



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*

EDITOR COORDINADOR

Dr. Gilberto Ramírez Cueto*

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

COMITÉ EDITORIAL

Distrito Federal

Dr. Alberto Alvarado Durán
Dra. Judith Ablanado Aguirre
Dr. Manuel Álvarez Navarro
Dr. Carlos Aranda Flores
Dr. Aquiles R. Ayala Ruíz
Dr. René Bailón Uriza
Dr. Francisco Bernardes Zapata
Dr. Rubén Bolaños Ancona
Dr. Herman Brandt
Dr. 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 Ibarguengoitia Ochoa
Dr. Valentín Ibarra Chavarría
Dr. Sebastián Iris de la Cruz
Dr. Alberto Kably Ambe
Dr. Jorge Kunhardt Rasch
Dr. Roger Lara Ricalde
Dra. María Teresa Leis Márquez
Dra. Josefina Lira Plascencia
Dr. Mario López Llera
Dr. Miguel Ángel Mancera Reséndiz
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. Manuel Villalobos Román
Dr. Carlos Villanueva Díaz
Dr. Antonio Zaldívar Neal

Chihuahua, Chih.

Dr. Jesús Leal del Rosal

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

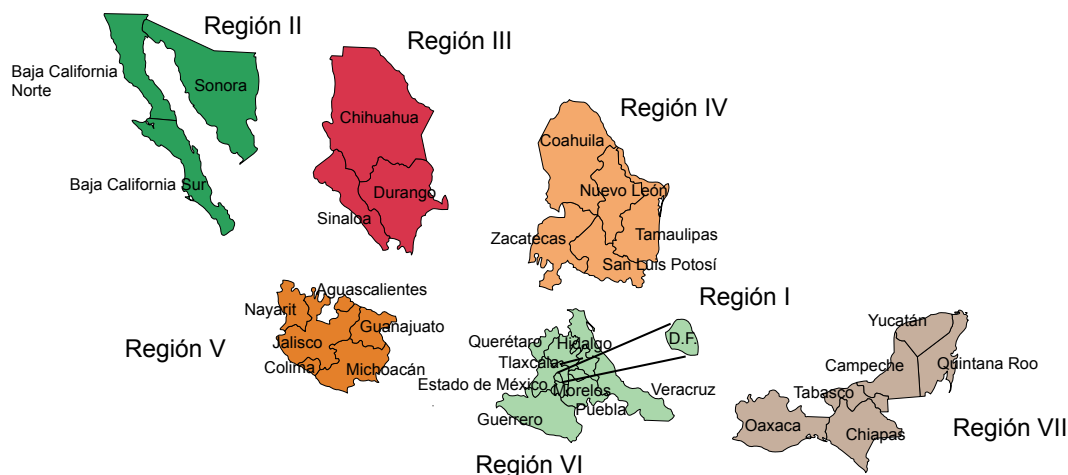
Dr. David Antonio Nava Muñoz

Tlaxcala, Tlx.

Dr. Armando Enrique Carrera Cervón

Xalapa, Ver.

