



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 Bernardez 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 Ibarra Chavarría
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. 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. Carlos Villanueva Díaz
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

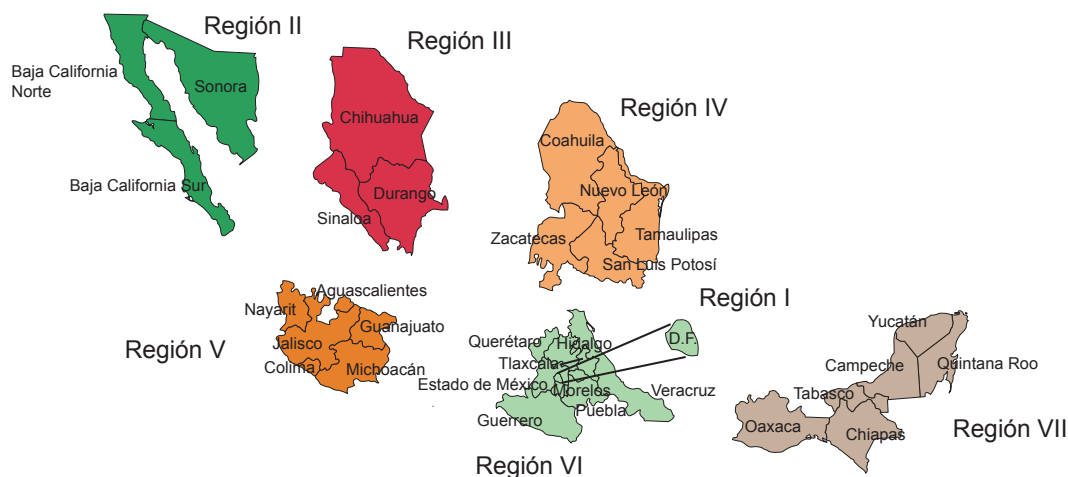
Tlaxcala, Tlx.

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



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. Cuauhtémoc Celis González
Secretario

Dr. Rubén Tlapanco Barba
Tesorero

Directores Regionales Periodo 2006 - 2008

Dr. Drusso Vera Gaspar
Región I

Dr. José Rojas Serrato
Región II

Dr. José de Jesús Montoya Romero
Región III

Dr. Manuel de Jesús González Martínez
Región IV

Dr. Emigdio Torres Farías
Región V

Dr. Rafael Guadarrama Sánchez
Región VI

Dr. Oscar Renán Cachón López
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, EBSCO.



GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DE MÉXICO

Tarifas de suscripción anual 2008

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®), Av. de las
Tzinnias 10, col. Jardines de Coyoacán, México, DF, CP 04890. Tel.: 5678-2811, fax: 5679-6591. Impresa
en: Péche Impresiones, SA de CV. Quetzalcóatl 48, col. Tlaxpana, México, DF, CP 11320.
Coordinación editorial: Mario Aburto Castellanos y 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@femego.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



MEMORIAS DE LOS CURSOS PRECONGRESO

CURSO INTERACTIVO DE COLPOSCOPIA AVANZADA

Bases morfológicas de la colposcopia

Fernando de la Torre Rendón

Diagnóstico colposcópico de las lesiones escamosas del cuello uterino

Roberto Guzmán Martínez

Diagnóstico colposcópico de lesiones glandulares del cuello uterino

Gaspar Drusso Vera

Carcinoma microinvasor: ¿tratamiento conservador?

Norberto Reyes Paredes

Tratamiento de la NIVU (caso clínico)

Jesús Cruz Martínez

Tratamiento de la NIVA

Francisco R Guadarrama S

Tratamiento de la NIVU

Armando García A

Cirugía colposcópica en modelos inanimados con productos biológicos

Norberto Reyes Paredes, Federico Castro Chávez

Ayudante en el manejo de productos biológicos

Víctor Márquez Tamez

ESTRATEGIAS PRESENTES Y FUTURAS EN LA ATENCIÓN DE LA MUJER EN EL CLIMATERIO

Perimenopausia y reproducción

Miguel Ángel Walter T

Anticoncepción en la perimenopausia

Rafael Chungaray

Consideraciones clínicas de la insuficiencia ovárica prematura

José Luis Neyro Bilbao

Nuevas opciones de tratamiento del síndrome vasomotor

José de Jesús Montoya Romero

Salud sexual y calidad de vida

Fernanda Río de la Loza

Salud cardiovascular: novedades en THR

Gilberto Tena Alavez

¿Debe el ginecólogo tratar a las pacientes con síndrome metabólico?

Imelda Hernández Marín

Osteoporosis en la práctica ginecológica

Alfonso Murillo Uribe

Fitoterapia y medicina alternativa: ¿realmente funcionan?

Cuauhtémoc Celis González

Manejo práctico de las terapias hormonales

José Alberto Hernández Bueno

Antirresortivos y osteoformadores: cómo decidir cuándo cada uno

Alfonso Murillo Uribe

Terapia hormonal y su relación con el cáncer ginecológico

Miguel Ángel López Valle

EL ENTORNO MÉDICO LEGAL

El ginecoobstetra y el derecho: vínculo indisoluble

Francisco Javier Robles Elías

Escenarios diversos en el conflicto médico-legal

José Luis Minjares Robles

Exposición de un caso concreto

Carlos Negreros Castillo

La historia clínica y el consentimiento válidamente informado: perspectiva integradora médico-jurídica

Klaus C Okhuyensen Cerda

Las prestadoras de servicios de “protección jurídica al médico”

José Luis Minjares Robles

Prevención primaria específica

Francisco Javier Robles Elías

Prevención secundaria y terciaria del conflicto médico-legal

José R Manzano García

Repercusiones positivas y negativas de la judicialización de la medicina

José R Manzano García

ACTUALIDADES EN MEDICINA MATERNOFETAL

Posición de la FEMEGO ante el conflicto médico-legal

René Bailón Uriza

Diagnóstico prenatal en el primer trimestre

Manuel Porto

Avances en marcadores predictivos sonográficos y bioquímicos de la preeclampsia

Juan Fernando Romero Arauz

Guía práctica clínica del parto pretérmino

Ángel García Alonso

Diagnóstico y manejo prenatal del embarazo múltiple

Francisco Ibargüengoitia O

Manejo de la rotura prematura de membranas pretérmino (menos de 32 semanas)

Juan Fernando Romero Arauz

Estrategias para predecir y prevenir el óbito recurrente

Guillermo Jiménez Solís

Manejo de la paciente con trasplante renal y embarazo

Ángel García Alonso

Manejo actual del feto con restricción del crecimiento intrauterino

Antonio Briceño Sainz

Manejo integral de la paciente con preeclampsia severa

Alfonso Luis Salmón R

Diagnóstico y manejo de pacientes con púrpura trombocitopénica autoinmune

Sergio Fajardo Dueñas

Estado actual en el diagnóstico y tratamiento de la diabética embarazada

José Antonio Ayala M

Manejo de la hemorragia obstétrica del tercer trimestre y puerperio

José Juan Castañeda V

CÁNCER DE MAMA: MITOS Y REALIDADES

Epidemiología del cáncer de mama

Paola Iturralde RP

Mastodinia: ¿cuáles son sus causas?

Carlos Leal

Secreción vs descarga: ¿cuál es la diferencia?

Carlos Aranda Flores

Enfermedad proliferativa de la mama

Mario A Chávez Zamudio

Genética en cáncer de mama

Ricardo García Cavazos

Ultrasonido en la patología mamaria

Cecilia Ortiz

Mastografía digital vs analógica. Lineamiento de RMI

Cecilia Ortiz

Qué hacer con Brca 1 y Brca 2 positivos

Ricardo García Cavazos

¿Cómo definimos a una paciente de alto riesgo?

Javier Gomezpedroso Rea

Abordaje de las lesiones no palpables

Carlos Aranda Flores

Terapia hormonal y cáncer de mama: mitos y realidades

Javier Gomezpedroso Rea

BASES ACTUALES DE LA CIRUGÍA ENDOSCÓPICA

Historia de la endoscopia en México: generalidades

Miguel Ángel Perea Ruelas

Indicaciones, contraindicaciones, ventajas y desventajas en cirugía laparoscópica

Ramón Castellanos Sáenz

Requisitos, equipos e instrumental

Rodolfo Treviño Alanís

Anestesia en cirugía endoscópica (laparoscópica e histeroscópica)

Sobeyda Haro

Técnica quirúrgica en laparoscopia

Marco A López Zepeda

Corte, hemostasia y suturas

Rodolfo Treviño Alanís

Curva de aprendizaje del cirujano endoscopista

Marco A López Zepeda

Panorama en cirugía laparoscópica

Rodolfo Treviño Alanís

Equipo e instrumental en cirugía histeroscópica

José Ma. Mojarra Estrada

Medios de distensión en histeroscopia

José Fugarolas Marín

Indicaciones en cirugía histeroscópica

José Ma. Mojarra Estrada

Panorama de la cirugía histeroscópica

Marco A López Zepeda

REPRODUCCIÓN ASISTIDA: HECHOS Y CONTROVERSIAS

PGD: una opinión práctica

Efraín Pérez Peña

Marcadores biológicos de la reserva ovárica

Juan C Hinojosa Cruz

Reproducción asistida y cáncer

Jaime A Escárcega P

VIH y reproducción humana

Jorge Alejandro Michell

Criopreservación de gametos y tejido gonadal

Efraín Pérez Peña

Maduración ovular *in vitro*

Rocío Martínez

HOC: agonistas vs antagonistas de GnRH en reproducción asistida

Alberto Kably Ambe

Reproducción asistida: ¿hasta cuándo es suficiente?

Pedro Galache Vega

Donación de gametos y embriones, apertura ¿parcial o total?

Víctor Batiza Resendiz

Conducta terapéutica de la paciente estéril con miomas

Pedro Galache Vega

Inhibidores de la aromatasa: hechos y evidencias

Juan C Hinojosa Cruz

Papel de la cirugía tubárica en la era de la fertilización *in vitro*

Henry Mateo Saenz

IMAGENOLOGÍA EN OBSTETRICIA

Imagenología en obstetricia: antecedentes, estado actual y futuro

José Roberto Ahued Ahued

Imágenes ultrasonográficas con valor diagnóstico

José A Ramírez Calvo

Marcadores ultrasonográficos del primer trimestre (regurgitación tricuspídea, TN, hueso nasal, ducto venoso)

Mario E Guzmán Huerta

Marcadores ultrasonográficos del segundo trimestre (pliegue nucal, foco ecogénico, dilatación pielocalicial)

Juan M Gallardo Gaona

Abordaje integral del feto con defectos estructurales en el primer y segundo trimestre

Verenice Velázquez

Evaluación cervical como factor pronóstico para parto pretérmino

Antonio J Briseño Sainz

Bases físicas del Doppler color y Doppler pulsado

Guillermo Gómez Partida

Diagnóstico, clasificación y seguimiento de fetos con restricción del crecimiento

Mario E Guzmán Huerta

Arterias uterinas como factor predictor de preeclampsia y restricción del crecimiento

Sandra Acevedo G

Procedimientos invasores guiados por ultrasonido

Juan M Gallardo Gaona

Toma de decisiones en fetos con anemia hemolítica con métodos ultrasonográficos

Sandra Acevedo G

Aplicaciones en investigación de la tercera dimensión

Lizbeth Camargo Marín

Evaluación de los marcadores del perfil biofísico: revaloración de las puntuaciones

Gerardo Auriolés López

Ultrasonografía en embarazo ectópico

Francisco J Gómez Plascencia

Evaluación de la función ovárica por ultrasonido

Gerardo Auriolés López

DE LA CITOLOGÍA VAGINAL A LA VACUNA DEL VPH

Evolución histórica de los estudios de citología cérvico-vaginal

José A Sereno Coló

El sistema Bethesda

Beatriz Sereno Gómez

Especificidad y sensibilidad de la citología cervicovaginal

Patricia Alonso de Ruiz

Citología en base líquida: marcadores inmunoquímicos

Beatriz Sereno Gómez

Correlación: citología-colposcopia-patología

José A Ruiz Moreno

Diagnóstico citológico de las lesiones precursoras del cáncer y alteraciones reactivas

Patricia Alonso de Ruiz

El fenómeno de la atrofia genital y sus efectos simuladores

José A Sereno Coló

Las infecciones cervicovaginales y las posibilidades de confusión diagnóstica en citología vaginal

Gildardo Escobal Ruvalcaba

Errores comunes en la práctica colposcópica

José A Ruiz Moreno

ENFOQUE ACTUAL DEL DIAGNÓSTICO PRENATAL

El diagnóstico prenatal en México: ¿dónde estamos?

Ricardo García Cavazos

El impacto del diagnóstico prenatal y defectos al nacimiento

Ricardo García Cavazos

Diagnóstico ultrasonográfico de defectos estruc-

turales entre las 11 y 13.6 semanas

Juan Manuel Gallardo Gaona

Evaluación placentaria entre las 11 y 13.6 semanas: ultrasonido y marcadores bioquímicos

Lizbeth Camargo Marín

Nuevo algoritmo para el tamizaje de cromosopatías entre las 11 y las 13.6 semanas

Antoni Borrell

Procedimientos diagnósticos invasores en el primer trimestre

Antoni Borrell

Nuevas técnicas moleculares para el diagnóstico prenatal de aneuploidias cromosómicas

Ricardo García Cavazos

Factibilidad y confiabilidad del STIC para la evaluación cardíaca durante el primer y segundo trimestre

Lizbeth Camargo

Neurosonografía 2d y 3d en fetos con RCIU

Jesús Andrés Benavides Serralde

Marcadores bioquímicos y ultrasonográficos de disfunción cardíaca en fetos con RCIU

Jesús Andrés Benavides Serralde

Sesión práctica. Tamizaje de cromosopatías en el primer trimestre

Antoni Borrell

Evaluación placentaria

Lisbeth Camargo

Estado actual de la cirugía endoscópica fetal en Latinoamérica

Mario E Guzmán Huerta

Evaluación no invasora de la anemia fetal

Sandra Acevedo Gallegos

Evaluación citogenética de las pérdidas gestacionales tempranas

Antoni Borrell

Imprinting, sobrecrecimiento y defectos al nacimiento

Ricardo García Cavazos

Registro e introducción al curso

Luis C. Uribe Ramírez

ACOG. ESCENARIOS QUIRÚRGICOS EN GINECOLOGÍA

Cuidados pre, trans y posoperatorios en cirugía

ginecológica

Gilberto Tena Alavez

Histerectomía abdominal: complicaciones, prevención y tratamiento oportuno

Luis C. Uribe Ramírez

Tratamiento laparoscópico en endometriosis avanzada

Luis Álvarez Gil

Dolor pélvico crónico: reto diagnóstico y terapéutico

Claude Alain Paire Serrier

Cirugía laparoscópica en pacientes obesas

Gilberto Tena Alavez

Prolapso genital total

Edna Cortés Fuentes

Principios básicos para la cirugía de consultorio

Luis C Uribe Ramírez

Sangrado uterino anormal. Nuevas alternativas en su manejo

Luis Álvarez Gil

Miomatosis uterina: alternativas de tratamiento

Claude Alain Paire Serrier

Actualidades en el diagnóstico y tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo (mallas)

Edna Cortés Fuentes

Masa pélvica: ¿está indicado el manejo laparoscópico?

Luis Álvarez Gil

Cómo evitar las complicaciones de la cirugía laparoscópica

Luis C Uribe Ramírez

MEMORIAS DE LOS CURSOS TRANSCONGRESO

ENDOSCOPIA GINECOLÓGICA

Evolución de la histerectomía laparoscópica

Fred Morgan Ortiz

Histerectomía total por laparoscopia con manipulador uterino. Principios y fundamentos

Patricia Saucedo López

Disección no oncológica del retroperitoneo en la pelvis femenina: trucos y peligros

Leroy Charles

Endometriosis peritoneal

Roberto Salazar López

Endometriosis ovárica

Roberto Rubio Armenta

Endometriosis infiltrativa profunda

Marco A López Cepeda

Reparación de los defectos del piso pélvico con malla por vía laparoscópica

Leroy Charles

Endometriosis peritoneal

Roberto Salazar López

Endometriosis ovárica

Roberto Rubio Armenta

Endometriosis infiltrativa profunda

Marco A López Cepeda

Reparación de los defectos del piso pélvico con malla por vía laparoscópica

Leroy Charles

EL CRITERIO ONCOLÓGICO EN LOS TUMORES GINECOLÓGICOS

Detección y prevención del cáncer: aspectos generales

Adolfo Eduardo Barragán Curiel

Epidemiología de la infección genital por el virus del papiloma humano, del cáncer cervicouterino y de su lesión precursora

José Antonio Ruiz Moreno

Diagnóstico y manejo de la NIC y el cáncer cervicouterino invasor

Carlos Aranda Flores

Neoplasia intraepitelial vulvar y cáncer vulvar invasor

José Antonio Ruiz Moreno

Neoplasia intraepitelial vaginal y cáncer vaginal

Jesús Ramón Álvarez M

Genética de las neoplasias ginecológicas

Ricardo García Cavazos

Manejo laparoscópico de masas anexiales

Mario Alberto Chávez Zamudio

Epidemiología y manejo del cáncer de ovario: ¿hasta dónde el ginecólogo?

Vicente Arturo Saldaña Quiroz

Hiperplasias endometriales

Mario Alberto Chávez Zamudio

Epidemiología, diagnóstico y manejo del cáncer

de endometrio

Jesús Ramón Álvarez M

Enfermedad trofoblástica gestacional: epidemiología, diagnóstico, seguimiento y postevaluación

Adolfo Eduardo Barragán Curiel

Neoplasia trofoblástica gestacional: clasificaciones y manejo

Francisco Javier Gomezpedroso Rea

CLIMATERIO Y MENOPAUSIA

Definición, generalidades y epidemiología del climaterio

Eduardo Motta Martínez

Modificaciones funcionales en el eje hipotálamo-hipófisis-ovario durante el climaterio

Carlos Salinas D

Ruta crítica en el estudio de la mujer climatérica y detección de enfermedades asociadas con el climaterio

Agustín Escobar Fematt

Vías de administración de la terapia hormonal

Carlos Salinas Dorantes

Progestinas: ¿cuál y cuándo?

Eduardo Motta Martínez

La tibolona y el concepto STEAR

Agustín Escobar Fematt

Obesidad y síndrome metabólico en el climaterio

Eduardo Motta Martínez

El sistema cardiovascular y la terapia hormonal

Carlos Salinas Dorantes

Efecto de la terapia hormonal en el hueso

Fidencio Cons S

Controversias en cáncer mamario y uso de la TRH

Eduardo Motta Martínez

Sexualidad y calidad de vida en la mujer madura

Agustín Escobar Fematt

Cambios cognoscitivos en la menopausia y efecto de la terapia hormonal

Martha Goette Jaime

RETOS ACTUALES EN MEDICINA PERINATAL

ULTRASONIDO Y DIAGNÓSTICO PRENATAL I

Tamiz cromosómico en el primer trimestre: translucencia nuchal y otros marcadores

Nayeli Fragoso Díaz

Abordaje en el segundo trimestre: la importancia del sonograma genético

María Teresa Leis Márquez

Selección de métodos invasores en la práctica actual: ¿sobre qué bases?

María de la Luz Bermudez Rojas

ULTRASONIDO Y DIAGNÓSTICO PRENATAL II

Evaluación de la morfología fetal: metodología y contenido de las exploraciones de rutina

Antonio Briceño Sainz

Anomalías cardíacas del sistema nervioso central y urinario: ¿cómo alcanzar el diagnóstico correcto?

María Teresa Leis Márquez

Contribución de las nuevas tecnologías: avances en la aplicación de 3D-4D

Nayeli Fragoso Díaz

COMPLICACIONES DEL EMBARAZO Y PARTO I

Progresos en la prevención y predicción del parto pretérmino: ¿cómo incorporarlos?

Sergio Fajardo Dueñas

Infecciones durante el embarazo: estrategias para reducir su transmisión perinatal

María de la Luz Bermudez Rojas

Vigilancia y manejo del feto con retraso del crecimiento intrauterino: la importancia de la velocimetría Doppler

Nancy Sierra Lozada

COMPLICACIONES DEL EMBARAZO Y PARTO II

El embarazo múltiple: diagnóstico y manejo de la transfusión intergemelar

Nancy Sierra Lozada

El embarazo postérmino: ¿cuál es su vigencia?

Sergio Fajardo Dueñas

El feto con registro cardiotocográfico intraparto

alterado: bases para la interpretación y toma oportuna de decisiones

Antonio de J Briceño

CONTROVERSIAS EN OBSTETRICIA: DECISIONES BASADAS EN EVIDENCIAS (CURSO INTERACTIVO)

I

Insuficiencia ístmico-cervical: empirismo vs evidencias

Ernesto Castelazo Morales

II

Inducción de la maduración pulmonar fetal: indicación, dosis e intervalo, visto desde la evidencia

Felipe González Serrano

I

Parto pretérmino: ¿ha nacido una nueva estrella? Enfoque actual en la profilaxis y manejo

Homero Flores Tamez, Rodrigo Zamora Escudero

II

Preeclampsia severa: ¿puede predecirse y prevenirse?

Rodrigo Zamora Escudero, Felipe González Serrano

I

Embarazo múltiple complicado: ¿qué puede hacerse?

Gerardo Sepúlveda González, Homero Flores Tamez

II

Diagnóstico prenatal: ¿moda o evidencia?

Homero Flores Tamez, Nancy Sierra Lozada

I

Inducción electiva del parto con prostaglandinas: ¿inocuidad o riesgo?

Felipe González Serrano, Gerardo Sepúlveda González

II

Ultrasonido de rutina: obligación competitiva o utilidad real

Homero Flores Tamez, Nancy Sierra Lozada

ULTRASONIDO EN GINECOLOGÍA: NUEVAS TENDENCIAS

Ultrasonido ginecológico en el consultorio: más allá de nuestras manos

Homero Flores Tamez

Detección de masas pélvicas: ¿es posible la detección oportuna del cáncer de ovario?

Guillermo Gómez Partida

Los padecimientos uterinos en la vigilancia de la mujer en el climaterio

Manuel Álvarez Navarro

Perspectivas de la ultrasonografía ginecoobstétrica

Manuel Álvarez Navarro

Monitoreo folicular en la actualidad: valor pronóstico del ultrasonido basal y su comparación con el perfil hormonal para predecir el éxito en reproducción

Daniel Humberto Méndez Lozano

Doppler en ginecología

Guillermo Gómez Partida

Vascularización folicular y calidad ovocitaria: avances del doppler color 3D en ginecología

Daniel Humberto Méndez Lozano

Perspectiva actual del ultrasonido de endometrio: aplicación de medio de contraste

Antonio Briceño Saenz

Ultrasonografía de contraste: ecorrealizadores y 3D en ginecología

Humberto Flores Tamez

Procedimientos invasores guiados por ultrasonido en ginecología

Daniel Humberto Méndez Lozano

Embarazo ectópico: nuevos retos diagnósticos, nuevos sitios de implantación: ¿debe considerarse la implantación en la cicatriz uterina?

Antonio Briceño Saenz

Errores y fallas comunes en ginecología: aspectos éticos y médico-legales

Jesús Lozano de la Garza

GINECOLOGÍA INFANTO-JUVENIL: UN RETO DE ACTUALIDAD

Conductas de riesgo en la adolescente: una mirada al problema

Josefina Lira Plascencia

La sexualidad en las adolescentes: mitos y realidades

Claudia Rampazzo

Abuso sexual en la adolescente: una alerta que nadie escucha

María Ayumi Ito Nakashimada

Infecciones de transmisión sexual: repercusiones a largo plazo en la salud reproductiva

Héctor Oviedo Cruz

El impacto de la infección por VPH en la adolescente: actualidades en la detección y tratamiento

Cristina Arteaga

Riesgos y ventajas de la anticoncepción hormonal

Luis Simon Pereyra

Aspectos neuroendocrinos de la pubertad

Valentín Ibarra

Los interruptores de la libertad: una verdad incómoda

Héctor Oviedo Cruz

Prevención del cáncer cervicouterino en la adolescente: una revisión de la profilaxis

Cristina Arteaga

Endometriosis: una intervención oportuna en adolescentes

Josefina Lira Plascencia

Patología mamaria en la adolescente

María Ayumi Ito Nakashimada

Los vacíos legales en la atención de la paciente adolescente

Juan Manuel Grosso Espinoza

GINECO-COSMÉTICA: ¿DEBE O NO HACERSE?

Introducción a la ginecocosmética

Claude Alan Paire Serrier

Aplicación de malla para la estática pélvica y vaginoplastia

Roberto González Vergara

Bases anatómicas en cirugía abdominal y concepto de dismorfismo abdominal

Miguel Ángel Perea Ruelas

Lipoescultura en ginecología

Claude Alan Paire Serrier

Histerectomía abdominal más abdominoplastia

Roberto Solís Pérez

Lipotransferencia grasa a la vulva y glúteos

Honorio Olmedo Olivera

Uso de mallas para incontinencia urinaria y vaginoplastia

Roberto González Vergara

Vaginoplastia y rejuvenecimiento vaginal

Roberto Solís Pérez

Labioplastia de reducción

Honorio Olmedo Olivera

Técnica de diseño, fotografía y marcado en ginecocosmética

Miguel Ángel Perea Ruelas

Sexualidad y autoestima en ginecocosmética

Roberto Solís Pérez

Pros y contras de la abdominoplastia poscesárea

Claude Alan Paire Serrier

ENDOMETRIOSIS: MANEJO ACTUAL

Endometriosis y endometriomas: etiología y clasificación

Carlos González Torres

Endometriosis: un problema de salud pública

Alberto Gamino Casillas

Dolor pélvico, dismenorrea y dispareunia: diagnóstico

Mario Alberto Chávez Zamudio

Dolor pélvico en endometriosis: manejo médico

Víctor M Whizar Lugo

Dolor pélvico en endometriosis: manejo quirúrgico

Ángel Guerra de la Garzaevia

Adherencias pélvicas y endometriosis profunda

Mauricio S Abrao

Endometriosis en vías urinarias

David Redwine

Endometriosis intestinal

Ángel Guerra de la Garzaevia

Endometriosis e infertilidad: diagnóstico y manejo médico

Alfredo Montaña

Endometriosis e infertilidad: manejo quirúrgico

Sergio Villalobos Acosta

Endometriosis e infertilidad: reproducción asistida

Roberto Santos Haliscak

Endometriosis atípica

Robert Albee

BASES DE LA HISTEROSCOPIA

Introducción al curso e historia de la histeroscopia

Isaac Melo Cerda

Histeroscopia en las diferentes etapas del ciclo

Roberto Solís Pérez

Histeroscopia de consultorio

Carlos Salazar López Ortiz

Tratamiento de los pólipos y miomas submucosos

José Ma. Mojarra Estrada

Correlación del ultrasonido con histeroscopia

Roberto Solís Pérez

Metroplastia histeroscópica

Sergio Téllez Velazco

Ablación endometrial

José Ma. Mojarra Estrada

Manejo de la obstrucción tubaria proximal

Carlos Salazar López Ortiz

Esterilización histeroscópica

Roberto Solís Pérez

Endocervicoscopia histeroscópica

Isaac Melo Cerda

Complicaciones de la histeroscopia

José María Mojarra Estrada

Cómo iniciar la práctica segura de la histeroscopia

Sergio Tellez Velazco

MANEJO PRÁCTICO DE LOS TRASTORNOS REPRODUCTIVOS

Estudio integral de la pareja infértil

Sergio Tellez Velazco

Manejo del varón infértil

María del Rosario Tapia Serrano

Manejo práctico de la PRG

Gerardo Velázquez Cornejo

Etiología y diagnóstico de la disfunción ovulatoria

Judith Ablanado Aguirre

Rehabilitación tubaria vs FIV

Juan Carlos Hinojosa Cruz

Evaluación práctica de la infertilidad sin causa aparente

Carlos Félix Arce

Guía práctica para inducir la ovulación

Alfredo Montaña Torres

Papel de la laparoscopia en los trastornos reproductivos

Miguel Ángel Mancera Reséndiz

Manejo de la infertilidad asociada a endometriosis

Jaime Rosas Arceo

Inseminación artificial: aplicaciones y resultados

Óscar León Martínez

Técnicas de reproducción asistida: cuándo y cuáles

Carlos Salazar López Ortiz

Vitrificación de óvulos y embriones

Israel Maldonado Rosas

Complicaciones de la laparoscopia: ¿epidemia a tratar?

Luis Carlos Uribe Ramírez

TRABAJOS LIBRES

Estudio comparativo entre dinoprostona gel y dinoprostona de sistema de liberación controlada en la inducción del trabajo de parto

José Antonio Ayala

Misoprostol oral vs intravaginal en inductoconducción del trabajo de parto

Clara del Carmen Flores Acosta, Héctor Triana Saldaña, Saúl Juárez Ramírez, José Luis Iglesias Benavides

Indicación del misoprostol en la prevención de la hemorragia obstétrica

Ricardo Quiroga Díaz, Reynaldo Cantú Mata, Héctor Eduardo Tello Gutiérrez, Rogelio Montemayor Garza

Medición de los cuerpos lamelares para valorar la

madurez pulmonar fetal

Clara del Carmen Flores Acosta, Donato Saldívar Rodríguez, Juan Antonio Soria López, Gabriel Villagómez Martínez

Histerectomía obstétrica: experiencia institucional

Jaime Alcocer Urueta, Sandra Pérez Monter, Viridiana Gorbea Chávez, Ana Cristina Arteaga Gómez

Histerectomía total laparoscópica en el tratamiento de enfermedad benigna. Estado actual en la UMAE núm. 4, Luis Castelazo Ayala

Miguel Ángel López Valle, Germán Calvo Lugo, Leopoldo Aureoles Sánchez, Alfonso Valdés Domínguez, José Fugarolas Marín, Braulio Quesada Reyna, Fabian Arechavaleta Velasco, Laura Díaz Cueto, Gilberto Tena Alavez

Beneficios de la histerectomía total abdominal con uso de pinza bipolar plasmacínica vs tradicional

Miguel Ángel López Valle, Carlos Briones

Manipulación de la progesterona de depósito por la paciente que generó un proceso inflamatorio persistente en el glúteo: comunicación de un caso

Miguel Ángel Bernal Davish, María Natividad Guzmán Tapia, Alberto Hernández Valencia

Eficacia de la progesterona vaginal como suplemento de fase lútea en la infertilidad

Gerardo Menocal Tobías, Rafael Sánchez Usabiaga, Jorge Dueñas Riaño, Sergio Romero Tovar

Técnica para la aplicación semanal de progesterona en microesferas

Gerardo Menocal Tobías, Rafael Sánchez Usabiaga, Jorge Dueñas Riaño, Sergio Romero Tovar

Apego a la complementación de fase lútea con progesterona oleosa inyectable en el tratamiento reproductivo

Gerardo Menocal Tobías, Rafael Sánchez Usabiaga, Ricardo Hurtado Amador, Anaíd Batista Espinoza

Ciclos menstruales alargados artificialmente para anticoncepción en el Hospital Central Norte

Edgardo Bustillos Alamilla, Jorge Zepeda Zaragoza, Carlos Humberto Briones Landa, Mariana Areli Hernández Ruiz

Prescripción del sistema intrauterino liberador de levonogestrel en el posaborto

Eduardo Noe Nava Guerrero, Carlos Martínez Hernández, Victoria Martínez Gaytán, Raúl Cortés

Flores

La anticoncepción posevento obstétrico: reto alcanzado por el Hospital Regional de Poza Rica

Soni Trinidad Clementina, Armando Kirsch Ramos, Susana Elvira Cuervo Peña, Iris Velásquez Sepúlveda

Adolescente con embarazo no planeado

Hugo Briseño Hanon

Relación de las concentraciones séricas de vitamina C en adolescentes con embarazo pretérmino, con y sin rotura prematura de membranas

Hiliana Romo Huerta, J. Guadalupe Pandero Barrón, Alma Rosa Del Angel Meza, José Guadalupe Alvizo Mora

Experiencia de aspiración manual endouterina en aborto incompleto

Víctor Morales García, Elizabeth Ruiz Hernández

Densidad mamográfica y administración de terapia hormonal en mujeres posmenopáusicas

Sandra Pérez Monter, Rafael Aguilera Pérez, José Roberto Silvestri Tomassoni, Viridiana Gorbea Chávez

Abordaje quirúrgico de nódulos mamarios en pacientes embarazadas

Sandra Elia Pérez Monter, Ana Cristina Arteaga Gómez, Viridiana Gorbea Chávez, Carlos Eduardo Aranda Flores

Comparación de dos técnicas de mastectomía radical para la recolección axilar ganglionar en cáncer de mama

Aída Naneth Zamora Lares, Barragán Curiel Adolfo Eduardo, Panduro Barón José Guadalupe, Garduño Delgado Roberto

Resultados de estudios urodinámicos en incontinencia urinaria mixta (2000 a 2007) en el Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes

Laura Guadalupe Escobar del Barco, José de Jesús Valderrama Santillán, Silvia Esther Rodríguez Colorado, Viridiana Gorbea Ochoa

Síntomas sexuales en pacientes con disfunción del piso pélvico

Laura Escobar del Barco, Irma Alyttet Balderas Cerda, Silvia Rodríguez Colorado, Viridiana Gorbea Chávez

Resultados y complicaciones a corto y largo

plazos posteriores a la colocación de cinta re-tropública para el tratamiento de la incontinencia urinaria en mujeres

Laura Guadalupe Escobar del Barco, E. González González, E. Bautista Gómez, R. Romero Reyes, S. Rodríguez Colorado, V. Gorbea Chávez

Embarazo de 9.4 semanas ístmico-cervical y acre-tismo placentario del primer trimestre

Nadia Espinosa Pineda, Arturo López Monsalvo, Aldo Fornelli López, Jesús Jorge Beltrán Montoya

Tratamiento conservador en dehiscencia de he-rida en la pared vaginal secundaria a colocación de malla

Laura Escobar del Barco, Silvia Rodríguez Colo-rado, Kristian Emilio Navarro Salomón, Viridiana Gorbea Ochoa

Contribución de la biopsia vesical al estudio de la paciente uroginecológica

Oscar Flores Carreras, María Isabel González Ruiz, Claudia Josefina Martínez Espinoza

Evaluación clínica y diagnóstica a pacientes con cistitis intersticial

Oscar Flores Carreras, Claudia Josefina Martínez Espinoza, María Isabel González Ruiz

Tratamiento vía oral e intramuscular de las pa-cientes embarazadas con pielonefritis aguda no complicada que evita el internamiento

Velia Teresa Hernández Flores, José Alberto Villarreal Rodríguez, Juan Gerardo Sepúlveda Gutiérrez, Juan Antonio Soria López

Canal endémico de la operación cesárea en el Hospital General de Ecatepec (2003-2007)

Juan Ismael Islas Castañeda, María Dolores García Figueroa

Contención de la operación cesárea en el Hospital General de Ecatepec

Juan Ismael Islas Castañeda, María Dolores García Figueroa

Evaluación de la incidencia de displasia cervical en embarazadas del servicio de obstetricia de un hospital universitario

Velia Teresa Hernández Flores, Oscar Vidal Gutiérrrez, Emilio Treviño Salinas, Rey David Núñez Alvar

Endocervicoscopia, su utilidad para el diagnósti-co de lesiones ocultas recidivantes por virus del papiloma humano en el conducto endocervical:

comunicación de un caso

Miguel Ángel Bernal Davish, María Natividad Guz-mán Tapia, Alberto Hernández Valencia

Cáncer cervicouterino adenoescamoso del con-ducto endocervical, oculto y de difícil diagnóstico: comunicación de un caso

Miguel Ángel Bernal Davish, María Natividad Guz-mán Tapia, Alberto Hernández Valencia

Correlación colposcópica e histológica de las lesiones cervicales de bajo y alto grado

Jesús Cruz Martínez, Gaspar Drusso Vera, Alberto Brime, Susana Hernández Velázquez

Estudio de las pacientes enviadas a la clínica de patología cervical en el Centro Médico Ignacio Chávez que requirieron conización cervical

Jesús Cruz Martínez

Administración de estrógenos locales en lesiones del tracto genital inferior

Jesús Cruz Martínez, Juan Carlos Ramírez Ra-mírez

Experiencia en el tratamiento con electrocirugía de las lesiones intraepiteliales de alto grado en el cuello uterino

Carlos Guzmán Nava, María Elena Camacho Miranda, María Eugenia Villarreal Cárdena, Lilia Hernández Nava

Diagnóstico colposcópico e histológico en pobla-ción abierta

Adalberto Rafael Rojo Quiñones, Gaspar Drusso Vera, Teresita María de R. Rojas Sánchez, Susana Ortiz Contreras

Correlación cito-colpo-histológica y captura de híbridos en lesiones de bajo y alto grado

Francisco Andrés Ulloa Fuentes, Edna Yesenia Rodríguez Silva, Gaspar Drusso Vera, Susana Ortiz Contreras

Índice de masculinidad en embarazos logrados con técnicas de reproducción asistida de alta complejidad

Sergio Estévez González, Mariam Becherano Bimstein, Alberto Kably Ambe, Esperanza Carballo Mondragón

Día de inicio de la estimulación ovárica y tasa de embarazo en pacientes con baja respuesta

Sergio Estévez González, Alberto Kably Ambe, Eligio Islas Hernández, Esperanza Carballo Mon-

dragón

Cantidad de folículos antrales en mujeres de edad avanzada como factor pronóstico de embarazo

Sergio Estévez González, Alberto Kably Ambe, Eligio Islas Hernández, Esperanza Carballo Mondragón

Cantidad de folículos antrales como factor predictivo de respuesta a la estimulación ovárica en pacientes bajo fertilización *in vitro*

Sergio Estévez González, Alberto Kably Ambe, Eligio Islas Hernández, Everardo Anta Jaen

Resultados perinatales y obstétricos en pacientes mayores de 37 años con óvulos propios vs donados

Alberto Kably Ambe, Dalila Mendoza, Esperanza Carballo Mondragón, Sergio Estévez González

Resultado de embarazo en pacientes con respuesta baja según la cantidad de ovocitos esperados por el pico de estradiol

Alberto Kably Ambe, Sergio Estévez González, Esperanza Carballo Mondragón

Resultados preliminares que comparan las técnicas PICSi y ICSI

Alberto Kably Ambe, Sergio Caldera Rodarte, Esperanza Carballo Mondragón, Sergio Estévez González

Resultados de embarazo en pacientes con respuesta baja según el tipo de técnica de inseminación *in vitro*

Alberto Kably Ambe, Sergio Estévez González, Esperanza Carballo Mondragón

Tratamiento de la diabetes gestacional con metformina en pacientes obesas que rechazan la insulina

Gabriel Enrique Castillo Martín del Campo, Flavio Hernández Castro, José Alberto Villarreal Rodríguez, Abel Guzmán López

Resultados de embarazo complicado con diabetes tratado con y sin metformina

Dulce Margarita Gutiérrez Espinosa, Raúl Cortés Flores, Victoria Martínez Gaytán, Julia Vázquez Lara

Evaluación de resultados del tratamiento de diabetes gestacional y su reclasificación posparto

Graciela Parra de la Paz, Gerardo Forsbach Sánchez, Victoria Martínez Gaytán, Aisse Raquel González Sosa

Diagnóstico de diabetes gestacional con puntos de corte superiores a 170 mg/dL en la prueba de tamizaje

Flavio Hernández Castro, Ulises González Rendón, Juan Antonio Soria López, José Alberto Villarreal Rodríguez

Masa anexial y embarazo

Mayeli Fuentes Dehesa, Ana Cristina Arteaga Gómez, Lourdes Islas Flores, Carlos E. Aranda Flores

Embarazo cervical de 20 semanas. Comunicación de un caso

Francisco Javier Gómez Plascencia, Eduardo Pimentia Inda, Gildardo Escobell Rubalcaba

Enfermedad periodontal como factor de riesgo de resultados perinatales adversos

Clara del Carmen Flores Acosta, José de Jesús Zermelo Nava, Juan Antonio Soria López, Roberto Ambríz López

Complicaciones maternas y perinatales en el síndrome HELLP

Gustavo Morales Muñoz, Adrián Flores Escoto, José Carlos Mayorga González

Resultados perinatales en colestasis intrahepática del embarazo

Eduardo Noe Nava Guerrero, Victoria Martínez Gaytán, Raúl Cortes Flores, Laura Cecilia Salazar Mendoza

Preeclampsia en pacientes con trasplante renal

Juan Fernando Romero Arauz, José Antonio Ayala Méndez, Guillermo Jiménez Solís

Embarazo y enfermedad de Addison

Celina Salas Castro, Alejandro Chapa Kerwick

Histerosonografía terapéutica en el síndrome de Asherman y embarazo después del procedimiento

Jaroslav Stern Colín y Nunés, Jorge Ceseña Pruneda

Alta prevalencia de mutación en el gen del factor inhibidor del activador del plasminógeno y otros genes de trombofilia en pacientes con pérdida gestacional recurrente

Jaroslav Stern Colín y Nunés, Esther Macedo Torres, Jorge Ceseña Pruneda

Seroepidemiología de la infección por *Toxoplasma gondii* en mujeres embarazadas atendidas en el medio rural del estado de Durango

Antonio Sifuentes Álvarez, Cosme Alvarado Esqui-

vel, Alejandro Torres Castorena, Rosalba García López

Estudio comparativo entre las concentraciones de cadmio y plomo en placentas de embarazos normales y con oligoamnios idiopático

María del Carmen Terrones Saldívar, Leopoldo César Serrano Díaz, Alejandro Rosas Cabral, Laura Yamamoto Flores, Martha Reyes Robles

Efectividad de la FSH recombinante (FSHr) versus menotropinas (HMG) en ciclos de inseminación intrauterina (IIU)

Juan Carlos Barros Delgadillo, Ricardo Cano Carrillo, Patricia Zulema Márquez Iribe, Myrna Souraye Godínez Enriquez, Félix Mansur Navarrete

Estudio comparativo de los efectos de los antagonistas de GnRH (antGnRH) en ciclos de inseminación intrauterina

Juan Carlos Barros Delgadillo, Patricia Zulema Márquez Iribe, Ricardo Cana Carrillo, María Magdalena Moncada Tercero, Myrna Souraye Godínez Enríquez, Félix Mansur Navarrete, Eduardo Guzmán González, Gerardo Barroso Villa

El índice de masa corporal mayor a 30 afecta la tasa de embarazo en receptoras de ovocitos

Alberto Kably Ambe, Diana Elena Monzalbo Núñez, Sergio Estévez González, Esperanza Carballo Mondragón

Evaluación del flujo endometrial como factor pronóstico de implantación en ciclos de FIV-TE

Alberto Kably Ambe, Jenny Díaz Calvillo, Sergio Estévez González, Eligio Islas Hernández

Cáncer de endometrio, diagnóstico mediante citología y biopsia por aspiración, estudio comparativo

Gabriel Enrique Castillo Martín del Campo, Emilio Treviño Salinas, Oscar Vidal Gutiérrez, Ricardo Ibarra Patiño

Carcinoma epidermoide primario de endometrio vs carcinoma de células grandes de endometrio. Utilidad del estudio inmunohistoquímico en el proceso diagnóstico

Dimas Mateos Ahumada

Prevalencia del fibroma ovárico en pacientes menores de 20 años en el Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González

Mayra Wendolee de la Garza Almeda, Emilio Modesto Treviño Salinas, Oscar Vidal Gutiérrez, Clara del Carmen Flores Acosta

Leiomiomatosis gigante: comunicación de tres casos y revisión de la bibliografía

Gonzalo de Jesús Siu Moguel, Norberto Reyes Paredes, Víctor Hugo Márquez Tamez, Leopoldo Torres Herrera

Perfil epidemiológico y resultados perinatales de pacientes con amenaza de parto prematuro en el Hospital General de Ecatepec

Juan Ismael Islas Castañeda, Luz Araceli López Solórzano

Relación entre el aumento ponderal mensual materno y el peso del recién nacido en el embarazo de adolescentes

Jesús Mario Canseco Lima, Juan Manuel Grosso, Héctor Oviedo Cruz, Beatriz Velázquez Valassi

Comparación del margen de error de dos métodos clínicos y del ultrasonido para determinar peso fetal

Iván Vladimir Dávila Escamilla, Flavio Hernández Castro, Gabriel Enrique Castillo Martín Del Campo, Roberto Ambriz López

Endometriosis en la pared abdominal

Miguel Ángel Bernal Davish, María Natividad Guzmán Tapia, Alberto Hernández Valencia

Embarazo ectópico cornual con falla en el tratamiento con metotrexato, con migración embrionaria a la cavidad uterina, preeclampsia y nacimiento

Marcos A. Vargas Maciel, Pedro Méndez Sashida, Darwin García Larios, Anrtonio Gutiérrez Gutiérrez

VIDEOS

Hidrocefalia, estenosis del acueducto de Silvio: presentación de un caso ecográfico

Roberto Ambriz López

Abordaje práctico de la translucencia nucal según The Fetal Medicine Foundation

Juan Gerardo Sepúlveda González

Abordaje histeroscópico del síndrome de Asherman severo bajo control ecográfico abdominal

Rafael Alonso Sánchez Usabiaga

Prevalencia de alteraciones cromosómicas en pacientes infértiles

Rafael Alonso Sánchez Usabiaga

Hidropelvisonografía

Rafael Alonso Sánchez Usabiaga

Prevención de hemorragia obstétrica con misoprostol bucal transcesárea en pacientes con riesgo de atonía uterina

Flavio Hernández Castro, Juan Antonio Soria López, José Alberto Villarreal Rodríguez, Gabriel Enrique Castillo Martín del Campo

Identificación simultánea del perfil de citocinas en las membranas corioamnióticas de embarazos a término y pretérmino

Felipe Vadillo Ortega, Nardhy Gómez López, Guadalupe Estrada Gutiérrez, Aurora Espejel Núñez, Jorge Beltrán Montoya

Recambio de líquido amniótico como tratamiento prenatal en fetos con gastrosquisis. Experiencia institucional

Flavio Hernández Castro, Roberto Ambríz López, Juan Antonio Soria López, Claudia Rivera Estrada

Pronóstico de fetos con higroma quístico nuchal basado en hallazgos ecográficos por carecer de cariotipo

Flavio Hernández Castro, José Luis Iglesias Benavides, Iván Vladimir Dávila Escamilla, Edith Guadalupe Alvarado Jiménez

PRESENTACIÓN EN CARTEL

***Acardius acephalus amorphus*: reporte de un caso**

Arturo Herrera Cervantes

Feto *acardius acephalus*

Adriana Ramírez Rodiles, Jorge Beltrán Montoya, Elsa Moreno Verduzco, Berenice López Villaseñor

Alteraciones cromosómicas en varones con oligozoospermia moderada y severa

Armando Juárez Bengoa

Atresia esofágica y trisomía 21

Roberto Ambríz López

Ciclopía

Margarita Montoya Navarro

Coagulación con láser de feto acárdico en embarazo triple

Clara del Carmen Flores Acosta

Detección de cardiopatías congénitas en el primer

trimestre

Jesús Guadalupe Lozano de la Garza

Epignathus. Teratoma orofaríngeo. Reporte de un caso

Roberto Ambríz López

Prevalencia de alteraciones cromosómicas en pacientes infértiles

Alfonso Sánchez Usabiaga

Resultados perinatales en mujeres con malformaciones mullerianas

Eduardo Noé Nava Guerrero

Malformaciones congénitas en recién nacidos de madres diabéticas

Yoatzin Rodríguez Higuera

La edad materna avanzada eleva el riesgo de complicaciones y efectos adversos en primigestas. Un caso del Hospital Central Norte

Yoatzin Rodríguez Higuera

Trombofilia en pérdida gestacional recurrente asociada a deficiencia de proteínas y eficacia del tratamiento utilizado

Roberto Carlos Maya Medina

Perspectiva bioética del diagnóstico prenatal

Josefina Lira Plascencia

Pronóstico de fetos con higroma quístico nuchal. Basado en hallazgos ecográficos por carecer de cariotipo

Flavio Hernández Castro

Diagnóstico prenatal de síndrome de Beckwith-Wiedemann

Flavio Hernández Castro

Diagnóstico prenatal de malformaciones de Dandy Walker clásica

Flavio Hernández Castro

Diagnóstico prenatal de teratoma sacrococcígeo

Flavio Hernández Castro

Diagnóstico prenatal de displasia esquelética tanatofórica

Teresa Hernández Flores

Diagnóstico prenatal de acretismo placentario concomitante con feto con onfalocelo. Reporte de un caso

Iván Vladimir Dávila Escamilla

Repercusión de la cocaína en el desarrollo del embarazo

Ismael Madrigal García

Apendicitis y embarazo. Presentación de un caso clínico y revisión de la bibliografía

Oswaldo Gutiérrez Cruz

Beneficios en mujeres que tomaron el curso para parto psicoprofiláctico en el Hospital Central del Norte de Pemex

Jorge Zepeda Zaragoza

Resultados obstétricos de fertilización *in vitro* y transferencia embrionaria en una paciente con útero unicornio no comunicante

José Antonio Rosales Delgado

Canal endémico de la operación cesárea en el Hospital General de Ecatepec 2003-2007

Juan Ismael Islas Castañeda

Síndrome de Klippell-Trenaunay. Diagnóstico prenatal ultrasonográfico

Amparo Liliana Zapien Ovando

Absceso prevesical en paciente embarazada

Mayra Wendolee de la Garza Almeda

Teratoma quístico maduro bilateral y embarazo. Reporte de un caso

Yoana Rojas Nicolás

Tratamiento de taquicardia supraventricular fetal. Reporte de un caso

Velia Teresa Hernández Flores

Tratamiento médico de embarazo ectópico cornual posterior a fertilización *in vitro*

Rafael Alfonso Sánchez Usabiaga

Tratamiento exútero intraparto para teratoma cervical

Clara del Carmen Flores Acosta

Tumor de Krukenberg no virilizante en el embarazo

Hugo Rico Olvera

Embarazo abdominal de implantación peritoneal secundaria. Caso clínico y revisión de la bibliografía

Aída Naneth Zamora Lares

Embarazo complicado con corioangioma. Presentación de un caso

María Teresa Hernández Marín

Embarazo ectópico cornual. ¿Siempre histerectomía?

