozole**
Fela Vanesa Morales Hernández, Oliver Cruz, Enrique Reyes Muñoz
- S59 Factor masculino de infertilidad: estudio de 108 pacientes con oligozoospermia**
María Nayeli Salas Quiroz, Esther Macedo Rodríguez, Ernesto Segura Velázquez, Jaroslav Stern Colin y Núnés
- S59 Observación de espermatozoides en el epidídimo mediante ultrasonido de alta frecuencia en un paciente vasectomizado**
María Nayeli Salas Quiroz, Esther Macedo Torres, Ernesto Segura Velázquez, René Mena, Jaroslav Colin y Núnés
- S60 Resultados de un programa de inseminación con semen de donador**
Alberto Kaby Ambe, Leonor Durán Monterrosas, Esperanza Carballo Mondragón, Everardo Anta Jean
- VIDEO OBSTETRICIA**
- S61 Abordaje laparoscópico de masa anexial en el embarazo**
Carlos Humberto Briones Landa, Lionel Leroy López,
- Cristina Arteaga Gómez, Roxana Zavaleta Salazar, José de Jesús Santillán*
- S61 Tratamiento sistemático de la hemorragia obstétrica por placenta previa y acreta**
René Marcelo Fernando Márquez Allegre, Emigdio Torres Farias, Alejandro García Trelles, Bertha Franco Tostado
- S61 Forceps: emblema de la obstetricia operatoria**
René Rivas Pizarro
- S61 Cornuotomía por vía laparoscópica de un embarazo ectópico cornual**
Emmanuel Rodríguez Yee, Ricardo Adame, Mario Albani Campanario, Fiorela Bagnarello
- VIDEO GINECOLOGÍA**
- S62 La histerectomía totalmente laparoscópica con el manipulador de Bonet en el Hospital Magallanes de Acapulco**
Adolfo Pérez Bonet, Silvia Ortega Barrios, Hermelinda Ramírez Vega, Alberto Reyes Sotelo, Manuel Cabrera
- S62 Abordaje diagnóstico y terapéutico de útero unicornio y cuerno rudimentario no comunicante con hematómetra**
Armando Miguel Roque Sánchez, José Manuel Zamarripa Leyva, Carlos Julio Castelo Ruelas
- S63 Hematómetra y tabique uterino completo. Resección histeroscópica**
Armando Miguel Roque Sánchez, José Manuel Zamarripa Leyva, Carlos Julio Castelo Ruelas
- S63 Prolapso recidivante de cúpula vaginal**
Arnulfo Martínez Chapa, Cynthia Judith Mercado Loredo, Luis Gerardo Sepúlveda Vázquez, Irma Alyttet Balderas Cerda, Francisco Verdugo
- S63 Abordaje abdominal del prolapso uterino**
Arnulfo Martínez Chapa, Cynthia Judith Mercado Loredo, Luis Gerardo Sepúlveda Vázquez, Germán Martínez Garza, Francisco Verdugo
- S64 Manejo histeroscópico de miomatosis submucosa múltiple**
César Cruz Salas, Israel Obed Carmona Ruiz, Gilberto Chacón, Oralia Herrera Tinajero
- S64 Metaplasia ósea del endometrio. Presentación de un caso**
Esperanza Centeno Kauffmann, Sergio Bernal Martínez, Gabino de Jesús Vaca Carvajal, Elvia E Hernández Madera, Josefina García
- S64 Traquelectomía abdominal con preservación de la fertilidad en cáncer cervical inicial**
Gabino Hurtado Estrada, Antonio Santillán González, César Cordero Galera, Rodolfo López Sánchez, Marco A Salgado, Ángel Moreno Colin
- S65 Endocolposcopia histeroscópica. Un nuevo método de exploración**
Isaac Melo Cerda

- | | |
|--|---|
| <p>S65 Signo de Gaizer, para el diagnóstico temprano del adenoma maligno de cérvix
<i>Isaac Melo Cerda</i></p> <p>S65 Histerectomía laparoscópica con lente angulado
<i>José de Jesús Guijarro Bustillos, Rene Rivas Pizarro, Ricardo Lozano, Karla Barrera</i></p> <p>S65 Operación de Graves, cirugía ampliadora del tercio externo vaginal
<i>José Luis Sánchez Acuña</i></p> <p>S66 Abdominoplastia tipo Regnault e histerectomía
<i>José Luis Sánchez Acuña</i></p> <p>S66 Operación de Graves
<i>José Luis Sánchez Acuña, Guillermo Sáenz Aburto</i></p> <p>S66 Resolución histeroscópica de piometra en adolescente con defecto mülleriano
<i>José Manuel Zamarripa Leyva, Armando Roque, Roberto Reiter, Julio Castelo Ruelas</i></p> <p>S66 Neovagina con serosa de útero
<i>Juan Jiménez Huerta, Aidé Beatriz Ocampo Torres, Gabriela Salvador Domínguez</i></p> <p>S67 Histerectomía vaginal con termofusión: técnica innovadora
<i>Luis Alberto Pérez Flores, Joaquín Oliva Cristerna, Héctor Hernández García, Juan Solís Medrano</i></p> <p>S67 Uterosuspensión al ligamento sacroespinoso
<i>Oscar Flores Carreras, Patricia Velázquez Castellanos, Yadhira Elizeth Montes Casillas, Sergio Alberto Calderón</i></p> | <p><i>Lara, Esperanza Kauffmann, Gabriela Gallegos Trejo</i></p> <p>S67 Cabestrillo tradicional
<i>Oscar Flores Carreras, Patricia Velázquez Castellanos, Yadhira E Montes Casillas, Sergio A Calderón Lara, Gabriela Trejo, Fabiola Monroy Rodríguez</i></p> <p>S68 Reducción de riesgo y de tiempo quirúrgico durante la histerectomía laparoscópica total (HLT)
<i>Rafael Marín Medina, Rafael Marín Ruiz, Leopoldo Vázquez Matute</i></p> <p>S68 Abordaje supra umbilical y nuevo trócar para CL1P
<i>René Rivas Pizarro, Homero Rivas Martínez</i></p> <p>S68 Miomectomía por histeroscopia, una opción segura
<i>Sergio Rosales Ortiz, Olivia Camacho Bustillo, Cristina Cevallos Duarte, Roberto Sánchez Hernández</i></p> <p>S69 Manejo laparoscópico de endometriosis pélvica extensa
<i>Ángel Regino Guerra de la Garza Evia, Víctor Alfonso Batiza Resendiz, Israel Obed Carmona Ruiz</i></p> <p>S69 Histerectomía vaginal sin pinzas
<i>Clara del Carmen Flores Acosta, Oscar Vidal Gutiérrez, Patricia Iglesias del Real, Emilio Treviño Salinas, Nancy Magdalena Flores</i></p> <p>S69 Histerectomía totalmente laparoscópica en el Hospital General de Acapulco: nuestra técnica
<i>Silvia Ortega Barrios, Adolfo Pérez Bonet, Manuel Sáenz Cabrera, Adriana Alcaraz Muñuzuri, Dan Marcel Hernández</i></p> |
|--|---|



GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DE MÉXICO

Tarifas de suscripción anual 2009

Revista mensual

En la República Mexicana

Institucional (multilectores):	\$ 940.00
Personal:	\$ 920.00
Ejemplares publicados:	\$ 120.00

En el extranjero:

Institucional (multireaders):	\$ 160.00 dls.
Personal:	\$ 155.00 dls.

***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 No. 38, Col. Nápoles, 03810 México, D.F.
Tel. 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. Tel.: 5678-2811, fax: 5544-3225. Impresa en: Roma Color S.A. de C.V. Pascual Orozco No. 70, Tel. 3067-5800.
Coordinación editorial: Dr. Enrique Nieto R.

Suscripciones e informes

Sra. Bertha Schoelly de Larrondo
Calle de Nueva York No. 38, Col. Nápoles
Del. Benito Juárez, 03810, México, D.F.
Tels: 5682-0156, 5682-4823,
de 17:00 a 20:00 horas.
Fax: 5682 5601
E-mail: ginecolobstetmex@femeco.org.mx

Publicidad

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

Publicidad

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



Editada por la Federación Mexicana de Ginecología y Obstetricia

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*

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. Jesús Puente Tovar
Dr. Javier Santos González
Dr. Jesús Leal del Rosal

COMITÉ EDITORIAL

Distrito Federal

Dr. Alberto Alvarado Durán
Dra. Judith Ablanado Aguirre
Dr. Manuel Álvarez Navarro
Dr. Carlos Aranda Flores
Dr. Aquiles R. Ayala Ruíz
Dr. René Bailón Uriza
Dr. Francisco Bernardes Zapata
Dr. Rubén Bolaños Ancona
Dr. Herman Brandt
Dr. Rafael G. Buitrón García F.
Dr. Héctor Hugo Bustos López
Dr. Francisco Cabral Castañeda
Dr. Cuauhtémoc Celis González
Dr. Guillermo Díaz Barreiro
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
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. Gilberto Ramírez Cueto
Dr. Segismundo Rodríguez Rodríguez
Dr. José Antonio Ruíz Moreno
Dr. Carlos Salazar López Ortíz
Dr. Carlos Sánchez Basurto
Dr. Guillermo Santibáñez Moreno
Dr. Javier Santos González
Dr. Luis Senties 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

Dr. Juan Antonio Bujáidar Bujáidar
Dr. Reynaldo Milla Villeda

Guadalajara, Jal.

Dr. Sergio Fajardo Dueñas
Dr. Oscar 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

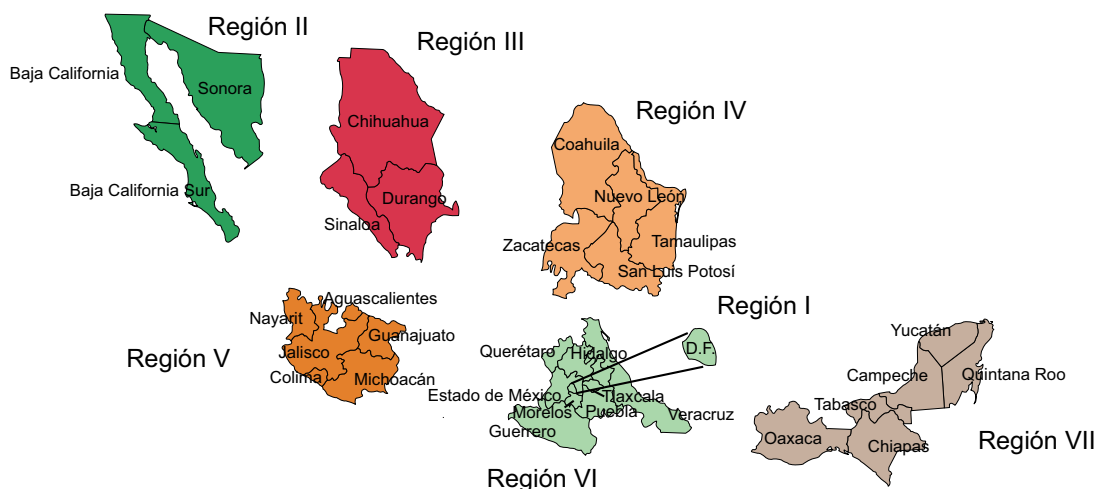
Tlaxcala, Tlx.

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



GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DE MÉXICO

Federación Mexicana de Ginecología y Obstetricia, A.C.

Fundada en 1960

Comité Ejecutivo 2007-2009

Dr. René Bailón Uriza
Presidente

Dr. Alberto Kably Ambe
Vicepresidente

Dr. Cuauhtémoc Celis González
Secretario

Dr. Javier Gomezpedroso Rea
Tesorero

Dr. Claudio Serviere Zaragoza
Pro-Secretario

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:



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



FIGO
The 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, EBSO.



Mensaje del Presidente de la Federación Mexicana de Ginecología y Obstetricia

Estimados colegas y amigos:

Reciban un cordial saludo del Comité Ejecutivo en Pleno de la Federación Mexicana de Ginecología y Obstetricia, y una cordial invitación para que asistan acompañados de sus apreciables familias al evento académico magno de nuestra agrupación, el 60 Congreso Mexicano de Ginecología y Obstetricia.

La rápida evolución del conocimiento y los descubrimientos de nuevas tecnologías originan cambios en la medicina que la apartan de su concepción y práctica original, es por esto que nuestra Federación tiene como prioritaria la educación médica continua. El profesional de la medicina requiere actualmente conocimiento, experiencia, destreza, adecuado criterio, humanismo y una profunda formación filosófica y antropológica que le permita tomar adecuadas decisiones. Los congresos médicos nos dan la oportunidad de estar al día en los avances antes mencionados al adquirir nuevos conocimientos y darle solidez a los ya conocidos. Corresponde al Colegio de Obstetricia y Ginecología de Quintana Roo A. C., de la Región VII, organizar el 60 Congreso Mexicano de Ginecología y Obstetricia. Hemos sido testigos del profesionalismo y dedicación con el que el Comité Organizador ha ido conformando un atractivo y bien balanceado programa en donde ha privilegiado la modalidad interactiva que permitirá un real intercambio de conocimientos y experiencias entre los asistentes. Con especial cuidado se ha ideado el programa sociocultural para congresistas y acompañantes en el marco de las bellezas naturales de Cancún, Quintana Roo.

Con tu presencia está asegurado el éxito académico, social, familiar y de amistad que ha caracterizado a estas reuniones y que año con año se superan en aforo y calidad.

Bienvenido a este tu evento de excelencia.

“Por una formación profesional médica continua”



Editorial

Éste es el Suplemento anual de la revista GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DE MÉXICO que cada año se dedica a la publicación de los trabajos libres, carteles y videos que se exponen durante el Congreso Mexicano. La presentación oral de estos es una parte medular de esta reunión académica de ginecólogos y obstetras. Con frecuencia, es el foro donde por primera vez los residentes de la especialidad dan a conocer sus primeras experiencias en la investigación clínica, las ponen a la consideración y discusión de los congresistas y se atienden las críticas y sugerencias. Este tipo de trabajos (libres, carteles y videos) son los que muchas veces comunican los progresos más recientes que ya se han experimentado en la clínica: de ahí la importancia no sólo de poder leerlos en este documento, sino de asistir a las exposiciones orales para escuchar y participar en las discusiones.

Para que el esfuerzo realizado en la investigación y los resultados presentados en el congreso realmente trasciendan, es importante concluir el trabajo hasta plasmarlo en un artículo original y enviarlo a la con-

sideración de comités editoriales para su publicación y divulgación masiva a la comunidad internacional. Ésta debe ser la meta final de todos los que participan en una investigación.

La exposición pública, el debate y la discusión son prácticas que enriquecen el conocimiento, por eso es decisivo practicarlas. La finalidad de un congreso médico debe, siempre, ir más allá del encuentro entre colegas; lo trascendente es el intercambio de experiencias que se conviertan en aprendizaje.

La calidad y aprovechamiento científico de un congreso es responsabilidad de todos, incluidos los organizadores: la participación activa en la discusión hará siempre la diferencia. El mejor recuerdo de un Congreso será lo aprendido, lo rectificado, el recuerdo de lo básico; los obsequios físicos son efímeros y de fácil olvido. Lo perdurable: lo aprendido.

En hora buena, y que este Congreso sea un buen inicio en el empeño de ser mejores profesionales de la Medicina.

**Resultado obstétrico en una paciente con embolización de arterias uterinas, acretismo placentario y miomatosis uterina: Reporte de un caso**

Alberto Kably Ambe, Denys Delgado Amador, Jaime Alcocer Urueta

Centro Especializado para la Atención de la Mujer, Hospital Ángeles Lomas, Huixquilucan, Estado de México, México

Presentación del caso: paciente de 34 años, con historia de infertilidad primaria, antecedente de miomectomía laparoscópica y embolización de las arterias uterinas, que presentó un embarazo posterior, logrado por fertilización *in vitro*. A la semana 33 se halló por ultrasonido placenta previa total, se realizó nuevo ultrasonido y resonancia magnética a la semana 36, los cuales concluyeron placenta previa total, sin evidencia de acretismo. A la semana 36 se realizó cesárea corporal, previa cateterización de ureteros y colocación de introductor vascular 6 Fr en la femoral derecha, por la probabilidad de histerectomía obstétrica y embolización. Al realizar el alumbramiento se evidenció que parte de la placenta estaba firmemente adherida a la pared uterina, por lo que se dejó un segmento de esta en el útero, se realizó embolización de las arterias uterinas e inició tratamiento con metotrexato.

Discusión: en la actualidad el embarazo después de la embolización es factible y la mayoría de las veces con buenos resultados; sin embargo, el tratamiento recomendado en pacientes con miomatosis que desean preservar su fertilidad sigue siendo la miomectomía. Nuestra paciente ejemplifica el problema de infertilidad de las pacientes con miomas, las complicaciones obstétricas de una paciente postembolizada, el manejo multidisciplinario de estas y muestra a la embolización de las arterias uterinas como una opción de embarazo en pacientes con miomatosis, que en otros tiempos se someterían a histerectomía.

Sacrocolpopexia abdominal: experiencia clínica de cirugía pélvica reconstructiva

Arnulfo Martínez Chapa, Cynthia Judith Mercado Loredó, Luis Gerardo Sepúlveda Vázquez, Irma Alyttet Balderas Cerda, Francisco Verdugo, Germán Martínez Garza

Hospital Regional Monterrey, Clínica de Cirugía Pélvica Reconstructiva, ISSSTE, Monterrey, NL, México

Objetivo: determinar la efectividad de la sacrocolpopexia abdominal realizada de noviembre de 1994 a noviembre de 2008, en el tratamiento de la eversión de la cúpula vaginal post-histerectomía.

Material y método: serie de casos. Se intervinieron 119 casos, utilizando en 12 casos Gore-tex, 61 casos malla de polipropileno de alta densidad, y 46 con malla fina de polipropileno. Se utilizaron suturas de prolene 00, para fijación. En 106 casos se realizó culdoplastia de Halban, en 57 casos se realizó reparación paravaginal abdominal, en 19 se cerró el defecto paravaginal y Burch-Tanagho, conjuntamente. En 35 casos sólo Burch-Tanagho. El seguimiento varió de 5 meses a 14 años. Se registró una pérdida al seguimiento de 26 casos.

Resultado: la edad promedio varió de 62 ± 6.4 años, EC II-64, EC III-16, y EC IV-13. La media de tiempo operatorio es 120 ± 20 minutos, la pérdida sanguínea 400 ± 40 cc. Se presentó hemorragia transoperatoria en 6 casos. Se identificaron 5 recurrencias, 2 con Gore-tex y 3 con malla de alta densidad de polipropileno. No se registró ninguna con malla fina de prolene. Se presentaron 8 casos de prolapso de pared anterior, nivel de -1. Durante el seguimiento se detectaron 3 erosiones con Gore-tex, y 6 con malla de alta densidad, ninguna con malla fina.

Conclusiones: los injertos de Gore-tex y malla de alta densidad de polipropileno fueron los de mayor seguimiento mostrando mayor recurrencia y mayor erosión. La malla fina de polipropileno fue la de menor seguimiento, sin mostrar recurrencia y erosión. La hemorragia transoperatoria es una complicación esperada.

Experiencia en el manejo de cáncer cervicouterino microinvasor

Carlos Guzmán Nava, María Elena Camacho Miranda, Rigoberto Cabrera Viveros, Lilia Hernández Nava, Gladys Romero, Ismael Padilla Ponce

Hospital General Vasco de Quiroga, Servicio de Gineco-obstetricia, ISSSTE, Morelia, Michoacán, México

Objetivo: reportar la experiencia adquirida en el manejo del cáncer cervicouterino microinvasor en el hospital.

Material y método: estudio retrospectivo-prospectivo, descriptivo del 1 de julio de 2001 al 30 de junio de 2007, a todas las pacientes que acudieron a la clínica de displasias con citología anormal se les practicó estudio colposcópico, casos con imagen sugestiva de lesión se realizó biopsia. Casos con lesión de alto grado o microinvasión se realizó cono cervical, se practicó histerectomía complementaria en casos justificados. Se estableció vigilancia citocolposcópica periódica por 5 años.

Resultados: se realizaron 17,925 colposcopias, 3,605 de primera vez. En 3,235 (89.7%) se demostró lesión colpo-histológica, 745(23%) fueron LIAG, 730 (98%) localizadas en cérvix. 662 (90.7%) manejadas con cono, 68 (9.3%) HTAPiver-I. 34 (5.1%) se reportó microinvasión, 22 (64.7%) EC:Ia1, manejadas: 14 con cono cervical, 6 HTA Piver-I, 1 HTA Piver-II por adenoescamoso, 1 HTA Piver-III por permeación linfovascular. 12 (35.3%) EC:Ia2, manejadas: 8 HTA Piver-II por estirpe epidermoide, 4 HTA Piver-III por permeación linfovascular, en 2 TR complementaria por ser adenocarcinoma indiferenciado. El apego a la vigilancia es de 97%, sin detección de lesión residual en ningún caso.

Conclusiones: la detección del CaCu en etapa Ia alcanza sólo 2.5% nacional, el manejo conservador disminuye secuelas postoperatorias alcanzando tasas de curación semejantes a manejos mutilantes. En este estudio el manejo apegado a factores pronósticos, las complicaciones postratamiento, el apego a la vigilancia epidemiológica, están dentro de los estándares internacionales de control de calidad reportados.

Una complicación poco frecuente del síndrome de hiperestimulación ovárica: trombosis de la arteria femoral. Reporte de un caso

Carlos Quesnel García-Benítez, Ricardo Avilés Cabrera, Jaime Cevallos Bustillos

Centro Especializado para la Atención de la Mujer, Hospital Ángeles Lomas, Huixquilucan, Estado de México, México

Presentación del caso: mujer de 30 años, con diagnóstico de infertilidad primaria y ovario poliquístico, bajo tratamiento de hiperestimulación ovárica controlada con

FSH recombinante y hormona gonadotropina coriónica humana. Acudió a urgencias del hospital con un cuadro súbito de dolor intenso, palidez e hipotermia en el miembro pélvico derecho, distensión y dolor abdominal. Se realizó interrogatorio, exploración física, estudios paraclínicos y se solicitó interconsulta al departamento de angiología quienes diagnosticaron trombosis de arteria femoral derecha. Se integraron los diagnósticos de síndrome de hiperestimulación ovárica y trombosis de arteria femoral derecha como complicación del mismo, lo cual es poco frecuente. Se decidió realizar tromboectomía, paracentesis descompresiva y se inició tratamiento para el síndrome de hiperestimulación ovárica. Una semana después se diagnosticó embarazo gemelar, uno de ellos fue anembrionario y el otro, con embrión único, se resolvió a la semana 38.

Discusión: el síndrome de hiperestimulación ovárica es una complicación iatrogénica secundaria al uso de gonadotropinas para hiperestimulación ovárica controlada en procedimientos de reproducción asistida. Se caracteriza por aumento del volumen ovárico secundario a la formación de quistes teca-luteínicos, fuga de líquido intravascular con ascitis, derrame pleural y aumento de la viscosidad sanguínea lo que ocasiona alteraciones hidroelectrolíticas, falla renal y un estado de hipercoagulabilidad. Los fenómenos trombóticos son poco frecuentes y cuando se presentan la trombosis arterial representa el 25% y la trombosis venosa el 75% de los casos. Hay pocos reportes de trombosis arterial como complicación del síndrome de hiperestimulación ovárica por lo que presentamos este caso el cual se resolvió exitosamente desde el punto de vista médico y reproductivo.

Diagnóstico y tratamiento del dolor pélvico crónico

Daniel Vélez Sánchez, Luis Enrique Gordillo Córdova, Silvia Rodríguez Colorado, Laura Guadalupe Escobar del Barco, Viridiana Chávez

Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, México, DF, México

Presentación del caso: paciente de 67 años que acude por dolor genital de 3 años de evolución, posterior a colpografía anterior, que le impide apoyarse al sentarse, dicho dolor es incapacitante, no cede con AINES, sólo escasamente con pregabalina. Cursa también con incontinencia urinaria mixta y sintomatología de prolapso de órganos pélvicos. A la exploración uroginecológica llama la atención el dolor

intenso a nivel uretral, vulvar, pared vaginal izquierda y músculos puborrectal y pubocoxígeo izquierdos. Prueba de desplazamiento de la piel y celular subcutáneo negativa. Se descartan infecciones genitourinarias, masas anexiales, neoplasias. Se descartó síndrome de atrapamiento del nervio pudendo con pruebas neurofisiológicas: latencia de nervios pudendos, potenciales evocados, electromiografía cuantitativa. La cistoscopia muestra zonas de ulceraciones en la mucosa vesical de las cuales se toma biopsia que reporta cistitis intersticial. Se trata con toxina botulínica A intravesical, con lo cual remite la sintomatología.

Discusión: la cistitis intersticial es un diagnóstico de exclusión que puede simular una diversidad de patologías. La toxina botulínica A es una buena opción terapéutica.

Endometrio polipoide en histeroscopia y resultados perinatales posteriores a FIV-TE/ICSI en un centro de reproducción asistida

Eduardo Guzmán González, Fernando Gaviño Gaviño, Jesús Daniel Moreno García, Enrique Reyes Muñoz, José de Jesús Villalpando Bravo, Rosa Alicia Jáuregui Meléndrez

Reproducción Asistida de México, México, DF, México

Introducción: las lesiones endometriales como los pólipos, miomas submucosos o las adherencias pueden afectar de manera negativa las tasas de implantación y embarazo clínico y pueden incrementar las tasas de aborto posterior a ciclos de FIV-TE/ICSI.

Objetivo: conocer los resultados del endometrio polipoide diagnosticado y corregido al momento de la histeroscopia, sobre nuestras tasas de embarazo clínico y aborto en los ciclos de FIV-TE/ICSI en un centro de reproducción asistida.

Material y método: estudio retrospectivo, de casos y controles. Se documentaron 71 histeroscopias. El FIV-TE/ICSI se realizó en un periodo no mayor a los 6 meses posterior a la histeroscopia. Se dividieron a las pacientes en dos grupos: A (35 pacientes) los cuales presentaron endometrio de aspecto polipoide y el grupo B, (36 pacientes) con endometrio normal. Se analizaron las variables demográficas, el número de embarazos clínicos y aborto.

Resultados: no se presentaron diferencias entre las variables demográficas estudiadas entre las pacientes con o sin histeroscopia, a excepción de los niveles de LH. Se reportaron 9 (25.7%) embarazos clínicos en el grupo de

estudio frente a 13 (36.1%) en los controles ($p = 0.193$). El número de abortos fue de 5 (14.2%) vs 2 (5.5%) ($p = 0.94$) los grupos A y B.

Conclusiones: el endometrio de aspecto polipoide aparentemente repercutió de manera negativa sobre la tasa de embarazos clínicos y el número de abortos en pacientes que son sometidas a un tratamiento de reproducción asistida de alta complejidad, aunque dado el tamaño de la muestra no se presentaron diferencias estadísticamente significativas.

Tratamiento laparoscópico inicial de masas anexiales de apariencia preoperatoria benigna y maligna en un centro médico académico de Estados Unidos

Enrique Soto, Nabih ElKhouly, Michael Brodman, Linus Chuang, Farr I, Herbert Gretz

Mount Sinai Hospital-New York, NY, Estados Unidos

Objetivo: evaluar la factibilidad, seguridad y complicaciones asociadas al tratamiento laparoscópico inicial de masas anexiales de apariencia preoperatoria benigna y maligna en un centro médico académico de Estados Unidos.

Material y método: estudio retrospectivo de pacientes con una masa anexial tratadas laparoscópicamente.

Resultados: tratamiento laparoscópico inicial para una masa anexial se llevó a cabo en 694 pacientes. Diez y seis pacientes (2.3%) fueron convertidas a laparotomía. Hubo 13 complicaciones intraoperatorias (1.9%) y 16 complicaciones postoperatorias (2.3%). Seiscientos treinta y cinco pacientes (35.6%) tuvieron patología benigna (91.5%) y 53 pacientes (7.6%) tuvieron tumores primarios de ovario (incluyendo 21 tumores limítrofes, 18 carcinomas de estadio I-II y 14 de estadio III-IV). Cirugía de estadificación completa por vía laparoscópica se llevó a cabo en 21 de 59 pacientes (35.6%) y cirugía laparoscópica de citorreducción óptima en 6 de las 14 pacientes con carcinoma de estadio avanzado. Las pacientes tuvieron un seguimiento posoperatorio de 3 a 60 meses.

Conclusiones: el tratamiento laparoscópico inicial de masas anexiales de apariencia preoperatoria benigna y maligna es técnicamente factible y está asociado con un porcentaje bajo de complicaciones y de conversión a laparotomía. La laparoscopia puede ser utilizada para el tratamiento de carcinomas ováricos de estadio temprano y avanzado, tomando en cuenta factores determinantes como la preferencia quirúrgica de la paciente, destreza del ciru-

jano, disponibilidad de equipo quirúrgico y entrenamiento del personal de quirófano.

¿Es necesario mandar una biopsia transoperatoria en todas las cirugías de masa anexial? Experiencia de un centro médico académico de Estados Unidos

Enrique Soto, Nabih ElKhoully, Michael Brodman, Linus Chuang, Farr I, Herbert Gretz

Mount Sinai Hospital-New York, NY, Estados Unidos

Objetivo: evaluar la utilidad de la biopsia transoperatoria (BTO) en el manejo laparoscópico de masas anexiales de apariencia preoperatoria benigna y sospechosa de carcinoma.

Material y método: se evaluó la sensibilidad y especificidad de las herramientas preoperatorias para diagnosticar carcinoma de ovario en 694 pacientes sometidas a cirugía laparoscópica anexial: examen pélvico, CA-125 y estudios de imagen; durante la cirugía se valoró la sensibilidad y especificidad de la BTO, así como la habilidad del cirujano para determinar si la masa era benigna o maligna por inspección laparoscópica +/- inspección macroscópica de la masa luego de su resección (apertura de la masa con el bisturí). Los hallazgos fueron clasificados en 2 grupos: apariencia benigna o sospechosa de carcinoma.

Resultados: se incluyeron 662 pacientes. La sensibilidad y especificidad de la BTO fue de 88.6 y 100%, respectivamente. No hubo falsos positivos. Sesenta y un (9.2%) casos fueron determinados sospechosos de carcinoma por el cirujano, de los cuales 16 (26.2%) fueron masas benignas, 28 (46%) malignas y 17 (27.8%) tumores limítrofes. Los 601 casos determinados de apariencia benigna por el cirujano fueron confirmados benignos por BTO y patología final (601/601, 100%).

Conclusiones: los hallazgos sugieren que la BTO puede no ser requerida en las cirugías de masa anexial donde la valoración preoperatoria y los hallazgos quirúrgicos sugieren patología benigna.

Traquelectomía para preservar la fertilidad en etapas iniciales de cáncer de cérvix: nuestra experiencia

Gabino Hurtado Estrada, César Cordero Galera, Ángel Moreno Colin, Rodolfo López Sánchez, Marco Salgado
Hospital de Ginecoobstetricia, IMIEM, Toluca, México

Introducción: el tratamiento estándar de los tumores malignos ginecológicos en etapas iniciales, como la his-

terectomía radical tipo Wertheim, trae como resultado indeseable la pérdida de la función reproductora y el cáncer de cérvix es cada vez más frecuente en mujeres sin vida reproductiva terminada. Los procedimientos quirúrgicos y los tratamientos radiantes son altamente efectivos en los estadios iniciales, pero la eliminación de su función es definitiva.

Objetivo: analizar nuestra serie de casos de tratamiento conservador de la fertilidad en cáncer de cuello uterino, con la técnica abdominal, sus complicaciones, factibilidad y resultados obstétricos.

Material y método: estudio retrospectivo. Se realizaron seis traquelectomías radicales por vía abdominal, las cuales cumplieron los requisitos clínicos para efectuarla. La media de edad fue de 31 años.

Resultados: ninguna paciente ha recurrido por su enfermedad oncológica, lo que evidencia que la técnica es posible sin alterar el pronóstico, con un promedio de seguimiento de 24 meses. En cinco hemos logrado embarazo, cuatro en forma habitual y una por medio de técnicas de baja complejidad, como la inseminación intrauterina. De ellas llegaron a término en todos los casos con una media de embarazo de 37.4 semanas y un embarazo pretérmino a las 34 semanas.

Conclusión: la traquelectomía, aunque aún inicia podemos ver que es una alternativa de manejo para las mujeres con lesiones cancerosas iniciales, pero que deben ser manejadas por personas dedicadas al campo oncológico.

Ligadura de hipogástricas: una cirugía heroica en ginecoobstetricia

Gabino Hurtado Estrada, Saúl Cárdenas González,** Álvaro Barrón Fuentes,** César Cordero Galera,* Rodolfo Sánchez,* Marco Vega Salgado,* Víctor Alcántara Torres***

* Hospital de Ginecoobstetricia, IMIEM, Toluca, México

** Instituto de Salud del Estado de México, Toluca, México

Introducción: la ligadura de hipogástricas sigue siendo una cirugía heroica dentro del manejo de la hemorragia obstétrica y ginecológica que hace que el obstetra esté completamente familiarizado con la misma.

Objetivo: presentar la experiencia de nuestros casos, analizar las indicaciones, técnicas empleadas, riesgos

intraoperatorios, evolución operatoria y sus complicaciones.

Material y método: estudio retrospectivo, donde se analizan 44 casos de ligadura de arterias hipogástricas en pacientes con hemorragias pélvicas de origen obstétrico y ginecológico. Todas las pacientes fueron operadas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General de Valle de Chalco y en el Hospital de Ginecoobstetricia del IMIEM, ambos de la Secretaría de Salud, en el periodo de diciembre 2004 a junio de 2009.

Resultados: la edad promedio fue 37 años. En cuanto a paridad, la mayoría tuvo una media de tres. De las pacientes con histerectomías ginecológicas a quienes se realizó ligadura de hipogástricas: 13 por leiomiomatosis uterina de grandes elementos, 1 sarcoma uterino, 4 carcinomas de cérvix EC IB1 y seis con carcinoma de endometrio EC IB y uno EC II. El resto fueron obstétricas: 7 con desprendimiento placentario, 5 placenta previa sangrante y 6 atonía uterina, desgarro de histerorrafia en un caso. Con un sangrado medio de 1,500 mL antes de efectuarse la ligadura de hipogástrica. La anestesia peridural fue empleada en 36 casos (81%); y en los 9 casos restantes, se usó la general. La mortalidad fue de 0%. En dos pacientes se realizó reintervención quirúrgica al efectuarse la ligadura de hipogástrica en el segundo tiempo debido a las condiciones del estado hemodinámico de las pacientes. En las pacientes sometidas a ligadura de arteria hipogástrica por causa obstétrica las complicaciones fueron: dos pacientes con absceso pélvico residual que evolucionaron satisfactoriamente con tratamiento médico. De las pacientes por causa ginecológica, una tuvo una fistula vesical, inherente a la histerectomía no a la ligadura de hipogástricas.

Conclusiones: la ligadura de hipogástricas debe ser una cirugía que el ginecoobstetra debe dominar debido a las complicaciones hemorrágicas en las cirugías de su vida diaria.

Análisis de las conizaciones con lesión residual

Gabino Hurtado Estrada, Araceli Espinoza Guerrero, César Cordero Galera, Marco A Vega Salgado, Rodolfo Sánchez, Olga Bernaldez Aguilar
Hospital de Ginecoobstetricia, IMIEM, Toluca, México

Objetivo: analizar la evolución de los casos de afectación del borde quirúrgico tras conización con asa de diatermia.

Material y método: se analiza la evolución a un año de los casos de afectación del borde quirúrgico de las conizaciones realizadas en la clínica de Patología del Tracto Genital y Colposcopia de enero de 2005 a diciembre de 2007. Tamaño de la muestra: 34 casos de piezas con bordes afectados. Análisis de los procedimientos diagnósticos o terapéuticos, o ambos, realizados tras el diagnóstico de lesión residual en bordes.

Resultados: se evidencia en el informe histopatológico de las piezas la afectación de los bordes en 34 casos. Se indicó histerectomía posterior en 9 de ellos (por carcinoma epidermoide invasor en 3, adenocarcinoma en 1, y 5 por aceptar la paciente una nueva conización en otro). Se optó por seguir controles en 25 casos (73.5%). En los controles posteriores efectuados a estas 25 pacientes en el año siguiente a la conización, no se observaron signos de displasia grave residual en 22 ocasiones (88%). En dos ocasiones tras el control a los tres meses, con resultado de HSIL por biopsia-colposcopia, se indicó una nueva conización, realizándose en un caso, ya que en el otro la paciente solicitó una histerectomía total. Carecemos de datos de control en nuestra institución en el caso restante (2.9% de pérdidas).

Conclusiones: a pesar del diagnóstico inicial de afectación de los bordes quirúrgicos tras conización con asa de diatermia en 34 casos, un análisis detallado objetiva que sólo se evidenció displasia grave residual en dos (12%) de los 25 casos no tributarios de histerectomía posterior a la conización.

Prueba con progesterona utilizando monodosis de progesterona en microesferas

Gerardo Menocal Tobías, Carlos Alcivia Smith, Elvia Velázquez Martínez, Christian Moreno Aburto, Ana Laura Quintero Crispin
Hospital Universitario de la Universidad del Valle de México, campus Querétaro

Objetivo: describir la utilidad clínica durante la prueba con progesterona, del uso de 100 mg de progesterona en microesferas en solución acuosa, administrada en monodosis parenteral.

Material y método: se incluyó en forma prospectiva de noviembre a diciembre de 2008, a 50 pacientes con previo consentimiento informado; las cuales presentaban trastorno menstrual de tipo opsomenorrea-amenorrea

secundaria, sin patologías ni tratamiento agregados. Se realizó una prueba con progesterona utilizando 100 mg de ProSphere® en monodosis por vía intramuscular; aplicada con la técnica profunda del autor y se evaluó: la aceptación, reacciones secundarias y tiempo de espera hasta su siguiente periodo menstrual.

Resultados: con aceptación total del grupo de estudio y sin reacciones secundarias locales ni sistémicas, se registró menstruación en todos los casos y el tiempo de espera tras la aplicación y hasta su siguiente periodo menstrual fue de 6 a 14 días (promedio: 7 días).

Conclusiones: resultó útil clínicamente el uso durante la prueba con progesterona, de 100 mg de progesterona en microesferas en solución acuosa. La vía intramuscular y posología en monodosis pueden ser un factor positivo para su uso. Es deseable valorar dosis menores para acortar el tiempo del efecto clínico deseado.

Prevalencia y curso de la infección aguda vaginal en la población universitaria

Gerardo Menocal Tobías, et al.

Hospital Universitario de la Universidad del Valle de México, campus Querétaro

Objetivo: conocer la frecuencia general de la infección vaginal aguda en la población estudiantil del Hospital Universitario de la UVM, en Querétaro; y la conducta de salud realizada.

Material y método: se inició de forma prospectiva, desde el mes de enero de 2008 hasta el mes de julio de 2009 el registro de las pacientes universitarias que acudieron por primera vez a la consulta ginecológica y cuyo diagnóstico médico correspondió a una infección vaginal aguda (vaginitis-vaginosis). Se descartaron los casos con infección viral, inmunosupresión o diagnóstico inespecífico. Y se observó la conducta que siguieron en materia de salud.

Resultados: en 1,482 pacientes atendidas se encontró: 40% (n = 592) de estudiantes universitarias. Su rango de edad fue 18-25 años. De ellas, el 32% (n = 190) tuvo diagnóstico de infección aguda vaginal. Las pacientes que realizaron un cultivo específico diagnóstico, correspondió al 5% (n = 10), en tanto las que siguieron un tratamiento antibiótico sin cultivo fue 95% (n = 180).

Conclusiones: la prevalencia de infección aguda vaginal en el medio universitario actual es presumible-

mente elevada (32 vs 16-26% reportado en México). La autoprescripción de antimicrobianos sin estudio microbiológico específico es común. Es deseable mejorar la cultura médica del paciente y valorar la eficacia y apego real con los tratamientos actuales.

Manejo conservador del cáncer de endometrio: una opción para conservar la fertilidad

Guillermo Castellanos Barroso, Carlos E Aranda Flores, Gonzalo Márquez Acosta, Alinne Colin Valenzuela, Ana Cristina Arteaga Gómez

Departamento de Oncología, Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes

Objetivo: evaluar la viabilidad y seguridad del tratamiento conservador primario con fin único reproductivo, en pacientes con infertilidad primaria y cáncer de endometrio (CaE).

Material y método: se realizó un estudio retrospectivo de pacientes con diagnóstico de cáncer de endometrio 1A e infertilidad primaria, en un periodo comprendido de 2000 a 2008 en la Coordinación de Oncología del Instituto. Todas las pacientes a las que se indicó manejo conservador con progesterona fueron incluidas en este estudio (n = 6).

Resultados: la edad promedio de presentación del cáncer de endometrio fue de 29 años, todas las pacientes fueron nuligestas, con diagnóstico histopatológico de adenocarcinoma bien diferenciado limitado al endometrio. Con un promedio de seguimiento de 31 meses. El 66.6% respondió al tratamiento hormonal inicial, el 33.4% restante respondió con un segundo periodo de progesterona con resultado histológico normal en biopsia de endometrio, tiempo promedio de respuesta 6.8 meses, dos pacientes que inicialmente respondieron al tratamiento, recurrió. El tiempo promedio de recurrencia fue de 19.5 meses. Dos pacientes lograron embarazo a término con RA. Dos pacientes que presentaron recurrencia se indicó rutina de endometrio, con un periodo libre de enfermedad previo de 15 y 24 meses en los cuales pudieron haber tenido intervención de reproducción asistida (RA). Pacientes restantes no continuaron RA.

Conclusiones: con una adecuada etapificación del CaE y un seguimiento estrecho, el tratamiento conservador primario puede ser propuesto a mujeres jóvenes nuligestas que desean conservar su fertilidad. Considerar posterior

a una respuesta completa al tratamiento, un periodo no mayor a 12 meses para lograr embarazo.