Dr. Pedro Coronel Brizio



Agrupaciones federadas

Región	Región
Asociación Mexicana de Ginecología y Obstetricia, A. C.	I
Asociación de Ginecología y Obstetricia de Tijuana, A. C.	II
Colegio de Ginecología y Obstetricia de Mexicali, A. C.	II
Asociación de Ginecología y Obstetricia de Ensenada, A. C.	II
Asociación de Ginecología y Obstetricia de Ciudad Obregón, A. C.	II
Sociedad de Ginecología y Obstetricia del Mayo, A. C.	II
Asociación de Ginecología y Obstetricia de San Luis Río Colorado Sonora, A. C.	II
Asociación Sudcaliforniana de Ginecología y Obstetricia, A. C.	II
Sociedad de Ginecología y Obstetricia de Guaymas, A. C.	II
Colegio de Ginecólogos y Obstetras de Hermosillo, A. C.	II
Colegio de Ginecología y Obstetricia del Norte de Sonora, A. C.	II
Asociación Sinaloense de Ginecología y Obstetricia, A. C.	III
Colegio de Médicos Especialistas en Ginecología y Obstetricia del Edo. de Chihuahua, A. C.	III
Asociación de Ginecología y Obstetricia de Cd. Juárez, A. C.	III
Asociación de Ginecología y Obstetricia de Durango, A. C.	III
Asociación de Ginecología y Obstetricia de Mazatlán, Sinaloa, A. C.	III
Asociación de Ginecología y Obstetricia de Los Mochis, A. C.	III
Asociación de Ginecología y Obstetricia del Sur del Estado de Chihuahua, A.C.	III
Sociedad Cuauhtemense de Ginecología, A. C.	III
Asociación de Gineco-Obstetras Guasave-Guamuchil, A. C.	III
Asociación de Ginecología y Obstetricia de Delicias, A. C.	III
Colegio de Ginecología y Obstetricia de Monterrey, A.C.	IV
Sociedad de Ginecología y Obstetricia de La Laguna	IV
Sociedad Potosina de Ginecología y Obstetricia, A.C.	IV
Sociedad de Ginecología y Obstetricia de Tampico y Ciudad Madero, A.C.	IV
Sociedad de Ginecología y Obstetricia de Monclova, A. C.	IV
Sociedad de Ginecología y Obstetricia de Nuevo Laredo, A. C.	IV
Asociación de Ginecología y Obstetricia del Noreste de Tamaulipas, A. C.	IV
Sociedad de Ginecología y Obstetricia de Saltillo, A. C.	IV
Asociación Victorens de Ginecología y Obstetricia, A.C.	IV
Asociación de Ginecología y Obstetricia de Piedras Negras, A. C.	IV
Asociación de Ginecología y Obstetricia de Matamoros, A. C.	IV
Sociedad de Ginecología y Obstetricia de Zacatecas, A. C.	IV
Colegio de Ginecología y Obstetricia de Río Verde, S.L.P., A. C.	IV
Sociedad de Ginecología y Obstetricia de Cd. Valles y Zona Huasteca, A. C.	IV
Asociación de Ginecología y Obstetricia de Matehuala, A. C.	IV
Sociedad de Ginecología y Obstetricia de Guadalajara, A. C.	V
Colegio de Ginecología y Obstetricia de León, A. C.	V
Asociación Michoacana de Ginecología y Obstetricia, A. C.	V
Sociedad de Ginecología y Obstetricia de Aguascalientes, A. C.	V
Colegio de Ginecología y Obstetricia de Celaya, Gto., A. C.	V
Sociedad Irapuatense de Ginecología y Obstetricia, A. C.	V
Asociación Colimense de Ginecología y Obstetricia, A.C.	V
Asociación Vallartense de Ginecología y Obstetricia, A. C.	V
Sociedad de Ginecología y Obstetricia de Nayarit, A. C.	V
Colegio de Ginecología y Obstetricia de Zamora, A. C.	V
Colegio de Obstetricia y Ginecología de Salamanca, A. C.	V
Asociación de Médicos Gineco-Obstetras del Sur de Jalisco, A. C.	V
Colegio de Gineco-Obstetras de Uruapan, A. C.	V
Sociedad de Ginecología y Obstetricia de los Altos de Jalisco, A. C.	V
Colegio de Ginecología y Obstetricia del Sur de Guanajuato, A. C.	V
Asociación de Ginecología y Obstetricia de la Piedad, A. C.	V
Colegio de Ginecólogos y Obstetras del Estado de Puebla, A. C.	VI
Colegio Veracruzano de Ginecología y Obstetricia, A. C.	VI
Asociación de Ginecología y Obstetricia del Estado de México, A.C.	VI
Sociedad Xalapeña de Ginecología y Obstetricia, A.C.	VI
Asociación de Ginecología y Obstetricia de Córdoba y Orizaba, A. C.VI	VI
Sociedad de Ginecología y Obstetricia del Edo. de Guerrero, A. C.	VI
Colegio Mexiquense de Ginecología y Obstetricia, A. C.	VI
Sociedad Hidalguense de Ginecología y Obstetricia, A. C.	VI
Asociación de Ginecología y Obstetricia de Querétaro, A.C.	VI
Sociedad de Ginecología y Obstetricia del Sureste de Veracruz, A. C.VI	VI
Asociación de Ginecología y Obstetricia de Tuxpan, Ver., A.C.	VI
Colegio de Ginecología y Obstetricia de Morelos, A. C.	VI
Colegio de Ginecología y Obstetricia del Estado de Tlaxcala, A. C.	VI
Colegio de Ginecología y Obstetricia de Chilpancingo, Gro., A. C.	VI
Colegio Gineco-Obstétrico de Tehuacán, A. C.	VI
Colegio de Ginecología y Obstetricia del Norte del Estado de Guerrero, A. C.	VI
Asociación de Ginecología y Obstetricia de Poza Rica, Ver., A. C.	VI
Colegio de Ginecología y Obstetricia de Yucatán, A. C.	VII
Asociación Tabasqueña de Ginecología y Obstetricia, A. C.	VII
Colegio Oaxaqueño de Ginecología y Obstetricia, A. C.	VII
Asociación de Ginecología y Obstetricia de Tuxtla Gutiérrez, A. C.	VII
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 2005-2007

Dr. Jesús Leal del Rosal

Presidente

Dr. René Bailón Uriza

Vicepresidente

Dr. Fernando Gaviño Gaviño
Secretario

Dr. Ángel García Alonso López
Tesorero

Dr. Cuauhtémoc Celis González
Prosecretario

Dr. Gilberto Tena Alavez
Protesorero

Directores Regionales Periodo 2006 - 2008

Dr. Drusso Vera Gaspar
Región I

Dr. Manuel de Jesús González Martínez
Región IV

Dr. José Rojas Serrato
Región II

Dr. Emigdio Torres Farias
Región V

Dr. José de Jesús Montoya Romero
Región III

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 2007

Revista mensual

En la República Mexicana

Institucional (multilectores):	\$ 920.00
Personal:	\$ 900.00
Ejemplares ya 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

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



Mensaje del presidente del congreso

Las actividades académicas avaladas en su organización por la Federación Mexicana de Ginecología y Obstetricia se distinguen por la participación entusiasta de los ginecólogos y obstetras en las sesiones académicas a las que se acude a escuchar y discutir las experiencias que nuestros colegas han reunido en su actividad como investigadores en universidades e institutos, en los hospitales de enseñanza y en el ejercicio clínico diario. Para muchos, este congreso es una oportunidad anual para reencontrarse, para otros será su primera vez de ver reunido a un numeroso grupo de colegas provenientes de las diferentes sociedades, asociaciones o colegios que integran la Federación Mexicana de Ginecología y Obstetricia.