Ricardo Adame Pinacho

Embarazo gemelar doble con mola hidatidiforme

completa y fetocoexistente

Eduardo Guzmán González, Fernando Gaviño Gaviño, Alberto Valero Origel, Horacio Deschamps Díaz, María Antonieta Ramírez Fernández, Mario Miranda Lamadirid

Embarazo molar y síndrome de Hellp

María del Rocío Jesús Blanco

Embarazo después del tratamiento conservador a pacientes con cáncer endometrial

Mayeli Fuentes Dehesa, Ana Cristina Arteaga Gómez, Elsa Moreno Verduzco, Carlos E. Aranda Flores

Embarazo posterior a rotura uterina con periodo intergenésico corto de diez meses. Reporte de un caso y revisión de la bibliografía

Jesús Mario Canseco Lima

Embarazo en adolescentes. Experiencia de diez años en el Hospital Civil de Guadalajara Juan I Menchaca

Iliana Patricia Esmeralda Romo Huerta

Encefalopatía de Wernicke como complicación de la hiperemesis gravídica

Jorge Zepeda Zaragoza

Abdomen agudo como manifestación clínica de placenta percreta durante el segundo trimestre del embarazo. Comunicación de un caso

Lucía Alejandra Román Tijerina

Desprendimiento de placenta normoinsera oculto

Hugo Rico Olvera

Detección y localización del TLR2,3,4 y 9 en placentas de pacientes con preeclampsia

J Ramos Navarrete

Litiasis ureteral bilateral resuelta por ureterolitotricia en el segundo trimestre de la gestación

Leopoldo Torres Herrera

Masa anexial y embarazo

Hugo Rico Olvera

Masa anexial y embarazo

Mayeli Fuentes Dehesa, Ana Cristina Arteaga, Carlos E. Aranda Flores

Mola hidatidiforme parcial y embarazo coexistente. Reporte de un caso y revisión de la bibliografía

Jesús Mario Canseco Lima

Pseudoquistes pancreáticos y embarazo. Presentación de un caso

Gabriel Enrique Castillo Martín del Campo
Quiste de ovario en embarazo gemelar. Manejo conservador

Ismael Madrigal García
Repercusión fetal en embarazada con choque hipovolémico secundario a epistaxis. Reporte de un caso y revisión bibliográfica

Yeny Salazar Marcatoma
Rotura esplénica asociada a preeclampsia severa y síndrome de Hellp. Reporte de un caso

Juan Fernando Romero Arauz
Osteosarcoma de seno etmoidal y embarazo. Reporte de un caso

Gonzalo Márquez Acosta
Reporte de un caso de leucemia y embarazo
Graciela Parra de la Paz

Síndrome de Budd Chiari y embarazo. Reporte de un caso
Yeny Salazar Marcatoma

Síndrome de Cushing y embarazo
Mayra Wendolee de la Garza Almeda

Cáncer de mama en el embarazo. Reporte de un caso
Sandra Elia Pérez Monter

Cáncer de mama y embarazo. Presentación de un caso
Gabriel Enrique Castillo Martín del Campo

Actitudes hacia la lactancia materna en el Hospital Civil de Guadalajara Juan I Menchaca
Guadalupe Panduro Barón

Incidencia de nacimiento pretérmino tardío y factores de riesgo materno
Guadalupe Panduro Barón

Mortalidad perinatal en el Hospital Civil de Guadalajara Juan I Menchaca
Guadalupe Panduro Barón

Experiencia en el manejo de la lesión intraepitelial de bajo grado en el cuello uterino
Carlos Guzmán Nava

Experiencia en el manejo de la neoplasia intraepitelial vulvar
Estanislao Martínez Coronel

Incidencia de cáncer cervicouterino en la Clínica de Displasias del Hospital General Carlos Canseco del 1 de enero de 2004 al 31 de diciembre de 2005
Yeni Marcatoma Salazar

Lesión perineal por VPH secundaria a una fístula ileo-vaginal

Benigno Rodríguez Blanco
Melanoma maligno *in situ* de cuello uterino. Reporte de un caso y revisión de la bibliografía
Cruz Martínez Jiménez

Metaplasia ósea como causa de infertilidad. Reporte de un caso
Aimee Jacino Rubio

Sarcoma botrioides
Magalhi Guadalupe Robledo Clemente

Sarcoma de cuello uterino
Roberto Ambriz López

Sarcomas uterinos
Eduardo Noé Nava Guerrero

Utilidad de una clínica de detección del VIH durante el control prenatal en el Hospital General de Tijuana
Arturo Herrera Cervantes

Enfermedad de Fox Fordyce en la región vulvar
Mayra Wendolee de la Garza Almeda

Endometritis tuberculosa
Graciela de la Parra

Evaluación de la anatomía pélvica mediante un estudio novedoso de la mujer infértil
Rafael Sánchez Usabiaga

Evaluación y tratamiento de la fístula recto-vaginal
Patricia Inés Velázquez Castellanos

Experiencia en la colocación del implante cornual (Essure) como método definitivo de planificación familiar en pacientes con paridad satisfecha en el Hospital Central Norte de Pemex
Jorge Zepeda Zaragoza

Hernia diafragmática
Jesús G Lozano de la Garza

Hormona foliculoestimulante y volumen testicular como indicadores espermatogénicos
Armando Juárez Bengoa

Leiomioma uretral femenino
Esperanza Centeno Kauffman

Hallazgos patológicos más frecuentes en histeroscopia en el protocolo de estudio de infertilidad
José Antonio Rosales Delgado

Mastitis granulomatosa idiopática
Eduardo Noé Nava Guerrero

Miomatosis uterina. Características en piezas

quirúrgicas

Víctor Edilberto Morales García

Miomatosis uterina gigante con lesión de vías urinarias. Reporte de un caso

Diana Jiménez González

Oclusión o espasmo tubario en estudio previo. Histeroscopia pelvisonográfica con sedación. Una alternativa diagnóstica

Rafael Sánchez Usabiaga

Parámetros seminales en la población infértil con factor inmunológico positivo

Armando Juárez Bengoa

Pentalogía de Cantrell

José Juan Morfín Ruiz

Resultados y complicaciones posteriores a la colocación de cintatransobturadora como tratamiento de la incontinencia urinaria

Laura Escobar del Barco, Eric Raynaldo González G., Esperanza Bautista Gómez, Rocío Romero Reyes, Silvia Rodríguez Colorado, Viridiana Gorbea Chávez

Síndrome de Body Stalk

Dulce Gutiérrez Espinoza

Síndrome de Ellis van Creveld. Reporte de un caso

Dulce Gutiérrez Espinoza

Síndrome de insensibilidad a andrógenos

Folio B011

Sutura compresiva del útero con técnica de B-Lynch como una alternativa segura y eficaz en el manejo de la hemorragia obstétrica secundaria a acretismo placentario. Presentación de un caso

Carlos Hernández Rivera

Vasculitis cervical aislada. Reporte de un caso

Clara del Carmen Flores Acosta

Hiperprolactinemia asintomática. Tratamiento médico con dosis altas de cabergolina

Samuel Hernández Ayup

Autocateterismo limpio intermitente

Laura Escobar del Barco, José de Jesús Valderrama Santillán, Silvia Rodríguez Colorado, Viridiana Gorbea Ochoa

Angiomiofibroblastoma de la vulva: presentación de un caso

Gonzalo de Jesús Siu Moguel

Ventajas de la histerectomía total abdominal con pinza bipolar de coagulación plasmacínética vs

técnica tradicional. Estudio clínico con asignación al azar

Carlos Humberto Briones Landa

Conducta expectante ante un cono cervical por Leiag y borde quirúrgico afectado

Carlos Guzmán Nava

Tuberculosis genital diseminada al peritoneo y las meninges

Emma Elizabeth Marsal Martínez

Estudio comparativo del uso de la captura híbrida y el arreglo lineal para la detección del virus del papiloma humano en pacientes con lesiones cervicales de alto grado (NIC II-NIC III)

David Eduardo Muñoz González



Mensaje del presidente de la FEMEGO

Muy estimados colegas:

Como una necesidad sentida por los Ginecólogos y Obstetras de México nacieron las Sociedades, Asociaciones y Colegios de la especialidad. Durante la VIII Reunión Nacional en Mexicali, B.C. nace la idea de conformar una Federación y es el 14 de Octubre de 1960 en la Reunión Nacional de Ginecología y Obstetricia en la ciudad de Monterrey que se oficializa la creación de la Federación Mexicana de Asociaciones de Ginecología y Obstetricia, ahora FEMEGO. Dentro de sus múltiples funciones está mantener actualizados a sus socios federados y a todos los profesionales de la medicina, en los avances científicos y tecnológicos sin olvidar el marco ético obligado en la práctica de nuestra noble profesión.

Los eventos académicos de mayor relevancia son los Congresos Mexicanos y corresponde a la Región II organizar el 59 Congreso Mexicano de Ginecología y Obstetricia en el 2008. El Colegio de Ginecología y Obstetricia de Mexicali, A C, con el profesionalismo y responsabilidad que le es característico, se ha dado a la tarea de conformar un programa científico de vanguardia, así como atractivas

actividades sociales. Una vez estudiada la logística correspondiente y para mayor comodidad de los asistentes, el Comité Organizador ha decidido realizar este magno congreso en la ciudad de Tijuana, B.C. Aprovechamos este espacio para reconocer ampliamente el apoyo y solidaridad que la Asociación de Ginecología y Obstetricia de Tijuana, A. C. está brindando para la realización de esta reunión académica.

El Comité Ejecutivo 2007-2009 de la FEMEGO tiene contemplado, en su plan de trabajo, un irrestricto apoyo al Comité Organizador para el logro del objetivo final: “un congreso de excelencia”.

Nuestra más cordial invitación a los profesionales de la medicina en general y a los ginecólogos y obstetras en particular, para que con su participación activa correspondamos a los esfuerzos de los organizadores.

Para nuestro beneficio y el de nuestras pacientes.

Dr. René Bailón Uriza

Presidente de la FEMEGO 2007-2009



Estimados compañeros Congresistas y Acompañantes:

La Región II de la FEMEGO otorgó el voto de confianza al Colegio de Ginecología y Obstetricia de Mexicali para ser el organizador del 59 Congreso Mexicano de Ginecología y Obstetricia a realizarse del 5 al 9 de octubre del 2008 en la ciudad de Tijuana, Baja California, lugar donde inicia la Patria.

Es una tradición presentar un programa académico para reafirmar y actualizar nuestros conocimientos acorde con el avance científico de nuestra especialidad y las necesidades de nuestro país.

El Comité Organizador del 59 Congreso preparó una serie de temas de gran relevancia para actualizar y ayudar en nuestra práctica profesional. Los retos son importantes para el desarrollo de la práctica clínica hospitalaria, respaldada por un número importante de profesores con prestigio en el ámbito nacional e internacional que lograrán que su asistencia al congreso sea redituable y agradable.

La *Expo-Gine* de este Congreso tendrá un giro importante que permitirá disfrutar de instalaciones adecuadas y cómodas junto con una serie de expositores de la industria farmacéutica, equipo con tecnología avanzada y de lo que nuestra región produce.

El Comité de Damas preparó diversas actividades para que los congresistas y sus familias disfruten la calidez cachanilla y puedan conocer nuestras bellezas naturales, como el avistamiento de ballenas en Ensenada, disfrutar una langosta tipo Puerto Nuevo y conocer los viñedos del Valle de Guadalupe; además de algunos recorridos en los centros comerciales de Tijuana y de la vecina ciudad de San Diego, California. Al concluir este congreso podrá disfrutar de los casinos de Las Vegas y otros más cercanos de nuestra región, como el de la Reservación India de Viejas.

Les deseamos que los cursos, simposia y conferencias les resulten interesantes y sean el foro adecuado para la discusión e intercambio de experiencias. Esta es la intención primaria con el atractivo de la oportunidad de encontrarse con los compañeros y conocer nuevos horizontes y bellos paisajes.

Dr. José Rojas Serrato

*Presidente de la Región II y del Comité
Organizador del 59 Congreso Mexicano de
Ginecología y Obstetricia*



Memorias de los cursos precongreso

CURSO INTERACTIVO DE COLPOSCOPIA AVANZADA**Bases morfológicas de la colposcopia****Impartió:**

Fernando de la Torre Rendón

Diagnóstico colposcópico de las lesiones escamosas del cuello uterino**Impartió:**

Roberto Guzmán Martínez

Institución:

Clínica de Colposcopia del Hospital Universitario Ángel Leaño de la UAG.

Edad: 24 años. Fecha de atención por primera vez: 31 de Enero del 2008. Sin antecedentes de interés para el padecimiento. Menarquia: 12, ritmo menstrual 24-28 x 3-5 eumenorreica, Gesta: 0, IVSA: 22. Método anticonceptivo: condón. FUPAP: Octubre del 2007 con reporte negativo para LEI y/o malignidad. Toma de biopsia: 23-11-2008 con reporte de LEI BG. Motivo de consulta: Segunda opinión, es manejada por su médico en forma conservadora por la edad. La paciente desea segunda opinión. Hallazgos a la Colposcopia: A la aplicación de solución salina se identifica zona de transformación en su totalidad con epitelio metaplásico aún inmaduro sin vasos visibles. Se aplica ácido acético al 5% y se observa lesión acetoblanca extensa que involucra los 4 cuadrantes y penetración a canal endocervical. Superficie elevada, márgenes bien definidos. A la aplicación de Sol. de lugol se aprecia toda la región de la lesión iodonegativa. Vagina: Zonas de micropapilomatosis distribuidas a nivel del introito vaginal. Vulva periné sin lesiones en el momento de la colposcopia. Impresión Colposcópica: Colposcopia no Satisfactoria a expensas de penetración a canal endocervical, y discrepancia entre diagnóstico citológico, histopatológico y Colposcópico. Se efectúa cono cervical por electrocirugía.

Diagnóstico anatomopatológico: Carcinoma Epidermoide Microinvasor, de 2 mm., de espesor en el espécimen, originado en la porción profunda del endocérnix y con borde quirúrgico tomado por la lesión: Sin afectación ectocervical. *Dada la edad de la paciente se decide pedir revisión por un grupo de patólogos por lo que se envía el bloque de parafina y las laminillas y se pide tinción de membrana basal.* El reporte fue el siguiente: Lesión Escamosa Intraepitelial de Alto Grado por Virus del Papiloma Humano con áreas de extensión glandular. Estudio negativo para elementos invasivos. Límite quirúrgico de endocérnix libre de lesión. Límite quirúrgico de exocérnix con cambios de tipo viral de Bajo grado, sin evidencia de neoplasia.

Comentario: Es de hacer notar que por la edad de la paciente con el reporte de PAP negativo y LEI BG en biopsia se decide manejar el caso en forma expectante. Sin embargo a la colposcopia se observaron datos que hacían sospechar Lesión de Alto Grado y penetración al canal endocervical, situación que no se tomó en cuenta en evaluación previa. Una vez con el reporte de la pieza de cono que correspondió a carcinoma microinvasor se decide otra opinión con un grupo de patólogos reconocidos en nuestro medio pidiendo tinción de membrana basal, con la sospecha de que probablemente los cortes primeros pudieron ser tangenciales. El reporte final correspondió a LEI de Alto Grado. Aún así llama la atención que se desarrolle esta lesión a los 22 años de edad con poco tiempo de vida sexual, y tan solo dos años y dos parejas sexuales, sin otros factores conocidos.

Diagnóstico colposcópico de lesiones glandulares del cuello uterino**Impartió:**

Gaspar Drusso Vera

Carcinoma microinvasor: ¿tratamiento conservador?**Impartió:**

Norberto Reyes Paredes

Tratamiento de la NIVU (caso clínico)

Impartió:

Jesús Cruz Martínez

Profesor adjunto del Diplomado en Colposcopia y Patología del Tracto Genital Inferior

FES Zaragoza, UNAM, México, DF.

La Neoplasia intraepitelial de la vulva es una enfermedad poco frecuente y desafortunadamente poco diagnosticada y eventualmente mal diagnosticada ya que con frecuencia es pasada por alto por el Ginecólogo.

En 1926 se publicó el primer caso sobre Carcinoma de Células Escamosas in situ de la Vulva y desde entonces esta enfermedad ha despertado interés en la comunidad científica, en los últimos años se han establecido Clasificaciones y Nomenclaturas de la enfermedad, así como también se ha establecido la estrecha relación con el Virus del Papiloma Humano.

El presente caso se trata de una paciente de 20 años quien tuvo un inicio de vida sexual a los 17 años y que después de un año de vida sexual (6 compañeros sexuales) acudió a revisión ginecológica de rutina y toma de PAP.

En el Cérvix dentro de los hallazgos se encuentra una Eversión Glandular amplia y una Lesión Acetoblanca en el R-5, a la cual se le tomó Biopsia.

La Vagina se observa sin lesiones.

En Vulva se observan imágenes papilares en la cara interna del labio menor izquierdo y múltiples lesiones condilomatosas planas en periné, en la cara externa del labio mayor izquierdo, se toma biopsia de la lesión más significativa.

El reporte Histopatológico fue de Neoplasia Intraepitelial Vulvar GIII.

Ante este resultado se programó a la paciente para la escisión quirúrgica de la lesión y se espera un mes para que cicatrice y se realice esferólisis de las lesiones restantes, un mes más tarde al cicatrizar continuamos con su Tratamiento con el esquema de Ácido Tricloro Acético al 85% en las zonas en donde se encontró la lesión originalmente hasta completar 10 sesiones, las cuales fueron una vez por semana.

En esta paciente se descartó la posibilidad de VIH, ya que refirió que dos de sus compañeros sexuales eran drogadictos.

Al concluir las 10 semanas del Tratamiento, se esperaron tres meses para nueva Vulvoscopy y Citología.

Hasta el momento actual la Vulvoscopy y Citología han sido normales es decir no se ha encontrado evidencia de lesiones que sugieran persistencia o recidiva de la enfermedad.

Los diferentes esquemas de tratamiento que se manejan en la actualidad van desde el uso del 5FU, Imiquimod, Ácido Tricloro Acético y la Escisión Quirúrgica y Esferólisis.

En el presente caso se utilizaron diversos tratamientos con la finalidad de poder erradicar la enfermedad en forma contundente, aunque también sabemos que esta enfermedad tiene posibilidades altas de recidivar.

A la paciente se le dio una plática informativa mencionándole que el tener múltiples parejas sexuales sin protección, aumenta la posibilidad de adquirir enfermedades de transmisión sexual y en particular Cáncer en vulva y cérvix.

Resaltar también los beneficios de la terapia coadyuvante, ya que si tratamos a nuestras pacientes con un solo método las posibilidades de curación disminuyen.

Tratamiento de la NIVA

Impartió:

Francisco R Guadarrama S

Tratamiento de la NIVU

Impartió:

Armando García A

Cirugía colposcópica en modelos inanimados con productos biológicos

Impartieron:

Grupo 1: Norberto Reyes Paredes

Grupo 2: Federico Castro Chávez

Ayudante en el manejo de productos biológicos

Impartió:

Víctor Márquez Tamez

ESTRATEGIAS PRESENTES Y FUTURAS EN LA ATENCIÓN DE LA MUJER EN EL CLIMATERIO

Perimenopausia y reproducción

Impartió:

Miguel Ángel Walter T

Anticoncepción en la perimenopausia

Impartió:
Rafael Chungaray

Consideraciones clínicas de la insuficiencia ovárica prematura

Impartió:
José Luis Neyro Bilbao

Nuevas opciones de tratamiento del síndrome vasomotor

Impartió:
José de Jesús Montoya Romero

Salud sexual y calidad de vida

Impartió:
Fernanda Río de la Loza

Salud cardiovascular: novedades en THR

Impartió:
Gilberto Tena Alavez

¿Debe el ginecólogo tratar a las pacientes con síndrome metabólico?

Impartió:
Imelda Hernández Marín

Osteoporosis en la práctica ginecológica

Impartió:
Alfonso Murillo Uribe

Fitoterapia y medicina alternativa: ¿realmente funcionan?

Impartió:
Cuauhtémoc Celis González

Manejo práctico de las terapias hormonales

Impartió:
José Alberto Hernández Bueno

Antirresortivos y osteoformadores: cómo decidir cuándo cada uno

Impartió:
Alfonso Murillo Uribe

Terapia hormonal y su relación con el cáncer ginecológico

Impartió:
Miguel Ángel López Valle

EL ENTORNO MÉDICO LEGAL

El ginecoobstetra y el derecho: vínculo indisoluble

Impartió:
Francisco Javier Robles Elías

La responsabilidad profesional médica es tan antigua como la misma humanidad y la percepción de “novedades” en este sentido es irreal. Ya en la cultura mesopotámica, en la compilación del Código de Hammurabi, que data del siglo XVIII aC, se encuentran los orígenes del derecho médico en relación a la responsabilidad.

Sin embargo, con cada vez nos enteramos de una alarmante mayor frecuencia de reclamaciones contra colegas médicos bajo el *argumento legal* de error, imprudencia, negligencia o daños provocados presuntamente como resultado de un acto médico. La mayoría de las ocasiones nuestra actitud se concreta a la de ser mudo testigo de las vicisitudes de nuestros compañeros, que como se ha demostrado hasta la saciedad, en la gran mayoría de las ocasiones la responsabilidad del resultado no recae en su persona, sin embargo el médico implicado sufre consecuencias personales, sociales, profesionales, psicológicas, y de otro tipo totalmente irreparables ante el marco jurídico vigente.¹

Las razones de esta ecuación son muelles, pero en nuestro caso concreto se pueden agrupar en dos generales: la percepción que del médico moderna se tiene por la sociedad actual y la frecuencia de eventos médicos en los que el

ginecoobstetra participa en el sistema nacional de salud.

Las estadísticas son claras; por un lado nuestra bella especialidad ocupa el lugar cúspide como mensajero de la salud, mientras que por el otro lado las estadísticas institucionales oficiales ubican a nuestra especialidad con el nada honroso primer lugar en el número de Conflictos Médico Legales. El incremento en México de estos asuntos es ahora motivo de plática obligada en sitios tan diversos, como la imaginación alcanza, los quirófanos, cafés, oficinas y cualquier otro imaginable son evidencia inobjetable de la situación que vivimos. ¡La sensibilidad sobre la profesión médica ha cambiado en sentido negativo!

Por si lo anterior no fuera suficiente, la práctica médica actual cada día más especializada con procedimientos diagnósticos y terapéuticos “nuevos” con riesgos inseparables que, unidos a una serie de factores, como una sociedad del bienestar que experimenta cambios tecnológicos y científicos rápidos e intensos, genera expectativas de salud en ocasiones inalcanzables, fomentando la creencia de que cuanto mayor es el alcance técnico de la medicina, mejores resultados se producen y esto es real, pero tiene sus límites no reconocidos por nuestros pacientes pero también por los responsables de dictar resoluciones judiciales, y también por que no decirlo, en ocasiones de nosotros mismos.

Y para complicar el escenario, el ejercicio de nuestra profesión esta inmerso a un sistema normativo caracterizado por sus falencias, su número ilimitado, y su contextualización nula ante las relaciones jurídicas nacidas del acto médico. La afirmación es temeraria pero útil: no existe un jurista en México que pueda afirmar, que domina, y quizás ni siquiera, que haya leído la totalidad de la normatividad aplicable a las ciencias de la salud. Es fácil inferir que ante nuestro nulo conocimiento del Derecho y sus “definiciones legales” muchas veces alejadas de su significado técnico, nos hacen cómoda presa de los abusadores del Derecho. ¡Nuestra noble profesión y nuestra persona inexperta en los temas judiciales se encuentran, ante el evento inesperado, abrumados ante el Conflicto Médico Legal!

Y con ello nace la necesidad de “prevenir” el Conflicto. Lo cuál es una misión difícil pero no imposible de lograr. La propuesta concreta en este sentido es establecer una analogía entre la historia natural de la enfermedad y el Conflicto Médico Legal con sus fases de premoción cuasi-perfectamente integradas, que de lograr incorporarse a lo cotidiano de nuestra práctica profesional proporcionarán

al Gineco-Obstetra un blindaje para resistir los embates a nuestra profesión.

Bajo esta perspectiva y considerando la ubicación que en el mundo médico tiene la Ginecología y Obstetricia se puede formular como hipótesis de trabajo, que bajo la dinámica de la sociedad actual, la actividad del Médico Gineco-Obstetra esta vinculada de manera indubitable al que hacer jurídico y que en el momento actual NO es posible concebir el ejercicio diario de esta bella especialidad sin riesgos inherente a todos y cada uno de los actos médicos realizados al cumplir con la finalidad del profesional de la salud en esta rama.

Por ello los objetivos particulares planteados en esta presentación son los siguientes:

Objetivos particulares del tema:

- Exponer en base a estadísticas nacionales y/o internacionales las bases que fundamentan la hipótesis consistente en que el derecho y la Ginecología y Obstetricia constituyen Ciencias indisolubles
- Discutir elementos generales de derecho aplicables a la Ginecología y Obstetricia.
- Ejemplificar con casos reales el origen de las “pseudo disputas” y los problemas inherentes a la teoría de la definición que afectan al ginecoobstetra.
- Establecer con precisión jerárquica las normas legales que sujetan la práctica profesional del ginecoobstetra.
- Enfatizar las semejanzas teóricas de la Historia Natural de la Enfermedad con la evolución del Conflicto Médico Legal
- Estimar el valor de utilizar medidas de protección al Conflicto Médico Legal en las diferentes etapas

REFERENCIAS

1. Arimany J; La medicina defensiva: un peligroso boomerang. HUMANITAS Humanidades Médicas, Tema de mes on-line No 12, febrero 2007 Unitat Médico Legal. Àrea de Praxi. Col·legi Oficial de Metges de Barcelona. Barcelona.

Escenarios diversos en el conflicto médico-legal

Impartió:

José Luis Minjares Robles

Exposición de un caso concreto

Impartió:

Carlos Negreros Castillo

La historia clínica y el consentimiento válidamente informado: perspectiva integradora médico-jurídica**Impartió:**

Klaus C Okhuyensen Cerda

Las prestadoras de servicios de “protección jurídica al médico”**Impartió:**

José Luis Minjares Robles

Prevención primaria específica

Impartió:

Francisco Javier Robles Elías

Bajo el esquema propuesto la analogía de historia natural de la enfermedad con el Conflicto Médico Legal la protección primaria específica debe entenderse como aquel conjunto de hechos que el Médico debe de realizar ante el advenimiento del “evento inesperado” y no del “error médico” como se ha dado en llamar en nuestra literatura, *en virtud* de que este último tiene una connotación que establece ipso facto un juicio de valor peyorativo hacia el profesional de la medicina.

El evento inesperado atendiendo sus vocablos, significa en el ámbito médico “todo acontecimiento o suceso súbito, repentino, fortuito y espontáneo que nace como consecuencia del acto del profesional sanitario.

La bibliografía mundial presenta mutiles reportes de eventos catalogados como y este es el *principal factor de riesgo* para el establecimiento del Conflicto Médico Legal, teniendo como característica distintiva, que con mayor frecuencia a lo recomendado es subestimado por el médico tratante sin analizar las posibles repercusiones que su presencia puede tener como elemento central base del Conflicto Médico Legal.

La presencia del “evento inesperado”, error médico para otros, es connatural al ejercicio de la medicina y no precisa y afortunadamente como muestran las estadísticas, derivado del actuar único del ginecoobstetra sino por

los mecanismos complejos de los sistemas de salud, que siendo una cadena de eslabonas, ubican al médico como centro de atención ante el Conflicto Médico Legal.

Por ello ante la inesperada ocurrencia de un evento inesperado con consecuencias tanto en salud como en la economía de nuestros pacientes, es nuestro deber preventivo para el futuro jurídico activar nuestros mecanismos de defensa personal. que en síntesis se enuncian a continuación:

- Mantener buena comunicación entre médico y paciente
- Analizar y re-evaluar la historia clínica
- Elaborar un escrito especial y único
- Obtener otros elementos de prueba

Los dos primeros puntos, por su trascendencia serán repetidos hasta la saciedad, sin embargo los dos últimos de ejecutarse ademadamente constituirán elementos de gran valor en el proceso, y por ello es altamente recomendable que Inmediatamente después de ocurrido el mal resultado, tomar nota a manera de apunte personal de todos y cada uno de los detalles que rodearon al hecho.

Y se propone inmediatamente en razón de que la memoria es reciente y fácil de reproducir en el texto escrito, y no como se ha podido observar que al paso del tiempo, el olvido y la imprecisión se hacen presentes cuando se necesita en el proceso la mayor de las exactitudes para no ubicarse en el plano de la contradicción y la confesión defectuosa de los hechos, situaciones de gran valor como elementos de convicción para el juzgador.

En el apunte deberá de incluirse al menos los siguientes razonamientos:

- Concretar cronológicamente los sucesos (¿qué sucedió?)
- Enlistar las personas presentes (¿posibles testigos?)
- Describir la conducta de la paciente y sus familiares ante el evento (actitudes en pro o en contra, fundamentalmente incumplimiento de indicaciones)
- Detalles de eximentes de responsabilidad civil o penal
- Describir detalladamente los actos realizados por el equipo Médico – quirúrgico (¿qué se hizo, por quien y por qué?)
- Enlistar hipótesis de causalidad (¿por qué creemos que se produjo el evento inesperado?—relación causa

- efecto)
- Analizar la posible participación de otros responsables (¿Responsabilidad institucional? ¿mantenimiento de equipo?)
- Anatomía patológica y otros estudios (cuándo y a quién fueron solicitados, o motivos de su no-realización)
- Búsqueda bibliográfica respecto de lo que correspondía hacer y/o consultar con expertos
- No discutir con personas extrañas que pudieran constituirse en testigos de cargo. (abogados, médicos, enfermeras, etc.)
- Comparar anotaciones y resultados de la búsqueda bibliográfica con lo consignado en la historia clínica y extraer conclusiones.
- Conservar en poder propio fotocopia foliada de la historia clínica debidamente certificada

Esta información es básica para lograr demostrar que nuestra actuación fue apegada a la ciencia médica, evitando con ello ubicarse dentro de los supuestos de *mala praxis médica*. El concepto difuso que nuestra CONAMED ofrece de *lex artis* en su reglamento (Fracc. XV, art. II) textualmente expresa: “El conjunto de reglas para el ejercicio médico contenidas en la literatura universalmente aceptada, en las cuales se establecen los medios ordinarios para la atención médica y los criterios para su empleo” es digno de análisis, en virtud que las circunstancias de modo, tiempo, lugar y oportunidad, donde se ejercita la profesión hacen imposible trabajar con las “reglas universalmente aceptadas” para el ejercicio médico y su regla es la diversidad, haciendo ilusoria la pretensión de trabajar con lo mismo en todos los hospitales.

Objetivos particulares del tema:

- Enlistar un mínimo de cinco actos personales protectores del conflicto a realizar ante el evento inesperado.
- Discutir el concepto de la *lex artis medicas* con base a la definición expresa del reglamento de la CONAMED y sus implicaciones legales para el ginecoobstetra.
- Estimar quien o quienes motivan al Conflicto Médico Legal y quien o quienes son los principales promotores de una sentencia condenatoria o absolutoria.

Prevención secundaria y terciaria del conflicto médico-legal

Impartió:

José R Manzano García

Repercusiones positivas y negativas de la judicialización de la medicina

Impartió:

José R Manzano García

ACTUALIDADES EN MEDICINA MATERNOFETAL

Posición de la FEMEGO ante el conflicto médico-legal

Impartió:

René Bailón Uriza. *México, DF*

Diagnóstico prenatal en el primer trimestre

Impartió:

Manuel Porto

Avances en marcadores predictivos sonográficos y bioquímicos de la preeclampsia

Impartió:

Juan Fernando Romero Arauz

Guía práctica clínica del parto pretérmino

Impartió:

Ángel García Alonso

Diagnóstico y manejo prenatal del embarazo múltiple

Impartió:

Francisco Ibargüengoitia O

Manejo de la rotura prematura de membranas pretérmino (menos de 32 semanas)

Impartió:

Juan Fernando Romero Arauz

Estrategias para predecir y prevenir el óbito recurrente

Impartió:

Guillermo Jiménez Solís

Manejo de la paciente con trasplante renal y embarazo

Impartió:

Ángel García Alonso. *México, DF*

Manejo actual del feto con restricción del crecimiento intrauterino

Impartió:

Antonio Briceño Sainz

Manejo integral de la paciente con preeclampsia severa

Impartió:

Alfonso Luis Salmón R

Diagnóstico y manejo de pacientes con púrpura trombocitopénica autoinmune

Impartió:

Sergio Fajardo Dueñas

Estado actual en el diagnóstico y tratamiento de la diabética embarazada

Impartió:

José Antonio Ayala M

Manejo de la hemorragia obstétrica del tercer trimestre y puerperio

Impartió:

José Juan Castañeda V

CÁNCER DE MAMA: MITOS Y REALIDADES

Epidemiología del cáncer de mama

Impartió:

Paola Iturralde RP

Mastodinia: ¿cuáles son sus causas?

Impartió:

Carlos Leal

Secreción vs descarga: ¿cuál es la diferencia?

Impartió:

Carlos Aranda Flores

Enfermedad proliferativa de la mama

Impartió:

Mario A Chávez Zamudio

Genética en cáncer de mama

Impartió:

Ricardo García Cavazos

Ultrasonido en la patología mamaria

Impartió:

Cecilia Ortiz

Mastografía digital vs analógica. Lineamiento de RMI

Impartió:

Cecilia Ortiz

Qué hacer con Brca 1 y Brca 2 positivos

Impartió:

Ricardo García Cavazos

¿Cómo definimos a una paciente de alto riesgo?

Impartió:

Javier Gomezpedroso Rea

Abordaje de las lesiones no palpables

Impartió:

Carlos Aranda Flores

Terapia hormonal y cáncer de mama: mitos y realidades

Impartió:

Javier Gomezpedroso Rea

**BASES ACTUALES DE LA CIRUGÍA
ENDOSCÓPICA**

Historia de la endoscopia en México: generalidades

Impartió:

Miguel Ángel Perea Ruelas

Indicaciones, contraindicaciones, ventajas y desventajas en cirugía laparoscópica

Impartió:

Ramón Castellanos Sáenz

Requisitos, equipos e instrumental

Impartió:

Rodolfo Treviño Alanis

Anestesia en cirugía endoscópica (laparoscópica e histeroscópica)

Impartió:

Sobeyda Haro

Técnica quirúrgica en laparoscopia

Impartió:

Marco A López Zepeda

Corte, hemostasia y suturas

Impartió:

Rodolfo Treviño Alanis

Curva de aprendizaje del cirujano endoscopista

Impartió:

Marco A López Zepeda

Panorama en cirugía laparoscópica

Impartió:

Rodolfo Treviño Alanis

Equipo e instrumental en cirugía histeroscópica

Impartió:

José Ma. Mojarra Estrada

La histeroscopia es sin duda una de las técnicas endoscópicas más útiles para la práctica diaria en la ginecología moderna que ha venido a revolucionar la manera de abordar y tratar la patología intrauterina.

Para llevar a cabo estos procedimientos endoscópicos los instrumentos han ido evolucionando desde los primeros utilizados por Desormeaux (1853) hasta los modernos equipos que utilizamos hoy en día.

Es importante conocer los equipos e instrumental para realizar los procedimientos con eficiencia y seguridad. Los equipos constan de las cámaras, fuentes de iluminación, equipos para la infusión del medio de distensión y las fuentes de energía. Estos han sido mejorados y tienen cada vez mayor definición, poder, eficiencia y seguridad.

El instrumental histeroscópico es muy amplio. En primer termino la óptica, existen lentes de 2 a 5 mm de 0,12 y 30 grados, los cuales permiten evaluar la cavidad uterina y trabajar con precisión.

Las camisas histeroscópicas diagnósticas y operatorias, varían en sus diámetros y fluctúan de 2 a 9 mm. Las hay para cirugía histeroscópica mecánica, con flujo continuo y canales operatorios de 5 French en su mayoría. Estos canales de trabajo permiten utilizar pinzas de biopsia, de agarre, tijeras rígidas y semirrígidas, agujas bipolares con las cuales se puede cortar y coagular con seguridad. Así como pasar a través de ellos catéteres como el de Novy para el tratamiento de la obstrucción tubárica proximal o bien los nuevos equipos de esterilización histeroscópica.

Un avance importante en la cirugía histeroscópica ha sido el desarrollo de modernos y eficientes equipos de resectoscopia los cuales existen de 7 y 9 mm (22 y 26 French), pueden utilizar energía monopolar o bipolar. Estos permiten tratar de manera exitosa los miomas submucosos, pólipos endometriales, tabiques uterinos y realizar ablación endometrial.

Medios de distensión en histeroscopia

Impartió:

José Fugarolas Marín

Indicaciones en cirugía histeroscópica**Impartió:**

José Ma. Mojarra Estrada

La histeroscopia está indicada cuando se sospecha cualquier forma de patología intrauterina y se requiere su diagnóstico y tratamiento. Es preciso conocer sus indicaciones, contraindicaciones, preparación y conocer adecuadamente el equipo e instrumenta histeroscópico.

Este procedimiento es de gran utilidad para el diagnóstico y tratamiento dirigido de la hemorragia uterina anormal, es muy útil para el diagnóstico del sangrado en la perimenopausia, con la posibilidad de ver con claridad el interior de la cavidad uterina y tomar biopsias dirigidas. Por supuesto en los casos de miomas submucosos y pólipos endometriales en mujeres en edad reproductiva, causa común de sangrados irregulares y en ocasiones de infertilidad, la resección histeroscópica es altamente eficiente.

La hemorragia uterina disfuncional refractaria al tratamiento médico puede ser tratada a través de la ablación endometrial, evitando los riesgos y costos de la histerectomía, por supuesto siendo un procedimiento ambulatorio y además permite una más pronta reincorporación a las actividades laborales y físicas.

Está indicada para el diagnóstico, localización y extracción de cuerpos extraños, como el dispositivo o los restos óseos.

En el diagnóstico y tratamiento de la infertilidad, se realiza de rutina antes de la fertilización in vitro una histeroscopia diagnóstica en el consultorio, cuando en la histerosalpingografía se aprecia algún defecto de llenado o bien se sospecha de anomalías Mullerianas, la histeroscopia permite su diagnóstico y tratamiento efectivo.

Actualmente el estándar de oro para la corrección de los tabiques uterinos es la metroplastia histeroscópica. Las sinequias intrauterinas se seccionan fácilmente con la ayuda de las tijeras histeroscópicas o con el resectoscopio.

La obstrucción tubárica proximal se trata de manera eficaz con el empleo del catéter de Novy, ofreciendo tasas de embarazo del 40 al 50% después de la canulación tubaria.

Actualmente con el desarrollo de los nuevos dispositivos intratubarios se pueden colocar por vía histeroscópica

en el consultorio, evitando el ingreso al quirófano, anestesia y las heridas abdominales.

La histeroscopia está contraindicada en paciente con infección genital activa, sangrando profusamente o menstruando, en mujeres con carcinoma endometrial, embarazadas, también cuando no se cuenta con el entrenamiento ni el equipo apropiado.

Panorama de la cirugía histeroscópica**Impartió:**

Marco A López Zepeda

REPRODUCCIÓN ASISTIDA: HECHOS Y CONTROVERSIAS**PGD: una opinión práctica****Impartió:**

Efraín Pérez Peña

Marcadores biológicos de la reserva ovárica**Impartió:**

Juan C Hinojosa Cruz

Reproducción asistida y cáncer**Impartió:**

Jaime A Escárcega P

VIH y reproducción humana**Impartió:**

Jorge Alejandro Michell

Criopreservación de gametos y tejido gonadal**Impartió:**

Efraín Pérez Peña

Maduración ovular *in vitro***Impartió:**

Rocío Martínez

HOC: agonistas vs antagonistas de GnRH en reproducción asistida

Impartió:

Alberto Kably Ambe

Reproducción asistida: ¿hasta cuándo es suficiente?

Impartió:

Pedro Galache Vega

Donación de gametos y embriones, apertura ¿parcial o total?

Impartió:

Víctor Batiza Resendiz

Conducta terapéutica de la paciente estéril con miomas

Impartió:

Pedro Galache Vega

Inhibidores de la aromatasa: hechos y evidencias

Impartió:

Juan C Hinojosa Cruz

Papel de la cirugía tubárica en la era de la fertilización *in vitro*

Impartió:

Henry Mateo Saenz

IMAGENOLOGÍA EN OBSTETRICIA

Imagenología en obstetricia: antecedentes, estado actual y futuro

Impartió:

José Roberto Ahued Ahued

Institución:

Grupo GEN, México, DF.

Hablar de Imagenología en Obstetricia sin duda es mentar una verdadera revolución en medicina y en especial si se trata del ultrasonido en ginecoobstetricia.

Ha partir del siglo XVII se hace notar el U.S. como un fenómeno de la naturaleza cuando el biólogo Italiano

Lázaro Spallanzani descubre en 1700 la existencia de estas ondas observando como los murciélagos se guían en la oscuridad y atrapan a sus presas.

En la primera mitad del siglo XIX (1803-1853) el físico y matemático austriaco Christian Andreas Doppler presenta su trabajo sobre el efecto Doppler observando ciertas propiedades de la luz en movimiento que eran aplicables a las ondas del ultrasonido. Sobre esta base los japoneses 100 años después desarrollaron lo que hoy conocemos como la aplicación del efecto Doppler en el ultrasonido.