Casuística del síndrome de ovario poliquístico (SOP) en pacientes del Hospital Juárez de México, México, DF

Hafid Rodolfo Rodríguez Solís, Imelda Hernández Marín, Gabriela Salvador Domínguez, Jorge Enrique Torres Ramírez, Estrella Espinosa

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

Introducción: trastorno endocrino metabólico más frecuente en edad reproductiva, prevalencia de 3-7%. El diagnóstico es por exclusión, con presencia de dos de tres criterios; opso-amenorrea, hiperandrogenismo o hiperandrogenemia, ovario polifolicular. 60% coexiste con obesidad; 35-45% insulinoresistencia y 30% hiperprolactinemia. La dislipidemia está presente en 70%. El patrón más común es aumento de triglicéridos, altos niveles de LDL y bajos de HDL. El síndrome metabólico se asocia con SOP en 30%. Seborrea y acné presente en 50%, acantosis nigricans en 74%.

Material y método: es un estudio original, retrospectivo observacional, cuyo objetivo fue encontrar la relación de SOP con sus implicaciones metabólicas. Realizado en el Hospital Juárez de México, en el servicio de Biología de la Reproducción Humana, con un total de 366 pacientes del año 2006 al 2009, de las cuales 136 tuvieron protocolo completo.

Resultados: los motivos de consulta más frecuentes fueron trastornos menstruales (81.6%). 69.1% hirsutismo, 40% algún grado de obesidad. 42% glucemia anormal en ayuno. Insulinoresistencia en 43.3%, según HOMA-IR. 53% con síndrome metabólico según criterios de ATPIII (41% con hiperandrogenismo, 12% sin hiperandrogenismo) 49% presentaron hirsutismo. La dislipidemia más frecuente fue hipoalfalipoproteinemia en 75.7%. En 5/136 pacientes hubo hiperprolactinemia (3.6%).

Conclusiones: el síndrome metabólico es más frecuente en la población estudiada, a diferencia de la literatura mundial y las constantes mayormente afectadas fueron hipoalfalipoproteinemia y glucemia anormal en ayuno.

Histeroscopia actual en el Hospital Central Norte de Petróleos Mexicanos

Ismael Madrigal García, Jorge Zepeda Zaragoza, Manuel Amezcua Villanueva, Yoatzin Rodríguez Higuera, Wendy Peláez, Tatiana Lara Viesca

Hospital Central Norte, Pemex, México, DF, México

Introducción: la histeroscopia es ideal no sólo para la visualización del conducto del cérvix y la cavidad uterina, sino también para tratar otras patologías benignas y diagnosticar alteraciones neoplásicas.

Objetivo: estudiar a pacientes que presentaban sangrado anormal en la perimenopausia y posmenopausia, atendidas en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Central Norte.

Material y método: estudio descriptivo observacional en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Central Norte a pacientes que presentaban sangrado uterino anormal en el periodo de enero de 2007 a enero de 2008.

Resultados: se realizaron 77 histeroscopias de las cuales el diagnóstico era: sangrado posmenopáusico 42 casos (54.5%), sangrado uterino anormal 25 casos (32.4%), engrosamiento endometrial 10 casos (12.9%). Los hallazgos histopatológicos fueron los siguientes: atrofia 30 casos (38.9%), miomatosis con endometrio proliferativo 18 casos (23.3%), hiperplasia endometrial simple sin atipias 12 casos (15.5%), pólipo endometrial 11 casos (14.2%), hiperplasia endometrial adenomatosa sin atipias 5 casos (6.4%), adenocarcinoma 1 caso (1.2%).

Discusión: todas las pacientes se encontraban en la perimenopausia y posmenopausia, el 88% estaba con terapia hormonal sustitutiva combinada por estado climatérico, prácticamente en 99% de los casos el reporte histopatológico fue benigno y sólo en 1% con neoplasia endometrial.

Conclusiones: la histeroscopia es de gran utilidad para diagnosticar patología maligna y benigna y puede realizarse de forma ambulatoria sin necesidad de anestesia, que depende de la pericia del médico y tolerancia por parte de la paciente; esto lo hace claramente superior al legrado tradicional.

Cambios en la densidad mineral ósea que disminuyen el riesgo de fractura en pacientes tratadas en la Coordinación de Peri y Posmenopausia del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes

Jesús Rafael Aguilera Pérez, Ana Paola Sánchez Serrano, Alejandro Porras Bojalil, Salvador Espino y Sosa, María Guadalupe Villanueva

Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, México, DF, México

Introducción: la osteoporosis es una enfermedad sistémica esquelética caracterizada por masa ósea baja y deterioro de la microarquitectura del tejido óseo, que origina fragilidad ósea con el consecuente aumento en el riesgo de fracturas.

Material y método: se realizó un análisis descriptivo de la población en la coordinación de peri y postmenopausia con medidas de tendencia central y de dispersión. Se caracterizaron las proporciones de los factores de riesgo. El cálculo del tamaño de la muestra se realizó en función de la caracterización de los parámetros poblacionales de interés. Se buscaron correlaciones entre variables continuas con prueba *t* de Pearson y se tomaron como significativas *p* menores a 0.005.

Resultados: de las 360 pacientes analizadas, 165 (45.8%) tenían densidad mineral ósea normal, 147 (40.8%) osteopenia, 48 (13.3%) osteoporosis, de las cuales 14 (3.9%) tenían el diagnóstico de osteoporosis establecida. De las pacientes con densidad mineral ósea baja, recibieron tratamiento 129: risedronato 48 pacientes (13.4%), alendronato 45 (12.6%), ibandronato 4 (1.1%), ranelato de estroncio 13 (3.6%), calcitriol 2 (0.6%), raloxifeno 17 (4.8%). En las pacientes que no tuvieron tratamiento disminuyeron las medias de los valores de T-Score en cadera de 0.502 a 0.362 ($p < 0.001$) y en columna de -0.314 a -0.363 ($p < 0.001$).

Conclusiones: la densidad mineral ósea disminuyó significativamente en las pacientes que no tuvieron el beneficio de recibir tratamiento antirresortivo, lo que significa mayor riesgo de fragilidad ósea y mayor probabilidad de fracturas.

Implante cornual como método definitivo de planificación familiar en el Hospital Central Norte de Petróleos Mexicanos

Jorge Zepeda Zaragoza, Ismael Madrigal García, Manuel Amezcua Villanueva, Yoatzin Rodríguez Higuera, Citlali Flores

Hospital Central Norte, Pemex, México, DF, México

Introducción: el Essure se introdujo en Estados Unidos a finales de 2002 como método definitivo de anticoncepción definitiva. Es un implante que se inserta en las trompas

de Falopio vía histeroscópica causando fibrosis local, no requiere incisiones ni anestesia general.

Objetivo: reportar la experiencia en la colocación de implantes cornuales como método de anticoncepción definitiva en mujeres en edad reproductiva y con paridad satisfecha.

Material y método: estudio descriptivo, prospectivo, en el periodo de abril de 2008 a junio de 2009, en 29 pacientes derechohabientes en edad reproductiva y paridad satisfecha, seguimiento a 3 meses con placa radiográfica de hueso pélvico o histerosalpingografía.

Resultados: se colocó a 29 pacientes implante cornual como método definitivo de control de natalidad con una edad promedio de 36.2 ± 2 con paridad satisfecha; no se presentaron complicaciones para su colocación, se realizó seguimiento radiográfico y en una paciente hubo la necesidad de poner un tercer implante, ya que el previo estaba en la región fimbrial.

Conclusiones: la aplicación de implante cornual en las pacientes fue satisfactorio, sólo a una paciente se colocó un tercer implante, el abordaje fue por vía histeroscópica, todas por vía ambulatoria, por lo que hay que realizar relación costo beneficio en comparación con otros abordajes para lograr la anticoncepción definitiva.

Tumoración de restos embrionarios del epooforo

José Eduardo Torreblanca Neve

Hospital Ángeles del Pedregal, México, DF, México

Introducción: de acuerdo con la literatura mundial, Walter comenta que el primer caso de teratoma en la trompa de Falopio lo describieron Eden y Locker en 1965 y hay una marcada relación de estos tumores con embarazos ectópicos. Esta variante de teratoma es muy rara, hasta 1998 sólo estaban reportados 50 casos en la literatura. La mayoría de ellos se descubren de manera incidental y no se diagnostican en etapa preoperatoria. La patogénesis del teratoma no está claramente entendida; se cree que se asienta en las células que migraron del saco de yolk a la gónada primitiva y que no llegaron a su destino final. El teratoma benigno de la trompa de Falopio es muy raro. Hasta 1998 reportaba la literatura mundial 50 casos de esta tumoración en la trompa. La patogénesis no está claramente entendida.

Presentación del caso: el presente caso corresponde a una paciente de 15 años de edad que acudió a consulta

por dolor abdominal difuso, dismenorrea (++/++++), hipermenorrea y opsomenorrea de 45 días. El ultrasonido reveló una imagen hipo ecoica de 55 x 41 mm de contorno irregular, con ecos mixtos en su interior, en el anexo izquierdo. La RMN de pelvis mostró el ovario izquierdo con proceso neoplásico a considerar un teratoma. Se realizó laparoscopia operatoria encontrándose ambos ovarios y útero normales; así como la presencia de tumoración en mesosalpinx izquierdo de 6 cm de diámetro aproximadamente.

Quiste gigante de ovario. A propósito de un caso

José Luis Cerda Castellanos, Socorro Guzmán Mayen, Deyanira Herrera Ramírez

Hospital Regional Nezahualcóyotl, ISSEMYM, Estado de México, México

Presentación del caso: paciente de 28 años, con tumor gigante de ovario, que acudió por distensión abdominal progresiva, llenura postprandial y dolor tipo cólico de 6 años de evolución. Luego del diagnóstico se decidió intervenirla por medio de laparotomía protocolizada. Realizándosele ooforectomía derecha extrayéndose completamente íntegro. Los hallazgos reportaron: tumoración de quiste de ovario derecho de 8.5 kg, de superficie lisa y paredes delgadas, poco vascularizada, no adherida a órganos vecinos de contenido líquido, ovario izquierdo de 3 x 3 cm y útero macroscópicamente normal. El estudio transoperatorio y definitivo de patología fue: cistoadenoma seroso gigante de ovario derecho. Luego de la extirpación del tumor, la evolución de la paciente fue satisfactoria.

Discusión: los tumores del ovario constituyen el tercer grupo de tumores benignos y malignos de la mujer. El cistadenoma seroso constituye de 20 a 50% de todos los tumores ováricos. La mayor parte de las tumoraciones clasificadas como gigantes son mayores de 5 kg. La mejor forma de confirmar el diagnóstico de estas grandes masas es por ultrasonido. Así mismo, el diagnóstico se puede corroborar por TAC y el estudio histopatológico transoperatorio. La determinación de marcadores tumorales como el antígeno Ca 125 específico de tumores epiteliales no mucinosos de ovario es de utilidad, mismos que en la paciente se reportaron dentro de parámetros normales. En relación con el tratamiento quirúrgico, no es confiable la inspección macroscópica simple para determinar si un quiste ovárico es benigno o maligno. Es necesario reali-

zar la escisión completa del ovario, aun cuando no haya evidencia definitiva de malignidad.

Mioma de grandes elementos que coloca al cérvix en situación intraabdominal. Modificación anatómica poco común. Reporte de un caso

José Luis Cerda Castellanos, Fernando Pompa Olvera
Centro Médico Ecatepec, ISSEMYM, Estado de México, México

Introducción: los fibromiomas cervicales aparecen casi siempre en forma aislada; estos miomas son los menos dependientes de la función ovárica.

Presentación del caso: paciente femenina de 40 años, la cual acude a la unidad por hiperpolimenorrea, al llegar se realiza usg reportándose: útero de 110 x 800 x 60 mm, mioma intracervical de 200 x 15 mm. Se encontró afección de los tercios inferiores de ambos uréteres, en la urografía excretora y clínicamente al tacto vaginal fue imposible delimitar el fondo de saco, por la compresión que ejercen los miomas en el techo y pared posterior de la vejiga, no fue posible palpar el cérvix por estar abdominal. Se realiza histerectomía abdominal, encontrándose: útero de 110 x 80 x 60 mm, mioma en cara posterior de 30 x 30 mm y mioma intracervical de 200 x 150 mm, el peso total de este último fue de 1,800 g.

Discusión: es difícil establecer la frecuencia exacta. Autores americanos y franceses informan una frecuencia de 4 a 25% en las mujeres de raza blanca mayores de 30 años y en 50% en mujeres de raza negra. La edad en que se manifiesta se sitúa entre los 30 y 50 años. El orificio externo del cérvix puede ser desviado hacia adelante o hacia atrás según el labio en que se desarrolla el fibromioma, sin embargo puede llegar como es el caso anterior a cambiar totalmente la relación anatómica y salir de la pelvis hasta la cavidad abdominal, resultando en mayor complejidad quirúrgica.

Análisis de resultados obtenidos en el desarrollo del diplomado en colposcopia y patología del tracto genital y complejo ano perineal en la ciudad de Nuevo Laredo, Tamaulipas

Juan Manuel Benavides Buruato, Drusso Vera Gaspar, Nelly Judith González López

Centro Colposcópico de Docencia e Investigación Médicas S.C., Hospital San José, Nuevo Laredo, Nuevo Laredo, Tamaulipas, México

Objetivo: analizar los resultados que se obtuvieron durante el Diplomado de Colposcopia que se efectuó del 5 de abril al 27 de septiembre de 2008 en Nuevo Laredo, Tamaulipas.

Material y método: estudio descriptivo de forma retrospectiva, llevado a cabo en población abierta. Se evaluaron los resultados durante un diplomado de colposcopia efectuado del 5 de abril al 27 de septiembre de 2008 en el Hospital San José de Nuevo Laredo, Tamaulipas. Muestra de 350 pacientes, sin criterios de inclusión ni exclusión. Utilizando visualización directa con colposcopio LAM 500 de Optica Instruments, Papanicolaou y procedimientos histológicos con técnica de hematoxilina y eosina.

Resultados: de 350 colposcopias se reportaron como satisfactorias el 80.5% e insatisfactorias el 19.5%, del mismo número de citologías las cuales se revisan por dos patólogos usando la tinción de Papanicolaou y reportándolo con la Clasificación de Bethesda 2001 se encontraron 90% de las pacientes negativo para lesión intraepitelial, 6.85% con LIEBG, 1.43% con LIEAG y 0.86% con cáncer de células escamosas, 0.29% ASCUS, 0.57% NIV. Se tomaron 42 biopsias (12%) encontrando cervicitis crónica 22.2%, metaplasia (13.3%), pólipos endocervicales (6.6%), mioma cervical (2.2%), LIEBG (40%), LIEAG (11.1%), CaCu (6.6%) NIV I (2.2%), NIV III (2.2%).

Conclusiones: de las 350 pacientes estudiadas se tomaron un total de 42 biopsias, teniendo una sensibilidad de 96% y una especificidad de 75%, con un valor predictivo positivo de 69%, lo cual está de acuerdo con los reportes de la literatura. Los resultados nos indican que el objetivo del diplomado se cumple al entrenar nuevos colposcopistas del tracto genital inferior.

Tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo con cinta libre de tensión sistema obturador (TVTO)

Luis Alberto Pérez Flores, Joaquín Oliva Cristerna, Héctor Hernández García

Hospital de Ginecología y Obstetricia Tlatelolco, IMSS, México, DF, México

Objetivo: dar a conocer ventajas y beneficios con la técnica.

Material y método: estudio prospectivo observacional y descriptivo. Se revisaron expedientes clínicos de pacientes tratadas con TVTO para IUE de diciembre de 2004 a diciembre de 2008 (n = 108). Utilizando una cinta de

polipropileno no absorbible TVTO, Gynecare Jhonson & Jhonson. Datos a investigar: edad, embarazos, diagnóstico, índice de masa corporal, anestesia, sangrado operatorio, tiempo quirúrgico, complicaciones, estancia hospitalaria, valorando continencia. Utilizando porcentajes, promedios y medidas de tendencia central.

Resultados: estudiamos 108 pacientes de 39 a 74 años, promedio 48 años. Embarazos promedio 3. Diagnóstico 52 con IUE (48.1%), IUE y cistocele 33 (30.5%), IUE recidivante 23 (21.2%), con peso normal 46 (42.5%), sobrepeso 39 (36.1%), obesidad 23 (21.2%). Al 100% se aplicó bloqueo peridural. Tiempo quirúrgico promedio 24 minutos. Sangrado operatorio promedio 30 mL. Complicaciones: retención urinaria 1 (0.9%), equimosis de muslo 1 (0.9%) perforación de uretra 1 (0.9%). Estancia hospitalaria 1 día. Seguimiento a 7 y 30 días, continencia urinaria 100%, 3 meses continencia de 100%, a los 6 y 12 meses 98.3% de continencia urinaria. Actualmente la continencia es de 99.1%.

Conclusión: esta técnica TVTO reduce la morbilidad, tiempo quirúrgico, estancia hospitalaria, incapacidad, reincorporándose más rápido la paciente a sus actividades y mejorando su calidad de vida, en comparación con el estándar de oro para tratamiento de IUE. En manos expertas el tiempo quirúrgico es de 12 minutos.

Experiencia quirúrgica en la histerectomía vaginal con termofusión, una técnica innovadora

Luis Alberto Pérez Flores, Joaquín Oliva Cristerna, Héctor Hernández García

Hospital de Ginecología y Obstetricia Tlatelolco, IMSS, México, DF, México

Objetivo: en búsqueda de dañar lo menos posible, utilizando técnicas no invasivas, con la tecnología más avanzada, aplicada a la salud, dar a conocer ventajas y beneficios con esta técnica.

Material y método: estudio prospectivo, observacional, longitudinal y descriptivo. Revisamos expedientes de pacientes sometidas a histerectomía vaginal con termofusión, de septiembre de 2004 a abril de 2008 (n = 1,000). Utilizando equipo Vio 300 ERBE Biclamp y Plasmakinetic de Gryrus. Prescindiendo de suturas. Registro de datos: edad, diagnóstico preoperatorio, anestesia, tiempo quirúrgico, recuperación postoperatoria, estancia hospitalaria, complicaciones e incapacidad.

Analizándose por medidas de tendencia central, frecuencia y porcentajes.

Resultados: estudiamos 1,000 pacientes de 26 a 69 años, el 38.5% con cirugías previas. Diagnóstico preoperatorio: miomatosis uterina 760 (76%). Hemorragia uterina anormal 89 (8.9%). Prolapso uterino 65 (6.5%), hiperplasia de endometrio 52 (5.2%), adenomiosis 20 (2%). Displasia IVPH 13 (1.3%). Cáncer cérvico uterino 1 (1.0%). Anestesia 98% bloqueo peridural. Tiempo quirúrgico promedio 28 minutos. Sangrado operatorio promedio de 163 mL. Peso uterino 45 a 1,500 g. Estancia hospitalaria de uno a dos días. Complicaciones: absceso de cúpula 9 (0.9%), hemorragia 7 (0.7%), lesión vesical 8 (0.8%), fistula vesicovaginal 2 (0.2%), lesión de recto 1 (0.1%), tromboflebitis 1 (0.1%), sepsis 1 (0.1%). Conversión hysterectomía vaginal a abdominal 2 (0.2%).

Conclusiones: esta técnica ofrece disminución del tiempo quirúrgico, sangrado operatorio, morbilidad, estancia hospitalaria, tiempo de incapacidad y gastos hospitalarios. Rápida recuperación de la paciente, mejora su calidad de vida, convirtiéndose en una técnica innovadora de mínima invasión sin cicatriz.

Correlación citocolpohistológica vs correlación colpolhistológica como indicador de control de calidad de la citología y la colposcopia

Manuel Gómez Rodríguez, Drusso Vera Gaspar

Clínica de colposcopia, Hospital Materno Infantil Inguarán, México, DF, México

Objetivo: evaluar, mediante la correlación citocolpohistológica (grupo I) vs la correlación colpolhistológica (grupo II), la calidad de la práctica colposcópica en un hospital de II nivel.

Material y método: se realizó un estudio longitudinal, retrospectivo, descriptivo, por medio del análisis de las historias clínicas de las mujeres que asistieron a la Clínica de Colposcopia del Hospital Materno Infantil Inguarán, del año 1993 al año 2000. De cada registro se obtuvo la edad, reporte citológico en el grupo I, informe colposcópico en los grupos I y II, diagnóstico histopatológico del material obtenido por biopsias cervicales dirigidas en los grupos I y II y se valoró la variable de incluir un grupo de 1,949 pacientes a quienes les efectuaron colposcopia y biopsia un único colposcopista y el diagnóstico histopatológico un

solo patólogo. Los diagnósticos citológicos, colposcópicos e histopatológicos tuvieron correspondencia con la nomenclatura binaria universal aceptada por la Norma Oficial Mexicana de lesión escamosa intraepitelial de bajo grado (LEIBG) y lesión escamosa intraepitelial de alto grado (LEIAG). Los resultados se presentaron en porcentajes y el análisis estadístico se logró por medio de tablas de 2 x 2 que incluían verdaderos positivos, falsos positivos, falsos negativos y verdaderos negativos. Con esos datos se calculó sensibilidad, especificidad, y el valor pronóstico positivo y negativo.

Resultados: el número total de mujeres estudiadas en el lapso del año 1993 al año 2000 fue de 8,737. El grupo I con 2,923 pacientes (33.4% del total) estudiadas por medio de citología, colposcopia más biopsia orientada y estudio histopatológico, de ellas se reportaron 463 (15.8%) diagnósticos histológicos de anormalidad. El grupo II con 5,814 mujeres (66.5% del total) sólo fueron estudiadas por medio de colposcopia más biopsia dirigida y estudio histopatológico. De ellas se informaron 1,087 diagnósticos histológicos de anormalidad (18.6%). En los dos grupos se analizó la eficacia de la colposcopia para diferenciar imágenes anormales (LEIBG, LEIAG, cáncer invasor) de las normales.

Conclusiones: a) el tamaño de las muestras: (grupo I: 2,923), (grupo II: 5,814) y (grupo III: 1,949) permite hacer inferencias estadísticas confiables, b) la especificidad (diagnóstico de individuos sanos) es semejante entre la colposcopia y la citología: 97% y 89.4% respectivamente, c) la sensibilidad de la citología es diferente a la colposcopia: 37.7% y 84.2% respectivamente.

Lesiones intraepiteliales de bajo grado que progresan a una lesión de alto grado

Marco A Vega Salgado, Gabino Hurtado Estrada, Araceli Espinoza Guerrero, César Cordero Galera, Karen Peralta

Hospital de Ginecoobstetricia, IMIEM, Toluca, México

Objetivo: estudiar si la edad de pacientes con lesiones de bajo grado es factor de riesgo para que progresen a una lesión de alto grado en nuestro medio en 3 años en la Unidad de Patología del Tracto Genital Inferior y colposcopia.

Material y método: estudio retrospectivo, desde enero de 2003 a diciembre de 2008, de 29 casos de LSIL que

progresaron a lesión de alto grado, cuyos datos se extraen de la base de datos de la unidad. En ellas analizamos las siguientes variables: progresión a lesión de alto grado, edad, tiempo en que las lesiones progresaron y evolución de las pacientes.

Resultados: de todas la pacientes seguidas, 29 (11.2%) progresan a lesión de alto grado, 24 (10.5%) progresan a H-SIL y 5 (0.7%) a carcinoma invasor. La edad media de las pacientes fue de 35.5 años con un rango entre 21 y 63 años. En las pacientes menores de 30 años, progresaron el 7.3% frente al 13.1% en mayores de 30 años. El tiempo de progresión medio fue de 26 meses, siendo de 28.4 meses para las menores de 30 años y de 23.5 meses para las mayores de 30 años. A 13 casos se le dio el alta de la unidad, 7 casos continuaban control, 5 casos se remitieron a oncología, y 4 se perdieron.

Conclusiones: durante el seguimiento de las pacientes diagnosticadas de LSIL, la edad, sí es factor de riesgo para progresión de la enfermedad.

Estudio prospectivo preliminar piloto de cardioprotección con HCL-raloxifeno (SERMs), en pacientes dislipidémicas posmenopáusicas

Marco Antonio Bracho Ugarte

Hospital Regional ZN Pemex, Reynosa, Tamps, México

Objetivo: evaluar el efecto del HCL-raloxifeno (SERMs) en el perfil de lípidos que se traduzca como impacto cardioprotector, disminuya su mortalidad, y en mejor calidad de vida.

Material y método: estudio prospectivo, preliminar, piloto. En el Hospital Regional Reynosa, Tamps. Observacional (escrutinio de 750 pacientes). A un año, de enero a diciembre de 2001, 157 pacientes dislipidémicas posmenopáusicas de Petróleos Mexicanos. Rango de edad de 41 a 70 años. De acuerdo con parámetros de la National Cholesterol Education Programs (NCEP). Perfil de lípidos trimestral por un año. Protocolizado por la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia. Clorhidrato de raloxifeno (SERMs), 60 mg, tabletas por vía oral por día. Gluconato de calcio 1 g, vía oral por día. No hipolipemiantes (Hmg-CoA). Consejos en su estilo de vida.

Resultados: 7 pacientes (4.6%), no continuaron más de 4 meses el tratamiento por efectos adversos: dolor y pesantez en miembros inferiores, que nos hicieron pensar en el riesgo de evento tromboembólico pulmonar, su

evolución posterior fue favorable. Las demás pacientes (150) que continuaron con el tratamiento tuvieron una respuesta significativa a los 6 y 12 meses de tratamiento Respectivamente, de acuerdo con los parámetros de la NCEP. Colesterol total: 23 y 40%; triglicéridos: 38 y 43%; HDL-C: 69 y 86%; LDL 38 y 53%; VLDL; 80 y 82%, respectivamente. Respecto al valor estrogénico en el frotis de Papanicolaou al inicio del tratamiento: 33% se incrementó. Un 35% disminuyó, y sólo 31% se mantuvo estable. Efectos secundarios: bochornos (22%), parestias (13%), cefaleas (8%), resequedad vaginal (8%), uñas frágiles (5.3%), manchados (4.6%).

Conclusiones: actualmente el HCL-raloxifeno (SERMs) es una opción real de tratamiento en pacientes posmenopáusicas dislipidémicas y en las cuales tienen contraindicación para la terapia hormonal de reemplazo. A las pacientes se les continuó dando seguimiento por dos años más, y su perfil de lípidos cuatrimestral no mostró ninguna diferencia significativa respecto al momento del corte del estudio. En el perfil de lípidos se muestra un impacto favorable, y las HDL-C (cardioprotectoras) en nuestro estudio presentaron un incremento significativo en contraposición con otros estudios, lo que traduce disminución en el riesgo de enfermedad cardiovascular y síndrome coronario agudo, principal causa de mortalidad mundial en mujeres mayores de 50 años (46.5%).

Prevalencia de infección genital por *Chlamydia trachomatis*. Evaluación de eficacia terapéutica con azitromicina y doxiciclina

Marco Antonio Bracho Ugarte

Hospital Regional ZN Pemex, Reynosa, Tamps, México

Objetivos: investigar la prevalencia de *Chlamydia trachomatis* en 300 pacientes y evaluar la eficacia terapéutica en dos grupos, tratadas con azitromicina y con azitromicina más doxiciclina oral, identificar pacientes con factores de riesgo para establecer un diagnóstico y tratamiento oportuno. Verificar la respuesta clínica y terapéutica de acuerdo con el tratamiento instituido en dos grupos controles. Verificar el porcentaje de negativización postratamiento en los dos grupos de esquemas terapéuticos.

Material y método: estudio prospectivo, longitudinal, observacional, comparativo. Consentimiento informado autorizado, cuestionario dirigido hacia prácticas sexuales de alto riesgo. Periodo: octubre de 2005 a junio de 2007.

300 pacientes incluidas en el estudio, que tengan vida sexual activa. Rango de edad de 15 a 61 años. Se utilizó la prueba rápida por cromatografía (Bio-chlamydia) que tiene una sensibilidad de 87.5% y una especificidad de 98%. La muestra fue tomada del cérvix. Del total de las 300 pacientes incluidas en la muestra, se encontró que 10 de ellas fueron positivas (3.3%). De las 10 pacientes positivas se dividieron en 2 grupos: 5 de ellas (50%) fueron tratadas con azitromicina 500 mg vía oral cada 12 horas, un solo día a la pareja; las otras 5 (50% restante) fueron tratadas con azitromicina 500 mg cada 12 horas vía oral, un solo día a la pareja, agregándose doxiciclina 100 mg vía oral cada 12 horas durante 14 días. Se repitió a ambos grupos la prueba rápida diagnóstica por cromatografía de cérvix a los 45 días posteriores al término de su tratamiento. Criterios de inclusión: haber aceptado participar en el estudio, haber firmado hoja de consentimiento informado, rango de edad de 15 a 61, con vida sexual activa, no haber recibido tratamiento con antibióticos, óvulos o cremas vaginales con un mínimo 3 meses anteriores al estudio. Sin restricción en el uso de anticonceptivos y no haber tenido relaciones sexuales 72 horas antes del estudio. Criterios de exclusión: pacientes embarazadas, con menstruación activa, las que ingirieron antibióticos, que utilizaron óvulos o cremas vaginales 3 meses antes de su estudio. Las que tuvieron relaciones sexuales previas. Las que no aceptaron el estudio.

Resultados: de las 300 pacientes estudiadas, 10 resultaron positivas (3.3%), 5 (50%) fueron tratadas con azitromicina sola a la pareja, y el otro grupo de 5 pacientes (50%) fueron tratadas con azitromicina más doxiciclina oral, en la prueba de control postratamiento (45 días), el primer grupo se reportó con 4 pruebas positivas (80%) y sólo 1 (20%) negativa. Del segundo grupo tratado 4 resultaron negativas (80%) y sólo 1 (20%) resultó positiva. La prevalencia de positividad en el rango de edad fue de 20 a 25 años: 20%, y de 40 a 45 años: 20%. Cofactores: de las 10 pruebas positivas realizadas en el trabajo actual, se realizó un cuestionario dirigido hacia prácticas sexuales de alto riesgo (promiscuidad), resultando el 3% de la población incluida en el estudio con los siguientes hallazgos: el 40% se reportó con antecedentes de leucorreas, 40% con antecedentes de abortos, 60% sin método anticonceptivo, 70% casadas, el 50% con IVSA antes de los 15 años y 90% con menarquia entre los 10 y 15 años de edad.

Conclusiones: el tratamiento con azitromicina y doxiciclina oral reportó mejor efectividad clínica y terapéutica, y previno un posible futuro evento de enfermedad pélvica inflamatoria, y sus posibles complicaciones (esterilidad, infertilidad, dolor pélvico crónico, etc.) en las pacientes que presenten factores de riesgo y sintomatología clínica sospechosa, con exploración ginecológica positiva a dolor anexial, se puede ministrar este esquema de tratamiento empírico, en ausencia de métodos diagnósticos paraclínicos (Bio-chlamydia).

Lesión escamosa intraepitelial en mujeres con artritis reumatoide

Marco Antonio Miranda Villa, Ulises Mercado

Servicio de Reumatología, Hospital General de Mexicali, Mexicali, México

Antecedentes: los individuos con artritis reumatoide (AR) tienen alto riesgo de infección y ciertos tipos de cáncer. Informes sobre la relación entre AR y citología cervical anormal, corroborada con biopsia cervical, es limitada.

Objetivo: revisar los resultados de frotis de Papanicolaou anormal en mujeres con AR y corroborados por biopsia y compararlos con una población control. Además, investigar los factores de riesgo asociados con displasia.

Material y método: estudio de cohorte retrospectivo. Se incluyeron 95 mujeres con AR menores de 60 años de edad, de la consulta regular de reumatología, seguidas hasta junio de 2009. Se investigaron resultados de citología cervical, biopsia de cérvix, datos clínicos y conducta sexual. La población control consistió de 1,719 mujeres de la consulta externa.

Resultados: de 95 mujeres con AR, 13 tuvieron citología cervical anormal, comparado con 120/1719 controles. 12/13 mujeres con AR tuvieron lesiones escamosas intraepiteliales (LEI), comparado con 27/120 controles. No se encontró diferencia significativa en el número de parejas sexuales entre mujeres con AR y controles, pero sí entre las mujeres con AR. Dos mujeres con AR y citología cervical anormal tenían historia de condiloma y herpes genital. 3/13 mujeres desarrollaron citología anormal dentro de 12 a 36 meses de iniciada la AR sin haber recibido inmunosupresores.

Conclusiones: la citología cervical anormal es más común entre mujeres con AR que en la población control

y parece estar más relacionado con la inflamación crónica y la conducta sexual.

Quiste gigante de ovario: reporte de un caso y revisión bibliográfica

Marco Antonio Mota Galván, Carlos Humberto Briones Landa, Olga Alejandra Muñoz Chable, Roxana Zavaleta Salazar

Instituto Nacional de Perinatología, México, DF, México

Introducción: los tumores del ovario constituyen el tercer grupo de tumores benignos y malignos de la mujer. Los quistes gigantes de ovario son considerados así cuando miden más de 10 cm. Son una entidad rara en la actualidad.

Presentación del caso: una paciente de 27 años de edad, con sintomatología de 1 mes de evolución con aumento progresivo de volumen a nivel abdominal, tenesmo, plenitud postprandial y pesantez pélvica, EF con abdomen globoso, palpándose masa que ocupa toda la región abdominal de 30 x 25 cm aproximadamente, móvil, sin datos de irritación peritoneal. Usg: masa anexial derecha de consistencia líquida, homogénea, sin septos, mide 305 x 169 x 260 mm, Ca 125 18.04 U/mL, Ca 19-9 47.50 U/mL. Se realiza laparotomía exploradora encontrando quiste gigante de ovario derecho de 30 x 20, se realiza estudio transoperatorio con diagnóstico de cistadenoma seroso benigno con peso de 8,800 g.

Discusión: dentro de la clasificación de los tumores de ovario, el cistadenoma seroso es el más frecuente del epitelio celómico superficial y constituyen de 20 a 50% de todos los tumores ováricos. Pudiendo malignizarse en 30% de los casos. Así mismo, el diagnóstico se puede corroborar por TAC y el estudio histopatológico transoperatorio. Los marcadores tumorales como el antígeno Ca 125 específico de tumores epiteliales no mucinosos de ovario son de utilidad, rara vez se eleva en tumores benignos como en este caso. El manejo laparoscópico de los quistes ováricos se ha convertido en el patrón de referencia para su resolución quirúrgica. Una selección adecuada de las pacientes y el tamaño del quiste no necesariamente constituye una contraindicación para la cirugía laparoscópica.

Quiste de ovario y VPH cervical en mujer delgada con implante subdérmico de 5 años de evolución: reporte de un caso

Miguel Ángel Bernal Davish, María Natividad Guzmán Tapia

Facultad de Medicina, Universidad Veracruzana-Xalapa, México

Introducción: el implante subdérmico de sólo progestina (Etonogestrel), su mecanismo de acción es la anovulación y evita la formación de moco cervical, tiene su falla de uso teórico y típico de 0.02%; por consiguiente, es altamente efectivo; al evitar la ovulación evita la formación de quistes y disminuye la probabilidad de cáncer de ovario, además de la anticoncepción tiene otros beneficios en los que se puede utilizar como: en hiperplasia endometrial, endometriosis, miomatosis y dismenorrea incapacitante, ya que 30% de las pacientes presentan amenorrea, también disminuyendo la probabilidad de cáncer de endometrio. Su efectividad se ve alterada en pacientes con sobrepeso por arriba de 70 kg.

Presentación del caso: una paciente de 24 años, peso 50.4 kg. AGO.- menarquia 10 años, ritmo 30/5-7, IVSA 19 años, gesta 0, DOC nunca, MPF implante a los 19 años con recambio y con 5 años de evolución, se le realiza colposcopia encontrándose lesión por VPH, al USG quiste de ovario derecho de 6 cm. En la laparoscopia se resuelve el quiste y se confirma por estudio histopatológico. Actualmente la paciente se encuentra en vigilancia de la lesión por VPH, sin formación de quistes en ovarios y aún con el implante. **Discusión:** es un caso raro en el que se presentó un quiste de ovario en paciente delgada, en donde la efectividad del método por peso no está afectada, además nunca se había realizado un estudio para DOC.

Eficacia de la uterosuspensión en el tratamiento del prolapso de órganos pélvicos IV, en pacientes mayores de 65 años

Oscar Flores Carreras, Sergio Alberto Calderón Lara, Patricia Velázquez Castellanos, Esperanza Centeno Kauffmann, Juan Carlos Muñoz, Yadhira Elizeth Montes Casillas

Unidad de Urología Ginecológica, Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, Guadalajara, México

Introducción: el prolapso genital femenino representa una alteración frecuente de la disfunción del piso pélvico, siendo el primer reporte registrado en el Papiro de Ebers

1,500 a.C. Actualmente, el prolapso de órganos pélvicos es causa frecuente de consulta en la práctica ginecológica, alrededor de 11% de las mujeres son sometidas a una cirugía de prolapso o de incontinencia urinaria, o ambas, en algún momento de su vida. El tratamiento habitual del prolapso uterino severo es la histerectomía vaginal con o sin reparación de paredes vaginales o intervención sobre las vías urinarias o defecatorias, más fijación de cúpula a sacroespinoso. Existen diversas técnicas para su tratamiento: vía abdominal, vaginal y laparoscópica.

Objetivo: validar la eficacia de la uterosuspensión al ligamento sacroespinoso en pacientes con prolapsos severos, de edades superiores a los 65 años, sin patología uterina, con la finalidad de disminuir la morbilidad y mortalidad.

Material y método: 7 pacientes con POPQ IV C, mayores de 65 años, captadas de marzo de 2008 a febrero de 2009, sin patología uterina con registro de pre, trans y posquirúrgico, con seguimiento a 5 años. Criterio de curación: descenso del compartimento más prolapsado a menos 1 cm del introito vaginal.

Resultados: edad promedio 73 años, defecto paravaginal bilateral en 85%, tiempo quirúrgico 2 horas, sin complicaciones trans y posoperatorias, resto en tablas adjuntas.

Conclusiones: los resultados preliminares permiten ofrecer esta técnica como útil en el manejo del POP severo.

Evaluación posquirúrgica en pacientes con cabestrillo tradicional. Presentación de 9 casos

Oscar Flores Carreras, Gabriela Gallegos Trejo, María Isabel González Ruiz, Claudia J Martínez Espinoza, Edgar Martín López, Fabiola Monroy Rodríguez

Urodifem de Occidente, S.C. Unidad de Urología Ginecológica del Hospital Civil de Guadalajara, Guadalajara, México

Introducción: la DIEU es una condición caracterizada por la falta de habilidad del esfínter uretral para ocluir la luz. El diagnóstico se establece urodinámicamente, al determinar una presión uretral baja en condiciones pasivas (presión de cierre uretral máxima ≤ 20 cm de H₂O) con vejiga llena; o punto de fuga < 60 cm H₂O.

Objetivo: demostrar la eficacia del cabestrillo tradicional en el tratamiento de la incontinencia urodinámica

de esfuerzo por deficiencia intrínseca del esfínter uretral (DIEU).

Material y método: se presenta la experiencia de nueve casos, seis de ellos tratados en Urodifem de Occidente y tres en el Hospital Civil de Guadalajara. La evaluación de resultados se estableció conforme al método preconizado por Groutz y Blaivas denominado Simplified Urinary Incontinence Out Score (SUIOS), el cual incluye: diario urinario, prueba de la toalla, prueba de esfuerzo, cuestionario de calidad de vida ICIQ-SF.

Resultados: la evaluación fue objetiva oscilando el tiempo postoperatorio entre 6 meses y 9 años, media 2 años. El 77.7% reportaron continencia y 22.3% reportaron estar bastante mejor (desde 1 al día a 1 entre semana episodios de pérdida de orina). Prueba de la toalla, normal en 100%. Prueba de esfuerzo negativa en 100%. Evaluación de calidad de vida: 88.8% mucho mejor; 11.2% bastante mejor, con una autocalificación de resultados de 0-10, 8 de 10 y uno de 8.

Conclusión: la técnica de cabestrillo tradicional es eficaz en pacientes con deficiencia intrínseca del esfínter uretral.

Evolución de las lesiones de bajo grado con reguladores de la carga oxidativa

Rodolfo López Sánchez, Gabino Hurtado Estrada, César Cordero Galera, Marco A Vega Salgado, Karen Peralta
Hospital de Ginecoobstetricia, IMIEM, Toluca, México

Objetivo: describir la evolución de las lesiones intraepiteliales de bajo grado en endocérnix, bajo seguimiento cito-colposcópico e histológico y manejadas con reguladores de la carga oxidativa. Servicio de Patología del Tracto Genital y Colposcopia del IMIEM.

Material y método: estudio prospectivo, longitudinal y descriptivo en el que se incluyeron 110 pacientes con lesiones intraepiteliales de bajo grado cervical evaluadas con citología, colposcopia y se corroboró con biopsia cada 2 meses por un año de seguimiento. A las pacientes se les administró: vitamina E, 400 UI al día; vitamina A, 50,000 U cada tercer día; ácido fólico, 4 mg cada día y vitamina C, un gramo cada día.

Resultados: las lesiones intraepiteliales de bajo grado de cérnix presentaron 92 (83.6%) de regresión espontánea, 10 (9%) de persistencia y hubo 8 casos de progresión.

Conclusión: las lesiones intraepiteliales de bajo grado en cérvix presentan una elevada frecuencia de regresión espontánea. Recomendamos el tratamiento conservador y prolongar el seguimiento de los casos negativos para descartar falsos negativos.

Manejo de hiperplasia endometrial: experiencia institucional

Alma Delia Lagunas Martínez, Hugo Rico Olvera, Ana Cristina Arteaga Gómez

Instituto Nacional de Perinatología, México, DF, México

Objetivo: analizar el manejo de hiperplasia endometrial en el INPer de junio de 2001 a junio de 2008.

Material y método: estudio retrospectivo, observacional, descriptivo y transversal. Se realizó una búsqueda en la base de datos del CIE-10 Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud de junio de 2001 a junio de 2008 en el INPer, analizándose las características y seguimiento de las pacientes con hiperplasia endometrial en tratamiento expectante, médico y quirúrgico.