La exposición de temas en la modalidad de carteles o trabajos libres cobra cada vez mayor importancia por la creciente cantidad de interesados en exponer sus experiencias para que sean conocidas, discutidas y aprovechadas. Muestra de lo anterior son los resúmenes de los trabajos libres y de los carteles que aquí se incluyen. La preocupación por contar oportunamente con este suplemento no ha sido otra que la de permitirles a los congresistas programar su asistencia a las

sesiones de trabajos libres con base en sus preferencias e intereses personales.

Este suplemento de GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DE MÉXICO no deberá considerarse otra literatura más de las varias que durante el congreso pueden recibirse, sino el testimonio curricular escrito de la culminación del esfuerzo de todos los que participaron en los diferentes proyectos de investigación cuyas conclusiones se presentan ante la comunidad médica asistente al congreso.

Me permito reiterarles a todos los colegas que nuestra asistencia a las sesiones de trabajos libres y a las áreas de exposición de carteles deberemos asumirla como un compromiso de respeto hacia los colegas interesados en mostrarnos sus experiencias no sólo para que las escuchemos o leamos sino para discutir las, enriquecerlas y aprovecharlas.

Nuestro anhelo es que en esta opción de actualización médica encontremos una oportunidad más de acrecentar nuestros conocimientos.

Francisco Jesús Puente Tovar
Presidente del 58 Congreso de Ginecología



Un llamado a la creatividad

En el transcurso de la celebración del 58 Congreso Nacional de Ginecología y Obstetricia nuevamente tendremos la oportunidad de interactuar con los distinguidos investigadores que dedicaron un esfuerzo especial de capacidad creativa a la búsqueda genuina de soluciones a los problemas de salud de la población mexicana.

El aporte científico se ofrecerá a través de la exposición de trabajos libres, carteles y videos, espacios todos donde se recibirá la crítica constructiva y los comentarios que enriquezcan una obra valiosa, producto de muchas horas de trabajo.

Sin duda, los autores y coautores, muchos de ellos en proceso de formación, viven una ansiedad creativa en espera de compartir sus experiencias con los asistentes, sensación que en algún momento todos hemos experimentado y que Leonardo Da Vinci describió magistralmente:

Al abordar un problema científico, dispongo primero diversos experimentos, ya que pretendo determinar el problema de acuerdo con la experiencia, mostrando luego por qué los cuerpos se ven obligados a actuar de ese modo. Ese es el método que hay que seguir en todas las investigaciones sobre los fenómenos de la Naturaleza. Hemos de consultar a la experiencia en una diversidad de casos y circunstancias, hasta que podamos extraer de ellos una regla general que en ellos se contenga. ¿Para qué son útiles estas reglas? Nos conducen a ulteriores investigaciones sobre la Naturaleza y a las creaciones artísticas. Nos impiden engañarnos a nosotros mismos o a los demás, prometiéndonos resultados que no se pueden conseguir. Muchos pensarán que tienen motivo para reprocharme, diciendo que mis pruebas contradicen la autoridad de ciertos hombres tenidos en gran estima por sus inexperimentadas teorías, sin considerar que mis obras son el resultado de la experiencia simple y llana, que es la verdadera maestra. No existen conocimientos

más elevados o más bajos, sino un conocimiento único que emana de la experimentación.

En un intercambio de ideas surgen otras ideas, se engrandece el conocimiento, surgen nuevos planteamientos, nuevas soluciones, la posibilidad de crear algo nuevo se encuentra dentro de todos, aún de los que creen no ser creativos. Si nos pusiéramos a analizar las cualidades de las personas que la historia considera genios, encontraríamos cualidades comunes: inteligencia de mediana a superior, perseverancia, coraje y espíritu aventurero, cualidades inherentes a toda persona, es decir, la genialidad se encuentra dentro de todos.

Estimados congresistas, está servido el bufete, no lo desaprovechemos, vayamos a tomarlo y a colaborar en una tarea que es de todos, tenemos mucho que aportar.

Estimados investigadores, muchas gracias por su esfuerzo, por dirigir su capacidad creativa para mejorar la calidad de vida de la mujer y por elegir el foro del congreso para exponer sus trabajos. La obra no está concluida si la difusión no se efectúa en forma completa a la comunidad médica mundial a través de su publicación en extenso. La revista GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DE MÉXICO, después del trabajo de parto que representa su exposición, está en espera de colaborar y dar a luz esta concepción.