En la segunda mitad del siglo XIX los hermanos Pierre y Jaques Curie descubren las propiedades de algunos cristales conocidas como “efecto piezo eléctrico” que sirve de base para la utilización de las ondas de ultrasonido.

A principios del siglo XX se realiza una de las primeras aplicaciones en el área de la marina, después de que el físico francés Paul Langevin inventara el sonar para localización de submarinos, en la aviación y en la medicina diagnóstica y terapéutica.

Terminando la segunda guerra mundial investigadores japoneses, americanos y de algunos países europeos fabrican los primeros prototipos para el diagnóstico médico en modo A (amplitud) análogo y posteriormente en modo B (Bright) con imagen analógica.

En la época de los cincuenta es aceptado en las sociedades médicas como instrumento diagnóstico en medicina. El primer artículo publicado fue en la revista Lancet en 1958 en un grupo de 100 pacientes normales y con patología abdominal.

A comienzos de los setenta se introduce el *scan converter* con lo que se logran las primeras imágenes de la anatomía en escala de grises, se agregan los microprocesadores controlados logrando imágenes en tiempo real de alta resolución.

Con esto se inicia la aceptación de esta técnica inocua de bajo costo y con la posibilidad de ser portátil, imágenes digitales de alta resolución recurso que permite valorar al feto con mayor detalle que la simple palpación y auscultación.

En la actualidad se considera que ninguna sala obstétrica deba carecer de esta tecnología.

De acuerdo con Avedis Donavadian la calidad de los medios diagnósticos depende del tipo de equipo, del profesional que lo maneja e interpreta y del informe que se reporta.

Dependerá si el equipo que se adquiere sea para una

consulta ginecoobstétrica normal a la que se debe utilizar en casos de embarazo de alto riesgo que requiere de un equipo de alta definición manejado por personal capacitado y que recurra ante cualquier duda a una interpretación de todo el equipo para tener un consenso y permita una credibilidad total del diagnóstico.

La capacitación marcará el nivel del profesional que realice el estudio; un primer nivel que permitirá un diagnóstico de la gestación, su número, ubicación, vitalidad y edad gestacional con mucha aproximación, dejando un segundo nivel para embarazos de alto riesgo que requieran identificar un crecimiento armónico, ubicación de la placenta, identificación de cualquier anomalía, la cantidad de líquido amniótico y la vascularidad del cordón umbilical, entre otros datos; siendo la referencia a un tercer nivel para quien se dedique al diagnóstico prenatal con formación obstétrica sólida, dedicado en forma especial a esta temática capacitado para realizar técnicas intervencionistas y con características personales y humanas que le permitan relacionarse y comunicarse con el médico y la gestante en situaciones muchas veces límite.

De acuerdo con el F. Bonilla puede decirse que en la actualidad existen 2 épocas en ginecoobstetricia: antes y después del ultrasonido.

Su versatilidad, inocuidad, exactitud y rapidez hacen un procedimiento de gran apoyo diagnóstico y terapéutico; se está generalizando la realización de densitometría ósea, cálculo del lente intraocular en Oftalmología, U.S. con material de contraste, la utilización de segundas armónicas para estudio de estructuras profundas con Buena resolución.

El futuro del U.S. es el desarrollo completo de la tercera dimensión y la tercera dimensión en tiempo real. La utilización completa del programa TUI (Imagen Ultrasónica Térmica) que permite observar cortes que forman el volumen de las estructuras, igual se han manifestado estudios dinámicos de la glándula mamaria y la angiografía cardiaca. Todas las empresas están desarrollando equipos para utilizarse en Reumatología, estructuras superficiales en Odontología y desde luego en cirugía laparoscópica.

Por último su utilización por los astronautas, se están haciendo estudios en sus propios cuerpos con el fin de controlar su estado de salud en el espacio.

Finalmente en primer lugar se permiten estudios seccionales de la anatomía inaccesibles, en las líneas de investigación actual nos encaminamos hacia diagnósticos

funcionales y hacia aplicaciones terapéuticas guiadas por U.S. basados en fabricación en miniatura de los transductores y los desarrollos de la medicina en imágenes moleculares.

Imágenes ultrasonográficas con valor diagnóstico

Impartió:

José A Ramírez Calvo

Marcadores ultrasonográficos del primer trimestre (regurgitación tricuspídea, TN, hueso nasal, ducto venoso)

Impartió:

Mario E Guzmán Huerta

Marcadores ultrasonográficos del segundo trimestre (pliegue nucal, foco ecogénico, dilatación pielocalicial)

Impartió:

Juan M Gallardo Gaona

Abordaje integral del feto con defectos estructurales en el primer y segundo trimestre

Impartió:

Verenice Velázquez

Evaluación cervical como factor pronóstico para parto pretérmino

Impartió:

Antonio J Briseño Sainz

Bases físicas del Doppler color y Doppler pulsado

Impartió:

Guillermo Gómez Partida

Diagnóstico, clasificación y seguimiento de fetos con restricción del crecimiento

Impartió:

Mario E Guzmán Huerta

Arterias uterinas como factor predictor de preeclampsia y restricción del crecimiento

Impartió:

Dra. Sandra Acevedo G

Procedimientos invasores guiados por ultrasonido

Impartió:

Juan M Gallardo Gaona

Toma de decisiones en fetos con anemia hemolítica con métodos ultrasonográficos

Impartió:

Dra. Sandra Acevedo G

Aplicaciones en investigación de la tercera dimensión

Impartió:

Lizbeth Camargo Marín

Evaluación de los marcadores del perfil biofísico: revaloración de las puntuaciones

Impartió:

Gerardo Auriolos López

Ultrasonografía en embarazo ectópico

Impartió:

Francisco J Gómez Plascencia

Evaluación de la función ovárica por ultrasonido

Impartió:

Gerardo Auriolos López

DE LA CITOLOGÍA VAGINAL A LA VACUNA DEL VPH

Evolución histórica de los estudios de citología cérvico-vaginal

Impartió:

José A Sereno Coló

El sistema Bethesda

Impartió:

Beatriz Sereno Gómez

Especificidad y sensibilidad de la citología cervicovaginal

Impartió:

Patricia Alonso de Ruiz

Citología en base líquida: marcadores inmunoquímicos

Impartió:

Beatriz Sereno Gómez

Correlación: citología-colposcopia-patología

Impartió:

José A Ruiz Moreno

Diagnóstico citológico de las lesiones precursoras del cáncer y alteraciones reactivas

Impartió:

Patricia Alonso de Ruiz

El fenómeno de la atrofia genital y sus efectos simuladores

Impartió:

José A Sereno Coló

Las infecciones cervicovaginales y las posibilidades de confusión diagnóstica en citología vaginal

Impartió:

Gildardo Escobel Ruvalcaba

Errores comunes en la práctica colposcópica

Impartió:

José A Ruiz Moreno

ENFOQUE ACTUAL DEL DIAGNÓSTICO PRE-NATAL

El diagnóstico prenatal en México: ¿dónde estamos?

Impartió:

Ricardo García Cavazos

El impacto del diagnóstico prenatal y defectos al nacimiento

Impartió:

Ricardo García Cavazos

Diagnóstico ultrasonográfico de defectos estructurales entre las 11 y 13.6 semanas

Impartió:

Juan Manuel Gallardo Gaona

Evaluación placentaria entre las 11 y 13.6 semanas: ultrasonido y marcadores bioquímicos

Impartió:

Dra. Lizbeth Camargo Marín

Nuevo algoritmo para el tamizaje de cromosomopatías entre las 11 y las 13.6 semanas

Impartió:

Antoni Borrell

Procedimientos diagnósticos invasores en el primer trimestre

Impartió:

Antoni Borrell

Nuevas técnicas moleculares para el diagnóstico prenatal de aneuploidias cromosómicas

Impartió:

Ricardo García Cavazos

Factibilidad y confiabilidad del STIC para la evaluación cardíaca durante el primer y segundo trimestre

Impartió:

Lizbeth Camargo

Neurosonografía 2d y 3d en fetos con RCIU

Impartió:

Jesús Andrés Benavides Serralde

Marcadores bioquímicos y ultrasonográficos de disfunción cardíaca en fetos con RCIU

Impartió:

Jesús Andrés Benavides Serralde

Sesión práctica. Tamizaje de cromosomopatías en el primer trimestre

Impartió:

Antoni Borrell

Evaluación placentaria

Impartió:

Lisbeth Camargo

Estado actual de la cirugía endoscópica fetal en Latinoamérica

Impartió:

Mario E Guzmán Huerta

Evaluación no invasora de la anemia fetal

Impartió:

Sandra Acevedo Gallegos

Evaluación citogenética de las pérdidas gestacionales tempranas

Impartió:

Antoni Borrell

Imprinting, sobrecrecimiento y defectos al nacimiento

Impartió:

Ricardo García Cavazos

Registro e introducción al curso

Impartió:

Luis C. Uribe Ramírez

ACOG. ESCENARIOS QUIRÚRGICOS EN GINECOLOGÍA

Cuidados pre, trans y posoperatorios en cirugía ginecológica

Impartió:

Gilberto Tena Alavez

Histerectomía abdominal: complicaciones, prevención y tratamiento oportuno

Impartió:

Luis C. Uribe Ramírez

Tratamiento laparoscópico en endometriosis avanzada

Impartió:

Luis Álvarez Gil.

Institución:

Instituto de Laparoscopia Avanzada Ginecológica. Universidad de Guanajuato, Hospital Ángeles León, León, Guanajuato, México.

La endometriosis denota un término genérico para referirse a la presencia de tejido endometrial fuera de la cavidad uterina. De acuerdo con las hipótesis etiohistopatogénicas actuales la Enfermedad Endometriósica pudiera ser considerada como tres entidades diferentes: Endometriosis Peritoneal, Endometrioma Ovárico y Nódulo Endometriósico. Cada una de ellas tiene un origen particular y un aspecto histopatológico distintivo y diferente, de tal manera que su abordaje Laparoscópico es también diferente y lo vamos a abordar.

De acuerdo con la clasificación mas aceptada, la endometriosis avanzada sería aquella que reuniera más de 40 puntos en las hojas descriptivas del reporte. Por desgracia el sistema de clasificación solo nos dice que una paciente presenta más lesiones que otra, no nos ofrece especificidad diagnóstica, no nos permite contrastar resultados con otras investigaciones,

ni podemos establecer pronósticos de nuestro actuar médico, ni siquiera podemos hablar el mismo lenguaje, todo porque aún no tenemos definida su etiopatogenia.

Tratamos quirúrgicamente a una enferma con endometriosis por 3 razones: Dolor, Masa Pélvica o Esterilidad. El dolor pélvico crónico y progresivo producido por la endometriosis peritoneal o por un nódulo endometriósico requiere con mucha frecuencia tratamiento quirúrgico. El procedimiento primario sería la escisión del tejido endometriósico en su totalidad y en donde se encuentre y, de manera complementaria, practicamos un procedimiento quirúrgico antiálgico de denervación: Ablación o Corte de Ligamentos Útero-Sacros, la ablación o resección del “arcus Taurinus” o una Neurectomía Presacra. La endometriosis peritoneal no infiltrante produce dolor pélvico en base a la activación química de nociceptores en la pelvis por la liberación de mediadores como prostaciclina, bradicininas, interleucinas y productos inflamatorios de los macrófagos; en estadios más avanzados la activación de los nociceptores es mecánica por la infiltración de la endometriosis o por los cambios isquémicos causados por la fibrosis e hiperplasia tisular secundaria alrededor de los implantes, lo que activa los receptores Tipo-C para la transmisión del dolor. El dolor pélvico es transmitido por vía simpática y parasimpática, las fibras simpáticas emergen de los segmentos lumbares L-1 a L-4 formando el plexo hipogástrico, se cruzan en el promontorio sacro y se dividen en dos nervios mayores para formar el plexo profundo pélvico, antes de inervar a los diferentes órganos pélvicos. Las fibras parasimpáticas entran a la pelvis a través de los nervios sacros procedentes de S-2 a S-4, viajan cerca de los nervios pélvicos para formar el plexo de Lee-Frankenhauser en los dos tercios anteriores de los ligamentos útero-sacros, dirigiéndose al cervix. Curiosamente existe evidencia de que la enfermedad endometriósica misma tiene la capacidad de generar tejido nervioso, lo que fundamenta aún más su tendencia a producir dolor localizado. Los resultados quirúrgicos que combinan la resección del tejido endometriósico y cualquiera de las tres técnicas de interrupción neuronal son muy buenos, con porcentajes que varían entre el 60% y 95% de ausencia de dolor (dismenorrea, dispareunia, disquecia).

Con respecto al manejo laparoscópico del endometrioma quedan ya muy pocas dudas de los beneficios otorgados con la remoción total de la cápsula contra la apertura, drenaje y ablación de la misma. La frecuencia de recurrencia

es significativamente menor, el dolor pélvico desaparece mayormente y la frecuencia de embarazos es mayor con la extracción total de la cápsula. Tal parece que sin usar fuentes de energía la conservación de tejido reproductivo viable es mayor y el pronóstico reproductivo se incrementa.

El punto de mayor discusión se centra en los beneficios reproductivos de la cirugía laparoscópica en tiempos de la fertilización *in vitro*. Dejando a un lado los estadios mínimos y leves, la endometriosis en estadios moderada y severa se ven altamente beneficiadas por la cirugía laparoscópica pues, primero se restituye la conformación anatómica, liberando a los órganos pélvicos y devolviéndole movilidad al intestino y segundo evitando el crecimiento de la enfermedad. No hay que olvidar que el objetivo final del tratamiento es devolver la salud a la paciente, que se consigue con la eliminación de la enfermedad y no solo con el logro de un embarazo.

Información reciente en pacientes con enfermedad endometriósica sometidas a laparoscopia por fracaso en múltiples tratamientos de fertilización, muestran que el 75.8% lograron el embarazo posterior al tratamiento Laparoscópico. Es realmente increíble que sometan a pacientes a fertilización *in vitro* sin haberles practicado una laparoscopia.

El manejo Laparoscópico de la endometriosis avanzada es seguro y sus indicaciones son muy claras, representado ventajas inobjetables contra la cirugía abierta, quedando esto plasmado en múltiples publicaciones y metanálisis.

Dolor pélvico crónico: reto diagnóstico y terapéutico

Impartió:

Claude Alain Paire Serrier

Cirugía laparoscópica en pacientes obesas

Impartió:

Gilberto Tena Alavez

Prolapso genital total

Impartió:

Edna Cortés Fuentes

Principios básicos para la cirugía de consultorio

Impartió:

Luis C Uribe Ramírez

Sangrado uterino anormal. Nuevas alternativas en su manejo

Impartió:

Luis Álvarez Gil

Institución:

Instituto de Laparoscopia Avanzada Ginecológica. Universidad de Guanajuato, Hospital Ángeles León, León, Guanajuato, México.

El sangrado uterino anormal compone un estado patológico que se presenta de manera constante y frecuente en nuestra consulta ginecológica (1 de cada 5 entre los 35 y 49 años de edad) afectando al 22 al 64% de las mujeres, que de acuerdo al nivel de sangrado, determina diferentes manifestaciones clínicas: anemia, fatiga, irritabilidad, depresión o deterioro de la calidad de vida. Un ciclo menstrual normal lo definiremos como una presentación espaciada por un periodo de 25 a 31 días y con una duración de 2 a 6 días. La cantidad de sangrado en estos patrones equivale a una pérdida aproximada de 20 a 60 ml; de tal manera que llamamos menorragia a la presencia de un sangrado cíclico mayor a 80 ml por periodo, lo que condiciona la presencia de anemia en el 66% de las mujeres con tal pérdida. Por otra parte identificamos a la menometrorragia como una pérdida sanguínea menstrual irregular y cuantiosa. Estas dos condiciones colaboran con el 30 al 35% de las histerectomías que se practican en todo el mundo, lo que no es un problema menor.

Las principales causas reconocidas de este problema son los desequilibrios hormonales con una alteración de eje hipotálamo-hipófisis-ovario, la adenomiosis, la miomatosis uterina y las discrasias sanguíneas. La incorporación de la histeroscopia en el estudio del sangrado uterino anormal nos ha mostrado otras cosas. Mientras que en los extremos de la vida fértil las alteraciones del eje hipotálamo-hipófisis-ovario dan como consecuencia un sangrado uterino disfuncional, en el transcurso de la madurez de este periodo, son otras las causas más frecuentes del sangrado, considerándolo como sangrado uterino anormal y no disfuncional. En un estudio aún no publicado realizado en nuestra unidad en 750 mujeres estudiadas con histeroscopia por menorragia, encontramos

una incidencia de endometritis subclínica en el 37% de las pacientes, ocupando esta entidad el primer lugar como causa del sangrado, tanto así que el 81% de las pacientes sólo requirieron de manejo antimicrobiano para el cese del sangrado, el 19% restante fue manejado además con otros recursos terapéuticos.

Los métodos terapéuticos reconocidos para el manejo del sangrado uterino anormal son la administración de hormonales orales o de depósito y cuando este persiste, la toma de biopsia, el legrado uterino-biopsia o bien la histerectomía. No existe ninguna evidencia de Nivel-I (Estudio controlado, aleatorizado y cegado) sobre el valor terapéutico, prolongado y sostenido del uso de hormonales, ni del Legrado Uterino, para el control de la menorragia.

En los Estados Unidos una de cada tres mujeres mayores de 60 años ha sido sometidas a histerectomía, se practican alrededor de 700,000 histerectomías por año. Una situación semejante sucede en el Reino Unido con 400,000 histerectomías al año. La pregunta obligada sería si la histerectomía es el “Gold Standard” del manejo del sangrado uterino anormal.

Como en todo, el diagnóstico es fundamental, establecer la causa de sangrado nos da la pauta para actuar y es aquí, donde las técnicas de mínima invasión juegan un papel central. Cualquier tratamiento de invasión mínima requiere descartar malignidad, éste es el paso más importante del tratamiento. Las técnicas de mínima invasión las podemos dividir en:

El protocolo de estudio incluye citología, biopsia endometrial e histeroscopia diagnóstica. El mercado ha sido invadido por los desarrollos tecnológicos para los procedimientos de ablación endometrial global, cuyos dispositivos son introducidos fácilmente a la cavidad uterina con el propósito de destruir el endometrio con diversas fuentes: globos de diversos materiales llenados con líquidos a al-

<i>Histeroscópicas:</i>	Resectoscopia total
	Resectoscopia parcial o dirigida
	Ablación global
	Histeromorcelador
<i>Laparoscópicas:</i>	Histerectomía total
	Histerectomía supracervical

tas temperaturas 75-90° C; energía monopolar o bipolar acoplada a mallas, láser de contacto, dispositivos de congelamiento endometrial o bien de disipación de microondas a corta distancia. Todos presentan ventajas particulares

y es necesario acudir a un curso de adiestramiento, pero en todos la curva de aprendizaje es sumamente rápida y segura. Nuestra experiencia es mayor con el equipo de microondas que utilizamos por primera vez en México en Septiembre del 2000 y en Noviembre del 2001, presentamos los resultados de nuestros primeros 50 casos en la reunión anual de la AAGL. El principal argumento de la ventaja que se obtendría con los métodos resectoscópicos y con el histeromorcelador es el control visual del método y la obtención de material para histopatología, lo que constituye un argumento de peso, sin embargo a las microondas las podemos considerar como un método semicontrolado por la información que obtenemos en el monitor gráfico de temperatura endometrial durante todo el procedimiento. Los aspectos técnicos de los métodos serán presentados durante la ponencia.

Un punto de importancia radical es el uso de estos métodos en pacientes sin patología, lo que se conoce como ablación cosmética endometrial, algo que en países desarrollados esta tomando auge y cuyo único objetivo es reducir o eliminar las menstruaciones por el sólo deseo de no presentarlas. Las opiniones en el mundo médico son contrastantes. Los expertos opinan que más bien es una comercialización de los fabricantes, pero habría que preguntarles a las pacientes su opinión. Un punto de resistencia es enmascarar un proceso maligno en el endometrio, pero hemos mostrado en varias ocasiones, que la histeroscopia de consultorio puede ser efectuada como parte de la revisión formal de la paciente perimenopáusica y posmenopáusica con endometrios cuyo espesor rebasa los 5 mm al ecsonograma vaginal, sin inconveniente alguno. Solo el tiempo pondrá en su debido lugar esta propuesta.

Los estudio nivel I han mostrado de manera consistente que las técnicas de mínima invasión deben ser primera opción para el manejo del sangrado uterino anormal.

Miomatosis uterina: alternativas de tratamiento

Impartió:

Claude Alain Paire Serrier

Actualidades en el diagnóstico y tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo (mallas)

Impartió:

Edna Cortés Fuentes

Masa pélvica: ¿está indicado el manejo laparoscópico?

Impartió:

Luis Álvarez Gil

Institución:

Instituto de Laparoscopia Avanzada Ginecológica. Universidad de Guanajuato, Hospital Ángeles León, León, Guanajuato, México.

El tratamiento quirúrgico de las masas anexiales por laparoscopia sigue siendo objeto de discusión, pero el planteamiento inicial sería si no es este punto igualmente cuestionable para la cirugía tradicional. La frecuencia de tumores benignos en la premenopausia es de 87 a 93% y cambia de manera importante en la posmenopáusica con una incidencia muy amplia de 55 a 92%, lo que posiciona a la edad como el principal factor de riesgo. El estudio preoperatorio es de suma importancia para la elección de la vía de abordaje, donde los marcadores tumorales y la ecsonografía endovaginal Doppler juegan un papel preponderante, de tal manera que la incidencia de cáncer ovárico no sospechado durante la laparoscopia es de sólo 0.04%. De cualquier manera la observación laparoscópica y el estudio transoperatorio en cortes por congelamiento tienen la última palabra, la sensibilidad y especificidad de ambos métodos en conjunto han sido mayores del 92%.

Técnicamente practicamos el mismo procedimiento quirúrgico por cirugía tradicional que por vía laparoscópica y por cualquiera de las dos vías la ruptura accidental de la tumoración en caso de ser una neoplasia maligna, cambia de un estadio I-A a un estadio I-C, lo que modifica de manera importante la sobrevivencia de la paciente, por lo que los criterios quirúrgicos oncológicos deben prevalecer en cualquiera de las vías y el uso de bolsas laparoscópicas es obligatorio en cualquier tumor ovárico; por otra parte la terapia por vía laparoscópica evita excesos en el tratamiento y una laparotomía innecesaria, casi todas las pacientes con cáncer ovárico requieren una evaluación quirúrgica para asegurar una clasificación por etapas y el planteamiento de una terapéutica óptima. Finalmente con un cáncer ovárico diagnosticado el tratamiento es una rutina ovárica oncológica con cirugía abierta.

Como los métodos diagnósticos preoperatorios en la paciente premenopáusica nos permiten saber con una

alta probabilidad de certeza la estirpe benigna de una tumoración, los procedimientos laparoscópicos deben ser utilizados sólo en estos casos. En la paciente posmenopáusica al aumentar la frecuencia, aumentan los riesgos, de tal manera que existen varios criterios a tomar en cuenta: Edad, tamaño mayor a 5 cm, tumor sólido, irregular, presencia de excrecencias, lobulaciones, índices de resistencia y pulsatilidad alterados, así como la velocidad máxima de flujos sistólicos, igualmente el incremento de los marcadores tumorales. Cualquier alteración de todos estos valores contraindican la cirugía laparoscópica y es mejor optar por el procedimiento tradicional con estudio transoperatorio y rutina oncológica de ovario.

Ante la presencia de una tumoración maligna insospechada debe optarse por una laparotomía de inmediato y de no ser posible debe ser realizada dentro de los primeros 17 días de la primera cirugía de la misma manera que cuando existe una modificación en el reporte patológico transoperatorio al definitivo, que no es infrecuente. De acuerdo con Lehner (1998) no existe diferencia pronóstica significativa cuando se lleva a cabo un segundo procedimiento dentro de este término.

Nuestra casuística de 1,166 casos de tumores ováricos manejados por laparoscopia, nos muestran 4 tumores *border line* para una incidencia de 0.34%, lo que quiere decir que fueron negativos para malignidad 1,162 pacientes, con casos resueltos por vía laparoscópica con todas las ventajas que esta vía conlleva. 841 casos corresponden a endometriomas, 235 a cistadenomas, 83 a teratomas, 3 a fibromas ováricos, 1 a cistadenocarcinoma *border line*, 1 a carcinoma endometroide *border line* y 2 casos de Teratoma maligno *border line*, 3 de los casos se presentan en pacientes perimenopáusicas y corresponden a los casos de carcinoma endometroide y cistadenocarcinoma, y teratoma maligno, el diagnóstico se llevó a cabo en el estudio histopatológico definitivo, siendo negativo el estudio transoperatorio. La otra paciente con el teratoma maligno es una jovencita de 23 años, con una tumoración de 8 cm; marcadores negativos, flujos doppler normales y estudio histopatológico transoperatorio negativo. Se presenta el video de 2 de estos 4 casos durante la ponencia, aprovechando este recurso para comentar los puntos importantes de la técnica quirúrgica.

La cirugía laparoscópica de las masas anexiales es usada de manera rutinaria en todas partes del mundo con muchos beneficios para las pacientes, siempre

que los protocolos de estudio sean respetados. El único punto de resistencia para su total aceptación es encontrar la presencia de un cáncer insospechado durante la laparoscopia, por lo que hacer hincapié en agotar los recursos diagnósticos es la razón de ser del laparoscopista.

Cómo evitar las complicaciones de la cirugía laparoscópica

Impartió:

Luis C Uribe Ramírez



Memorias de los cursos transcongreso

ENDOSCOPIA GINECOLÓGICA

Evolución de la histerectomía laparoscópica

Impartió:

Fred Morgan Ortiz

Histerectomía total por laparoscopia con manipulador uterino. Principios y fundamentos

Impartió:

Patricia Saucedo López

Disección no oncológica del retroperitoneo en la pelvis femenina: trucos y peligros

Impartió:

Leroy Charles

Endometriosis peritoneal

Impartió:

Roberto Salazar López

Endometriosis ovárica

Impartió:

Roberto Rubio Armenta

Endometriosis infiltrativa profunda

Impartió:

Marco A López Cepeda

Reparación de los defectos del piso pélvico con malla por vía laparoscópica

Impartió:

Leroy Charles

Endometriosis peritoneal

Impartió:

Roberto Salazar López

Endometriosis ovárica

Impartió:

Roberto Rubio Armenta

Endometriosis infiltrativa profunda

Impartió:

Marco A López Cepeda

Reparación de los defectos del piso pélvico con malla por vía laparoscópica

Impartió:

Leroy Charles

EL CRITERIO ONCOLÓGICO EN LOS TUMORES GINECOLÓGICOS

Detección y prevención del cáncer: aspectos generales

Impartió:

Adolfo Eduardo Barragán Curiel

Epidemiología de la infección genital por el virus del papiloma humano, del cáncer cervicouterino y de su lesión precursora

Impartió:

José Antonio Ruiz Moreno

Institución:

Departamento de Ginecología y Obstetricia, Centro Médico ABC, México, DF.

En los Estados Unidos, la infección genital por virus del papiloma humano (IG-VPH) es la enfermedad de trans-

misión sexual más frecuente.¹ Se calcula que se infectan por primera vez, anualmente, 6.2 millones de individuos sexualmente activos, hombres y mujeres.² El 74% de estas primoinfecciones ocurren entre los 15 y 24 años.³

El 80% de los adultos, hombres y mujeres, tienen en su sangre, anticuerpos contra VPHs que afectan el área genital, lo que indica tres hechos: 1) que alguna vez tuvieron contacto con ese virus; 2) que penetró en su organismo; y 3) que estimuló la actividad de su aparato inmunitario.⁴ Esa primoinfección pasó inadvertida para la mayoría.

Prácticamente todas las infecciones por VPH son de transmisión sexual.⁵ La otra vía aceptada de transmisión es la vertical, la infección que adquieren un reducidísimo número de bebés en el momento del parto vaginal, cuando sus madres tienen IG-VPH, sobre todo con lesiones visibles, a lo largo del canal del parto.⁶ La infección por fómites, aunque teóricamente posible, está todavía en el terreno de la discusión.⁷

La IG-VPH tiene diferentes modos de manifestarse:⁸ 1) los condilomas acuminados (también llamados condilomas clásicos o exofíticos o verrugas genitales, esta última, sobretudo, cuando asientan en partes visibles como vulva o pene); 2) los condilomas aplanados y 3) los condilomas difusos (que incluyen al condiloma papular de la vulva) que son formas subclínicas; 4) la IG-VPH citológica (exploración, incluyendo colposcopia, negativa con citología cervical positiva) y 5) la IG-VPH molecular (exploración clínica, colposcopia genital y citología cervical negativas pero con ADN-VPH positivo por biología molecular).

Este último grupo, el de los portadores asintomáticos del VPH, es muy importante por su alta frecuencia. En varones con exploración normal, entre el 3 y el 43% mostrarán ADN-VPH genital (no uretral) mediante una prueba de Biología molecular.^{12,13} Si a mujeres declaradas ginecológicamente sanas después de un examen rutinario que incluya colposcopia y citología cervical normales, se les busca ADN-VPH en el cérvix mediante una prueba de Biología molecular, entre 10 y 23% serán positivas.^{9,10}

En México, la frecuencia de mujeres portadoras asintomáticas encontrada por Lazcano y cols.¹¹ fue de 17.6%. Esa frecuencia varía con la edad, como sigue:

Mujeres mexicanas portadoras asintomáticas de ADN-VPH, por edad¹¹

<i>Edad (años)</i>	<i>% de mujeres con ADN-VPH positivo</i>	<i>ADN-VPH que es VPH-AR</i>
≤ 25	16.7	16.3
25 – 34	8.9	7.8
35 – 44	3.7	3.3
45 – 54	12.3	10.1
55 – 64	16.0	10.3
≥ 65	23.0	16.8

Como se aprecia, la curva es bimodal, con un pico inicial, antes de los 25 años (adolescentes y adultos jóvenes) y el otro después de los 45 años (peri y postmenopausia). Este tipo de curva bimodal se repite en otros países (Costa Rica) y regiones (Sudamérica, Europa y, aunque menos notable, en África)¹⁴.

El franco predominio de los VPH de alto riesgo oncogénico (VPH-AR) no debe ser sobrevalorado, y mucho menos, en las adolescentes y las mujeres jóvenes. El comportamiento clínico de los VPH-AR en estos grupos de edad es idéntico al de los VPH de bajo riesgo oncogénico: la IGVPV cervical desaparece espontáneamente en el curso de los siguientes 24 meses, en el 95% de las mujeres inmunocompetentes y llega al 98% en otros cuatro años.^{15,16}

Factores de riesgo para contraer IG-VPH¹⁷

El CaCu es el segundo cáncer más frecuente en las

<i>Mujeres</i>	<i>Varones</i>
Edad	Número de parejas sexuales
Número de parejas	Número de parejas recientes
Coitarquia temprana	No circuncisión
Conducta sexual de las parejas	Bisexual u homosexual
Inmunocompromiso	Inmunocompromiso

mujeres, en el mundo.¹⁸ En México también ocupa, desde 2006, el segundo lugar como causa de muerte después del de la mama.¹⁹ La incidencia del CaCu en México, en 2002, fue 24.4 y la mortalidad 14.1, ambas cifras por 100,000 mujeres mayores de 25 años (en EE.UU y Canadá estas cifras fueron, respectivamente, 7.7 para la incidencia [ambos países] y 2.3 [EE.UU.] y 2.5 [Canadá] para la mortalidad). Entre 2002 y 2005 hubo, en México, 17,162 muertes por CaCu, lo que da un promedio anual de 4,290²⁰. La edad promedio de presentación del CaCu en la Ciudad de México es 49.9±12.7 años y la edad promedio

de muerte es 54 años.²¹

La relación VPH-AR y CaCu no debe magnificarse. Hay que recordar que el VPH-AR es indispensable para que haya CaCu pero que no es suficiente, puesto que la neoplasia es multifactorial.²² Las incidencias de ambos padecimientos lo demuestran.

El CaCu es precedido por la lesión escamosa intraepitelial de alto grado (LEIAG) (o, con la otra nomenclatura, por la neoplasia intraepitelial cervical grados 2/3 [NIC2/3]), la que es fácilmente detectable mediante citología cervical, y una vez diagnosticada, susceptible de tratamiento exitoso (~98%) con métodos ambulatorios aplicados en el consultorio, lo que hace que tengan un costo bajo. La edad promedio de la NIC 3 es 44.9±13.6 años,²¹ lo que significa que precede, en promedio, por 5 años al CaCu. Este es el tiempo preciso para su detección, diagnóstico y tratamiento y es el objetivo del programa nacional, de tipo poblacional, contenido en la NOM-014-SSA2-1994²³.

Los factores de riesgo para el CaCu y su lesión precursora (LEIAG) son:¹⁷ 1) IG-VPH-AR persistente; 2) edad entre 25 y 64 años; 3) paridad alta (≥5); 4) anticonceptivos hormonales orales (>5 años); 5) pobreza y baja escolaridad; 6) historia de enfermedades de transmisión sexual; 7) hábito tabáquico; 8) inmunodeficiencia local o general; 9) deficiencia de antioxidantes en la dieta; y 10) otras lesiones precursoras o invasoras de cáncer epitelial en el tracto genital inferior.

También hay factores protectores que ayudan a no tener CaCu ni su lesión precursora (LEIAG):¹⁷ 1) coitarquia tardía; 2) monogamia de la pareja; 3) paridad baja; 4) nacimientos por cesárea; 5) circuncisión del varón; 6) relaciones sexuales protegidas por condón (aunque la protección es parcial); 7) no fumar; 8) ingesta adecuada de antioxidantes (frutas y verduras frescas, de preferencia crudas); y 9) someterse regularmente a un estudio de citología cervical.

Para que los resultados del programa poblacional de detección de CaCu se reflejen en una disminución de su incidencia y, sobretudo, de su mortalidad, el programa debe lograr una cobertura muy amplia (por arriba del 80% de las mujeres susceptibles), con citología de muy alta calidad, adecuados diagnóstico y tratamiento de la lesión precursora, y vigilancia epidemiológica de todas las mujeres tratadas. Una enfermedad altamente previsible, como el CaCu, no puede ser causa de mortalidad tan importante como lo es en México.

REFERENCIAS

1. Insinga RP, Glass AG, Rush BB. The health care costs of cervical human papillomavirus-related disease. *Am J Obstet Gynecol* 2004;191:114-120
2. Steinbrook R. The potential of human papillomavirus vaccines. *New Engl J med* 2006;354:1109-1111
3. Evander M, Edlund K, Gustafsson A y cols. Human papillomavirus infection is transient in young women: A population-based cohort study. *J Inf Dis* 1995;171:1026-1030
4. Koutsky L. Epidemiology of genital human papillomavirus infection. *Am J Med* 1997;102 (Supl 1):3-8
5. Oriel JD. Natural history of genital warts. *Br J Ven Dis* 1997;47:1-13
6. Smith EM, Ritchie JM, Yankowitz J y cols. Human papillomavirus prevalence and types in newborns and parents. Concordance and modes of transmission. *Sex Transm Dis* 2004;31:57-62
7. Wieland U, Pfister H. Papillomaviruses in human pathology: epidemiology, pathogenesis and oncogenic role. En: Gross GE, Barrasso R. Human papilloma virus infection. A clinical atlas. Ullstein Mosby. Berlin. 1997. p 7
8. Campion MJ. Clinical manifestations and natural history of genital human papillomavirus infection. *Obstet Gynec Clin NA* 1987;14:363-388
9. Burchell AN, Winer RL, de Sanjosé S y cols. Epidemiología y dinámica de la transmisión de la infección genital por VPH. *Vaccine* 2006;24:S3/54-S365
10. Datta SD, Koutsky L, Ratelle S y cols. Human papillomavirus infection and cervical cytology in women screened for cervical cancer in the United States, 2003-2005. *Ann Int Med* 2008;148:493-500
11. Lazcano-Ponce E, Herrero R, Muñoz N y cols. Epidemiology of HPV infection among Mexican women with normal cervical cytology. *Int J Cancer* 2001;99:1-9
12. Bosch FX, Castellsagué X, Muñoz N y cols. Male sexual behavior and human papillomavirus DNA: key risk factors for cervical cancer in Spain. *J Natl Cancer Inst* 1996;88:1060-1067
13. Lazcano-Ponce E, Herrero R, Muñoz N y cols. High prevalence of human papillomavirus infection in Mexican males: A comparative study of penile-urethral swabs and urine samples. *Sex Transm Dis* 2001;28:277-280
14. de Sanjosé S, Castellsagué X, Clifford G y cols. Worldwide prevalence and genotype distribution of cervical human papillomavirus DNA in women with normal cytology: a meta-analysis. *Lancet Infect Dis* 2007;7:453-459
15. Mosciki AB, Shiboski S, Broering J y cols. The natural history of human papillomavirus infections measured by repeated DNA testing in adolescent and young women. *J Pediatr* 1998;132:277-284
16. Mosciki AB, Shiboski S, Hills AK y cols. Regression of low-grade squamous intraepithelial lesions in young women. *Lancet* 2004;364:1678-1683
17. Ruiz Moreno JA. Lesiones escamosas intraepiteliales del cervix, la vagina y la vulva. En: Delgado Urdapilleta J, Fernández del Castillo C: Ginecología y reproducción humana. Temas selectos. COMEGO. México. 2006. p 551-572
18. Parkin DM. The global burden of infection-associated cancers in the year 2002. *Int J Cancer* 2006;118:3030-3044
19. Comunicación personal. Dirección de Cáncer de la Mujer. Secretaría de Salud. México
20. <http://www.dep.iarc.fr> (consultado 24/02/08).

21. Hernández-Ávila M, Lazcano-Ponce EC, Alonso de Ruiz p y cols. Evaluación del programa de detección oportuna de del cáncer del cuello uterino en la Ciudad de México. Un estudio de casos y controles con base poblacional. Gac Med Mex 1994;130:201-209
22. Walboomers JMM, Jacobs MV, Manos MM y cols. Human papillomavirus is a necessary cause of invasive cervical cancer worldwide. J Pathol 1999;189:12-19
23. Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994 para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvicouterino. Diario Oficial de la Federación. 31 de mayo de 2007

Diagnóstico y manejo de la NIC y el cáncer cervicouterino invasor

Impartió:

Carlos Aranda Flores

Neoplasia intraepitelial vulvar y cáncer vulvar invasor

Impartió:

José Antonio Ruiz Moreno

Institución:

Departamento de Ginecología y Obstetricia, Centro Médico ABC, México, DF.

El cáncer epidermoide invasor de la vulva representa, por su frecuencia, el quinto en el área ginecológica (mama, cérvix, endometrio, ovario y vulva, en orden decreciente). En México se diagnosticaron, en el año 2005, 221 casos mientras hubo 9,456 de cáncer cervical.¹ No es un problema de salud pública pero es importante porque puede ser diagnosticado y tratado en su etapa preinvasora, la neoplasia intraepitelial vulvar (NIV), con muy buenos resultados, y un ahorro importante en costos y en sufrimiento para las pacientes.

El concepto de NIV fue propuesto por Crum² en 1980, a semejanza de lo que Richart³ había señalado para el cérvix unos años antes. NIV incluía los diagnósticos histopatológicos de los diferentes grados de displasias y el carcinoma *in situ* y caracterizaba a la enfermedad neoplásica epidermoide estrictamente confinada al epitelio vulvar. En 1986, la ISSVD (Sociedad internacional para el estudio de las enfermedades de la vulva) adoptó la terminología de NIV⁴ y aconsejó desechar todas las otras denominaciones como

enfermedad de Bowen, atipia bowenoide, eritroplasia de Queyrat, carcinoma simplex, etc.

La NIV, como la NIC (neoplasia intraepitelial del cérvix), se subdivide en los mismos tres grados propuestos por Richart, esto es, NIV 1, 2 y 3, según el espesor epitelial ocupado por la alteración neoplásica (el tercio proximal en la NIV 1; los dos tercios proximales en la NIV 2 y la totalidad en la NIV 3). En la última revisión de la nomenclatura, la ISSVD eliminó la NIV 1 por ser un diagnóstico raro y no reproducible.⁶ La enfermedad más avanzada (NIV 2/3), como en el cérvix, tiene tendencia a progresar a cáncer epidermoide invasor,⁵ aunque la historia natural señala que esto sucede con menor frecuencia y que el tiempo necesario para ello es mucho más largo que en los casos de NIC 2/3. Siguiendo la tendencia de la nomenclatura de la enfermedad cervical, NIV 2/3 constituyen la lesión escamosa intraepitelial de alto grado de la vulva (LEIAG-Vu⁹) mientras la lesión de bajo grado (LEIBG-Vu) está representada, exclusivamente, por la infección por VPH.

El cáncer epidermoide invasor de la vulva, a diferencia del cérvico-uterino, tiene dos rutas patogénicas,⁷ y cada una pasa por una variedad diferente de NIV2/3: una ruta, la del cáncer de las mujeres maduras (edad 35-65 años) está vinculada con la infección por virus del papiloma humano (VPH) de alto riesgo oncogénico (VPH-AR) y pasa por la NIV clásica o usual; la otra ruta, la del cáncer de las ancianas (edad 55-85 años), rara vez está asociada al VPH, y siempre a los trastornos epiteliales no neoplásicos (TENN) de la vulva (hiperplasia de células escamosas, liquen plano y liquen escleroso, entre otros) y es precedido por la NIV diferenciada. Esta NIV diferenciada, menos frecuente que la clásica, tiene un potencial oncógeno progresivo mucho mayor.⁸

La NIV 2/3 (LEIAG-Vu) es una realidad clínica e histopatológica, constituye la lesión precursora del cáncer epidermoide invasor de la vulva, y por eso requiere diagnóstico y tratamiento adecuados y oportunos.

FACTORES DE RIESGO. Los factores de riesgo para la NIV clásica son:¹⁰ 1) infección genital por VPH-AR (16, 18 y otros); 2) coitarquia temprana?; 3) otras enfermedades sexualmente transmitidas; 4) múltiples parejas sexuales; 5) otras neoplasias epiteliales del tracto genital inferior (cérvix, vagina, ano) invasoras o preinvasoras; 6) hábito de fumar (que compromete la inmunidad celular local); 7) inmunodepresión (natural o iatrogénica) y 8) deficiencias dietéticas en frutas y vegetales (bajo aporte

de antioxidantes). Para la NIV diferenciada, además de algunas de las anteriores (4,7 y 8) se agregan: 9) TENN; 10) obesidad y 11) diabetes mellitas (sobre todo tipo I). Estos mismos factores de riesgo son los del cáncer vulvar invasor en sus dos variedades (de mujeres maduras y de mujeres ancianas, respectivamente).

CLÍNICA. Muchos casos (10-60 %) de NIV son asintomáticos. Las mujeres que tienen síntoma se quejan de prurito o ardor vulvar y dispareunia,¹¹ los que pueden corresponder a muchos padecimientos. Sólo el examen cuidadoso de la vulva, en todas las mujeres, hará sospechar el diagnóstico. Los signos de la NIV son variados e inespecíficos: lesiones blancas, rojas o pigmentadas, de superficie y grosor diferentes.^{8,12} La clave es que son de aparición reciente o presentan alguna modificación en su morfología, por lo que la exploración de la vulva debe estar documentada en el expediente de todas las mujeres, en cada consulta.

La embrocación de la vulva con ácido acético al 5 % hace más aparentes algunas lesiones. La vulvoscopia es un excelente auxiliar de la inspección, antes y después de la aplicación de ácido acético.

Los sitios en que se sitúa la NIV con más frecuencia son, en orden decreciente: labios mayores, clitoris y región anoperineal.¹³ No debe olvidarse que es, frecuentemente, multifocal.¹⁴ La aparición de vascularidad anormal, aunque sin el mismo significado que en el cérvix, señala lesiones de las que debe tomarse biopsia, además de aquellas encontradas sospechosas en la exploración.¹⁵

El cáncer invasor de la vulva se manifiesta por prurito o ardor vulvar, dispareunia, ulceraciones, secreción maloliente o dolor.

La biopsia bajo anestesia local debe ser múltiple si es necesario, dada la multifocalidad de la enfermedad. Cada biopsia deberá referirse topográficamente para localizar el sitio exacto de la enfermedad que posteriormente se deberá tratar. A pesar de su baja especificidad, la aplicación de azul de toluidina como guía de la biopsia tiene todavía un lugar en la exploración vulvar¹⁶.

DIAGNÓSTICO. Como los síntomas y la exploración no son definitivos, es la biopsia la que establece el diagnóstico. Por la posibilidad de tener neoplasias preinvasoras sincrónicas, la vagina y el cérvix de estas pacientes deben ser cuidadosamente evaluados.^{11,13,15,17,18}

MANEJO. Las posibilidades terapéuticas para la NIV son:

1. Escisión con bisturí: vulvectomy simple, vulvectomy superficial, vulvectomy superficial con aplicación de injerto (la llamada *skinning vulvectomy*), escisión de lesiones con amplios márgenes (1 cm);
2. Escisión con láser:¹⁹ vulvectomy total o de zonas localizadas, donde se encuentra la enfermedad, con márgenes adecuados (1 cm);
3. Destrucción local: criocirugía (desaconsejada por falta de control de la profundidad de la destrucción); evaporación con láser (muchas molestias postratamiento);
4. Terapia medicamentosa local: imiquimod^{20,21} (muy promisorio, buenos resultados, fácil manejo); 5- fluoruracilo (muchas fallas y muchos efectos secundarios indeseables); interferón- α (muchas fallas y muy caro);
5. Tratamientos poco usados o experimentales: terapia fotodinámica que mediante liberación de oxígeno induce la muerte de aquellas células marcadas por el ácido 5-aminolevulínico, el que actúa como fotosensibilizador; bleomicina tópica e intradérmica; dinitroclorobenceno; vacunas terapéuticas.