Resultados: de un total de 94 expedientes registrados, 60.6% (57 pacientes) contaban con diagnóstico histológico de hiperplasia endometrial, 10 de ellas recibieron manejo conservador (17.5%); 17 tratamiento médico (29.8%) y 30 pacientes manejo quirúrgico (52.6%). El manejo médico corresponde a las progestinas, encontrando variaciones importantes en la dosis, vía de administración y tiempo de tratamiento. En relación con el tratamiento quirúrgico, el reporte histopatológico definitivo se encontró que 18 pacientes presentaban endometrio de características normales (60%).

Conclusiones: el tratamiento de la hiperplasia endometrial depende de un gran número de factores, como el tipo de hiperplasia, el riesgo de progresión a cáncer, sintomatología, edad de la paciente y deseo de embarazo. Desafortunadamente, a pesar de los grandes esfuerzos establecidos en los lineamientos de manejo, aún no contamos con la experiencia necesaria en relación con nuevos tratamientos médicos en el Instituto. Por lo que con los resultados obtenidos sugerimos llegar a un consenso que unifique los criterios de manejo de la hiperplasia endometrial.

Terapia hormonal en mujeres con síndrome climatérico con antecedente de cáncer ginecológico

Ana Cristina Arteaga Gómez, Carlos E Aranda Flores, Guillermo Ortiz Luna, Guillermo Castellanos Barroso
Departamento de Oncología, Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, México, DF, México

Objetivo: evaluar la viabilidad y seguridad de la terapia hormonal (TH) en mujeres con síndrome climatérico con antecedente de cáncer ginecológico.

Material y método: se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo con revisión de la base de datos epidemiológicos del Instituto, con los siguientes criterios de inclusión: mujeres con cáncer de ovario (CaO), cáncer cérvico uterino (CaCU) y cáncer endometrial (CaE), con TH posterior al tratamiento oncológico, en el periodo del 1 de enero de 2000 al 31 de diciembre de 2008.

Resultados: población total 134 pacientes, cumplieron criterios 71. Promedio de edad 44.7 años, de las cuales, 50.7% presentó CaE, 19.7% CaO, 29.6% CaCU. El 100% de las pacientes tuvieron tratamiento quirúrgico (15% histerectomía total abdominal (HTA), 85% HTA + salpingooforectomía bilateral), 10% de las pacientes recibió terapia adyuvante. El 74.6% tuvo criterios para inicio de TH; sin embargo, sólo 24% recibió manejo, asociado con criterio médico individual, de los cuales 47.1% recibió estrógenos, y 52.9% recibió tibolona, con un promedio de tiempo de administración de 2.5 años. De las pacientes que se administró TH, ninguna presentó recurrencia, con un periodo libre de enfermedad promedio de 4.7 años (rango 2 a 8 años) hasta el corte del estudio.

Conclusión: la repercusión que ocasiona este grupo de neoplasias junto con el síndrome climatérico en la calidad de vida de estas pacientes, al parecer se ve mejorada con la TH. Se propone con este estudio que la TH puede ser utilizada en este tipo de pacientes bajo la premisa de contar con los estudios de seguridad, aunque se sugiere se realicen más estudios para poder concluirlo.

Riesgo cardiovascular y prevalencia del síndrome metabólico en la Coordinación de Peri y Postmenopausia del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes

Ana Paola Sánchez Serrano, Jesús Rafael Aguilera Pérez, Alejandro Porras Bojalil, Salvador Espino y Sosa, María Guadalupe Villanueva

Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, México, DF, México

Introducción: el síndrome metabólico se caracteriza por obesidad central, resistencia a la insulina y dislipidemia y es considerado como un factor de alto riesgo para enfermedad cardiovascular en las mujeres en peri y posmenopausia.

Material y método: se estudiaron 1,221 pacientes que ingresaron en la Coordinación de Peri y Postmenopausia, el tamaño de la muestra se calculó en función de la caracterización de los parámetros poblacionales de interés, el análisis descriptivo se realizó con medidas de tendencia central y dispersión. Se caracterizaron las proporciones de los factores de riesgo y se buscaron correlaciones entre variables continuas con prueba *t* de Pearson, tomándose como significativas *p* menores a 0.005.

Resultados: se analizaron 1,221 pacientes que acudieron a consulta. Se encontró bajo peso en 0.3%, peso adecuado en 20.1%, sobrepeso en 47.7%, obesidad grado I en 23.2%, obesidad grado II 6.4% y obesidad grado III en 2.3%. En 225 pacientes (18.4%) se encontraron niveles de glucosa sérica en ayuno mayores a 110 mg/dL, 667 (54.6%) tenían colesterol mayor a 200 mg/dL; en 762 (62.4%) LDL mayor a 130 mg/dL, y en 753 (61.7%) HDL menor a 50 mg/dL; 498 (40.8%) tenían niveles séricos de triglicéridos mayores a 160 mg/dL; 147 (11.5%) tenían la presión arterial por arriba de 130/85 mmHg y 612 mujeres (50.1%) medían más de 88 cm de circunferencia abdominal. Con lo anterior, encontramos una prevalencia del síndrome metabólico de 33.9% entre las 1,221 pacientes incluidas en el estudio.

Conclusiones: en la Coordinación de Peri y Postmenopausia del INPerIER encontramos una prevalencia de sobrepeso y obesidad de 79.6% y de síndrome metabólico de 33.9% entre las mujeres que acuden a consulta, lo que significa un riesgo cardiovascular elevado en esta población.

Correlación de la citología-colposcopia e histopatología en un hospital de segundo nivel

Cynthia Susana Pérez Cortez, Drusso Vera Gaspar, Gilda Flores Peña, Jesús Cruz Martínez

Clínica de Colposcopia del Hospital General, Nuevo Laredo, Tamps, México

Introducción: las anomalías en el examen del PAP diagnostican LEIBG en más de un millón de mujeres, y 500,000 mujeres más serán diagnosticadas con LEIAG precursoras de cáncer.

Objetivo: revisión de los resultados citológicos y de biopsias en los casos con diagnóstico de LEIAG para buscar la relación entre un estudio y otro para la confirmación del diagnóstico histopatológico.

Material y método: estudio observacional descriptivo. El universo de estudio estuvo conformado por 204 pacientes. La recolección de la información se tomó del libro de registro de resultados histopatológicos del Departamento de Patología del Hospital General y de los expedientes del archivo clínico del mismo.

Resultados: se encontró que 97 fueron NIC I, 27 NIC II, 23 NIC III y otros 57. El epitelio acetoblanco se presentó en 100% de las lesiones intraepiteliales de alto grado. Las NIC II y III se presentaron en 13 y 11%, respectivamente.

Conclusiones: las colposcopias fueron satisfactorias y presentaron lesiones, en correspondencia con el diagnóstico histopatológico por biopsia. La mayoría de los citodiagnósticos fueron de displasia leve. La NIC II fue el diagnóstico histológico de más frecuencia. La biopsia dirigida por colposcopia es el mejor método de diagnóstico de las LEIAG, comparado con la citología.

Distrés psicosocial en mujeres examinadas colposcópicamente

Delia Albina Márquez Gamiño, * María de Lourdes Espinosa Hernández, ** Ma. de la Luz Casillas Sánchez, ** José Antonio Álvarez Cisneros, * Cipriana Cisneros, ** Delfino Montiel Rodríguez, * Sergio Márquez Gamiño **

* UMAE-HGOP Núm. 48, IMSS, León, México

** Universidad de Guanajuato, Campus León, León, México

Introducción: las pacientes ginecológicas con Papanicolau anormal se envían a colposcopia. Es importante conocer su nivel de distrés psicosocial a fin de realizar intervenciones para prevenirlo.

Objetivo: conocer el nivel de distrés psicosocial de mujeres que asisten a su primer examen colposcópico.

Material y método: se aplicó el PEAPS-Q a 326 pacientes referidas (noviembre de 2008 a mayo de 2009) en la Clínica de Colposcopia de la UMAE-HGOP Núm. 48 por Papanicolau anormal; los ítems correspondientes

a los factores 2, 3 y 4 antes del estudio y los del factor 1 después.

Resultados: 53.7% de las participantes (39 ± 12 años, media $\pm$ desviación estándar) reportaron escolaridad menor a secundaria. Se encontró distrés significativo en los factores: 2) creencias y sentimientos acerca de cambios cervicales (2.9 ± 0.9), 3) infectividad (3 ± 1.2) y 4) efecto en relaciones sexuales (3.1 ± 1.1). En 5 ítems se encontró distrés significativo: ¿se ha preocupado de que si sigue teniendo relaciones íntimas el problema se pondrá peor? (3.4 ± 1.2), ¿qué tan preocupada está de que pueda tener cáncer? (3.3 ± 1.2), ¿se ha preocupado de que pueda infectar a su compañero al tener relaciones íntimas? (3.1 ± 1.3), ¿qué tan preocupada está de que pueda morir de un Papanicolaou anormal? (3.1 ± 1.2) y ¿se ha preocupado si debe seguir teniendo relaciones íntimas? (3 ± 1.3).

Discusión: el distrés psicosocial en esta muestra de mujeres mexicanas es mayor que el reportado en estadounidenses, en quienes está elevado sólo en el factor 2 y en los ítems miedo a tener cáncer y morir (Valdini & Esielionis, 2004; Stinnett, 2000).

Infección por papiloma virus humano en varones mexicanos: frecuencia, localización y morfología

Delia Albina Márquez Gamiño, José Antonio Álvarez Cisneros,* María de Lourdes Espinosa Hernández,** Sergio Márquez Gamiño***

* Clínica de Colposcopia, UMAE-HGOP Núm. 48, IMSS, León, México

** Universidad de Guanajuato, Campus León, León, México

Introducción: la IVPH es una enfermedad común en población sexualmente activa, 70% ha estado en contacto con VPH. La prevalencia en varones es de 40%. El varón está considerado potencial transmisor múltiple. La detección no es oportuna. Hay gran cantidad de pacientes asintomáticos no detectados. Es trascendente conocer el comportamiento, localización y morfología de la IVPH en el varón mexicano.

Objetivo: determinar frecuencia, localización y morfología de la IVPH en una muestra de varones mexicanos, compañeros de mujeres con IVPH.

Material y método: se incluyeron 140 varones, compañeros de pacientes de la Clínica de Colposcopia. Se interrogó sobre presencia de lesiones genitales, se practicó

androscoopia y biopsia del sitio de lesión. Las piezas fueron analizadas por patología. Los datos se analizaron mediante estadística descriptiva.

Resultados: el rango de edad fue 17 a 70 años, media de 33.7. 91% presentó lesiones: 89% subclínicas y 11% clínicas (condilomas); 9% fueron colposcópicamente sanos. La principal localización fue escrotal (114), peniana (59), uretral (17), glándula (16), frenillo (9), perianal (2) y pubis (1). El 51% de los estudiados tuvo lesión en más de un sitio. Los patrones colposcópicos más frecuentes fueron: macular (141), escroto blanco (36), uretra blanca (16), condiloma (14) y micropapilar (11).

Conclusión: la principal localización de las lesiones es el escroto, con morfología de escroto blanco y macular. El alto porcentaje de afectación masculina hace obligatoria la revisión de las parejas de mujeres con lesiones precancerosas y cancerosas de cérvix uterino con el objeto de evitar la reinfección.

Congruencia cito-colpo-histológica en la práctica médica privada después de la capacitación formal

Dora Elia Oliva Hernández, Carmen Laura Meneses Hernández, Drusso Vera Gaspar

Clínica Hospital, ISSSTE, Celaya, Guanajuato

La colposcopia es un método diagnóstico para mujeres con citologías anormales, que se lleva a cabo siguiendo una sistematización de acuerdo con estándares aceptables, con el propósito de ofrecer un resultado favorable, como evitar la discapacidad traducida en pérdida de años vida productiva o incluso la muerte.

Papanicolaou in promptu aplicado a la colposcopia cervical

Elvia Leticia Tijerina Carrillo, Drusso Vera Gaspar***

* Centro Colposcópico de Docencia e Investigación Médica SC, Hospital San José, Nuevo Laredo, Tamaulipas, México

** Centro Colposcópico de Docencia e Investigación Médica SC, México, DF, México

Objetivo: implementar una nueva modalidad de la citológica cervical convencional utilizándola en conjunto y durante el procedimiento de la colposcopia y obtener el resultado citológico en el mismo acto, a lo que nombramos

Papanicolaou *in promptu* (que en latín significa: expresión que se aplica a las cosas que se hacen de pronto). Con la finalidad de observar las diferencias entre un estudio citológico con resultados inmediatos y otro enviado al laboratorio en forma rutinaria.

Material y método: 234 mujeres que acudieron a la invitación de una campaña de colposcopia y citología gratuita durante el periodo del 5 de abril al 2 de agosto de 2008, durante la realización del Diplomado en Colposcopia, efectuado por especialistas en ginecología y patología. A las cuales se les realizaron dos muestras de citología cervical para evaluación *in promptu* y otra en forma rutinaria. Eliminando los casos de colposcopia insatisfactoria.

Resultados: se detectaron casos con patología infecciosa, así como de atrofia, los cuales recibieron tratamiento inmediato. Se diagnosticaron mayor número de lesiones epiteliales de bajo grado en relación con el procedimiento de rutina. Dos casos de colposcopias sin evidencia de anormalidad, el Papanicolaou *in promptu* reportó lesión de bajo grado, por lo que fue necesario repetir en este momento la aplicación de ácido acético a mayor concentración y se demostró la evidencia de lesión y confirmación con biopsia.

Conclusiones: encontramos una serie de ventajas al realizar una citología cervical *in promptu*, como toma de decisiones, manejo terapéutico y de información al paciente con mayor seguridad disminuyendo los tiempos de espera en la entrega de un resultado.

Tratamiento no quirúrgico de la incontinencia urinaria leve a moderada: un estudio *focus group*

Eréndira Kunhardt Urquiza, Víctor Eduardo Hernández Zúñiga, Emilio Nava Uribe

Hospital de Gineco-Obstetricia Luis Castelazo Ayala, IMSS, México, DF, México

Introducción: la incontinencia urinaria es un problema que agobia a la sociedad en forma silenciosa y que va en decremento de la calidad de vida de las pacientes con repercusiones importantes en su vida social, afectiva y hasta económica, mediante el estudio *focus group* intentaremos dilucidar los porqués de esto.

Objetivo: diseñar programas de mejoramiento de la incontinencia urinaria mediante lo aprendido en el estudio.

Material y método: pacientes alrededor de los 51 años de edad, profesionalmente activas, que no acuden a consulta por razones uroginecológicas y que fueron interrogadas acerca de incontinencia urinaria y que resultaron afectadas.

Resultados: la principal causa de poco apego al tratamiento conductual y de ejercicios fue el olvido, la segunda fue la sensación de malestar de los ejercicios y la tercera por falta de tiempo.

Conclusiones: la falta de apego al tratamiento se debe a la falta de motivación pues consideran irrelevante la incontinencia urinaria, la educación se debería de llevar a cabo desde edades tempranas.

Coriocarcinoma: un diagnóstico que hay que tener en mente

Esperanza Josefina Bautista Gómez, Víctor Morales García, Conrado Robles Vásquez, Úrsula Santos Pérez
Hospital General Aurelio Valdivieso, Oaxaca, México

Presentación del caso: paciente de 23 años, gesta 1, A1 en febrero de 2009 resuelto por AMEU sin complicaciones, colocándose DIU como método de planificación familiar. Reingresa en mayo de 2009 referida del Centro de Salud por un cuadro de abdomen agudo posterior a retiro de DIU. La paciente refiere dolor abdominal de 1 semana de duración acompañado de sangrado trasvaginal escaso, que se incrementan posterior a retiro de DIU. Niega vida sexual activa posterior a AMEU, no se cuenta con reporte de patología. A la exploración física, fascies dolorosa, abdomen con peristalsis disminuida, doloroso a la palpación superficial y profunda, rebote positivo. Al TV fondos de saco abombados y dolor leve a la movilización uterina, útero de 11 x 9 cm. Se realiza USG abdominal observando útero en AVF de 9 x 9 cm, imágenes hiperdensas en forma de halo en pared uterina anterior, líquido libre en fondo de saco. Cuenta con prueba de embarazo negativa. Se ingresa a quirófano con el diagnóstico de abdomen agudo, probable perforación uterina. Encontrando 4 perforaciones uterinas en la cara anterior del útero con áreas de necrosis, pequeñas zonas de hemorragia, tejido friable. En el primer día postquirúrgico inicia con dificultad respiratoria, se inicia manejo para edema agudo pulmonar. Se solicitan gonadotrofina coriónica humana cualitativa positiva y cuantitativa reportándose 184,000 UI. Se realiza USG encontrando útero vacío, anexos normales. Al

reinterrogatorio la paciente refiere que posterior a AMEU persistió con sangrado transvaginal. Se sospecha probable coriocarcinoma vs enfermedad trofoblástica persistente. Se realiza TAC observando áreas de metástasis a nivel parahiliar derecho. Se inicia manejo y seguimiento hasta el momento por oncología.

Comentario: el coriocarcinoma es una neoplasia poco frecuente con un cuadro clínico completo que debemos tener en mente para poderlo diagnosticar a tiempo.

Electroterapia: tratamiento para la incontinencia dual

Esther Silvia Rodríguez Colorado, Laura Escobar del Barco, Viridiana Gorbea Chávez, Luis Enrique Gordillo Córdova

Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, México DF, México

Introducción: la incontinencia urinaria y fecal es la forma más incapacitante de las alteraciones del piso pélvico. El entrenamiento de éste, la electro y biorretroestimulación han mostrado ser eficaces para tratarla.

Material y método: cohorte retrospectiva de pacientes con incontinencia dual tratadas con fortalecimiento más biorretroalimentación, electroestimulación inhibitoria, sólo fortalecimiento, solo biorretroalimentación o Tens. Las variables estudiadas fueron: edad, número de sesiones recibidas, subtipos de incontinencia, tipo de terapia administrada y cuantificación de la mejoría en porcentaje. La mejoría se midió con una escala análogo visual y se consideró a las que tuvieron 60% o más.

Resultados: se incluyeron 84 pacientes. La incontinencia mixta (IUM) e incontinencia fecal (IF) se encontraron en 42 pacientes (50%), seguidas de incontinencia urinaria de urgencia (IUU) e IF en 26 pacientes (31%) y 16 pacientes (19%) con incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) e IF. Las pacientes con mejoría superior a 60% se distribuyeron como sigue: 81% de las pacientes con IUE e IF, 77% de las pacientes con IUU e IF, 67% de las pacientes con IUM e IF.

Conclusión: este trabajo muestra que las pacientes con IUE e IF tuvieron mejor respuesta que las asociaciones IUU e IF, así como IUM e IF. Esta diferencia podría explicarse en que, a medida que aumenta la complejidad del padecimiento, disminuye la respuesta al tratamiento.

Incidencia de lesión intraepitelial de alto grado en un hospital privado de Nuevo Laredo

Guadalupe Rebeca Díaz Vázquez

Hospital San José, Nuevo Laredo, Tamaulipas, México

Objetivo: aprobación de Diplomado en Colposcopia y Patología del Tracto Genital y Complejo Ano Perineal en la ciudad de Nuevo Laredo.

Material y método: estudio descriptivo, prospectivo, transversal. Se estudiaron 350 mujeres entre 15 y 70 años, del 5 de abril al 26 de septiembre de 2008. Se aplicó una encuesta con datos personales, historia ginecológica, FUR, método anticonceptivo, enfermedad de transmisión sexual y tabaquismo. Se realizó colposcopia con toma de dos citologías; una muestra se procesaba inmediatamente y otra en forma normal, así como biopsia para confirmar el diagnóstico.

Resultados: de las 350 pacientes 16 (4.5%) presentaron NIC, 11 (3.14%) displasia moderada y 5 (1.42%) displasia severa. De este grupo el inicio de VSA fue entre 15 y 25 años, 13 (81%) tenían más de una pareja, 50% tiene tres hijos o más. El 43% usaba método anticonceptivo, 8 (50%) había tenido enfermedad de transmisión sexual, 3 (18%) fumaban, NIC II se presentó entre 30 y 39 años. El NIC III se presentó en mayores de 50 años.

Conclusión: comparando nuestro estudio con otro similar, la prevalencia es más alta; el tratamiento fue 100% con electrocoagulación y cono, se debe forzar a la educación e implementar la vacunación.

Evaluación del riesgo cardiovascular en mujeres con diagnóstico de insuficiencia ovárica prematura en el Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes del 2000 al 2008

Heidy Ortiz Reyes, Jesús Rafael Aguilera Pérez

Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, México DF, México

Objetivo: obtener correlación entre indicadores de riesgo cardiovascular en pacientes con insuficiencia ovárica prematura (FOP) del Instituto Nacional de Perinatología IER de enero de 2000 a junio de 2008.

Material y método: estudio observacional, descriptivo, transversal, retrospectivo en pacientes menores de 40 años de la Coordinación de Peri y Postmenopausia del Instituto Nacional de Perinatología. Se incluyeron pacientes que

acudieron por primera vez a dicho servicio del 1 de enero de 2000 al 31 de junio de 2008, con diagnóstico de FOP y con FSH, LH y estradiol, perfil lipídico, además sin tratamiento hormonal a su ingreso.

Resultados: la media de edad de pacientes FOP fue 31 años $\pm$ DE 5.7. La media del perfil lipídico se encontró así: triglicéridos 168.7 mg/dL; colesterol 193.3 mg/dL $\pm$ DE 46.5; C-HDL 47.8 mg/dL $\pm$ DE 13.6 y C-LDL 117.5 mg/dL $\pm$ DE 35.1. En cuanto a concentraciones de glucosa, la media fue 95.4 mg/dL $\pm$ DE 41.6. El perfil hormonal se encontró estradiol promedio de 27.5 pg/mL $\pm$ DE 32.4; FSH de 48.2 mUI/mL $\pm$ DE 29.8; LH de 24.6 mUI/mL $\pm$ DE 17.1. En relación con la puntuación por edad, 67 pacientes con FOP (72%) se les dio puntuación de 0, lo que corresponde a 1.2% de riesgo cardiovascular (RCV) a 10 años y con 2 puntos a 25 pacientes (26.9%), que corresponde a 1.7% de RCV. Se obtuvo que el porcentaje de riesgo en relación con los rangos de E2 no tiene una asociación significativa ($p \geq 0.808$). Se observó una correlación de C-HDL con FSH de 0.218 ($p < 0.037$), al igual que con LH de 0.225 ($p < 0.031$).

Conclusiones: los resultados arrojaron datos similares a lo conocido por la literatura mundial con respecto a la influencia del estado menopáusico en relación con mayor riesgo cardiovascular. Es necesario realizar estudios de mayor impacto estadístico que arrojen directrices para el manejo de pacientes con FOP y prevención de factores de riesgo relacionados con enfermedad cardiovascular en esta población.

Infertilidad primaria, útero en T y posterior embarazo. Reporte de un caso

Magalhi Guadalupe Robledo Clemente, Fernando Gaviño Gaviño, Francisco Javier Cedillo Díaz, Daniel Moreno García, Francisco Javier Reyes, Juan Enrique Gonzáles, Lilia Cristina Arranz Lara

Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE, México DF, México

Introducción: el útero en T es una malformación mülleriana poco frecuente, en la mayoría de los casos se reporta asociada con la exposición en útero a dietilestilbestrol (DES).

Presentación del caso: paciente de 31 años con infertilidad primaria, a la cual se le diagnostica útero en T, mediante histerosalpingografía e histeroscopia. Logró el

embarazo en el segundo intento con inseminación intrauterina. Patologías asociadas: psoriasis, endometriosis y síndrome de ovarios poliquísticos. Durante el embarazo cursó con exacerbación de la psoriasis, a nivel del cuero cabelludo, tratándose con aceite de almendras dulces. Sin complicaciones concluye el embarazo a las 38 semanas, obteniéndose un recién nacido sano.

Discusión: en noviembre de 1971 se descubre que la exposición en útero causa un tipo poco frecuente de cáncer vaginal, suspendiendo así su uso en embarazadas. Otros efectos en la salud de las hijas expuestas a DES incluyen: infertilidad y complicaciones del embarazo, riesgo relativo (RR) para infertilidad primaria de 2.3 y para infertilidad secundaria de 2.0. El RR para embarazo ectópico es de 3.84. Incluso hasta la tercera generación se ha asociado con estas alteraciones. Por otra parte puede asociarse también en el feto hombre con: hipospadias, varicocele, etc. Se ha asociado la exposición de DES con enfermedades inmunológicas, por alteraciones en las células T e interleucina 2. Llama la atención que la receptividad del endometrio es adecuada en el útero malformado, lo cual favorece la implantación, como es en nuestro caso.

Electroestimulación inhibitoria para el tratamiento de vejiga hiperactiva con dos tipos de energía: interferencial bipolar (if-2p) y TENS (estimulación nerviosa eléctrica transcutánea)

Silvia Rodríguez Colorado, Laura Escobar del Barco, Viridiana Gorbea Chávez, Milagros Velásquez Espino, Erik González

Coordinación de Urología Ginecológica, Instituto Nacional de Perinatología, México DF, México

Introducción: dentro del tratamiento utilizado para la vejiga hiperactiva se ha considerado a la electroestimulación inhibitoria, la cual se puede administrar con diferentes tipos de energía, la alternativa ideal es la utilización de energía TENS o bipolar asimétrica.

Objetivo: evaluar la mejoría de las pacientes con vejiga hiperactiva tratadas con electroestimulación inhibitoria con energía if-2p comparada con TENS o bipolar asimétrica.

Material y método: el diseño del estudio fue una cohorte retrospectiva que se llevó a cabo de 2004 a 2008. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de vejiga hiperactiva. Se obtuvieron datos como edad, índice de masa

corporal, número de sesiones de electroestimulación a las que acudieron las pacientes y mejoría subjetiva (valores mayores de 6 en escala análogo visual). Se realizó estadística descriptiva y prueba χ^2 para comparar los tipos de energía, utilizando SPSS versión 14.

Resultados: se revisaron 754 expedientes, de los cuales 49 pacientes cumplieron con los criterios de selección, 33 pacientes se trataron con if- 2p y 16 con TENS. El 48.4% (n = 16) que recibió if-2p completó 12 sesiones con una mejoría subjetiva de 81.8% (n = 27) en la última sesión de tratamiento. De las pacientes con TENS, 68.7% (n = 11) completaron las 12 sesiones con una mejoría subjetiva de 62.5% (n = 10) en la última sesión. No existió diferencia estadísticamente significativa en cuanto a la mejoría entre las terapias administradas ($p = 0.26$).

Conclusión: la electroestimulación con energía interferencial bipolar, así como con TENS son una buena alternativa para el tratamiento de vejiga hiperactiva, con resultados similares.

Prevalencia de síntomas de disfunción del piso pélvico y su correlación con el grado de prolapso de órganos pélvicos

Victoria Abigail Quero Rodríguez, Mauricio Rodríguez, Enrique Aranda Collado, Ricardo López, Enrique Saucedo

Hospital Regional Materno Infantil de Alta Especialidad SSNL, Monterrey, NL, México

Objetivo: demostrar la prevalencia de síntomas de disfunción del piso pélvico como incontinencia urinaria, fecal o disfunción sexual, y si existe correlación con el grado de prolapso de órganos pélvicos.

Material y método: investigación observacional de tipo comparativa, transversal, llevada a cabo en el Hospital Regional Materno Infantil de Nuevo León, durante los meses de julio a octubre de 2009, donde ha sido complementada la evaluación ginecológica de rutina con el sistema estandarizado de cuantificación de prolapso de órganos pélvicos (POP-Q) y posteriormente se les aplicó el cuestionario validado para evaluación de la sintomatología urinaria, fecal y sexual y su impacto en la calidad de vida, para a continuación correlacionarlo con el grado de prolapso.

Resultados: investigación aún en curso, se finalizará la recolección de datos en octubre de 2009.

Metilación del sitio promotor de los genes BORIS/CTCF, GSTP1 Y P16(INK4) en cáncer de mama ductal

Victoria Martínez Gaytán, Miguel Ángel Reyes Romero,** Raúl Cortés Flores,* Beatriz González Ramírez González,* Brisia Medina,** Miguel Eloy Torcida González,* Jorge Talmás Márquez***

* Departamento de Oncología, Unidad Médica de Alta Especialidad Núm. 23, IMSS, Monterrey, NL, México

** Departamento de Biología Molecular, Facultad de Medicina UJED, Durango, Dgo, México

Introducción: las alteraciones epigenéticas en cáncer de mama son poco conocidas. La expresión de dos genes vinculados con cáncer, BORIS/CTCF (promotor normalmente metilado) y GSTP1 (promotor normalmente desmetilado), es susceptible de modificación epigenética, lo que es de interés en el tema de biomarcadores en cáncer.

Objetivo: determinar el estado de metilación del sitio promotor de BORIS/CTCF y GSTP1 en cáncer de mama ductal.

Material y método: estudio descriptivo transversal prospectivo. Se analizaron 16 muestras de cáncer de mama ductal. Se determinaron por inmunohistoquímica receptores para estrógenos, progesterona y HER2 neu. A partir de biopsias por escisión se aisló ADN y se modificó con bisulfito, el estado de metilación del sitio promotor de BORIS/CTCF y GSTP1 se determinó por reacción en cadena de polimerasa específica de metilación y análisis electroforético de los productos de amplificación en geles de agarosa.

Resultados: de los 16 casos estudiados, 11 (68%) fueron positivos para receptores de estrógenos, 10 (62%) para receptores de progesterona y 8 (50%) para HER2 neu. El sitio promotor de BORIS/CTCF se encontró metilado en todos los casos con desmetilación concomitante en sólo dos (12.5%) casos; el promotor de GSTP1 se encontró metilado en 12 (75%) casos, concomitante con desmetilación en 100% de los casos.

Conclusiones: los resultados sugieren que la pérdida de metilación de la región del promotor de BORIS/CTCF estudiada en este trabajo es poco frecuente en cáncer de mama; por el contrario, la metilación del promotor de GSTP1 es un evento frecuente.

Seguimiento de los hilos guía no visibles del DIU TCU 380 A colocado en el posparto

Norma Velazquez Ramírez, Perla del Rocío Baca Olivo, Roger Lara Ricalde, Enrique Reyes Muñoz
Instituto Nacional de Perinatología, Distrito Federal, México

Objetivo: establecer estrategias de seguimiento en mujeres usuarias del DIU aplicado en el posparto en las cuales no se visualizan los hilos guía.

Material y métodos: se incluyeron 532 mujeres a las que se les colocó el DIU posplacenta (parto o cesárea). Se dio seguimiento de las mujeres hasta la observación de los hilos guía del DIU y en las mujeres que no fueron visibles las guías hasta por un año. Con intervalos de seguimiento de 6 semanas, 3,6,9 y 12 meses según el caso.

Resultados: al final del estudio las guías fueron visibles en el 96.9% de las mujeres (n=365), lo cual ocurrió en el 63.9% (236) entre las 4 y 9 semanas del evento obstétrico y a los 6 meses el 91.4% (338), no pareció estar relacionado con el tipo de evento parto vs cesárea p de GCh, 66 β 0.21. Se realizaron 103 intervenciones (dos fracción sondeos de la cavidad uterina y 35 USG). El 60.7% (163) del total de mujeres en la primera visita cumplieron criterios de MELA. Se realizaron 2 intervenciones (sondeo y USG) por duda de colocación del DIU. En la segunda resisión se realizaron 57 intervenciones (55.3%) por no cumplir criterios de MELA (GCH, sondeo y USG). La tasa de expulsión 8.3%, fue menor cuando se colocó transcesárea p :0.004. Se retiró en 7.3%, la principal causa sangrado y dolor.

Conclusiones: no deben realizarse intervenciones a menos que exista duda de colocación o expulsión del DIU; siempre que se esté razonablemente seguro de que la mujer no esté embarazada, de acuerdo a si cumple o no con los criterios del MELA (método anticonceptivo de la amenorrea de la lactancia). Antes de los seis meses si no se visualizan los hilos y la mujer cumple con los criterios, el sondeo de la cavidad es un procedimiento valioso; si no los cumple realizar un USG. Después de seis meses, se deben aplicar los criterios adicionales al MELA para estar seguros de que no existe embarazo y realizar sondeo de la cavidad uterina; si no se cumplen practicar USG pélvico.

Serorreactividad a la hepatitis por virus B antígeno de superficie entre los diferentes grupos de población en la ciudad de Durango, México

Antonio Sifuentes Álvarez,,** Cosme Alvarado Esquivel,** Nora García Corral,** Antonio Bracho Huemoeller***

* Facultad de Medicina de la Universidad Juárez del Estado de Durango

** Hospital General de los Servicios de Salud del Estado de Durango

Objetivo: determinar la seroprevalencia del virus de la hepatitis B (HBsAg) en varios grupos de la población en la ciudad de Durango, México.

Material y métodos: se realizó un estudio observacional y comparativo; se llevó a cabo en 6 grupos de la población en 775 personas de la ciudad de Durango, México. Los grupos estudiados fueron registrados 141 trabajadoras sexuales, 100 estudiantes de medicina, 150 donantes de sangre, 104 personas que solicitan certificados médicos, 100 mujeres embarazadas, y 180 adictos a las drogas. Las muestras de suero de los participantes fueron analizados para HBsAg por un inmunoensayo. La confirmación de HBsAg fue realizada por el ensayo de neutralización.

Resultados: de los 775 participantes, 13 (1.7%) fueron positivos por el inmunoensayo, y sólo 1 (0.1%) resultó positivo mediante el ensayo de confirmación. Este caso positivo fue de un drogadicto y tenía una historia de cirugía y viajes nacionales e internacionales.

Conclusiones: la seroprevalencia de HBsAg en varios grupos de la población de la ciudad de Durango es baja; la seroprevalencia es comparable o menor que los informados en otras ciudades mexicanas. Se recomienda realizar la prueba de confirmación de HBsAg debido a la baja especificidad del inmunoensayo.

Participación de la obesidad en la pérdida gestacional recurrente

Juan Enrique González Becerra, José Gutiérrez Salinas,** Francisco Javier Cedillo Díaz, Jesús Daniel Moreno García****

* Residente del quinto año de Biología de la Reproducción Humana

** Laboratorio de Bioquímica y Medicina Experimental, División de Investigación Médica

*** Servicio de Reproducción Humana

Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE, México DF

Objetivo: establecer la relación entre pérdida gestacional recurrente y obesidad en nuestra población.

Material y método: estudio observacional, transversal y comparativo, realizado en pacientes de la clínica de pérdida gestacional en un periodo de 2 años. Criterios de ingreso: dos o más pérdidas gestacionales de forma consecutiva. Se incluyeron 73 pacientes. Se utilizó programa de análisis estadístico SPSS/PC y como correlación valores de $p < 0.05$.

Resultados: edad mínima de 20 años y máxima de 43 años, con una media de 31.9 años y S2 de 4.7; número de embarazos: mínimo 2, máximo 12, media 3.9, S2 1.7; con un máximo de 11 abortos, media de 3.3, S2 1.4. La

distribución de IMC fue: 20-25, 47%; 26-30, 28.7%; 31-35, 15%; ≥ 36 , 8.3%; con una media de 27.2 kg/m². Se comparó la cantidad de abortos entre cada grupo de IMC, así como entre el grupo de pacientes con peso normal contra las de obesidad (IMC $>$ de 30). Se compararon los grupos de abortos (2,3,4 y > 5) y sus IMC sin encontrar diferencia significativa entre ellos. se utilizo prueba de t pareada, Mann Whitney y Anova encontrando una $p > 05$. no existiendo una diferencia significativa entre número de abortos y IMC.

Conclusiones: en nuestro estudio concluimos que la obesidad no participó como factor de riesgo para la pérdida gestacional recurrente.

**Anticoagulación en una paciente embarazada con válvula mitral protésica mecánica: reporte de un caso***Alberto Kably Ambe, Denys Delgado Amador*

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

Se revisa el manejo anticoagulante en una paciente embarazada con válvula protésica.

Caso clínico: paciente de 30 años con antecedente de doble lesión mitral con predominio de estenosis de etiología reumática. Asintomática hasta su tercer embarazo, en el cual debutó a la semana 24 con insuficiencia cardíaca, disfunción diastólica y edema pulmonar secundario a estenosis severa, debido a esto se realizó cambio valvular mitral con prótesis ATS. Se mantuvo con anticoagulación a base de acenocumarol hasta la semana cuatro del embarazo actual, posteriormente se cambió a enoxaparina 80 mg (vía subcutánea/12 h) y ácido acetilsalicílico, realizando controles con el factor anti Xa. La aspirina fue suspendida a la semana 34 y fue ingresada al hospital a la semana 36 para realizar el cambio de enoxaparina a heparina no fraccionada. Se realizó cesárea Kerr bajo anestesia general balanceada, sin complicaciones, con sangrado escaso. Seis horas previas se suspendió la infusión de heparina, la cual se reinició nuevamente seis horas posteriores al procedimiento. La paciente cursó el puerperio sin alteraciones y reinició manejo con acenocumarol.

Conclusiones: el caso de esta paciente es un buen ejemplo del manejo anticoagulante en una paciente con prótesis valvular mecánica. Refleja un manejo con buenos resultados a base de enoxaparina, esto a pesar de que en algún tiempo no se recomendó su utilización, debido al riesgo de trombosis, debido a dosis y controles inadecuados. Sin embargo, actualmente se puede seleccionar como uno de los esquemas de tratamiento anticoagulante en el embarazo en pacientes con prótesis valvulares mecánicas.

Estimación de peso fetal mediante pliegue de tejidos blandos a nivel femoral*Alejandro Martínez Cavazos, Héctor Javier González Lozano, Jesús G Lozano de la Garza*

Centro de Ginecología y Obstetricia de Monterrey SA-Monterrey

El cálculo o estimación del peso fetal en obstetricia es importante, porque permite evaluar el tamaño fetal, estado nutricional, trastornos del crecimiento, etc. Además, en determinados casos es de vital importancia conocer el peso fetal para proyectarnos a la posible vía del parto y reducir la morbilidad y mortalidad. La fórmula más utilizada a nivel mundial es la de Hadlock (1985), que aparece en los sistemas operativos de los ultrasonidos y utiliza como parámetros DBP, CA y LF. Sin embargo, se tiene la variante del uso de diámetros (circunferencias) que pueden ser realizadas de manera automática y/o manual y la interpretación que se le da es directamente proporcional al criterio del observador. En el año 2008 Scioscia y colaboradores en el hospital de Bari, en Italia, desarrollaron una fórmula basada en la medición del pliegue de los tejidos blandos a nivel femoral, con la que tendríamos una estimación de peso más fiable entre cada interoperator y no tendría la debilidad de utilizar circunferencias y provocar tanta variabilidad entre cada observador, esto debido a que para su medición se realiza una técnica de medición lineal. Evaluar la exactitud y consistencia de la medición del pliegue de tejidos blandos con ultrasonografía en dos dimensiones para la estimación del peso fetal en embarazos a término y comparar su margen de error con los métodos utilizados (Shepard y Hadlock) en pacientes mexicanas y cuyo desembarazo sea dentro de 72 h posteriores a la realización del ultrasonido en embarazo a término y sin complicaciones.

Beneficio del manejo laparoscópico vs laparotomía en embarazo ectópico*Ángel Matute Labrador Sánchez, Rosalía García Ruiz, José Antonio Rodríguez Martínez, María Eréndira Ortiz Ruiz, Carlos Fierro, Elio Rafael Ponce Juárez*
Centro Médico ABC, México, DF

Introducción: anteriormente, el abordaje del embarazo ectópico era exclusivamente mediante laparotomía; sin embargo, en 1977 Shapiro y Adler describen por primera

vez una alternativa quirúrgica en el tratamiento del embarazo ectópico al introducir el tratamiento laparoscópico. Actualmente, es la herramienta más útil para el diagnóstico y tratamiento del embarazo ectópico en pacientes con condiciones hemodinámicamente estables, ya que disminuye la estancia hospitalaria y la incapacidad postoperatoria.

Material y métodos: estudio retrospectivo realizado en el Centro Médico ABC, en el que se incluyeron pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico, 90 manejadas mediante abordaje abdominal entre 1984 y 1987, y 90 manejadas mediante abordaje laparoscópico entre 2004 y 2008. Se recolectaron datos clínicos y quirúrgicos del expediente clínico y se usó del programa SPSS versión 15 para realizar el análisis estadístico de tipo descriptivo.

Resultados: en el grupo de laparotomía el promedio de días de estancia fue de 3.38 ± 0.98 días, el procedimiento quirúrgico que se realizó con mayor frecuencia fue la salpingectomía 74.5%, la salpingostomía en un 8.5%, salpingooforectomía 14.6%, Abortado 2.4%. En el grupo de la laparoscopia la media de los días de estancia fue de 1.34 ± 0.477 , el procedimiento quirúrgico que se realizó con mayor frecuencia fue la salpingectomía con 72.2%, la salpingostomía en 17.7%, salpingooforectomía 3.3%, Abortado 6.6%.

Conclusiones: la cirugía laparoscópica en manos expertas con los recursos adecuados es más segura y menos costosa debido a la disminución de la estancia hospitalaria.

Frecuencia de hallazgos clínicos y ultrasonográficos en embarazo ectópico del 2004 al 2008 en el Centro Médico ABC

Ángel Matute Labrador Sánchez, José Antonio Rodríguez Martínez, Rosalía García Ruiz, María Eréndira Ortiz Ruiz, Carlos Fierro, Elio Rafael Ponce Juárez
Centro Médico ABC, México, DF

Introducción: en la última década se ha incrementado significativamente esta patología debido al aumento en las técnicas de reproducción asistida, entre otros factores de riesgo. Por tal motivo, es importante conocer los hallazgos clínicos y ultrasonográficos que permiten diagnosticar esta patología con mayor certeza.

Material y métodos: estudio retrospectivo que incluyó a todas las pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico sometidas a tratamiento quirúrgico del 2004 al 2008.