Cualquiera puede preguntarse: ¿mi trabajo solucionará todos los problemas de salud? Sin duda que no, sería una utopía, pero al respecto quisiera mencionar unas palabras de Eduardo Galeano: "La utopía está en el horizonte, me acerco dos pasos, ella se aleja dos pasos, camino diez pasos y se desplaza diez pasos; por mucho que camine nunca la alcanzaré. Entonces ¿para qué sirve la utopía? ...para caminar".

Juan de Dios Maldonado Alvarado



ÍNDICE DE RESÚMENES

TRABAJOS LIBRES

GINECOLOGÍA GENERAL

- S1** Comportamiento reproductivo del útero unicorne con cuerno accesorio: presentación de 6 casos
Jesús Sánchez Contreras, Luis Edmundo Hernández Vivar, Gerardo Andrés Alba Jasso

GINECOLOGÍA OPERATORIA

- S1** Histerectomía vaginal con termofusión, técnica innovadora en el hospital de ginecología y obstetricia Tlatelolco
Luis Alberto Pérez Flores, Juan Solís Medrano, Joaquín Oliva Cristerna, Héctor Hernández García

TRATAMIENTOS QUIRÚRGICOS

- S2** Ginecocosmética: histerectomía más abdominoplastia
Roberto Solís Pérez
- S2** Ginecocosmética: vaginoplastia y rejuvenecimiento vaginal
Roberto Solís Pérez

REPORTE DE CASOS RAROS

- S3** DIU traslocado en vejiga urinaria: hallazgo 10 años después de su colocación. Reporte de un caso
Miguel Angel Bernal Davish, María Natividad Guzmán Tapia, Alberto Hernández Valencia
- S3** Paraganglioma y embarazo: reporte de un caso
Alejandra Elisa Vargas Merino, Beatriz Sereno Gómez, Ricardo Mendoza Pimentel, Mario Fuentes Villaseñor

UROGINECOLOGÍA

- S4** Sensibilidad *in vitro* de cepas de *E. coli* de mujeres adultas y niñas con infección urinaria
Lidia Javier Hernández, Ulises Reyes Gómez, Diana Reyes Hernández, Antelma Martínez Robles

DEFECTOS DEL PISO PÉLVICO

- S4** Manejo del prolapso de cúpula vaginal con ca-
bestrillo posterior
Arnulfo Martínez Chapa, Alejandra Mayela Briones Martínez, Irma Alytter Balderas Cerda, Sara Elisa Leal Manzanares

MANEJO QUIRÚRGICO DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO

- S5** Tratamiento de incontinencia urinaria de esfuerzo, con cinta libre de tensión sistema obturador
Luis Alberto Pérez Flores, Juan Solís Medrano, Joaquín Oliva Cristerna, Héctor Hernández García

OTROS TEMAS DE INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO

- S5** Experiencia quirúrgica en la aplicación de malla (*prolift*) para corrección del prolapso de órganos pélvicos
Esther Silvia Rodríguez Colorado, Laura Escobar del Barco, Viridiana Gorbea Chávez, Oneyda Mercedes Chavarría Delgado
- S6** Hallazgos urodinámicos en vejiga hiperactiva
Edith Verónica Flores Rueda, Gerardo Espino Veyna, Silvia Rodríguez Colorado, Viridiana Gorbea Chávez

BIOLOGÍA DE LA REPRODUCCIÓN

- S6** Efecto del tratamiento de fertilidad en la función sexual de pacientes con infertilidad. Estudio con grupo control
Juan Francisco Granja Lovera, Edith María Ramos Reyes, Susana Velázquez Macías, Verónica Delgado Parra, Jesús Barrón Vallejo
- S6** Evaluación de la calidad de vida de pacientes que se encuentran en tratamiento de fertilidad, uso de la Prueba SF-36

Juan Francisco Granja Lovera, Oswaldo Ramírez Rocha, Susana Velázquez Macías, Verónica Delgado Parra, Jesús Barrón Vallejo

S7 Manejo del factor tubo peritoneal

Julio Cesar Domínguez Vázquez

S7 Patología intrauterina en pacientes con esterilidad secundaria, correlación con antecedentes de aborto

Fernando Ayala Aguilera, Luis Humberto Sordia Hernández, Marisela Castañeda Díaz, Felipe Arturo Morales Martínez

S8 Progesterona en microesferas para suplementación de fase lútea

Gerardo Menocal Tobías, Rafael Sánchez Usabiaga, Jorge Dueñas Riaño, Sergio Romero Tovar, Anaíd Batista Espinoza, Elvia Velázquez Martínez

S8 Resultados perinatales de un programa de infertilidad institucional

Oliver Paúl Cruz Orozco, Julio F. De la Jara Díaz, Juan Zepeda Neri, Mirna Godínez Enríquez

REPRODUCCIÓN ASISTIDA

S9 Análisis de 873 ciclos de hiperestimulación ovárica controlada más inseminación intrauterina y comparación de los resultados entre normo y pobres respondedoras

Juan Carlos Barros Delgadillo, Pedro Jacobo Galicia Becerril, Ángel Edgar Caciue Borrego, Francisco Javier Estrada Garwood