Las posibilidades terapéuticas del cáncer vulvar invasor son:

1. en etapas iniciales (estadios I [lesión de ≤ 2 cm en su mayor diámetro, sin metástasis regionales] y II [lesión ≥ 2 cm es su mayor diámetro, sin metástasis regionales]) cirugía que puede variar de resección local amplia a vulvectomy con extirpación en bloque de ganglios inguinales (linfadenectomía inguinal);
2. en etapas más avanzadas: radioterapia sola o en combinación con quimioterapia y/o cirugía. El manejo de muchos casos de cáncer vulvar invasor debe ser multidisciplinario.

Las posibilidades terapéuticas, tanto de la NIV como del cáncer invasor, deben aplicarse de acuerdo a numerosas variables que dependen de: a) de la paciente: edad, síntomas, enfermedades sistémicas, posibilidades de seguimiento y aspecto psicológico; b) de la lesión: tipo (riesgo de invasión), extensión, multifocalidad, presentación en área pilosa o no, TENN asociados; y 3) de los recursos disponibles y la forma en que pueden influir en la preservación de la función y el aspecto de la región. La tendencia del tratamiento es realizar la menor extirpación

posible e individualizar el manejo de cada caso, en forma racional.^{22,23}

SEGUIMIENTO. De acuerdo al tratamiento instituido, la primera visita de evaluación debe realizarse a las 6 semanas para observar la respuesta a la terapia. Posteriormente, la visita bianual prácticamente de por vida, con examen cuidadoso de la región y vulvoscopia son indispensables. Las recurrencias, independientemente del tratamiento instituido previamente, son altas. La utilización liberal de la biopsia está indicada, dadas las características de la enfermedad.

PREVENCIÓN. El aumento en la frecuencia de la NIV y su presentación en mujeres cada vez más jóvenes debe llevar a establecer programas de educación acerca de los factores de riesgo que condicionan este padecimiento y que están relacionados con costumbres sociales (fumar); costumbres sexuales (promiscuidad, infección por VPH, enfermedades sexualmente transmitidas); y aconsejar la ingestión adecuada de antioxidantes contenidos en frutas y verduras frescas. El diagnóstico, el manejo adecuado y el control de las enfermedades vulvares no neoplásicas (liquen escleroso, liquen simple e hiperplasia epitelial) es indispensable.

REFERENCIAS

1. www.dgepi.salud.gob.mx/diveent.rhnm-01/rhnm-01.htm. Consulta 15/07/08
2. Crum CP: Vulvar intraepithelial neoplasia: the concept and its application. *Hum Pathol* 1980;13:187-189
3. Richart RM: Natural history of cervical intraepithelial neoplasia. *Clin Obstet Gynecol* 1968;5:748-53
4. Wilkinson EJ, Kneale BL, Lynch FW: Report of the ISSVD Terminology Committee: VIB. *J Reprod Med* 1986;31:973-974
5. Jones RW, Rowan DM: Vulvar intraepithelial neoplasia III: a clinical study of the outcome in 113 cases with relation to the later development of invasive squamous vulvar carcinoma. *Obstet Gynecol* 1994;84:741-745
6. Sideri M, Jones RW, Wilkinson EJ y cols: ISSVD Vulvar Oncology Subcommittee. Squamous vulvar intraepithelial neoplasia: 2004 modified terminology. *J Reprod Med* 2005;50:807-810
7. Heller DS: Malignant diseases of the vulva. En: Heller DS (Ed): *The lower female genital tract*. Williams & Wilkins. Baltimore. 1998. p 136
8. Preti M, Van Seters M, Sideri M y cols: Squamous vulvar intraepithelial neoplasia. *Clin Obstet Gynecol* 2005;48:845-861
9. Scurry J, Champion M, Scurry B y cols: Pathologic audit of 164 consecutive cases of vulvar intraepithelial neoplasia. *Int J Gynecol Pathol* 2006;25:176-181
10. Sturgeon SR y Sherman ME: Epidemiology: VIN and vulva cancer. En: Luesley DM (Ed): *Cancer and pre-cancer of the vulva*. Arnold. Londres. 2000. p. 1-12
11. Wright VC, Chapman WB: Colposcopy of intraepithelial neoplasia of the vulva and adjacent sites. *Obstet Gynecol Clin North Amer* 1993;20:231-255
12. Herod JJO, Shafi MI, Rollason TP y cols: Vulvar intraepithelial neoplasia: long term follow up of treated and non treated women. *Br J Obstet Gynaecol* 1996;103:446-452
13. Crum CP, Liskow A, Petras P y cols: Vulvar intraepithelial neoplasia (severe atypia and carcinoma in situ). A clinicopathological analysis of 41 cases. *Cancer* 1984;54:1429-1434
14. Husseinadweh N, Newma NJ, Wessler TA: Vulvar intraepithelial neoplasia. A clinicopathological study of carcinoma in situ of the vulva. *Gynecol Oncol* 1989;33:157-163
15. Van Beurden M, van der Vange N, Craen AJM y cols: Normal findings in vulvar examination and vulvoscopia. *Br J Obstet Gynaecol* 1997;104:320-324
16. Ruiz Moreno JA, García Gómez R, Tun Sánchez R y cols: Resultados de un programa selectivo de detección de la neoplasia intraepitelial de la vulva. *Ginec Obstet Méx* 1992;60:55-59
17. Bernstein SG, Kovacs BR, Townsend DE y cols: Vulvar carcinoma in situ. *Obstet Gynecol* 1983;61:304-307
18. Ruiz Moreno JA, García Mendoza JJ, Vargas Solano A: Neoplasias malignas múltiples del aparato genital femenino. *Rev Sanid Milit (Méx)* 1981;35:52-55
19. Reid R, Elfant EA, Zirkun Rm y cols: Superficial laser vulvectomy. II. The anatomical and biophysical principles permitting accurate control over the depth of dermal destruction with the carbon dioxide laser. *Am J Obstet Gynecol* 1985;152:261-271
20. Davis G, Wentworth R, Richard J: Self-administered topical 5% imiquimod treatment of vulvar intraepithelial neoplasia. A report of four cases. *J Reprod Med* 2000;45:619-623
21. Tien L, Hicks W, Menard Ch y cols: Preliminary results of 5% imiquimod cream in the primary treatment of vulva intraepithelial neoplasia grade 2/3. *Am J Obstet Gynecol* 2006;194:377-380
22. Menczer J: A trend toward more conservative surgery in Gynecologic Oncology. *Obstet Gynecol Surv* 1996;51:628-636
23. Kagie MJ, Ansik A: Vulvar intraepithelial neoplasia: presentation, diagnosis and management. En: Luesley DM (Ed): *Cancer and pre-cancer of the vulva*. Arnold. Londres. 2000. p. 86-96

Neoplasia intraepitelial vaginal y cáncer vaginal

Impartió:

Jesús Ramón Álvarez M

Genética de las neoplasias ginecológicas

Impartió:

Ricardo García Cavazos

Manejo laparoscópico de masas anexiales

Impartió:

Mario Alberto Chávez Zamudio

Epidemiología y manejo del cáncer de ovario:

¿hasta dónde el ginecólogo?

Impartió:

Vicente Arturo Saldaña Quiroz

Hiperplasias endometriales

Impartió:

Mario Alberto Chávez Zamudio

Epidemiología, diagnóstico y manejo del cáncer de endometrio

Impartió:

Jesús Ramón Álvarez M

Enfermedad trofoblástica gestacional: epidemiología, diagnóstico, seguimiento y postevaluación

Impartió:

Adolfo Eduardo Barragán Curiel

Neoplasia trofoblástica gestacional: clasificaciones y manejo

Impartió:

Francisco Javier Gomezpedroso Rea

CLIMATERIO Y MENOPAUSIA

Definición, generalidades y epidemiología del climaterio

Impartió:

Eduardo Motta Martínez

Modificaciones funcionales en el eje hipotálamo-hipófisis-ovario durante el climaterio

Impartió:

Carlos Salinas D

Ruta crítica en el estudio de la mujer climatérica y detección de enfermedades asociadas con el climaterio

Impartió:

Agustín Escobar Fematt

Vías de administración de la terapia hormonal

Impartió:

Carlos Salinas Dorantes

Progestinas: ¿cuál y cuándo?

Impartió:

Eduardo Motta Martínez

La tibolona y el concepto STEAR

Impartió:

Agustín Escobar Fematt

Obesidad y síndrome metabólico en el climaterio

Impartió:

Eduardo Motta Martínez

El sistema cardiovascular y la terapia hormonal

Impartió:

Carlos Salinas Dorantes

Efecto de la terapia hormonal en el hueso

Impartió:

Fidencio Cons S

Controversias en cáncer mamario y uso de la TRH

Impartió:

Eduardo Motta Martínez

Sexualidad y calidad de vida en la mujer madura

Impartió:

Agustín Escobar Fematt

Cambios cognoscitivos en la menopausia y efecto de la terapia hormonal

Impartió:

Martha Goette Jaime

RETOS ACTUALES EN MEDICINA PERINATAL

ULTRASONIDO Y DIAGNÓSTICO PRENATAL I

Tamiz cromosómico en el primer trimestre: trans-lucencia nuchal y otros marcadores

Impartió:

Nayeli Fragoso Díaz

Abordaje en el segundo trimestre: la importancia del sonograma genético

Impartió:

María Teresa Leis Márquez

Selección de métodos invasores en la práctica actual: ¿sobre qué bases?

Impartió:

María de la Luz Bermudez Rojas

ULTRASONIDO Y DIAGNÓSTICO PRENATAL II

Evaluación de la morfología fetal: metodología y contenido de las exploraciones de rutina

Impartió:

Antonio Briceño Sainz

Anomalías cardíacas del sistema nervioso central y urinario: ¿cómo alcanzar el diagnóstico correcto?

Impartió:

María Teresa Leis Márquez

Contribución de las nuevas tecnologías: avances en la aplicación de 3D-4D

Impartió:

Nayeli Fragoso Díaz

COMPLICACIONES DEL EMBARAZO Y PARTO I

Progresos en la prevención y predicción del parto pretérmino: ¿cómo incorporarlos?

Impartió:

Sergio Fajardo Dueñas. *Guadalajara, Jal*

Infecciones durante el embarazo: estrategias para reducir su transmisión perinatal

Impartió:

María de la Luz Bermudez Rojas

Vigilancia y manejo del feto con retraso del crecimiento intrauterino: la importancia de la velocimetría Doppler

Impartió:

Nancy Sierra Lozada

COMPLICACIONES DEL EMBARAZO Y PARTO II

El embarazo múltiple: diagnóstico y manejo de la transfusión intergemelar

Impartió:

Nancy Sierra Lozada

El embarazo postérmino: ¿cuál es su vigencia?

Impartió:

Sergio Fajardo Dueñas

El feto con registro cardiotocográfico intraparto alterado: bases para la interpretación y toma oportuna de decisiones

Impartió:

Antonio de J Briceño

CONTROVERSIAS EN OBSTETRICIA: DECISIONES BASADAS EN EVIDENCIAS (CURSO INTERACTIVO)

I

Insuficiencia ístmico-cervical: empirismo vs evidencias

Impartió:

Ernesto Castelazo Morales

II

Inducción de la maduración pulmonar fetal: indicación, dosis e intervalo, visto desde la evidencia

Impartió:

Felipe González Serrano

I

Parto pretérmino: ¿ha nacido una nueva estrella? Enfoque actual en la profilaxis y manejo

Impartieron:

Homero Flores Tamez, Rodrigo Zamora Escudero

II

Preeclampsia severa: ¿puede predecirse y prevenirse?

Impartieron:

Rodrigo Zamora Escudero, Felipe González Serrano

I

Embarazo múltiple complicado: ¿qué puede hacerse?

Impartieron:

Gerardo Sepúlveda González, Homero Flores Tamez

II

Diagnóstico prenatal: ¿moda o evidencia?

Impartieron:

Homero Flores Tamez, Nancy Sierra Lozada

I

Inducción electiva del parto con prostaglandinas:

¿inocuidad o riesgo?

Impartieron:

Felipe González Serrano, Gerardo Sepúlveda González

II

Ultrasonido de rutina: obligación competitiva o utilidad real

Impartieron:

Homero Flores Tamez, Nancy Sierra Lozada

ULTRASONIDO EN GINECOLOGÍA: NUEVAS TENDENCIAS

Ultrasonido ginecológico en el consultorio: más allá de nuestras manos

Impartió:

Homero Flores Tamez

Detección de masas pélvicas: ¿es posible la detección oportuna del cáncer de ovario?

Impartió:

Guillermo Gómez Partida

Los padecimientos uterinos en la vigilancia de la mujer en el climaterio

Impartió:

Manuel Álvarez Navarro. *México*

Perspectivas de la ultrasonografía ginecoobstétrica

Impartió:

Manuel Álvarez Navarro

Monitoreo folicular en la actualidad: valor pronóstico del ultrasonido basal y su comparación con el perfil hormonal para predecir el éxito en reproducción

Impartió:

Daniel Humberto Méndez Lozano

Doppler en ginecología

Impartió:

Guillermo Gómez Partida

Vascularización folicular y calidad ovocitaria: avances del doppler color 3D en ginecología

Impartió:

Daniel Humberto Méndez Lozano

Perspectiva actual del ultrasonido de endometrio: aplicación de medio de contraste

Impartió:

Antonio Briceño Saenz

Ultrasonografía de contraste: ecorrealizadores y 3D en ginecología

Impartió:

Humberto Flores Tamez

Procedimientos invasores guiados por ultrasonido en ginecología

Impartió:

Daniel Humberto Méndez Lozano

Embarazo ectópico: nuevos retos diagnósticos, nuevos sitios de implantación: ¿debe considerarse la implantación en la cicatriz uterina?

Impartió:

Antonio Briceño Saenz

Errores y fallas comunes en ginecología: aspectos éticos y médico-legales

Impartió:

Jesús Lozano de la Garza

GINECOLOGÍA INFANTO-JUVENIL: UN RETO DE ACTUALIDAD

Conductas de riesgo en la adolescente: una mi-

rada al problema

Impartió:

Josefina Lira Plascencia

La sexualidad en las adolescentes: mitos y realidades

Impartió:

Claudia Rampazzo

Abuso sexual en la adolescente: una alerta que nadie escucha

Impartió:

María Ayumi Ito Nakashimada

Institución:

Hospital de la Mujer, Clínica de Colposcopia, Hospital Star Médica, Morelia, Michoacán, México.

El abuso sexual, en la infancia y adolescencia, lamentablemente, es un problema social y de salud pública, que se presenta aun en la actualidad, siendo la cuarta causa de consulta de ginecológica infanto-juvenil. Se presenta a cualquier edad y en cualquier estatus socioeconómico. La estadística, aun sigue siendo un problema, ya que muchos de estos casos no son reportados. La razón es, que el agresor, en la mayoría de los casos es un familiar o conocido, e implica cuestiones sociales, hasta económicas. Dentro de los factores de riesgo para el abuso sexual se encuentran: ser adolescente (2/3 partes de las víctimas son menores de 15 años), pobreza, conductas de riesgo (alcoholismo, drogadicción), trabajos que diferencien el género (policía, ejército).

En la ciudad de México el 50 % de las víctimas son adolescentes, y la mayoría el agresor es un conocido y ocurre en el medio domiciliario.

Es de importancia, conocer el abordaje de estas pacientes, ya que el pediatra o el ginecoobstetra, será el primer contacto y consulta de estos hechos.

La terminología, se ha utilizado: desde experimentación sexual, hostigamiento sexual, abuso sexual, violación, víctima sexual e incesto.

El código penal federal mexicano, en el libro segundo,

capítulo decimoquinto: delitos contra la libertad y normal desarrollo psicosexual, artículo 259 al 266 define y sanciona estos hechos.

Las metas de una evaluación sistemática de estas pacientes, consiste en:

- Obtener una historia clínica completa.
- Identificar y documentar la evidencia de la lesión o infección.
- Diagnosticar y tratar las condiciones médicas causadas por el abuso sexual.
- Identificar y tratar condiciones no relacionadas al abuso sexual.
- Monitorizar cualquier anormalidad en el desarrollo físico y emocional, dando apoyo psicológico a la afectada y a la familia. Este suceso, continúa con el Trastorno por estrés postraumático que debe atenderse.
- Contar con la seguridad de la agredida posterior a la evaluación y referencia oportuna a los servicios correspondientes como la trabajo social y medico legal/ ministerio público.

Se debe de considerar: reconocer variantes anatómicas normales, diferenciar los hallazgos con otras condiciones médicas o indeterminadas, ser cuidadoso con la interpretación de los resultados de laboratorio.

En la documentación: es imprescindible realizar anotaciones tal y como describe el evento la afectada “entre comillas” en el expediente clínico y en casos legales, se sugiere una evidencia de audio o grabada. La colposcopia juega un papel de importancia ya que se logra magnificar las lesiones y documentarlas colpofotográficamente.

Durante la exploración física: se recomienda, que se acompañe de madre o tutor. En ocasiones, no hay hallazgos clínicos 28 % de los casos, como lo es en caso de: frotamiento, contacto externo, manipulación, 49 % de los casos son no específicos y en un 25 % son casos sospechosos.

Se han descrito diversas clasificaciones, para estos hallazgos, la más utilizada es la descrita por la Universidad de Tennessee en:

- Categoría 1. Normal
- Categoría 2. Hallazgos inespecíficos: edema, excoriaciones, eritema, fisuras, laceraciones, que

también pueden presentarse en pacientes con falta de higiene.

- Categoría 3. Hallazgos específicos: pérdida de continuidad en himen, apertura de himen mayor a 1 cm, proctoepisiotomía, indentación.
- Categoría 4. Definitivo, cualquier presencia de espermatozoides.

Estudios de laboratorio: si la agresión fue en un tiempo menor a 72 horas, se puede, recabar espécimen biológico para su análisis por medicina forense. Ya que los hallazgos clínicos, en la mayoría son no concluyentes, se puede documentar infecciones de transmisión sexual, realizando búsqueda de: gonorrea, sífilis, HIV, *Chlamydia* (sólo si no es perinatal), tricomoniasis, condilomas acuminados o plano, herpes genital, vaginosis bacteriana (presencia de *Gardnerella vaginalis*, *Mycoplasma*). Toda laceración, deberá ser realizada bajo anestesia. Identificar, si es necesario realizar estudios adicionales para la detección de infecciones de transmisión sexual, como cultivos específicos, estudio de VIH.

El manejo debe de ser multidisciplinario, con la finalidad de favorecer a la paciente.

La violencia sufrida durante la niñez crea un cuadro de resultados negativos, tanto psicológicos como físicos, y uno de ellos es la revictimización. Es decir, las mujeres que son víctimas de violencia durante la niñez tienen una mayor probabilidad de sufrirla durante la edad adulta. El abuso físico y sexual durante la niñez debe prevenirse o, en su defecto, detectarse y tratarse.

Infecciones de transmisión sexual: repercusiones a largo plazo en la salud reproductiva

Impartió:

Héctor Oviedo Cruz

El impacto de la infección por VPH en la adolescente: actualidades en la detección y tratamiento

Impartió:

Cristina Arteaga

Riesgos y ventajas de la anticoncepción hormonal

Impartió:

Luis Simon Pereyra

Aspectos neuroendocrinos de la pubertad

Impartió:

Valentín Ibarra

Los interruptores de la libertad: una verdad incómoda

Impartió:

Héctor Oviedo Cruz

Prevención del cáncer cervicouterino en la adolescente: una revisión de la profilaxis

Impartió:

Cristina Arteaga

Endometriosis: una intervención oportuna en adolescentes

Impartió:

Josefina Lira Plascencia

Patología mamaria en la adolescente

Impartió:

María Ayumi Ito Nakashimada

Institución:

Hospital de la Mujer, SSM, Clínica de Colposcopia, Hospital Star Médica, Morelia, Michoacán, México.

Al iniciar la pubertad, la telarca comienza alrededor de los 8 a 13 años de edad, estas etapas del desarrollo, fueron descritas por Marshall y Tanner en 1969. El desarrollo mamario en las adolescentes mexicanas, con la etapa de Tanner II ocurre alrededor de los 10 años $\pm$ 1 año y el tiempo para terminar el proceso de maduración tarda aproximadamente 4 años, es decir alcanzan el estadio V a los 14 años $\pm$ un año.

Clasificación de la patología mamaria presente durante la adolescencia.

- 1) Alteraciones congénitas: Politelia, atelia, pezón invertido, pezón bífido, polimastia, sinmastia, amastia,

síndrome de Poland (consiste en amastia, *pectum excavatum*, agenesia del músculo pectoral, deformidad costal, alteraciones en nervio radial)

- 2) Mastalgia
- 3) Problemas en el desarrollo: Asimetría, hipertrofia (600 a 1500 mm³), mamas tuberosas, hipotrofia, telarca precoz, glándulas y pezones supernumerarios
- 4) Descarga del pezón: tubérculos de Montgomery, papiloma intraductal, ectasia de ductos mamarios cromhidrosis apócrina
- 5) Masas mamarias: Quiste mamario, cambios fibroquístico, fibroadenomas (clásico, gigante y juvenil), tumor *Phyllodes*, papilomatosis juvenil, necrosis grasa, lipoma, linfangioma, hemangioma, granulomas, angiosarcoma, enfermedad metastásica como leucemia, neurofibromatosis, mastitis Tuberosa, dermatosibromatosis, carcinoma mamario
- 6) Otras lesiones: Infecciones, perforaciones.

El fibroadenoma mamario, es la masa mamaria mas frecuente en entre las adolescentes, siendo su frecuencia ente 70 al 90 % de los casos de biopsias. Se caracteriza por ser un nódulo fibroso, móvil, no doloroso, sin acompañarse de descargas por el pezón, que tiende a crecer de semanas a meses. Su localización más frecuente es en el cuadrante superior externo, frecuentemente llegan a medir de 3 a 4 cm. La fibromatosis consiste en la presencia de múltiples fibroadenomas bilaterales y corresponden del 10 al 20 % de los casos de las pacientes con fibroadenomas. Los fibroadenomas son estrógenos dependientes, con crecimiento en el estroma o dentro de los lóbulos, pueden crecer en cualquier etapa de la adolescencia, desde antes de la menarquia hasta los 17 años. El tamaño del tumor suele disminuir alrededor de los 20 años, puede existir la regresión espontánea, pero no es lo frecuente. La biopsia excisional, con incisión periareolar, es el método mas frecuente para el estudio de estos nódulos

En la clínica de mama del hospital de la mujer, en el periodo de 2004 al 2007, se atendieron 2 436 pacientes, de las cuales 127 pacientes correspondieron a menores de 20 años de edad, siendo un 5.2 % de pacientes adolescentes con patología mamaria.

Edad mas frecuente fue a los 17 años de edad. El motivo más frecuente de la consulta fue la presencia de nódulo y/o dolor. Menarquia promedio fue a los 12 años.

No encontramos correlación o asociación: con índice de masa corporal y el inicio de la menarquia con el nódulo mamario y/o dolor mamario.

El 86 % fueron casos quirúrgicos. La localización más frecuente de nódulos, fue en el cuadrante superior externo. La mama derecha es el lado mas frecuentemente afectado, en un 45 %, la afección bilateral ocurrió en un 24 % de los casos.

El tumor mas frecuente correspondió al fibroadenoma mamario, ocupando el 88.3 % (76/86) del diagnóstico por nódulo mamario. El 14% (11/76) correspondieron a la variante patológica de fibroadenoma juvenil. El tumor *Phyllodes* con un 2.3 % (2/86) de los casos.

De la patología no quirúrgica correspondieron a condición fibroquística, desarrollo asimétrico, hipoplasia, mastodinia cíclica, desarrollo normal, nevus, mastitis, galactocele, eccemas de pezón, tejido mamario axilar y cambios gestacionales.

Aunque la patología mamaria en la adolescencia, sea benigna en la mayoría de los casos, el hecho de presentar, ya sea dolor o masa mamaria, causa en la paciente y los padres, ansiedad y temor por neoplasia maligna o alteración del desarrollo mamario. Dentro del abordaje a la paciente: se debe de incluir la historia clínica, evolución y descubrimiento del nódulo mamario, relación con ciclo menstrual, asociación a dolor. La exploración física, se debe incluir peso, talla, índice de masa corporal, revisión de piel, estructura ósea y ganglios axilares. Durante la exploración, es conveniente capacitar a la paciente en la autoexploración mamaria mensual. El comunicar la naturaleza de la patología que presenta la paciente, pronóstico y métodos diagnósticos que se van a utilizar, tranquiliza y disminuye la ansiedad en ella y al familiar.

Los vacíos legales en la atención de la paciente adolescente

Impartió:

Juan Manuel Grosso Espinoza

GINECO-COSMÉTICA: ¿DEBE O NO HACERSE?

Introducción a la ginecocosmética

Impartió:

Claude Alan Paire Serrier

Los procedimientos de cirugía cosmética son cada vez más

solicitados, el Ginecólogo es el médico que de acuerdo a estadísticas mundiales, trata regiones anatómicas que son asiento potencial y frecuente de mejoría funcional y corporal. Usualmente el Ginecólogo se ha concretado a practicar cirugías ginecológicas, como histerectomía, Cirugía ovárica , Cirugía anexial, Cesáreas, etc. sin interesarse en el aspecto físico , en el aspecto cicatrizal, y en el aspecto de figura corporal final. La mayoría de las mujeres que acuden al ginecólogo cursan con obesidad, cirugías abdominales previas, diastasis de rectos, hernias umbilicales e inguinales, distrofia abdominal, flacidez abdominal, ptosis o asimetrías mamarias, desgarros perineales, cistocele incontinencia urinaria de esfuerzo, hipertrofia de labios menores, envejecimiento vulvoperineal, etc., por lo que, frecuentemente las mismas pacientes solicitan les sean corregidas, si es que se van a someter a cirugía ginecológica, y tradicionalmente ocurre lo siguiente: Primero; llamamos al cirujano plástico para solucionar el problema, y sus honorarios son mayores que los del ginecólogo y Segundo, lo más frecuente, no hacemos más que lo ginecológico, no tomamos en cuenta la solicitud de la paciente y no, nos interesáramos en el resultado final, desde el punto de vista cosmético.

La ginecocosmética busca aplicar y combinar los principios quirúrgicos ginecológicos y los quirúrgicos cosméticos, en una misma cirugía, para que el resultado final sea curativo y de corrección corporal, logrando de esta manera que la mujer se sienta emocionalmente satisfecha.

Es menester , pues que el Ginecólogo, aprenda técnicas de microcirugía ginecológica, por ejemplo laparoscopias e histeroscopias, técnicas de mini-laparotomía, técnicas de prevención de extensas cicatrices, o de cicatrices hipertróficas o queloides, pero sobre todo técnicas de corrección , mejoría y embellecimiento corporal , de las regiones ginecológicas donde diario realiza procedimientos quirúrgicos ginecológicos curativos. Con respeto, ética, y con un programa de capacitación, que le permita ofertarlos a las pacientes sin salirse del ámbito legal de la misma especialidad.

Por lo tanto el concepto ginecocosmética, agrega al tratamiento curativo:

La lipoescultura en áreas Ginecológicas (la historia de la lipoescultura nos indica que fue un ginecólogo, quien sentó las bases para la sencillez y seguridad con que se practica actualmente, y la curva de aprendizaje de este pro-

cedimiento es rápida y fácil, tan es así, que es más riesgoso un procedimiento laparoscópico, que una lipoescultura). La abdominoplastia (en sí, cada vez que reconstruimos un abdomen por cualquier cirugía ginecológica, estamos haciendo una plastia abdominal, solo extendemos esta corrección y eliminamos el exceso de grasa y piel, que le da una aspecto desagradable a la pared abdominal). La vaginoplastia y rejuvenecimiento vaginal (aplicamos técnicas de diseño vulvar y vaginal, para darle un aspecto agradable, bello, y funcional, corrigiendo, cistocele, retócele, incontinencia urinaria de esfuerzo, desgarros perineales, etc. Diferente de la tradicional colpoperineoplastia en la que no se tomaba en cuenta el aspecto sexual y de embellecimiento genital). La corrección de mamas, (el Ginecólogo es el primer contacto para la patología mamaria, por lo tanto, debe tomar el concepto de mejoría mamaria, al detectar una asimetría, o una ptosis mamaria, que son cirugías de igual riesgo que una cuadrantectomía, o excéresis de fibroadenomas, y pueden darle un mejor aspecto a estas áreas tan importantes para la mujer.

En conclusión, creemos que con la capacidad quirúrgica de la formación ginecológica, con un programa de capacitación basado en agregar tips quirúrgicos, y con ética médica, la curva de aprendizaje en ginecocosmética es rápida, y puede ofertar a sus pacientes, mejor calidad de atención, recalcando que todos los procedimientos son en áreas ginecológicas.

Aplicación de malla para la estática pélvica y vaginoplastia

Impartió:

Roberto González Vergara

Las diferentes patologías relacionadas con la estática pélvica que tienen una relación muy estrecha con la edad, la obesidad, la paridad, problemas de tipo respiratorios con tos crónica, y que pueden dar como resultado, incontinencia urinaria de esfuerzo, rectocele, enterocele, prolapsos de cúpula vaginal, y que actualmente con el advenimiento del uso de mallas de polipropileno, han mejorado los resultados, y disminuidos las recidivas, y mejorado las expectativas en mujeres jóvenes que requieren de una vagina funcional. Además de que actualmente con las técnicas de vaginoplastia y aplicación de grasa a nivel de labios mayores, ayudara a mejorar el aspecto externo así

como la autoestima y confianza de las pacientes.

Bases anatómicas en cirugía abdominal y concepto de dismorfismo abdominal

Impartió:

Miguel Ángel Perea Ruelas

Lipoescultura en ginecología

Impartió:

Claude Alan Paire Serrier

Histerectomía abdominal más abdominoplastia

Impartió:

Roberto Solís Pérez

Lipotransferencia grasa a la vulva y glúteos

Impartió:

Honorio Olmedo Olivera

Uso de mallas para incontinencia urinaria y vaginoplastia

Impartió:

Roberto González Vergara

Vaginoplastia y rejuvenecimiento vaginal

Impartió:

Roberto Solís Pérez

Resumen: hace 1 año presentamos los primeros 6 casos de vaginoplastia y rejuvenecimiento vaginal, la cirugía cosmética vaginal está empezando a ser solicitada, la vaginoplastia láser en USA es la moda, pero es costosa, hemos encontrado que con electrocirugía y tumescencia, conociendo la técnica, los resultados son satisfactorios.

definimos vaginoplastia: cirugía con la cual mejoramos, reestablecemos o embellecemos la vaginal y vulva, los procedimientos que hacemos son; aumento o reducción del monte de Venus, plastia del capuchón del clítoris, plastia de labios menores, reduce los labios que son grandes, aumento de labios mayores al transferirles tejido adiposo

dando una apariencia juvenil , vaginoplastia anterior y posterior combina la colporrafia tradicional , con técnicas de cirugía plástica que logra una reducción anteroposterior y transversal vaginal mejorando el funcionamiento sexual, perineoplastia, rejuvenece un perineo flojo arrugado, envejecido, elimina cicatrices del parto ,manchas , verrugas, desgarros perineales , con lo que aumenta el tono y recupera el poder contráctil vaginal. Hemorroidectomia externa.

Técnica: infiltración con tumescencia y corte con radiofrecuencia Ellman.

Casuística personal: hasta julio 2008 se contabilizaron 15 vaginoplastias, 6 reportadas en el 2007, y 9 que se agregan a la casuística de este año,

Diagnosticos: desgarros perineales, cistocèle y rectocèle, y distrofia vaginal.

Complicaciones en esta ultima casuística 3 pacientes han tenido dehiscencia de la horquilla vaginal inferior, creemos que es porque el diseño vulvar fue muy amplio y por el uso de energía la vascularidad a ese nivel disminuye, y con el inicio temprano de la ambulaci3n , el tejido de la horquilla se hizo dehisciente, en 2 amerito nueva re sutura, en la 3era granulo espontáneamente. No hubo influencia en el resultado final, y a pesar de ello, las pacientes tienen un grado de satisfacci3n como de muy satisfechas.

Conclusiones: La vaginoplastia será cada vez mas solicitada, la electrocirugía es una alternativa al laser. La tumescencia disminuye el sangrado- las complicaciones son mínimas y la ginecocosmética sola o combinadas va en auge.

Labioplastia de reducci3n

Impartió:

Honorio Olmedo Olivera

Técnica de diseño, fotografía y marcado en ginecosmética

Impartió:

Miguel Ángel Perea Ruelas

Sexualidad y autoestima en ginecosmética

Impartió:

Roberto Solís Pérez

Pros y contras de la abdominoplastia poscesárea

Impartió:

Claude Alan Paire Serrier

ENDOMETRIOSIS: MANEJO ACTUAL

Endometriosis y endometriomas: etiología y clasificaci3n

Impartió:

Carlos González Torres

Endometriosis: un problema de salud pública

Impartió:

Alberto Gamino Casillas

Dolor pélvico, dismenorrea y dispareunia: diagnóstico

Impartió:

Mario Alberto Chávez Zamudio

Dolor pélvico en endometriosis: manejo médico

Impartió:

Víctor M Whizar Lugo

Dolor pélvico en endometriosis: manejo quirúrgico

Impartió:

Angel Guerra de la Garzaevia

Adherencias pélvicas y endometriosis profunda

Impartió:

Mauricio S Abrao

Endometriosis en vías urinarias

Impartió:

David Redwine

Endometriosis intestinal

Impartió:

Angel Guerra de la Garzaevia

Endometriosis e infertilidad: diagnóstico y manejo médico

Impartió:

Alfredo Montaña

Endometriosis e infertilidad: manejo quirúrgico

Impartió:

Sergio Villalobos Acosta

Endometriosis e infertilidad: reproducción asistida

Impartió:

Roberto Santos Haliscak

Endometriosis atípica

Impartió:

Robert Albee

BASES DE LA HISTEROSCOPIA

Introducción al curso e historia de la histeroscopia

Impartió:

Isaac Melo Cerda

Histeroscopia en las diferentes etapas del ciclo

Impartió:

Roberto Solis Pérez

La histeroscopia, se considera el estudio más importante para diagnosticar y tratar las patologías del endometrio y cavidad uterina, sin embargo, este órgano, el endometrio, es de los mas difícil de entender desde el punto de vista de visión macroscópica, por estar en constante cambio durante todo el ciclo menstrual, por ello, es menester, la familiarización visual para determinar la normalidad o anormalidad del mismo.

Sus cambios van desde un desprendimiento completo, hasta una regeneración total en un breve lapso de tiempo, de tan solo 28-30 días, recordando que está estimulado por los cambios hormonales del ciclo ovárico, Esto aunado a los aspectos anatómicos individuales del miometrio, hace que los límites entre la normalidad y la anormalidad

sean a veces difíciles de precisar, la presencia de miomas intramurales o subserosos, es suficiente, para que el aspecto intramural cambie, y altere el aspecto de la forma, la vascularidad, la coloración y el espesor endometrial de la cavidad uterina, igual sucede en presencia de adenomiosis y e.p.i., enfermedades otros medios diagnósticos, como el usg, o los rx casi no aportan datos.

Además, hablar de endometritis desde el punto de vista histeroscópico, es muy sugestivo, porque la correlación histopatológica en la mayoría de casos no la podemos sustentar o confirmar ya que no estamos acostumbrados a correlacionar la visión histeroscópica con cultivos endometriales que nos confirmen el estado infeccioso o inflamatorio endometrial.

Desde el punto de vista histeroscópico no hay patrones que nos guíen para tener parámetros como en el caso de la colposcopia, en los que ya están bien establecidos que nos permiten llegar a un índice colposcópico y hacer diagnósticos bien sustentados.

El objetivo de este tema es mostrar estudios histeroscópicos para tomar parámetros visuales que nos marquen la normalidad o anormalidad del endometrio correlacionándolo con el día del ciclo en que se realice, y en la medida de las posibilidades, confirmando histológicamente.

Parámetros que se consideran. Edad, antecedentes ginecocoobstétricos, ingesta de hormonales previos, dx, ginecológico, hallazgos ecográficos, coloración endometrial, vascularidad, espesor endometrial, aspecto glandular, uniformidad endometrial. Patología concomitante y día del ciclo en que se practica la histeroscopia. Cuando fue posible, reporte de biopsia endometrial.

Se concluye que el endometrio se debe reportar desde el punto de vista visual macroscópico en las siguientes etapas del ciclo como: Proliferativa temprana hasta el día 8 del ciclo, Proliferativa tardía del día 9 al día 14 del ciclo, Secretoria inicial del 15 al 21 y secretoria tardía del 22 a 28, siempre y cuando no hubiera sangrado menstrual. Con esta metodología esperamos que el ginecólogo se familiarice con las imágenes normales y los tome como referencia para la identificación de patología funcional y anatómica endometrial.

Histeroscopia de consultorio

Impartió:

Carlos Salazar López Ortiz

Tratamiento de los pólipos y miomas submucosos

Impartió:

José Ma. Mojarra Estrada

Los miomas submucosos y pólipos endometriales se presentan con frecuencia en la mujer en edad reproductiva, ocurren hasta en el 25% de ellas, muchas de ellas son asintomáticas, sin embargo pueden presentar sangrado uterino intermenstrual, hipermenorrea o bien infertilidad.

Estas patologías son diagnosticadas de manera eficiente con el empleo del ultrasonido endovaginal, es más útil instilar líquido en la cavidad uterina y realizar una histerosonografía, la cual ofrece además información importante, como la localización, tamaño y penetración al miometrio. También la histerografía es de gran utilidad. Pero sin duda el estándar de oro es la histeroscopia, la cual nos permite evaluar con precisión, su tamaño y localización.

A la observación histeroscópica los miomas presentan en su superficie vascularidad aberrante, al tocarlos con el instrumento no se indentan y son firmes, a diferencia de los pólipos los cuales son de superficie lisa, sin vascularidad en su superficie y se indentan al tocarlos con los instrumentos.

Los miomas submucosos, se clasifican según Wamsterker de la siguiente manera:

Tipo 0: sin extensión intramural

Tipo 1: con menos del 50% de extensión intramural

Tipo 2: con más del 50% de extensión intramural

En el pasado la extracción de los miomas submucosos y pólipos endometriales se realizaba de manera ciega con pinzas o por medio de legrados uterinos, actualmente se hace con el histeroscopio, ya sea con tijeras y pinzas o bien con el empleo del resectoscopio, utilizando el electrodo de asa, empleando energía monopolar en modo corte puro.

Existen otros instrumentos que utilizan energía bipolar, como son el Versapoint o las agujas bipolares de Storz.

Es fundamental siempre antes de la miomectomía histeroscópica, preparar el endometrio con agonistas de GnRH, lo cual permite obtener una mejor visualización, menos sangrado en la operación, menor riesgo de intravasación del medio de distensión, mejora la posibilidad de éxito del procedimiento y mejora la anemia.

Con la buena selección de los casos la tasa de complicaciones es baja, sin embargo se precisa estar con un alto nivel de atención durante la cirugía, utilizar los instrumentos con cautela y controlar los medios de distensión.

El tratamiento de los miomas submucosos y los pólipos endometriales por vía histeroscópica, es un procedimiento sencillo, práctico, ambulatorio, ofrece menos sangrado, económico y la paciente puede reincorporarse prontamente a sus actividades

Correlación del ultrasonido con histeroscopia

Impartió:

Roberto Solís Pérez

Metroplastia histeroscópica

Impartió:

Sergio Téllez Velazco

Ablación endometrial

Impartió:

José Ma. Mojarra Estrada

La hemorragia uterina es una de las causas más frecuentes de la consulta ginecológica y es motivo de una gran cantidad de histerectomías en el mundo.

El manejo tradicional de hemorragia uterina disfuncional ha sido el empleo de agentes hormonales, los legrados uterinos y si no existe una respuesta satisfactoria la histerectomía. Sin embargo actualmente en mujeres sin miomas, patología endometrial o lesiones del cuello uterino, se puede ofrecer un procedimiento menos invasivo, simple, con menos riesgo y complicaciones como es la ablación endometrial.

Los primeros reportes de este procedimiento datan de 1971 por Droegemüller utilizando criocirugía, posteriormente Goldrath en 1981 utilizó el láser de Nd:YAG, en 1983 De Cherney en mujeres de alto riesgo quirúrgico empleó el resectoscopio urológico con el electrodo de bola y en 1989 Vancaille utilizó el electrodo de asa para la resección endometrial.

Las indicaciones de este procedimiento son las siguientes: hemorragia uterina disfuncional, sin cambios endometriales premalignos, sin deseo de preservar la

fertilidad, no prefieren la histerectomía como la primera opción, se pueden tratar de manera simultánea pólipos endometriales y miomas submucosos.

Esta contraindicado en pacientes con cambios endometriales premalignos, deseo futuro de embarazo, sospecha de adenomiosis, cuando existan miomas intramurales que compriman la cavidad endometrial.

Es importante llevar a cabo una buena historia clínica y examen físico, hacer un estudio de ultrasonido endovaginal para evaluar el tamaño uterino, el miometrio y las características endometriales, cuando hay sospecha de patología endometrial, se debe realizar una histeroscopia de consultorio y/o biopsia endometrial.

La ablación endometrial puede ser histeroscópica con el resectoscopio o no histeroscópica, existen varios dispositivos que emplean energía bipolar, microondas, agua caliente o criocirugía. Todos estos con la ventaja de no requerir entrenamiento ni equipo histeroscópico y de realizarlos en el consultorio, sin riesgo de intravasación del medio de distensión, con la desventaja del costo de los equipos y de no poder tratar lesiones concomitantes como los miomas submucosos y pólipos endometriales.

Existen equipos de resectoscopia que utilizan energía monopolar y bipolar, los primeros requieren de medios de distensión de baja viscosidad sin electrolitos y los últimos permiten utilizar soluciones con electrolitos, sin embargo con los dos tipos de medios de distensión existe el riesgo de intravasación del medio de distensión, las bombas automatizadas para la infusión de estos medios ofrecen seguridad en los procedimientos, además de obtener una presión intrauterina adecuada para el efectivo desarrollo de la cirugía.

Con la buena selección de la paciente, la tasa de éxito es alta (90%) y la tasa de complicaciones es baja. La ablación endometrial es un procedimiento sencillo, efectivo, ambulatorio, económico y con bajo porcentaje de complicaciones, el cual se puede realizar en cualquier hospital.

Manejo de la obstrucción tubaria proximal

Impartió:

Carlos Salazar López Ortiz

Esterilización histeroscópica

Impartió:

Roberto Solís Pérez

Hasta hace unos años, antes del 2002, la técnica de elección para la esterilización definitiva, era la laparoscopia, generalmente con anestesia Gral., y en forma ambulatoria, ya que cumplía con casi todos los requisitos, era y es eficaz, fácil de realizar y relativamente barata, y es el método, con el que se deben de comparar, nuevos métodos de esterilización.

Sin embargo, aunque raras, tiene algunas complicaciones como lesión intestinal, hemorragia, infección, y otras como náuseas, vómitos y en ocasiones dolor intenso.

La esterilización histeroscópica ha pasado en su historia por varios intentos, desde aplicar tapones de silicón, hasta electro-coagulación, de ostium, sin resultados satisfactorios, hasta la aparición del Essure.

Essure, inicia en 1992, con los primeros ensayos del Kerin, el Valle inicia un estudio multicéntrico a nivel mundial, se publican los primeros resultados en el 2001.

En el 2002, la FDA lo Impartió como un método de esterilización definitiva.

¿Que es el Essure? es un dispositivo flexible, que se inserta en las salpinges vía histeroscópica, que desencadena una reacción cicatrizal, y que causa una obstrucción definitiva tubaria impidiendo el embarazo. El dispositivo, consiste en un muelle expansible de 4 cm de Long. Y 0.8 mm de diámetro cuyo compuesto es el nitinol y en el interior transcurren unas fibras de dacron.

La inserción se realiza vía histeroscópica, para ello es menester visualizar los ostium, usar un histeroscopio con un canal de trabajo, usamos el storz estilo betocchi. Se introduce suavemente y cuidadosamente en la salpinge y se hacen las maniobras necesarias para el disparo y la colocación del Essure en los ostium.

El tiempo de colocación en promedio es de 13 mins, con márgenes de 4 a 20 mins. No se requiere anestesia, hospitalización, casi no se requiere medicación, y no necesita incapacidad. El procedimiento se debe realizar entre el día 7 al 14 del ciclo, que nos asegura una buena visualización de la cavidad uterina y de los ostium tubarios.

Las diferencias entre la SCB por laparoscopia y el Essure, la laparoscopia, se practica en quirófano, amerita anestesia, amerita incisiones, la recuperación es de 12-24 h y el retorno a las actividades normales es de hasta 7 días.

El Essure se practica en el consultorio, no amerita

anestesia, no amerita incisiones, la recuperación es prácticamente inmediata, y no requiere incapacidad.

La efectividad del procedimiento se considera en un 99.8 %, algunas fallas reportadas, son mas por la mala técnica de aplicación que por falla del Essure, con un alto grado de satisfacción del paciente. hasta los 3 meses es la efectividad del essure, y se debe corroborar con una histerosalpingografía, antes debe tener un medio temporal de contracepción.

Conclusiones: Es un método seguro y aceptable para la mujer, hay excelente tolerancia al procedimiento, hay rápido retorno a las actividades diarias y laborales, escaso número de efectos adversos, alta satisfacción con el método, para evitar el embarazo una seguridad de 99.8 %, parece compatible con el FIV, y en pacientes con hidrosalpinx. El inconveniente a la fecha es el alto costo del método.