De todas las pacientes se obtuvieron los datos clínicos y quirúrgicos del expediente. Se usó el programa SPSS para obtener la estadística descriptiva de las variables de acuerdo al caso.

Resultados: la edad promedio de las pacientes fue de 32 ± 5 años. La edad gestacional promedio fue de 6.2 ± 2.5 semanas de gestación. El hallazgo ultrasonográfico más común fue masa anexial en 27.1% de los casos. Los antecedentes más frecuentes fueron tabaquismo y cirugía pélvica previa. El diagnóstico de ingreso más común fue el embarazo ectópico en 77% de las ocasiones. Los hallazgos clínicos de amenorrea y el dolor pélvico fueron los más frecuentes. El abordaje más común fue la laparoscopia (82.6%), mientras que la localización más común fue la región ampular (80.4%). La complicación más frecuente fue el embarazo ectópico roto (26.1%).

Conclusiones: la presentación clínica y los hallazgos ultrasonográficos concuerdan con lo ya establecido. Un resultado importante de este estudio es que en nuestro hospital el abordaje más común fue el laparoscópico, mientras la paciente estuviera hemodinámicamente estable, aún cuando se encontrara roto.

Prevalencia de depresión postparto y características epidemiológicas de una población de mujeres en Durango

Antonio Sifuentes Álvarez,^{***} Cosme Alvarado Esquivel,^{*} Carlos Salas Martínez^{**}

^{*} Universidad Juárez del Estado de Durango

^{**} Hospital General de los Servicios de Salud del Estado de Durango

Objetivo: determinar la prevalencia de depresión postparto y características epidemiológicas de una población de mujeres en Durango.

Material y métodos: se estudiaron 178 mujeres de enero a diciembre de 2008, con 1 a 13 semanas de puerperio, en cinco hospitales en Durango. Fueron sometidas a una versión mexicana validada de EPDS (Edinburgh Postpartum Depression Scale). Las mujeres sugestivas de depresión fueron entrevistadas para evaluar el grado, utilizando criterios del DSM-IV. Además, se obtuvieron datos sociodemográficos, clínicos y psicosociales.

Resultados: de 178 mujeres, 58(32,6%), estaban deprimidas. La prevalencia de depresión mayor fue de

14% (25/178) y menor de 18.5% (33/178). Se observó una frecuencia más alta en: 1) mujeres con 6 años de educación ($p < 0.01$), 2) con más de 3 años de vida con su pareja ($p < 0.05$), y 3) mujeres rurales no aseguradas ($p < 0.05$). El análisis multivariado mostró asociación con antecedente de depresión: sin embarazo, postparto, ansiedad y estrés durante el último embarazo, todos estos factores con una ($p < 0.0001$): además haber tenido alguna vez trauma ($p = 0.01$), mala relación con su pareja ($p < 0.002$), abandonada por su pareja ($p = 0.004$), embarazo no deseado ($p = 0.04$), problemas familiares ($p = 0.01$), vivir sin pareja ($p = 0.02$).

Conclusiones: la prevalencia de depresión postparto en Durango es alta comparada con la reportada en otros países. Un número importante de factores sociodemográficos, clínicos y psicosociales ocurridos antes del parto contribuyeron a la depresión. Las acciones preventivas y de tratamiento deben centrarse durante el periodo prenatal.

Prevalencia e indicación de operación cesárea en la población adolescente del Hospital General de Durango

*Antonio Sifuentes Álvarez, *** Lorena del Carmen Hernández García***

* Universidad Juárez del estado de Durango

** Hospital General de los Servicios de Salud del estado de Durango

Objetivo: establecer la prevalencia e indicaciones de la operación cesárea en adolescentes que acuden al servicio de tococirugía del Hospital General de Durango.

Material y métodos: estudio realizado de enero a junio de 2008, incluyendo 162 adolescentes embarazadas con antecedentes ginecobstétricos, sociodemográficos, personales patológicos, así como vía de interrupción del embarazo, en caso de cesárea la indicación principal. Para el análisis estadístico se utilizaron medidas de tendencia central y de dispersión.

Resultados: de las 162 pacientes estudiadas, 112 fueron partos eutócicos (69.3%); 50 (30.7%) se atendieron por cesárea, de las cuales 42 fueron cesárea por primera vez (25.8%) y 8 (4.9%) con antecedente de cesárea previa. Las indicaciones de cesárea fueron: desproporción cefalopélvica 10 (6.1%), sufrimiento fetal agudo 10 (6.1%), cesárea previa 8 (4.9%), embarazo gemelar 5 (3.1%), presentación pélvica 4 (2.5%), distocia de conducción 3

(1.8%), oligohidramnios 3 (/1.8%), rotura prematura de membranas 3 (1.8%), preeclampsia severa 2 (1.2%), Asma 1 (0.6%), eclampsia 1 (0.6%).

Conclusiones: la prevalencia de cesáreas fue de 30%, menor a la reportada a nivel nacional que es de 36% y el doble de lo permitido por la OMS que equivale a 15%. Las tres indicaciones más frecuentes de cesárea fueron desproporción cefalopélvica, sufrimiento fetal y cesárea previa, coincidiendo con la literatura internacional.

Factores de riesgo asociados al parto pretérmino y evaluación del riesgo perinatal en el Instituto Nacional de Perinatología

Armando Avilez Bacre, Carlos Julián Neri Méndez, Beatriz Velázquez Valassi

Instituto Nacional de Perinatología, Isidro Espinosa de los Reyes, México, DF

Introducción: el nacimiento pretérmino es un problema para la perinatología moderna, los esfuerzos dirigidos a incrementar el conocimiento de su causa y fisiopatogenia no han llegado a aportar medidas preventivas o terapéuticas que permitan abatir su incidencia; es causa de múltiples y graves complicaciones, como las ligadas al daño neurológico en los neonatos afectados; van desde debilidad visual y limitaciones cognoscitivas, hasta parálisis cerebral.

Objetivo: identificar factores de riesgo en pacientes con parto pretérmino en población del 1 de enero de 2007 al 31 de diciembre de 2008 comparado con pacientes con embarazo de término y resultados perinatales adversos.

Materiales y métodos: estudio de casos y controles en pacientes obstétricas atendidas en Instituto Nacional de Perinatología, calculando tamaño de muestra con prevalencia de 18%, diferencia de proporción del 10%, error alfa de 0.05 y beta de 0.20, estudiando 183 casos y 183 controles.

Resultados: las pacientes mayores de 35 años tuvieron 1.9 veces más riesgo de parto pretérmino. Las pacientes que consumieron cocaína tuvieron 2 veces más riesgo. El control prenatal inadecuado incrementa el riesgo cinco veces. Hubo asociación significativa para pacientes con antecedente de parto pretérmino y el riesgo en embarazo actual. La cervicovaginitis mostró un incremento en el riesgo de 4 veces y la infección de vías urinarias de 4.7 veces. El parto pretérmino aumentó el riesgo de enfermedades infecciosas en 2.28 veces, hiperbilirrubinemia

en 19.5 veces, hemorragia intraventricular en 2 veces y seguimiento pediátrico en 21 veces.

Conclusiones: es importante conocer los factores de riesgo para parto pretérmino en nuestro medio, para proponer nuevas líneas de investigación, que lleven a una disminución de la prevalencia, morbilidad y mortalidad. Los resultados coinciden con los reportados en la literatura mundial.

Toracocentesis y vesicocentesis fetal. Experiencia institucional

David Mijey Esquivel Izaguirre, Ricardo Hernández Herrera, Mauro Ochoa Torres, René Mónico Ramos González

Unidad de Medicina Materno Fetal, Unidad Médica de Alta Especialidad Núm. 23, IMSS, Monterrey, Nuevo León, México

Introducción: los avances en el diagnóstico prenatal y el mejor conocimiento de los defectos estructurales fetales han permitido el reconocimiento de anomalías torácicas no cardíacas y del tracto urinario en etapas tempranas del embarazo. Algunas de ellas son tributarias de tratamientos que implican invasión uterina y/o fetal.

Objetivo: presentar la experiencia adquirida en la práctica de procesos invasivos en medicina fetal. El tipo de estudio fue: serie de casos.

Material y métodos: pacientes enviadas al servicio de medicina fetal con patologías fetales que requirieron de procedimientos invasivos durante el período de enero de 2000 a julio 2009. Se revisaron 15 expedientes y 24 procedimientos; se registró las indicaciones, tipo de procedimientos y complicaciones atribuibles.

Resultados: se recibieron 9 pacientes con patología pulmonar, 3 pacientes tenían tumoración torácica, 3 presentaban Hidrops fetal secundario a cardiopatía, 3 hidrotórax bilateral. Se efectuaron 15 toracocentesis, en 2 no se pudo realizar por dificultad técnica secundaria a posición fetal, en una solo se logro puncionar un hemitórax. Se colocó un catéter con derivación toracoamniótica, 4 amniocentesis, 2 cordocentesis, 1 amniorreducción. 7 pacientes fueron enviados con alteraciones del tracto urinario, 6 con diagnóstico de obstrucción urinaria baja, 1 con displasia renal multiquística. Se practicaron 9 vesicocentesis, 1 colocación de catéter con derivación vesicoamniótica, se suspendió vesiculocentesis por hipotensión materna y 1 amniocentesis fallida.

Conclusiones: la elección de tratamiento conservador o intervención intrauterina dependerá del tipo de patología fetal, presencia o ausencia de complicaciones durante el embarazo y del tiempo de gestación en el momento del diagnóstico. No existieron pérdidas gestacionales atribuibles a los procedimientos.

Teratoma bilateral y embarazo

Edgar Homero González Rodríguez, Eduardo Barragán Curiel

Hospital Civil de Guadalajara Juan I Menchaca

Introducción: las tumoraciones ováricas durante el embarazo son raras y más cuando son bilaterales, generalmente son asintomáticas a menos que se presenten complicaciones, hallándose de forma accidental en el ultrasonido o durante la cesárea.

Caso clínico: primigesta de 21 años que acudió al servicio de tococirugía para valoración, cursando embarazo de 40 semanas y dolor abdominal tipo cólico de 6 horas de evolución. Examen físico: abdomen con útero grávido, feto único, vivo, longitudinal, cefálico, dorso derecho, frecuencia cardíaca fetal: 140 latidos por minuto y actividad uterina regular. Tacto vaginal con 4 cm de dilatación, 60% de borramiento, feto libre. Ingresa a labor para cesárea por desproporción cefalopélvica y trabajo de parto activo. Durante la cesárea se observaron tumoraciones anexiales bilaterales de 10 x 10 cm, las cuales afectaban todo el ovario y se realizó ooforectomía bilateral. Su estancia hospitalaria tuvo evolución adecuada egresándose 2 días después de la intervención. El histopatológico reportó teratoma maduro bilateral.

Conclusión: la coexistencia de tumores de ovario con el embarazo tiene una frecuencia de 1:1000, la mayoría son benignos, con origen epitelial o germinal. Los de células germinales constituyen el 20 a 25%, la mayoría son teratomas quísticos benignos y cerca del 10 a 15% son bilaterales, suponen el 22 a 40% de los tumores ováricos durante el embarazo. Deben ser evaluados y manejados de forma diferente que cuando se presenta en mujeres no embarazadas. La complicación más frecuente es la torsión (16%) y puede impedir el encajamiento del feto. El tratamiento consiste en extirpación quirúrgica del tumor, dejando la mayor parte de tejido ovárico.

Actitud de la mujer mexicana ante el diagnóstico prenatal del primer y segundo trimestres

Enrique Aranda Collado, Homero Flores Tamez, Ricardo López Narváez, Victoria Abigail Quero Rodríguez
Hospital Regional Materno Infantil de la SSNL, Centro MAE y Consultorio médico particular-Monterrey, México

Objetivo: demostrar qué tanto conoce la mujer mexicana acerca del síndrome de Down, si está enterada de las pruebas de tamizaje utilizadas para el diagnóstico temprano y, lo más importante, si existe interés en estas pruebas.

Material y métodos: encuesta escrita bajo consentimiento informado a seiscientas mujeres, entre 15 a 45 años de edad, embarazadas y no embarazadas con capacidad reproductiva.

Resultados: aunque todas las mujeres tienen conocimiento acerca del síndrome de Down, la mayoría quisieran saber más. Un porcentaje muy bajo conocía las pruebas de tamizaje, a pesar de que todas estarían dispuestas a someterse a ellas, y algunas, incluso a una prueba invasiva para establecer un diagnóstico específico. La totalidad de las pacientes estuvo de acuerdo en que estas pruebas deben ofrecerse a la mujer durante su embarazo temprano. Más del 30% de las participantes considerarían interrumpir el embarazo ante el diagnóstico temprano de un producto con malformaciones congénitas serias.

Conclusiones: en México, aún cuando en la medicina privada se utilizan de forma ocasional bajo indicaciones específicas, estas pruebas no están institucionalizadas ni se ofrecen de rutina dentro de los estudios del control prenatal. A través de esta investigación se deja claro la inquietud que existe entre las mujeres en edad reproductiva acerca de estas pruebas y el deseo generalizado de someterse a ellas durante el embarazo temprano.

Repercusión del sobrepeso y obesidad materna en los resultados perinatales

Enrique Reyes Muñoz, Nayeli Elizabeth Martínez Huerta, Carlos Ortega González, Beatriz Velázquez Valassi, Jorge Beltrán

Instituto Nacional de Perinatología, México, DF

Objetivo: comparar los resultados perinatales en pacientes con sobrepeso y obesidad pregestacional con un grupo de pacientes con peso normal y sin patología subyacente.

Material y métodos: estudio de cohorte retrospectiva; se integraron 3 grupos de pacientes: grupo 1 (peso normal), grupo 2 (sobrepeso) y grupo 3 (obesidad). Todas con embarazo único, menor o igual a 13 semanas de gestación al ingreso a control prenatal. Se midieron como variables de desenlace: complicaciones durante el embarazo, resolución y el puerperio, vía de resolución y características de los recién nacidos.

Resultados: la cohorte se integró con 548 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión, fueron eliminadas 83 pacientes, concluyendo el seguimiento 465 mujeres: normales: 201 (43%), sobrepeso: 171 (37%) y obesidad: 93 (20%). En general, las complicaciones durante el embarazo se presentan más en pacientes obesas que en normales: OR de 2.12 IC 95% (1.29-3.5), las pacientes con sobrepeso y obesas tienen mayor riesgo que las normales para desarrollar diabetes gestacional: OR de 1.7 (0.73-3.93) y 5.2 (2.3-11.7), resolución vía cesárea: OR 1.6 (1.09-2.52) y 3.7 (2.1-6.7) y no desencadenar trabajo de parto espontáneo: OR 1.6 (1.08-2.5) y 2.6 (1.6-2.4.38), respectivamente. No encontramos diferencias significativas en otros resultados perinatales de los grupos de estudio.

Conclusiones: las pacientes con obesidad y sobrepeso tienen riesgo incrementado de diabetes gestacional durante el embarazo, mayor riesgo de no desarrollar trabajo de parto espontáneo y resolución vía cesárea.

Resultados perinatales en pacientes con síndrome de ovario poliquístico tratadas con metformina pregestacional durante el primer trimestre del embarazo

Enrique Reyes Muñoz, Jean Paul Sulaiman Karam, María Elena Rodríguez Piña, Nayeli Elizabeth Martínez Huerta, Julio Francisco Díaz

Instituto Nacional de Perinatología, México, DF

Objetivo: conocer los resultados perinatales en pacientes con síndrome de ovarios poliquísticos y embarazo, tratadas con metformina pregestacional y durante el primer trimestre de la gestación.

Material y métodos: estudio de cohorte retrospectiva que incluyó pacientes con síndrome de ovario poliquístico, que lograron el embarazo y fueron tratadas con metformina pregestacional y durante el primer trimestre de la gestación, de enero del 2006 a agosto del 2007. Se analizaron los resultados perinatales como aborto, diabetes gestacional, preeclampsia, datos del recién nacido.

Resultados: durante el periodo de estudio 492 pacientes del servicio de infertilidad lograron el embarazo durante su atención, 121 (25.6%) tenía diagnóstico de síndrome de ovario poliquístico sin otras patologías agregadas. La edad de las pacientes fue: 29.1 ± 4.11 años, el tiempo de evolución de infertilidad: 5.4 ± 3.5 años. Del total 101 (83.4%) lograron el embarazo con disminución de peso y el uso de metformina exclusivamente, el resto utilizó además inducción de ovulación. La duración del tratamiento fue: $10, 3 \pm 8,4$ meses. La resolución del embarazo fue; aborto: 22 (13.2%), ectópico: 3 (2.5%), recién nacido vivo: 101 (84.3%). El peso de los recién nacidos: 2990 ± 590 g. Las complicaciones maternas fueron diabetes gestacional: 26.1%, preeclampsia severa: 6.9%.

Conclusiones: la metformina es un adyuvante útil en el tratamiento del SOP. Los resultados nos sugieren que el uso del metformina pregestacional y durante el primer trimestre del embarazo no pone en peligro la salud de la madre ni del feto.

Asociación entre el tratamiento antirretroviral altamente activo (TARAA) de las pacientes seropositivas al VIH de embarazadas con el desarrollo de diabetes gestacional (DG)

Fela Vanesa Morales Hernández, Ricardo Figueroa Damian, Noemí Guadalupe Plazola Camacho

Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinoza de los Reyes, México DF

Objetivo: calcular la frecuencia de DG entre mujeres seropositivas al VIH embarazadas que recibieron terapia TARAA.

Material y método: estudio de casos y controles. Se captaron y revisaron los expedientes de las pacientes embarazadas con VIH de enero de 2000 a marzo de 2009. La fuerza de asociación se realizó mediante la determinación de razón de momios (OR) con un intervalo de confianza de 95%. Además se efectuó una prueba de hipótesis para calcular significancia estadística de esta asociación utilizando la prueba de la χ^2 .

Resultados: se atendieron 159 pacientes con VIH, de las cuales a 60 se les realizaron pruebas de detección de alteraciones en el metabolismo de los carbohidratos, de ellas se reportaron 47 (78.3%) con tratamiento TARAA, 3 (0.5%) presentaron DG, a 10 (16.6%) se dio tratamiento

doble una (1.6%) presentó DG, a una se le dio tratamiento sencillo (1.6%) la cual también desarrolló DG (0.16%), a una tratamiento profiláctico (1.6%) quien también presentaba esta alteración metabólica (0.16%) y una del total no recibió tratamiento alguno.

Conclusiones: a pesar que diversos artículos han reportado un incremento en el desarrollo de DG en las pacientes con TARAA, en nuestro estudio no se observó asociación de esta terapia con el desarrollo de diabetes gestacional.

Evolución de la pancreatitis aguda durante la gestación

Gabriel Edgar Villagómez Martínez, María del Mar Goya Canino, Luis Cabero Roura, Donato Saldívar Rodríguez

Hospital Vall d'Hebron, Barcelona

Objetivos: conocer las características demográficas y los resultados perinatales, así como establecer factores pronósticos en este grupo poblacional.

Material y método: se trata de un estudio descriptivo que incluye los casos de gestantes con el diagnóstico de pancreatitis durante el embarazo o durante el puerperio. Se utilizó la T de Student para variables continuas y test exacto de Fisher para dicótomicas. Se incluyó además un análisis de regresión lineal para identificar factores pronósticos.

Resultados: se han incluido 19 casos. La edad materna media fue de 30.6 (DE 4.8). El momento del diagnóstico fue principalmente en el segundo o en el tercer trimestre. La edad gestacional media al diagnóstico ha sido de 26 (DE 10). La clínica al diagnóstico más frecuente ha sido la triada epigastralgia, náuseas y vómitos, presente en 13 pacientes (68.4%). La evolución fue favorable sin necesidad de reingresos en 12 casos (63.2%). Hubo dos casos de muerte intraútero (10.5%). Tras realizar el análisis de regresión se observó que los factores pronósticos en este grupo poblacional han sido los niveles de amilasa y el momento del diagnóstico, de manera que los niveles de amilasa superiores a 10.000 o el tercer trimestre y puerperio son parámetros de mala evolución.

Conclusiones: la pancreatitis durante la gestación suele tener una buena evolución en la mayoría de las pacientes. Sin embargo, en los casos en los que la evolución es desfavorable, se han identificado dos factores pronósticos claros: el nivel de amilasa al ingreso y en momento en el que ocurre el episodio.

Manejo del feto con tumoración en cuello con cirugía EXIT-OOPS experiencia hospitalaria

Hugo Heriberto Kerckoff Villanueva, Armando Bautista Melgoza, Adolfo Peralta Bustamante, Norma Nuño Ramírez, Gabriel Alcalá

Hospital Materno Infantil León, León, Guanajuato, México

Caso clínico: G O C, 18 años, embarazo 34 SDG FUM Y USG, feto con higroma quístico. Se realiza valoración por medicina materno fetal con USG encontrando: feto cefálico, promedio 35.2 semanas, tumoración en cuello fetal derecho compatible con linfangioma. Se realiza resonancia corroborando diagnóstico y posible compromiso de la vía aérea fetal.

Discusión: el procedimiento EXIT (ExUtero Intrapartum Treatment) no es una cesárea convencional, es un procedimiento diseñado para fetos con enfermedades que comprometan las vías respiratorias, los cuales, de ser intervenidos por una cesárea convencional, tendrían la dificultad de ser permeabilizadas e, incluso, podrían morir al momento de pinzar el cordón umbilical y cortar la circulación placentaria o incluso provocar un daño cerebral irreversible, debido a que el aporte de oxígeno se restringe por completo. Por tanto, las metas del EXIT son claras: 1) tener un diagnóstico de certeza de alguna enfermedad fetal que comprometa la vía aérea, debe ser evaluado y realizado por médicos especializados y capacitados en este tipo de problemas, 2) se puede acompañar de un procedimiento denominado OOPS (Operating On Placental Support), dependiendo de las condiciones podrá ser operado en el momento, conservando la circulación placentaria el mayor tiempo posible para que la madre sirva como bomba de transfusión y anestesia, 3) la complejidad del procedimiento además de la permeabilización de la vía aérea, radica en mantener el flujo sanguíneo del útero sin cambios en la presión sanguínea materna para tener en un grado óptimo la circulación placentaria-umbilical y manteniendo los niveles de oxigenación fetal adecuados sin depresión de la función cardíaca de la madre. Los avances de la medicina materno fetal y el diagnóstico prenatal especializado han revolucionado los métodos de abordaje de fetos con enfermedades que obstruyan las vías aéreas y que en otros tiempos hubieran tenido graves complicaciones respiratorias al nacimiento. El abordaje debe ser multidisciplinario y el equipo estar conformado

por especialistas capacitados. En el Hospital Materno Infantil, con apoyo de la dirección, se ha intentado en tres ocasiones dicho procedimiento, la primera vez sólo se pudo realizar de manera convencional la cesárea, siendo cortada la circulación placentaria debido a un desprendimiento súbito. En las siguientes ocasiones se logró con éxito dicho procedimiento a cargo de los doctores: Hugo Kerckoff Villanueva, médico materno-fetal, Dr. Armando Bautista Melgoza, neonatólogo, Dr. Adolfo Peralta Bustamante, cirujano pediatra, Dra. Norma Nuño R, anestesióloga, logrando mantener la circulación placentaria durante casi cinco minutos, desde el momento en que se abrió el útero hasta el momento en que se logró permeabilizar la vía aérea, estabilizar al bebé y tomar muestras de la tumoración; se decidió dar manejo conservador con un medicamento llamado OK-232, el cual fue traído desde Japón y que tiene la función de ocasionar obliteración de la tumoración, tratamiento que resulta de igual manera novedoso en nuestro medio. Con dicho procedimiento podemos decir que se ha realizado el primer procedimiento EXIT en León; en la República Mexicana no existen reportes de dicho procedimiento. Agradecemos al Dr. Gabriel Cortés, director del Hospital Materno Infantil, las facilidades para la realización y los recursos empleados para la realización de este procedimiento y poder decir que estamos a la vanguardia y hacemos medicina de primer mundo.

Complicaciones materno perinatales en embarazos de mujeres mayores de 38 años

J. Guadalupe Panduro Barón, Ernesto Barrios Prieto, J. Jesús Pérez Molina, Juan Francisco Castro Hernández, Elizabeth Guadalupe Moore, Josefina Villaseñor Hernández

Departamento de Reproducción Humana, Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I. Menchaca, CUCS, Universidad de Guadalajara, Jalisco, México

Objetivo: determinar las complicaciones maternas y perinatales que se presentan en las mujeres embarazadas mayores de 38 años.

Material y método: estudio de casos y controles con 213 embarazos en mujeres de 38 años o más en el Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I. Menchaca, de junio a diciembre de 2008, comparándose con un grupo de 213 mujeres embarazadas de 20 a 30 años. Los datos se obtuvieron por entrevista directa y expediente clínico. Los grupos se compararon con la prueba estadística de χ^2 y OR.

Resultados: la edad promedio fue 39.9 años, siendo mayor en el grupo de estudio la media de embarazos (5.3 vs 2.7), antecedente de aborto (111 pacientes vs 48) y el embarazo no planeado (123 vs 98 mujeres), con una $p < 0.05$. Se presentaron complicaciones maternas en 147 madres mayores de 38 años, comparado con 65 del grupo control, siendo las más frecuentes hipertensión y diabetes, con OR 2.26 (1.8-2.8) y una $p < 0.05$. Se observó líquido amniótico meconial en 33 vs 19 pacientes, teniendo los neonatos un Apgar más bajo, siendo al minuto 7.6 vs 8 y a los 5 minutos 8.5 vs 9, habiendo 8 muertes fetales en el grupo de estudio vs 3 en el grupo control, con OR 2.67 (0.72-9.9) y detectándose 5 neonatos con malformaciones vs 2 del grupo control.

Conclusiones: se concluye que el embarazo en mujeres mayores de 38 años se asocia con más frecuencia tanto a complicaciones maternas como perinatales, por lo que el embarazo debe planearse en este grupo etario.

Manejo laparoscópico oportuno del embarazo ectópico ovárico, presentación de dos diferentes conductas terapéuticas

Jesús Sánchez Carrasco, Nallely Moreno Uribe, Jesús Aguirre García

Hospital de Especialidades MIG-México DF

Introducción: el embarazo ovárico (EO) tiene una frecuencia de 1 por cada 2,100 a 1 por cada 7,000 embarazos. El dolor abdominal es uno de los signos pivote, ya que la mayoría de las pacientes se presenta con datos de abdomen agudo y choque hipovolémico. Spiegelberg enunció los criterios para sospechar y diagnosticar EO: 1) salpinx uterina del lado afectado intacta, 2) el saco gestacional debe ocupar la misma posición del ovario, 3) el ovario debe estar unido al útero por medio del ligamento uteroovárico, 4) se debe demostrar tejido ovárico en la pared del saco gestacional. El diagnóstico suele realizarse con ultrasonido y gonadotropina B sérica.

Casos clínicos: se presentan 2 casos de embarazo ectópico ovárico, diagnóstico y conducta laparoscópica. La metodología empleada es un estudio de casos. Caso 1: femenina de 39 años de edad, gesta 2, cesáreas 2 con salpingoclasia a los 27 años. Acude por cuadro de irritación peritoneal, ausencia de sangrado genital. El ultrasonido mostró útero vacío y masa anexial derecha, líquido libre en fondo de saco peritoneal y PIE positiva. La laparoscopia

mostró sangrado peritoneal, ovario derecho aumentado de volumen, ambas salpinges con oclusión tubaria. Se realiza ooforectomía derecha. Evolución postoperatoria satisfactoria. Caso 2: femenina de 17 años, gesta 0. Anticoncepción con píldora de emergencia. Presenta dolor abdominal agudo y sangrado genital. El ultrasonido revela masa anexial derecha y líquido libre. La fracción B de la hGC positiva. La laparoscopia identifican salpinges normales, sangre libre, ovario derecho con sangrante. Se realiza resección de la porción afectada del ovario. El reporte de patología mostró presencia de vellosidades coriales. La fracción B en las siguientes 3 semanas presentó descenso progresivo hasta resultar negativa.

Discusión: el EO resulta importante no sólo por su dificultad diagnóstica y su baja incidencia, sino que además el retraso en el diagnóstico inicial llevan a la paciente al choque hipovolémico. El manejo laparoscópico fue decisivo en el manejo radical y conservador en los diferentes casos presentados.

Manejo conservador del quiste torcido de ovario durante el embarazo avanzado, reporte de un caso

Jesús Sánchez Carrasco, Damaris Alejandra Ortiz Núñez, Nallely Moreno Uribe, Daniel Ramírez Toledo

Hospital de Especialidades MIG-México DF

Introducción: se entiende por abdomen agudo a todo proceso patológico intraabdominal, de reciente inicio, que cursa con dolor, repercusión sistémica y requiere de un rápido diagnóstico y tratamiento.

Caso clínico: primigesta de 32 años de edad con embarazo de 30 semanas de gestación que acude a urgencias por caída desde su propia altura, el ultrasonido sin anormalidades, no se reporta la visualización de anexos. Doce horas después regresa a urgencias por la presencia de dolor constante en hemiabdomen inferior derecho, y vómitos. A la exploración obstétrica se encontró fondo uterino de 29 cm, sin actividad uterina, producto cefálica, foco cardíaco fetal de 140 latidos por minuto. La exploración abdominal sin presencia de signos de irritación peritoneal claros, no pérdidas vaginales. La BH con 11 mil leucocitos, neutrófilos en banda de 1. 7 horas más tarde cuadro clínico persistente y BH 14 mil leucocitos. 3 horas después de 17 mil leucocitos por lo que se programa para apendicetomía con bloqueo peridural. Con lateralización de la mesa quirúrgica a la izquierda se realiza incisión para

rectal derecha infraumbilical, identificándose ovario con quiste endometriósico de 4 cm y quiste simple de 5 cm con torsión de 3 vueltas sobre su eje y presencia de coloración violácea, a la detorsión ovárica no se identificó trombosis gangrena. El endometrioma no mostró pseudocápsula y únicamente se lava, corrobora hemostasia y deja abierto. El segundo quiste se decapsula y realiza hemostasia. La paciente es egresada por mejoría.

Discusión: el abdomen agudo en gestantes merece atención especial, pues el fondo uterino crecido desplaza hacia arriba las demás vísceras, lo que puede confundir el diagnóstico de la víscera enferma; por lo mismo, la incisión tendrá que hacerse a mayor altura que en la no gestante. También debemos recordar que el embarazo modifica los resultados hematológicos, lo cual aumenta nuestra confusión. Es muy poco frecuente la torsión de un endometrioma, así como su presencia durante el embarazo avanzado.

Mortalidad materna en el Hospital General de Ecatepec Dr. José María Rodríguez del ISEM (revisión de 10 años)

Juan Ismael Islas Castañeda, María Dolores García Figueroa, Luz Araceli López Solórzano, Beatriz Ofelia Ramírez Silva

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

Introducción: la disminución de la mortalidad materna, es hoy una de las preocupaciones y Meta del Milenio para el desarrollo Global; objetivo fundamental de la Secretaría de Salud del Estado de México y política central del Hospital General de Ecatepec.

Objetivo: analizar; tasa, incidencia, prevalencia, causas, origen geográfico y distribución estacional de la mortalidad materna ocurrida en el Hospital General de Ecatepec, durante el periodo de enero de 1999 a diciembre de 2008 (10 años).

Material y método: estudio retrospectivo, longitudinal. Se revisaron Informes Sispa y Sahe de cada mes del periodo, capturándose en hoja de cálculo Excel y sometándose a diferentes procesos estadísticos, tasas, frecuencias y porcentajes, mismos que se presentan en los resultados.

Resultados: se atendieron 53,797 eventos obstétricos; 35,026 partos, 10,036 cesáreas y 8,735 abortos; se presentaron 47 muertes maternas (tasa: 8.74 por

cada 10,000 atenciones). Se obtuvieron 43,663 nacidos vivos, (razón de mm 10.7, razón ajustada: 5.7. En la distribución de ocurrencia por turno no hay diferencia significativa: 34, 26 y 40% para matutino, vespertino y nocturno, respectivamente. Por causa: 42% por enfermedad hipertensiva, 32% por hemorragia y 15% por sepsis; 11% por causas indirectas. De acuerdo con su lugar de origen: 42% de Ecatepec, 17% medio privado, 30% de otros hospitales de la red y 11% del DIF, de los otros hospitales de la red 36% Valle de Chalco, y 22% las Américas.

Conclusiones: el Estado de México y en especial el Municipio de Ecatepec han contribuido con un alto número de muertes maternas, se está trabajando para disminuirlas; desde el año 1999 a la fecha, la tasa anual ha disminuido en forma progresiva.

Estudio comparativo del uso de atosiban vs orciprenalina en el trabajo de parto pretérmino. Hospital Juárez de México

Juan Jiménez Huerta, Zenaida Farias Barragán, Norma Idalia Sáenz Méndez

Hospital Juárez de México, México DF

Objetivo: comparar la eficacia y seguridad del atosiban, así como la disminución de efectos colaterales durante su uso para la inhibición del parto pretérmino, en relación con el uso de orciprenalina.

Material y método: se realizó un estudio aleatorio, prospectivo, transversal, incluyendo 2 grupos de pacientes entre 28 y 34 semanas de gestación, se obtuvo una totalidad de 58 pacientes, 28 fueron manejadas con atosiban y 30 con orciprenalina. El esquema de administración de atosiban es iniciado con una dosis de 0.9 mL (6.75 mg) en bolo, seguida de una infusión de 300 µg/min por 35 horas. La orciprenalina es administrada a dosis de 5 a 20 µ en infusión por 24 horas.

Resultados: se encontró que la uteroinhibición con atosiban fue efectiva en 92.9%, lo que corresponde a 26 pacientes. El 100% de las pacientes respondieron en forma inmediata, caso contrario con la orciprenalina, la cual se encontró con 66.7% de efectividad con diferencia de éxito global entre los grupos estudiados, obteniendo una valor de p de 0.0325. La respuesta tocolítica del atosiban es independiente de las variables demográficas de las pacientes y se observó mayor incidencia de eventos

cardiovasculares en el grupo de orciprenalina obteniendo un valor de p de 0.0001.

Conclusiones: las pacientes manejadas con atosiban presentaron respuesta inmediata, con buena tolerancia al fármaco y con efectos adversos mínimos.

Aplicación de cerclaje en pacientes con embarazo gemelar sin antecedente de incompetencia ístmico-cervical

*Juan Pablo Reyes Olivans, * Pablo Díaz Spíndola, * Pedro Galache Vega, * Pasquale Patrizio***

* Centro de fertilidad IECH-Monterrey, México

** Yale Fertility Center, New Haven, CT, United States

Objetivo: evaluar los resultados perinatales de pacientes con embarazo gemelar, sin antecedente de incompetencia ístmico-cervical, a las cuales se les aplicó cerclaje profiláctico comparando con pacientes a quienes no se les aplicó.

Material y métodos: estudio retrospectivo de casos. Revisión de expedientes en un periodo de 5 años (2004-2008) de pacientes con embarazo gemelar, las cuales no contaban con antecedentes de incompetencia ístmico-cervical y en las que en algunos casos se colocó cerclaje profiláctico. Se evaluaron los resultados perinatales en 2 grupos: aplicación de cerclaje y sin aplicación de cerclaje.

Resultados: se analizaron un total de 106 casos de embarazo gemelar, de los cuales a 43 se les realizó cerclaje profiláctico (grupo I) y a 63 no (grupo II). En el grupo I, la edad media fue de 31.7 años (22 a 49 años), 30 pacientes fueron primigestas (69.7%), 6 pacientes se encontraban en su segundo embarazo (13%), y 7 tenían más de 2 embarazos previos. El cerclaje fue aplicado entre las 11 a 16 semanas de gestación (media 13.9 sdg). La edad gestacional a la que se presentó el nacimiento fue a las 35.7 semanas de gestación (27 a 38 sdg). En el grupo II, la edad promedio de las pacientes fue 31 años (24 a 40 años); 34 fueron primigestas (53%), 13 se encontraban en su segundo embarazo (20%) y 16 tenían más de 2 embarazos. La edad gestacional promedio a la que se presentó el nacimiento fue a las 35.4 semanas de gestación (18.5 a 39 sdg).

Conclusiones: los resultados de este estudio muestran que no hay beneficios en aplicar cerclaje profiláctico a mujeres con embarazo gemelar sin antecedente de incompetencia ístmico-cervical.

Morbilidad en las pacientes portadoras de cerclaje cervical

*Leopoldo César Serrano Díaz, * Eréndira Cambero Ocampo, * Martha Hernández Muñoz, * Georgina Torres Cabral***

* Hospital de la Mujer, Aguascalientes, Ag, México

** Aguascalientes, México

Objetivo: saber la evolución que presentan las pacientes a las cuales se les colocó cerclaje cervical.

Material y método: se realizó una revisión retrospectiva observacional de las pacientes a las cuales se les colocó cerclaje cervical, mediante una cédula de recolección de datos, de enero de 2007 a diciembre, en el 47% de éstas se aplicó inductores de madurez pulmonar únicamente un esquema en 100% de los casos, y de éstos se aplicó el 40% entre las 28 y 31 semanas.

Resultados: la incompetencia ístmico cervical es una entidad que presenta resultados devastadores cuando no se diagnostica en forma oportuna. La incidencia se estima de 0.05 a 1% de todos los embarazos y el 15 a 20% de ellos se presentan como pérdidas tardías. El Hospital de la Mujer Aguascalientes es de referencia; se dan 24,548 atenciones por año en la consulta externa, y 3,500 atenciones por año en la clínica de embarazo de alto riesgo, la incidencia en el hospital es de 0.34% para incompetencia ístmico cervical, el 90% se presentó entre los 20 y 35 años de edad, el 57% de estas pacientes tenían el antecedente de dos o más pérdidas previas, y solamente el 14% no tenían ningún antecedente. La edad de colocación del cerclaje fue entre las 14 y 16 semanas de gestación, en el 42% de los casos, 6 cerclajes de emergencia (28.5%). El 47% de los casos se resolvió entre las 32 y 36 semanas de gestación, el 38% después de las 37 semanas de gestación, únicamente en dos casos concluyeron en pérdidas fetales tempranas (9.5%), el 95.2% se resolvió por cesárea. El 90% de los neonatos con peso mayor a 2,000 g, el 50% de los neonatos en alojamiento conjunto, muerte por prematuridad extrema en un caso (4.7%) y el 47% a cunero patológico por prematuridad con evolución favorable. En 100% de las pacientes, la técnica utilizada fue Espinoza Flores.

Conclusiones: con esta revisión se demuestra poca morbilidad en pacientes portadoras de cerclaje, y con evolución satisfactoria para el binomio. Los resultados fueron mejores cuando se colocaron en la edad gestacional convencional, y aun en los que se colocaron de emergencia se

tuvo respuesta favorable; se utilizó únicamente la técnica de Espinoza Flores porque las pacientes fueron referidas en forma tardía y con criterios para utilizar mencionada técnica, se comprobó que la utilidad de un solo esquema de madurez pulmonar es suficiente para lograr la madurez pulmonar y únicamente con indicación y no de rutina.

Complicaciones perinatales en pacientes con hipertensión arterial crónica

Luis Fernando Ramírez Sánchez, Ricardo Jorge Hernández Herrera

Unidad Medica de Alta Especialidad Núm. 23, Hospital de Ginecología y Obstetricia, IMSS, Monterrey, NL, México

Objetivo: conocer cuáles son las complicaciones perinatales de las pacientes embarazadas con hipertensión arterial crónica y compararlas con las complicaciones perinatales de un grupo de pacientes embarazadas sanas.

Material y método: se realizó un estudio longitudinal observacional de casos y controles, en el que se incluyeron 72 pacientes embarazadas con hipertensión arterial crónica y 150 pacientes embarazadas sanas, las variables que se estudiaron fueron: la edad gestacional al termino del embarazo, puntuación Apgar al minuto y a los 5 minutos, peso del recién nacido, presencia de complicaciones neonatales, días de internamiento del recién nacido y la muerte perinatal.

Resultados: el 45.8% de las pacientes con hipertensión arterial terminaron el embarazo antes de las 37 semanas de gestación y el 36.1% de los recién nacidos de este grupo tuvieron un peso menor de 2,500 g y una mortalidad perinatal de 11%.

Conclusiones: la hipertensión arterial crónica se asocia con una mayor incidencia de complicaciones perinatales como la prematuridad, Apgar bajo y muerte perinatal que el grupo de pacientes sanas, sin embargo en comparación con otros estudios similares publicados reportamos una mayor tasa de prematuridad, una tasa igual de mortalidad perinatal y una tasa menor de retraso del crecimiento intrauterino.

Índice cerebro-placentario fetal en preeclampsia severa

Rey David Núñez, Gerardo Sepúlveda, Donato Saldívar, José Luis Iglesias, Geraldina Guerrero

Hospital Universitario Dr. José E González, Monterrey, NL

Introducción: la preeclampsia severa es la primera causa de morbilidad y mortalidad materno fetal en América Latina. El índice cerebro-placentario es un indicador del grado de lesión placentaria y de adaptación fetal a la hipoxia, y cuantifica la redistribución del gasto cardiaco reflejando los cambios agudos en el PO_2 ; por lo que es una herramienta diagnóstica útil para el pronóstico de la morbilidad y mortalidad fetal.

Material y método: en un estudio observacional, longitudinal, prospectivo, no ciego, se analizaron los resultados de 86 pacientes gestantes con preeclampsia severa que se diagnosticaron en el Servicio de Obstetricia del Hospital Universitario Dr. José E González de marzo de 2008 a julio de 2009, a quienes se les realizó flujometría Doppler de arterias uterinas (AU), umbilical (AUM) y cerebral media (ACM), con lo que se calculó el índice cerebro-placentario (ICP).