S9 Análisis comparativo de la tasa de embarazo/ovocitos capturados en un programa de fertilización *in vitro* (FIV-TE)

Alberto Kably Ambe, Sergio Estévez González, Esperanza Carballo Mondragón, Leonor Duran Monterosas

S10 Análisis de las anomalías de la cabeza espermática como causa de infertilidad inexplicable en un programa de fertilización *in vitro* (FIV-TE)

Alberto Kably Ambe, Esperanza Carballo Mondragón, Sergio Estévez González

S10 Causas de infertilidad en pacientes sometidas a técnicas de reproducción asistida

Roberto Santos Haliscak, Lidia Arenas Montesco, Pablo Díaz Spindola, Marco Vinicio Cházaro Iwaya

S11 Clasificación del cigoto y calificación del embrión como factores pronósticos en implantación

Graciela Olivares Fernández De Lara, Jacobo Dabbah Mussaly, Gerardo Villegas Moreno, Alfonso Gutierrez Najer

S11 Comparación de las tasas de embarazo en ciclos de reproducción asistida (RA) según transferencia en tercer día o en blastocisto

Silvio Cuneo Pareto, Sandra Cubillos García, Eva Obregón Zegarra, Alexandra Bermúdez Rodríguez

S11 Correlación entre la incidencia de abortos y la morfología espermática en pacientes sometidas a inseminación intrauterina

Sergio Estévez González, Everardo Anta Jaen, Leonor Durán Monterosas, Alberto Kably Ambe

S12 Donación compartida vs donación única: experiencia en el Centro de Fertilidad IECH

Pablo Díaz Spindola, Pedro Galache Vegar, María Lidia Arenas Montesco, José Sepúlveda González

S12 Estimación cuantitativa del estradiol sérico el día de la aplicación de hCG. como factor pronóstico en pacientes con fertilización *in vitro*

Sergio Estévez González, Alberto Kably Ambe, Esperanza Carballo Mondragón

S13 ¿Existe relación entre el número de ovocitos y el parto pretérmino?

Alberto Kably Ambe, Pablo Vilchis Nava, Jenny Díaz Calvillo, Marian Becherano Pimstein

S13 Factores que afectan el resultado de embarazo en pacientes con transferencia de un solo embrión

Sergio Estévez González, Esperanza Carballo Mondragón, Kably Ambe Alberto, Maldonado Salgado Aldo

S14 Grosor endometrial en relación con la pérdida gestacional en pacientes con donación de óvulos

Alberto Kably Ambe, Erica Ramos A., Erika Fernández, Esperanza Carballo

S14 Hiperestimulación ovárica secundaria a la administración de agonista de GnRh posterior al diagnóstico por laparoscopia de endometriosis: reporte de 2 casos

Ayda Josefina Martínez Hernández, Roberto Santos Haliscak, José Sepúlveda González, Pablo Díaz Spindola

S15 Índice de óvulos que culminaron en embarazo en los programas de reproducción asistida en el Centro de Fertilidad IECH en el año 2006

Samuel Hernández Ayup, G. García-Villafañá, P. Díaz Spindola, P. Hinojosa Canseco

S15 Inseminación intrauterina versus coito programado en ciclos de hiperestimulación ovárica controlada: estudio de casos y controles

Juan Carlos Barros Delgadillo, Evaristo Martínez Barrios, Christian Moreno Aburto, Mirna Souraye Godínez Enríquez

S16 La histeroscopia de consultorio (HISTC) como estudio de rutina en pacientes infértiles que serán sometidas a reproducción asistida (RA)

Rafael Marín Medina, Arturo Morales Martínez, Enrique González Baez, Luis Humberto Sordia Hernández

S16 La histerosonografía 3D (HS3D) y la histeroscopia de consultorio (HISTC) como métodos para descartar patología intrauterina en pacientes

candidatas a reproducción asistida. Reporte preliminar

Rafael Marín Medina Rafael, Arturo Morales Martínez, Roberto Ambríz López, Luis Humberto Sordia Hernández

- S17 Las formas móviles totales en espermograma basal son predictivas de la cantidad de formas móviles recuperadas después de capacitación espermática**

Fernando Ayala Aguilera, Felipe Arturo Morales Martínez, Martha Merino Ruiz, Behira Juárez Díaz

- S17 Morfología espermática como causa de aborto en un programa de donación de óvulos**
Alberto Kably Ambe, Leonor Durán Monterrosas, Everardo Anta Jaen, Sergio Estévez González

- S18 Pérdida embrionaria. Análisis retrospectivo de 5 años**

Pablo Díaz Espíndola, Genaro García Villafañá, Pasquale Patricio, Astrid Eugenia Cuevas de la Mora

- S18 Reproducción asistida en mujeres de edad avanzada**

Graciela Olivares Fernández de Lara, Héctor S. Godoy Morales, Jacobo Dabbah Musía, Alfonso Gutiérrez Nájera