Endocervicoscopia histeroscópica

Impartió:

Isaac Melo Cerda

Complicaciones de la histeroscopia

Impartió:

José María Mojarra Estrada

Cómo iniciar la práctica segura de la histeroscopia

Impartió:

Sergio Tellez Velazco

MANEJO PRÁCTICO DE LOS TRASTORNOS REPRODUCTIVOS

Estudio integral de la pareja infértil

Impartió:

Sergio Tellez Velazco

Manejo del varón infértil

Impartió:

María del Rosario Tapia Serrano

Manejo práctico de la PRG

Impartió:

Gerardo Velázquez Cornejo

Etiología y diagnostico de la disfuncion ovulatoria

Impartió:

Judith Ablanado Aguirre

Rehabilitación tubaria vs FIV

Impartió:

Juan Carlos Hinojosa Cruz

Evaluación práctica de la infertilidad sin causa aparente

Impartió:

Carlos Félix Arce

Guía práctica para inducir la ovulación

Impartió:

Alfredo Montaña Torres

Papel de la laparoscopia en los trastornos reproductivos

Impartió:

Miguel Ángel Mancera Reséndiz

Manejo de la infertilidad asociada a endometriosis

Impartió:

Jaime Rosas Arceo

Inseminación artificial: aplicaciones y resultados

Impartió:

Óscar León Martínez

Técnicas de reproducción asistida: cuándo y cuáles

Impartió:

Carlos Salazar López Ortiz

Vitrificación de óvulos y embriones

Impartió:

Israel Maldonado Rosas

Complicaciones de la laparoscopia: ¿epidemia a tratar?

Impartió:

Luis Carlos Uribe Ramírez.

Institución:

FACOG, Instituto Mexicano de Medicina Reproductiva Humana, AC. Guadalajara, Jalisco, México.

El objetivo de la cirugía laparoscópica es llevar a cabo los procedimientos quirúrgicos ginecológicos utilizados en la cirugía abierta, mediante un abordaje de mínima invasión, con menos complicaciones y sin diferencias con las técnicas y principios de la cirugía ginecológica tradicional.

Para lograr los objetivos antes mencionados se requiere una mayor estrategia para realizar satisfactoriamente un procedimiento de mínima invasión, que incluye medidas preventivas, detección y tratamiento oportuno.

Las complicaciones de la cirugía ginecológica vía laparoscopia, se presentan con mayor frecuencia en los procedimientos operatorios, siendo mucho menor su frecuencia en las laparoscopias con fines diagnósticos o para OTB. Se reporta una tasa de mortalidad de 3.3/100,000 procedimientos, observándose que a mayor experiencia del cirujano es menor la incidencia de complicaciones y cuando estas se presentan, la reparación vía laparoscópica es mayor.

Existen varios factores que contribuyen a un mayor riesgo de complicaciones durante la cirugía laparoscópica. Durante el periodo preoperatorio, la poca de experiencia del cirujano así como una selección y/o preparación inadecuada de la paciente para este tipo de procedimiento, son las causas más frecuentes que predisponen a complicaciones, en ocasiones de suma gravedad.

Durante el transoperatorio, las complicaciones ocurren frecuentemente en el paso inicial de la producción del pneumoperitoneo por la lesión con la aguja de Veress. La introducción de los trocares para los puertos de entrada es el otro momento donde ocurren complicaciones ya sea por lesión vascular, a nivel del tracto gastrointestinal o el

aparato urinario.

Para prevenir este tipo de complicaciones es muy importante identificar los puntos de referencia anatómica del área, antes de iniciar el procedimiento quirúrgico.

La reparación de una lesión vascular mayor, requiere de una rápida y eficaz acción de parte del cirujano. Si es un vaso pequeño, en ocasiones con “paciencia y presión” mediante mini-compresas laparoscópicas se puede cohibir la hemorragia o bien utilizar cauterización preferentemente con coagulación bipolar o hemostasia con clips o *endo-loops*.

En caso de una lesión de vasos mayores, deberá realizarse de inmediato una laparotomía con incisión media vertical subumbilical y reparar el vaso lesionado, preferentemente con la ayuda de un cirujano vascular.

No importa que tan sencillo sea el procedimiento laparoscopia a realizar, siempre deberá tenerse en la sala un quipo de laparotomía listo para ser utilizado de inmediato.

Las lesiones del tracto gastrointestinal son un riesgo potencial de amenaza a la vida, ya que si no son reconocidas y tratadas durante el transoperatorio pueden tener consecuencias desastrosas. Como medida preventiva para este tipo de lesiones se incluyen el uso de trocares con mecanismos de seguridad o bien utilizar la técnica de “laparoscopia abierta” en aquellos casos con antecedentes de peritonitis o laparotomías previas.

La reparación de una lesión intestinal deberá realizarse de inmediato, ya sea por vía laparoscópica si se tiene la habilidad y experiencia para ello o bien a través de una laparotomía y reparación convencional a cielo abierto.

Las lesiones térmicas intestinales tienen una tasa de mortalidad del 25% si no son detectadas y tratadas a tiempo.

Para prevenir lesiones del tracto urinario, siempre deberá colocarse una sonda de Foley en vejiga antes de iniciar el procedimiento laparoscópico e insertar el trocar suprapúbico cuando se requiera a 3 cm. por arriba del pubis. Es conveniente para evitar lesiones ureterales confirmar visualmente su localización antes de realizar cualquier procedimiento en el área.

Cuando la lesión vesical o ureteral no es reconocida transoperatoriamente, la paciente presentara fiebre, dolor abdominal y signos de peritonitis. Ante tal situación se deberá confirmarse el diagnóstico mediante pielograma IV seguido de la reparación a cielo abierto.

En el post-operatorio inmediato pueden presentarse her-

nias, principalmente de epiplón a través de los orificios de los trocares así como también sangrados a ese nivel, por lo que es importante retirar los trocares accesorios bajo visión directa con el laparoscopio para verificar que no exista sangrado y en caso de que esto ocurra corregirlo mediante suturas apropiadas. Después de retirar el laparoscopio se debe corroborar el cierre adecuado del orificio del trocar principal para evitar la hernia de epiplón.

Recordemos, que después de una cirugía ginecológica, se convencional o laparoscópica, la paciente debe sentirse bien todos y cada uno de los días siguiente a la operación, *¡si no ocurre así sospeche una complicación y evalúe!*

Estudio comparativo entre dinoprostona gel y dinoprostona de sistema de liberación controlada en la inducción del trabajo de parto

Autor:

José Antonio Ayala

Institución:

Hospital de Ginecoobstetricia núm. 4, Luis Castelazo Ayala, Servicio de perinatología, Instituto Mexicano del Seguro Social.

Objetivo: comparar el uso de dinoprostona gel contra dinoprostona de sistema de liberación controlada en la inducción del trabajo de parto.

Material y método: en cuadro 1 se encuentran las características de las pacientes.

Cuadro 1. Comparativo de dos presentaciones de dinoprostona

	Liberación controlada	Gel	p
N	38	99	
Edad	27.92 (6.83)	27.53 (5.89)	0.737
Embarazos	1.92 (1.26)	1.99 (1.27)	0.771
Partos	1.00 (1.22)	0.75 (0.94)	0.205
Abortos previos	0.16 (0.44)	0.35 (0.69)	0.124
Cesárea previa	0.03 (0.17)	0.17 (0.38)	0.031
Edad gestacional (FUR)	38.27 (2.81)	36.69 (7.08)	0.312
Edad gestacional (ultrasonido)	37.33 (3.98)	36.41 (7.66)	0.599

En el cuadro 2 se muestra la prueba de fibronectina en la que se demuestra que ambos grupos fueron comparables.

Se aplicó la prueba de la *t* de Student para evaluar la

Cuadro 2. Prueba de fibronectina para la dinoprostona

		Liberación continua	Gel	p
Fibronectina	Negativa	21 (63.6%)	44 (57.1%)	0.526
	Positiva	12 (36.4%)	33 (42.9%)	

diferencia de medias en aquellas variables que se distribuían normalmente y la U de Mann-Whitney para aquellas

variables con distribución no paramétrica.

Resultados: antes de la inducción no se observaban diferencias estadísticamente significativas en lo que respecta a la escala de Bishop ($p = 0.927$). Sin embargo, tras seis horas de la inducción, el grupo tratado con PGE2 mediante el sistema de liberación vaginal tuvo un valor en la escala de Bishop más elevado que el grupo tratado con gel. Diferencias con significación estadística (*t* de Student).

Tampoco hubo diferencias en lo que respecta a la dila-

Cuadro 3. Dinoprostona

	Puntaje Bishop	Liberación continua	Gel	p
Preinducción		2.96 (1.37)	3.00 (1.90)	0.927
A las seis horas		6.08 (2.43)	4.76 (2.37)	0.071

tación y borramiento.

En aquellas mujeres tratadas con dinoprostona de

Cuadro 4. Dilatación y borramiento con dinoprostona

	Liberación continua	Gel	p
Dilatación de envío	5.16 (1.42)	4.79 (1.40)	0.231
Borramiento de envío	75.00 (12.32)	78.65 (10.33)	0.134

liberación continua se observó un porcentaje menor de cesáreas (21.1%) respecto del grupo de Gel (36.4%), con diferencia estadísticamente significativa mediante la prueba de la χ^2 .

Conclusiones: el uso de dinoprostona LC produjo

Cuadro 5. Comparativo de cesáreas

		Propess	Prepidil	p
Cesárea	Sí	8 (21.1%)	36 (36.4%)	0.086
	No	63 (63.6%)	30 (78.9%)	

una reducción significativa en el número de cesareas al momento de la inducción del parto

Misoprostol oral vs intravaginal en inductocon-

Inducción del trabajo de parto

Autor:

Clara del Carmen Flores Acosta

Coautores:

Héctor Triana Saldaña, Saúl Juárez Ramírez, José Luis Iglesias Benavides

Institución:

Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL, Departamento de ginecología y obstetricia.

Objetivo: comparar la eficacia y seguridad del misoprostol oral vs intravaginal para la inducción del trabajo de parto.

Material y método: se realizó un estudio prospectivo, longitudinal, comparativo y al azar en el que se analizó a 180 pacientes con indicación de inducción de trabajo de parto, a las que se les asignó al azar la administración de 100 mg de misoprostol vía oral o 50 mg vía vaginal cada seis horas con un máximo de cuatro dosis en cada grupo.

Resultados: 90 pacientes distribuidas en cada grupo, la indicación de inducción más frecuente en ambos fue rotura de membranas. Hubo diferencia estadísticamente significativa a favor del misoprostol oral en cuanto al tiempo en minutos para el inicio del trabajo de parto (374 ± 319 vs 402 ± 313 , $p = 0.00$) y para alcanzar un valor de siete en la escala de Bishop (507 ± 479 vs 516 ± 408 , $p = 0.01$); no hubo diferencia estadísticamente significativa en cuanto al nacimiento del feto (849 ± 517 vs 765 ± 447 , $p = 0.37$). La frecuencia de cesáreas fue mayor en el grupo de la presentación oral, pero sin significación estadística (40 vs 25.5% , $p = 4.25$). No hubo diferencia en cuanto a la puntuación de Bishop al ingreso, la administración de oxitocina, la cantidad de dosis, las indicaciones de cesárea, las complicaciones y los resultados perinatales.

Conclusiones: el misoprostol oral es más efectivo para inducir el trabajo de parto y la maduración cervical.

Indicación del misoprostol en la prevención de la hemorragia obstétrica

Autor:

Ricardo Quiroga Díaz

Coautores:

Reynaldo Cantú Mata, Héctor Eduardo Tello Gutiérrez, Rogelio Montemayor Garza

Objetivo: investigar la eficacia del misoprostol intrauterino en la prevención de la hemorragia obstétrica y sus efectos colaterales.

Material y método: ensayo clínico con asignación al azar, efectuado en un hospital privado. Se incluyeron 200 pacientes a quienes se hizo operación cesárea. Todas las pacientes recibieron oxitocina convencional. Para los fines del estudio se integraron dos grupos. El grupo A con 100 pacientes que recibieron placebo y 100 del grupo B a quienes se suministraron 800 mcg de misoprostol intrauterino después del nacimiento, para comparar la necesidad de uterotónicos adicionales, pérdida de hemoglobina y del hematocrito y los efectos colaterales.

Resultados: en quienes recibieron misoprostol intrauterino disminuyeron: la necesidad de uterotónicos adicionales al 50%, pérdida de hemoglobina en 39.6%. Los valores de hemoglobina disminuyeron de 13 a 3%. La pérdida del hematocrito se redujo en 40.6%. Las pacientes en quienes disminuyó el hematocrito en más de 10% bajaron de 7 a 1%. Los efectos colaterales fueron pocos y no serios.

Conclusión: el misoprostol intrauterino, en combinación con la oxitocina, disminuye la pérdida sanguínea postcesárea y tiene pocos efectos colaterales.

Medición de los cuerpos lamelares para valorar la madurez pulmonar fetal

Autor:

Clara del Carmen Flores Acosta

Coautores:

Donato Saldívar Rodríguez, Juan Antonio Soria López, Gabriel Villagómez Martínez

Objetivos: determinar la cantidad de cuerpos lamelares en el líquido amniótico como indicador de madurez pulmonar fetal y definir la efectividad de la prueba diagnóstica en embarazadas sanas, hipertensas y diabéticas.

Métodos: el presente estudio se llevó a cabo en el Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, en Monterrey Nuevo León, participaron 201 pacientes en trabajo de parto entre 26 y 41 semanas de embarazo, de septiembre de 2005 a noviembre de 2006. 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 los cuerpos lamelares se realizó sin centrifugar en el contador de plaquetas Cell Dyn 3700. Los productos fueron valorados en neonatología.

Resultados: la prevalencia del síndrome de dificultad respiratoria fue de 13.4%. El conteo de cuerpos lamelares fue de ($n=175$) 17,500, ($n=8$) 26,800/mL y ($n=18$) 11,400/ mL; la sensibilidad de 94.4, 80 y 100%; la especificidad de 70.5 (IC 95%, 0.465 a 0.980), 100 (IC 95%, 0.465 a 0.98) y 57.1% (IC 95%, 0.475 a 0.908); el valor predictivo positivo de 26.8, 26.8 y 39.9, y el valor predictivo negativo de 99, 99 y 100, respectivamente, para las pacientes sanas, diabéticas e hipertensas.

Conclusiones: el conteo de cuerpos lamelares es una prueba efectiva, rápida, disponible y económica. Hubo diferencia en el conteo de cuerpos lamelares en los tres grupos de pacientes.

Histerectomía obstétrica: experiencia institucional

Autor:

Jaime Alcocer Urueta

Coautores:

Sandra Pérez Monter, Viridiana Gorbea Chávez, Ana Cristina Arteaga Gómez

Institución:

Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, Departamento de tococirugía.

Objetivo: determinar la frecuencia de histerectomía obstétrica en el Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes en un periodo de seis años, sus indicaciones, así como sus complicaciones.

Material y método: se realizó una revisión de la base de datos del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes en busca del diagnóstico de histerectomía obstétrica del primero de enero de 2001 al 31 de diciembre del 2006.

Resultados: se obtuvieron 188 expedientes con este diagnóstico. La tasa de histerectomías fue de 7.45 por cada 1000 consultas obstétricas de primera vez. La edad media de las pacientes fue 31.3 ± 5 años. De las histerectomías

realizadas nueve fueron posparto, tres posaborto, una por embarazo ectópico cervical y 175 postcesárea. Las indicaciones principales fueron acretismo 86 (45.7%) y atonía 67 (35.6%). La complicación más frecuente fue la lesión vesical en 11.7% y requirió transfusión 89.9%. Ameritó vigilancia en cuidados intensivos 74.4%. El sangrado promedio fue de 2,695 cc y se reportaron tres muertes maternas (1.6%).

Conclusión: en esta población la causa principal de histerectomía obstétrica fue el acretismo placentario. Una forma de disminuir la cantidad de casos es la reducción de la tasa de cesáreas y valoración del riesgo previo a la cirugía individualizado para cada paciente.

Palabras clave: histerectomía obstétrica, acretismo placentario, lesión vesical.

Histerectomía total laparoscópica en el tratamiento de enfermedad benigna. Estado actual en la UMAE núm. 4, Luis Castelazo Ayala

Autor:

Miguel Ángel López Valle

Coautores:

Germán Calvo Lugo, Leopoldo Aureoles Sánchez, Alfonso Valdés Domínguez, José Fugarolas Marín, Braulio Quesada Reyna, Fabian Arechavaleta Velasco, Laura Díaz Cueto, Gilberto Tena Alavez

Institución:

Unidad de Alta Especialidad en Ginecología y Obstetricia núm. 4, Luis Castelazo Ayala, IMSS.

Antecedentes: la laparoscopia ha ganado terreno en el tratamiento de padecimientos ginecológicos a través del tiempo. Todo esto ha llevado a que los criterios de inclusión para este tipo de cirugía se modifiquen y que hoy se considere que prácticamente en cualquier paciente es posible realizar el procedimiento.

Objetivo: reportar el estado actual de la cirugía laparoscópica en nuestro servicio y comparar los riesgos y beneficios de la histerectomía total laparoscópica y la histerectomía total abdominal en el tratamiento de afecciones ginecológicas benignas.

Material y método: se comparó el tiempo quirúrgico, la hemorragia transoperatoria, los días de hospitalización

y de incapacidad entre 98 pacientes operadas por laparotomía y 259 operadas vía laparoscópica, con trastorno ginecológico benigno.

Resultados: el análisis estadístico mostró diferencia significativa en el tiempo quirúrgico, menor para la cirugía abierta. El sangrado transoperatorio, los días e incapacidad posoperatorios fueron significativamente menores en la cirugía laparoscópica. El análisis de regresión logística demostró que ninguna variable (edad, índice de masa corporal, peso del útero, tiempo quirúrgico y sangrado) explica el mayor riesgo de complicaciones en algún tipo de procedimiento quirúrgico.

Conclusiones: la cirugía laparoscópica es una técnica factible y segura para el tratamiento de padecimientos ginecológicos benignos, además provee beneficios a las pacientes, como: reducción significativa del tiempo de convalecencia e incorporación laboral en un menor tiempo, esto sin aumentar de manera significativa la morbilidad y mortalidad e incluso con menor hemorragia transoperatoria.

Beneficios de la histerectomía total abdominal con uso de pinza bipolar plasmacínica vs tradicional

Autor:

Miguel Ángel López Valle, Carlos Briones

Manipulación de la progesterona de depósito por la paciente que generó un proceso inflamatorio persistente en el glúteo: comunicación de un caso

Autor:

Miguel Ángel Bernal Davish

Coautores:

María Natividad Guzmán Tapia, Alberto Hernández Valencia

Institución:

Facultad de Medicina de la Universidad Veracruzana.

Antecedentes: para una mejor biodisponibilidad de medicamentos se han creado diferentes vías de administración, como: progesterona oral, vaginal y actualmente intramuscular con microesferas. La progesterona es de gran utilidad en la fase lútea inadecuada, amenaza de aborto, paciente con

antecedentes de aborto, en reproducción asistida de baja y alta complejidad y recientemente como inhibidor uterino.

Caso clínico: paciente de 26 años con los siguientes antecedentes ginecoobstétricos: menarquia a los 14 años, ritmo 40-60/5, un embarazo, un aborto por huevo muerto retenido. Tres meses después del aborto inició tratamiento con citrato de clomifeno, 200 mg diarios durante cinco días más coito programado, inmunoensayo positivo con embarazo de 4.6 semanas mediante la fecha de la última menstruación, ultrasonido sin embrión ni cuerpo lúteo en ambos ovarios; se inició la administración de progesterona oral e intramuscular con microesferas y a los 10 días se apreció embrión con latido cardíaco, y en el glúteo derecho inflamación de 10 cm de diámetro, con dolor, rubor, aumento de la temperatura y disminución de la función, debido a la manipulación de la paciente que creyó era un absceso. Actualmente el embarazo cursa 11.2 semanas con evolución normal; la paciente aún tiene una zona de hiperemia de 1.5 cm de diámetro.

Conclusión: es pertinente comunicar a las pacientes los efectos colaterales de la progesterona con microesferas, ya que ocasiona una reacción inflamatoria localizada y al manipularla puede ocasionar un proceso inflamatorio grave.

Eficacia de la progesterona vaginal como suplemento de fase lútea en la infertilidad

Autor:

Gerardo Menocal Tobías

Coautores:

Rafael Sánchez Usabiaga, Jorge Dueñas Riaño, Sergio Romero Tovar

Institución:

Instituto de Medicina Reproductiva Médica Fértil, Querétaro.

Objetivo: determinar la eficacia clínica de la complementación de fase lútea con progesterona vaginal en la terapia reproductiva de baja y alta complejidad.

Material y método: estudio de ensayo clínico controlado, abierto y unicéntrico. En las primeras 48 horas posteriores al procedimiento reproductivo (inseminación artificial homóloga, IAH, o fertilización *in vitro*, FIV) se administró a 20 voluntarias, vía vaginal, 400 mg/día de

progesterona micronizada en perlas, hasta el siguiente ciclo menstrual o la semana 12 de embarazo. Se realizó diagnóstico de embarazo y seguimiento semanal clínico y paraclínico hasta el primer trimestre de gestación.

Resultados: con un promedio de edad de 33 ± 4 años, estatura de 160 ± 6 cm, peso de 65 ± 7 kg e índice de masa corporal de 25 ± 2 ; se observó la incidencia de embarazo en 55% (15% por IAH y 40% por FIV). No hubo un efecto estadísticamente significativo de las variables independientes demográficas sobre el logro de embarazo.

Conclusiones: en la población estudiada se observó que el complemento de fase lútea con progesterona vaginal es eficaz clínicamente en las terapias de baja y alta complejidad reproductiva.

Técnica para la aplicación semanal de progesterona en microesferas

Autor:

Gerardo Menocal Tobías

Coautores:

Rafael Sánchez Usabiaga, Jorge Dueñas Riaño, Sergio Romero Tovar

Institución:

Instituto de Medicina Reproductiva Médica Fértil, Querétaro.

Objetivo: evaluar la utilidad de una técnica de aplicación intramuscular de progesterona en microesferas ProSphere® durante el tratamiento reproductivo.

Material y método: estudio de ensayo clínico controlado, abierto y unicéntrico. Luego del procedimiento reproductivo de baja o alta complejidad, en 20 voluntarias se administró progesterona semanalmente hasta su siguiente periodo menstrual o hasta la semana 12 de embarazo con la siguiente técnica: con la paciente en decúbito ventral, se identifica el cuadrante superior externo del glúteo y, previa antisepsia, se introduce la totalidad de la aguja a 90° . En segundo e inmediato tiempo, se introduce aún más la aguja hasta percibir en forma táctil la llegada de la punta al músculo glúteo; se aspira el émbolo descartando sangre y se administra la progesterona lenta y progresivamente. Se retira la jeringa y se da masaje circular durante 20

segundos con torunda. Cada visita se exploró e interrogó sobre los síntomas asociados.

Resultados: con edad promedio de 32 ± 4 años, índice de masa corporal de 25 ± 3 kg/m² y 50% de casos con logro de embarazo, la totalidad de pacientes toleró la administración del medicamento semanal con esta técnica, inclusive hasta la semana 12 de embarazo, sin reacciones locales ni sistémicas.

Conclusiones: en la población de estudio la técnica de aplicación fue útil para administrar semanalmente la progesterona en microesferas inyectable ProSphere®.

Apego a la complementación de fase lútea con progesterona oleosa inyectable en el tratamiento reproductivo

Autor:

Gerardo Menocal Tobías

Coautores:

Rafael Sánchez Usabiaga, Ricardo Hurtado Amador, Anaíd Batista Espinoza

Institución:

Instituto de Medicina Reproductiva Médica Fértil, Querétaro.

Objetivo: determinar el apego clínico a la complementación de fase lútea con progesterona oleosa inyectable, en el tratamiento reproductivo.

Material y métodos: estudio de ensayo clínico controlado, abierto y unicéntrico. Luego de la estimulación ovárica con menotropinas y el procedimiento reproductivo de baja o alta complejidad, se administraron, en de las siguientes 48 horas a 20 voluntarias, 50 mg/día de cuerpo lúteo por vía intramuscular. Se inyectó con técnica aséptica en el tercio externo superior, alternando ambas regiones glúteas hasta el siguiente ciclo menstrual o semana 12 de embarazo. Tras el diagnóstico de embarazo a los 14 días del procedimiento reproductivo, se dio seguimiento médico semanal hasta el primer trimestre gestacional. Cada paciente llevó un registro de aplicación y síntomas asociados en un diario.

Resultados: con un promedio de edad de 33 ± 5 años e índice de masa corporal de 24 ± 3 kg/m² se logró 45% de embarazos en general. Todas las pacientes suspendieron

la complementación inyectable cotidiana al concluir el periodo de las primeras dos semanas de uso, refiriendo incomodidad tipo dolor tras la aplicación cotidiana y requiriendo cambio de progesterona y vía de administración para continuar hasta la semana 12 de embarazo.

Conclusiones: en la población estudiada se observó un deficiente apego a la complementación con el uso de cuerpo lúteo en administración diaria.

Ciclos menstruales alargados artificialmente para anticoncepción en el Hospital Central Norte

Autores:

Edgardo Bustillos Alamilla, Jorge Zepeda Zaragoza, Carlos Humberto Briones Landa, Mariana Areli Hernández Ruiz

Objetivo: evaluar los efectos adversos y la aceptación de ciclos menstruales extendidos por anticoncepción en la población derechohabiente del Hospital Central Norte de Petróleos Mexicanos.

Material y método: se ofrecieron ciclos menstruales extendidos a la población integrante del servicio de planificación familiar del Hospital Central Norte, en los que se incluyeron los siguientes métodos anticonceptivos: anillo Nuvaring, Yasmin y Evra. Las participantes lo usaron durante 13 meses, con ciclos continuos de 42 días y una semana para privación. Se realizó seguimiento trimestral mediante cita en consulta externa con registro de síntomas acompañantes y reporte de efectos adversos.

Resultados: se reclutaron 46 pacientes, quienes utilizaron los siguientes métodos anticonceptivos: 14 con anillo Nuvaring, 22 con Yasmin y 10 con Evra. Entre las pacientes, 8.6% tuvo manchado intermenstrual, la mitad de ellas en el grupo de Yasmin y el resto en el de Nuvaring. Entre las pacientes del grupo con Evra 40% reportó cefalea intermitente leve durante todos los ciclos, el resto (91.4%) negó dolor de cualquier tipo como efecto adverso. En la evaluación de calidad del coito, 2.3% (dos casos en el grupo de Nuvaring) refirió disminución de la lubricación vaginal. Ninguna paciente se embarazó. Al término del estudio todas las pacientes decidieron continuar con los ciclos extendidos.

Conclusiones: un régimen anticonceptivo para ciclos menstruales extendidos tiene alto grado de satisfacción, alivia significativamente los síntomas premenstruales y

tiene pocos eventos adversos respecto del régimen estándar de ciclos 21/7.

Prescripción del sistema intrauterino liberador de levonogestrel en el posaborto

Autor:

Eduardo Noe Nava Guerrero

Coautores:

Carlos Martínez Hernández, Victoria Martínez Gaytán, Raúl Cortés Flores

Institución:

Departamento de Salud Reproductiva, Unidad Médica de Alta Especialidad núm. 23, IMSS, Monterrey, NL, México.

Objetivo: valorar la aceptación y continuación del sistema intrauterino liberador de levonogestrel colocado inmediatamente después del aborto.

Material y método: estudio transversal, descriptivo y prospectivo. Se revisaron expedientes de pacientes a las que se realizó legrado intrauterino y colocación inmediata del sistema intrauterino liberador de levonogestrel en el área de tococirugía de la UMAE núm. 23 entre agosto a diciembre de 2007, posteriormente se les aplicó un cuestionario vía telefónica a los seis meses.

Resultados: se incluyeron 40 pacientes con DIU Mirena posaborto, con una mediana de edad de 25 años (17 a 48), 10 semanas (7 a 22), media del tamaño uterino de nueve centímetros (8 a 14). A los seis meses 21 pacientes (46.6%) se habían retirado el dispositivo. Las causas del retiro argumentadas fueron: dolor pélvico en siete (33%), amenorrea en tres (14%), menorragia en tres (14%), inflamación pélvica en una (5%), expulsión en una (5%), irritabilidad en una (5%), mala información en una (5%) y deseo de embarazo en cuatro (19%). Las condiciones de las 24 pacientes (53%) que continuaron con el dispositivo fueron 10 eumenorreicas (42%), seis con amenorrea desde la aplicación (25%), cinco con amenorrea a los seis meses (21%) y tres con oligomenorrea (13%). En este grupo cuatro pacientes (16%) refieren dolor pélvico y dos mastalgia (8.3%).

Conclusiones: es alto el abandono del método en la muestra estudiada. En gran cantidad de los casos podría deberse a información inadecuada sus efectos esperados.

Entre los síntomas referidos por la paciente deberá corroborarse su asociación real con el dispositivo.

La anticoncepción posevento obstétrico: reto alcanzado por el Hospital Regional de Poza Rica

Autor:

Soni Trinidad Clementina

Coautores:

Armando Kirsch Ramos, Susana Elvira Cuervo Peña, Iris Velásquez Sepúlveda

Institución: Departamento de Ginecología y Obstetricia, Hospital Regional de Poza Rica, Veracruz, México, Secretaría de Salud.

Objetivo: mejorar y mantener la cobertura de la anticoncepción posevento obstétrico en el Hospital Regional de Poza Rica mediante un método de anticoncepción a todas las mujeres en quienes no está contraindicado.

Material y método: después del análisis de la información obtenida del Servicio de Ginecología y Obstetricia en relación al APEO durante los años 1996 a 1998, que reflejaban coberturas por abajo de 30%, la dirección y las jefaturas de ginecología y epidemiología establecen el compromiso y la prioridad de mejorar estas coberturas y ampliar el periodo intergésico para disminuir la morbilidad y mortalidad materna y perinatal mejorando la salud reproductiva de las mujeres que acuden a un desenlace obstétrico en el Hospital Regional de Poza Rica. A continuación se describen las acciones o estrategias implementadas para lograr los resultados altamente satisfactorios a partir de 1999, que han hecho del Hospital un ejemplo a seguir en el logro del APEO.

Estrategia 1: la anuencia y compromiso de la dirección del hospital para el incremento de esta cobertura e inicio de este proyecto.

Estrategia 2: se integra un equipo multidisciplinario que tenga como compromiso la difusión, capacitación al resto del personal en la importancia de la orientación-consejería en las usuarias del Servicio de ginecoobstetricia para lograr el APEO.

Estrategia 3: se elabora el manual de descripción de actividades del equipo de APEO, con difusión al resto del personal.

Estrategia 4: supervisión diaria del Jefe del Servicio de Ginecoobstetricia, verificando la utilización del APEO en cada paciente, atención personal en los casos de renuencia, incluida la visita por ultima instancia del Director del Hospital para lograr el convencimiento de la paciente.

Estrategia 5: supervisión semanal y mensual del formato de Registro por el Jefe de Servicio y la Dirección del Hospital, analizando los motivos de la no aceptación del método, permitiendo de esta manera replantear las estrategias.

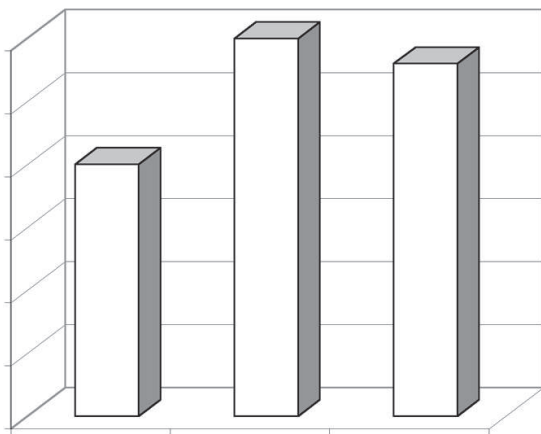
Estrategia 6: capacitación a todo el personal de nuevo ingreso involucrado en la atención de la paciente obstétrica, sobre la importancia del APEO y la Orientación-Consejería.

Estrategia 7: elaboración de un proyecto de mejora para disminuir el subregistro y detectar las oportunidades perdidas en el 9% de egresos sin APEO.

Resultados: (véanse las figuras 1 y 2, y el cuadro 1).

Conclusiones: un factor determinante para el éxito de cualquier programa lo constituye la aceptación por parte de la Dirección del Hospital porque se establece un

Año	Cantidad de eventos	Método posevento			Indicador anual
		DIU	OTB	Total	
1999	2021	825	442	1,267	62.69
2000	2506	1,720	581	2,301	91.82
2001	2665	1,907	548	2,455	92.12
2002	2364	1,806	492	2,298	97.21
2003	2941	2,218	541	2,759	93.81
2004	2977	2,360	453	2,813	94.49
2005	2665	2,102	356	2,458	92.23
2006	2827	2,232	381	2,613	92.43
2007	3265	2,555	541	3,096	94.82
Total	24,231	17,725	4,335	22,060	91.04
Indicadores		73.15	17.89	91.04	



primer nivel y se enlace con el segundo nivel a través del sistema de referencia y contrarreferencia, se establece la utilidad del Manual del APEO que sistematiza la forma de otorgar la orientación a la mujer y/o a su pareja. La supervisión sistemática por parte de la dirección y las jefaturas de ginecoobstetricia y Epidemiología, permite detectar cualquier desviación oportunamente. La anticoncepción posevento obstétrico no es un programa difícil de aplicar en los hospitales de segundo nivel de atención médica, ya que se logra una vez que se obtiene el cambio de actitud del personal de salud involucrado. El éxito depende de una buena coordinación y trabajo en equipo con los servicios participantes.

Adolescente con embarazo no planeado

Autor:

Hugo Briseño Hanon

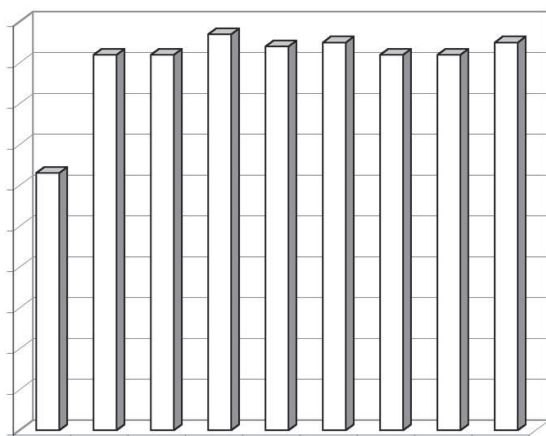
Institución:

Hospital General de Zapopan, Departamento de ginecología y obstetricia.

Objetivo: conocer la idiosincrasia y el entorno de la adolescente con embarazo no planeado.

Material y método: estudio transversal, comparativo en el que se seleccionaron, al azar, 100 adolescentes primigrávidas con embarazo no planeado: grupo A, y 50 con embarazo planeado: grupo B, del primero de septiembre de 2007 al 29 de febrero 2008. Se les preguntó, bajo consentimiento informado, su edad, escolaridad, estado civil, ocupación, historia ginecológica y sexual, la actitud de su pareja y familia ante el embarazo, si pensó abortar, si estaba conforme con su embarazo, la edad a la que esperaba embarazarse. Se elaboró un análisis estadístico con las pruebas de la χ^2 y de Fisher.

Resultados: cuando se compararon ambos grupos hubo diferencias estadísticas respecto de las siguientes variables: inicio de vida sexual igual o menor a 15 años (54 vs 13) con χ^2 de 10.92 y p de 0.004; en cuanto a si pensó abortar (15 vs 0) la prueba exacta de Fisher arrojó una p de 0.001; en cuanto a si están conformes con su embarazo (86 vs 50) la prueba exacta de Fisher fue p de 0.002; respecto de si hubieran deseado embarazarse después de los 21 años (74 vs 13) la χ^2 fue de 29.50, con una p menor de 0.000001; en cuanto a si su familia tomó mal el embarazo



compromiso personal de quien tiene el poder de decisión y la responsabilidad del funcionamiento de esta Unidad Médica. Otro actor no menos importante es el compromiso de los jefes del Servicio de Ginecoobstetricia que han rotado estos últimos ocho años, así como el equipo multidisciplinario creado en ese momento, logrando con su profesionalismo y responsabilidad la permanencia de las estrategias y el compromiso del personal aun de nuevo ingreso, para seguir constituyéndose como líderes en la cobertura de la anticoncepción posevento obstétrico. Establecer un sistema para la orientación aconsejaría que inicie desde el primer contacto con la embarazada en el

(88 vs 5) la χ^2 fue de 82.79 con p menor de 0.000001, y si su pareja lo tomó bien (76 vs 48) la prueba exacta de Fisher tuvo una p de 0.001.

Conclusiones: las adolescentes con embarazo no planeado estudiadas experimentaron significativamente mayor índice de insatisfacción personal, de pareja y familiar. La orientación sexual en la adolescencia es crucial.

Relación de las concentraciones séricas de vitamina C en adolescentes con embarazo pretérmino, con y sin rotura prematura de membranas

Autor:

Hiliana Romo Huerta

Coautores:

J. Guadalupe Pandero Barón, Alma Rosa Del Angel Meza, José Guadalupe Alvizo Mora

Institución:

Hospital Civil de Guadalajara, Dr. Juan L. Menchaca, División de Ginecología y Obstetricia y Laboratorio de Ciencias de los Alimentos, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara, Guadalajara, Jalisco, México.

Objetivo: determinar la relación entre las concentraciones séricas bajas de vitamina C y la rotura prematura de membranas en adolescentes con embarazo pretérmino.

Material y métodos: mediante diseño observacional, comparativo, analítico y transversal, se estudió a 89 pacientes de 14 a 19 años de edad con gestación menor a 37 semanas (amenorrea corroborada mediante ultrasonido), con y sin rotura prematura de membranas, que acudieron espontáneamente a solicitar atención al Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan L. Menchaca. Se consideró el estado civil, la escolaridad, el control prenatal y se tomaron muestras sanguíneas para cuantificar la concentración de ácido ascórbico sérico mediante el método de la 2,4-dinitrofenilhidralazina en las adolescentes embarazadas.

Resultados: 71.2% de las pacientes sin rotura prematura de membranas y 53.3% con ella estaban en unión libre ($p < 0.89$; χ^2). Entre las pacientes, 52.6% con rotura prematura de membranas 36.6% con ella tuvieron grado de escolaridad de secundaria. Las pacientes con más consultas de control prenatal tuvieron mayor rotura prematura

de membranas ($p < 0.02$; χ^2). Las concentraciones séricas de vitamina C fueron más altas en embarazadas sin rotura prematura de membranas (6.39 $\mu\text{g/mL}$) vs 5.05 $\mu\text{g/mL}$ en embarazadas con rotura prematura de membranas ($p < 0.001$; χ^2). Se efectuó curva COR con punto de corte de 5.3469 $\mu\text{g/mL}$, con sensibilidad de 70% y especificidad de 64% ($p = 0.002$).

Conclusiones: las concentraciones bajas de vitamina C se relacionan con rotura prematura de membranas en adolescentes con embarazo pretérmino. De acuerdo con los resultados de este estudio, debe realizarse otro estudio en embarazadas adultas con y sin rotura prematura de membranas, para compararlo con este de adolescentes embarazadas.

Experiencia de aspiración manual endouterina en aborto incompleto

Autor:

Víctor Morales García

Coautor:

Elizabeth Ruiz Hernández

Institución:

Facultad de Medicina UABJO, HGAV. SSO, Servicio de Ginecología, Oaxaca, Oaxaca, México.

Objetivo: Evaluar la eficacia terapéutica de la AMEU.

Material y métodos: estudio descriptivo y observacional en 969 pacientes con diagnóstico de aborto de menos de 12 semanas de gestación a las que se le realizó AMEU. Se analizaron edad, diagnóstico, tipo de anestesia administrada, complicaciones, personal que efectuó el procedimiento y tiempo de estancia hospitalaria.

Resultados: el promedio de edad fue de 27 años (14 a 45 años). El procedimiento se utilizó en 913 casos de aborto incompleto, 26 por huevo muerto y retenido, nueve casos de embarazo anembrionario y 17 casos de mola hidatiforme. Se utilizó bloqueo paracervical en todas las pacientes. En 152 se efectuó de manera ambulatoria y en 777 la estancia fue de menos de 24 horas. En 951 pacientes el procedimiento fue realizado por el residente, y en 18 por el médico adscrito. El procedimiento se realizó en un tiempo promedio de 15 minutos. No hubo complicaciones. En la actualidad la AMEU se efectúa en el hospital como

primera alternativa, en 2007 se efectuaron 921 AMEU y 48 LUI, en 2006, 728 y 158, en 2005, 420 y 416, en 2004, 222 y 584, respectivamente.

Conclusiones: la AMEU es un procedimiento efectivo, sencillo, seguro y aceptado por la mayoría de las pacientes. El bloqueo paracervical es una buena alternativa para el control del dolor.

Densidad mamográfica y administración de terapia hormonal en mujeres posmenopáusicas

Autor:

Sandra Pérez Monter

Coautores:

Rafael Aguilera Pérez, José Roberto Silvestri Tomassoni, Viridiana Gorbea Chávez

Institución:

Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, Departamento de Peri y Posmenopausia.

Objetivo: analizar el impacto de la terapia hormonal en la densidad mamográfica de mujeres postmenopáusicas.

Material y método: estudio descriptivo. Se revisó la base de datos del Departamento del climaterio en busca de pacientes usuarias y no usuarias de terapia hormonal con tibolona, estrógenos y progestinas, y estrógenos conjugados, para observar el resultado de cuatro mastografías, incluida una basal en el caso de usuarias de terapia hormonal, y determinar el tipo de densidad mamaria según la clasificación de la Asociación Estadounidense de Radiología. La muestra se dividió en cuatro grupos con 50 pacientes cada uno.

Resultados: la densidad mamaria en el grupo de pacientes sin terapia hormonal, en tres años de revisión, mostró disminución significativa del tejido fibroglandular en relación con el tiempo posterior a la menopausia (60%), similar a los estudios reportados en los que se muestra una disminución de la densidad mamaria. En el grupo de usuarias de tibolona hubo disminución de la densidad mamaria (40%), no así en el de usuarias de estrógenos y progestinas, en las que fue similar en las cuatro mastografías revisadas (40%), y en el grupo de usuarias de estrógenos conjugados (0.625 mg) se observó incluso aumento significativo en la densidad mamaria respecto

del tiempo (30%).

Discusión: el uso de estrógenos conjugados y con progestinas en la posmenopausia se relaciona con aumento en la densidad mamaria, lo que eleva el riesgo de cáncer de mama en estas pacientes, algo que no sucedió en usuarias de tibolona y en quienes no ingirieron la terapia hormonal.

Abordaje quirúrgico de nódulos mamarios en pacientes embarazadas

Autor:

Sandra Elia Pérez Monter

Coautores:

Ana Cristina Arteaga Gómez, Viridiana Gorbea Chávez, Carlos Eduardo Aranda Flores

Objetivo: analizar los resultados de seis años de experiencia en el tratamiento de pacientes embarazadas con nódulomamario.

Material y método: revisión de una base de datos en búsqueda del diagnóstico de nódulo de mama concomitante con el embarazo, del 1 de enero de 2001 al 31 de diciembre de 2006.

Resultados: de las 20 lesiones encontradas, 19 se diagnosticaron por ultrasonografía como lesión de tipo sólido; una fue de tipo mixto. Se realizaron, en total, 18 biopsias durante el embarazo y una biopsia posterior al puerperio. En 10 pacientes se realizó BAAF (50%). En 13 de las pacientes se concluyó la existencia de un fibroadenoma mamario. Sólo a una paciente se le diagnosticó carcinoma ductal infiltrante. A 10 de las pacientes que ameritaron tratamiento quirúrgico se les realizó lumpectomía. A una se le practicó mastectomía radical modificada debido al hallazgo de carcinoma ductal.

Discusión: en este estudio, el fibroadenoma mamario fue la lesión encontrada con más frecuencia. Nuestra experiencia en la atención de pacientes con nódulos mamarios durante el embarazo permite afirmar que la mayor parte de las lesiones son de origen benigno y, generalmente, son padecimientos que se encuentran con más frecuencia en mujeres no embarazadas.

Cuando se diagnostica cáncer de mama debe tomarse la decisión de ofrecer el tratamiento óptimo de más posibilidades de éxito.

Comparación de dos técnicas de mastectomía radical para la recolección axilar ganglionar en cáncer de mama

Autor:

Aída Naneth Zamora Lares,

Coautores:

Barragán Curiel Adolfo Eduardo, Panduro Barón José Guadalupe, Garduño Delgado Roberto

Institución:

Departamento de Clínica de Mama (Onco-Gine), Hospital Civil Nuevo de Guadalajara, Dr. Juan I. Menchaca, Guadalajara, Jalisco, México.

Objetivo: comparar dos técnicas de mastectomía radical en la recolección axilar ganglionar, en cáncer de mama.

Material y método: estudio transversal analítico en pacientes con diagnóstico de cáncer de mama de 2000 a 2005. Entre 100 pacientes se conformaron dos grupos: *A)* 50 pacientes con técnica de Patey, *B)* 50 con mastectomía radical y preservación de pectorales. En ambos se evaluó la cantidad de ganglios, cuantificación del sangrado y tiempo quirúrgico.

Resultados: el tamaño del tumor y la histología fueron similares en ambos grupos, el promedio de ganglios obtenidos en las que se preservó el músculo pectoral menor fue de 19, comparado con 21.9 en las que se extirpó.

Conclusiones: conservar el músculo pectoral menor no representa una disminución significativa en la cantidad de ganglios extirpados y la paciente obtiene un adecuado control local, sin elevar el riesgo de recurrencia local. Conservar este músculo disminuye el dolor posquirúrgico inmediato y facilita la rehabilitación. El tiempo quirúrgico y el sangrado transquirúrgico fue similar y conservar los músculos pectorales durante la disección axilar no parece complicar la cirugía ni alterar la estadificación con base en la cantidad de ganglios.