Resultados: se observó una incidencia de 2.6%, encontrándose RCIU, ICP anormal y el índice de pulsatilidad (IP) de la AUM alterado en el 22% (n = 19), la ACM resultó anormal en 10.4% (n = 9). Las AU tuvieron un IP anormal de forma unilateral en 16.2% (n = 14), bilateral 82.5% (n = 71), normal 1.1% (n = 1); y notch protodistólico unilateral en 37.2% (n = 32), bilateral 40.6% (n = 35), sin notch 22.4% (n = 19). La vía de nacimiento más frecuente fue cesárea en 61.6% (n = 53) y parto en 38.4% (n = 33). Las complicaciones maternas fueron eclampsia 17.4% (n = 15), Sd. HELLP 4.6% (n = 4), DPPNI 5.8% (n = 5), edema pulmonar 1.2% (n = 1).

Conclusiones: el ICP tiene una excelente correlación con RCIU en pacientes con preeclampsia severa.

Predicción de preeclampsia con el uso del ultrasonido Doppler de arterias uterinas en las semanas 21 + 0 a 24 + 6 de gestación

Ricardo Alberto López Narváez, Juan Gerardo Sepúlveda González,** Fidel Gerardo Morales Caballero,* Jesús Lozano de la Garza,** Gonzalo Fuenzalida,* Carlos Félix Arce,* Antonio Dávila Rivas**

* Departamento de Ginecología y Obstetricia, Hospital San José, Tec de Monterrey, NL, México

** Unidad Materno-Fetal, Centro Médico de la Mujer, Monterrey, NL, México

Introducción: durante el embarazo que desarrolla preeclampsia, se observa un aumento en el índice de

pulsatilidad (IP) tanto en el primero como en el segundo trimestre. El estudio Doppler de escrutinio a las 22 semanas de embarazo ha reportado que para una tasa de 10% de falsos positivos, la detección de preeclampsia puede ser hasta de 50%.

Objetivo: en este estudio documentamos nuestra experiencia de 2 años en el estudio prospectivo de escrutinio de estados hipertensivos durante el segundo trimestre de embarazo.

Material y método: en un total de 147 pacientes que acudieron a nuestro centro para realizarse un examen de escrutinio entre las 21+0 y 24+6 semanas de embarazo, se analizaron y grabaron las características maternas, la historia obstétrica y las mediciones del índice de pulsatilidad de las arterias uterinas. Se tomó como corte de anormalidad un IP con valor mayor o igual a 1.5.

Resultados: de las 147 pacientes se reportó un total de 12 con aumento en el IP. Se descartó una paciente por falta de seguimiento obstétrico en nuestro centro. Se presentó preeclampsia en 6 pacientes (54.5%), de las cuales 1 (9%) como preeclampsia leve y 5 (45.5%) como preeclampsia severa. De estas pacientes 3 (27.2%) desarrollaron restricción en el crecimiento intrauterino. En el resto de pacientes que mostraron aumento del IP durante el segundo trimestre (45.5%), no se presentaron alteraciones obstétricas.

Conclusiones: el escrutinio efectivo para el desarrollo de preeclampsia puede lograrse con la medición del IP de arterias uterinas durante el segundo trimestre.

Prevalencia de la restricción del crecimiento intrauterino

Salvador Hernández Higareda, Viviana Delgadillo Moreno, Fernando Oseguera Torres

UMAE, Hospital de Ginecoobstetricia, Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS, Guadalajara, Jal, México

Objetivo: determinar la prevalencia de restricción en crecimiento intrauterino en la población obstétrica de la UMAE del HGO.

Material y método: estudio transversal descriptivo. Se revisó el expediente físico o electrónico de embarazadas con diagnóstico de RCIU, en la UMAE del HGO del CMNO, del 1 de diciembre de 2007 al 31 de mayo de 2008. Se realizó estadística descriptiva, en Excel y SPSS 10.

Resultados: se incluyeron 88 casos de RCIU de 1,453 eventos obstétricos > 20 semanas, con prevalencia de 6.33%. Edad materna promedio 26.9, rango de 15 a 41 años, 13% adolescentes, 12% tuvo menos de 5 consultas prenatales, 48% primigestas. El IMC promedio 29.2; normal 27%, sobrepeso 40% y obesidad 32%. Patologías asociadas con el embarazo; 38% ninguna, 43% única y 19% múltiples. La más frecuente fue enfermedad hipertensiva del embarazo en 50%, infección de vías urinarias 4.5%. Complicaciones perinatales; nacimiento pretérmino 39%, muerte perinatal inmediata 2%, 88% por cesárea, 12% mediante parto. RN; 68% masculinos, 32% femeninos, 93% Apgar a los 5 min. más de 7. Alteraciones de líquido amniótico en 45%, pruebas de bienestar fetal alteradas 24%, alteraciones placentarias 26% y malformaciones fetales 7%.

Conclusiones: la prevalencia de RCIU fue de 6.33%. A diferencia de lo publicado se encontró sobrepeso, obesidad y predominancia del sexo fetal masculino.

Causa más frecuente de trombocitopenia en la mujer con embarazo de alto riesgo

Salvador Hernández Higareda, María Teresa Contreras Castillo

UMAE, Hospital de Ginecoobstetricia, Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS, Guadalajara, Jal, México

Introducción: en el embarazo normal, las plaquetas disminuyen cerca de 10%, especialmente durante el tercer trimestre, debido a hemodilución o destrucción acelerada de éstas. En un embarazo de alto riesgo, la trombocitopenia puede presentarse por diferentes causas etiológicas, pueden deberse a procesos fisiopatológicos como son deficiencia en la producción de plaquetas, aumento de destrucción o consumo de plaquetas, distribución anormal de plaquetas.

Objetivo: identificar las causas más frecuentes de trombocitopenia en la mujer embarazada de alto riesgo, atendidas en la UMAE del Hospital de Ginecoobstetricia del CMNO durante 2007.

Material y método: durante ese año se atendieron un total de 6,269 pacientes consideradas de alto riesgo.

Resultados: la prevalencia de trombocitopenia fue de 0.44%, las edades de las pacientes se encontraron entre los 15 y 35 años, con un promedio de 25.4, los signos y síntomas más frecuentes fueron equimosis, hematomas y fiebre. El conteo plaquetario mostró trombocitopenia leve

(100,000 a 150,000 plaquetas/mm) en 25% del grupo, trombocitopenia moderada (50,000 a 100,000 plaquetas/mm) en 43% y trombocitopenia grave (menor de 50,000 plaquetas/mm) en 32% del grupo. El diagnóstico de ingreso fue de aumento del consumo plaquetario en 79% de las pacientes mientras que en 21% de ellas fue la disminución en la producción plaquetaria. Existió concordancia en los diagnósticos de ingreso-egreso, ya que el diagnóstico etiológico final mostró que el aumento en el consumo plaquetario afectó a 82% del grupo, mientras que 18% de él fue la disminución en la producción plaquetaria.

Conclusiones: consideramos que existe buena capacidad diagnóstica clínica en el hospital porque hay concordancia con el diagnóstico etiológico final de egreso, sin embargo consideramos que existe subregistro hospitalario de la trombocitopenia que afecta a la embarazada de alto riesgo.

Análisis de costo efectividad de la dinoprostona en gel (Prepidol) y de liberación controlada (Propess) en la UMAE del Hospital de Ginecoobstetricia Luis Castelazo Ayala

Sergio Rosales Ortiz, José Antonio Ayala Méndez, Roberto Sánchez Hernández, Oscar Moreno Álvarez, Olivia Bustillo, Cristina Cevallos Duarte

UMAE, Hospital de Ginecoobstetricia Luis Castelazo Ayala, IMSS, México DF

Introducción: el empleo de dos o más medicamentos con un mismo objetivo y efectividad pero con diferente costo obliga a realizar un estudio que determine la mejor opción para destinar el recurso económico y obtener el mejor resultado clínico (menor costo mayor efectividad).

Objetivo: determinar el índice costo efectivo de las dinoprostonas empleadas en la UMAE para la maduración cervical y posterior inducción.

Material y método: se realizó una selección de expertos del DF, Guadalajara y Monterrey, para determinar las Unidades de Beneficio Sanitario se determinó el ICE de cada prostaglandina y se incluyeron 108 pacientes con embarazo de alto riesgo para el análisis clínico de las prostaglandinas en forma prospectiva, longitudinal, experimental, aleatoria y abierta. Con análisis no paramétrico de ambas dinoprostonas.

Resultados: la prostaglandina de liberación controlada tiene acción directa en el uso de oxitocina, tiempo para

desencadenar madurez cervical, nacimiento del feto, porcentaje de cesárea en todos estos casos menor y un ICE mejor que el gel.

Longitud cervical en la predicción de amenaza de parto pretérmino

Servando Germán Serrano Gómez, Martha Patricia García Morales

Hospital de Gineco-Pediatría Núm.71, Instituto Mexicano del Seguro Social, Veracruz, Ver, México

Objetivo: determinar el factor pronóstico de la medición de la longitud cervical en la amenaza de parto prematuro.

Material y método: estudio de tipo observacional, prospectivo, longitudinal y descriptivo. En el servicio de obstetricia y perinatología. Criterios de inclusión: pacientes que ingresaran al servicio de obstetricia con diagnóstico de amenaza de parto prematuro desde las 22 a 36 semanas; gestación única. Criterios de exclusión: antecedentes de rotura prematura de membranas, malformaciones uterinas, óbito, embarazos de fetos con malformaciones fetales, portadoras de cerclaje y antecedentes de biopsia por conización cervical. La cervicometría se realizó en el servicio de perinatología, con transductor vaginal de 7-9 MHz; considerando a las pacientes con mayor riesgo de parto prematuro aquellas que presentaron una longitud cervical menor de 25 mm y se valoró también la presencia del funnel. Se determinó la sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y valor predictivo negativo.

Resultados: se estudiaron 73 mujeres gestantes con diagnóstico de amenaza de parto prematuro. La edad promedio fue de 26.5 ± 5.2 años. Catorce (19.2%) pacientes tuvieron antecedentes de ingresos por amenaza de parto prematuro en embarazos previos. En diez pacientes (10.7%) la medición de la longitud cervical menor de 25 mm y el criterio del número de semanas propio de parto prematuro (22-36) concordaron (verdaderos positivos) y en 58 (79.5%) pacientes la cervicometría de 25 mm o mayor y las semanas de gestación (38 o más) también concordaron (verdaderos negativos). En una (1.4%) sola paciente la longitud cervical menor de 25 mm y el criterio del número de semanas propio de parto prematuro (21-36) mostraron desacuerdo (falso positivo) y en cuatro (5.5%) pacientes la cervicometría de 25 mm o mayor y las semanas de gestación (38 o más) tampoco concordaron (falsos negativos).

Conclusiones: la sensibilidad para predecir correctamente el parto prematuro fue de 71%, la especificidad de 98%, el valor predictivo positivo de 91% y el valor predictivo negativo de 94%, por lo que se considera la cervicometría una herramienta útil en el manejo y seguimiento del parto pretérmino.

Embarazo ectópico

Adriana Ramírez Rodiles, Alinne Colín Valenzuela, Roberto Villagrana Zesatti

Instituto Nacional de Perinatología, México, DF

Antecedentes: el embarazo ectópico es un problema común en las urgencias obstétricas.

Objetivo general: describir una serie de casos de embarazo ectópico durante 3 años de estudio retrospectivo en el INPerIER.

Material y métodos: se recabó información de los expedientes clínicos de los años 2006 a 2008 y se analizaron desde una base de Excel con el programa SPSS 10.

Resultados: de 107 pacientes incluidas, con edad promedio de 31 años, 2.6 gestaciones en promedio, 8 tuvieron cultivos positivos para chlamydia y 37 negativo. El diagnóstico se realizó en promedio a las 7 sdg, en 10 pacientes el diagnóstico inicial fue por ultrasonido. La sintomatología más destacada coincide con la ya reportada en la literatura general de amenorrea, sangrado transvaginal y dolor abdominal como triada clínica diagnóstica. 23 de ellas cursaron con infertilidad, 3 con síndrome adherencial y 5 portaban endometriosis.

Conclusiones: 1.- No se encontraron diferencias significativas en tener un cultivo positivo o negativo para chlamydia. 2. El diagnóstico es eminentemente clínico, con localización más frecuente ampular del lado derecho, tratamiento quirúrgico en la mayor parte de las veces, con hemorragia transquirúrgica promedio en 207.94 mL.

Conocimiento y actitud materna acerca del síndrome Down y el tamizaje del primer trimestre (translucencia nuchal)

Alejandra Mayela Briones Martínez, Juan Gerardo Sepúlveda González, Leticia Maldonado Gómez, Héctor Javier González Lozano

Hospital de Ginecología y Obstetricia de Monterrey. Instituto de Medicina Materno Fetal-Monterrey, México

Objetivo: conocimiento materno sobre los métodos con los que se cuenta en la actualidad para poder establecer un riesgo de cromosomopatías.

Material y métodos: pacientes que cursan el primer trimestre enviadas al IMMF del Hospital de Ginecología y Obstetricia de Monterrey para realizarse el tamizaje del primer trimestre (TN), se realiza una encuesta acerca de los diferentes métodos de diagnóstico prenatal, su conocimiento acerca del síndrome Down y los métodos invasivos de diagnóstico así como su disposición a realizarlos.

Resultados: 78 pacientes en total, de las cuales solo el 17% conocía algún estudio de diagnóstico prenatal, el 87% de las pacientes estaban conscientes sobre el síndrome Down, el 100% de ellas estaba interesada en conocer su riesgo, un 74% estaría dispuesta a realizarse un estudio invasivo para tener un diagnóstico más preciso, el miedo a las complicaciones fue lo que ocasionó que el 26% restante no quisiera realizarse una prueba invasiva, el 100% volvería a realizarse el estudio en un futuro embarazo.

Conclusiones: la importancia de este estudio radica en el conocimiento de las pacientes acerca del screening del primer trimestre, si están de acuerdo en realizarse dicho estudio, si fueron informadas por sus médicos sobre el examen, que tanto saben acerca del síndrome Down y si conocen los procedimientos invasivos para tener un diagnóstico definitivo, en México no se cuenta con estos datos y es importante para los médicos especialistas saber si nuestras pacientes tienen una actitud positiva acerca de este examen ya que es una de las mejores herramientas con las que contamos para realizar diagnóstico prenatal temprano.

Colestasis intrahepática del embarazo: evaluación de factores de riesgo, curso clínico y pronóstico

Alinne Colín Valenzuela, Ricardo Figueroa Damián, Angélica Berrón, Salvador Espino y Sosa, José Antonio Hernández Pacheco

Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, México, DF

Propósito del estudio y metodología: se analizaron 50 casos con colestasis intrahepática del embarazo (CIHE) comparándose con 51 controles para determinar factores de riesgo y puntos de corte diagnósticos de pruebas de función hepática.

Resultados: incidencia 0.1% (1/1000). *Evaluación de factores de riesgo y desenlaces:* diferencias significativas en edad materna (p 0.002), multiparidad (p 0.003), embarazo múltiple (p 0.028), antecedente de CIHE (p 0.013), no siendo así para el antecedente de óbito. Los casos presentaron amenaza de parto pretérmino en un 10% vs 0% (p 0.027). La edad gestacional promedio de resolución del embarazo en los casos fue de 35 semanas vs 38.3 semanas (p 0.018). La vía de resolución abdominal fue más frecuente en los casos (p 0.001), así como la presencia de líquido meconial (p 0.002). Los recién nacidos presentaron diferencias en términos de peso, talla, Capurro y Silverman. *Marcadores diagnósticos:* el diagnóstico se estableció a las 29.2 ± 6.3 semanas. El prurito en palmas y plantas se encontró en el 100% de los casos. Mediante el análisis COR se obtuvo una sensibilidad de 84% y especificidad de 90% para la transaminasa glutámico oxalacética colocándola como mejor método diagnóstico. La colestiramina se utilizó en 12 pacientes, el ácido ursodeoxicólico en 19 y en una paciente se utilizaron ambos fármacos.

Conclusiones: la presencia de antecedentes como edad materna avanzada, multiparidad, antecedente de CIHE y el cursar con embarazo múltiple deben hacer pensar al clínico en riesgo de CIHE durante el embarazo. Existe la necesidad de normar los criterios diagnósticos de CIHE, la evaluación de las concentraciones de enzimas hepáticas en suero materno orienta eficazmente al clínico en el curso diagnóstico.

Abordaje diagnóstico y terapéutico de los tumores de anexo durante la gestación: experiencia de una institución de tercer nivel de atención

Alinne Colin Velenzuela, Carlos E Aranda Flores, Guillermo Castellanos Barroso, Ana Cristina Arteaga Gómez
Instituto Nacional de Perinatología, México, México

Propósito del estudio: describir las características demográficas, clínicas y el manejo de un grupo de pacientes con diagnóstico de tumor anexial y embarazo.

Metodología: estudio retrospectivo, descriptivo (serie de casos).

Resultados: incidencia institucional, 0.22%. Edad de las pacientes: 26.2 ± 7.3 años, edad gestacional 17 ± 6.6 semanas. El USG estableció el diagnóstico en 92%, reportó tumoración quística en 48%, en 34% mixta, sólida en 6% y septada 4%; tamaño de 99 ± 42 mm. La pieza quirúrgica

se obtuvo por laparotomía (durante la gestación) en 30% y por cesárea en 58%; tamaño del tumor 118mm (rango 2 a 40mm), peso 1370g (rango 10 a 5800g). Los diagnósticos histopatológicos: cistadenoma seroso (40%), teratoma maduro (28%), cistadenoma mucinoso (6%), maligno (4%). No se reportaron complicaciones relacionadas con el tumor o el tratamiento.

Conclusiones: debido al uso rutinario del USG es más frecuente el hallazgo de tumores anexiales, siendo importante considerar la posibilidad de tumores funcionales y malignidad. El ultrasonido constituye un medio seguro y sensible para el diagnóstico, sin embargo su especificidad es baja para discriminar malignidad, por lo cual el estudio de imagen con mejor valor predictivo positivo es la RMN. Los marcadores tumorales (CA-125, AFP, GCH-B, DHL, ACE) son de poca utilidad, por lo que la conducta no deberá condicionarse a sus resultado y si el tumor no cumple criterios quirúrgicos, el seguimiento es clínico y ultrasonográfico. La edad gestacional sugerida para la cirugía es entre las 16 y 23 sdg. En etiología benigna, se realizará laparotomía exploradora y ante sospecha de malignidad laparotomía protocolizada con trasoperatorio y de corroborarse malignidad el tratamiento dependerá del estadio. En caso de no presentarse complicaciones inherentes al procedimiento quirúrgico y corroborándose la etiología benigna, el control prenatal y la vía de resolución deberán decidirse conforme a la condición obstétrica.

Evaluación del funcionamiento de la membrana peritoneal en el embarazo

Alma Delia Lagunas Martínez

Instituto Nacional de Perinatología, Distrito Federal, México

Objetivo: evaluar el funcionamiento de la membrana peritoneal en pacientes embarazadas con diagnóstico de insuficiencia renal crónica en tratamiento con diálisis peritoneal mediante la prueba de equilibrio peritoneal de diciembre 2007 a abril del 2009.

Metodología: se aplicó la prueba de equilibrio peritoneal simplificada, obteniendo tres muestras de líquido de diálisis a las 0, 2 y 4 horas de la infusión, con determinación de glucosa, urea, creatinina, sodio y potasio así como una muestra de sérica a las 2 horas. La interpretación se realizó a partir de las curvas establecidas de Twardowski para la evaluación del transporte peritoneal.

Resultados: se analizaron cinco pacientes embarazadas con una edad gestacional promedio de 20.5 ± 2.92 SDG, encontrando que el comportamiento de la urea en la membrana peritoneal durante la PET presentó una diferencia estadísticamente significativa de $p < 0.043$; y para creatinina de $p < 0.043$. En relación a la determinación D/P de creatinina y D/D0 de glucosa mostraron tres pacientes transportadoras de promedio alto (60%), y dos de ellas (40%) transportadoras altas, con un sistema de diálisis peritoneal adecuado, sin embargo la ultrafiltración en una de ellas fue pobre.

Conclusiones: la prueba de equilibrio peritoneal es un buen método para valorar el transporte y permeabilidad peritoneal para establecer con ello cualquier modalidad de diálisis como beneficio de tratamiento sustitutivo del funcionamiento renal en las pacientes embarazadas; sin embargo, los resultados obtenidos establecen un significado pobremente estadístico, por lo que se sugiere continuar con su estudio.

Perfil psicosocial de adolescentes embarazadas en el Centro de Salud Durango

Alma Delia Medina Jaime, Antonio Sifuentes Álvarez***

* Centro de Salud Núm. 1, Servicios de Salud Durango-Durango, México

** Hospital General Durango-Durango, México

Más de 750,000 adolescentes quedan embarazadas cada año, 420,000 dan a luz en México. Se asocia con factores sociales: pobreza, edad materna, falta de acceso a educación y habilidades competitivas; así la maternidad es un modo de alcanzar un lugar en la sociedad que las discrimina.

Propósito: describir aspectos psicosociales de las adolescentes embarazadas atendidas en el Centro de Salud núm 1 de Servicios de Salud Durango en último trimestre del 2008 y condiciones gineco-obstétricas.

Metodología: estudio descriptivo, transversal, prospectivo y observacional, participaron voluntariamente 309 embarazadas entre 15-19 años de edad, aplicándose encuesta de 54 preguntas relacionadas con aspectos socioeconómicos, ginecológicos, culturales y psicológicos incluyendo autoestima y depresión.

Resultados: la media fue 16.5 años, 69% estado civil unión libre, escolaridad media alcanzada 9 años, 79%

refería toxicomanía, inicio de vida sexual promedio 15.35 años, 57% usó anticonceptivos, 83% primera gesta, 17% 2o embarazo, inició control prenatal media 22 SDG, 3% actividad remunerada, el 68% vivía en casa prestada, nivel socioeconómico bajo-bajo, 77% embarazo deseado, 70% se encontró autoestima normal, depresión moderada (47%).

Conclusiones: el perfil psicosocial de adolescentes embarazadas: 15-19 años, estado civil unión libre, con toxicomanías, inició actividad sexual 15 años en promedio, uso de anticonceptivo, un compañero sexual, cursando su 1er embarazo, atención prenatales 2o trimestre del embarazo, no realiza actividad remunerada, nivel socioeconómico bajo, académicamente nivel secundaria, desertando a causa del embarazo, aspecto psicológico embarazo no deseado, autoestima normal aunque depresión moderada.

Protocolo GLOBE (gestación vinculada a obesidad y al medio ambiente)

Clara del Carmen Flores Acosta, María del Mar Goya Canino,** Luis Cabero Roura,** Donato Saldivar Rodríguez,*** Juan Carlos Muñoz***

* Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, Hospital Vall d'Hebron-Monterrey, México

** Hospital Vall d'Hebron-Barcelona, Europa

*** Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González

Hipótesis: condiciones sociales, étnicas y geográficas relacionadas con la obesidad alrededor del mundo causan diferencias en el resultado perinatal materno y fetal.

Objetivo primario: evaluar los cambios potenciales en los resultados entre mujeres embarazadas con obesidad de acuerdo a la región geográfica donde ocurre el embarazo y nacimiento en una población de mujeres embarazadas recolectadas de nueve centros en siete países de cuatro continentes.

Objetivos secundarios: 1) establecer datos demográficos, discriminando asuntos geográficos, étnicos y socio-políticos; 2) investigar diferencias potenciales en el resultado entre los diferentes orígenes étnicos; 3) buscar potenciales diferentes en el resultado entre los diferentes países en pacientes con grupos étnicos iguales o similares; 4) estudiar si tales diferencias se deben a características dentro del grupo de estudio, tecnología del centro, o simplemente a razones demográficas geopolíticas.

Métodos: se realizará un estudio prospectivo, multicéntrico, cohorte, basado en un universo de mujeres embarazadas que consultan en los diferentes centros de salud entre los centros recrutados. El cálculo del tamaño de la muestra se establece, para un promedio estimado de prevalencia de obesidad del 25% de la población, una incidencia media de complicaciones del 1% y un promedio de riesgo relativo de 2, esto hace que el poder del estudio sea de 80% y el IC 95%: un total de 47020 (11755 en cada categoría).

Medición de cuerpos lamelares para valorar la madurez pulmonar fetal en pacientes con patología materna

Clara del Carmen Flores Acosta, Donato Saldívar Rodríguez, Juan Antonio Soria López, Gabriel Edgar Villagómez Martínez, Nancy Magdalena Flores, Luis Cabero Roura
Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, Monterrey, México

Objetivos: determinar el número de cuerpos lamelares (CCL) en líquido amniótico como indicador de madurez pulmonar fetal en embarazadas con patología materna. Comparar el CCL con la determinación de fosfatidilglicerol.

Métodos: estudio prospectivo realizado en el Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, en Monterrey, Nuevo León. Participaron 596 pacientes de septiembre 2005 a diciembre 2008 en trabajo de parto entre 26 y 41 semanas de embarazo. La muestra de líquido amniótico se obtuvo al momento de la histerorrafia de la cesárea y del fondo de saco vaginal en el parto. La medición de cuerpos lamelares fue realizada en el contador de plaquetas Cell Dyn 3700. Los productos fueron valorados por neonatología.

Resultados: la prevalencia de síndrome de dificultad respiratoria fue de 10.9%. El I, con una μ CCL en el grupo de pacientes sanas ($n = 471$) fue de 30,900/ sensibilidad (S) del 86.3%, especificidad (E) 63.6% (IC 0.769-0.841), valor predictivo positivo (VPP) 21.4 y valor predictivo negativo (VPN) I con una μ 97.6. En pacientes diabéticas ($n = 47$) el CCL fue de 26,801/ 83.3%, E 100%, (IC 0.729 a 0.984) VPP 100, VPN 95.5. En hipertensas I, S 100%, E 72.3% (0.761 a 0.952), VPP 31.6, VPN μ ($n = 78$) de 26,400/100. Al comparar CCL vs amniostat en población general el valor fue de I con una S 73.7%, E 54.2%, VPP 41.5, VPN 100 ($P_{\mu}44,100/< 0.03$).

Conclusiones: el CCL es una prueba efectiva, rápida, disponible y económica. Existe diferencia en cuanto al conteo de cuerpos lamelares en pacientes sanas, hipertensas y diabéticas.

Tuberculosis y embarazo

Clara del Carmen Flores Acosta, Gregorio Treviño Martínez, Gerardo Sepúlveda González, Nancy Magdalena Dávila Flores, Mauro Macedo, Oscar Vidal Gutiérrez, Rey David Núñez Albar
Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, Monterrey, México

Objetivo: analizar los resultados perinatales adversos en pacientes con tuberculosis y compararlos con un grupo control.

Material y métodos: estudio de casos y controles realizado en el Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González de enero 2004 a marzo 2009 en el cual los casos fueron pacientes embarazadas con tuberculosis ($n=20$) y los controles sanas ($n=40$). Se analizaron, las complicaciones prenatales e intraparto y resultados perinatales adversos. Para el análisis estadístico se utilizó estadística 2 y OR. χ^2 descriptiva, medidas de tendencia central y de dispersión.

Resultados: en el grupo de estudio el promedio de edad fue 25 años $\pm$ 5 años, y presentaron tuberculosis pulmonar (80%), la mortalidad materna se presentó en 2 casos (10%). La edad gestacional promedio fue de 36 $\pm$ 3 semanas, el peso de los productos 2472 $\pm$ 585 gramos, apgar al minuto 6 $\pm$ 2. En el grupo control la edad gestacional fue 37 $\pm$ 2, peso 3050 $\pm$ 613 el apgar al minuto 8 $\pm$ 0.8. La presencia de tuberculosis mostró asociación en productos con RCIU 2 $=\chi^2 = 5.662$ $p= 0.0173$) y ruptura prematura de membranas (RPM) $\chi^2 (9.375$ $p= 0.0022$) y apgar bajo $< 2 = 6.375$ $p= 0.032$) ; χ^2 al minuto (así como incremento del riesgo para estas patologías RCIU (OR: 0.125, $p=0.0129$) y RPM (OR: 0.1667, $p= 0.0375$).

Conclusión: la tuberculosis activa durante el embarazo se asocia con incremento en el riesgo de morbilidad materno-fetal se asocia con RCIU y RPM y apgar bajo al nacimiento.

Neurofibromatosis y embarazo

Edna Emilia Ruiz Paz, Clara del Carmen Flores Acosta, Abel Guzmán López, José Luis Iglesias Benavides

Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, Monterrey, México

Paciente femenina de 22 años, originaria de Tamaulipas, antecedentes de neurofibromatosis con resección de tumoración en mayo 2008, reportando patología bordes quirúrgicos positivos para proceso neoplásico; recidiva de tumoración en hemicara izquierda realizándose ultrasonido reportando: 2 masas sobre región cigomática izquierda de 33 x 30 x 32 mm y sobre mejilla izquierda irregular de 55 x 49 x 48 mm con lóbulo posteroinferior. antecedentes ginecoobstétricos: normorreglada, FUM: 23/diciembre/08 refiriendo pie positivo el 17 marzo 2009 acude a urgencias el 17 de marzo 2009 por dolor intenso en hemicara izquierda de 3 meses de evolución intensificándose 3 días previos cursando 12 semanas de gestación en control prenatal se encontró: tumoración de 25 x 20 cm en hemicara izquierda, lobulada, de región frontal hasta mentón, protrusión ocular ipsilateral, “manchas café con leche” generalizadas en cuerpo, compatible con neurofibromatosis abdomen: blando, depresible, no doloroso, peristalsis presente. Reportando ultrasonido: embrión único vivo de 44 mm con FCF de 150 lpm tomografía (27/03/09): tumoración necrosada deformando hemicara izquierda de 25 x 20cm, sugiriendo neurofibroma, sin descartar transformación sarcomatosa, sin compromiso hemirraneal biopsia de lesión: neurofibroma iniciándose adriamicina monodroga 100 mg presentando sangrado transvaginal dolor tipo cólico en hipogastrio refiriendo expulsión de producto en domicilio acudiendo a urgencias explorándose útero 12 cm, orificio cervical permeable, restos óvulo-placentarios en canal vaginal, diagnosticándose aborto incompleto realizándose legrado uterino egresándose posteriormente acude a oncología presentando abscedación en porción inferior de mandíbula suspendiéndose quimioterapia, iniciando antibiótico presentando 3 días posteriores secreción fétida por tumoración, hipertermia, dolor y dificultad para alimentación, realizándose drenaje de absceso.

Adiponectina en suero materno en enfermedad hipertensiva del embarazo

Edna Emilia Ruiz Paz, Paola Méndez Calvillo, Abel Guzmán López, José Luis Iglesias Benavides, Otto Hugo Treviño, José Alberto Villarreal Rodríguez

Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, Monterrey, México

Introducción: la adiponectina es una proteína sintetizada en el tejido adiposo blanco, y circula en altas concentraciones ($\mu\text{g/mL}$) en el suero con efectos antiaterogénico, antidiabético y anti-inflamatorio. Se ha reportado que los niveles de adiponectina disminuyen en pacientes con hipertensión en el embarazo.

Objetivo: demostrar que las concentraciones plasmáticas de adiponectina se encuentran disminuidas en pacientes que presentan trastornos hipertensivos del embarazo.

Material y métodos: se realizó un estudio observacional, longitudinal, prospectivo, no ciego, comparativo, en donde se incluyeron 55 casos (pacientes con embarazo del tercer trimestre y trastorno hipertensivo del embarazo) y 56 controles (pacientes con embarazo del tercer trimestre normotensas). La adiponectina plasmática se analizó por método de ELISA. El análisis estadístico fue con T de Student y determinación del valor de p. Resultados: El nivel promedio de adiponectina plasmática de las mujeres con HTA fue significativamente menor que en las pacientes sin HTA ($3.12 \mu\text{g/mL}$ vs $4.41 \mu\text{g/mL}$) ($p \leq 0.00042$).

Conclusión: se demostró una disminución estadísticamente significativa de los valores de adiponectina en pacientes con enfermedad hipertensiva del embarazo.

Asociación entre el tratamiento antirretroviral altamente activo (TARAA) de las pacientes seropositivas al VIH de embarazadas con diabetes gestacional (DG)

Fela Vanesa Morales Hernández, Ricardo Figueroa Damián, Noemí Guadalupe Plazola Camacho

Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinoza de los Reyes, Distrito Federal, México

Propósito del estudio: calcular la frecuencia de DG entre mujeres seropositivas al VIH embarazadas que recibieron terapia TARAA.

Metodología: estudio de casos y controles. Se captaron y revisaron los expedientes de las pacientes embarazadas con VIH de enero de 2000 a marzo de 2009. La fuerza de asociación se realizó mediante la determinación de razón de momios (OR) con intervalo de confianza del 95%. Además se efectuó una prueba de hipótesis para calcular

significancia estadística de esta asociación utilizando la prueba de Chi 2.

Resultados: se atendieron 159 pacientes con VIH, de las cuales a 60 se les realizaron pruebas de detección de alteraciones en el metabolismo de los carbohidratos, de ellas se reportaron 47 (78.3%) con tratamiento TARAA, 3 (0.5%) presentaron DG, a 10 (16.6%) se dio tratamiento doble una (1.6%) presentó DG, a una se le dio tratamiento sencillo (1.6%) la cual también desarrolló DG (0.16%) a una tratamiento profiláctico (1.6%) quien también presentaba esta alteración metabólica (0.16%) y una del total no recibió tratamiento alguno.

Conclusiones: a pesar que diversos artículos han reportado un incremento en el desarrollo de DG en las pacientes con TARAA en nuestro estudio no se observó asociación de esta terapia con el desarrollo de diabetes gestacional.

Malformaciones müllerianas (MM) y pérdida gestacional recurrente (PGR) experiencia en el Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes desde el 2006 al 2008

Guadalupe Sabrina Hernández González, María Magdalena Enriquez Pérez, Beatriz Velázquez Valassi, José Antonio Ramírez Calvo
INPER IER-DF, México

Antecedentes: las MM se encuentran en 2-5% de todas las mujeres, es más alta en mujeres con PGR (8-27%), en mujeres con infertilidad (3%), en mujeres con PGR del primer trimestre (5-10%). El útero unicorne tiene incidencia de >50% de pérdidas. El útero didelfo cuenta con tasa de aborto 30-43%, nacimiento pretérmino 38%, tasa de supervivencia fetal 54%. El 25% de las mujeres con PGR o infertilidad tienen útero bicornue con riesgo incrementado de pérdidas del 2º trimestre y parto pretérmino. El útero septado tiene tasa de aborto de 44.3-70%.

Objetivo: evaluar pacientes con malformaciones müllerianas y PGR, su repercusión en el resultado reproductivo y perinatal.

Material y métodos: serie de casos, con pacientes de la clínica de riesgo pregestacional con diagnóstico de MM y PGR.

Resultados: 29 pacientes con edad promedio de 29.8 años, promedio de abortos por paciente de 2.9. Las malformaciones uterinas fueron: útero septado 16 (55.2%) pacientes, útero bicornue 9 (31%) pacientes, útero arcuato

2 (6.9%) pacientes, útero unicorne y didelfo 1 (3.4%) paciente. Se diagnosticó con: USG 2-D 5 (17.2%) pacientes; sonohisterografía 13 (44.8%) pacientes, histerosalpingografía 14 (48.3%) pacientes. El diagnóstico definitivo se efectuó en 7 meses. Se realizó metroplastía vía vaginal a 23 (79.3%) pacientes, vía laparoscópica 4 (13.8%) pacientes. De 8 pacientes embarazadas, la resolución fue 1 aborto, 1 PP, 6 de término. Vía de resolución principal: cesárea [6(75%) pacientes]. En los RN se encontró: peso promedio 3120 grs, talla promedio 49.1 cm.

Conclusiones: las pacientes atendidas en el INPerIER tienen embarazo normoevolutivo, sin diferencia en los resultados perinatales en pacientes sin malformaciones müllerianas reportados en la literatura.

Propuesta de manejo activo para restricción del crecimiento intrauterino

Hilda Imelda Vázquez Delfín, Eréndira Cambero Ocampo, Alejandro Martínez Avendaño, Leopoldo César Serrano Díaz

Servicio de Embarazo de Alto Riesgo, Hospital de la Mujer, Aguascalientes

El propósito del trabajo es demostrar la eficacia de una propuesta de tratamiento médico empleado en dos casos severos de restricción del crecimiento intrauterino.

Presentación de los casos: *Caso 1:* se realiza diagnóstico de restricción del crecimiento intrauterino (RCIU) en una paciente de 31ª G:VI P:V embarazo de 27.4 semanas y fetometría que correspondía a 25 semanas, cálculo de peso de 770 gramos. Se instala tratamiento a base de hidralazina 20 mg oral cada 12 hrs, dieta polimérica cada 24 hrs, y 50 mg cada 8 hrs de dicloroacetato de diisopropilamonio. Se vigiló la evolución fetal mediante fetometría cada 2 semanas y doppler de arterias umbilical y cerebral media semanal, medición de ILA semanal. Se prolonga la gestación sin deterioro hasta la semana 36.4 en que alcanzó un cálculo de peso de 1,664 gramos. Se obtiene por vía abdominal peso 1675 gr, Capurro de 36 semanas con APGAR 8/9 Silverman 0, ingreso al área de crecimiento y desarrollo para vigilancia, se egresa a los 5 días sin morbilidad agregada. *Caso 2:* se diagnostica RCIU en una paciente G:II C:I embarazo de 33.4 semanas y una fetometría promedio de 25 semanas con cálculo de peso de 748 gramos, el IP de arteria umbilical y cerebral media dentro de percentiles normales. Se inicia tratamiento con

mismo esquema terapéutico, y de vigilancia fetal sin mostrar deterioro, y observándose un incremento en el cálculo de peso fetal; se vigila gestación hasta la semana 37.3 se decide interrupción por la presencia de oligohidramnios severo, aunque mantuvo los IP de umbilical y cerebral media en percentilas normales. Se obtiene por cesárea un masculino, peso 1,253 gramos, APGAR 6/8, Capurro 38 semanas. Ingresa a la unidad de cuidados intermedios para vigilancia e incremento ponderal, y egresa luego de 30 días solo con diagnóstico de hipotrofia.

Embarazo en mujeres con glomerulopatías. Resultados perinatales y renales en pacientes del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes

Karina Arlen Sequeira Alvarado, Guillermo Cárdenas Membrilla, José Antonio Hernández Pacheco, Ariel Estrada Altamirano

Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, México, DF

Objetivo: identificar la presencia y tipo de complicaciones perinatales y renales en pacientes embarazadas con glomerulopatías.

Material y métodos: revisión de los expedientes clínicos de las mujeres embarazadas con diagnóstico de glomerulopatía en el INPer de enero de 2004 a junio de 2009.

Resultados: se encontraron 25 pacientes, 28 embarazos (uno gemelar) con glomerulopatía. El rango de edad fue de 15 a 36 años. A 13 pacientes se les realizó biopsia renal percutánea. Se realizó diagnóstico de glomerulonefritis membranoproliferativa en 3 pacientes, 7 presentaron glomerulonefritis focal y segmentaria, 1 glomerulonefritis postestreptocócica, 6 nefritis lúpica, 2 nefritis hipertensiva y 10 glomerulonefritis de causa desconocida. El promedio de edad gestacional a la resolución fue de 35.5 ± 3.1 (27-41). El peso de los 27 productos fue de 2271 ± 698 gramos. El embarazo se resolvió mediante cesárea en 23 pacientes (82%), en 4 pacientes se resolvió por parto y se presentaron 2 abortos. De los 28 embarazos 14 fueron pretérmino (50%), 7 (25%) presentaron RCIU y se observó una muerte perinatal por prematuridad extrema. Se realizó diagnóstico de preeclampsia en 9 pacientes (32%). De las 25 mujeres incluidas 6 (24%) tuvieron deterioro de la función renal, 6 (24%) aumento de la proteinuria y 9 (36%) aumento de la presión arterial.

Conclusiones: las pacientes con enfermedades glomerulares tienen mayor incidencia de restricción del crecimiento intrauterino, bajo peso al nacimiento, preeclampsia y parto pretérmino. El embarazo provoca un deterioro de la función renal en algunos casos de forma irreversible.

Apego al manejo normativo en la enfermedad hipertensiva severa del embarazo, en el Hospital General de Ecatepec Dr. José María Rodríguez, durante el año 2008

Luz Araceli López Solórzano, Juan Ismael Islas Castañeda, Beatriz Ofelia Ramírez Silva

Hospital General de Ecatepec Dr. José María Rodríguez, Ecatepec, México

Introducción: la preeclampsia es la segunda causa de mortalidad materno-fetal, en nuestra población sólo es rebasada por trastornos hemorrágicos, muchas veces por causa de un mal manejo inicial. Lo cual marca de manera muy importante el pronóstico de nuestras pacientes.

Objetivo: determinar el apego al manejo normativo de la enfermedad hipertensiva severa del embarazo.

Metodología: estudio retrospectivo, transversal y observacional. Se revisaron 236 expedientes con el diagnóstico de enfermedad hipertensiva del embarazo.

Resultados: 72 fueron clasificadas como preeclampsia severa. El 86% de ellas contaron con Biometría hemática y función renal; el 90% con cuantificación de enzimas hepáticas; contaban con examen general de orina el 88%; fueron manejadas de inicio con hidralazina vía oral el 97%; con alfametildopa el 90%; nifedipino el 13%; hidralazina intravenosa el 25%; con manejo de DFH el 27%; sulfato de magnesio el 34%; usando uno u otro pero no los dos al mismo tiempo; dexametazona como manejo antiedema 26%; con sonda Foley el 40%; el 83% de los embarazos terminaron vía cesárea; el 54% ingresaron a unidad de cuidados intensivos.

Conclusiones: el apego al manejo de acuerdo al lineamiento de preeclampsia eclampsia 2007, no se cumplió al 100%. Con mal inicio de medidas generales y de medicamentos antihipertensivos, así como de la vía de administración. Es necesario el apego al lineamiento con sus modificaciones actuales para así poder mejorar el pronóstico de nuestras pacientes y de sus productos.

Sarcoma de células claras del nervio ciático y embarazo. Una asociación fatal poco frecuente

Magalhi Guadalupe Robledo Clemente, Marisol Rivera Hernández, Guadalupe del Ángel Hernández, Christian Moctezuma Meza, Francisco Javier Galindo, Elías Ahumada Ramírez

Unidad Médica de Alta Especialidad, Centro Médico Nacional La Raza, IMSS-DF, México

Introducción: los sarcomas son neoplasias malignas de origen mesenquimatoso y neuroectodérmico. Corresponden aproximadamente al 1% de todos los tumores malignos en adultos; y a su vez el sarcoma de células claras representa el 1% de estos.