- S18 Resultados en ICSI de acuerdo con la morfología ovocitaria**

Ayda Josefina Martínez Hernández, Roberto Santos Haliscak, Genaro García Villafañá, José Sepúlveda González

- S19 Resultados perinatales en embarazos logrados con técnicas de reproducción asistida (FIVTE e ICSI)**

Sergio Estévez González, Sergio A. Varela Ortiz, Rebeca Kisel Laska, Alberto Kably Ambe

CLIMATERIO Y MENOPAUSIA

- S19 Calidad de vida en pacientes posthisterectomizadas tratadas con estradiol transdérmico vs tibolona. Estudio comparativo**

Jorge Zepeda Zaragoza, Jesús Enrique Limón Rosales, Ismael Madrigal García, Jesús Barrón Vallejo

- S20 Efecto de la terapia hormonal de baja dosis sobre sintomatología climatérica, perfil metabólico, peso e índice de masa corporal en pacientes posmenopáusicas**

Fernando Ayala Aguilera, Juana Vázquez Méndez, Marisela Castañeda Díaz, Marisela Morales Martínez

- S20 Enfermedades metabólicas y menopausia: meta-análisis entre menopausia quirúrgica y no quirúrgica**

Marisela Castañeda Díaz, Juana Vázquez Méndez, Arturo Morales Martínez, Fernando Ayala Aguilera

- S21 La escala MenQOL correlaciona mejor que la escala Blatt Kupperman con el grado de satisfac-**

ción de la paciente posmenopáusica bajo terapia de reemplazo hormonal de baja dosis

Marisela Castañeda Díaz, Luis Humberto Sordia Hernández, Arturo Morales Martínez, Fernando Ayala Aguilera

- S21 El TNF- α , la proteína C reactiva y la adiponectina séricas se encuentran alteradas en pacientes infértiles con resistencia a la insulina**

Saúl Vital Reyes Víctor, Mardya López-Alarcón, Isabel Zavala-Ortega, Juan Carlos Hinojosa Cruz

- S22 Tratamiento con drospirenona y espironolactona para hiperandrogenismo en síndrome de ovarios poliquísticos caracterizado por acné e hirsutismo**
Ángel Miguel Bernal Davish, María Natividad Guzmán Tapia, Alberto Hernández Valencia

HISTEROSCOPIA OPERATORIA Y DIAGNÓSTICA

- S22 Ablación endometrial en pacientes con HUD y alto riesgo quirúrgico**

Rene Cortes Flores, Carlos Dávila Villanueva, Jose Manuel Gonzalez Martínez, José Heliodoro González Zepeda

- S23 Correlación ecografía-histeroscópica**

Roberto Solís Pérez, Orlando R. Cruz Toraya, José Luis Renovales Herrero, Luis E. Castillo Rosas

- S24 Discrepancias entre diagnósticos pre y postoperatorios en histeroscopia operatoria en pacientes en protocolo de estudio de infertilidad**

Fernando Ayala Aguilera, Luis Humberto Sordia Hernández, Marisela Castañeda Díaz, Felipe Arturo Morales Martínez

- S24 Histeroscopia de repetición**

Roberto Solís Pérez, José Luis Renovales Herrero, María Del Socorro Mónica Cruz Rodríguez.

- S24 Histeroscopia operatoria en infertilidad: diagnóstico posquirúrgico y su correlación anatomopatológica**

Marisela Castañeda Díaz, Luis Humberto Sordia Hernández, Arturo Morales Martínez, Fernando Ayala Aguilera

ESTUDIOS COLPOSCÓPICOS

- S25 Colposcopia: nuevas formas de adiestramiento quirúrgico. Reporte preliminar**

Norberto Reyes Paredes, Víctor Hugo Márquez Tamez, Drusso Vera Gaspar, Mauro Eduardo Ramírez Flores, Florencio De La Concha

- S25 Modelo plástico-biológico inanimado para su aplicación en el adiestramiento práctico de la colposcopia y procedimientos quirúrgicos del cuello uterino**

Víctor Hugo Márquez Tamez, Mauro Eduardo Ramírez Solís, Norberto Reyes Paredes

- S26 Predicción colposcópica del grado de displasia cervical**
Gustavo Olivas Maguregui, Fernando Hernández Garza, Josefina Salinas Silva, César Escobar Moreno

ESTUDIOS RELACIONADOS CON VPH

- S26 Detección de virus del papiloma humano en mujeres de un hospital público de Monterrey Nuevo León, México: correspondencia entre citología, colposcopia y biopsia**
Almaguer CMA, Villarreal Ch. R, Niño PEV
- S27 Espectro proliferativo y transformante de la infección por VPH del varón**
Carlos Guzmán Nava, Rigoberto Cabrera Viveros, Gladys Medina Romero, Lilia Hernández Nava
- S27 Frecuencia de virus de papiloma humano oncogénicos en biopsias cervicales de pacientes que acuden a la clínica de displasias del Hospital Civil de Culiacán**
Fred Morgan Ortiz, Elí Terán Cabanillas, José G. Rendón Maldonado, Ignacio Osuna Ramírez
- S28 Frecuencia de VPH oncogénicos en biopsias cervicales de pacientes del Hospital Civil de Culiacán**
Eli Terán Cabanillas, José Rendón Maldonado, Ignacio Osuna R., Fred Morgan Ortiz
- S28 Prevalencia y factores asociados a infección por virus del papiloma humano cervical en mujeres sanas**
Elva Wendoline Rojo Contreras, Laura González López, Héctor Montoya Fuentes, Jorge Gámez Nava
- S29 Prevalencia y factores asociados a infección por virus del papiloma humano cervical en artritis reumatoide**
Elva Wendoline Rojo Contreras, Laura González López, Héctor Montoya Fuentes, Jorge Gámez Nava
- S29 Virus del papiloma humano: correlación clínica y tipificación en San Luis Potosí**
Jesús Mario Canseco Lima, José de Jesús Canseco Olvera