Resultados de estudios urodinámicos en incontinencia urinaria mixta (2000 a 2007) en el Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes

Autor:

Laura Guadalupe Escobar del Barco

Coautores:

José de Jesús Valderrama Santillán, Silvia Esther Rodríguez Colorado, Viridiana Gorbea Ochoa

Institución:

Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes. Coordinación de Urología Ginecológica, SSA.

Objetivo: hacer una descripción de los hallazgos urodinámicos en pacientes con diagnóstico clínico de incontinencia urinaria mixta.

Material y método: estudio retrospectivo en el que se revisaron los expedientes de pacientes con diagnóstico subjetivo de incontinencia urinaria mixta y a las que se les practicó estudio urodinámico, de enero de 2000 a septiembre de 2007.

Resultados: el diagnóstico urodinámico de incontinencia urinaria mixta en mujeres con diagnóstico clínico es de 13%. En la bibliografía se informa de 14 a 18%. Sólo 30% tuvo puntos de pérdida positivos y 50% hiperactividad del músculo detrusor. El resto de los parámetros urodinámicos fue normal.

Conclusiones: los resultados urodinámicos en pacientes con incontinencia urinaria mixta son similares a los reportados en estudios similares. Debido a la poca proporción de pacientes en quienes se corrobora el diagnóstico de incontinencia urinaria mixta mediante urodinamia, debe tratarse de acuerdo con la condición que predomine.

Síntomas sexuales en pacientes con disfunción del piso pélvico

Autor:

Laura Escobar del Barco

Coautores:

Irma Alyttet Balderas Cerda, Silvia Rodríguez Colorado, Viridiana Gorbea Chávez

Objetivo: conocer la relación de los síntomas sexuales en las pacientes con disfunción del piso pélvico.

Tipo de estudio: retrospectivo.

Pacientes y método: pacientes con síntomas de disfunción del piso pélvico con expediente urológico completo. Revisión de expedientes del 1 de enero al 31 de diciembre

del 2007. Estadística descriptiva, determinación de la razón de momios e índice de confianza del 95%. Se utilizó el programa SPSS versión 12.

Resultados: 180 expedientes con edad promedio de 51 ± 12 años. El estado civil más frecuente fue el de casadas; 65% de las pacientes se dedicaba a las labores del hogar. El motivo de consulta más frecuente fue el de incontinencia urinaria. Las pacientes con prolapso (87.2%), estadio II (63.9%), con defectos anteriores (68.3%). Se registró vida sexualmente activa en 57.2%; satisfactoria en 53%, con frecuencia de una vez a la semana en 63%. La causa de no tener vida sexual activa fue la inexistencia de pareja (80%). Hubo incontinencia urinaria durante la relación en 18.9%, sensación de cuerpo extraño que interfirió con el coito en 8.8%, y sequedad vaginal en 38.3%. La dispareunia en 31.1%. Disminución de la libido 40.6%.

Conclusiones: la dispareunia en pacientes uroginecológicas se relacionó con POPIII-IV, sensación de cuerpo extraño, sequedad vaginal y disminución de la libido. La vida sexual fue satisfactoria en las menores de 50 años de edad, con escolaridad profesional. Tuvieron disminución de la frecuencia los síntomas fecales, de la sequedad vaginal y de la libido. Ésta la padecieron las mujeres mayores de 50 años, con bajo grado de escolaridad, relacionada con sequedad. La mayor parte de estos síntomas se relacionaron con la edad y sus cambios anatómicos y principalmente fisiológicos.

Resultados y complicaciones a corto y largo plazos posteriores a la colocación de cinta retropúbica para el tratamiento de la incontinencia urinaria en mujeres

Autor:

Laura Guadalupe Escobar del Barco

Coautores:

E. González González, E. Bautista Gómez, R. Romero Reyes, S. Rodríguez Colorado, V. Gorbea Chávez

Institución:

Instituto Nacional de Perinatología, Clínica de Urología Ginecológica.

Objetivo: analizar las complicaciones y el éxito quirúrgicos a corto y largo plazos luego de la aplicación de TVT como parte del tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo.

Material y método: serie de casos de pacientes con incontinencia urinaria de esfuerzo a las que se les colocó TVT. Se obtuvo: historia clínica, examen físico y urodinamia multiconducto. Seguimiento a los 3, 6, 12 meses, 3 y 5 años.

Resultados: se incluyó a 61 mujeres con promedio de edad de 46 años, paridad promedio de tres. El diagnóstico clínico prequirúrgico fue incontinencia urinaria de esfuerzo (54%), incontinencia urinaria multiconducto (46%), incontinencia urodinámica de esfuerzo (33%) y deficiencia intrínseca del esfínter (21%). Los hallazgos transquirúrgicos fueron hemorragia mínima (<100 mL) en 54%, lesiones vesicales en ocho pacientes, cuatro durante el primer año como parte de la curva de aprendizaje. En el seguimiento completo a cinco años (20 pacientes) hubo éxito quirúrgico en 80%, dos pacientes tuvieron recurrencia de con antecedente de deficiencia intrínseca del esfínter.

Conclusiones: las complicaciones transquirúrgicas fueron similares a lo reportado en la bibliografía. Los trastornos de vaciamiento se resuelven espontáneamente. Hubo éxito quirúrgico general en 90%, de 100% para la incontinencia urodinámica de esfuerzo y deficiencia intrínseca del esfínter en 84.6% con el procedimiento de elección.

Embarazo de 9.4 semanas ístmico-cervical y acretismo placentario del primer trimestre

Autor:

Nadia Espinosa Pineda

Coautores:

Arturo López Monsalvo, Aldo Fornelli López, Jesús Jorge Beltrán Montoya

Objetivo: señalar que aún existen limitantes para el diagnóstico diferencial de embarazo ectópico cervical.

Tipo de estudio: reporte de un caso.

Material y método: paciente femenina de 31 años de edad, originaria y residente del estado de Michoacán. Su grado máximo de escolaridad fue preparatoria. Se dedica a las labores del hogar. Está casada y niega toxicomanías. El esposo tiene 28 años de edad, es mecánico, niega toxicomanías, y está sano.

AHF: interrogados y negados.

APNP: interrogados y negados.

APP: antecedentes de dos cesáreas: 1997 y 2003 sin complicaciones.

AGO: menarca a los 13 años. El ritmo menstrual: 3 x 30 días. FUM: 15-12-07. Inicio de la vida sexual activa a los 21 años con una pareja sexual. PAP: negativo a clase II, MPF: ninguno. Cuatro embarazos, un aborto y dos cesáreas.

1997: cesárea electiva de 39 semanas de gestación, con recién nacido femenino, vivo y sano.

2003: cesárea electiva de 38 semanas de gestación, con recién nacido masculino, vivo y sano.

2006: aborto espontáneo a los ocho semanas de embarazo, con legro uterino instrumentado.

2008: embarazo actual.

El 6 de febrero del 2008 acudió a urgencias con embarazo de 7.4 semanas de gestación por FUM, corroborada por ultrasonido externo y cuadro de amenaza de aborto. Se le indicó tratamiento con indometacina y medidas generales.

El 12 de febrero del 2008 acudió a urgencias y le hospitalizó; para entonces estaba con 8.3 semanas de embarazo por FUM y aborto inevitable. En el interrogatorio refirió que su padecimiento se inició el 6 de febrero, que persistió con hemorragia transvaginal y aumento progresivo, a pesar del tratamiento. En la exploración física se identificó palidez de los tegumentos, diaforesis, pérdida del estado de alerta y hemorragia transvaginal abundante y activa. Los exámenes de laboratorio reportaron anemia (Hb 7.7 g/dL). Se ingresó a la unidad tóco-quirúrgica donde se continuaron las medidas de reanimación para choque hipovolémico, con soluciones cristaloides y se le transfundieron tres concentrados eritrocitarios.

Después de controlarse la hemorragia se le hizo un ultrasonido endovaginal (imagen 1) que reportó un embarazo intrauterino de 8.2 semanas de gestación, con vitalidad y saco gestacional de 5.3 x 2.9 x 2.1 cm, con implantación baja a tres centímetros del orificio cervical interno. Además, tenía un mioma anterior submucoso de 1 x 0.9 cm, longitud cervical de 2.6 cm y orificio cervical interno cerrado. A la aplicación con doppler color se observó un flujo vascular interno al saco gestacional con embrión en su interior, con hematoma subcorial bajo de 1.7 x 0.7 cm. Los ovarios, el útero y los anexos estaban normales. Puesto que la evolución fue adecuada salió del servicio de obstetricia con diagnóstico de embarazo de 8.4 semanas y amenaza de aborto.

El día 6 de marzo el ultrasonido de segundo nivel reportó un embarazo de 9.4 semanas de gestación establecidas por medición de LCC: 27.4 mm, con pérdida de actitud fetal y ausencia de FCF. Se decidió ingresarla debido al aborto diferido y plan de inducción de trabajo de aborto con misoprostol y LUI. Los resultados de laboratorio del 13 de febrero fueron: Hb 9.4 g/dL, hematócrito 27%, leucocitos 14,900, plaquetas 204,000, neutrófilos 12.1%, glucosa 97 mg/dL, urea 18 mg/dL, creatinina 0.53 mg/dL, AU 2.4 mg/d; EGO normal; TP 12.43, TTP: 254, INR: 1.14.

Procedimiento de legrado uterino instrumentado: previo tacto vaginal conútero de 13 x 8 x 6 cm en AVF, con un centímetro de dilatación en todo su trayecto y sin demostración de sangrado activo, con histerometría directa de 12 cm, curetaje con legra de Sims del que se obtuvo escaso material organizado, se identificó sangrado activo proveniente de la cavidad uterina. Se introdujo una pinza de Blake y se logró la extracción de los restos ovulares. Se continuó el curetaje para la extracción total de los restos; sin embargo, la hemorragia activa persistió, por eso se inició la administración de ergonovina 0.2 mg por vía intramuscular y la aplicación de carbetocina a la dosis de 100 mcg por vía intravenosa. El cuello uterino se pinzó en los sitios de hemorragia activa, sin que con ello se lograra la adecuada hemostasia, porque la hemorragia era aproximadamente de 900 mL y la tensión arterial era mayor de 60/45 mmHg. Se le pasaron expansores de volumen y se realizó una laparotomía exploradora. Se encontró útero en tonel a nivel ístmico cervical y signo de cabeza de medusa sugerente de embarazo ectópico cervical y acetismo placentario. Por todo esto se decidió realizarle una histerectomía obstétrica, sin poder yugular el sangrado en capa. Enseguida se empaquetó la cavidad abdominal y se cerró la pared abdominal. Se concluyó el procedimiento quirúrgico con hemorragia obstétrica, con choque hipovolémico corregido y se envió a la unidad de cuidados intensivos de adultos. Se calculó que la hemorragia total fue de 6,000 mL.

El día 9 de marzo se le realizó una laparotomía para retirarle las compresas, ya sin evidencia de sangrado en capa. Se cerró y se le colocaron puntos de contención subtotales.

Resultados: los médicos del servicio de patología reportaron una pieza quirúrgica con datos macroscópicos de embarazo ístmico cervical corroborada por hallazgos microscópicos con invasión de tejido trofoblástico en las

glándulas endocervicales y tejido endometrial. El diagnóstico definitivo fue: embarazo ectópico ístmico cervical con acretismo placentario.

Tratamiento conservador en dehiscencia de herida en la pared vaginal secundaria a colocación de malla

Autor:

Laura Escobar del Barco

Coautores:

Silvia Rodríguez Colorado, Kristian Emilio Navarro Salomón, Viridiana Gorbea Ochoa

Objetivo: reportar el caso de infección por dehiscencia total en colpografía anterior secundaria a la colocación de malla y el éxito del tratamiento conservador.

Caso clínico: paciente de 73 años de edad con cinco embarazos y cinco partos, sin vida sexual activa ni antecedentes de enfermedades de importancia, con diagnóstico de prolapso en los órganos pélvicos en estadio III Ba más incontinencia urinaria de esfuerzo. Se practicó cirugía correctiva con material protésico de polipropileno (Perigee, Apogee y Monarc) que se complicó con infección por dehiscencia en la herida quirúrgica: pared vaginal anterior. Se trató de forma conservadora con estriol y policresuleno locales durante 10 semanas, cuando cerró el defecto en su totalidad.

Conclusión: el tratamiento conservador en caso de dehiscencia de una herida quirúrgica vaginal con exposición de material protésico (malla de polipropileno) mediante estriol y policresuleno local puede ser una opción terapéutica.

Contribución de la biopsia vesical al estudio de la paciente uroginecológica

Autor:

Oscar Flores Carreras

Coautores:

María Isabel González Ruiz, Claudia Josefina Martínez Espinoza

Institución:

Urodifem de Occidente, S.C., Unidad de Uroginecología

Privada.

Objetivo: determinar la frecuencia de lesiones que sugieren enfermedad vesical en nuestra unidad de uroginecología y enlistar sus características clínicas e histológicas.

Material y método: estudio descriptivo, retrospectivo y analítico de 35 expedientes clínicos y videos uretroscópicos de un total de 331 casos estudiados en Urodifem de Occidente, S.C., en los que se practicó biopsia vesical por lesión estructural. El análisis estadístico contempló el intervalo, la media, el rango y la desviación estándar, el análisis inferencial requirió de la prueba de Fisher.

Resultados: el rango de edad fue de 30 a 90 años, con media de 60 ± 13.76 . Los síntomas predominantes fueron: 1) síndrome irritativo vesical, 22 casos (62.8%); dolor pélvico, 16 (45.7%); incontinencia urinaria por urgencia, 11 (31.4%); hematuria, 11 (31.4%); disfunción del vaciado vesical, cuatro (11.4%). Los diagnósticos histológicos fueron: cistitis intersticial, 15 (42.9%); cistitis crónica, cuatro (11.4%), cistitis glandularis, tres (8.6%); cistitis folicular, cuatro (11.4%); papiloma vesical y micropapilomatosis, tres (8.6%), y cáncer vesical, dos (5.7%).

Conclusiones: la biopsia vesical en la mujer es un procedimiento sencillo y de bajo riesgo que se practica en nuestra unidad sin necesidad de anestesia ni hospitalización. Entre un total de 331 pacientes evaluadas endoscópicamente se practicó a 35 (11%), en las que se apreció lesión estructural. Se detectaron dos casos de cáncer (5.7%), tres de cistitis glandularis, que se considera una lesión premaligna, y tres casos de papiloma vesical. En ninguno hubo antecedente de hematuria. Con esta experiencia se fortalece el criterio de practicar la endoscopia en la pacientes uroginecológicas y biopsia en los casos de lesión específica vesical.

Evaluación clínica y diagnóstica a pacientes con cistitis intersticial

Autor:

Oscar Flores Carreras

Coautores:

Claudia Josefina Martínez Espinoza, María Isabel González Ruiz

Institución:

Urodifem de Occidente, S.C., Unidad de Uroginecología

Privada.

Objetivo: describir las características sintomáticas y los hallazgos endoscópicos e histológicos en que se basó el diagnóstico de cistitis intersticial.

Material y método: estudio descriptivo, retrospectivo y analítico de 18 casos de cistitis intersticial diagnosticados entre un total de 331 pacientes estudiadas en la clínica de los autores. Criterio diagnóstico: 1) conceptos de elegibilidad establecidos por *The International Cystitis Database Study*. 2) Capacidad cistométrica máxima de 400 mL o menos. 3) Características endoscópicas descritas por la NIDDK. Se aplicaron los índices específicos para la cistitis intersticial diseñados y validados por la NIDDK, el ICSI para medir objetivamente la gravedad de los síntomas y el ICPI para medir cómo se afecta la calidad de vida. Los métodos estadísticos fueron escala de intervalos, media, desviación estándar y rango. El análisis inferencial se realizó con la prueba de la χ^2 , y la correlación entre ICSI e ICPI mediante el índice de Spearman.

Resultados: edad promedio 58.8 ± 11.8 años. Síntomas: frecuencia, 100%; urgencia, 72.2%; nocturia, 94.4%; dolor, 66.8%, y hematuria, 33.3%. La capacidad vesical promedio fue de 237 ± 132 mL. El valor promedio de ICSI fue 16.75 ± 2.9 , y el ICPI de 15 ± 2 ; el valor de corte en ambos, en mujeres sanas, fue de seis. Se aplicó χ^2 , que para el ICSI fue de 19.2 con una p menor de 0.001 y para el ICPI de 13.5 con una p menor de 0.001, el índice de correlación de Spearman fue de 0.60.

Conclusiones: la cistitis intersticial es una enfermedad muy incapacitante, el uroginecólogo debe considerarla en pacientes con síntomas de irritabilidad vesical y, especialmente, nocturia. El dolor relacionado con el llenado vesical y la hematuria son índices pronósticos del diagnóstico. En pacientes en quienes clínicamente se sospecha cistitis intersticial se requiere la uretrocistoscopia.

Tratamiento vía oral e intramuscular de las pacientes embarazadas con pielonefritis aguda no complicada que evita el internamiento

Autor:

Velia Teresa Hernández Flores

Coautores:

José Alberto Villarreal Rodríguez, Juan Gerardo Sepúlveda Gutiérrez, Juan Antonio Soria López

Institución:

Departamento de Ginecología y Obstetricia, Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, Monterrey, Nuevo León, México.

Objetivo: analizar la efectividad del tratamiento vía oral e intramuscular de la paciente embarazada con pielonefritis aguda no complicada, para hacer innecesario el internamiento por término.

Material y método: las pacientes embarazadas que acudieron a la consulta de urgencias del Departamento de ginecología y obstetricia del Hospital Universitario por signos y síntomas de pielonefritis aguda en el periodo de octubre de 2005 a agosto de 2007.

Resultados: se incluyeron 66 pacientes con edad promedio de 22.59 años y promedio de edad gestacional de 23.22 semanas. Se administró tratamiento vía intravenosa a 68.2% ($n = 66$) y vía oral a 31.8% ($n = 66$) y se requirió cambiar de tratamiento vía oral a intravenoso en 4.5% ($n = 66$), fiebre en 74.24% ($n = 66$) de las pacientes con promedio de 29.9 horas; frecuencia de Giordano derecho en 71.2% ($n = 66$), izquierdo en 16.7% ($n = 66$) y bilateral en el restante 12.1% ($n = 66$). Hubo piuria en 89.4% ($n = 66$), nitritos en 57.6% ($n = 66$), y urocultivo positivo en 36.4% ($n = 66$), por *Escherichia coli* en 28.8% ($n = 66$). El promedio de estancia intrahospitalaria fue de 54.53 horas y 30 el mayor.

Conclusiones: ambos esquemas propuestos (vía oral e intramuscular vs intravenoso) tardaron casi el mismo tiempo en controlar la fiebre y demás síntomas en las pacientes, con lo que se concluye que son igual de efectivos. Los resultados obtenidos en el estudio coincidieron con lo reportado en la bibliografía.

Canal endémico de la operación cesárea en el Hospital General de Ecatepec (2003-2007)

Coautores:

Juan Ismael Islas Castañeda, María Dolores García Figueroa

Institución:

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

Objetivo: conocer el comportamiento endémico de la operación cesárea en el Hospital General de Ecatepec.

Material y método: estudio observacional y retrospectivo. Se utilizó el método de análisis epidemiológico denominado *canal endémico* para valorar el comportamiento de la operación cesárea en el hospital de los autores.

Resultados: rango del primer percentil cercano a 20%, rango del tercer percentil de casi 30%, es decir, a lo largo del periodo estudiado la operación cesárea se ha mantenido entre 20 y 30% en relación con el total de nacimientos.

Conclusiones: se puede utilizar una técnica epidemiológica para valorar el comportamiento de un procedimiento quirúrgico en el tiempo. El control del canal endémico permitió identificar los periodos de tiempo donde la realización del procedimiento rebasó las cifras de intervención realizadas en el histórico.

Contención de la operación cesárea en el Hospital General de Ecatepec

Coautores:

Juan Ismael Islas Castañeda, María Dolores García Figueroa

Institución:

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

Objetivo: disminuir el porcentaje de cesáreas y nacimientos a lo recomendado por la Secretaría de Salud en el lineamiento técnico.

Material y métodos: estudio experimental y prospectivo con utilización de la técnica DMAIC. Se recopiló información de tres años previos a la intervención en términos absolutos (numéricos) y porcentuales, y se encontró un promedio de operaciones cesáreas superior a 30%. Se revisaron los dictados quirúrgicos y el diagnóstico primario con incongruencia (25%), y algunos diagnósticos no fundamentados en el expediente clínico (34%). Se instrumentó la capacitación al personal médico y becario en los aspectos normativos, y se supervisó diariamente los diagnósticos de origen de operación cesárea. Se discutió con el personal responsable los diagnósticos y su sustentación. Se llevó un control diario y mensual de los resultados a investigar: A) nacimientos totales, por parto, por cesárea y porcentajes, y B) diagnósticos de las cesáreas realizadas en el periodo. Los resultados se analizaron, tabularon y graficaron.

Resultados: 26.8% de cesáreas en 2003; 33.2% en 2004 y 31.8% en 2005; la intervención se llevó a cabo de abril a junio de 2006 y los resultados fueron 23.5% para 2006 y 20.2% para 2007.

Conclusiones: puede instrumentarse un programa de mejora para la contención de la operación cesárea. No son necesarias grandes inversiones para lograr el objetivo.

Evaluación de la incidencia de displasia cervical en embarazadas del servicio de obstetricia de un hospital universitario

Autor:

Velia Teresa Hernández Flores

Coautores:

Oscar Vidal Gutiérrez, Emilio Treviño Salinas, Rey David Núñez Alvar

Institución:

Departamento de ginecología y obstetricia, Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, Monterrey, Nuevo León, México.

Antecedentes: el cáncer cervicouterino es la neoplasia más común en el embarazo.

Material y método: en un estudio observacional, longitudinal, prospectivo y no ciego se analizaron los resultados de 250 pacientes embarazadas que acudieron a la consulta de obstetricia del hospital universitario de enero de 2006 a julio de 2007.

Resultados: se detectaron 36 pacientes con alteraciones en el Papanicolaou (14.4%), lo que significó una incidencia mayor a la reportada en la bibliografía. Se encontró ASCUS en 3.2% ($n = 8$), lesión intraepitelial de bajo grado en 8% ($n = 20$), lesión intraepitelial de alto grado en 2.4% ($n = 6$) y cáncer cervicouterino en 0.8% ($n = 2$; dos pacientes con cirugía radical, Wertheim). En el Papanicolaou posterior al puerperio se reportó regresión (AII) en 12% y lesión intraepitelial de bajo grado en 1.6%. A las pacientes se les realizó biopsia por colposcopia, con reporte de lesión intraepitelial de alto grado similar a lo reportado que fueron tratadas con crioterapia.

Conclusiones: el examen de Papanicolaou se recomienda a toda paciente embarazada en el control prenatal, para la detección oportuna de displasias cervicales.

Endocervicoscopia, su utilidad para el diagnóstico de lesiones ocultas recidivantes por virus del papiloma humano en el conducto endocervical: comunicación de un caso

Autor:

Miguel Ángel Bernal Davish

Coautores:

María Natividad Guzmán Tapia, Alberto Hernández Valencia

Institución:

Facultad de Medicina de la Universidad Veracruzana.

Antecedentes: la recidiva de lesión por virus del papiloma humano posterior a electrocirugía vs cono es de 5 a 15% al primer año del procedimiento. Una de sus causas es la transmisión por barrido del cónyuge, que para fines prácticos no son tratados.

Caso clínico: paciente de 36 años con los siguientes antecedentes ginecoobstétricos: menarquia a los 12 años, ritmo 30/4, dos embarazos, dos cesáreas, condón y ritmo como método de planificación familiar. Se practicó electrocirugía por lesión intraepitelial de bajo grado el 18 de junio de 2004; hubo recidiva a los nueve meses, por la que se practicó una segunda electrocirugía el 29 de abril de 2005, con la que el patólogo confirmó lesión intraepitelial de bajo grado sin lesión en los límites quirúrgicos. Se practicó citología uretral al cónyuge, que reportó virus del papiloma humano y fue tratado con imiquimod. Tres años después de la última electrocirugía, la colposcopia es satisfactoria y, cuando se realizó endocervicoscopia, se detectó epitelio acetoblanco denso con relieve liso y puntilleo grueso en la pared posterior del conducto endocervical, se realizó una tercera electrocirugía, por el reporte histopatológico de lesión intraepitelial de bajo grado sin lesión en los límites quirúrgicos. La colposcopia y endocervicoscopia más recientes revelaron la ausencia de lesión por virus del papiloma humano.

Conclusiones: los progresos tecnológicos permiten realizar el diagnóstico de lesiones ocultas en el conducto endocervical, en este caso se utilizó un histeroscopia de 2.9 mm.

Cáncer cervicouterino adenoescamoso del conducto endocervical, oculto y de difícil diagnóstico: comunicación de un caso

Autor:

Miguel Ángel Bernal Davish

Coautores:

María Natividad Guzmán Tapia, Alberto Hernández Valencia

Institución:

Facultad de Medicina de la Universidad Veracruzana.

Antecedentes: el virus del papiloma humano es la principal causa de cáncer cervicouterino, 90% es de tipo escamoso y 10 a 15% adenomatoso del epitelio cilíndrico del endocervix; el adenomatoso eleva su incidencia por posibles cambios en el hábito sexual. El cáncer de una gran cantidad de pacientes pasa inadvertido, por ausencia de síntomas clínicos que lo evidencien, porque se encuentra oculto en el conducto endocervical.

Caso clínico: paciente de 49 años, con los siguientes antecedentes ginecoobstétricos: menarquia a los 12 años, ritmo 30/4, cuatro embarazos, tres partos, un aborto hace nueve años sin LUI, oclusión tubaria bilateral por método de planeación familiar. Inició su padecimiento hace dos años con manchados posmenstruales, la colposcopia fue satisfactoria, en el ultrasonido el endometrio fue de 13 mm, el Doppler reveló incremento del flujo en la región del OCI. Se obtuvo biopsia con AMEU que reveló hiperplasia simple del endometrio y cáncer indiferenciado adenoescamoso infiltrante del endocervix, se le realizó HTA con SOB y radioterapia, actualmente los marcadores son normales y no hay datos de recidiva.

Conclusión: el cáncer adenomatoso puede ser de difícil diagnóstico o pasar inadvertido, incluso con colposcopia satisfactoria. En este caso se localizaba en el OCI, aproximadamente a 2.5 cm del OCE. En casos como este debe sospecharse el cáncer cervicouterino para utilizar los recursos disponibles en la elaboración del diagnóstico temprano.

Correlación colposcópica e histológica de las lesiones cervicales de bajo y alto grado

Autor:

Jesús Cruz Martínez

Coautores:

Gaspar Drusso Vera, Alberto Brime, Susana Hernández Velázquez

Institución:

Centro Colposcópico de Docencia e Investigación, Colegio Nacional de Docencia e Investigación en Colposcopia.

Objetivo: conocer la correlación entre los hallazgos colposcópicos e histológicos como indicador de calidad.

Material y método: se revisaron los expedientes de las pacientes que acudieron al Centro Colposcópico de enero a noviembre de 2007, 160 pacientes tuvieron correlación de 94.8% para LEIBG y de 50% en pacientes de alto grado.

Resultados: la correlación encontrada, es superior a 90%, demuestra que la colposcopia es un excelente método de diagnóstico, inicuo y confiable, y avalado por los resultados en histología.

Conclusiones: el Centro Colposcópico es la sede del Diplomado en Colposcopia y Patología del Tracto Genital Inferior, por lo que los alumnos se capacitan para realizar la detección de lesiones por virus del papiloma humano en el tracto genital inferior y que posteriormente se corroborara con la prueba histológica de elección. Todos los estudios fueron avalados por un profesor experto en colposcopia.

Estudio de las pacientes enviadas a la clínica de patología cervical en el Centro Médico Ignacio Chávez que requirieron conización cervical

Autor:

Jesús Cruz Martínez

Administración de estrógenos locales en lesiones del tracto genital inferior

Autor:

Jesús Cruz Martínez

Coautores:

Juan Carlos Ramírez Ramírez

Institución:

Hospital General de Zona número 1 A, Los Venados, Clínica de Colposcopia, Instituto Mexicano del Seguro Social.

Objetivo: el hipoestrogenismo en las mujeres climatéricas representa un problema diagnóstico y, por ende, terapéutico en relación con la infección por el virus del papiloma humano y el cáncer cervicouterino, la administración de estrógenos locales favorece al epitelio cervicovaginal y permite establecer diagnósticos y tratamientos más certeros.

Material y método: 453 pacientes enviadas de su unidad médica familiar por Papanicolau alterado, sospecha de alteración o ambos, a las cuales se les realizó colposcopia, Papanicolau y biopsia en caso necesario, posteriormente se les administró estrógenos durante 8 a 12 semanas y, una vez concluido el tratamiento, se les valoró por segunda ocasión y se les dio vigilancia durante dos años.

Resultados: se demostraron los beneficios de la terapia estrogénica local, con sólo 15.23% de pacientes con algún tipo de enfermedad relacionada a virus del papiloma humano.

Conclusiones: el hipoestrogenismo en la mujer climatérica puede conducir a errores diagnósticos o terapéuticos, por lo que es indispensable la terapia estrogénica local y la revaloración posterior, ya que los cambios citohistocolposcópicos, en un porcentaje elevado, son hacia la mejoría (sólo 15.23% tuvo algún tipo de lesión).

Experiencia en el tratamiento con electrocirugía de las lesiones intraepiteliales de alto grado en el cuello uterino

Autor:

Carlos Guzmán Nava

Coautores:

María Elena Camacho Miranda, María Eugenia Villarreal Cárdena, Lilia Hernández Nava

Institución:

Hospital General Vasco de Quiroga, Servicio de ginecoobstetricia, Clínica de displasias, ISSSTE, Morelia, Michoacán, México.

Objetivo: reportar la experiencia adquirida en el tratamiento mediante electrocirugía de las lesiones intraepiteliales de alto grado en el cuello uterino.

Pacientes y método: estudio retrospectivo y descriptivo, durante seis años, en pacientes que acudieron a la Clínica de displasias con citología anormal y que se les practicó estudio colposcópico. Si la imagen sugería lesión se realizó biopsia; los casos con lesión de alto grado se trataron con electrocirugía y los de enfermedad concomitante con histerectomía. La vigilancia citocolposcópica periódica se continuó durante cuatro años.

Resultados: se realizaron 17,925 colposcopias, 3,605 de primera vez. En 3,235 (89.7%) de las últimas se demostró lesión colpohistológica y en 745 (23%) hubo lesiones de alto grado; en 730 (98%) de éstas el cuello uterino fue la localización, 662 (90.7%) se trataron con cono y 68 (9.3%) con histerectomía. Entre los casos tratados con cono, en 562 (84.8%) se comprobó el diagnóstico, en 34 (5.1%) hubo microinvasión, en 25 (3.8%) invasión E1b1, en 26 (4%) lesión intraepitelial de bajo grado y en 15 (2.3%) hubo resultados sanos. En 540 (81.2%) se reportaron bordes sin lesión, en 65 (9.8%) bordes afectados y en 57 (8.6%) los bordes no se valoraron. Hubo complicaciones en 7%, recidiva en 96% y 97% siguió el tratamiento.

Conclusiones: hubo correlación colpohistológica con el diagnóstico final, la inadvertencia de lesión invasora, los márgenes del cono afectados y las complicaciones.

Diagnóstico colposcópico e histológico en población abierta

Autor:

Adalberto Rafael Rojo Quiñones

Coautores:

Gaspar Drusso Vera, Teresita María de R. Rojas Sánchez, Susana Ortiz Contreras

Institución:

Centro Colposcópico de Docencia e Investigación Médica, SC. Colegio Nacional de Docencia e Investigación en Colposcopia, AC.

Objetivo: conocer los hallazgos citocolpohistológicos en población abierta.

Material y método: véase el anexo 1.

Resultados: véase el anexo 2.

Conclusiones: En los países con programas de detección

mediante estudio citológico cervical se ha observado una importante disminución de la mortalidad por cáncer cervicouterino gracias a la detección de lesiones precursoras y preinvasoras, con diagnóstico y tratamiento oportunos.

Correlación cito-colpo-histológica y captura de híbridos en lesiones de bajo y alto grado

Autor:

Francisco Andrés Ulloa Fuentes

Coautores:

Edna Yesenia Rodríguez Silva, Gaspar Drusso Vera, Susana Ortiz Contreras

Institución:

Centro Colposcópico de Docencia e Investigación Médica SC., Colegio Nacional de Docencia e Investigación en Colposcopia AC.

Objetivo: encontrar la correlación entre los hallazgos citocolpohistológicos y la captura de híbridos en lesiones intraepiteliales de bajo y alto grados.

Material y métodos: estudio retrospectivo en 124 mujeres.

Resultados: véase el anexo 1.

Conclusiones: la comunicación entre los servicios de citología y colposcopia es muy importantes para ofrecer una adecuada detección y, por tanto, un buen tratamiento de las lesiones que en un futuro podrían evolucionar a cáncer cervicouterino.

Índice de masculinidad en embarazos logrados con técnicas de reproducción asistida de alta complejidad

Autor:

Sergio Estévez González

Coautores:

Mariam Becherano Bimstein, Alberto Kably Ambe, Esperanza Carballo Mondragón

Institución:

Centro Especializado para la Atención de la Mujer (CE-PAM), Hospital Ángeles Lomas, Unidad de Reproducción

Asistida.

Objetivo: comparar el índice de masculinidad de embarazos logrados mediante fertilización *in vitro* con los reportados en la bibliografía para la población en general.

Material y método: estudio retrospectivo, observacional y descriptivo para el que se recabó la información 263 pacientes sometidas a FIVTE en el CEPAM. Incluidas aquellas en las que se obtuvo un nacimiento sinimportar si fue vivo, muerto, único, múltiple, a término, pretérmino o inmaduro. Se excluyeron las pacientes con cancelación de la transferencia embrionaria o que cursaron con pérdida gestacional en el primer trimestre.

Resultados: entre 263 pacientes se analizaron 130 nacimientos, de los cuales 84 (64.6%) fueron únicos, 34 (26.1%) dobles y 12 (9.2%) triples. En total se analizaron 188 neonatos. Entre los embarazos únicos:, 39 (46.4%) fueron mujeres y 45 (53.5%) hombres; en los gemelares dobles, 33 (48.5%) fueron hombres y 35 (51.4%) mujeres, finalmente, en los triples hubo 11 (30.5%) hombres y 25 (69.4%) mujeres. Del total de los neonatos en estudio 44.1% fueron del sexo femenino y 55.8% del masculino, lo que arrojó un índice de masculinidad de 115 para los únicos, 106 para los dobles y 227 para los triples.

Conclusiones: el estudio demostró un índice de masculinidad mayor (126) en los embarazos logrados por técnicas de reproducción de alta complejidad respecto de los obtenidos de manera espontánea (106).

Día de inicio de la estimulación ovárica y tasa de embarazo en pacientes con baja respuesta

Autor:

Sergio Estévez González

Coautores:

Alberto Kably Ambe, Eligio Islas Hernández, Esperanza Carballo Mondragón

Institución:

Centro Especializado para la Atención de la Mujer (CE-PAM) Hospital Ángeles Lomas, Unidad de Reproducción Asistida.

Objetivo: determinar si el día de inicio de la administración de rFSH repercute en la cantidad de ovocitos

capturados, calidad de los mismos o tasa de embarazo en pacientes con baja respuesta.

Material y métodos: estudio retrospectivo, descriptivo en el que se analizaron 68 pacientes con baja respuesta que cursaron bajo el protocolo de FIV-TE. Se distribuyeron en dos grupos según el día de inicio de la estimulación: el grupo 1 inició el día dos ($n = 34$), el grupo 2 inició el día tres ($n = 34$). Se realizó un análisis respecto de la cantidad de ovocitos capturados, el porcentaje de metafase II (MII), la cantidad de embriones transferidos y se correlacionó con la tasa de embarazo.

Resultados: no existió diferencia estadísticamente significativa para la edad (36.3 vs 37.3), el promedio de ovocitos capturados (9.2 vs 9.9), ni la cantidad de embriones transferidos (2.2 vs 2.3). La tasa de embarazo fue mayor en el grupo 2 (23.5 vs 29.4), probablemente debido a la diferencia en la cantidad de ovocitos MII (49.7 vs 69.2%).

Conclusión: iniciar la estimulación ovárica el día dos del ciclo menstrual para elevar el reclutamiento folicular y la cantidad de ovocitos para mejorar la tasa de embarazo es ineficaz, ya que sólo se genera un crecimiento rápido del folículo, la captura del folículo se hace prematuramente y se obtiene una menor cantidad de ovocitos maduros y, por tanto, disminuye la posibilidad de embarazo.

Cantidad de folículos antrales en mujeres de edad avanzada como factor pronóstico de embarazo

Autor:

Sergio Estévez González

Coautores:

Alberto Kably Ambe, Eligio Islas Hernández, Esperanza Carballo Mondragón

Institución:

Centro Especializado para la Atención de la Mujer (CE-PAM) Hospital Ángeles Lomas, Unidad de Reproducción Asistida.

Objetivo: determinar si la baja cantidad de folículos antrales al inicio del ciclo, en pacientes de edad avanzada, es un factor pronóstico.

Material y método: estudio retrospectivo y descriptivo en 48 pacientes con 37 años de edad o más y 0 a 1 folículo antral al inicio del ciclo, en quienes se practicó FIV-TE en

la unidad de reproducción asistida y se realizó la transferencia. Como grupo control se incluyeron 48 pacientes con respuesta normal bajo FIV-TE de manera aleatoria y se comparó la cantidad de ovocitos capturados, el porcentaje de metafase II, la cantidad de embriones transferidos y tasa de embarazo por transferencia.

Resultados: se revisaron 96 pacientes, no hubo diferencia estadísticamente significativa entre el grupo de estudio y el control respecto de las siguientes variables: promedio de ovocitos capturados (9.6 vs 11.5) o cantidad de embriones transferidos (2.5 vs 2.6). Se observó mayor cantidad de ovocitos metafase II en el grupo control (5.7 vs 7.4) a pesar de ser mayor la cantidad de ovocitos capturados en el grupo de estudio, en donde 35.4% de las pacientes no tuvo folículo antral, a pesar de ello se observó una tasa de embarazo de 27.08%.

Conclusiones: la edad avanzada y el no observar folículos antrales son criterios de mal pronóstico en pacientes sometidas a FIV-TE. Sin embargo, este estudio demuestra que si bien se relaciona con obtener un menor porcentaje de ovocitos maduros, el hecho no debe ser motivo para iniciar o no la estimulación ovárica, ya que hasta una tercera parte de las pacientes que llegan a la transferencia logran el embarazo, una tasa nada despreciable.

Cantidad de folículos antrales como factor predictivo de respuesta a la estimulación ovárica en pacientes bajo fertilización *in vitro*

Autor:

Sergio Estévez González

Coautores:

Alberto Kably Ambe, Eligio Islas Hernández, Everardo Anta Jaen

Institución:

Centro Especializado para la Atención de la Mujer (CEPAM) Hospital Ángeles Lomas, Unidad de Reproducción Asistida.

Objetivo: determinar si la cantidad de folículos antrales al inicio del ciclo es un factor pronóstico cuantitativo o cualitativo de la cantidad de ovocitos capturados en pacientes bajo FIV-TE.

Material y método: estudio retrospectivo y descriptivo en pacientes bajo FIV-TE en la Unidad de Reproducción Asistida, en quienes se realizó transfe-

ncia embrionaria. Se cuantificaron los folículos antrales los días dos o tres del ciclo menstrual y se formaron tres grupos según la cantidad de folículos antrales: grupo 1, de cero a tres; grupo 2, de cuatro a siete, y grupo 3, de ocho a doce. Se evaluó por grupo la cantidad de ovocitos capturados, el porcentaje de metafase II, la cantidad de embriones transferidos y, finalmente, la tasa de embarazo por transferencia.

Resultados: se revisaron 118 pacientes, no existió diferencia estadísticamente significativa en relación con la edad o el índice de masa corporal entre grupos, con una tasa de embarazo de 36.1%. El promedio de ovocitos capturados fue directamente proporcional a la cantidad de folículos antrales observados, de forma que fue en el grupo 3 donde se capturó un promedio de 15 ovocitos. Sin embargo, no existió diferencia en relación con el porcentaje de ovocitos maduros capturados. Hubo mayor tasa de embarazo en el grupo 1, seguido por el 2 y el 3.

Conclusiones: la cantidad de folículos antrales es un buen indicador de la cantidad de ovocitos a capturar, sin afectar la calidad de los mismos. Sin embargo, capturar una mayor cantidad de ovocitos no es indicativo de una mayor tasa de embarazo, como se demostró en este trabajo.

Resultados perinatales y obstétricos en pacientes mayores de 37 años con óvulos propios vs donados

Autor:

Alberto Kably Ambe

Coautores:

Dalila Mendoza, Esperanza Carballo Mondragón, Sergio Estévez González

Institución:

Unidad de reproducción asistida del Centro Especializado para la Atención de la Mujer (CEPAM), Hospital Ángeles Lomas.

Objetivo: comparar resultados perinatales de pacientes mayores de 37 años cuando se utilizaron ovocitos donados vs propios.

Material y métodos: estudio retrospectivo y descriptivo con el que se analizó a 91 pacientes que se dividieron en dos grupos: grupo 1, ovocitos propios ($n = 38$); grupo

2, ovocitos donados ($n = 53$). Se analizaron las siguientes complicaciones gestacionales: hipertensión, alteración de la placentación, retraso en el crecimiento y diabetes.

Resultados: hubo diferencia significativa entre ambos grupos para la edad (38.1 vs 41.68 ; $p = 2.71 \times 10^{-8}$) y las alteraciones en el embarazo (10.53 vs 42% ; $p = 0.05$). La hipertensión tuvo mayor porcentaje en ambos grupos (5.26 vs 16.98%). La alteración placentaria no tuvo diferencia entre los grupos (2.6 vs 1.89%), el retraso del crecimiento intrauterino sólo apareció en el grupo 2 (0 vs 3.7%) y no hubo diferencia significativa entre los grupos respecto de la diabetes (2.63 vs 3.77%).

Conclusiones: hubo más casos de alteraciones en el grupo 2, quizá porque fueron pacientes de mayor edad que en el grupo 1, sin descartarse la donación de ovocitos. El porcentaje de hipertensión tuvo un rango menor que el reportado en la bibliografía internacional.

Resultado de embarazo en pacientes con respuesta baja según la cantidad de ovocitos esperados por el pico de estradiol

Autor:

Alberto Kably Ambe

Coautores:

Sergio Estévez González, Esperanza Carballo Mondragón

Institución:

Unidad de reproducción asistida del Centro Especializado para la Atención de la Mujer (CEPAM), Hospital Ángeles Lomas.

Objetivo: comparar los resultados de embarazo en pacientes con baja respuesta en el momento de la captura.

Material y método: estudio retrospectivo y descriptivo que incluyó a 125 pacientes, de las cuales se obtuvieron menos de cinco ovocitos en la captura. Se dividieron en 2 grupos: grupo 1, pacientes en las que de acuerdo con el pico de estradiol se esperaban cinco ovocitos o más ($n = 85$); grupo 2, pacientes en las que se esperaba obtener cinco ovocitos o más ($n = 40$).

Resultados: no se encontró diferencia significativa entre las concentraciones basales de FSH ni en la edad. Los porcentajes de MII, fertilización y segmentación no tuvieron diferencias significativas. El grupo 1 tuvo mayor

tasa de embarazo que el grupo 2 (38.10 vs 6.06 ; $p = 0.002$). El grupo 2 tuvo estradiol basal mayor que el grupo 1.

Conclusiones: las pacientes en las que se obtuvieron pocos ovocitos, pero dentro de la cantidad esperada según las concentraciones de estradiol el día de la aplicación de hCG, tienen un mejor resultado que aquellas en las que se espera mayor cantidad de ovocitos.

Resultados preliminares que comparan las técnicas PICSI y ICSI

Autor:

Alberto Kably Ambe

Coautores:

Sergio Caldera Rodarte, Esperanza Carballo Mondragón, Sergio Estévez González

Institución:

Unidad de reproducción asistida del Centro Especializado para la Atención de la Mujer (CEPAM), Hospital Ángeles Lomas.

Objetivo: comparar los resultados de fertilización, segmentación y embarazo entre la técnica picsi vs icsi

Material y método: estudio retrospectivo y descriptivo. En la primer parte se compararon los resultados de la fertilización y segmentación entre pacientes a los que se les realizó ICSI sin embarazo y en el siguiente ciclo se realizó PICSI ($n = 8$). En la segunda parte se compararon PICSI ($n = 8$) vs ICSI ($n = 23$) de pacientes con las mismas características seminales.

Resultados: las tasas de fertilización y segmentación fueron mayores cuando se realizó PICSI que con ICSI. Los valores seminales no tuvieron diferencias, pero cuando se realizó PICSI se obtuvo una mejor tasa de embarazo que con ICSI (37.5 vs 28.57% ; $p = 0.0002$).

Conclusiones: la técnica PICSI es una buena alternativa para lograr una mejor selección del espermatozoide en el momento de la inseminación que la ICSI, lo que resulta en mayores tasas de fertilización, segmentación y embarazo.

Resultados de embarazo en pacientes con respuesta baja según el tipo de técnica de inseminación *in vitro*

Autor:

Alberto Kably Ambe

Coautores:

Sergio Estévez González, Esperanza Carballo Mondragón

Institución:

Unidad de reproducción asistida del Centro Especializado para la Atención de la Mujer (CEPAM), Hospital Ángeles Lomas.

Objetivo: comparar los resultados de FIV en pacientes con respuesta baja según la técnica de inseminación de los ovocitos en cada caso.