Objetivo: reportar la evolución de una embarazada con sarcoma de células claras del nervio ciático (SCCNC), en estadio clínico IV.

Presentación del caso: embarazada de 26 años con 31 semanas y tumor SCCNC, con metástasis pulmonares. Al llegar: tos productiva, polipnea y disnea en reposo con 2 meses previos. Exploración física: murmullo vesicular velado, vibraciones vocales ausentes, a la percusión submatidez en forma bilateral, abdomen globoso por útero grávido. Ingresó a UCIA, solicitando valoración por oncología médica refiriendo ser candidata a manejo paliativo. Se interrumpió el embarazo al tercer día de hospitalización obteniéndose: producto único vivo femenino, Capurro de 33 semanas, 1870 gramos, 41 cm, apgar 4/7. A las 48 horas siguientes la paciente fallece por presentar, paro cardiorrespiratorio.

Conclusiones: este tumor es más común en el adulto joven, caracterizado clínicamente por tumefacción de crecimiento lento generalmente indoloro. La progresión tumoral y metastización se produce fundamentalmente por vía hemática resultando el pulmón el órgano diana por elección, y posteriormente huesos e hígado. El potencial metastásico va del 25 y el 40 %. El diagnóstico y estadiamiento sirven para una correcta selección terapéutica, sustentándose en los estudios de imagen y estudio histológico mediante biopsia incisional o excisional. No se ha encontrado un beneficio estadio clínico IV, con cirugía, radioterapia o quimioterapia, ofreciéndose terapia paliativa, con resultados fatales a corto plazo.

Evaluación prospectiva y manejo de las gestantes

*María del Mar Goya Canino, * Luis Cabero Roura, * Donato Saldivar Rodríguez***

* Hospital Vall d'Hebron, Barcelona

** Hospital Vall d'Hebron, Monterrey, NL

Objetivo: conocer las características demográficas, las complicaciones maternas y obstétricas y los resultados perinatales en gestantes con cardiopatía congénita.

Material y método: estudio observacional de 55 pacientes controladas durante los años 2006 a 2008. Se han analizado datos demográficos, evolución de la gestación y resultados perinatales.

Resultados: 49 gestaciones completadas. La edad media de las pacientes fue de 30.4 años (DE 3.9) con rango de 20 a 41 años. 33/49 pacientes recibieron consejo preconcepcional (67.3). En 48/49 casos se trataban de gestaciones únicas (98.0%) y en un caso de una gestación gemelar bicorial-biamniótica (2.0%). Se identificaron 35/49 pacientes en Clase Funcional I (71.4%), 13/49 en clase funcional II (26.5%) y una en clase funcional III (2.0%). Realizando el análisis de las 49 gestaciones completadas se observa que 32/49 presentaban una cardiopatía de bajo riesgo (65.3%). El grupo de riesgo medio estaba formado por 15 pacientes (30.6%). Únicamente en dos pacientes su cardiopatía de base fue considerada de riesgo alto (4.1%), un síndrome de Marfan con dilatación de la raíz aórtica y una coartación de aorta no corregida.

Conclusiones: la tasa de complicaciones es baja respecto a las series de la literatura (16%). El asesoramiento preconcepcional y el seguimiento multidisciplinario con la estratificación del riesgo individualizado durante la gestación son dos factores fundamentales para minimizar el riesgo de complicaciones de este grupo de gestantes.

Daño oxidativo y resultado perinatal en gestantes

María del Mar Goya Canino, Luis Cabero Roura, Carmen Domínguez García, Donato Saldivar Rodríguez
Hospital Vall d'Hebron, Barcelona

Objetivo: conocer el daño oxidativo en la diabetes pregestacional, comparándolo con las gestantes sin factores de riesgo, y observar si existe correlación entre el grado de daño oxidativo y los resultados perinatales en dichas gestantes.

Material y método: se trata de un estudio prospectivo caso-control, incluyendo 108 gestantes: 34 controles,

29 gestantes con diabetes pregestacional tipo 1 y 45 gestantes con diabetes pregestacional tipo 2. Se realizó la extracción en ayunas entre la semana 30 y 36 de gestación. Los parámetros de daño oxidativo estudiados han sido: actividad antioxidante, daño oxidativo en lípidos, en proteínas y a otras moléculas en plasma total; y perfil lipídico completo.

Resultados: se observaron diferencias en la actividad antioxidante total del plasma entre el grupo control y los grupos de estudio, sin significación estadística. Tampoco hubo diferencias estadísticamente significativas en el daño oxidativo en lípidos, proteínas y otras moléculas entre los 3 grupos. Sin embargo, cuando se agruparon en función del resultado perinatal adverso, se observaron diferencias estadísticamente significativas tanto en la actividad antioxidante total como en el daño oxidativo.

Conclusiones: existe una clara correlación entre el resultado perinatal adverso y el daño oxidativo en gestantes con diabetes pregestacional, de tal manera que a mayor daño oxidativo, mayor riesgo de resultado perinatal adverso.

Impacto del índice de masa corporal pregestacional en los resultados maternos y neonatales

*María del Mar Goya Canino, *Aime Corona Fernández,* Luis Cabero Roura,* Donato Saldívar Rodríguez,** Gabriel Edgar Martínez***

* Hospital Vall d'Hebron-Barcelona

** Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, Monterrey, NL

Objetivo: examinar el efecto del índice de masa corporal (IMC) pregestacional y su relación con los resultados perinatales en las mujeres que han dado a luz en un hospital de tercer nivel.

Material y métodos: entre el 25 de junio y el 24 de julio de 2007 se realiza un estudio prospectivo de cohortes a todas las mujeres que dan a luz en nuestro hospital. Se recogen datos del IMC, historia clínica y perinatal a 348 mujeres. Las pacientes son agrupadas por categorías de IMC de acuerdo con las definiciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Los resultados obstétricos y neonatales son comparados por análisis univariante y multivariante.

Resultados: en comparación con las mujeres de un IMC normal, aquellas con sobrepeso, obesidad u obesidad mórbida, tienen mayor riesgo de complicaciones

durante el embarazo, especialmente de hipertensión [OR 1.78 [95%CI 0.63-5.91] para sobrepeso, 3.65 [95%CI 1.23-6.67] para obesidad y 7.34 [95%CI 1.31-42.21] para obesidad mórbida]. Los recién nacidos de madres obesas tienen puntuaciones de APGAR al minuto más bajas [OR 2.35, 95%CI 1.25-6.51] y un riesgo más alto de alteraciones neurológicas [RR 3.23, 95%CI 0.51-21.34] y disfunción multiorgánica [RR 2.25 (0.54-9.45)].

Conclusión: las categorías con IMC más elevados están asociadas a peores resultados perinatales si se comparan con las pacientes con IMC normales. Es importante dilucidar las alteraciones metabólicas maternas asociadas a la obesidad que determinan estos cambios.

Uso de rituximab en púrpura trombocitopénica refractaria asociada con lupus eritematoso sistémico y embarazo

María Candelaria Hernández Medina, Irma Maricela Quintero Estrella, J Guadalupe Panduro Barón, María Inés Estrada Solorio

Unidad de Medicina Materno Fetal, Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I Menchaca, Guadalajara, México

Propósito del estudio: el lupus eritematoso sistémico (LES) ocasiona complicaciones materno fetales como: preeclampsia, enfermedades hematológicas, restricción del crecimiento y pérdidas fetales. Se describe un caso de embarazo con antecedente de LES y con la activación del mismo como púrpura trombocitopénica resistente con respuesta al uso de rituximab (anticuerpo monoclonal quimérico anti-CD20).

Metodología: mujer de 28 años, con diagnóstico a su ingreso de LES, púrpura trombocitopénica refractaria y embarazo de 19 semanas, manejada con corticoides, inmunoglobulina y esplenectomía sin respuesta, por lo que se administra rituximab y azatioprina.

Resultados: previo a la esplenectomía se tuvieron cifras plaquetarias de 5,700, después variaron de 10,000 hasta 16,000, sin lograr estabilizarse, por lo que se decide agregar rituximab y azatioprina, ocurriendo mejoría al final del embarazo con recuento de 166,000 plaquetas. La terminación del embarazo fue vía abdominal por ruptura de membranas con índice de Bishop desfavorable, obteniendo RN femenino, con Apgar 7-9, peso 2,100 g, capurro de 37 semanas, sin manifestaciones de LES. A su egreso la paciente con recuento de 170,00 plaquetas.

Conclusiones: se desconoce si rituximab puede causar daño fetal cuando se administra durante el embarazo. Sin embargo como se sabe que la IgG atraviesa la barrera placentaria, rituximab puede provocar en el feto depleción de células B, por este motivo su administración debe hacerse con base a riesgo beneficio. Por esta razón consideramos de utilidad la presentación de este caso.

Proyecto PECEP (pesario cervical para evitar prematuridad)

María del Mar Goya Canino, Luis Cabero Roura,* Donato Saldivar Rodríguez,** Clara del Carmen Flores Acosta***

* Hospital Vall d'Hebron. Barcelona

** Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, Monterrey, NL

Objetivo: evaluar el impacto sobre la tasa de parto prematuro de la utilización del pesario cervical en la población de alto riesgo de prematuridad valorada mediante longitud cervical ecográfica.

Diseño: ensayo clínico prospectivo randomizado.

Sujetos de estudio: mujeres con gestación única entre las 18-22 semanas. Criterios de exclusión: intervención quirúrgica previa en cérvix, cerclaje cervical en esta gestación, antecedente de incompetencia cervical, malformación uterina, gestación múltiple. Instrumentación: Propuesta de participación en el estudio. Recolección de datos epidemiológicos y clínicos en formulario estructurado. Medición de la longitud cervical por ecografía transvaginal a las 18-22 semanas según criterios de la Fetal Medicine Foundation (FMF). Selección de gestantes con longitud cervical acortada: igual o inferior a 25 mm. Realización de cultivo cervico-vaginal. Asignación al azar de las embarazadas. Seguimiento evolutivo de la gestación y del resultado perinatal. Randomización: las gestantes cuya longitud cervical sea igual o inferior a 25 mm, se randomizarán en dos grupos: manejo expectante vs. pesario cervical hasta la semana 37. Determinaciones: Edad, paridad, antecedente de gestación pretérmino. Longitud cervical total, presencia de dilatación o funneling y longitud cervical efectiva. Realización de cultivo cervico-vaginal para descartar vaginosis bacteriana en aquellas gestantes con longitud cervical acortada. Si el resultado es positivo, debe tratarse la infección. Variables: Longitud

cervical ecográfica, utilización del pesario y asociación de ambas. Amenaza de parto prematuro, rotura prematura de membranas, parto antes de las 34 semanas y parto antes de las 37 semanas.

Dosis única vs dosis múltiple de corticoesteroides antenatales, resultados perinatales

María Guadalupe Smith Doria, Paola Méndez Calvillo, José Alberto Villarreal Rodríguez, Juan Antonio Soria López, Otto Hugo Treviño

Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, Monterrey, México

El parto pretérmino es una de las causas principales de morbilidad neonatal; la prematuridad es una de las principales causas de mortalidad neonatal, y la administración de corticoesteroides a mujeres en riesgo de parto pretérmino es una terapia que puede mejorar significativamente la morbilidad. El estudio tiene como objetivo demostrar que el uso de esquema múltiple y esquema único de corticoesteroides antenatales tienen un efecto similar en el neonato. Se realizó un estudio observacional, prospectivo y retrospectivo, no ciego.

Material y métodos: se incluyeron mujeres embarazadas entre las 24 y 34 semanas entre septiembre del 2004 y mayo del 2008 dividiéndose en dos grupos para su estudio, el grupo 1 usando dosis múltiples de esteroides y el grupo 2 con dosis única.

Resultados: se incluyeron en el grupo 1 97 pacientes y en el grupo 2 129 pacientes. El total de neonatos hospitalizados fue de 24.7% en el grupo 1 vs 37.9% en el grupo 2. La muerte por prematuridad extrema fue de 8.2% vs 6.97% para cada grupo y la principal complicación de ambos grupos fue el síndrome de distrés respiratorio un 15.4% vs 25.5%.

Conclusión: de acuerdo a los resultados del presente estudio no se demostró que el uso de esquema múltiple de esteroides antenatales ofrezca un mayor beneficio en comparación con el esquema único en cuanto a morbilidad, por lo que es recomendado el uso de una sola dosis de esteroides prenatales en pacientes de riesgo de nacimiento pretérmino.

Nivel elevado de hemoglobina glucosilada en embarazos insulino dependientes como predictor de preeclampsia

María Guadalupe Smith Doria, José Alberto Villarreal Rodríguez, Donato Saldivar Rodríguez, Roberto Ambriz López

Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, Monterrey, México

La preeclampsia es un síndrome multisistémico de etiología multifactorial con una incidencia aumentada en embarazos con diabetes pregestacional, por lo que se plantea la realización de un estudio longitudinal, prospectivo, no ciego y observacional, relacionando la elevación de hemoglobina glucosilada y el resultado al final del embarazo.

Material y métodos: se incluyeron 121 pacientes de la consulta de ginecología y obstetricia del Hospital Universitario entre el periodo comprendido del 2005 al 2008, se dividieron en dos grupos para su estudio de acuerdo con los criterios de cada grupo, grupo A (control, n = 70), grupo B (diabetes pregestacional, n = 41), a las cuales se le analizaron los niveles de hemoglobina glucosilada y los resultados al final del embarazo.

Resultados: se analizaron los resultados de hemoglobina glucosilada siendo normales en la totalidad de las pacientes del grupo A, y elevado en el 43.9% del grupo B. En cuanto a los resultados al final del embarazo en el grupo A se encontró un 24.4% de hipertensión gestacional, 4.3% de preeclampsia severa y 1.4% preeclampsia leve, y en el grupo B 26.8% hipertensión gestacional, 12.2% preeclampsia severa, 7.3% preeclampsia leve y 2.4% síndrome Hellp.

Conclusiones: de acuerdo a los resultados del presente estudio, se encuentra una relación entre la hemoglobina glucosilada elevada y los trastornos hipertensivos del embarazo por lo que se debería considerar la medición de la hemoglobina glucosilada como un marcador predictivo, mas no de certeza, de alteraciones hipertensivas del embarazo.

Histerectomía obstétrica. Experiencia en el Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes del 2004 al 2008

Mayeli Fuentes Dehesa, Tomás Herreras Canedo, Salvador Espino y Sosa, Beatriz Velázquez Valassi

Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, DF, México

Objetivo: conocer la experiencia institucional en relación a la histerectomía obstétrica en el INPerIER, del 1 de enero de 2004 al 31 de diciembre de 2008.

Metodología: serie de casos, retrospectivo.

Material y métodos: revisión de 207 casos de paciente con histerectomía obstétrica del 2004 al 2008.

Resultados: el estudio reportó una incidencia global de histerectomía obstétrica de 0.78%, grupo de edad con mayor frecuencia fue mujeres mayores de 36 años (35%) y las multigestas (42%) representando la mitad de la proporción; 67% cursaron con antecedente de 1 o más cesáreas y 63% fueron embarazos de término, la vía de resolución fue por cesárea en el 88% de los casos; las indicaciones más importantes fueron placenta previa 40.1% e iterativa 33%. La histerectomía obstétrica se realizó por acretismo en 48.3% y atonía uterina 31%, diagnóstico confirmado por patología en un 41% para acretismo y 12% para atonía uterina. La incidencia de complicación 87%, el de reintervención 22% de los cuales el 78% fueron laparotomías exploradoras. La mortalidad representó el 1.4%.

Conclusiones: la histerectomía obstétrica es un procedimiento complejo, especialmente desde que se toma la decisión, requiere de identificar adecuadamente sus indicaciones y posibles implicaciones, para disminuir su morbilidad, mejorar la atención y manejo de sus complicaciones.

Eficacia del misoprostol bucal para la interrupción legal del embarazo de 10 y 11 semanas de gestación

Rosa María Tufiño Loza, Laura Martínez García, Martín Guillermo Pérez Santiago, Alfonso Gerardo Carrera Riva Palacio, Joel Murillo, Lourdes García López

Hospital Materno Infantil Inguarán, DF, México

Introducción: el misoprostol solo bucal se ha utilizado para interrumpir el embarazo en el primer trimestre temprano hasta las 9 semanas.

Objetivo: evaluar la eficacia de este régimen a las 10 y 11 semanas.

Métodos: se administró 800 microgramos de misoprostol cada 4 horas por 3 dosis y se evaluó ultrasonográficamente con endometrio menor a 15 mm a las 2 semanas y ausencia de complicación como criterio de éxito.

Resultados: la tasa de aborto completo fue 90% para 10 semanas y 87.5% para 11 semanas. Con un promedio para 10 y 11 semanas de 89.4%. Los efectos secundarios reportados son diarrea, escalofrío y fiebre.

Conclusión: este régimen terapéutico es efectivo y aceptable para interrupción del embarazo del primer

trimestre tardío. Puede ser comparado por su efectividad con la vía sublingual y vaginal.

Mortalidad materna en el HGAV de los Servicios de Salud de Oaxaca, Oaxaca

Soledad Susana Arenas Gómez, Felipe Pérez Zainos, Gerardo Gutiérrez Caballero

Hospital General Dr. Aurelio Valdivieso, SS del estado de Oaxaca, Oaxaca, México

Objetivo: analizar la mortalidad materna en el HGAV de los Servicios de Salud de Oaxaca. Estudio: retrospectivo, transversal, descriptivo-observacional.

Material y métodos: revisión de 96 certificados de defunción, expedientes clínicos, análisis del Comité de Mortalidad Materna, muertes maternas ocurridas en el HGAV del 01012000 al 31122008. Como instrumento de recolección se realizó un formato en hojas tabulares para almacenamiento de información y correlación de variables mediante estadística descriptiva.

Resultados: 96 (100%) casos de muerte materna: 80 (90.4%) ocurrió en el puerperio, 10 (9.6%) durante el embarazo. Edad: 15-35 a (78%) y mayores de 35 a (22%); medio socioeconómico bajo (98%) dedicadas al hogar (96%), sin derechohabiencia (94%) casadas/unión libre (90%) 66% con primaria concluida o más. Primigestas (22) 2-4 gestaciones (30), CPN nulo o inadecuado (47). Se clasificaron como muerte obstétrica directa (MOD) 66 (69%), muerte obstétrica indirecta 27 (28%) no relacionada 3 (3%). MOD: preeclampsia/eclampsia 33 (34%), hemorragia 14 (16%) infección 19(20%). Muerte obstétrica indirecta: neurológicas (10) pulmonares (4) y cardíacas (3) otras (10) No obstétricas: 2 por accidentes y 1 por ingesta de corrosivos. 56 cesareas en embarazos mayores a las 33 sdg (39), 10 HTA-obstétricas. 80% muertes previsibles/diagnóstico, 46 se consideraron muertes no previsibles para el hospital por presentarse antes de 72 h de su ingreso.

Conclusiones: la tasa de MM 2000,394 x 100000NV disminuyó en 2008 a 107 x 100000 NV, Siendo el HGAV Unidad de 2° nivel, unico sitio de referencia de pacientes en condiciones extremadamente graves en todo el estado de Oaxaca. Las principales causas de MM: preeclampsia/eclampsia, hemorragia y sepsis. Muertes obstétricas directas previsibles/dx ocurriendo durante el puerperio.

Determinación del gasto uterino como nuevo predictor de bienestar materno-fetal

Velia Teresa Hernández Flores, Roberto Ambriz López, José Luis Iglesias Benavides, José Alberto Villarreal Rodríguez, Ileana Reyes

Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, Monterrey, Nuevo León, México

Introducción: el 80% del flujo uteroplacentario está dado por las arterias uterinas. Los cambios hemodinámicos se ven reflejados en aumento del flujo uterino a lo largo de la gestación.

Objetivo: demostrar que la determinación del gasto uterino (GU) con técnica Doppler color pulsado en pacientes del segundo y tercer trimestre de la gestación es útil como parámetro predictor de bienestar materno-fetal.

Material y métodos: se citaron pacientes entre 18 y 25 semanas de gestación (sdg.) para la realización del ultrasonido obstétrico, de donde se obtuvo edad gestacional y peso fetal estimado; presión arterial y frecuencia cardíaca al momento de la toma del ecocardiograma para la obtención del gasto cardíaco y del GU. Se repitió el mismo procedimiento entre 28 y 32 sdg. Al finalizar el embarazo se obtuvieron resultados perinatales.

Resultados: se analizaron un total de 195 casos. Obteniendo pacientes con una edad promedio de 25 ± 6 años. Del primer ultrasonido se obtuvo un GU promedio de 626 mL/min.; y gasto cardíaco de 5.9 L/min. Y del segundo ultrasonido 979 mL/min., con gasto cardíaco de 6.9 l/min. En los dos ultrasonidos encontramos una diferencia significativa mayor ($p \leq 0.05$) en el diámetro de los vasos y el valor del GU en relación al lado placentario. Se encontraron 20 casos de resultados perinatales adversos.

Conclusiones: la determinación del GU en el segundo trimestre fue de mayor relevancia. Con tendencia a que el valor de 420 mL/min. O menos sea de utilidad predictiva con una sensibilidad 50% y una especificidad del 82.8%.

Síndrome de Eisenmenger. Reporte de 4 casos

Velia Teresa Hernández Flores, Gregorio Treviño Martínez, Abel Guzmán López, Heidi Gómez Juárez, Erika Sierra

Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González

Introducción: la incidencia de cardiopatías asociadas al embarazo es menor al 1%, el síndrome de Einsenmenger

es una enfermedad vascular pulmonar de tipo obstructivo que se desarrolla a partir de la previa comunicación entre la circulación pulmonar y sistémica, con desviación de la corriente sanguínea que ocasiona aumento en la presión pulmonar; con mortalidad materna del 50% de los casos.

Objetivos: presentar la experiencia en cuatro casos de embarazo y síndrome Einsenmenger, diagnosticados y manejados en nuestro Hospital.

Material y métodos: se trata de cuatro pacientes sin diagnóstico previo de cardiopatía, congénita menores de 25 años, que por lo menos habían tenido un parto previo sin complicaciones, 3 de ellas cursando 2º trimestre de embarazo y una en puerperio inmediato; acudieron al servicio de obstetricia donde fueron valoradas y diagnosticadas con Síndrome Einsenmenger.

Resultados: hospitalizadas y manejadas por Servicio de Obstetricia en conjunto con Cardiología, Medicina Interna, Unidad de Cuidados Intensivos, Neonatología y Anestesiología; con interrupción del embarazo vía vaginal, con analgesia y uso profiláctico de fórceps tipo salinas; y fueron manejadas en Unidad de Cuidados Intensivos; teniendo como resultado mortalidad materna del 50% por falla cardíaca y mortalidad fetal del 50% por prematuridad.

Conclusiones: a pesar de ser una patología poco frecuente, que contraindica el embarazo; al presentarse dicha patología debe realizarse un adecuado manejo multidisciplinario, con la finalidad de obtener un recién nacido en excelentes condiciones o que la madre pueda sobrevivir a su embarazo sin deteriorar aún más su capacidad funcional.

Evaluación de la migración placentaria en el primero y segundo trimestres del embarazo en pacientes con implantación baja

María Nayeli Salas Quiroz, Esther Macedo Torres,** Jaroslav Stern Colin y Nunes****

* IMMUNOREP Hospital Ángeles del Pedregal, México

** HAP IMMUNOREP-México, República de Moldavia

Introducción: la implantación baja de la placenta en el primero y segundo trimestres del embarazo es causa frecuente de sangrado, esto es frecuente y en 4% de los casos persiste como placenta previa.

Objetivo: describir la migración placentaria durante los dos primeros trimestres del embarazo (1-2/3-EMB) con ó sin sangrado, evolución y pronóstico. Mostrar que es un evento transitorio, frecuente y autocorregido en la mayoría de los casos. Información general: la implantación baja ocurre aleatoriamente pudiendo influir factores anatómicos. Puede ser el origen de sangrados durante las 9 a las 24 SDG.

Material y métodos: incluimos 25 pacientes gestantes del 1-2/3-EMB revisadas ultrasonográficamente en el periodo del 1 de agosto del 2008 al 15 de mayo del 2009. Incluimos aquellas que con desarrollo placentario sobre el orificio cervical interno con ó sin sangrado y las agrupamos como total, parcial o marginal. Fueron revisadas cada 2 semanas hasta su migración total o antes si presentaban sangrado. Las que se corregían fueron dadas de alta.

Resultados: SDG Total (%) Sangrado Parcial (%) Sangrado Marginal (%) Sangrado Normal 9-9.6 7 (28) 1 11 (44) 3 7 (28) 2 10-10.6 5 (20) 2 10 (40) 4 3 (12) 1 7 (28) 11-11.6 4 (16) 4 8 (32) 4 5 (20) 1 8 (32) 12-12.6 2 (8) 1 6 (24) 1 6 (4) 1 11 (44) 13-13.6 2 (8) 1 1 (4) 1 1 (4) 1 21 (84) 22-24 1 (4) 1 1 (4) 0 0 (0) 0 24 (96).

Conclusión: la implantación baja de placenta es un evento frecuente, transitorio y etiología frecuente del sangrado en el 1-2/3EMB. La migración placentaria corrige la ubicación y puede originar sangrado leve a importante en este periodo. En 4% de los casos persistió como previa. No hubo ninguna pérdida del embarazo.



Morbilidad obstétrica y perinatal en técnicas de reproducción asistida de alta complejidad

Alberto Kably Ambe, Jenny Díaz Calvillo, Gustavo Aguirre Ramos

Centro Especializado para la Atención de la Mujer, Hospital Ángeles Lomas, Huixquilucan, Estado de México

Objetivo: describir la morbi-mortalidad obstétrica y perinatal en embarazos concebidos por técnicas de reproducción asistida de alta complejidad.

Material y método: se incluyeron 167 embarazos que cumplieron los criterios de ingreso. Tipo de estudio: observacional, analítico, longitudinal y retrospectivo. El análisis estadístico se realizó utilizando pruebas de χ^2 , proporciones, cuadros de contingencia y medidas de tendencia central.

Resultados: la edad promedio de las pacientes se encontró en un rango de 30 a 34 años, siendo la causa de infertilidad más frecuente el factor tuboperitoneal. Se obtuvieron embarazos únicos en 74%, gemelares dobles en 22.1% y gemelares triples en 5.9%. Los embarazos que terminaron en aborto se presentaron en 31 pacientes (21%). El embarazo ectópico en 1.19%. La enfermedad hipertensiva del embarazo se presentó en 8.9%. Hubo tres casos de diabetes gestacional. A (1.7%), placenta previa en 0.59% sin asociación con la técnica empleada. La cesárea fue la vía de resolución más utilizada en 60.4%. Se presentó parto pretérmino en 15.5%. La frecuencia de óbito fue de 1.19%. Las alteraciones cromosómicas se presentaron en 0.59% sin encontrarse asociación. Las patologías al nacimiento se presentaron en 37 neonatos correlacionándose con la prematuridad.

Conclusiones: se observó un incremento de los nacimientos múltiples posterior al uso de fertilización *in vitro* comparado con embarazos espontáneos. Este tipo de embarazo se asoció con prematuridad. No se pudo corroborar aumento de la morbilidad obstétrica y neonatal en embarazos únicos concebidos por técnicas de reproducción asistida de alta complejidad.

Resultados de inseminación intrauterina y embarazo

Alberto Kably Ambe, Emmanuel Carrera Lomas, Gustavo Aguirre Ramos, Esperanza Carballo Mondragón, Mireya Núñez

Centro Especializado para la Atención de la Mujer, Hospital Ángeles Lomas, Huixquilucan, Estado de México

Objetivo: determinar la tasa de embarazo con inseminación intrauterina en parejas con infertilidad.

Material y método: estudio de 500 parejas con infertilidad femenina, masculina y combinada, primaria o secundaria, manejadas con inseminación homóloga, con estimulación ovárica controlada y ovulación programada, en pacientes con al menos una salpinge permeable, FSH < 12 UI/L, y $> 5 \times 10^6$ espermatozoides móviles y normales. Seguimiento folicular ultrasonográfico y disparo de la ovulación según hallazgos, realizando inseminación a las 36 horas posteriores al disparo, con soporte de fase lútea con progesterona.

Resultados: 1.6 ciclos en promedio, infertilidad femenina 65.8%, masculina 21% y combinada 13.2%, edad promedio 32 años de la mujer y 36 años del hombre, estimulación ovárica promedio 8 días. Embarazo en 19.5% de las pacientes, de éstas, 65.1% menores a 35 años, 33.3% de 35 a 40 años y 1.5% mayores a 40 años. Embarazo a término 77%, aborto 11.4% y se desconoce resolución en 11.4%. Embarazo gemelar 17.6% y de alto orden fetal 5.1%. Embarazo con infertilidad femenina 64%, masculina 22.3%, y combinada 13.5%. Embarazo con endometrio < 8 mm 9.8%, de 8 a 15 mm 86.4%, > 15 mm 3.6%. Con endometrio trilaminar 72.3%, denso 12.5%, lineal 0.5%.

Conclusiones: la tasa de embarazo en IUI difícilmente supera el 20%. Los factores determinantes para ello son la edad de la mujer, el tipo de infertilidad y las características endometriales. También se observó un alto índice de embarazo gemelar y de alto orden fetal.

Transferencia de embriones: dos sistemas diferentes realizados por seis diferentes médicos en el Centro Especializado para la Atención de la Mujer

Alberto Kably Ambe, Gustavo Aguirre Ramos, Esperanza Carballo Mondragón, Emmanuel Carrera Lomas, Rebeca Kisel

Centro Especializado para la Atención de la Mujer, Hospital Ángeles Lomas, Huixquilucan, Estado de México

Objetivo: evaluar dos sistemas de transferencia realizados por seis diferentes médicos con el mismo protocolo.

Material y método: se evaluaron 308 transferencias realizadas de enero de 2006 a diciembre de 2008 por seis médicos con dos sistemas. Todos los médicos utilizaron el mismo protocolo. Se incluyeron sólo aquellas con buena calidad embrionaria y un endometrio adecuado. Se analizaron ambos sistemas en cada médico.

Resultados: con el sistema I, los médicos B y F tuvieron mejores resultados que con el sistema II, mientras que el resto tuvieron mejores resultados con el sistema II. El médico D tiene mejores resultados con el sistema II (porque no utiliza el sistema I). No hubo diferencia en número de embriones transferidos, número de células, ni calidad embrionaria. Se encontraron diferencias significativas en los resultados de embarazo dependiendo del médico que realizó la transferencia. Con el sistema II, se obtuvieron mejores resultados en la mayoría de los médicos, pero con una gran variación entre ellos.

Conclusiones: el sistema II resultó ser el más efectivo para la mayoría de los médicos. Existen otros factores independientes de la transferencia como la calidad del embrión y la receptividad del endometrio que son importantes para lograr embarazo.

Estudio comparativo de las tasas de embarazo en pacientes azoospermicos con obtención de espermatozoides por biopsia testicular

Alberto Kably Ambe, Esperanza Carballo Mondragón, Leonor Durán Monterrosas, Gustavo Aguirre Ramos
Centro Especializado para la Atención de la Mujer, Hospital Ángeles Lomas, Huixquilucan, Estado de México

Objetivo: determinar la tasa de embarazo en pacientes con azoospermia obstructiva (vasectomía) vs no obstructiva cuando se obtuvieron espermatozoides a través de biopsia testicular. Fueron inyectados al ovocito mediante la técnica de ICSI.

Material y método: estudio retrospectivo con análisis de 75 casos de varones azoospermicos a quienes se les

realizo biopsia testicular. Fueron divididos en dos grupos de acuerdo con la causa de azoospermia: grupo I azoospermia no obstructiva, grupo II vasectomizados. La edad del varón fue dividida en tres categorías: a) menor de 35 años, b) 36 a 40 años, y c) mayores de 40 años. Fue evaluada la calidad del ovocito como una variable alterna.

Resultados: la tasa de embarazo en pacientes con vasectomía fue de 33.3 vs 24% en pacientes azoospermicos no obstructivos ($p = 0.48$). Cuando los ovocitos fueron de buena calidad hubo 31.5% de embarazos vs 21.6% cuando la calidad fue mala. En relación a la edad del varón no se encontraron diferencias entre la categoría a y c siendo la b (36 a 40 años) la de mejor tasa de gestaciones.

Conclusiones: en pacientes azoospermicos la extracción de espermatozoides a través de biopsia testicular para ICSI provee cifras de embarazo adecuadas sobre todo si hay ovocitos de buena calidad y el varón es menor de 40 años.

Prevalencia de infecciones por *Mycoplasma*, *Ureaplasma* y *Chlamydia* en pacientes sometidas a fertilización *in vitro*

Alberto Kably Ambe, Gustavo Aguirre Ramos, Pedro Ponce Barberena, Gustavo Eder González Álvarez, Juan de Dios Quiroz

Centro Especializado para la Atención de la Mujer, Hospital Ángeles Lomas, Huixquilucan, Estado de México

Objetivo: determinar la prevalencia de *Chlamydia*, *Mycoplasma* y *Ureaplasma* en cultivo vaginal y espermocultivo antes de fertilización *in vitro*.

Material y método: se revisaron 490 ciclos de fertilización *in vitro* realizados del 1 enero de 2005 al 31 de julio de 2009.

Resultados: 490 parejas con infertilidad fueron incluidas en el estudio. 310 fueron estimuladas con FSH recombinante, 36 con menotropinas, 32 con FSH recombinante y menotropinas, 100 de ovodonación y 10 para transferencia de embriones descongelados. 65% de las mujeres fueron manejadas con antagonista GnRH, 33% con agonista (protocolo largo) y 2% ciclo natural. La incidencia de infecciones por *Chlamydia* fue 4% en mujeres y 2.9% en varones. *Mycoplasma* en 20.4% en mujeres y 11% en varones; y *Ureaplasma* 5.7% en mujeres y 3.8% en varones. 25.3% de las mujeres y 13% de los varones tuvieron alguna infección.

Conclusiones: la prevalencia de infecciones fue más frecuente en mujeres que en varones. La infección por *Mycoplasma* se presentó en 1 de cada 5 mujeres antes de fertilización *in vitro*. Es importante determinar la presencia de estos microorganismos antes de realizar técnicas complejas de reproducción asistida por su alta prevalencia.

Prevalencia de eyaculación retrógrada en infertilidad asociada con hipospermia

Armando Juárez Bengoa, David Francisco Rodríguez Perdomo, Fiorella Bagnarello González, Emmanuel Rodríguez Yee

Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, México, DF, México

Objetivo: conocer la prevalencia de eyaculación retrógrada en pacientes infértiles con hipospermia y el efecto del tratamiento.

Material y método: se realizó un análisis de los resultados seminales de 207 pacientes con infertilidad masculina con hipospermia. Se identificó a los pacientes con eyaculación retrógrada y se calculó su prevalencia. Se compararon los parámetros seminales antes y después del tratamiento mediante una prueba t pareada. También se compararon los niveles hormonales de pacientes con o sin eyaculación retrógrada mediante la prueba de U de Mann-Whitney.

Resultados: la prevalencia de eyaculación retrógrada fue de 3.2% en el total de 2587 pacientes infértiles. Dentro del grupo de 207 pacientes con hipospermia, hubo 84 con eyaculación retrógrada. Después del tratamiento médico en el análisis seminal incrementó el volumen (de 1.2 a 1.5 mililitros) y el total de células móviles (de 47.2 a 62.5 millones). También disminuyó el número de espermatozoides en orina (de 22 a 10 por campo). Los pacientes con eyaculación retrógrada tuvieron menores niveles de hormona foliculoestimulante, hormona luteinizante y testosterona en relación a los pacientes sin eyaculación retrógrada.

Conclusiones: la eyaculación retrógrada y la hipospermia son poco frecuentes pero importantes en infertilidad. La prevalencia de eyaculación retrógrada en pacientes con hipospermia es de 40.5%. El tratamiento incrementó el volumen seminal y el número de espermatozoides móviles en el eyaculado. Es necesario realizar estudios futuros para valorar el impacto de la severidad de la eyaculación retrógrada sobre la infertilidad.

Tratamiento potencial de la infertilidad con segundo eyaculado

Armando Juárez Bengoa, Laura Fabiola Guadarrama García, María de los Ángeles Díaz Pérez

Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, México, DF

Objetivo: comparar los cambios que ocurren en los parámetros espermáticos cuando el segundo eyaculado es obtenido en los primeros 60 minutos en pacientes con diferente calidad seminal.

Material y método: se analizaron los parámetros de las muestras seminales de 161 pacientes atendidos en el servicio de Andrología por infertilidad los cuales proporcionaron una segunda muestra dentro de los primeros 60 minutos de haber obtenido la primera. Todos los pacientes habían presentado cantidades espermáticas disminuidas en el primer eyaculado, por efecto del volumen, concentración, movilidad o total de células móviles (TCM).

Resultados: el grupo de pacientes se subdividieron en subgrupos con hipospermia ($n = 75$), oligospermia ($n = 46$), astenospermia ($n = 111$) y teratospermia ($n = 157$). Se observó un efecto benéfico del segundo eyaculado en los pacientes que presentan en la primer muestra seminal astenospermia, oligospermia y total de células móviles menores de 10 millones ($p = < 0.05$).

Conclusiones: debe considerarse el segundo eyaculado como alternativa en algunos pacientes que buscan un embarazo espontáneo en aquellos que van a requerir técnicas de reproducción asistida y tienen valores seminales disminuidos.

Alteraciones clínicas, seminales y hormonales en hombres infértiles con hiperprolactinemia

Armando Juárez Bengoa, Ricardo Cano Carrillo, María Magdalena Moncada Tercero, Patricia Zulema Márquez Iribe, Mirna Guadalupe Sánchez

Clínica de Andrología, Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, México, DF

Objetivo: describir las alteraciones asociadas con hiperprolactinemia en pacientes con infertilidad de acuerdo con parámetros clínicos, seminales y hormonales.

Material y método: estudio descriptivo, observacional, transversal y retrospectivo. Se incluyeron 182 pacientes infértiles con hiperprolactinemia entre enero de 2000 y

junio de 2009 que acudieron a la Clínica de Andrología del INPer IER. Se analizaron entre otras, las variables de: alteraciones metabólicas, disfunción sexual, parámetros seminales y perfil hormonal. Para el análisis se utilizó estadística descriptiva, medidas de tendencia central y de dispersión.

Resultados: ingresaron 2,577 pacientes, de los cuales 182 (7%) presentaron hiperprolactinemia. La edad promedio fue de 32.4 ± 5.7 años. El tipo más frecuente de infertilidad fue la primaria (71.4%). El nivel de prolactina fue de 35.2 ± 40.6 ng/dL y el de testosterona de 15.4 ± 5.1 pg/dL. La disfunción sexual se presentó en 73 pacientes (40.1%), siendo la más frecuente la disminución de la libido. El 7.7% presentó hipotiroidismo y el 10.4% DM2. La hipertrigliceridemia y la hipercolesterolemia se presentaron en 64.8 y 45.5%. Las alteraciones seminales encontradas fueron astenozoospermia (40 ± 24.3) y teratozoospermia (20.9 ± 15.6).

Conclusiones: la hiperprolactinemia se acompañó con otras alteraciones metabólicas. La astenoterazoospermia fueron las alteraciones prevalente, pero no justificables por la hiperprolactinemia, llama la atención el incremento de disfunción sexual en este grupo de pacientes. Los parámetros hormonales como grupo se encontraron dentro de los criterios de normalidad.

Descripción clínica de 73 pacientes infértiles con disfunción sexual e hiperprolactinemia dentro de la Clínica de Andrología

Armando Juárez Bengoa, María Magdalena Moncada Tercero, Ricardo Cano Carrillo, Patricia Zulema Márquez Iribe, Mirna Guadalupe Sánchez

Clínica de Andrología, Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, México, DF, México

Objetivo: describir los hallazgos clínicos de pacientes con disfunción sexual asociados con hiperprolactinemia.

Material y método: estudio descriptivo, observacional, transversal y retrospectivo. Se incluyeron 73 pacientes con disfunción y con niveles elevados de prolactina que acudieron entre enero de 2000 y junio de 2009 a la Clínica de Andrología del INPer IER. Se analizaron las siguientes variables: glucosa, perfil tiroideo, niveles hormonales basales, tipo de alteración sexual e IMC. Para el análisis se utilizó estadística descriptiva, medidas de tendencia central y de dispersión.

Resultados: la edad promedio de 33 ± 6.4 años. El tipo más frecuente de infertilidad fue la primaria con un 72.6% (53/73). El promedio de niveles de prolactina encontrados fue de 41.1 ± 58.8 ng/mL. El 89% (65/73) tenían niveles de glucosa en parámetros normales. Se observó hipercolesterolemia e hipertrigliceridemia en el 41.1 y 68.5% respectivamente. En 3 pacientes (4.1%) se encontró ginecomastia. Al analizar los parámetros hormonales se encontró hipogonadismo 15 pacientes (20.5%), e hiperestrogenemia en 8 (10.9%). El tipo de disfunción sexual más frecuente fue la disminución de la libido con un 72.6% (53/73), seguido de disfunción eréctil en el 39.7% (29/73) y eyaculación rápida en 31.5% (23/73).

Conclusiones: al analizar las variables clínicas, no se observó que estas justificaran la presencia de la disfunción sexual de los pacientes. Sin embargo las causas inorgánicas no fueron exploradas en ellos.

Impacto de la histeroscopia de consultorio en pacientes con antecedente de dos o más ciclos de FIV-TE/ICSI previos fallidos en un centro de reproducción asistida

Fernando Gaviño Gaviño, Eduardo Guzmán González, Enrique Reyes Muñoz, José de Jesús Villalpando Bravo, Rosa Alicia Jáuregui Meléndrez

Reproducción Asistida de México, DF

Introducción: numerosas parejas fallan al tratar de lograr un embarazo a pesar de ciclos repetidos de FIV-TE/ICSI. La buena calidad embrionaria es fundamental para lograr el éxito en un ciclo de FIV-TE; sin embargo, hay otras variables muy importantes, como las características y la receptividad endometrial.