CÁNCER CERVICOUTERINO

- S29 Adenocarcinoma moderadamente diferenciado invasor de endocervix en un pólipo endocervical. Reporte de un caso**
Roberto Santos Halíscak, Pablo Díaz Spíndola, Dynora Salazar Ponce
- S30 Prevalencia de neoplasia intraepitelial vaginal (NIVA) en la UMAE 23 del IMSS**
Josefina Nadia Figueroa Medrano, Zahid Salvador Gomez Ramirez, Fernando Carlos Hernandez Garza, Jesús Pablo Esparza Cano

TRATAMIENTOS QUIRÚRGICOS RELACIONADOS CON CÁNCER PÉLVICO

- S30 El asa diatérmica como tratamiento de primera intención disminuye cuatro veces el riesgo de persistencia de neoplasia intraepitelial cervical en comparación con la crioterapia**
Carlos Villegas Cruz, Ventura Enrique Niño Parra, Rogelio Armando Lozano Galván, Félix Arce Carlos
- S31 Preservación de la fertilidad en cáncer invasor temprano del cuello uterino**
Arnulfo Martínez Chapa, Antonio Fera Sosa, Nelly Alonso Reyes, Maribel de León Lozano, Miguel Ángel Luna Macías

PATOLOGÍA MAMARIA

- S31 Obesidad y cáncer de mama en mujeres posmenopáusicas en la UMAE núm. 23, Monterrey, NL**
Victoria Martínez Gaytán, Raúl Cortés Flores, Gloria Alvarado Saldivar, Miguel E. Torcida González

ENFERMEDADES MALIGNAS DE LA MAMA

- S32 Factores de riesgo en mujeres con cáncer de mama**
Genaro Vega Malagón, Alejandra Gabriela Vega Malagón, Adrián Hernández Lomelí, Lenin Torres García

OBSTETRICIA GENERAL

- S32 Comparación de los valores predictivos del método de Johnson y del ultrasonido para determinar peso fetal**
Flavio Hernández Castro, Luis David Álvarez Chávez, Iván Vladimir Dávila Escamilla, José Alberto Villarreal Rodríguez
- S33 Complicaciones médicas, obstétricas y resultados perinatales en embarazos de mujeres mayores de 35 años**
Dulce Margarita Gutierrez Espinosa, Raúl Cortés Flores, Victoria Martínez Gaytán
- S33 Efecto de la betametasona utilizada como inductor de madurez pulmonar fetal en las concentraciones de glucemia materna**
Flavio Hernández Castro, José Alberto Villarreal Rodríguez, Marcela Guadalupe Medellín Moreno, Rocío Iliana Luna Quiroga
- S34 Embarazo múltiple en UMAE 23 del IMSS, periodo de 6 años**
Eduardo Noé Nava Guerrero, Rodrigo Pérez Lavaniegos, Raúl Cortes Flores, Victoria Martínez Gaytán

- S34** **Identificación molecular de *Mycobacterium tuberculosis* en el líquido peritoneal**
Jesús Sánchez Contreras, Javier Flores, Gerardo Andrés Alba Jasso
- S35** **Nuevo punto de corte en el tamizaje de diabetes gestacional en mujeres mexicanas**
Mónica García González, Mauricio Fernández Romero, Mauricio Gutiérrez Castañeda, Ignacio Morales Álvarez, Víctor Hugo Valverde Tadeo, Arturo Casas Godoy
- S35** **Óbito fetal en un hospital de segundo nivel**
Jaime Zarate García, Fabiola Barba León, Vaca A. Y, Carlos Díaz Torres
- S35** **Validación de la versión mexicana de la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo**
Antonio Sifuentes Álvarez, Cosme Alvarado Esquivel, Carlos Salas Martínez, Sergio Martínez García

PUERPERIO NO COMPLICADO

- S36** **Estudio de valoración sobre la aceptación posparto de un anticonceptivo hormonal oral con desogestrel 0.075 mg**
Manuel Ortes Bonilla, Lorena Ferrer, Edna Cortés Fuetes, Elena Vilchis Guizar