Material y método: estudio retrospectivo y descriptivo. Se incluyeron 234 ciclos de pacientes con respuesta baja, de enero de 2002 a diciembre de 2007, de las cuales 205 se inseminaron con FIV convencional (FIVC; grupo 1), 107 se inseminaron con ICSI (grupo 2) y 22 se inseminaron con ICSI en la mitad de ovocitos y la otra con FIVC (grupo 3). Los criterios de inseminación dependieron principalmente de la morfología espermática (si hubo más de 4% de morfología normal, se realizó ICSI).

Resultados: no hubo diferencia de embarazo cuando se compararon los grupos 1 y 2 (26.6 vs 28.7%); el grupo 3 tuvo la menor tasa (11.11%). Entre el grupo 1 y 3 no hubo diferencia entre el porcentaje de morfología normal, pero el grupo 3 tuvo mayor porcentaje de anomalías de cabeza (34.66 vs 39.19%; $p = 0.03$).

Conclusiones: un aumento en las anomalías de la cabeza, aun con una morfología normal, se relaciona con un aumento en la fragmentación del ADN y una menor madurez espermática, lo que se relaciona con menores tasas de fertilización y embarazo.

Tratamiento de la diabetes gestacional con metformina en pacientes obesas que rechazan la insulina

Autor:

Gabriel Enrique Castillo Martín del Campo

Coautores:

Flavio Hernández Castro, José Alberto Villarreal Rodríguez, Abel Guzmán López

Institución:

Departamento de Perinatología, Hospital Universitario

Dr. José Eleuterio González, Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, Nuevo León, México.

Objetivo: demostrar que la administración de metformina desde el inicio del segundo trimestre del embarazo en mujeres obesas con diabetes gestacional que rechazan el tratamiento con insulina puede disminuir la morbilidad fetal y materna.

Pacientes y método: estudio cuasiexperimental en pacientes que cursan embarazos menores de 15 semanas, con índice de masa corporal mayor de 30 y diagnóstico de diabetes gestacional. Las mujeres se dividieron en dos grupos de 40 cada uno. A uno se administró sólo 850 mg de metformina tres veces al día durante todo el embarazo, debido a que no aceptaron el tratamiento con insulina. En el otro grupo se administraron diferentes esquemas de insulina según los requerimientos metabólicos. Las pacientes recibieron dietas acordes con sus requerimientos metabólicos y tuvieron seguimiento semanal. En ambos grupos se registraron resultados perinatales, progresión a diabetes mellitas tipo 2 en el puerperio y asociación con estados hipertensivos.

Resultados: hubo diferencia significativa al comparar los pesos neonatales del grupo tratado con metformina con el grupo control ($3,237 \pm 310$ g y $3,526 \pm 263$ g) en la morbilidad neonatal (7.5 y 35%) y la ganancia de peso materno al final del embarazo (3.05 ± 3.74 kg y 6.5 ± 3.05 kg, respectivamente; $p < 0.05$). No hubo diferencia en la frecuencia de macrosomía, cesáreas, progresión a diabetes mellitas tipo 2 ni asociación con hipertensión entre ambos grupos. No se observaron malformaciones ni complicaciones secundarias al fármaco.

Conclusiones: la utilización de la metformina en pacientes obesas con diabetes gestacional que rechazan el tratamiento con insulina representa una alternativa segura para disminuir la morbilidad fetal y materna.

Palabras clave: metformina, diabetes gestacional, resultados perinatales.

Resultados de embarazo complicado con diabetes tratado con y sin metformina

Autor:

Dulce Margarita Gutiérrez Espinosa

Coautores:

Raúl Cortés Flores, Victoria Martínez Gaytán, Julia Vázquez Lara

Institución:

Departamento de medicina maternofoetal, Unidad Médica de Alta Especialidad núm. 23, IMSS, Monterrey, NL, México.

Objetivo: evaluar los resultados de embarazos complicados con diabetes y tratados con y sin metformina.

Material y método: estudio transversal comparativo realizado en pacientes con diabetes gestacional y tipo 2, entre 2002 y 2003, tratadas sin metformina, y entre 2004 y 2006 tratadas con el fármaco. Se registró peso materno al ingreso, al final de la gestación, hospitalización del recién nacido, macrosomía fetal, prematuridad y preeclampsia. El análisis estadístico se llevó a cabo con la χ^2 y con medidas de tendencia central.

Resultados: la metformina se administró en 682 casos de diabetes gestacional y en 290 de diabetes mellitus tipo 2, y no se administró en 817 y 405, respectivamente. El promedio de los pesos al ingreso y al final de la gestación en pacientes con diabetes gestacional a las que se administró metformina fue de 80 y 77.4 kg, respectivamente, y a las que no se administró el medicamento 78.8 y 80.5 kg. El mismo promedio en pacientes con diabetes tipo 2 que recibieron metformina fue de 78 y 75 kg, y de 76 y 76.6, respectivamente, en quienes no la recibieron. El grupo de diabetes gestacional tratada con metformina tuvo diferencia estadísticamente significativa respecto de la hospitalización del recién nacido, macrosomía fetal y fetos prematuros ($p < 0.05$). En el de diabetes tipo 2 hubo diferencia en cuanto a la hospitalización del recién nacido y la macrosomía fetal ($p < 0.05$).

Conclusiones: el empleo de la metformina en el embarazo aún es controversial. En ambos grupos, pero principalmente el de diabetes gestacional, hubo mejoría respecto de la morbilidad perinatal. El incremento de peso materno también fue mejor controlado. Son necesarios más estudios que corroboren estos hallazgos.

Evaluación de resultados del tratamiento de diabetes gestacional y su reclasificación posparto**Autor:**

Graciela Parra de la Paz

Coautores:

Gerardo Forsbach Sánchez, Victoria Martínez Gaytán, Aisse Raquel González Sosa

Institución:

Unidad de Medicina Maternofoetal, Unidad Médica de Alta Especialidad núm. 23, IMSS, Monterrey, NL, México.

Objetivo: evaluar los resultados y reclasificación de las pacientes con diabetes gestacional.

Material y método: estudio transversal simple. Se realizó un análisis prospectivo de las pacientes con diabetes gestacional atendidas en el programa de diabetes y embarazo de la unidad entre enero y junio de 2008, a las que se les practicó una curva de tolerancia a la glucosa de 75 gramos para reclasificación entre las seis y ocho semanas de puerperio. Se registraron edad materna, vía de nacimiento, peso neonatal e internamiento del recién nacido.

Resultados: se incluyeron 30 pacientes con mediana de edad de 32 años (23 a 42). La vía de nacimiento fue cesárea en 27 pacientes (77%) y parto en ocho (23%). El peso de los recién nacidos fue menor de 2,500 kg en un caso (2.8%), de 2,501 a 3,500 kg en 21 (60%) y de 3,501 a 4,500 kg en 13 (37%). Hubo tres recién nacidos macrosómicos (8.5%) y uno (2.8%) con bajo peso. No hubo malformaciones congénitas ni muertes perinatales. Cuatro neonatos fueron internados: uno (25%) por fractura de clavícula, dos (50%) por hiperbilirrubinemia y uno (25%) por infección perinatal. La reclasificación mostró que 22 (63%) tuvieron tolerancia a la glucosa normal, 11 (31%) intolerancia a la glucosa y dos (6%) diabetes tipo 2.

Conclusiones: la edad materna fue similar a la reportada en la bibliografía, la tasa de cesáreas fue mayor, mientras que la macrosomía fetal, las malformaciones, los internamientos y las muertes perinatales fueron menores. La reclasificación mostró menor porcentaje de diabetes tipo 2 que lo reportado, la intolerancia a los carbohidratos tiene un riesgo estimado de 40% de evolución a diabetes tipo 2 a los cinco años.

Diagnóstico de diabetes gestacional con puntos de corte superiores a 170 mg/dL en la prueba de tamizaje

Autor:

Flavio Hernández Castro

Coautores:

Ulises González Rendón, Juan Antonio Soria López, José Alberto Villarreal Rodríguez

Institución:

Departamento de Perinatología, Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, Nuevo León, México.

Antecedentes: la curva de tolerancia de tres horas con 100 gramos de glucosa oral es considerada la prueba estándar para diagnosticar diabetes gestacional, pero estudios previos sugieren como alternativa diagnóstica confiable puntos de corte en la prueba de tamizaje con 50 gramos de glucosa superiores a 170 mg/dL.

Objetivo: determinar el valor pronóstico positivo de varios puntos de corte en la prueba de tamizaje para diagnosticar diabetes gestacional sin necesidad de realizar curva de tolerancia a la glucosa.

Pacientes y método: estudio transversal tipo prueba diagnóstica de 60 pacientes con resultado en prueba de tamizaje de al menos 170 mg/dL que acudieron para atención prenatal en el periodo de 2005 a 2008. Se clasificaron en subgrupos según los puntos de corte en la prueba de tamizaje: ≥ 170 , ≥ 180 , ≥ 190 y ≥ 200 mg/dL. Se diagnosticó diabetes gestacional acorde con los valores establecidos por el National Diabetes Data Group en la curva de tolerancia a la glucosa. Se determinó porcentaje de sobrediagnóstico, valor pronóstico positivo y valor pronóstico negativo para diagnosticar diabetes gestacional con cada punto de corte.

Resultados: hubo diferencia significativa entre la cantidad de pacientes con diagnóstico de diabetes gestacional según la curva de tolerancia a la glucosa al compararlo con el efectuado con puntos de corte en ≥ 170 , ≥ 180 y ≥ 190 mg/dL ($p < 0.0001$), pero no con el de ≥ 200 mg/dL ($p = 0.50$). El valor pronóstico positivo calculado para cada punto de corte fue de 32.1, 32.5, 40.9 y 80%, con tasas de sobrediagnóstico de 69.5, 67.5, 59 y 20, respectivamente.

Conclusiones: el diagnóstico de diabetes gestacional basado exclusivamente en resultados de la curva de tolerancia a la glucosa de 170 a 199 mg/dL se relaciona

con valor pronóstico positivo bajo y alto porcentaje de sobrediagnóstico.

Palabras clave: diabetes gestacional, diagnóstico, prueba de tamizaje, puntos de corte.

Masa anexial y embarazo

Autor:

Mayeli Fuentes Dehesa

Coautores:

Ana Cristina Arteaga Gómez, Lourdes Islas Flores, Carlos E. Aranda Flores

Institución:

Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, Departamento de oncología.

Objetivo: evaluar el diagnóstico y tratamiento de las masas anexiales durante el embarazo.

Material y método: revisión de la bibliografía y comunicación de un caso.

Caso clínico: paciente de 26 años, con embarazo de 12.6 semanas y masa anexial bilateral. Los marcadores tumorales: antígeno CA 125 36.9 Uf mL, Antígeno CA 19-9 102.2 Uf/mL. Urgencias: dolor en hipogastrio intermitente, exploración física sin delimitar masas; tacto vaginal y rectal: fondo de sacos ocupados. Se detecta crecimiento progresivo de masas por ultrasonido: LAPE, 20.4 semanas; cistectomía derecha 15 x 10 cm y ooforectomía izquierda 20 x 15 cm. Transquirúrgico: teratoma quístico maduro y cistadenoma seroso. Definitivo: cistadenoma mucinoso de 18 cm y teratoma quístico maduro de 12 cm.

Resultados: embarazo normoevolutivo.

Conclusiones: las masas anexiales a menudo son diagnosticadas durante el embarazo, 80% se resuelven en el segundo trimestre, cuando son menores de 5 cm y benignos, los mayores corren riesgo de malignidad pueden tener torsión, rotura u obstruir del conducto del parto. Se indica intervención quirúrgica en el segundo trimestre. Los casos de tumores malignos durante el embarazo van de 10 a 20% y son raros, deben diagnosticarse oportunamente para proporcionar tratamiento con quimioterapia según la edad gestacional. En el primer trimestre se sacrifica el embarazo, después el tratamiento se retrasa hasta el término.

Embarazo cervical de 20 semanas. Comunicación de un caso

Autor:

Francisco Javier Gómez Plascencia

Coautores:

Eduardo Pimienta Inda, Gildardo Escobell Rubalcaba

Institución:

Departamento de Urgencias en Gineco-Obstetricia, Hospital General de Zona núm. 42, IMSS, Puerto Vallarta, Jalisco, México.

Antecedentes:

El embarazo cervical es una de las formas más raras de implantación ectópica del blastocisto, el cual se implanta por debajo del orificio cervical interno, dentro del conducto cervical, y da cuenta de aproximadamente 0.1% de todos los embarazos ectópicos, con una incidencia que varía, según distintos reportes, de 1 por cada 2,500 nacidos vivos, hasta 1 en 18,000. Su importancia radica en la alta morbilidad y mortalidad que ocasiona por la forma casi siempre sorpresiva en que se diagnostica. Aunque lo limitado de la casuística no ha permitido elaborar patrones de tratamiento firmemente establecidos, la relación entre los tratamientos realizados y sus resultados, exitosos o desfavorables, en una cantidad creciente de casos, ha permitido esbozar ya esquemas que acerquen más a ese fin. Así, por ejemplo, ya se ha aconsejado el tratamiento inicial con citotóxicos en las etapas tempranas del embarazo, y se ha observado peor pronóstico cuando hay vitalidad embrionaria, lo que sugiere histerectomía para embarazos de más de nueve semanas.

Caso clínico: Paciente de 35 años con amenorrea de 20 semanas y estudio de ultrasonido de ginecólogo particular del cual proceden las únicas imágenes con que se contó, quien la envía con diagnóstico de aborto en evolución de huevo muerto retenido de 20 semanas de embarazo y 15 semanas efectivas de gestación. Cuatro embarazos, dos cesáreas y un aborto con legrado uterino instrumental. Sin actividad uterina, sólo leve manchado hemático transvaginal. Signos vitales dentro del rango normal. Hemoglobina de 12.3 g. Se inicia esquema de inducción de trabajo de aborto con oxitocina intravenosa y misoprostol o dino-

protona cervical que continuó durante siete días hasta el momento de la cirugía. El día 60 se solicita ultrasonido a imagenología, que al no contar con impresora sólo envía reporte interpretativo con diagnóstico de óbito fetal de casi 5.2 semanas efectivas de gestación. El día 70 se envía a la paciente a la sala de expulsión para aplicar misoprostol intracervical bajo visión directa, lo cual ocasionó sangrado aumentado que casi cede tras taponamiento con gasas. Hecho el diagnóstico de embarazo cervical se procede a anestesia regional por bloqueo peridural, extracción del feto macerado y el tejido placentario, seguida de hemorragia masiva, maniobras de control momentáneo e histerectomía total abdominal. Se transfundieron tres unidades de sangre total. Se egresa tres días después con hemoglobina de 10.7 g.

Se comunica el caso por: 1) Dificultad diagnóstica por su baja frecuencia. 2) Su altísima morbilidad y mortalidad materna. 3) Aporte de apoyo al criterio quirúrgico de tratamiento en embarazo cervical avanzado.

Enfermedad periodontal como factor de riesgo de resultados perinatales adversos

Autor:

Clara del Carmen Flores Acosta

Coautores:

José de Jesús Zermeño Nava, Juan Antonio Soria López, Roberto Ambriz López

Institución:

Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, UANL, Monterrey, NL, Departamento de ginecología y obstetricia.

Objetivo: determinar si la enfermedad periodontal es un factor de riesgo de resultados perinatales adversos.

Material y método: estudio observacional, descriptivo, comparativo, prospectivo y no ciego que incluyó a 282 pacientes que acudieron al Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González para atención por nacimiento, a quienes se les realizó examen dental y se les clasificó como sanas o enfermas. Se realizó análisis descriptivo y estadístico para buscar la asociación entre enfermedad periodontal y las variables de estudio.

Resultados: hubo enfermedad periodontal en 15% de la población estudiada, la edad promedio de la muestra

fue de 22.5 años. En el grupo de pacientes sanas 29.65% tuvo complicaciones perinatales (preeclampsia, 12%; bajo peso, 2.51%; rotura prematura de membranas, 3.7%; parto prematuro con rotura prematura de membranas, 0.85%) y el de enfermedad periodontal 25.58% (parto pretérmino, 6.9%; preeclampsia, 13.9%, y parto prematuro con rotura prematura de membranas, 4.65%). El único resultado perinatal adverso que se relacionó significativamente con enfermedad periodontal fue la rotura prematura de membranas asociada a parto prematuro OR 5.78 (IC 0.79 a 42.1). Hubo relación significativa entre la evolución de los embarazos previos y la enfermedad periodontal.

Conclusiones: la enfermedad periodontal tiene relación con la edad de la paciente y se asocia con resultados perinatales adversos.

Complicaciones maternas y perinatales en el síndrome HELLP

Autor:

Gustavo Morales Muñoz

Coautores:

Adrián Flores Escoto, José Carlos Mayorga González

Institución:

Hospital Regional de Alta Especialidad de la Mujer, Villahermosa, Tabasco, México.

Antecedentes: el síndrome HELLP es una enfermedad con afección multisistémica y del producto de la concepción con riesgo de ser mortal para el binomio.

Objetivo: observar las complicaciones más frecuentes maternas y perinatales del síndrome HELLP y conocer la mortalidad en el hospital de los autores.

Pacientes y método: estudio descriptivo y observacional a pacientes que ingresaron a la unidad de terapia intensiva y que cumplieron con los criterios diagnósticos de Mississipi para síndrome HELLP durante nueve meses.

Resultados: 30 pacientes con diagnóstico síndrome HELLP e incidencia de 20%, edad media de 25.3 ± 7 años, embarazos 2.3 ± 2 y edad gestacional de 35.6 ± 1.5 semanas. Hubo 30% ($n = 9$) de pacientes con eclampsia preparto y 3% ($n = 1$) posparto, 3% ($n = 1$) con DPPNI y 6% con CID ($n = 2$). Según la clasificación de Mississipi hubo síndrome HELLP: clase 1 ($\leq 50,000$ mm³ de plaque-

tas) 23% ($n = 7$); clase 2 ($> 50,000$ y $\leq 100,000$ mm³ de plaquetas) 33% ($n = 10$); clase 3 ($> 100,000$ y $\leq 150,000$ mm³ de plaquetas) 20% ($n = 6$) y síndrome HELLP incompleto 24% ($n = 7$). El término del embarazo por cesárea fue de 93% y 7% por parto. La mortalidad materna fue de 7% ($n = 2$) debida a insuficiencia orgánica múltiple. El Apgar promedio de los recién nacidos fue de 7/9 y las complicaciones perinatales: hipoxia grave (10%) y óbitos (13%), la mortalidad global perinatal fue de 23%.

Conclusión: la incidencia del síndrome HELLP fue del doble de lo reportado en la bibliografía nacional e internacional (2 a 12%) y mucho mayor el porcentaje de HELLP preparto. La mortalidad perinatal está en el rango de los reportes internacionales.

Resultados perinatales en colestasis intrahepática del embarazo

Autor:

Eduardo Noe Nava Guerrero

Coautores:

Victoria Martínez Gaytán, Raúl Cortes Flores, Laura Cecilia Salazar Mendoza

Institución:

Unidad de Medicina Maternofetal, Unidad Médica de Alta Especialidad núm. 23, IMSS, Monterrey, NL, México.

Objetivo: conocer los resultados maternos y perinatales de los embarazos complicados con colestasis intrahepática.

Material y métodos: se recabaron los datos de una serie de casos de embarazos complicados con colestasis intrahepática evaluados en la unidad en el periodo comprendido entre julio de 2007 y marzo de 2008. Las variables registradas fueron: edad materna, trimestre al momento del diagnóstico, tratamiento, semanas al nacimiento, síntomas, mortalidad, vía de nacimiento y edad gestacional al nacimiento. Se utilizó estadística descriptiva para el análisis.

Resultados: se obtuvieron 15 casos de embarazo y colestasis intrahepática. La edad materna promedio fue de 28 años (21 a 33). Se estableció el diagnóstico en el tercer trimestre en 13 casos (87%) y en dos (13%) al finalizar el segundo trimestre. Los síntomas fueron: prurito generali-

zados en todos de los casos e ictericia en seis (40%). Hubo un embarazo múltiple (6%), uno gemelar (6%) y 12 únicos (86%). Ocurrió una muerte materna por hepatopatía crónica, nueve casos de prematuridad (60%) y dos de muerte fetal (13%). La vía de nacimiento fue cesárea en 11 casos (73%), por: deterioro materno en cinco (45%), embarazo a término y cesárea previa en tres (27%), colestasis y óbito previo en dos (18%) y uno por sufrimiento fetal; y vaginal en cuatro casos (27%). Ocho pacientes (53%) recibieron tratamiento, tres con ácido ursodesoxicólico y fenobarbital, y cinco con colestiramina. De este grupo sólo tres pacientes tuvieron nacimiento a término.

Conclusiones: la edad de manifestación del cuadro fue semejante a la descrita en la bibliografía. El prurito es un síntoma invariable. Al igual que lo reportado en la bibliografía, el nacimiento prematuro y la muerte fetal van en aumento, así como la tasa de cesáreas. Se observaron mejores resultados perinatales en el grupo que recibió tratamiento médico.

Preeclampsia en pacientes con trasplante renal

Autor:

Juan Fernando Romero Arauz

Coautores:

José Antonio Ayala Méndez, Guillermo Jiménez Solís

Institución:

Servicio de Complicaciones Hipertensivas del Embarazo. Hospital de Ginecología y Obstetricia Luis Castelazo Ayala, Instituto Mexicano del Seguro Social, México, DF.

Objetivo: evaluar la incidencia de preeclampsia y el resultado maternoperinatal en pacientes con trasplante renal.

Material y método: se realizó un estudio comparativo, observacional y retrospectivo en pacientes con trasplante renal y embarazo, entre diciembre de 1999 y abril de 2008, en la institución de los autores.

Resultados: se analizó a 30 pacientes, de las cuales 27 cumplieron con los criterios de la guía preconcepcional de Davison y tres no, este último grupo se asoció con resultado materno y perinatal adverso ($p = 0.001$). Entre las 30 pacientes analizadas, 15 (50%) evolucionaron a preeclampsia. El nacimiento pretérmino ocurrió en 15 casos (50%) y hubo seis de restricción del crecimiento intrauterino (20%). Entre 11 pacientes con antecedente

de hipertensión arterial crónica, ocho evolucionaron a preeclampsia sobreagregada (72%) y en nueve se interrumpió el embarazo antes de las 37 semanas (82%). El funcionamiento inadecuado del riñón transplantado antes del embarazo se asoció con un resultado materno y perinatal malo ($p = 0.006$). No hubo casos de muerte materna. La mortalidad perinatal fue de 3%.

Conclusiones: el embarazo exitoso es posible en pacientes con trasplante renal: sin embargo, existe riesgo elevado de preeclampsia, prematuridad, infección y restricción del crecimiento intrauterino. Es importante observar la guía preconcepcional de Davison para asesorar a la paciente con trasplante renal.

Embarazo y enfermedad de Addison

Autor:

Celina Salas Castro

Coautores:

Alejandro Chapa Kerwick

Institución:

Sistema multicéntrico, Hospital San José, Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey.

Caso clínico:

Paciente femenina de 33 años de edad, sin AHF, APP y APNP de importancia. Antecedentes ginecoobstétricos: eumenorreica, tres embarazos y dos partos normoevolutivos.

Acude el 21 de septiembre de 2007 (6.2 semanas de gestación mediante la fecha de la última menstruación) por haber iniciado con vómito de contenido gástrico, variación en el patrón de horario, dos días de evolución con los síntomas, además de fatiga con esfuerzos moderados y debilidad, por lo que acudió al Servicio de urgencias de los autores, donde se le internó para estudio y control electrolítico. Se realizó biometría hemática, QS, ES y EGO, que revelaron hiponatremia; se diagnosticó hiperemesis gravídica y se administró tratamiento.

El 3 de noviembre de 2007 (12 semanas de gestación) acudió por segunda ocasión por los mismos síntomas más hiperpigmentación generalizada y pérdida de peso de 10 kg. Ingresó hipotensa, con datos de deshidratación grave y sufrió síncope. Se solicitaron nuevamente exámenes de biometría hemática, ES, PBQ, perfil de hormonas ti-

roideas y EGO, que revelaron hiponatremia hiposmolar; se decidió cuantificar los valores séricos de cortisol, que estuvieron bajos en dos ocasiones (2.23 mg/dL). Se realizó la cuantificación sérica de ACTH, que estuvo elevada (673 pg/mL) y se solicitaron anticuerpos antiadrenales, que se reportaron negativos. Se diagnosticó enfermedad de Addison y se trató con meticorten.

El 21 de noviembre de 2007 la paciente sufre “crisis addisoniana”, que fue tratada con flebocortid e hidratación. Se aumentó la dosis de meticorten.

El 11 mayo de 2008 se atiende por parto eutócico con producto único de sexo masculino, 2,820 g, Apgar 8/10, sin malformaciones obvias. El puerperio fisiológico fue normoevolutivo.

Histerosonografía terapéutica en el síndrome de Asherman y embarazo después del procedimiento

Autor:

Jaroslav Stern Colín y Nunés

Coautores:

Jorge Ceseña Pruneda

Institución:

Inmunología de la reproducción. Immunorrep.

Antecedentes: el daño a la capa basal en la cavidad uterina, después de un legrado, pueda favorecer la generación de cicatrices intrauterinas y resultar en adherencias que pueden alterar la cavidad en diversos grados u ocluirarla. La histerosonografía transvaginal es útil para diagnosticar las adherencias intrauterinas, que se eliminarían con histeroscopia operatoria, pero también puede utilizarse como herramienta terapéutica.

Objetivo: evaluar la histerosonografía transvaginal en el tratamiento del síndrome de Asherman y el embarazo después del procedimiento.

Material y método: se incluyó a dos pacientes con aborto recurrente, secundario a síndrome de Asherman. Se realizó histerosonografía transvaginal en el noveno día del ciclo menstrual, con los pasos siguientes: Histerosonografía transvaginal con transductor vaginal a una frecuencia de 5 a 7 MHz (HDI 400, Philips). Se colocó un espejo vaginal estándar y el catéter de histerosonografía de 5-F fue insertado en el fondo de la cavidad uterina,

entonces se llenó el globo con 0.5 mL de solución fisiológica, se quitó el espejo vaginal y se confirmó la posición apropiada del catéter mediante ultrasonido transvaginal, después se inyectaron lentamente 2 a 6 mL de solución salina fisiológica para dilatar la cavidad endometrial y se extrajo el catéter hasta romper los adherencias, se vació el globo y se extrajo totalmente el catéter. Después del procedimiento las pacientes buscaron el embarazo espontáneo.

Resultados: una de las pacientes logró el embarazo espontáneo un mes después del procedimiento y la otra tres meses después, ambos llegaron a término con recién nacido sano.

Conclusiones: la histerosonografía transvaginal es un procedimiento de diagnóstico útil en la infertilidad, porque permite encontrar varias anormalidades en la cavidad uterina que podrían escaparse durante la ultrasonografía habitual, pero podría convertirse en una herramienta terapéutica, como se demostró en este trabajo, en el que ambas pacientes consiguieron el embarazo espontáneo mediante un procedimiento terapéutico rápido y barato comparado con la histeroscopia operatoria.

Alta prevalencia de mutación en el gen del factor inhibidor del activador del plasminógeno y otros genes de trombofilia en pacientes con pérdida gestacional recurrente

Autor:

Jaroslav Stern Colín y Nunés

Coautores:

Esther Macedo Torres, Jorge Ceseña Pruneda

Institución:

Inmunología de la reproducción. Immunorrep.

Antecedentes: las mutaciones en genes de trombofilia son como causa de pérdida gestacional recurrente, inducen trombosis del lecho placentario y aborto.

Objetivo: determinar la frecuencia de este defecto en una población mexicana con pérdida gestacional recurrente.

Material y método: estudio observacional, descriptivo y transversal en 112 pacientes con diagnóstico de pérdida gestacional recurrente, de mayo de 2003 a marzo de 2008. Se realizó el estudio básico de pérdida gestacional recurrente y, una vez reportado como negativo, se hizo

la prueba de reacción en cadena de polimerasa en el laboratorio de inmunología Millenova (Chicago, Illinois, EUA) e Immunorep (Ciudad de México) para buscar la mutación de trombofilia en los genes siguientes: factor V de Leiden (VLF) –Y1702C, H1299R y G1691A–, gen de la metilentetrahidrofolato reductasa (MTHFR) –C677T y A1298C–, protrombina, factor II (FII) –G20210A–, factor XIII (XIII) –455 Gb–, fibrinógeno (bV34L-, 4G/5G), el factor de inhibición del activador de plasminógeno (PAI-I) y el antígeno plaquetario humano a/b (HPAI) y después de realizado el diagnóstico se administró tratamiento y se buscó el embarazo.

Resultados: el rango de edad fue de 26 a 42 años, con promedio de 37.6 años. Entre 112 pacientes, 109 (97.3%) fueron positivas a por lo menos a una de las mutaciones, sólo tres (2.7%) fueron negativas a alguna mutación, y 108 (96.4%) tuvo dos o más mutaciones. En las 109 pacientes con al menos una mutación, la más frecuente fue PAI-I 4G/5G en 88 (80.7%), seguida por MTHFR C677T en 75 (68.8%) casos; sólo 63 (57.7%) iniciaron el tratamiento para conseguir el embarazo, y en este grupo 47 (74%) consiguieron embarazarse y todas lograron un recién nacido sano.

Conclusiones: en la población estudiada de pacientes con pérdida gestacional recurrente, el predominio de las mutaciones del gen MTHFR fue más alto que el reportado en bibliografía mundial; el de PAI-I 4G-5G no se había estudiado en la población mexicana. Si se estudia a pacientes con las características aquí incluidas puede conseguirse mayor certeza diagnóstica.

Seroepidemiología de la infección por *Toxoplasma gondii* en mujeres embarazadas atendidas en el medio rural del estado de Durango

Autor:

Antonio Sifuentes Álvarez*,**

Coautores:

Cosme Alvarado Esquivel, ** Alejandro Torres Castorena,* Rosalba García López**

Institución:

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

Objetivo: determinar la seroepidemiología de la infección

por toxoplasma gondii en mujeres embarazadas atendidas en el medio rural del estado de durango.

Material y método: estudio prospectivo, transversal, descriptivo y observacional realizado, de agosto de 2007 a febrero de 2008, en 439 mujeres embarazadas de nueve comunidades rurales del estado de Durango, a las cuales se les aplicó un cuestionario con datos sociodemográficos y epidemiológicos, y se les tomó una muestra sanguínea para determinar los anticuerpos IGG e IGM anti *Toxoplasma gondii*. El análisis estadístico fue realizado con medidas de tendencia central, χ^2 y prueba exacta de Fisher para comparar las frecuencias entre grupos, y el análisis multivariado para obtener las características de mujeres y la seropositividad a *Toxoplasma gondii*.

Resultados: la prevalencia de anticuerpos anti *Toxoplasma gondii* varió de 0 a 20%, 36 (8.2%) de 439 mujeres tuvieron anticuerpos IGG anti *Toxoplasma gondii*, 10 (2.3%) de ellas también con anticuerpos IGM anti *Toxoplasma gondii*. La seroprevalencia fue alta ($p < 0.05$) en mujeres sin laborar (8.9%) y con nivel socioeconómico bajo (14%). El análisis multivariado con regresión logística mostró que las infecciones por *Toxoplasma gondii* tuvieron relación con pisos de tierra (OR 2.89; 95% IC:1.12 a 7.49). La infección se asoció con abortos ($p = 0.006$) en mujeres de comunidades con alta prevalencia de *Toxoplasma gondii* ($>8.2\%$) con daño visual ($p < 0.02$), en comunidades con baja seroprevalencia ($<8.2\%$).

Conclusiones: la seroprevalencia de la infección por *Toxoplasma gondii* en mujeres embarazadas de la población rural del estado de Durango es baja comparada con lo reportado en otros países. La infección se asoció con casas con piso de tierra, daño visual y abortos.

Estudio comparativo entre las concentraciones de cadmio y plomo en placentas de embarazos normales y con oligoamnios idiopático

Autor:

María del Carmen Terrones Saldívar

Coautores:

Leopoldo César Serrano Díaz, Alejandro Rosas Cabral, Laura Yamamoto Flores, Martha Reyes Robles

Antecedentes: la exposición al plomo y al cadmio durante la vida intrauterina puede ocasionar en el feto efectos

adversos perinatales, como: malformaciones congénitas, partos pretérmino y bajo peso al nacer.

Objetivo: comparar las concentraciones de plomo y cadmio en el tejido placentario normal y de embarazos con oligoamnios y correlacionarlos con las condiciones del recién nacido.

Material y métodos: estudio descriptivo, observacional, transversal y comparativo. Se conformaron el grupo control y el grupo de oligoamnios, cada uno con 20 pacientes procedentes del Hospital de la Mujer de Aguascalientes. Se procesaron 500 mg de tejido seco (técnica de Baranowska, 1995) y se cuantificaron plomo y cadmio en el espectrofotómetro de absorción atómica (Perkin Elmer modelo 1100 B y HGA-400 con horno de grafito). Para evaluar diferencias entre las medias se utilizó la *t* de Student, para la correlación entre variables cuantitativas el coeficiente de Pearson.

Resultados y discusión: hubo diferencia significativa entre las concentraciones de plomo y cadmio en las muestras de placentas de los grupos de estudio y control: 82.52 ± 16 y 202.6 ± 27 ng de Pb/g de tejido seco placentario, y 24.7 ± 4.5 y 53.6 ± 7 ng de Cd/g de tejido seco placentario, respectivamente. También hubo disminución significativa del peso al nacimiento de los neonatos del grupo de estudio. No hubo correlación entre las concentraciones de plomo y cadmio, y el resto de las variables, como: edad, paridad, ocupación, lugar de residencia o tabaquismo.

Conclusión: durante la vida intrauterina los metales pesados como el plomo y el cadmio pueden interferir en el transporte placentario de nutrientes y ocasionar oligoamnios y bajo peso al nacer.

Palabras clave: oligoamnios, metales pesados, embarazo, placenta.

Efectividad de la FSH recombinante (FSHr) versus menotropinas (HMG) en ciclos de inseminación intrauterina (IIU)

Autor:

Juan Carlos Barros Delgadillo

Coautores:

Ricardo Cano Carrillo, Patricia Zulema Márquez Iribe, Myrna Souraye Godínez Enriquez, Félix Mansur Navarrete

Objetivo: comparar la efectividad de las menotropinas versus FSH recombinante en la estimulación ovárica en ciclos de inseminación intrauterina.

Tipo de estudio: estudio clínico abierto, comparativo y prospectivo.

Material y método: se analizaron ciclos de inseminación intrauterina en pacientes con infertilidad primaria o secundaria. Se compararon los protocolos de hiperestimulación ovárica controlada (HOC) con hMG ($n = 221$) y FSHr ($n = 89$). A su vez, 159 fueron con antagonista de GnRH (antGnRH) y 151 sin antGnRH. Las principales variables fueron: tipo, tiempo y factor alterado de infertilidad, número de folículos totales y maduros y tasa de embarazo clínico.

Resultados: se analizaron 190 parejas que realizaron 310 ciclos. Las tasas de embarazo fueron de 14.4 y 16.8% para hMG y FSHr, respectivamente ($p < 0.05$). Se obtuvieron 21 embarazos de 144 ciclos estimulados con hMG más antGnRH (14.6%), 11 de 77 con hMG (13.3%) y 13 de 74 con FSH (17.6%).

Conclusiones: al parecer, no existen diferencias significativas en la eficacia respecto a las tasas de embarazo de las pacientes sometidas a HOC con inseminación intrauterina cuando se estimulan con menotropinas o FSH recombinante.

Estudio comparativo de los efectos de los antagonistas de GnRH (antGnRH) en ciclos de inseminación intrauterina

Autor:

Juan Carlos Barros Delgadillo

Coautor:

Patricia Zulema Márquez Iribe, Ricardo Cano Carrillo, María Magdalena Moncada Tercero, Myrna Souraye Godínez Enríquez, Félix Mansur Navarrete, Eduardo Guzmán González, Gerardo Barroso Villa

Objetivo: evaluar los efectos de los antagonistas de GnRH en ciclos de inseminación intrauterina respecto de la prevención del pico prematuro de LH, la luteinización y la tasa de embarazo.

Tipo de estudio: casos y controles, analítico, comparativo y longitudinal.

Material y métodos: 190 parejas realizaron 310 ciclos de inseminación intrauterina homóloga. El grupo de estudio

(159 ciclos) con antGnRH y el grupo control (151 ciclos) sin antGnRH. La hiperestimulación ovárica controlada se efectuó con hMG o FSHr. Las mediciones séricas de FSH, LH, E2 y P4 el día de inicio del antGnRH y el día de la aplicación de hCG. Se valoró la incidencia del pico prematuro LH, la luteinización y la tasa de embarazo.

Resultados: se obtuvieron tasas de embarazo de 14.4 y 15.8% para el grupo de estudio y control, respectivamente. El 3.1 y 8.1% de los ciclos tuvieron pico prematuro de LH sin luteinización.

Conclusiones: los antagonistas de GnRH no demostraron influencia en la tasa de embarazo en los grupos de estudio. La incidencia de pico prematuro de LH fue superior a la reportada por la mayoría de autores, aunque no hubo luteinización en ningún ciclo.

El índice de masa corporal mayor a 30 afecta la tasa de embarazo en receptoras de ovocitos

Autor:

Alberto Kably Ambe

Coautores:

Diana Elena Monzalbo Núñez, Sergio Estévez González, Esperanza Carballo Mondragón

Institución:

Unidad de reproducción asistida del Centro Especializado para la Atención de la Mujer (CEPAM), Hospital Ángeles Lomas.

Objetivo: analizar el efecto del índice de masa corporal en los resultados de embarazo en receptoras de embriones provenientes de óvulos donados.

Material y método: estudio retrospectivo y descriptivo. Se analizaron los datos de 104 pacientes que ingresaron al programa de fertilización *in vitro* con óvulos donados, de enero de 2002 a diciembre de 2006. Se dividieron en tres grupos de acuerdo con el índice de masa corporal. Fueron: grupo 1, 18.5 a 24 ($n = 39$); grupo 2, 24.1 a 30 ($n = 55$), y grupo 3, más de 30 ($n = 10$). El análisis estadístico se realizó mediante la prueba de la *t* de Student.

Resultados: los grupos 1 y 2 tuvieron una mayor tasa de embarazo que el grupo 3 (50, 46.15 y 20%). No hubo diferencias en cuanto a edad, cantidad, calidad de ovocitos donados ni embriones transferidos.

Conclusiones: aunque no hubo gran diferencia entre los grupos 1 y 2, si se encontró que a medida que aumentó

el índice de masa corporal la tasa de embarazo se afectó.

Evaluación del flujo endometrial como factor pronóstico de implantación en ciclos de FIV-TE

Autor:

Alberto Kably Ambe

Coautores:

Jenny Díaz Calvillo, Sergio Estévez González, Eligio Islas Hernández

Institución:

Unidad de reproducción asistida del Centro Especializado para la Atención de la Mujer (CEPAM), Hospital Ángeles Lomas.

Objetivo: correlacionar el flujo endometrial por Doppler en color pulsado y espectral con las tasas de implantación en ciclos de FIV-TE.

Material y método: estudio prospectivo, observacional y descriptivo. Se incluyeron 28 pacientes que ingresaron al programa de fertilización *in vitro*. Los protocolos de estimulación ovárica utilizados fueron: protocolo largo de agonistas de la GnRH y antagonistas de GnRH flexible con esquema multidosis. La estimulación ovocitaria se realizó con FSHr. Las variables estudiadas el día de la aplicación de la hCG fueron: tipo de endometrio, grosor, zona de flujo por Doppler, índice de resistencia de arterias arcuatas y se relacionaron con la tasa de implantación. El análisis estadístico se llevó a cabo con la prueba de Pearson y la prueba ANOVA.

Resultados: la edad promedio fue de 34 ± 3 años. El principal factor de infertilidad fue el tuboperitoneal. La tasa de implantación por ciclo fue de 26%. El tipo de endometrio en los dos grupos (embarazo y no embarazo) promedio fue trilaminar con grosor endometrial de 11.3 mm. La zona C subendometrial mostró la mayor tasa de implantación (65%). El índice de resistencia con mayor tasa de implantación fue de 0.81 a 0.80. La edad materna fue inversamente proporcional al tipo de vascularización endometrial.

Conclusiones: el flujo endometrial puede ser una herramienta más para mejorar las tasas de implantación, aunque es necesario realizar estudios prospectivos aleatorizados con una muestra mayor para poder ser considerado un factor pronóstico de receptividad endometrial.

Cáncer de endometrio, diagnóstico mediante citología y biopsia por aspiración, estudio comparativo

Autor:

Gabriel Enrique Castillo Martín del Campo

Coautores:

Emilio Treviño Salinas, Oscar Vidal Gutiérrez, Ricardo Ibarra Patiño

Institución:

Departamento de ginecología y obstetricia. Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, Nuevo León, México.

Antecedentes: el cáncer de endometrio aparece en 29.2 de cada 10,000 mujeres y ocupa el primer lugar en frecuencia del que sucede en el aparato genital femenino, por lo que el diagnóstico con una técnica menos invasora y costosa, como la citología por lavado endometrial, representa una atractiva alternativa diagnóstica.

Objetivo: comparar los valores predictivos de la citología de endometrio obtenida por lavado con los de la biopsia convencional.

Material y método: se incluyeron 50 pacientes con diagnóstico o sospecha de cáncer de endometrio, a quienes se les realizó lavado endometrial por aspiración para citología y posteriormente biopsia de endometrio convencional.

Resultados: se excluyeron cuatro (8%) pacientes debido a material insuficiente para el análisis patológico. De acuerdo con los resultados de ambas técnicas, siete (14%) pacientes tuvieron adenocarcinoma de endometrio y 39 (78%) reporte negativo para cáncer. Al comparar la técnica de citología por lavado endometrial con la biopsia convencional se obtuvo una sensibilidad, especificidad y valores predictivos positivo y negativo de 100%.

Conclusiones: la técnica de lavado endometrial y citología para el diagnóstico de cáncer de endometrio es un procedimiento que tiene valores predictivos semejantes a los de la biopsia convencional, con la ventaja de ser más económica y menos dolorosa para la paciente. Se requiere aumentar la cantidad de pacientes en la muestra para validar estos resultados.

Palabras clave: cáncer de endometrio, lavado endometrial, biopsia.

Carcinoma epidermoide primario de endometrio vs carcinoma de células grandes de endometrio. Utilidad del estudio inmunohistoquímico en el proceso diagnóstico

Autor:

Dimas Mateos Ahumada

El carcinoma epidermoide primario del endometrio es una entidad extraordinariamente rara. Existen criterios diagnósticos muy estrictos para poder definir esta variedad histopatológica: no haber conexión entre el tumor endometrial y el epitelio escamoso cervical y ausencia o concurrencia de un tumor escamoso cervical que pueda ser verificado en el análisis histopatológico del cuello uterino. Desde 1892, cuando Gebhard reportó el primero, sólo se han comprobado 64 casos hasta julio de 2008. Por lo regular se observa en mujeres posmenopáusicas y firmemente asociado con estenosis cervical, piometra o ambos, e inflamación crónica y nuligravidad.

Comunicación del caso: Paciente de 60 años con dos embarazos y dos cesáreas, posmenopáusica, que acude por sangrado transvaginal escaso e inflamación pélvica de un año de evolución, con antecedente de intento de legrado uterino fallido debido a estenosis cervical, tres meses antes de su atención por el suscrito. Con Papanicolau negativo y estudios preoperatorios por los que se sospechó miomatosis uterina con endometrio hiperplásico. Se practicó histerectomía total con salpingooforectomía bilateral que reveló útero moderadamente crecido, lobulado discretamente, sin otras deformaciones externas; no se apreció líquido de ascitis y la exploración de la pelvis no comprobó anomalías. El estudio histopatológico mostró útero de 8.5 x 4.5 x 3.2 cm con tumor en el cuerpo uterino que creció hasta ocupar la cavidad endometrial e infiltrar la pared en sus dos tercios internos sin invasión al cuello uterino. *Descripción microscópica:* los cortes muestran una neoplasia maligna de estirpe epitelial que se origina en el endometrio, en donde tiene aspecto exofítico y crece hacia la luz de la cavidad endometrial hasta sus dos tercios internos. En la periferia de la neoplasia existen nidos de células malignas, en la luz de los vasos linfáticos la neoplasia no se extiende al tercio externo

del endometrio ni hacia el cuello uterino.

Discusión: el carcinoma epidermoide del endometrio es extraordinariamente raro, la bibliografía reporta no más de 70 casos desde 1892, el interés de este caso reside en que desde el punto de vista histopatológico había sido reportado como carcinoma epidermoide primario del endometrio pero la inmunohistoquímica esclarece el diagnóstico con reporte final de carcinoma de células grandes del endometrio moderadamente diferenciado, el cual a su vez es un tumor raro que representa menos de 2% de todos los cánceres del endometrio. Este caso plantea la duda sobre cuántos casos verdaderamente pueden ser considerados como carcinoma epidermoide primario del endometrio y la necesidad de someter cada caso dudoso al beneficio de los estudios inmunohistoquímicos que permiten elucidar el diagnóstico y plantea la hipótesis de que quizá los verdaderos carcinomas epidermoides primarios del endometrio sean aún más escasos.

Prevalencia del fibroma ovárico en pacientes menores de 20 años en el Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González

Autor:

Mayra Wendolee de la Garza Almeda

Coautores:

Emilio Modesto Treviño Salinas, Oscar Vidal Gutiérrez, Clara del Carmen Flores Acosta

Institución:

Servicio de Obstetricia del Hospital Universitario José Eleuterio González, Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, NL, México.

Objetivo: determinar la prevalencia de los fibromas en pacientes menores de 20 años.

Antecedentes: las neoplasias benignas ocupan entre 85 y 90% de todas las tumoraciones ováricas. El fibroma es el tumor del estroma ovárico más frecuente, representa 3 a 5% de los tumores ováricos. La mayor parte ocurre en pacientes perimenopáusicas.