Objetivo: conocer el impacto de la histeroscopia de consultorio (HC) previa a un nuevo procedimiento de FIV-TE/ICSI, en un grupo de pacientes con antecedente de dos o más ciclos fallidos previos de FIV-TE/ICSI en un centro privado de reproducción asistida.

Material y métodos: estudio retrospectivo, de casos y controles en 43 pacientes con fallas para concebir en dos o más ciclos previos de FIV-TE/ICSI, con buena calidad embrionaria y con una cavidad uterina aparentemente normal. Se dividieron en dos grupos: grupo A (18 pacientes) las cuales no se realizó una HC previo a un nuevo intento de FIV-TE/ICSI y grupo B (25 pacientes) a las que sí se les realizó. El grupo B se dividió en B1 (9 pacientes): sin hallazgo patológico histeroscópico y B2 (16 pacientes):

con patología intracavitaria diagnosticada y corregida. Se analizaron las variables demográficas, los hallazgos histeroscópicos, número de embriones de buena calidad transferidos, embarazo bioquímico, clínico y el resultado perinatal en todos los grupos.

Resultados: no se presentaron diferencias entre las variables demográficas estudiadas entre las pacientes con o sin HC. La tasa de embarazo clínico en el grupo A fue de 38.8%, en el grupo B fue de 52%, en el grupo B1 fue de 44.4% y en el grupo B2 fue de 56.2%. No se presentaron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a ET, EB, EC y RNV.

Conclusiones: a pesar de tener estudios previos con un endometrio aparentemente normal, se halló patología en un gran número de pacientes en la HC. Se observó una mejoría importante en las tasas de embarazo en las pacientes que se les realizó HC previo a FIV-TE/ICSI, particularmente en las que se encontró y corrigió patología endometrial, aunque dado el tamaño de la muestra las diferencias no alcanzaron la significancia estadística.

Experiencia de un programa de FIV/ICSI, factores determinantes de embarazo y resultados perinatales

Juan Carlos Barros Delgadillo, Patricia Zulema Márquez Iribe, Ricardo Cano Carrillo, Eva Vega Hernández, Christopher E Ormsby, Fernando Gaviño Gaviño
Unidad de Reproducción Asistida, Instituto Nacional de Perinatología, México, DF

Objetivo: describir las características de los FIV-TE e ICSI y los factores determinantes de embarazo en el programa de reproducción asistida.

Material y método: estudio descriptivo, retrospectivo, analítico y longitudinal. Se incluyeron 476 ciclos de FIV e ICSI realizados entre enero de 2006 y mayo de 2009. Se analizaron entre otras, las variables de edad, tiempo de infertilidad, dosis total de FSH, días de estimulación, número de folículos totales y maduros, grosor endometrial, día de aplicación de hCG, estudios hormonales basales y en día de aplicación de hCG, densidad, movilidad y morfología espermática, número y calidad de ovocitos capturados, tasa de fertilización y de embarazo. Las pacientes llevaron un protocolo de estimulación ovárica con seguimiento folicular, captura y transferencia embrionaria.

Resultados: la tasa de embarazo global fue de 28.5% y por año de 31.4, 23.6, 25.3 y 37.8% en 2006, 2007, 2008 y

2009 respectivamente. Las variables con diferencias significativas entre el grupo de embarazadas y no embarazadas fueron la dosis total de FSH ($p < 0.001$), días de estimulación ($p < 0.007$), día aplicación de hCG ($p < 0.003$) y el número de ovocitos fertilizados ($p < 0.03$). No se encontró significancia estadística en el resto de variables.

Conclusiones: la tasa de embarazo se mantuvo constante durante el periodo de estudio y la global se mantiene dentro de los rangos publicados. Las variables predictivas de embarazo fueron la dosis total de FSH, los días de estimulación, el día de aplicación de hCG y el número de ovocitos fertilizados.

Eficacia de dos esquemas flexibles de antagonista de GnRH en ciclos de hiperestimulación ovárica controlada (HOC) más inseminación intrauterina (IIU): ensayo clínico aleatorio

Juan Carlos Barros Delgadillo, Heidi Trejo Castañeda, Christopher E Ormsby, Fernando Gaviño Gaviño
Unidad de Reproducción Asistida, Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinoza de los Reyes, México, DF

Objetivo: comparar dos esquemas flexibles de antagonistas de GnRH (antGnRH) en ciclos de HOC más IIU contra un grupo control.

Material y método: ensayo clínico aleatorio. Se analizaron 90 pacientes infértiles que realizaron 116 ciclos de IIU. Se aleatorizaron en 3 grupos, grupo 1: inició antGnRH al alcanzar el folículo mayor 14 mm, grupo 2: cuando alcanzó 16 mm y grupo 3: sin antGnRH. Se realizaron determinaciones hormonales séricas durante la HOC. Las principales variables a estudiar fueron: incidencia de pico de LH, luteinización prematura (LP) y tasa de embarazo por ciclo.

Resultados: la incidencia de pico de LH fue de 2.6% (3 ciclos) y la de LP de 6% (7 ciclos). El grupo 1 no presentó ciclos con pico de LH o LP, los grupos 2 y 3 presentaron pico de LH en 3.1% y 1.8% y LP en 12.5% y 5.4% respectivamente. La tasa de embarazo con antGnRH fue de 16.4% (IC 95% 8.1-28.1) vs 7.2% (IC 2.0-17.5%) sin antagonista (grupo 3) ($p = 0.16$); los grupos 1 y 2 presentaron tasa de 20.6% (IC 95% 7.9-39.7) y 12.5% (IC 3.5-28.9%) respectivamente ($p = 0.49$). El número de folículos maduros alcanzó diferencia entre los tres grupos ($p = 0.04$), especialmente entre los grupos 1 y 2 ($p = 0.02$).

Conclusiones: se presentó una tendencia a aumentar las tasas de embarazo con antGnRH especialmente cuando se inició antGnRH con folículo mayor de 14 mm ($p > 0.05$). El inicio del antagonista a los 16 mm no parece ser efectivo en prevenir la LP.

Impacto de los cuerpos M540 en los resultados de la función espermática relacionados con la expresión de anexina V y oligonucleosomas: resultados de alto impacto en la evaluación del factor masculino

Alinne Colin Valenzuela, Nardhy Gómez López, Rosaura Ávila Lombardo, Carlos Valdespín Fierro, Gerardo Villa, Mauricio Velázquez Magaña

Instituto Nacional de Perinatología, México, DF

Introducción: el empaquetamiento de la heterocromatina durante la espermatogénesis ha sido correlacionado con la expresión de cuerpos apoptóticos residuales que impactarán en la función espermática, en el proceso de fertilización, así como en la expresión conjunta de la translocación transmembranal de fosfatidil-serina y oligonucleosomas.

Objetivo: evaluar la expresión de cuerpos M540 en los procesos funcionales del espermatozoide y su grado de concordancia con la determinación de anexina V y TUNEL.

Material y método: estudio prospectivo, transversal y comparativo, con 22 muestras seminales divididas en dos grupos [(fértil:(A), infértiles: (B)]; se evaluaron de acuerdo con los criterios de la OMS (1999) acotándose mediante los lineamientos de Tygerberg. Los procesos de transformación biomolecular de membrana y la expresión por oligonucleosomas en la cascada terminal de apoptosis fueron cuantificados por medio de citometría de flujo utilizándose láser de argón como fuente de lectura a 480 nm, discriminando los grados de celularidad tanto negativa como positiva para cada uno de los indicadores.

Resultados: por diseño de estudio se encontraron diferencias significativas en la movilidad, morfología y concentración espermática. La expresión de TUNEL y anexina V mostró diferencias significativas para ambos grupos, no siendo así para los cuerpos M540. Al comparar la expresión de TUNEL sin el efecto de los cuerpos M540 se determinó una diferencia significativa ($p < 0.05$)

Conclusiones: con este estudio se demuestra que existe remanente de los procesos primarios de espermiación,

los cuales participan de forma importante en los procesos apoptóticos y funcionales del espermatozoide, lo cual modifica la percepción diagnóstica y funcional de los parámetros reproductivos en el espermatozoide.

Eficacia de MicroSort® en el enriquecimiento de espermias portadores del cromosoma X o Y en muestras clasificadas

Ana Laura Rodríguez Padilla, Ana Paula Rangel Águila, Diego Carrillo Ruiz Velasco, Chrispo Opanga
MicroSort® Laboratorio, Guadalajara, México

Introducción: MicroSort®, método preconcepcivo de selección de sexo, puede ser empleado para reducir el riesgo de enfermedades ligadas al sexo o para alcanzar un equilibrio familiar. MicroSort® está basado en la detección, mediante citometría de flujo, del diferencial de fluorescencia emitido por espermias teñidos portadores del cromosoma X o Y.

Objetivo: evaluar la eficacia de MicroSort® midiendo el porcentaje de pureza en muestras clasificadas, y el porcentaje de embriones y niños nacidos del sexo deseado, considerando que las tasas de embarazo clínico, fertilización y clivaje son similares a las tasas con muestras no clasificadas.

Materiales y método: especímenes fueron teñidos con 9 µM Hoechst 33342 por 1 hora a 35 °C y subsecuentemente clasificados. Las muestras clasificadas fueron usadas con inseminación intrauterina (IIU), fertilización *in vitro* (FIV) o inyección intracitoplasmática de espermia (ICSI). Una porción de muestra clasificada fue analizada por hibridación fluorescente *in situ* (FISH) usando sondas específicas para la medición de la pureza. Para ICSI y PGD, los embriones resultantes fueron biopsiados después de la fertilización y el sexo fue determinado usando métodos de PCR o FSH. Todas las parejas dieron consentimiento de obtener registros para evaluar el sexo del bebé.

Resultados: para el 2008, 4,531 parejas fueron incluidas en el programa MicroSort®. 3,130 solicitaron clasificación X (XSort®) y 1,401 clasificación Y (YSort®). De 6,840 ciclos, 4,082 fueron IIU y 2,758 ciclos FIV/ICSI. Un total de 1,227 bebés nacieron, resultando en 93.3% niñas (877/940) de Xsort® y 81.9% niños (235/287) de YSort®. Los análisis de FISH resultaron en una pureza promedio de 87.8% para XSort® y 74.3% para YSort®. Los resultados para PGD: de 1,560 embriones para XSort®

resultaron en 87.2% femeninos y de 1,607 para YSort®, 69.5% fueron masculinos.

Conclusión: la clasificación espermática MicroSort® provee un enriquecimiento sustancial de espermatozoides portadores de cromosomas X y Y. La proporción de género de los bebés nacidos, es comparable a la pureza de FISH de muestras enriquecidas.

Eficacia de MicroSort® para conseguir tasas similares de embarazo y fertilización como aquellas de muestras no clasificadas, usando muestras enriquecidas que resultaron en un alto porcentaje de bebés nacidos del género deseado

Ana Laura Rodríguez Padilla, Ana Paula Rangel Águila, Diego Carrillo Ruiz Velasco, Chrispo Opanga
MicroSort® Laboratorio, Guadalajara, México

Introducción: MicroSort®, método preconceptivo de selección de sexo, puede ser empleado para reducir el riesgo de enfermedades ligadas al sexo o para alcanzar un equilibrio familiar. MicroSort® está basado en la detección, mediante citometría de flujo, del diferencial de fluorescencia emitido por espermatozoides portadores del cromosoma X o Y.

Objetivo: evaluar la eficacia de MicroSort® para conseguir tasas similares de embarazo clínico por edad femenina después de una inseminación intrauterina (IIU), y fertilización y clivaje después de fertilización *in vitro* (FIV) e inyección intracitoplasmática (ICSI) a las de muestras no clasificadas; obteniendo un porcentaje alto de bebés nacidos del género deseado.

Materiales y método: especímenes fueron teñidos con 9 µM Hoechst 33342 por 1 hora a 35 °C y subsecuentemente clasificados. Las muestras clasificadas fueron usadas con IIU, FIV o ICSI. Los pacientes con IIU fueron divididos en 5 grupos: < 30 años (8.6%), 30-34 años (36.3%), 35-39 años (49.0%), ≥ 40 años (3.6%), y edad no conocida (2.5%). Todas las parejas dieron consentimiento para evaluar el sexo del bebé.

Resultados: 4,531 parejas completaron 4,082 IIU y 2,758 ciclos FIV/ICSI usando espermatozoides clasificados con MicroSort®. De las 4,531 parejas, 3,130 tuvieron 4,836 Xsorts® y 1,401 tuvieron 1,667 Ysorts®. Las tasas de embarazo clínico para IIU fueron de 19.8% (< 30), 18.8% (30-34), 15.5% (35-39), 8.1% (≥ 40) y 0% (indefinidas). La tasa de embarazo clínico promedio fue de 16.6%. La

tasa de fertilización para los ciclos FIV/ICSI fue 69.6% (16,130/23,175) y clivaje de 90.0% (14,076/15,483). Los bebés nacidos del género deseado resultaron en 93.3% (877/940) para XSort® y 81.9% (235/287) para YSort®.

Conclusiones: el uso de espermatozoides clasificados con MicroSort® para IIU, FIV e ICSI resulta en tasas de embarazo clínico, fertilización y clivaje comparables a las reportadas en la literatura de espermatozoides no clasificados. La clasificación espermática MicroSort® provee de un enriquecimiento sustancial de espermatozoides portadores de X- o Y-, resultando en un alto porcentaje de bebés nacidos del género deseado.

Eficacia de MicroSort® para conseguir tasas similares de fertilización y clivaje como las de muestras no clasificadas, usando muestras enriquecidas que resultaron en altos porcentajes de embriones del género deseado a través de DGP

Ana Laura Rodríguez Padilla, Ana Paula Rangel Águila, Diego Carrillo Ruiz Velasco, Chrispo Opanga
MicroSort® Laboratorio, Guadalajara, México

Introducción: MicroSort®, método preconceptivo de selección de sexo, puede ser empleado para reducir el riesgo de enfermedades ligadas al sexo o para alcanzar un equilibrio familiar. MicroSort® está basado en la detección, mediante citometría de flujo, del diferencial de fluorescencia emitido por espermatozoides portadores del cromosoma X o Y.

Objetivo: evaluar la eficacia de MicroSort® para conseguir tasas similares de fertilización y clivaje después de fertilización *in vitro* (FIV) e inyección intracitoplasmática (ICSI) a las de muestras no clasificadas, obteniendo altos porcentajes de embriones del género deseado después del diagnóstico genético preimplantación (DGP).

Materiales y método: especímenes fueron teñidos con 9 µM Hoechst 33342 por 1 hora a 35 °C y subsecuentemente clasificados. Las muestras clasificadas fueron usadas inmediatamente o congeladas para su uso posterior. Los embriones resultantes fueron biopsiados después de la fertilización y el género fue determinado usando método PCR o FISH.

Resultados: para el 2008 un total de 4,531 parejas se enroló en el programa MicroSort®, de las cuales 3,130 para XSort® y 1,401 para YSort®. Del total de 6,840 ciclos completados, 2,758 fueron ciclos FIV/ICSI. La tasa de fer-

tilización para estos ciclos fue de 69.6% (16,130/23,175) y clivaje del 90.0% (14,076/15,483). Los resultados de DGP de los 1,560 embriones biopsiados después de Xsort® resultaron en 87.2% embriones femeninos y de 1,607 embriones biopsiados para Ysort®, 69.5% fueron embriones masculinos.

Conclusión: el método de clasificación espermática MicroSort® provee de un enriquecimiento sustancial de espermatozoides portadores de X- o Y-. El uso de espermatozoides clasificados MicroSort® con FIV/ICSI resultará en tasa de fertilización y clivaje comparables a las no clasificadas reportadas por la literatura. La clasificación espermática MicroSort® provee de un enriquecimiento sustancial que resulta en un alto porcentaje de embriones y bebés nacidos del género deseado.

Tasas de embarazo clínico con inseminación intrauterina con bajo número de células espermáticas clasificadas con MicroSort®

Ana Laura Rodríguez Padilla, Ana Paula Rangel Águila, Diego Carrillo Ruiz Velasco, Chrispo Opanga
MicroSort® Laboratorio, Guadalajara, México

Introducción: MicroSort®, método preconcepcivo de selección de sexo, está basado en la detección del diferencial de fluorescencia de espermatozoides teñidos. Debido a que los espermatozoides son células planas, al ser teñidas fluorescen más en sus bordes. Para un análisis apropiado, todos los bordes deben orientarse a un detector de luz fluorescente y los lados planos a otro; sin embargo, debido a que los espermatozoides son orientados aleatoriamente, la mayoría no cumple con los criterios para su clasificación, resultando en un bajo número de células clasificadas para la inseminación intrauterina (IIU).

Objetivo: investigar el efecto de inseminar < 400,000 células espermáticas móviles en las tasas de embarazo clínico con IIU.

Material y método: participaron parejas presumiblemente fértiles. Se evaluó la calidad del semen fresco, se procesó para recuperar las células móviles, se tiñó y posteriormente clasificó mediante citometría de flujo para obtener una muestra enriquecida con espermatozoides portadores de cromosoma X- o Y- (XSort® y YSort®, respectivamente). Motilidad y progresión fueron evaluadas en las muestras clasificadas. Las IIU fueron realizadas el día después del

incremento de LH o > 36 horas después de una administración de hCG.

Resultados: entre 1995 y 2008, se realizaron un total de 3,871 ciclos de IIU utilizando espermatozoides clasificados con MicroSort®. Los datos fueron estratificados por número de células totales móviles (CTM) inseminadas, en: < 100,000 (n = 215); 100,000-199,999 (n = 1,082); 200,000-299,999 (n = 2,237); 300,000-399,999 (n = 303); ≥ 400,000 (n = 34). La motilidad promedio por estrato fue 42.8%, 67.3%, 79.6%, 79.9% y 80.1%, respectivamente. La progresión promedio por estrato fue 2.13, 2.53, 2.69, 2.72 y 2.79, respectivamente. La tasa de embarazo clínico por ciclo por estrato fue 5.1% (11/215), 12.3% (133/1082), 17.6% (393/2237), 20.5% (62/303) y 14.7% (5/34), respectivamente.

Conclusión: tasas razonables de embarazo clínico son alcanzadas cuando se utiliza IIU en parejas presumiblemente fértiles cuando se inseminan aproximadamente 200,000 espermatozoides móviles.

Efectividad de la estimulación ovárica moderada vs convencional para disminuir la cantidad aplicada de FSH exógena, el costo del tratamiento y la tasa de embarazo

Emma Elizabeth Barla Muñoz, Álvaro Santibáñez Morales, Enrique Reyes Muñoz, Fernando Gaviño Gaviño, Eva I
Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, México, DF, México

Introducción: la estimulación ovárica (EO) es un componente clave en las técnicas de reproducción asistida, ha sido aplicada con el objetivo de incrementar el número de ovocitos para compensar la ineficiencia de la fertilización *in vitro* (FIV) y poder seleccionar los embriones para transferir. Las dosis de gonadotropinas varía entre 150 y 450 UI/día. Los esquemas convencionales en EO son complejos, costosos y requieren varios días con inyecciones diarias con monitorización intensa de la respuesta ovárica, con riesgos como síndrome de hiperestimulación ovárica, embarazo múltiple, cuestionamientos éticos por embriones sobrantes y vitrificación, estrés emocional y dolor abdominal. El objetivo de la estimulación ovárica moderada (EOM) es desarrollar protocolos más seguros y amistosos con la paciente, con disminución de los riesgos. El principal punto de debate para llevar a cabo protocolos de EOM es que disminuye la respuesta ovárica y con ello las tasas de embarazo.

Objetivo: comparar la tasa de embarazos y costo al usar EOM vs EC durante un ciclo de FIV-TE.

Material y método: cohorte comparativa. Aleatorizamos 16 casos (150 UI/día), 27 controles (300 UI/día), ingresaron a FIV de enero a mayo 2009, al final se midieron tasa de embarazo, costos, días de estimulación, etc.

Resultados: no hubo diferencias en tasa de embarazo ($p = 0.29$), logrando menor progesterona en el disparo ($p = 0.013$), menos días de estimulación, (0.0000018) y menor costo.

Conclusiones: la estimulación moderada es tan eficaz como la dosis convencional para lograr embarazos, adecuada cantidad y calidad de ovocitos y embriones sin complicaciones asociadas y con menor precio.

Resultados perinatales en pacientes con síndrome de ovarios poliquísticos y embarazo logrado en forma natural, citrato de clomifeno con metformina y letrozole

Fela Vanesa Morales Hernández, Oliver Cruz, Enrique Reyes Muñoz

Instituto Nacional de Perinatología, México, DF, México

Objetivo: conocer los resultados perinatales en pacientes con síndrome de ovarios poliquísticos (SOP) que lograron el embarazo con CC o letrozole, o ambos, comparándolos con el grupo de espontáneos.

Material y método: se localizaron los expedientes de pacientes registradas con embarazo logrado durante enero-diciembre de 2007 con tratamiento indicado por el Departamento de Infertilidad seleccionando pacientes con SOP. Del total 309 casos, se descartaron casos con otras alteraciones metabólicas quedando 122, se descartaron a quienes se otorgaron menotropinas o no acudieron a resolución al Instituto quedando 70.

Resultados: los embarazos espontáneos tuvieron una edad gestacional final de 39 (± 1.4), peso 2,985.6 g (335-3,915 g), talla 48.1 cm (26-52.5 cm) Capurro 39.2 (35.5-41.6). Del grupo CC y metformin la resolución fue 38.0 (± 2.6) peso 2,817 g (1,340-3,914 g), talla 48 cm (40-55 cm), Capurro 38.4 (34-41.1), hubo 1 recién nacido con malformación. En los embarazos logrados con letrozole, la edad gestacional fue 37.6 SDG (± 2.16 SDG) el peso promedio 2,794.3 g (2,240-3,140 g), con una talla de 47.3 cm (45-50 cm), Capurro 38.6 SDG (36-41 SDG), no presentaron malformaciones fetales.

Conclusiones: los resultados perinatales en embarazos logrados con CC y letrozole son similares a los resultados de embarazos logrados espontáneamente. No se reportaron malformaciones fetales con letrozole y no se presentó síndrome de hiperestimulación ovárica.

Factor masculino de infertilidad: estudio de 108 pacientes con oligozoospermia

María Nayeli Salas Quiroz, Esther Macedo Rodríguez, Ernesto Segura Velázquez, Jaroslav Stern Colin Y Nunes
Hospital Ángeles del Pedregal, México, DF, México

Estudio observacional en un periodo de cuatro años, donde el factor principal de infertilidad masculina son las cuentas bajas de espermatozoides, el 70% de ellos infectados con enterobacterias en 90%. Se analizaron en total 108 espermátobioscopias, donde se observaron cambios variables en su morfología, que el aumento de leucocitosis producidos por infección provocaba hipoxia celular, además de aumento en especies reactivas de oxígeno. Presentando mejoría notable en la cantidad de espermatozoides con el uso de antioxidantes.

Observación de espermias en el epidídimo mediante ultrasonido de alta frecuencia en un paciente vasectomizado

María Nayeli Salas Quiroz, Esther Macedo Torres, Ernesto Segura Velázquez, René Mena, Jaroslav Colin Y Nunes
IMMUNOREP Hospital Ángeles del Pedregal-México, México

Objetivo: demostrar que mediante ultrasonido de alta resolución es posible observar espermatozoides en el epidídimo de un paciente vasectomizado dando esperanza de recuperación espermática y paternidad mediante reproducción asistida con inyección intracitoplasmática de espermia (ICSI).

Material y método: se estudia una pareja infértil por factor masculino secundario a vasectomía hace 15 años, ahora desea familia por donación de espermia. El protocolo de estudio masculino incluye ultrasonido escrotal con transductor de 5-17 MHz y exámenes hormonales andrológicos. El ultrasonido demuestra testículos sonográficamente normales, no varicocele, epidídimo con congestión de la cola y cuerpo mismos que muestran movimiento fino intraluminal sugestivo de movimiento

espermático. Los exámenes de laboratorio demuestran un perfil andrológico normal. Se propone realizar punción epididimaria bajo sedación con guía ultrasonográfica obteniendo una muestra líquida blanquecina y en laboratorio se observan espermias con movimiento similar al observado por ultrasonido.

Resultados: se prepara a la pareja con estimulación ovárica, se realiza la captura ovular obteniendo 8 folículos practicándoles ICSI, fertilizan 5 óvulos, se transfieren tres embriones y actualmente cursa un embarazo gemelar de 8 semanas.

Conclusiones: el ultrasonido de alta resolución en pacientes vasectomizados permite sugerir una alternativa rápida de reproducción asistida con espermia homólogo antes que donación espermática.

Resultados de un programa de inseminación con semen de donador

Alberto Kably Ambe, Leonor Durán Monterrosas, Esperanza Carballo Mondragón, Everardo Anta Jean
Centro Especializado para la Atención de la Mujer, Hospital Ángeles Lomas. Huixquilucan, Estado de México

Objetivo: analizar el porcentaje de embarazo en inseminaciones de donador y su relación con el tiempo de almacenamiento de las muestras seminales usadas.

Material y métodos: se analizaron de forma retrospectiva 98 casos de inseminaciones intrauterinas con semen de donador en mujeres con edad promedio de 33.68 ± 5.12 años. Las pacientes fueron divididas en cuatro grupos: <29 años, 30 a 34 años, 35 a 39 años y >40 años. Se evaluaron los parámetros seminales como densidad, millones totales móviles y morfología espermática y el tiempo de almacenamiento de las muestras de los donadores.

Resultados: se obtuvieron 37 embarazos con un porcentaje de gestación por ciclo de 37.76% con 35 nacidos vivos. Cuando la edad materna es mayor disminuye el porcentaje de embarazo por ciclo a 16.67% en mujeres >40 años a diferencia de los otros grupos. En cuanto a las muestras seminales cuando se inseminaron con >61 millones totales móviles se aumenta el porcentaje de embarazo por ciclo a 66.67%. Al separar en dos grupos el tiempo de almacenamiento de 0 a 5 años y >6 años no se observan diferencias estadísticamente significativas ($p = 0.11$) en el porcentaje de embarazo por ciclo; sin embargo, éste fue mayor en el grupo de 0 a 5 años de almacenamiento con 41.03 y 25.0% cuando tenían >6 años.

Conclusiones: la edad materna tiene un profundo impacto en el porcentaje de embarazo por ciclo y este también disminuye al aumentar el tiempo de almacenamiento de las muestras seminales.



Video obstetricia

Abordaje laparoscópico de masa anexial en el embarazo

Carlos Humberto Briones Landa, Lionel Leroy López, Cristina Arteaga Gómez, Roxana Zavaleta Salazar, José de Jesús Santillán

Instituto Nacional de Perinatología-México, DF

Propósito: reporte de una serie de casos; se realizó cistectomía laparoscópica por el departamento de endoscopia del INPer en dos pacientes con embarazo de 14 y 16 semanas, respectivamente, con quiste ovárico de 15 y 12 cm y CA 125 de 108 UI en una. Ambas cirugías sin complicaciones obstétricas atribuibles al procedimiento. La prevalencia de masas anexiales en el embarazo es del 0.05 al 3.2% de los nacimientos vivos, hasta el 70% de las cuales se resolverán espontáneamente. El diagnóstico ha aumentado con el uso rutinario del ultrasonido. La sensibilidad del ultrasonido y de la resonancia magnética son del 86 y 91%, respectivamente, para el diagnóstico. El CA 125 tiene un bajo valor predictivo positivo. El índice de malignidad y la frecuencia de complicaciones son bajos por lo que se opta por manejo expectante en la mayoría de los casos. La laparoscopia se asocia con mejor recuperación y la frecuencia de complicaciones no es mayor con respecto a la laparotomía. La principal limitación para la técnica laparoscópica es el tamaño uterino y el límite gestacional superior son las 26 a 28 semanas. Se debe sospechar torsión de masa anexial en pacientes con abdomen agudo y embarazo, aunque el diagnóstico definitivo es quirúrgico. En este momento se considera a la laparoscopia un método eficaz para el manejo de masa anexial en el embarazo.

Tratamiento sistemático de la hemorragia obstétrica por placenta previa y acreta

René Marcelo Fernando Márquez Allegre, Emigdio Torres Farías, Alejandro García Trelles, Bertha Franco Tostado

UMAE, Hospital de Ginecoobstetricia, Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS-Guadalajara, México

La hemorragia obstétrica es responsable de una tercera parte de la mortalidad materna en el mundo, siendo la causa de aproximadamente 140,000 muertes por año, su prevención, diagnóstico temprano y tratamiento oportuno son prioridades de la Organización Mundial de la Salud y de los gobiernos principalmente de los países en vías de desarrollo. El objetivo del presente video es concientizar al clínico de la severidad del problema, mostrar con material videográfico el tratamiento de la hemorragia secundaria a placenta previa y acreta en forma sistemática por grado de complejidad y servir de guía para su manejo adecuado.

Forceps: emblema de la obstetricia operatoria

René Rivas Pizarro

Hospital La Paz, Durango, México

El objetivo de este video es presentar la importancia que sigue y seguirá teniendo el forceps en la obstetricia actual, la gran importancia en seguir enseñando y formando nuevas generaciones para que tengan la capacitación y pericia de este gran armamento. En el video observamos un procedimiento y la explicación de este, está realmente didáctico y se observa lo importante de poder saber y cuándo indicarlos, y también orientar que sólo se debe realizar por manos expertas.

Cornuotomía por vía laparoscópica de un embarazo ectópico cornual

Emmanuel Rodríguez Yee, Ricardo Adame, Mario Albani Campanario, Fiorela Bagnarello

Instituto Nacional de Perinatología, México DF, México

Presentación del caso: paciente con embarazo ectópico no roto, que ingresó a quirófano para laparoscopia quirúrgica con el hallazgo de embarazo ectópico cornual derecho no roto, se inició con el procedimiento realizando cornuotomía. Durante el procedimiento se termina sin incidentes ni complicaciones, como se demuestra en el video.



La histerectomía totalmente laparoscópica con el manipulador de Bonet en el Hospital Magallanes de Acapulco

Adolfo Pérez Bonet, Silvia Ortega Barrios, Hermelinda Ramírez Vega, Alberto Reyes Sotelo, Manuel Cabrera
Hospital Privado Magallanes, Acapulco, Gro, México

Introducción: desde la presentación de Reich de la primera histerectomía laparoscópica a principios de los 80, en nuestro medio se realizan básicamente procedimientos vaginales asistidos por laparoscopia. Esto quizá debido a la falta de un manipulador uterino barato y a la necesidad de realizar sutura intracorpórea o extracorpórea para el cierre de la cúpula vaginal. No es un secreto que los ginecólogos han estado realizando procedimientos básicamente diagnósticos y que la sutura intracorpórea o extracorpórea sólo la realizan una minoría.

Objetivo: en el video mostramos la técnica que estamos usando que es básicamente la fusión de la recomendada por el Dr. Wattiez de Francia y el Dr. Koh en Estados Unidos.

Material y método: con la ayuda del *ligaSure* de 5 mm se aseguran los redondos, los anexos, preservando en este caso los ovarios. Disecamos la hoja anterior y posterior del ligamento ancho de ambos lados. Con la ayuda de una gasa en la cavidad disecamos el repliegue vesicouterino, además de contar con un valioso elemento de seguridad hemostática en la cavidad ante un evento vascular inesperado. Posteriormente aseguramos las estructuras vasculares uterinas de ambos lados y con la guía del delineador de la cúpula del manipulador diseñado por nuestro grupo en Acapulco, procedemos a cortar con electrocoagulación monopolar nuestra cúpula vaginal. Extraemos la pieza por vía vaginal y con sutura intracorpórea procedemos a cerrar la cúpula.

Resultados: el manipulador uterino prácticamente no toca los ligamentos cardinales y el corte para la cúpula prácticamente se hace por encima de los uterosacros con lo que evitamos prácticamente la posibilidad de prolapsos de cúpula.

Conclusiones: con esta técnica, el entrenamiento de los ginecólogos en sutura intracorpórea y la ayuda de este tipo de tecnología para electrocoagulación segura, creemos que la histerectomía totalmente laparoscópica se convertirá en un procedimiento seguro y rutinario en nuestro medio.

Abordaje diagnóstico y terapéutico de útero unicorne y cuerno rudimentario no comunicante con hematómetra

Armando Miguel Roque Sánchez, José Manuel Zamarripa Leyva, Carlos Julio Castelo Ruelas

Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto, San Luis Potosí, SLP, México

Introducción: las anomalías congénitas son en su mayoría asintomáticas, y por tanto, no diagnosticadas. Su clasificación se enfoca principalmente en los defectos de fusión vertical, disgenesias de los müllerianos y sistema renal. Ocurren en 2 a 4% de las mujeres fértiles y su frecuencia es: septado (35%), bicorne (26%), arcuato (18%), unicorne (10%), didelfo (8%) y agenesia (3%). Existe mayor prevalencia por resultados reproductivos adversos. La alteración principal del útero unicorne es una fusión lateral asimétrica. Una cavidad es normal con un oviducto y cérvix. El otro conducto mülleriano puede no desarrollarse o desarrollarse parcialmente formando un cuerno rudimentario. La mayoría cursan asintomáticos, otras pueden contener endometrio funcional que puede descamarse. Si se encuentra obstrucción, la paciente puede desarrollar dolor requiriendo escisión quirúrgica. La asociación con malformaciones renales es alta y se asocia con infertilidad, endometriosis, trabajo de parto pretérmino y presentaciones pélvicas. Se muestra la técnica de resolución laparoscópica de útero unicorne y cuerno rudimentario no comunicante con hematómetra.

Presentación del caso: paciente de 31 años de edad con múltiples ingresos a hospital por dolor pélvico y abdominal. Se interconsulta a ginecología sospechando la posibilidad de endometrioma vs hematómetra por ultrasonido y resonancia magnética. Ante la sospecha de

anomalía mülleriana asociada con hematómetra, se propone evaluación endoscópica. Se detecta útero unicorne y cuerno no comunicante ocupado por hematómetra, el cual se reseca vía laparoscópica previa evaluación de la cavidad mediante histeroscopia. La evolución fue satisfactoria y se estima un pronóstico reproductivo bueno.

Hematómetra y tabique uterino completo. Resección histeroscópica

Armando Miguel Roque Sánchez, José Manuel Zamarripa Leyva, Carlos Julio Castelo Ruelas

Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto, San Luis Potosí, SLP, México

Introducción: las anomalías congénitas son en su mayoría asintomáticas, y por tanto, no diagnosticadas. Su clasificación (AFS) se enfoca principalmente en los defectos de fusión vertical, disgenesias de los müllerianos y sistema renal. Ocurren en 2 a 4% de las mujeres fértiles y su frecuencia es: septado (35%), bicorne (26%), arcuato (18%), unicorne (10%), didelfo (8%) y agenesia (3%). Existe mayor prevalencia por resultados reproductivos adversos. El útero septado tiene una superficie externa normal con dos cavidades endometriales. Existe un defecto en la resorción del septo de la línea media entre los 2 conductos müllerianos en su comportamiento más ortodoxo, el grado máximo es útero septado más tabique vaginal. El caso que nos compete es poco ortodoxo dado su carencia de vía de salida de flujo menstrual y hematómetra. La reparación quirúrgica con resección histeroscópica tiene excelentes resultados postratamiento. Se muestra la técnica de resolución histeroscópica de tabique uterino completo asociado con hematómetra y dolor pélvico crónico.

Presentación del caso: paciente de 17 años, con antecedente de laparotomía en nosocomio externo por cuadro de abdomen agudo secundario a quiste torcido paratubario resultando en salpingectomía. Se recibe en el departamento de biología de la reproducción por dolor pélvico crónico y masa anexial. Se completa el protocolo de estudio realizándose ecografía pélvica e imagen por resonancia magnética encontrando anomalía mülleriana tipo útero tabicado completo con hematómetra y agenesia renal derecha. Se programa para resección histeroscópica con monitoreo laparoscópico de tabique uterino y drenaje de hematómetra.

Prolapso recidivante de cúpula vaginal

Arnulfo Martínez Chapa, Cynthia Judith Mercado Loredó, Luis Gerardo Sepúlveda Vázquez, Irma Alyttet Balderas Cerda, Francisco Verdugo

Clínica de Cirugía Pélvica Reconstructiva, Hospital Regional Monterrey, ISSSTE, Monterrey NL, México

Introducción: el objetivo del video es presentar el manejo de recurrencia posterior a sacrocolpopexia abdominal, inicialmente operado en julio de 1999 en nuestra unidad.

Presentación del caso: presentamos un caso de alto riesgo, con antecedente de cardiopatía y enfermedad obstructiva crónica que recurre ocho años después, debido a su patología de base con una tos crónica de gran evolución. Al examen físico se detecta un prolapso etapa clínica III y erosión de injerto de PTFE. Por su condición cardiopulmonar, se reseca injerto de erosión en forma parcial sin anestesia, y se prepara la paciente, mejorando sus condiciones cardiopulmonares programándose tres meses después para sacrocolpopexia con malla fina de polipropileno, realizándose ésta y dejando el injerto de PTFE *in situ*. Su evolución a 12 meses es satisfactoria con apex vaginal EC 0. Se describe la técnica de sacrocolpopexia con malla fina, detalladamente.

Abordaje abdominal del prolapso uterino

Arnulfo Martínez Chapa, Cynthia Judith Mercado Loredó, Luis Gerardo Sepúlveda Vázquez, Germán Martínez Garza, Francisco Verdugo

Clínica de Cirugía Pélvica Reconstructiva, Hospital Regional Monterrey, ISSSTE, Monterrey NL, México

Introducción: el objetivo del video es demostrar la técnica de fijación de cúpula vaginal al sacro, después de efectuar histerectomía abdominal en el prolapso uterino.

Presentación del caso: un prolapso uterino EC IV que se realiza histerectomía extrafascial, preparando cúpula vaginal, pared anterior y posterior, se cierra cúpula con Vicryl cero, en dos surgetes. Sección de peritoneo sobre sacro, disecando ligamento anterior y promontorio se colocan suturas prolene 2 ceros, cuatro al sacro. Se fija injerto de malla fina a cúpula vaginal, a pared anterior y posterior, con prolene dos ceros cuatro y seis puntos, respectivamente, y después al sacro dejando este retroperitoneal. Realizando operación de Burch-Tanagho para corregir el ángulo uretrovesical.

Manejo histeroscópico de miomatosis submucosa múltiple

César Cruz Salas, Israel Obed Carmona Ruiz, Gilberto Chacón, Oralia Herrera Tinajero

Centro de Ginecología y Obstetricia de Monterrey, Monterrey, NL, México

Presentación del caso: paciente de 41 años de edad, cuyo motivo de consulta es metrorragia e infertilidad primaria. La paciente no cuenta con antecedentes de importancia previos. Las metrorragias la han conducido a la anemia con hemoglobina de hasta 8 g/dL. La infertilidad primaria data de 12 años de evolución. Por ultrasonido se tiene imagen de un endometrio irregular y, apoyándonos con la clínica, se decide llevar a cabo una histeroscopia operatoria. Se encuentra una miomatosis submucosa múltiple que evidentemente distorsiona la cavidad endometrial, alterando además su receptibilidad. El propósito del video es demostrar nuestra técnica que además tiene la ventaja de realizarse en un solo tiempo quirúrgico, teniendo como antecedentes que casos similares se llevan a cabo en diferentes eventos quirúrgicos. Más aún, hacemos notar el excelente resultado desde el punto de vista obstétrico logrando el embarazo a sólo 5 meses posteriores a la cirugía. Concluimos de esta manera que previa valoración inicial, revisión de las diferentes opciones de manejo e individualizando cada caso, podemos tener excelentes resultados en un solo tiempo quirúrgico.

Metaplasia ósea del endometrio. Presentación de un caso

Esperanza Centeno Kauffmann, Sergio Bernal Martínez,** Gabino de Jesús Vaca Carvajal,** Elvia E Hernández Madera,** Josefina García***

* Servicio de Endoscopia Ginecológica, División de Ginecoobstetricia, Hospital Civil de Guadalajara, Jal, México

** Servicio de Endoscopia Ginecológica, División de Ginecoobstetricia, Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, Departamento de Reproducción Humana, Crecimiento y Desarrollo Infantil, CUCS, Universidad de Guadalajara, Jal, México

Introducción: la metaplasia ósea del endometrio es una patología rara de la cavidad uterina.

Presentación del caso: paciente de 34 años que ingresó al servicio de endoscopia ginecológica el 11 de abril de 2006 por alteraciones menstruales y dismenorrea de 9 meses de evolución, referida con ultrasonido endovaginal con imagen hiperrefringente en endometrio sugestiva de DIU o probables sinequias uterinas. Como antecedentes importantes: tabaquismo positivo, gesta 1; un aborto hace 11 meses manejada con legrado uterino instrumental sin complicaciones aparentes, se realizó histeroscopia bajo anestesia regional encontrando cuerpo extraño en toda la cavidad, realizando extracción mediante el resectoscopio con asa sin utilizar electricidad sin complicaciones. El estudio histopatológico reportó metaplasia ósea del endometrio. Seis meses posteriores acude nuevamente con ultrasonido endovaginal reportando pequeña imagen ecorrefringente e histerosalpingografía con diagnóstico de obstrucción tubaria proximal bilateral, ingresándose el día 17 de octubre de 2006 para realizar laparoscopia diagnóstica e histeroscopia, encontrando pequeño fragmento de 1 cm y además se realiza canulación tubárica permeabilizando ambas trompas. Presenta embarazo con FUM el día 04 de octubre de 2008 normoevolutivo, realizándose cesárea el día 11 de julio de 2009 con RN femenino vivo en buenas condiciones.

Discusión: esta patología se caracteriza por tejido óseo heterotópico en el endometrio, como causa principal es el antecedente de aborto asociado con legrado y presenta por lo general infertilidad, alteraciones menstruales, dismenorrea y dolor pélvico. Actualmente el manejo de elección es por histeroscopia.

Traquelectomía abdominal con preservación de la fertilidad en cáncer cervical inicial

Gabino Hurtado Estrada, Antonio Santillán González,** César Cordero Galera,* Rodolfo López Sánchez,* Marco A Salgado,* Ángel Moreno Colin**

* Hospital de Ginecoobstetricia, IMIEM, Toluca, Estado de México

** Universidad de Texas, Texas, Estados Unidos

Existen dos técnicas de traquelectomía radical: una por vía vaginal impulsada por Daniel Dargent y la otra por vía abdominal por el cirujano húngaro Lazlo Ungar. Técnica de la vía abdominal: incisión mediana infraumbilical y prolongación supraumbilical. Se realiza linfadenectomía pelviana bilateral preservando anexos y ligamentos re-

dondos. Estudio intraoperatorio de ganglios negativos. Se realiza disección y descenso de vejiga, se identifica fosas paravesical y pararrectal, ligadura de arteria uterina en su origen, liberando uréteres de parametrios laterales. Disección de parametrios anteriores y posteriores; sección de los mismos. Se continua con la sección a nivel del istmo uterino y extirpando la pieza quirúrgica (cuello uterino, parametrios, y mangos vaginales). Previo estudio patológico intraoperatorio negativo del margen superior del cuello uterino, se sutura del cuerpo uterino a vagina.

Endocolposcopia histeroscópica. Un nuevo método de exploración

Isaac Melo Cerda

Hospital Oncológico del Estado de Sonora, Hermosillo, México

Cuando durante una colposcopia no se puede observar una lesión en su totalidad, o el límite escamo columnar no es visible en su todo, se dice que es una colposcopia no satisfactoria. El riesgo de una colposcopia no satisfactoria es que se puede pasar por alto una lesión mayor o de mayor importancia que la observada y puede llevar a diagnósticos y tratamientos inadecuados. Para hacer que una colposcopia no satisfactoria, se transforma en colposcopia satisfactoria, se han anexado a la colposcopia una serie de procedimientos que pretenden poder observar dentro del canal endocervical, o detectar lesiones dentro del mismo. Los principales métodos son, la endocervicoscopia, el legrado o cepillado del canal endocervical, el cono diagnóstico, y la microcolpohisteroscopia. Ninguno de ellos es el método ideal para lograr que una colposcopia no satisfactoria, se transforme en colposcopia satisfactoria. En este video muestro la utilización del histeroscopio de 2.5 mm, como medio para observar en forma magnificada, semejante al de la colposcopia, las lesiones cervicales en su totalidad, el límite escamo columnar y el canal endocervical, utilizando solución fisiológica como método de distensión y ácido acético al 3% como método de contraste para hacer evidente las lesiones. En el mismo procedimiento se explora cavidad uterina y se descarta la presencia de otras patologías que pudieran modificar la conducta terapéutica. Se presenta la técnica y ejemplos de hallazgos.

Signo de Gaizer, para el diagnóstico temprano del adenoma maligno de cérvix

Isaac Melo Cerda

Hospital Oncológico del Estado de Sonora, Hermosillo, México

Presentación del caso: utilización de la endocolposcopia histeroscópica como complemento de la exploración colposcópica, para hacer una colposcopia no satisfactoria en satisfactoria, se encuentra lo que llamamos signo de Gaizer, que es un signo que permitirá el diagnóstico temprano de una patología maligna poco frecuente, que es el adenoma maligno, también llamado adenocarcinoma de mínima diferenciación o adenoma mucinoso. Se presenta el caso y una revisión de la enfermedad.

Histerectomía laparoscópica con lente angulado

José de Jesús Guijarro Bustillos, Rene Rivas Pizarro, Ricardo Lozano, Karla Barrera

Hospital La Paz, Durango, México

En este video presentamos la técnica de la histerectomía total por laparoscopia, con lente de 30 grados y 5 mm, la importancia de facilitarnos las cosas utilizando el lente de ángulo, ofrece mejor visión para realizar los procedimientos laparoscópicos, motivar a los ginecólogos que realizan laparoscopia y que la gran mayoría utiliza el lente de 0 grados, la gran diferencia que nos ofrece el lente angulado y que la curva de aprendizaje es similar.

Operación de Graves, cirugía ampliadora del tercio externo vaginal

José Luis Sánchez Acuña

Hospital Luis Castelazo Ayala, IMSS, México DF

Introducción: cirugía ginecológica plástica, reconstructiva y estética que reintegra a la paciente a una vida marital normal, con total corrección de la función.

Presentación del caso: paciente con importante estenosis postraumática del tercio externo de la vagina y el introito desde la infancia, después de un accidente automovilístico y del que no se percató hasta después de iniciar su vida marital, la que fue imposible. La función menstrual era normal por un conducto vaginal anfractuoso y rígido desde el tercio medio hasta el exterior. La ampliación vaginal se logra mediante dos colgajos dermoepidérmicos del perineo, rotados y colocados en la pared vaginal posterior.

Abdominoplastia tipo Regnault e histerectomía

José Luis Sánchez Acuña

Hospital Luis Castelazo Ayala, IMSS, México, DF

Introducción: cirugía ginecológica clásica por miomatosis y adenomiosis uterina, realizada conjuntamente con una cirugía plástica, reconstructiva y estética del abdomen.

Presentación del caso: una paciente con patología ginecológica y secuelas de los embarazos, consistentes en exceso de tejido adiposo y dermoepidérmico, así como diastasis de los músculos rectos anteriores del abdomen. Se elige una técnica de incisión tipo Regnault, que permite una adecuada reconstrucción funcional y estética de toda la pared abdominal, permitiendo el abordaje de la cavidad pélvica para una histerectomía total extrafacial con técnica cerrada.

Discusión: cirugía al alcance de los cirujanos ginecólogos para otorgar una atención integral en un solo evento quirúrgico mayor, acorde con la demanda de servicios profesionales de las mujeres actuales.

Operación de Graves

José Luis Sánchez Acuña, Guillermo Sáenz Aburto

Hospital Luis Castelazo Ayala, IMSS, México, DF

Introducción: video que muestra cirugía ampliadora del introito y tercio medio y externo de la vagina, mediante la rotación de dos colgajos dermocutáneos del perineo y que se colocan en la pared posterior de la vagina.

Presentación del caso: una paciente joven con imposibilidad de llevar a cabo la función sexual vaginal por una estenosis importante del tercio medio y externo, así como del introito. Se muestra la toma de dos colgajos dermocutáneos del perineo, la unión de éstos en la línea media y su rotación hacia la pared vaginal posterior, previa preparación de la misma, ampliando el diámetro de la vagina y del introito disecando la cicatriz fibrosa.

Resolución histeroscópica de piometra en adolescente con defecto mülleriano

José Manuel Zamarripa Leyva, Armando Roque, Roberto Reiter, Julio Castelo Ruelas

Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto, San Luis Potosí, SLP, México

Introducción: las malformaciones uterinas que interfieren en la salida de flujo menstrual típicamente se manifiestan durante la adolescencia, mediante dismenorrea incapacitante, este caso se manifiesta como piometra. Se describe gráficamente el abordaje del caso clínico y la descripción de hallazgos paraclínicos, así como la secuencia de acciones quirúrgicas para la resolución del piometra y malformación uterina.

Presentación del caso: una paciente de 12 años de edad, la cual inicialmente fue intervenida considerando la posibilidad de tumor anexial, por nuestro servicio se analizó resonancia considerando la posibilidad de tabique uterino vs cuerno rudimentario no comunicante. Se realizó resección de tabique bajo monitoreo laparoscópico, con salida franca de material purulento. Dos meses después se realiza histeroscopia de segunda mirada.

Discusión: la evaluación sistemática de la paciente con sospecha de malformación uterina permite realizar un diagnóstico certero expedito y una terapia adecuada con preservación del futuro reproductivo.

Neovagina con serosa de útero

Juan Jiménez Huerta, Aidé Beatriz Ocampo Torres, Gabriela Salvador Domínguez

Hospital Juárez de México, México, DF

Descripción de la técnica. Con la paciente en posición ginecológica, con anestesia general balanceada e intubación orotraqueal y bajo protocolo quirúrgico. En el tiempo abdominal se realiza incisión suprapúbica, disección por planos hasta cavidad abdominal, se realiza sellado y corte de ligamentos redondos, ligamentos infundivulopélvicos y salpinges, apertura de ligamento ancho, se procede a realizar sellado y corte de vasos uterinos con conservación de la rama descendente. Se inicia a 3 cm por debajo de la inserción de la salpinge despegamiento de la serosa del útero en forma circular dejando 0.5 cm de espesor, se realiza enucleación del cuerpo uterino, formándose un saco con la serosa uterina de aproximadamente 8 cm de longitud. En tiempo vaginal se feruliza recto con molde de 4 cm de diámetro y 10 cm de longitud, se procede a realizar incisión transversal en el introito vaginal en la mitad inferior (de tres a nueve en sentido horario), se procede a tunelizar en forma digital en el espacio que se forma entre la vejiga y el recto hasta la cavidad abdominal se realiza hemostasia. A continuación se pasa el saco formado con

la serosa uterina, se procede a realizar fijación con puntos separados con la parte inferior de la vagina. Se realiza cierre del domo vaginal y se fijan los ligamentos redondos parte central, se realiza cierre de pared abdominal, se retira férula de recto, se realiza cistoscopia, se corrobora la integridad de la vejiga y permeabilidad de ureteros, se coloca férula fenestrada de 5 cm de diámetro y 10 cm de longitud en la neovagina.

Histerectomía vaginal con termofusión: técnica innovadora

Luis Alberto Pérez Flores, Joaquín Oliva Cristerna, Héctor Hernández García, Juan Solís Medrano

Hospital de Ginecología y Obstetricia Tlatelolco, IMSS, México, DF

Antecedentes: en búsqueda de realizar mínima invasión en los procedimientos quirúrgicos y dañar lo menos posible los tejidos se utilizó el equipo Plamakinetic de Gyrus, con pinza bipolar.

Objetivo: dar a conocer la forma de realización de cirugía en útero sin descenso.

Material y método: con la paciente en posición ginecológica y anestesia de bloqueo peridural, se realiza asepsia, antisepsia de la región genital y se coloca sonda Foley vesical, valva inferior y superior vaginal exponiendo el cérvix, tomándolo con dos pinzas Possi, se infiltra lidocaína con epinefrina al 2%, en radio de las 2, 5, 7 y 11, se procede a realizar circuncisión cervical, con bisturí frío, se rechaza la fascia de Halban hasta exponer el peritoneo en fondos de saco, realizando la colpótoma posterior con tijera, se pinzan, cauterizan y cortan ligamentos útero sacros, se pinzan, cauterizan y cortan ligamentos cardinales, se realiza colpótoma anterior y se pinza, cauteriza y cortan arterias uterinas, se pinza, cauteriza y corta ligamento ancho, se procede a localizar pedículos superiores y se luxa el útero para pinzar, cauterizar y cortar ligamento redondo, útero ovárico y salpinge, liberando así la pieza quirúrgica, se verifica hemostasia y se procede a formar la cúpula vaginal tomando peritoneo y epitelio vaginal en un solo plano comenzando por los ángulos, con Catgut Crómico del 1, dejando en la parte central una canalización con sonda Foley del núm. 18.

Uterosuspensión al ligamento sacroespinoso

Oscar Flores Carreras, Patricia Velázquez Castellanos,

Yadhira Elizeth Montes Casillas, Sergio Alberto Calderón Lara, Esperanza Kauffmann, Gabriela Gallegos Trejo
Unidad de Uroginecología, Hospital Civil de Guadalajara
Fray Antonio Alcalde, Guadalajara, Jal, México

Introducción: la uterosuspensión fue descrita por primera vez por Richardson y colaboradores en 1989, quienes describen la histeropexia transvaginal al ligamento sacroespinoso, con suturas de material inabsorbible desde el ligamento sacroespinoso a la cara postero-lateral del cuello, logrando buena suspensión uterina. Técnica quirúrgica: uterosuspensión al ligamento sacroespinoso.

Presentación del caso: paciente femenino de 70 años con pop q iv c principios de técnica quirúrgica: incisión en perineo, disección de pared vaginal posterior hasta el cérvix. Penetración al espacio pararectal, liberación del ligamento sacroespinoso toma del ligamento sacroespinoso con la pinza de Veroniquis-Nichols en sutura doble fijación de las dos suturas al borde posterolateral derecho y porción medial posterior del cérvix reparación de la fascia rectovaginal por sitio específico se anudan las suturas claves cuidando que el cérvix quede adherido al ligamento se termina la colpoperineoplastia. La paciente postquirúrgica de 1 año de evolución en estadio POP Q IIA.

Discusión: la técnica de uterosuspensión al ligamento sacroespinoso es una buena elección en pacientes de edad mayor ya que se reduce el tiempo quirúrgico y la morbilidad y mortalidad.

Cabestrillo tradicional

Oscar Flores Carreras, Patricia Velázquez Castellanos, Yadhira Elizeth Montes Casillas, Sergio Alberto Calderón Lara, Gabriela Trejo, Fabiola Monroy Rodríguez
Unidad de Uroginecología, Hospital Civil de Guadalajara
Fray Antonio Alcalde, Guadalajara, Jal, México

Introducción: históricamente el cabestrillo tradicional se ha reservado para el manejo de la incontinencia urinaria severa, fracasos quirúrgicos previos y, principalmente, en la deficiencia intrínseca del esfínter uretral (DIEU). A partir de la primera descripción (Giordano, 1907) se han dado a conocer diversas modificaciones de técnica y materiales autólogos y sintéticos. En los últimos años se ha propuesto el uso del polipropileno que, al parecer, ofrece cualidades favorables. Este video muestra la técnica utilizada en nuestra Unidad.

Presentación del caso: paciente de 42 años, con diagnóstico urodinámico de DIEU. Principios de técnica quirúrgica: paciente en posición ginecológica, colocación de sondas suprapúbica y transuretral, incisión longitudinal en pared anterior de vagina con centro a nivel del cuello vesical, disección amplia de la fascia uretrovesicovaginal, penetración al Retizius, reforzamiento de la fascia uretrovesicovaginal en el sitio de colocación del cabestrillo, fijación de la porción central del cabestrillo con 4 puntos de sutura no absorbible núm. 0., incisión suprapúbica transversal, incisión en ojal longitudinal a cada lado de la línea media. Se introduce pinza de Bozeman de la incisión alta a la vaginal con la orientación del dedo vaginal. Se extraen los extremos del cabestrillo y se fijan entres sí con sutura no absorbible, cuidando dejar un margen de 2 dedos entre sutura y fascia. Se cierran incisiones. Los resultados son satisfactorios en una muestra de nueve pacientes.

Discusión: la operación de cabestrillo está indicada cuando no existe plataforma de apoyo al cuello vesical y uretra posterior.

Reducción de riesgo y de tiempo quirúrgico durante la histerectomía laparoscópica total (HLT)

Rafael Marín Medina, Rafael Marín Ruiz, Leopoldo Vázquez Matute

Medicina Reproductiva, Hospital Santa Engracia CIMA, Monterrey, NL, México

Una de las complicaciones más frecuentes al realizar una HLT son las lesiones del tracto urinario. Por lo que los mayores retos para el ginecólogo son no dañar los uréteres y disminuir la duración del procedimiento. Para reducir esta morbilidad y mejorar los tiempos, proponemos modificar la técnica e incorporar el uso de varios instrumentos. Después de separar los pedículos superiores, disecar la plica vesicouterina y la hoja posterior del ligamento ancho, recomendamos realizar la colpotomía anterior y posterior antes de ligar los vasos uterinos. De esta manera, se alejan aún más los uréteres de las uterinas. Utilizar el LigaSure™ V Sealer/Divider (Valleylab Tyco Health Care) con el siguiente beneficio: reduce el intercambio de instrumentos porque diseca, tracciona, liga y corta; al tener sólo un daño térmico de 1.5 mm es muy seguro ligar los ligamentos y vasos cercanos al uréter. El colpotomizador de KOH™ (CooperSurgical) con el movilizador uterino RUMI™ (CooperSurgical) tiene varias ventajas: nos permite ante/

retroversoflexión para una mejor exposición quirúrgica; tiene diferentes capuchones que se ajustan al tamaño del cérvix para delinear los fondos de saco y saber donde realizar la colpotomía; al inflar el globo que va en vagina se evita la salida del pneumoperitoneo durante la colpotomía. Para suturar la cúpula vaginal de una manera más rápida utilizar el ENDO STICH™ (Tyco Health Care). La modificación de la técnica y combinación de varios equipos facilita y aumenta la seguridad de la HLT, con la ventaja de ser cubiertos por las compañías de seguros.

Abordaje supra umbilical y nuevo trócar para CL1P

René Rivas Pizarro, Homero Rivas Martínez

Hospital La Paz, Durango, México

El objetivo de este video es presentar un nuevo trócar para el CL1P (cirugía laparoscópica con un solo puerto), así como una manera segura y sencilla para realizar el abordaje en la laparoscopia convencional, a través de una incisión supraumbilical. De esta manera ofrecer una nueva alternativa para realizar procedimientos laparoscópicos, y ofrecer un procedimiento aún menos doloroso y más cosmético al dejar una herida escondida a través del ombligo, así como la utilidad que tiene al realizar de esta manera el abordaje inicial y cómo poder extendernos por el ombligo, sin la necesidad de hacer crecer la herida. Esto estamos realizando en Durango y queremos presentarlo.

Miomectomía por histeroscopia, una opción segura

Sergio Rosales Ortiz, Olivia Camacho Bustillo, Cristina Cevallos Duarte, Roberto Sánchez Hernández

Hospital Médica Sur, México, DF

Introducción: la miomectomía por histeroscopia es una opción para pacientes con infertilidad y hemorragia uterina anormal que no desean ser sometidas a histerectomía y solicitan una opción con pocas secuelas y posibilidad de embarazo.

Objetivo: demostrar la técnica histeroscópica de la miomectomía con el diagnóstico y control basado en la sonohisterografía.

Material y método: se ejemplifica la técnica empleada para el manejo de la miomectomía por histeroscopia con VersaPoint (energía bipolar), en pacientes que se realizó el diagnóstico basado en la sonohisterografía y posterior

control con la misma técnica ultrasonográfica. Con los resultados posteriores en la fertilidad de las pacientes.

Resultado: se demuestra que el diagnóstico y control por sonohisterografía y el empleo durante la miomectomía de energía bipolar ofrece una cirugía con bajo riesgo de complicaciones y secuelas que determina la posterior factibilidad de embarazo en la pacientes.

Conclusión: la miomectomía histeroscópica con energía bipolar y control sonohisterográfico es opción eficaz y efectiva en la paciente en edad reproductiva.

Manejo laparoscópico de endometriosis pélvica extensa

Ángel Regino Guerra de la Garza Evia, * Víctor Alfonso Batiza Reséndiz, ** Israel Obed Carmona Ruiz**

* Hospital San José Tec de Monterrey, Monterrey, NL, México

** Centro de Ginecología y Obstetricia de Monterrey, NL, México

Presentación del caso: paciente de 24 años, profesional, cuyo principal motivo de consulta es dismenorrea severa. En sus antecedentes familiares sólo resalta que una prima hermana de su madre fue diagnosticada con endometriosis, aunque desconoce grado y tratamiento. La paciente no tiene antecedentes personales patológicos o no patológicos relevantes para el padecimiento actual. En sus antecedentes ginecoobstétricos refirió menarquia a los 14 años con opso-proio-menorrea desde su inicio. Dismenorrea progresiva que en el último año ha llegado a ser incapacitante. Durante su menstruación refiere diarrea, pujo y tenesmo rectales, disquecia y distensión abdominal. La paciente no ha iniciado vida sexual. En el ultrasonido se demostró un endometrioma de 15 mm en el ovario derecho. El diagnóstico presuntivo fue dismenorrea secundaria a endometriosis pélvica. Se sugirió una laparoscopia operatoria.

Discusión: el manejo de la endometriosis por laparoscopia debe incluir una metodología precisa y minuciosa desde el diagnóstico y manejo de ésta. El uso de energía para el manejo de endometriosis está bien establecido. Hay una gran diversidad de opciones como lo son la energía bipolar, monopolar, diferentes variedades de láser, entre otros. En el presente trabajo se muestra el manejo de endometriosis pélvica extensa con el uso del láser de CO₂. El propósito es mostrar nuestra técnica, así como los

resultados favorables con la misma. Hacemos hincapié en que la mejor opción es en la que tengamos la mayor experiencia.

Histerectomía vaginal sin pinzas

Clara del Carmen Flores Acosta, Oscar Vidal Gutiérrez, Patricia Iglesias del Real, Emilio Treviño Salinas, Nancy Magdalena Flores

Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, Monterrey, NL, México

La histerectomía vaginal es un procedimiento importante en el entrenamiento y práctica del ginecólogo. A pesar de los avances tecnológicos, como la cirugía robótica, el egresado debe contar con un entrenamiento óptimo en cirugía vaginal, ya que 80% de los mismos no tendrán acceso a las técnicas sofisticadas y costosas.

Descripción de la técnica: todas las pacientes son valoradas ginecológicamente previo a la cirugía. Se pueden realizar cirugías vaginales en pacientes con cirugía previa, útero sin relajación, hipertrofia uterina. Se coloca a la paciente en posición de litotomía; colocamos sonda Foley. Fijamos el cérvix con seda 1 para su tracción. Se realiza incisión pericervical en la parte anterior o posterior, disecamos la fascia rectovaginal para abrir el fondo de saco posterior para introducir la valva de Sims. Posteriormente rechazamos la fascia vesicouterina y abrimos el fondo de saco anterior. Se identifican los ligamentos cardinales y uterosacros, los cuales pueden ser ligados juntos o separados, se da un punto previo con catgut crómico 1 y un segundo punto para realizar el corte de los ligamentos, se dejan referidos con pinza de Kelly para su fijación en la cúpula vaginal. Se dan dos puntos para ligar y cortar la arteria uterina. Ligamos y cortamos el útero por debajo del ligamento redondo hasta incluir el mismo. La trompa y el ligamento útero-ovárico se ligan con seda del 1 y se cortan. Se extrae la pieza quirúrgica, se cierra el peritoneo pélvico y la cúpula vaginal fijándola a los ligamentos uterosacros y cardinales.

Histerectomía totalmente laparoscópica en el Hospital General de Acapulco: nuestra técnica

Silvia Ortega Barrios, Adolfo Pérez Bonet, Manuel Sáenz Cabrera, Adriana Alcaraz Muñuzuri, Dan Marcel Hernández

Hospital General de Acapulco, Gro, México

En Estados Unidos se realizan cerca de 600,000 histerectomías anualmente. De éstas, sólo alrededor de 10% son por vía laparoscópica y de éstas algunas son supracervicales, otras vaginales asistidas por laparoscopia y unas muy pocas totalmente laparoscópicas (HTL). Desde los trabajos de Riech con la primera HTL, en 1988, se mostró que la técnica representaba beneficios importantes para las pacientes; sin embargo, su difusión no ha sido la esperada, esto tal vez relacionado con la falta de entrenamiento del ginecólogo en nuestro medio. Esto sucede en la provincia mexicana donde observamos cierto escepticismo en la utilización de esta técnica. En nuestro hospital y gracias al trabajo interdisciplinario de ginecólogos y cirujanos interesados en la cirugía endoscópica, la realización de la histerectomía

totalmente laparoscópica es hoy en día una realidad. Debido a que el costo del manipulador uterino necesario para esta técnica es muy alto, diseñamos nuestro propio manipulador con el que realizamos nuestros procedimientos. En el video mostramos las características más importantes del manipulador y su colocación. Además, nuestra técnica para la realización del neumoperitoneo en forma segura, la colocación de los puertos de trabajo y el desarrollo de la cirugía. La electrocoagulación en general la realizamos con energía bipolar (pinza Gyrus con corte integrado) y para delinear la cúpula el gancho monopolar laparoscópico. Finalmente, el cierre de la cúpula lo realizamos con sutura intracorpórea tratando de afrontar los ligamentos uterosacros para prevenir prolapsos de la cúpula.



Índice onomástico

- Adame Ricardo, S61
Aguilera Pérez Jesús Rafael, S7, S16, S20
Aguirre García Jesús, S32
Aguirre Ramos Gustavo, S51, S52
Ahumada Ramírez Elías, S45
Albani Campanario Mario, S61
Alcalá Gabriel, S31
Alcántara Torres Víctor, S4
Alcaraz Muñuzuri Adriana, S69
Alcivia Smith Carlos, S5
Alcocer Urueta Jaime, S1
Alvarado Esquivel Cosme, S23, S26
Álvarez Cisneros José Antonio, S17, S18
Ambriz López Roberto, S47, S49
Amezcu Villanueva Manuel, S7, S8
Anta Jean Everardo, S60
Aranda Collado Enrique, S22, S29
Aranda Flores Carlos E, S6, S16, S39
Arenas Gómez Soledad Susana, S49
Arranz Lara Lilia Cristina, S21
Arteaga Gómez Ana Cristina, S6, S16, S39, S61
Ávila Lombardo Rosaura, S56
Avilés Cabrera Ricardo, S2
Avilez Bacre Armando, S27
Ayala Méndez José Antonio, S37
- Baca Olivo Perla del Rocío, S22
Bagnarello González Fiorella, S53, S61
Balderas Cerda Irma Alyttet, S1, S63
Barla Muñoz Emma Elizabeth, S58
Barragán Curiel Eduardo, S28
Barrera Karla, S65
Barrios Prieto Ernesto, S31
Barron Fuentes Álvaro, S4
Barros Delgadillo Juan Carlos, S55
Batiza Reséndiz Víctor Alfonso, S69
Bautista Gómez Esperanza Josefina, S19
Bautista Melgoza Armando, S31
Beltrán Jorge, S29
Benavides Buruato Juan Manuel, S9
Bernal Davish Miguel Ángel, S14
- Bernal Martínez Sergio, S64
Bernaldez Aguilar Olga, S5
Berrón Angélica, S38
Bracho Huemoeller Antonio, S23
Bracho Ugarte Marco Antonio, S12
Briones Landa Carlos Humberto, S14, S61
Briones Martínez Alejandra Mayela, S38
Brodman Michael, S3, S4
Bustillo Olivia I, S37
- Cabero Roura Luis, S30, S40, S41, S45, S46, S47
Cabrera Manuel, S62
Cabrera Viveros Rigoberto, S1
Calderón Lara Sergio Alberto, S14, S67
Camacho Bustillo Olivia, S68
Camacho Miranda María Elena, S1
Cambero Ocampo Eréndira, S34, S43
Cano Carrillo Ricardo, S53, S54, S55
Carballo Mondragón Esperanza, S51, S52, S60
Cárdenas González Saúl, S4
Cárdenas Membrilla Guillermo, S44
Carmona Ruiz Israel Obed, S64, S69
Carrera Lomas Emmanuel, S51
Carrera Riva Palacio Alfonso Gerardo, S48
Carrillo Ruiz Velasco Diego, S56, S57, S58
Casillas Sánchez Ma. de la Luz, S17
Castellanos Barroso Guillermo, S6, S16, S39
Castelo Ruelas Carlos Julio, S62, S63, S66
Castro Hernández Juan Francisco, S31
Cedillo Díaz Francisco Javier, S21, S23
Centeno Kauffmann Esperanza, S14, S64
Cerdeja Castellanos José Luis, S9
Cevallos Bustillos Jaime, S2
Cevallos Duarte Cristina, S37, S68
Chacón Gilberto, S64
Chávez Viridiana, S2
Chuang Linus, S3, S4
Cisneros Cipriana, S17
Colin Valenzuela Alinne, S6, S38, S39, S56
Contreras Castillo María Teresa, S36
Cordero Galera César, S4, S5, S11, S15, S64

- Corona Fernández Aime, S46
 Cortés Flores Raúl, S22
 Cruz Martínez Jesús, S17
 Cruz Oliver, S59
 Cruz Salas César, S64
- Dávila Flores Nancy Magdalena, S41
 Dávila Rivas Antonio, S35
 Del Ángel Hernández Guadalupe, S45
 Delgadillo Moreno Viviana, S36
 Delgado Amador Denys, S1, S25
 Díaz Calvillo Jenny, S51
 Díaz Julio Francisco I, S29
 Díaz Pérez María de los Ángeles, S53
 Díaz Spíndola Pablo, S34
 Díaz Vázquez Guadalupe Rebeca, S20
 Domínguez García Carmen, S45
 Durán Monterrosas Leonor, S52, S60
- ElKhouly Nabih, S3, S4
 Enríquez Pérez María Magdalena, S43
 Escobar del Barco Laura Guadalupe, S2, S20, S21
 Espino y Sosa Salvador, S7, S16, S38, S48
 Espinosa Estrella, S7
 Espinosa Hernández María de Lourdes, S17, S18
 Espinoza Guerrero Araceli, S5, S11
 Esquivel Izaguirre David Mijey, S28
 Estrada Altamirano Ariel, S44
 Estrada Solorio María Inés, S46
- Farias Barragán Zenaida, S33
 Farr I, S3, S4
 Félix Arce Carlos, S35
 Fierro Carlos, S25, S26
 Figueroa Damián Ricardo, S30, S38, S42
 Flores Acosta Clara del Carmen, S40, S41, S47, S69
 Flores Carreras Oscar, S14, S15, S67
 Flores Citlali, S8
 Flores Nancy Magdalena, S41, S69
 Flores Peña Gilda, S17
 Flores Tamez Homero, S29
 Franco Tostado Bertha, S61
 Fuentes Dehesa Mayeli, S48
 Fuenzalida Gonzalo I, S35
- Galache Vega Pedro, S34
- Galindo Francisco Javier I, S45
 Gallegos Trejo Gabriela, S15
 García Corral Nora, S23
 García Figueroa María Dolores, S33
 García Josefina, S64
 García López Lourdes, S48
 García Morales Martha Patricia, S37
 García Ruiz Rosalía, S25, S26
 García Trelles Alejandro, S61
 Gaviño Gaviño Fernando, S3, S21, S54, S55, S58
 Gómez Juárez Heidi, S49
 Gómez López Nardhy, S56
 Gómez Rodríguez Manuel, S11
 Gonzáles Juan Enrique, S21
 González Álvarez Gustavo Eder, S52
 González Becerra Juan Enrique, S23
 González Erik I, S21
 González López Nelly Judith, S9
 González Lozano Héctor Javier, S25, S38
 González Ramírez González Beatriz, S22
 González Rodríguez Edgar Homero, S28
 González Ruiz María Isabel, S15
 Gorbea Chávez Viridiana, S20, S21
 Gordillo Córdova Luis Enrique, S2, S20
 Goya Canino María del Mar, S30, S40, S45, S46, S47
 Gretz Herbert, S3, S4
 Guadarrama García Laura Fabiola, S53
 Guerra de la Garza Evia Ángel Regino, S69
 Guerrero Geraldina, S35
 Guijarro Bustillos José de Jesús, S65
 Gutiérrez Caballero Gerardo, S49
 Gutiérrez Salinas José, S23
 Guzmán González Eduardo, S3, S54
 Guzmán López Abel, S41, S42, S49
 Guzmán Mayen Socorro, S9
 Guzmán Nava Carlos, S1
 Guzmán Tapia María Natividad, S14
- Hernández Flores Velia Teresa, S49
 Hernández García Héctor, S10, S67
 Hernández García Lorena del Carmen, S27
 Hernández González Guadalupe Sabrina, S43
 Hernández Herrera Ricardo Jorge, S28, S35
 Hernández Higareda Salvador, S36
 Hernández Madera Elvia E, S64
 Hernández Marín Imelda, S7

- Hernández Medina María Candelaria, S46
Hernández Muñoz Martha, S34
Hernández Nava Lilia, S1
Hernández Pacheco José Antonio, S38, S44
Hernández Zúñiga Víctor Eduardo, S19
Herrera Ramírez Deyanira, S9
Herrera Tinajero Oralia, S64
Herrerías Canedo Tomás, S48
Hurtado Estrada Gabino, S4, S5, S11, S15, S64
- I Eva, S58
Iglesias Benavides José Luis, S41, S42, S49
Iglesias del Real Patricia, S69
Iglesias José Luis, S35
Islas Castañeda Juan Ismael, S33, S44
- Jáuregui Meléndrez Rosa Alicia, S3, S54
Jiménez Huerta Juan, S33, S66
Juárez Bengoa Armando, S53, S54
- Kably Ambe Alberto, S1, S25, S51, S52, S60
Kauffmann Esperanza, S67
Kerckoff Villanueva Hugo Heriberto, S31
Kisel Rebeca, S51
Kunhardt Urquiza Eréndira, S19
- Lagunas Martínez Alma Delia, S16, S39
Lara Ricalde Roger, S22
Lara Viesca Tatiana, S7
Leroy López Lionel, S61
López Edgar Martín I, S15
López Narváez Ricardo Alberto, S29, S35
López Ricardo, S22
López Sánchez Rodolfo, S4, S15, S64
López Solórzano Luz Araceli, S33, S44
Lozano de la Garza Jesús G, S25, S35
Lozano Ricardo, S65
- Macedo Mauro I, S41
Macedo Rodríguez Esther, S59
Macedo Torres Esther, S50, S59
Madrigal García Ismael, S7, S8
Maldonado Gómez Leticia, S38
Marcel Hernández Dan, S69
Marín Medina Rafael, S68
Marín Ruiz Rafael, S68
- Márquez Acosta Gonzalo, S6
Márquez Allegre René Marcelo Fernando, S61
Márquez Gamiño Delia Albina, S17, S18
Márquez Gamiño Sergio, S17, S18
Márquez Iribe Patricia Zulema, S53, S54, S55
Martínez Avendaño Alejandro, S43
Martínez Cavazos Alejandro, S25
Martínez Chapa Arnulfo, S1, S63
Martínez Espinoza Claudia J, S15
Martínez Gabriel Edgar I, S46
Martínez García Laura, S48
Martínez Garza Germán, S1, S63
Martínez Gaytán Victoria, S22
Martínez Huerta Nayeli Elizabeth, S29
Matute Labrador Sánchez Ángel, S25, S26
Medina Brisia, S22
Medina Jaime Alma Delia, S40
Melo Cerda Isaac, S65
Mena René, S59
Méndez Calvillo Paola, S42, S47
Meneses Hernández Carmen Laura, S18
Menocal Tobías Gerardo, S5, S6
Mercado Loreda Cynthia Judith, S1, S63
Mercado Ulises, S13
Miranda Villa Marco Antonio, S13
Moctezuma Meza Christian, S45
Moncada Tercero María Magdalena, S53, S54
Monroy Rodríguez Fabiola, S15, S67
Montes Casillas Yadhira Elizeth, S14, S67
Montiel Rodríguez Delfino, S17
Moore Elizabeth Guadalupe, S31
Morales Caballero Fidel Gerardo, S35
Morales García Víctor, S19
Morales Hernández Fela Vanesa, S30, S42, S59
Moreno Aburto Christian, S5
Moreno Álvarez Oscar, S37
Moreno Colin Ángel, S4, S64
Moreno García Jesús Daniel, S3, S21, S23
Moreno Uribe Nallely, S32
Mota Galván Marco Antonio, S14
Muñoz Chable Olga Alejandra, S14
Muñoz Juan Carlos I, S14, S40
Murillo Joel I, S48
- Nava Uribe Emilio, 19
Neri Méndez Carlos Julián, S27

- Núñez Albar Rey David, S41
Núñez Mireya, S51
Núñez Rey David, S35
Nuño Ramírez Norma, S31
- Ocampo Torres Aidé Beatriz, S66
Ochoa Torres Mauro, S28
Oliva Cristerna Joaquín, S10, S67
Oliva Hernández Dora Elia, S18
Opanga Chrispo, S56, S57, S58
Ormsby Christopher E, S55
Ortega Barrios Silvia, S62, S69
Ortega González Carlos, S29
Ortiz Luna Guillermo, S16
Ortiz Núñez Damaris Alejandra, S32
Ortiz Reyes Heidy, S20
Ortiz Ruiz María Eréndira, S25, S26
Oseguera Torres Fernando, S36
- Padilla Ponce Ismael, S1
Panduro Barón J Guadalupe, S31, S46
Patrizio Pasquale, S34
Peláez Wendy I, S7
Peralta Bustamante Adolfo, S31
Peralta Karen I, S11, S15
Pérez Bonet Adolfo, S62, S69
Pérez Cortez Cyntia Susana, S17
Pérez Flores Luis Alberto, S10, S67
Pérez Molina J Jesús, S31
Pérez Santiago Martín Guillermo, S48
Pérez Zainos Felipe, S49
Plazola Camacho Noemí Guadalupe, S30, S42
Pompa Olvera Fernando, S9
Ponce Barberena Pedro, S52
Ponce Juárez Elio Rafael, S25, S26
Porras Bojalil Alejandro, S7, S16
- Quero Rodríguez Victoria Abigail, S22, S29
Quesnel García-Benítez Carlos, S2
Quintero Crispin Ana Laura, S5
Quintero Estrella Irma Maricela, S46
Quiroz Juan de Dios, S52
- Ramírez Calvo José Antonio, S43
Ramírez Rodiles Adriana, S38
Ramírez Sánchez Luis Fernando, S35
- Ramírez Silva Beatriz Ofelia, S33, S44
Ramírez Toledo Daniel, S32
Ramírez Vega Hermelinda, S62
Ramos González René Mónico, S28
Rangel Águila Ana Paula, S56, S57, S58
Reiter Roberto, S66
Reyes Francisco Javier I, S21
Reyes Ileana, S49
Reyes Muñoz Enrique, S3, S22, S29, S54, S58, S59
Reyes Olivans Juan Pablo, S34
Reyes Romero Miguel Ángel, S22
Reyes Sotelo Alberto, S62
Rico Olvera Hugo, S16
Rivas Martínez Homero, S68
Rivas Pizarro René, S61, S65, S68
Rivera Hernández Marisol, S45
Robledo Clemente Magalhi Guadalupe, S21, S45
Robles Vásquez Conrado, S19
Rodríguez Colorado Esther Silvia, S2, S20, S21
Rodríguez Higuera Yoatzin, S7, S8
Rodríguez Martínez José Antonio, S25, S26
Rodríguez Mauricio, S22
Rodríguez Padilla Ana Laura, S56, S57, S58
Rodríguez Perdomo David Francisco, S53
Rodríguez Piña María Elena, S29
Rodríguez Solís Hafid Rodolfo, S7
Rodríguez Yee Emmanuel, S53, S61
Romero Gladys, S1
Roque Armando, S66
Roque Sánchez Armando Miguel, S62, S63
Rosales Ortiz Sergio, S37, S68
Ruiz Paz Edna Emilia, S41, S42
- Sáenz Aburto Guillermo, S66
Sáenz Cabrera Manuel, S69
Sáenz Méndez Norma Idalia, S33
Salas Martínez Carlos, S26
Salas Quiroz María Nayeli, S50, S59
Saldívar Rodríguez Donato, S30, S35, S40, S41, S45, S46, S47
Salgado Marco A, S4, S64
Salvador Domínguez Gabriela, S7, S66
Sánchez Acuña José Luis, S65, S66
Sánchez Carrasco Jesús, S32
Sánchez Hernández Roberto, S37, S68
Sánchez Mirna Guadalupe I, S53, S54

- Sánchez Rodolfo I, S4, S5
Sánchez Serrano Ana Paola, S7, S16
Santibáñez Morales Álvaro, S58
Santillán González Antonio, S64
Santillán José de Jesús, S61
Santos Pérez Ursula, 19
Saucedo Enrique, S22
Segura Velázquez Ernesto, S59
Sepúlveda González Juan Gerardo, S35, S38, S41
Sepúlveda Vázquez Luis Gerardo, S1, S63
Sequeira Alvarado Karina Arlen, S44
Serrano Díaz Leopoldo César, S34, S43
Serrano Gómez Servando Germán, S37
Sierra Erika, S49
Sifuentes Álvarez Antonio, S23, S26, S27, S40
Smith Doria María Guadalupe, S47
Solís Medrano Juan, S67
Soria López Juan Antonio, S41, S47
Soto Enrique, S3, S4
Stern Colin Y Nunes Jaroslav, S50, S59
Sulaiman Karam Jean Paul, S29
- Talmas Márquez Jorge, S22
Tijerina Carrillo Elvia Leticia, S18
Torcida González Miguel Eloy, S22
Torreblanca Neve José Eduardo, S8
Torres Cabral Georgina, S34
Torres Farias Emigdio, S61
Torres Ramírez Jorge Enrique, S7
Trejo Castañeda Heidi, S55
Trejo Gabriela, S67
Treviño Martínez Gregorio, S41, S49
- Treviño Otto Hugo, S42, S47
Treviño Salinas Emilio, S69
Tufiño Loza Rosa María, S48
- Vaca Carvajal Gabino de Jesús, S64
Valdespín Fierro Carlos, S56
Vázquez Delfín Hilda Imelda, S43
Vázquez Matute Leopoldo, S68
Vega Hernández Eva, S55
Vega Salgado Marco A, S4, S5, S11, S15
Velásquez Espino Milagros, S21
Velázquez Castellanos Patricia I, S14, S67
Velázquez Magaña Mauricio, S56
Velazquez Martínez Elvia, S5
Velazquez Ramírez Norma, S22
Velazquez Valassi Beatriz, S27, S29, S43, S48
Vélez Sánchez Daniel, S2
Vera Gaspar Drusso, S9, S11, S17, S18
Verdugo Francisco, S1, S63
Vidal Gutiérrez Oscar, S41, S69
Villa Gerardo, S56
Villagómez Martínez Gabriel Edgar, S30, S41
Villagrana Zesatti Roberto, S38
Villalpando Bravo José de Jesús, S3, S54
Villanueva María Guadalupe I, S7, S16
Villarreal Rodríguez José Alberto, S42, S47, S49
Villaseñor Hernández Josefina, S31
- Zamarripa Leyva José Manuel, S62, S63, S66
Zavaleta Salazar Roxana, S14, S61
Zepeda Zaragoza Jorge, S7, S8

El contenido científico y editorial de estos resúmenes no es responsabilidad de Ginecología y Obstetricia de México.