Material y método: se revisaron los expedientes del hospital de los autores, entre enero de 2000 y junio de 2005, y se agruparon por edad: menores de 20, de 21 a 40 y mayores de 41 años, y se analizó la prevalencia de los fibromas.

Resultados: se encontraron 651 tumoraciones benignas ováricas, de las cuales 26.8% correspondió a cistadenomas

serosos, 3.42% a cistadenomas mucinosos y 14.4% a teratomas quísticos maduros. La prevalencia de fibromas fue de 1.52% de todas las tumoraciones benignas de ovario y hubo un solo caso en pacientes menores de 20 años, que correspondió a 0.15%, en pacientes de 21 a 40 fue de 0.3% y en mayores de 41 se encontró la mayor prevalencia, 1.07%. El resto correspondió a endometriomas y quistes foliculares.

Conclusión: se corroboró, de acuerdo con la bibliografía, que los fibromas se encuentran con mayor frecuencia en pacientes perimenopáusicas; en nuestro estudio sólo representaron 1.52% de los tumores del estroma, además se encontró una paciente menor de 20 años con fibroma, lo que es raro.

Leiomiomatosis gigante: comunicación de tres casos y revisión de la bibliografía

Autor:

Gonzalo de Jesús Siu Moguel

Coautores:

Norberto Reyes Paredes, Víctor Hugo Márquez Tamez, Leopoldo Torres Herrera

Institución:

Hospital General Dr. Manuel Gea González, Subdirección de Ginecología y Obstetricia. Secretaría de Salud, Ciudad de México.

Objetivo: presentar de tres casos de leiomiomatosis uterina gigante en el Hospital Dr. Manuel Gea González, de 1997 a 2007, y revisar la bibliografía.

Material y método: revisión de expedientes clínicos en el periodo de 1997 al 2007, con diagnóstico de miomatosis uterina y con peso mayor a 5 kg.

Resultados: se encontraron tres casos de leiomiomatosis uterina entre 5.1 y 11.5 kg.

Caso 1: paciente de 33 años, nuligesta, que refiere aumento del volumen abdominal y edema en los miembros pélvicos, con tumoración abdominal de 32 x 28 cm. Ingresa al quirófano por dolor abdominal con diagnóstico de miomatosis uterina. Se encontró miomatosis uterina con peso de 6,580 g.

Caso 2: paciente de 39 años con siete embarazos y siete partos, refirió dos años con crecimiento abdominal, hiperpolimenorrea y pérdida de peso de 10 kg en seis

meses. Con tumoración abdominal de 30 x 25 x 20 cm que se confirma con tomografía axial computada. Se indica cirugía por tumoración de ovario y se realiza histerectomía por un mioma de 5,100 g y reparación de lesión ureteral.

Caso 3: paciente de 32 años con un embarazo y una cesárea, refirió seis años de aumento del abdomen con edema unilateral. A la palpación se detectó una tumoración de 30 x 30 cm, que se confirmó con ultrasonido y tomografía. Se realizó histerectomía con la que se encontraron tres miomas que pesaron 11,500 g.

Conclusión: la leiomiomatosis uterina gigante es una entidad poco frecuente, su diagnóstico es clínico y se confirma mediante imagen y estudios de patología. Su tratamiento es mediante cirugías complejas con alta probabilidad de complicaciones.

Perfil epidemiológico y resultados perinatales de pacientes con amenaza de parto prematuro en el Hospital General de Ecatepec

Autor:

Juan Ismael Islas Castañeda

Coautor:

Luz Araceli López Solórzano

Institución:

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

Objetivo: detectar las principales causas y factores relacionados con la amenaza de parto prematuro.

Material y método: estudio retrospectivo, transversal y observacional para el que se utilizó un cuestionario de recolección de datos en 212 expedientes con diagnóstico de amenaza de parto prematuro.

Resultados: la amenaza de parto prematuro representa 7% en nuestra población; la edad más afectada fue entre 20 y 35 años (66.03%); las pacientes de 19 años se comportan de manera muy similar al resto de la población; 27.35% tiene antecedentes de tabaquismo; los meses en que se registraron más afectadas fueron abril, mayo y junio (33.9%); 16.5% tuvo antecedente de parto prematuro; 67.45% llevó control prenatal; las edades gestacionales más afectadas se encuentran entre 32 y 36 (57.54%) semanas; la primera causa de atención médica fue dolor (44.33%), seguida de rotura de membranas (16.03%) y

enfermedad hipertensiva del embarazo (11.79%); la principal causa infecciosa fue cervicovaginitis e infección de vías urinarias (41.03%); 39.15% tuvo examen de orina; no hubo casos con cultivo vaginal; 47.64% cursó con anemia leve y moderada, y 37.73% nació a término.

Conclusión: por los factores de riesgo encontrados deben priorizarse las medidas preventivas a la población más vulnerable, realizarse examen de orina, urocultivo y exudado vaginal a todas las pacientes entre 32 y 36 semanas de embarazo, e informarse a la población sobre la enfermedad hipertensiva del embarazo y establecer medidas preventivas, porque es una de las tres primeras causas de nacimientos prematuros. Insistir en la administración adecuada de complementos para proteger el sistema inmunológico y disminuir la cantidad de nacimientos prematuros (62.26%).

Relación entre el aumento ponderal mensual materno y el peso del recién nacido en el embarazo de adolescentes

Autor:

Jesús Mario Canseco Lima

Coautores:

Juan Manuel Grosso, Héctor Oviedo Cruz, Beatriz Velázquez Valassi

Institución:

Coordinación para la Atención de la Paciente Adolescente, Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes.

Objetivo: determinar si existe relación entre el incremento ponderal mensual en la mujer embarazada adolescente y el peso del recién nacido.

Material y método: estudio observacional, analítico, retrospectivo y transversal con el que se analizó la información del embarazo de 98 adolescentes con seguimiento y término en la institución de los autores. Hubo seguimiento en intervalos de cuatro semanas para analizar la relación entre aumento de peso, en kilogramos, y la clasificación del recién nacido de acuerdo con su peso al nacer y edad gestacional. El análisis fue mediante coeficiente de correlación r de Pearson.

Resultados: la edad promedio fue de 15 años y el incremento promedio de peso total fue de 7.7 kg. El aumento promedio por intervalo fue: 1.15 kg en 9 a 12.6 semanas de

gestación, 0.5 kg en 13 a 16.6, 1.65 kg en 17 a 20.6, 2.18 kg en 21 a 24.6, 1.91 kg en 25 a 28.6, 2.42 kg en 29 a 32.6, 2.72 kg en 33 a 36 y 1.45 kg en 37 a 40.6. Los intervalos en los que el coeficiente de correlación r de Pearson fue significativo fueron: 24.6 semanas de gestación ($p < 0.034$). En el intervalo de 29 a 32.6 semanas de gestación el poco incremento de peso materno se correlaciona más con recién nacido pequeño para la edad gestacional ($r = 0.273$ y $p < 0.028$). En el intervalo de 33 a 36.6 semanas de gestación tanto la disminución o el nulo incremento influyeron en el peso bajo al nacer; en contraste, el incremento mayor a ocho kilogramos en estas semanas puede coexistir con recién nacido mayor a cuatro kilogramos ($r = 0.286$ y $p < 0.007$). Se observó que el incremento total de 7 a 12 kg en adolescentes se relaciona con peso adecuado para la edad gestacional del recién nacido ($p < 0.004$).

Conclusiones: los cambios de peso en la adolescente embarazada tienen su etapa crítica para el recién nacido en las semanas 21 a 24.6, 29 a 32.6 y 33 a 36.6.

Comparación del margen de error de dos métodos clínicos y del ultrasonido para determinar peso fetal

Autor:

Iván Vladimir Dávila Escamilla

Coautores:

Flavio Hernández Castro, Gabriel Enrique Castillo Martín Del Campo, Roberto Ambríz López

Institución:

Departamento de Perinatología, Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, Nuevo León, México.

Antecedentes: los métodos clínicos para calcular el peso fetal adquieren mayor importancia cuando se carece de tecnología para evaluar el crecimiento del feto.

Objetivo: comparar el margen de error de dos métodos clínicos para estimar el peso fetal en embarazos a término con el del ultrasonido.

Pacientes y método: estudio observacional, longitudinal, comparativo y prospectivo en 120 pacientes con embarazos a término normoevolutivos. Se determinó el peso fetal con el método de Johnson, la palpación simple y el ultrasonido en las 72 horas previas al nacimiento, independientemente de la vía del mismo. Se calculó la

media del peso obtenido, sensibilidad, especificidad, valores pronóstico positivo, negativo y margen de error para la detección de recién nacidos eutróficos y macrosómicos, de los tres métodos. Posteriormente se compararon con el peso real al nacimiento.

Resultados: no hubo diferencia significativa entre la media del peso fetal calculada por los tres métodos: de Johnson, palpación simple y ultrasonido (3,478.93, 3,341.72 y 3,522 g, respectivamente) y la correspondiente a los pesos reales (3,435.47 g; $p > 0.05$). La desviación estándar fue de 410.73, 333.84 y 388.91 g con márgenes de error de 74.08, 89.87 y 64.19 g/kg. El valor pronóstico positivo para la estimación del peso en recién nacidos eutróficos por método de Johnson, palpación simple y ultrasonido fue de 94.28, 87.5 y 96.19% y para macrosómicos 60, 0 y 73.33%, respectivamente.

Conclusiones: en embarazos a término normoevolutivos, los métodos clínicos para estimar el peso fetal tienen un margen de error y valor pronóstico positivo semejante al del ultrasonido para detectar recién nacidos eutróficos, pero un menor valor pronóstico positivo para detectar a macrosómicos.

Palabras clave: peso fetal, ultrasonido, estimación clínica.

Endometriosis en la pared abdominal

Autor:

Miguel Ángel Bernal Davish

Coautores:

María Natividad Guzmán Tapia, Alberto Hernández Valencia

Institución:

Facultad de Medicina de la Universidad Veracruzana.

Antecedentes: el endometrio ectópico es el que se implanta fuera del útero, 10% de las mujeres en etapa reproductiva tiene endometriosis. Los focos ectópicos del endometrio pueden encontrarse en diferentes áreas del cuerpo, las más comunes son: el hueco pélvico, el fondo del saco, los ovarios, la pared uterina, vejiga y el recto, y algunos de implantación muy rara como los reportados en retina.

Caso clínico: paciente de 34 años con los siguientes

antecedentes ginecoobstétricos: menarquía a los 12 años, ritmo 30/6, tres embarazos, tres cesáreas, oclusión tubaria bilateral por método de planeación familiar transcesárea y última cesárea hace cuatro años. Inició su padecimiento hace tres años con dolor en la pared abdominal del hipogastrio en el lado izquierdo, durante la menstruación; a la exploración se encontró área con hiperemia de aproximadamente 2 cm de diámetro dolorosa a la palpación media y profunda, se puncionó el área y se extrajeron 0.5 mL de secreción hemática oscura. El resultado histopatológico fue endometriosis por proceso inflamatorio crónico activo de la pared abdominal. Actualmente la paciente no ha decidido la intervención quirúrgica propuesta.

Conclusión: es posible que durante la última cesárea quedara expuesto el tejido endometrial de la pared abdominal, por lo que es pertinente hacer un buen lavado de la pared antes de cerrarla para evitar este tipo de complicaciones ectópicas del endometrio.

Embarazo ectópico cornual con falla en el tratamiento con metotrexato, con migración embrionaria a la cavidad uterina, preeclampsia y nacimiento

Autor:

Marcos A. Vargas Maciel

Coautores:

Pedro Méndez Sashida, Darwin García Larios, Anrtonio Gutiérrez Gutiérrez

Objetivo: reporte de un caso de embarazo ectópico cornual espontáneo con falla en el tratamiento conservador con metotrexato y migración del embrión a la cavidad uterina, preeclampsia y nacimiento.

Material y método: reporte del caso clínico de una paciente de 30 años de edad, con antecedentes de tres embarazos y dos cesáreas, con dispositivo intrauterino, amenorrea de siete semanas y prueba sérica de embarazo positiva. En la semana 7.1 la fracción beta de HCG fue de: 15,054.2, con saco gestacional 19mm, cornual, sin embrión. En la semana 7.2, HCG 17,577.7, laparoscopia condignóstico de embarazo ectópico cornual derecho, no roto, punción de cuerpolúteo y legrado intrauterino instrumentado. El resultado histopatológico fue de endometriohipersecretor. Se le aplicó metotrexato a la dosis de 50 mg, por vía intramuscular. En la semana 7.4 la fracción beta de HCG fue de: 19,206.6, saco gestacional

de 19 mm, cornual, sin embrión. Se le aplicó la segunda dosis de metotrexato de 50 mg, por vía intramuscular. En la semana 8.3 la HCG fue de: 13,784.1. En la semana 8.5 la HCG fue de: 35,107.6. El ultrasonido mostró un saco gestacional de 26 mm, intrauterino, con embrión de longitud craneocaudal de 12 mm, frecuencia cardíaca fetal positiva; se le indicó progesterona oral. En la semana 9.5 la HCG fue de: 18,893.6; el ultrasonido mostró un embrión con longitud cráneo caudal de 24 mm para 9.2 semanas y latido cardíaco de 187 por minuto. En la semana 27 se le administraron inductores de madurez pulmonar. En la semana 30.2 se le hizo una fetometría para 31 semanas; proteinuria 900 mg/d, hipertensión arterial, edema++, oligoamnios. En la semana 30.4 se le practicó cesárea debido a preeclampsia severa de la que se obtuvo un feto masculino, vivo, con peso de 1,700 g.

Resultados: embarazo cornual derecho, con falla del tratamiento conservador con metotrexato, migración del producto a la cavidad uterina, preeclampsia severa y nacimiento a las 31 semanas.

Conclusiones: el embarazo ectópico cornual con migración embrionaria es excepcional. El tratamiento conservador con metotrexato sistémico es una buena opción de atención del embarazo ectópico; sin embargo, puede haber falla incluso en 59% en B-Hcg > 1,500 MIU/mL. La migración embrionaria hacia la cavidad uterina puede manifestarse infrecuentemente. No se demostró que el metotrexato haya afectado al feto nacido.



Hidrocefalia, estenosis del acueducto de Silvio: presentación de un caso ecográfico

Autor:

Roberto Ambriz López

Abordaje práctico de la translucencia nucal según *The Fetal Medicine Foundation*

Autor:

Juan Gerardo Sepúlveda González

Abordaje histeroscópico del síndrome de Ashermann severo bajo control ecográfico abdominal

Autor:

Rafael Alonso Sánchez Usabiaga

Prevalencia de alteraciones cromosómicas en pacientes infértiles

Autor:

Rafael Alonso Sánchez Usabiaga

Hidropelvisonografía

Autor:

Rafael Alonso Sánchez Usabiaga

Prevención de hemorragia obstétrica con misoprostol bucal transcesárea en pacientes con riesgo de atonía uterina

Autor:

Flavio Hernández Castro

Coautores:

Juan Antonio Soria López, José Alberto Villarreal Rodríguez, Gabriel Enrique Castillo Martín del Campo

Institución:

Departamento de Perinatología, Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, Nuevo León, México.

Antecedentes: aunque se considera que la mayor parte de los casos de hemorragia obstétrica es prevenible y que 80% se debe a atonía uterina, es la principal causa de muerte materna en el mundo.

Objetivo: demostrar que la administración de misoprostol bucal durante la cesárea puede disminuir la necesidad fármacos uterotónicos adicionales, los casos de atonía uterina y de hemorragia obstétrica.

Pacientes y método: estudio experimental en 120 pacientes con embarazo de 24 a 42 semanas y factores de riesgo de atonía uterina a quienes se practicó cesárea. Se dividieron aleatoriamente en dos grupos de 60 cada uno para la administración, en el espacio bucal, después de cortar el cordón umbilical, de 400 mg de misoprostol o placebo. Se administró infusión de oxitocina intravenosa, posterior al alumbramiento, a todas las pacientes. Se registraron los fármacos adicionales administrados, la evaluación del sangrado y los casos de atonía uterina.

Resultados: más mujeres en el grupo control requirieron al menos un fármaco adicional (40%) en comparación con el grupo tratado (10%; $p = 0.0001$). Hubo diferencia significativa al comparar los episodios de atonía uterina en el grupo control (25%) con los del grupo de casos (8.3%; $p = 0.013$), un resultado similar se obtuvo al comparar el sangrado calculado del grupo placebo (655.33 ± 339.3 mL) con el del grupo de misoprostol (470 ± 148.6 mL; $p = 0.0002$).

Conclusiones: la administración de misoprostol bucal durante la cesárea, en pacientes con riesgo de atonía uterina, disminuye la administración de fármacos adicionales, los casos de atonía uterina temprana y la cantidad de sangrado calculada.

Palabras clave: misoprostol bucal, atonía uterina, hemorragia obstétrica.

Identificación simultánea del perfil de citocinas en las membranas corioamnióticas de embarazos a

término y pretérmino

Autor:

Felipe Vadillo Ortega

Coautores:

Nardhy Gómez López, Guadalupe Estrada Gutiérrez, Aurora Espejel Núñez, Jorge Beltrán Montoya

Objetivo: identificar simultáneamente, mediante un microarreglo soluble, las diferentes citocinas coexistentes en extractos de membranas corioamnióticas (MCA) de embarazos a término y compararlas con el perfil de membranas obtenidas de casos con parto pretérmino y rotura prematura de membranas.

Tipo de estudio: biomédico descriptivo.

Material y método: se obtuvieron explantes de membranas corioamnióticas de cuatro grupos de mujeres ($n=6$); grupo 1: de término sin trabajo de parto espontáneo; grupo 2: de término con trabajo de parto espontáneo; grupo 3: de término con rotura prematura de membranas y grupo 4: con parto pretérmino. Los explantes se incubaron durante 24 h, se homogeneizaron y filtraron. En los extractos se detectaron, simultáneamente, diferentes citocinas: IL-1ra, IL-10, IL-2, IL-4, IL-6, IL-8, IL-10, IL-12, interferón gamma y factor de necrosis tumoral alfa, utilizando un sistema de microarreglo soluble.

Resultados: las citocinas más abundantes en todos los extractos de membranas corioamnióticas fueron la IL-6 y la IL-8, y en menor medida TNF-alfa. La concentración de la IL-6 y la IL-8 se incrementó, en tejidos a término con trabajo de parto ($p = 0,041$) y en tejidos afectados, en comparación con tejidos a término sin trabajo de parto.

Conclusiones: la activación de los procesos celulares que se asocian con el trabajo de parto en las membranas corioamnióticas bajo condiciones fisiológicas y patológicas se caracteriza por altas concentraciones de IL-6 e IL-8.

Recambio de líquido amniótico como tratamiento prenatal en fetos con gastrosquisis. Experiencia institucional

Autor:

Flavio Hernández Castro

Coautores:

Roberto Ambríz López, Juan Antonio Soria López, Claudia

Rivera Estrada

Institución:

Departamento de Perinatología, Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, Nuevo León, México.

Antecedentes: la gastrosquisis es un defecto congénito de la pared abdominal asociado a complicaciones secundarias a perivisceritis ocasionada por el efecto inflamatorio del líquido amniótico sobre los órganos expuestos.

Objetivo: comunicar los resultados perinatales obtenidos en una serie de neonatos con gastrosquisis tratados prenatalmente con recambio de líquido amniótico.

Pacientes y método: estudio experimental no aleatorizado de 22 mujeres y sus neonatos con gastrosquisis, nacidos en el periodo de 2005 a 2008. Se dividieron en dos grupos de 11 pacientes cada uno: el grupo de casos tratado con recambio de líquido amniótico cada dos semanas desde las 29 semanas de gestación, con vigilancia ecográfica periódica del defecto abdominal, y el grupo control formado por pacientes que no aceptaron el recambio de líquido amniótico o acudieron en etapa avanzada del embarazo con alguna indicación para su interrupción sin realizar el método. Para ambos grupos se decidió la resolución del embarazo vía abdominal después de las 37 semanas de gestación o antes por indicación obstétrica.

Resultados: más neonatos del grupo control tuvieron perivisceritis grave (63%) en comparación con el grupo tratado (10%; $p = 0.02$). Hubo diferencia significativa al comparar la mortalidad neonatal del grupo de casos (0%) con la del control (45.4%; $p = 0.02$). El tiempo de cierre del defecto abdominal, inicio de la alimentación enteral, así como las complicaciones quizá atribuibles al recambio de líquido amniótico no fueron estadísticamente distintas entre ambos grupos.

Conclusiones: el recambio de líquido amniótico en fetos con gastrosquisis disminuye la incidencia de perivisceritis y la mortalidad neonatal asociada sin incrementar la morbilidad y mortalidad materno-fetal.

Palabras clave: gastrosquisis, perivisceritis, resultados perinatales.

Pronóstico de fetos con higroma quístico nuchal basado en hallazgos ecográficos por carecer de cariotipo

Autor:

Favio Hernández Castro

Coautores:

José Luis Iglesias Benavides,* Iván Vladimir Dávila Escamilla,* Edith Guadalupe Alvarado Jiménez**

* Departamento de obstetricia, Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, Universidad Autónoma de Nuevo León.

** Departamento de medicina materno-fetal. Unidad de Medicina de Alta Especialidad, IMSS, núm. 23 Dr. Ignacio Morones Prieto. Monterrey, Nuevo León, México.

Antecedentes: el diagnóstico ecográfico de higroma quístico nuchal se complementa rutinariamente con estudios genéticos en países desarrollados, pero inusualmente en México.

Objetivo: comparar los resultados perinatales de una población que fundamenta el pronóstico de fetos con higroma quístico nuchal en hallazgos ecográficos, por no contar con los recursos para la determinación del cariotipo, con los de otra con estudios genéticos y opción de terminación electiva del embarazo.

Pacientes y métodos: estudio observacional, longitudinal, comparativo y prospectivo de dos grupos de pacientes embarazadas con fetos con diagnóstico ecográfico de higroma quístico nuchal. El primero formado por 37 mujeres

en quienes por cuestión socioeconómica no se determinó el cariotipo ni se interrumpió la gestación por detección de defectos congénitos mayores. Se comparó con un grupo de 32 pacientes descritas en la bibliografía, con cariotipo obtenido mediante procedimientos invasores e interrupción del embarazo por hallazgo de aneuploidía o defectos congénitos mayores; se registraron la edad gestacional al momento del diagnóstico, los hallazgos ecocardiográficos, la edad de término del embarazo y la mortalidad perinatal.

Resultados: hubo diferencia estadística para la edad gestacional al momento del diagnóstico, los hallazgos ecocardiográficos de anomalías estructurales y la evolución de hidrops al comparar ambos grupos ($p < 0.05$). No hubo diferencia en la cantidad de recién nacidos a término del grupo sin estudio genético (13.51%) al compararlo con el otro (9.3%; $p = 0.433$) y tampoco entre la mortalidad de ambas series (83.8 y 90.6%, respectivamente; $p = 0.339$).

Conclusiones: el diagnóstico ecográfico de higroma quístico nuchal se asocia frecuentemente con anomalías estructurales y mortalidad fetal elevada, lo que permite establecer confiablemente un pronóstico adverso aun en poblaciones sin acceso al estudio genético.

Palabras clave: higroma quístico nuchal, cariotipo, resultados perinatales.



***Acardius acephalus amorphus*: reporte de un caso**

Autor:

Arturo Herrera Cervantes

Feto *acardius acephalus*

Autor:

Adriana Ramírez Rodiles

Coautores:

Jorge Beltrán Montoya, Elsa Moreno Verduzco, Berenice López Villaseñor

Objetivo: comunicar un caso de *acardius* del tipo *acephalus*. La utilidad de estoradica en identificar tempranamente embarazos gemelares monocoriales.

Material y método: descripción de un marco teórico-conceptual basado en la bibliografía obtenida de buscadores como: Ovid, Medline y PubMed. Se presenta un caso con imágenes fotográficas.

Alteraciones cromosómicas en varones con oligozoospermia moderada y severa

Autor:

Armando Juárez Bengoa

Atresia esofágica y trisomía 21

Autor:

Roberto Ambríz López

Ciclopía

Autor:

Margarita Montoya Navarro

Coagulación con láser de feto acárdico en embarazo triple

Autor:

Clara del Carmen Flores Acosta

Detección de cardiopatías congénitas en el primer

trimestre

Autor:

Jesús Guadalupe Lozano de la Garza

Epignathus. Teratoma orofaríngeo. Reporte de un caso

Autor:

Roberto Ambríz López

Prevalencia de alteraciones cromosómicas en pacientes infértiles

Autor:

Alfonso Sánchez Usabiaga

Resultados perinatales en mujeres con malformaciones mullerianas

Autor:

Eduardo Noé Nava Guerrero

Malformaciones congénitas en recién nacidos de madres diabéticas

Autor:

Yoatzin Rodríguez Higuera

La edad materna avanzada eleva el riesgo de complicaciones y efectos adversos en primigestas. Un caso del Hospital Central Norte

Autor:

Yoatzin Rodríguez Higuera

Trombofilia en pérdida gestacional recurrente asociada a deficiencia de proteínas y eficacia del tratamiento utilizado

Autor:

Roberto Carlos Maya Medina

Perspectiva bioética del diagnóstico prenatal

Autor:

Josefina Lira Plascencia

Pronóstico de fetos con higroma quístico nual. Basado en hallazgos ecográficos por carecer de cariotipo

Autor:

Flavio Hernández Castro

Diagnóstico prenatal de síndrome de Beckwith-Wiedemann

Autor:

Flavio Hernández Castro

Diagnóstico prenatal de malformaciones de Dandy Walker clásica

Autor:

Flavio Hernández Castro

Diagnóstico prenatal de teratoma sacrococcígeo

Autor:

Flavio Hernández Castro

Diagnóstico prenatal de displasia esquelética tanatofórica

Autor:

Teresa Hernández Flores

Diagnóstico prenatal de acretismo placentario concomitante con feto con onfalocele. Reporte de un caso

Autor:

Iván Vladimir Dávila Escamilla

Repercusión de la cocaína en el desarrollo del embarazo

Autor:

Ismael Madrigal García

Apendicitis y embarazo. Presentación de un caso

clínico y revisión de la bibliografía

Autor:

Oswaldo Gutiérrez Cruz

Beneficios en mujeres que tomaron el curso para parto psicoprofiláctico en el Hospital Central del Norte de Pemex

Autor:

Jorge Zepeda Zaragoza

Resultados obstétricos de fertilización *in vitro* y transferencia embrionaria en una paciente con útero unicornio no comunicante

Autor:

José Antonio Rosales Delgado

Canal endémico de la operación cesárea en el Hospital General de Ecatepec 2003-2007

Autor:

Juan Ismael Islas Castañeda

Síndrome de Klippell-Trenaunay. Diagnóstico prenatal ultrasonográfico

Autor:

Amparo Liliana Zapien Ovando

Absceso prevesical en paciente embarazada

Autor:

Mayra Wendolee de la Garza Almeda

Teratoma quístico maduro bilateral y embarazo. Reporte de un caso

Autor:

Yoana Rojas Nicolás

Tratamiento de taquicardia supraventricular fetal. Reporte de un caso

Autor:

Velia Teresa Hernández Flores

Tratamiento médico de embarazo ectópico cornual posterior a fertilización *in vitro*

Autor:

Rafael Alfonso Sánchez Usabiaga

Tratamiento exútero intraparto para teratoma cervical

Autor:

Clara del Carmen Flores Acosta

Tumor de Krukenberg no virilizante en el embarazo

Autor:

Hugo Rico Olvera

Embarazo abdominal de implantación peritoneal secundaria. Caso clínico y revisión de la bibliografía

Autor:

Aída Naneth Zamora Lares

Embarazo complicado con corioangioma. Presentación de un caso

Autor:

María Teresa Hernández Marín

Embarazo ectópico cornual. ¿Siempre histerectomía?

Autor:

Ricardo Adame Pinacho

Embarazo gemelar doble con mola hidatidiforme completa y fetocoexistente

Autor:

Eduardo Guzmán González

Coautores:

Fernando Gaviño Gaviño, Alberto Valero Origel, Horacio

Deschamps Díaz, María Antonieta Ramírez Fernández, Mario Miranda Lamadirid

Objetivo: el embarazo gemelar doble, con mola hidatidiforme completa y fetocoexistente es una situación infrecuente y su atención médica es compleja. Se comunica un casorepresentativo de esta rara asociación y se describe su evolución.

Material y método: seguimiento longitudinal del caso de una mujer de 33 años de edad, con infertilidad secundaria por factor tubo-peritoneal y embarazo logrado por FIVTE. El ultrasonido temprano reportó: embarazo gemelar doble, un saco con mola completa y el otro con feto sin alteraciones y placenta previa total. La atención médica consistió en vigilancia cuidadosa y útero-inhibidores en diferentes momentos de la gestación. El nacimiento fue por cesárea y se le practicó histerectomía obstétrica.

Resultado: el embarazo gemelar se identificó tempranamente por ultrasonido en el que pudo observarse un saco molar y otro con embrión en buenas condiciones. Ambos productos de la gestación evolucionaron hasta el segundo trimestre, cuando la mola mostró regresión progresiva. A las 37 semanas se realizó la operación cesárea con histerectomía obstétrica por placenta previa percreta, otra placenta molar involucionando y se obtuvo un recién nacido sano. La evolución de la madre y el niño fue adecuada.

Conclusiones: después de establecer el diagnóstico, la decisión de terminar el embarazo o continuar se debe basar en la sustentabilidad y el desarrollo fetal. En este caso, la mola fue poco agresiva y desapareció espontáneamente durante el embarazo. Aunque sobrevino la eventualidad de placenta previa total percreta, la atención obstétrica finalizó con un niño sano y una madre viva. Se demuestra cómo en esta rara asociación la vigilancia perinatal cuidadosa es compatible con el nacimiento de un niño sano.

Embarazo molar y síndrome de Hellp

Autor:

María del Rocío Jesús Blanco

Embarazo después del tratamiento conservador a pacientes con cáncer endometrial

Autor:

Mayeli Fuentes Dehesa

Coautores:

Ana Cristina Arteaga Gómez, Elsa Moreno Verduzco, Carlos E. Aranda Flores

Objetivo: evaluar el futuro reproductivo de un caso de cáncer endometrial con manejo conservador.

Material y método: reporte de un caso y revisión de la bibliografía. Paciente de 31 años de edad, infértil, con sangrado uterino anormal. LUI fraccionado: adenocarcinoma endometrial G1 IA. Tratamiento: progesterona 500 mg tres veces por semana, durante seis meses, control histoscópico y biopsia dirigida: endometrio proliferativo. Embarazo logrado con inseminación artificial homóloga.

Resultados: LAPE + cesárea, 38 semanas: masculino de 3,340 g, biopsias de correderas y lavado peritoneal, patología: muestras negativas.

Conclusiones: el cáncer endometrial es frecuente en la mujer adulta. Afecta cada vez más a la mujer joven y se relaciona con: infertilidad, obesidad y nuliparidad. La ventana estrogénica en la edad reproductiva representa un factor de riesgo para hiperplasia y, posteriormente, adenocarcinoma endometrial. El Registro Histopatológico de Neoplasias del año 2003 registró 1,583 casos, tasa de morbilidad de 152.1 X 100,000 y mortalidad de 248 X 100,000.

El tratamiento de elección es la histerotomía radical más salpingooforectomía bilateral. El pronóstico en estadios tempranos bien diferenciados, e infertilidad, permite recurrir al manejo conservador. Los estudios reportan buenos resultados, baja tasa de recurrencia si se conserva la fertilidad.

Embarazo posterior a rotura uterina con periodo intergenésico corto de diez meses. Reporte de un caso y revisión de la bibliografía**Autor:**

Jesús Mario Canseco Lima

Embarazo en adolescentes. Experiencia de diez años en el Hospital Civil de Guadalajara Juan I Menchaca**Autor:**

Iliana Patricia Esmeralda Romo Huerta

Encefalopatía de Wernicke como complicación de la hiperemesis gravídica**Autor:**

Jorge Zepeda Zaragoza

Abdomen agudo como manifestación clínica de placenta percreta durante el segundo trimestre del embarazo. Comunicación de un caso**Autor:**

Lucía Alejandra Román Tijerina

Desprendimiento de placenta normoinsera oculto**Autor:**

Hugo Rico Olvera

Detección y localización del TLR2,3,4 y 9 en placentas de pacientes con preeclampsia**Autor:**

J Ramos Navarrete

Litiasis ureteral bilateral resuelta por ureterolitricia en el segundo trimestre de la gestación**Autor:**

Leopoldo Torres Herrera

Masa anexial y embarazo**Autor:**

Hugo Rico Olvera

Masa anexial y embarazo**Autor:**

Mayeli Fuentes Dehesa

Coautores:

Ana Cristina Arteaga, Carlos E. Aranda Flores

Objetivo: evaluar el diagnóstico y tratamiento de las masas anexiales durante el embarazo, revisar la bibliografía y comunicar un caso.

Caso clínico: paciente de 26 años con embarazo de

12.6 semanas y masa anexial bilateral, con los siguientes resultados para marcadores tumorales: antígeno CA 125, 36.9 U/mL, antígeno CA 19-9 102.2 U/mL. Se internó de urgencia por dolor intermitente en el hipogastrio; en la exploración física no se delimitaron las masas, en el tacto vaginal y rectal se verificó que los fondos de sacos estaban ocupados. Mediante ultrasonido se detectó crecimiento progresivo de las masas. Se practicó LAPE a las 20.4 semanas, cistectomía derecha de 15 x 10 cm y ooforectomía izquierda de 20 x 15 cm. En el transquirúrgico se obtuvo diagnóstico presuntivo de teratoma quístico maduro y cistadenoma seroso. El diagnóstico definitivo fue cistadenoma mucinoso de 18 cm con teratoma quístico maduro de 12 cm.

Resultados: embarazo normoevolutivo.

Conclusiones: las masas anexiales a menudo son diagnosticadas durante el embarazo, 80% se resuelven en el segundo trimestre, cuando son menores de 5 cm y benignas, las mayores corren riesgo de malignidad, torsión, rotura u obstrucción del conducto del parto. Se indica intervenirlos quirúrgicamente en el segundo trimestre. Los casos de tumores malignos durante el embarazo van de 10 a 20% y son raros, deben diagnosticarse oportunamente para proporcionar tratamiento con quimioterapia según la edad gestacional, en el primer trimestre se sacrifica el feto pero después el tratamiento se retrasa hasta el término.

Mola hidatidiforme parcial y embarazo coexistente. Reporte de un caso y revisión de la bibliografía

Autor:

Jesús Mario Canseco Lima

Pseudoquiste pancreático y embarazo. Presentación de un caso

Autor:

Gabriel Enrique Castillo Martín del Campo

Quiste de ovario en embarazo gemelar. Manejo conservador

Autor:

Ismael Madrigal García

Repercusión fetal en embarazada con choque

hipovolémico secundario a epistaxis. Reporte de un caso y revisión bibliográfica

Autor:

Yeny Salazar Marcatoma

Rotura esplénica asociada a preeclampsia severa y síndrome de Hellp. Reporte de un caso

Autor:

Juan Fernando Romero Arauz

Osteosarcoma de seno etmoidal y embarazo. Reporte de un caso

Autor:

Gonzalo Márquez Acosta

Reporte de un caso de leucemia y embarazo

Autor:

Graciela Parra de la Paz

Síndrome de Budd Chiari y embarazo. Reporte de un caso

Autor:

Yeny Salazar Marcatoma

Síndrome de Cushing y embarazo

Autor:

Mayra Wendolee de la Garza Almeda

Cáncer de mama en el embarazo. Reporte de un caso

Autor:

Sandra Elia Pérez Monter

Cáncer de mama y embarazo. Presentación de un caso

Autor:

Gabriel Enrique Castillo Martín del Campo

Actitudes hacia la lactancia materna en el Hospital

Civil de Guadalajara Juan I Menchaca

Autor:

Guadalupe Panduro Barón

Incidencia de nacimiento pretérmino tardío y factores de riesgo materno

Autor:

Guadalupe Panduro Barón

Mortalidad perinatal en el Hospital Civil de Guadalajara Juan I Menchaca

Autor:

Guadalupe Panduro Barón

Experiencia en el manejo de la lesión intraepitelial de bajo grado en el cuello uterino

Autor:

Carlos Guzmán Nava

Experiencia en el manejo de la neoplasia intraepitelial vulvar

Autor:

Estanislao Martínez Coronel

Incidencia de cáncer cervicouterino en la Clínica de Displasias del Hospital General Carlos Canseco del 1 de enero de 2004 al 31 de diciembre de 2005

Autor:

Yeni Marcatoma Salazar

Lesión perineal por VPH secundaria a una fístula íleo-vaginal

Autor:

Benigno Rodríguez Blanco

Melanoma maligno *in situ* de cuello uterino. Reporte de un caso y revisión de la bibliografía

Autor:

Cruz Martínez Jiménez

Metaplasia ósea como causa de infertilidad. Reporte de un caso

Autor:

Aimee Jacino Rubio

Sarcoma botrioides

Autor:

Magalhi Guadalupe Robledo Clemente

Sarcoma de cuello uterino

Autor:

Roberto Ambriz López

Sarcomas uterinos

Autor:

Eduardo Noé Nava Guerrero

Utilidad de una clínica de detección del VIH durante el control prenatal en el Hospital General de Tijuana

Autor:

Arturo Herrera Cervantes

Enfermedad de Fox Fordyce en la región vulvar

Autor:

Mayra Wendolee de la Garza Almeda

Endometritis tuberculosa

Autor:

Graciela de la Parra

Evaluación de la anatomía pélvica mediante un estudio novedoso de la mujer infértil

Autor:

Rafael Sánchez Usabiaga

Evaluación y tratamiento de la fístula recto-vaginal

Autor:

Patricia Inés Velázquez Castellanos

Experiencia en la colocación del implante cornual (Essure) como método definitivo de planificación familiar en pacientes con paridad satisfecha en el Hospital Central Norte de Pemex

Autor:

Jorge Zepeda Zaragoza

Hernia diafragmática

Autor:

Jesús G Lozano de la Garza

Hormona foliculoestimulante y volumen testicular como indicadores espermatozoides

Autor:

Armando Juárez Bengoa

Leiomioma uretral femenino

Autor:

Esperanza Centeno Kauffman

Hallazgos patológicos más frecuentes en histeroscopia en el protocolo de estudio de infertilidad

Autor:

José Antonio Rosales Delgado

Mastitis granulomatosa idiopática

Autor:

Eduardo Noé Nava Guerrero

Miomatosis uterina. Características en piezas quirúrgicas

Autor:

Víctor Edilberto Morales García

Miomatosis uterina gigante con lesión de vías urinarias. Reporte de un caso

Autor:

Diana Jiménez González

Oclusión o espasmo tubario en estudio previo. Histeroscopia pelvisonográfica con sedación. Una alternativa diagnóstica

Autor:

Rafael Sánchez Usabiaga

Parámetros seminales en la población infértil con factor inmunológico positivo

Autor:

Armando Juárez Bengoa

Pentalogía de Cantrell

Autor:

José Juan Morfín Ruiz

Resultados y complicaciones posteriores a la colocación de cintatransobturadora como tratamiento de la incontinencia urinaria

Autor:

Laura Escobar del Barco

Coautores:

Eric Raynaldo González G., Esperanza Bautista Gómez, Rocío Romero Reyes, Silvia Rodríguez Colorado, Viridiana Gorbea Chávez

Objetivo: evaluar el éxito quirúrgico y analizar las complicaciones trans y postoperatorias de la colocación de cinta libre de tensión transobturadora (TVT-0) como tratamiento de la incontinencia urinaria en pacientes atendidas en el Instituto Nacional de Perinatología.

Material y método: reporte de casos de pacientes con seguimiento durante dos años posterior a la colocación de TVT-0 como tratamiento de la incontinencia urinaria. A 28 pacientes se les elaboró su historia clínica completa y efectuó examen físico y urodinamia multicanal.

El seguimiento se realizó en el primer año a los 3, 6 y 12 meses y, posteriormente, a los 2 y 3 años, con urodinamia multicanal de control al año y al tercer año.

Para definir los resultados de la colocación de la TVT-0 se tomó en cuenta el éxito subjetivo referido por la paciente como curación cuando ya no experimentó ninguna pérdida; mejoría cuando tuvo pérdidas ocasionales, y falla cuando la pérdida fue diaria.

Resultados: se estudiaron 28 pacientes con edad promedio de 49 años, con límites de 35 y 80 años. El promedio de embarazos fue de tres, con rango de 0-8.

Síndrome de Body Stalk

Autor:

Dulce Gutiérrez Espinoza

Síndrome de Ellis van Creveld. Reporte de un caso

Autor:

Dulce Gutiérrez Espinoza

Síndrome de insensibilidad a andrógenos

Autor:

Folio B011

Sutura compresiva del útero con técnica de B-Lynch como una alternativa segura y eficaz en el manejo de la hemorragia obstétrica secundaria a acretismo placentario. Presentación de un caso

Autor:

Carlos Hernández Rivera

Vasculitis cervical aislada. Reporte de un caso

Autor:

Clara del Carmen Flores Acosta

Hiperprolactinemia asintomática. Tratamiento médico con dosis altas de cabergolina

Autor:

Samuel Hernández Ayup

Autocateterismo limpio intermitente

Autor:

Laura Escobar del Barco

Coautores:

José de Jesús Valderrama Santillán, Silvia Rodríguez Colorado, Viridiana Gorbea Ochoa

Objetivo: revisar las generalidades de la técnica de autocateterismo limpio intermitente para el conocimiento del personal de salud, con base en las guías y recomendaciones clínicas, y en la medicina basada en evidencias.

Material y método: revisión de las guías clínicas y recomendaciones actualizadas según la medicina basada en evidencias.

Resultados: los pacientes con disfunción vesical neurológica u obstrucción al vaciamiento pueden utilizar la técnica de la ACI. Algunos de los resultados más útiles de la ACI se han reportado con la utilización de la técnica por parte de quienes padecen espina bífida, paraplejia o esclerosis múltiple. La ACI es el manejo preferido en pacientes con vejiga hipotónica. La ACI también ha sido exitosa en el manejo de la estenosis uretral. La edad no es una barrera para la ACI. Se indica en quienes el volumen urinario y el volumen residual son menores a 500 mL. Se aconseja que la orina residual no sea mayor a 250 mL, por el riesgo de infección de vías urinarias de repetición. El ACI no favorece a la paciente si la capacidad vesical es menor a 100 mL y la orina residual es menor de 50 mL.

Los catéteres de neelaton son reutilizables y los que más se utilizan en nuestro medio por motivos económicos, aunque también se describen los hidrófilos y los gelificados. Se utilizan 11 y 12 Fr. Se describe la técnica y la tabla de frecuencia por volumen.

Conclusiones: la ACI demostró su utilidad en los pacientes con indicación de la misma. Sigue siendo importante que el personal de salud permanezca atento a las necesidades de cada paciente.

Angiomioblastoma de la vulva: presentación de un caso

Autor:

Gonzalo de Jesús Siu Moguel

Ventajas de la histerectomía total abdominal con pinza bipolar de coagulación plasmacínica vs técnica tradicional. Estudio clínico con asignación al azar

Autor:

Carlos Humberto Briones Landa

Conducta expectante ante un cono cervical por Leiag y borde quirúrgico afectado

Autor:

Carlos Guzmán Nava

Tuberculosis genital diseminada al peritoneo y las meninges

Autor:

Emma Elizabeth Marsal Martínez

Estudio comparativo del uso de la captura híbrida y el arreglo lineal para la detección del virus del papiloma humano en pacientes con lesiones cervicales de alto grado (NIC II-NIC III)

Autor:

David Eduardo Muñoz González

Una compleja malformación mulleriana: falta de fusión y canalización

Coautores:

Cecilia B. Mejía Medina, Cedillo Díaz, Gaviño Gaviño.

Institución:

Centro Médico Nacional 20 de noviembre, ISSSTE, Departamento de biología de la reproducción.

Objetivo: reporte de caso: malformación mulleriana compleja.

Material y métodos: paciente de 27 años de edad con infertilidad y amenorrea primaria, además de tabique uterino completo y estenosis cervical.

Resultados: paciente sana a la exploración física con antecedente de drenaje de hematometra vía vaginal en 2001 y colocación de dispositivo intrauterino, LAPE

en 2002 para extracción del dispositivo intrauterino no localizable en el útero. Ausencia de menarquia, inicio de la vida sexual activa a los 21 años, infertilidad de seis años de evolución, dolor pélvico cíclico de moderada intensidad desde los 17 años. Cariotipo normal. FSH 7 UI, LH 5 UI, estradiol de 115 pg/mL, prolactina de 14.3 ng/mL y TSH 2.3 UI. No se practicó histerosalpingografía por estenosis cervical. En el ultrasonido endovaginal se observaron dos cavidades uterinas, una con contenido anecoico que sugirió colección hemática y la otra con endometrio lineal. La laparoscopia reveló fondo uterino normal, proceso adherencial en el anexo izquierdo, oclusión tubaria bilateral y endometriosis moderada. La histeroscopia reveló estenosis en el conducto cervical. Se realizó resección por histeroscopia del tabique uterino bajo control laparoscópico y sonográfico e histeroscopia de control con cavidad normal.

Conclusiones: este caso no común de una alteración de la fusión vertical más defecto de canalización transversa desafía las teorías tradicionales de que la fusión vertical a la undécima semana de embarazo y la canalización transversa a la semana 24 son eventos independientes, pues existen malformaciones complejas por mecanismos mixtos. Si se conoce la fisiopatología de dichas malformaciones puede determinarse el manejo y tratamiento quirúrgico conveniente para la paciente, lo que puede modificar completamente su futuro reproductivo, como en el caso aquí comunicado.