OPERATORIA OBSTÉTRICA

- S37** **Degeneración miomatosa y miomectomía durante el embarazo. Presentación de un caso**
Mónica García González, Ivonne A. Colín Santana, Aurora Noyola Monrroy, Mauricio R. Gutiérrez Castañeda, M. Mauricio Fernández Romero, Maribel Blas Pérez
- S37** **Diastasis sinfisial secundaria a maniobra de McRobert**
José Luis Aquino Hernández José Luis, Oscar Flores Carreras, Patricia Velázquez Castellanos, Sergio Montoya Maza

CESÁREAS

- S38** **Cesárea: analgesia neuroaxial postoperatoria y dermatomas involucrados**
Gustavo Olivas Mendoza, Víctor M. Mata Orozco, Luis A. Esparza Carbajal, Amadeo Aldana Bustamante
- S38** **Frecuencia de la operación cesárea en un hospital regional de zona**
Cerda C. J. L., Guzmán M. S., L.E.O. Herrera R. D. M.
- S39** **Incidencia de la operación cesárea en el sector público y privado de Saltillo, Coahuila, en el año 2005**
Rogelio Valdéz González, Luis Carrillo González, Héctor Almanza Valdés, Pavel Carrillo Molina,

Pierre García González, Víctor González Soto, Leobardo López Candia, Cindy Montiel Hernández

- S39** **Infección de Herida Quirúrgica en cesáreas electivas y de urgencia en la UMAE núm. 23, IMSS, Monterrey, NL**
Adraina Guadalupe Araico Salas, Victoria Martínez Gaytán, Raúl Cortés Flores, Carlos A. Martínez Hernández

LEGRADOS

- S40** **Embarazo cervical: manejo con AMEU, presentación de un caso y revisión de literatura**
Loza Aceves Eduardo, Roberto Madriz Flores

MEDICINA MATERNOFETAL

- S40** **Circular de cordón umbilical al cuello y su relación con hipoxia crónica fetal**
Arturo Eduardo Dowell Delgado, Héctor González Lozano, Eleazar Hernández Dávila, José Antonio García Lorenzo
- S41** **Niveles séricos de hormonas tiroideas durante el embarazo en hipotiroidismo**
Serrano Gómez SG, Pérez Cardeña Ma. D
- S41** **Procedimientos invasivos guiados por ultrasonido en medicina materno fetal**
Juan Antonio Cardiel Martínez, Ernesto Barrios Prieto, J. Guadalupe Panduro Barón, Sergio Fajardo Dueñas
- S42** **Tratamiento de la pérdida gestacional recurrente con enoxaparina**
Fidel Morales Caballero, Mario Gracia Saldaña, Guadalupe Pérez Borbón, Ricardo Alberto López Narváez

COMPLICACIONES MÉDICAS DEL EMBARAZO

- S43** **Asociación de nacimiento pretérmino con factores de riesgo sociodemográficos y obstétricos**
Fred Morgan Ortiz, Ariana Cinco Sánchez, Francisco A. Douriet Marin, Aurelio González Beltrán, Jairo Muñoz Acosta
- S43** **Asociación de ruptura prematura de membranas con factores de riesgo sociodemográficos y obstétricos**
Yamel Gómez Soto, Fred Morgan Ortiz
- S44** **Complicaciones neonatales en preeclampsia severa en la Unidad Médica de Alta Especialidad núm. 23, Monterrey, NL**
Victoria Martínez Gaytán, Carmen Vega Cárdenas, Sergio Luna García, Raúl Cortes Flores, Miguel Torcida González

S44 Enfermedades hepáticas y embarazo en la UMAE 23

Eduardo Noé Nava Guerrero, Sergio A. Luna García, Juana María Montoya, Victoria Martínez Gaytán

S45 Nimodipino vs sulfato de magnesio en la prevención de crisis convulsivas en la preeclampsia severa

Sandra Pérez Silva, Juana María Montoya Ramírez, Rosalinda Vázquez Varela, Edna Lucía Silguero Díaz

S45 Preeclampsia severa en la Unidad Médica de Alta Especialidad núm. 23, IMSS, Monterrey, NL

Victoria Martínez Gaytán, Carmen Vega Cárdenas, Sergio Luna García, Raúl Cortes Flores

S46 Preeclampsia severa y anticoncepción en Unidad Médica de Alta Especialidad núm. 23 Monterrey NL

Eduardo Noé Nava Guerrero, Carmen Vega Cárdenas, Sergio Luna García, Raúl Cortes Flores

S46 Sarcoma sinovial y embarazo: presentación de un caso y revisión de la bibliografía

Jesús Sánchez Contreras, Judith Galindo López, Patricia Villanueva Ocampo

DIAGNÓSTICO PRENATAL

S47 Diagnóstico prenatal de cromosomopatías

Guadalupe Gamiño López, Mauro Ochoa Torres, Dra. Sandra Pérez Silva

S47 Displasias de cuello uterino y su asociación con VPH

Dulce Margarita Gutiérrez Espinosa, Fernando Carlos Hernández Garza, José Antonio Chiang Esteban

S47 Incidencia de higroma quístico nuchal y principales anomalías ultrasonográficas asociadas

José Heliodoro González Zepeda, Edith Guadalupe Alvarado Jiménez, Mauro Alberto Ochoa Torres, Jesús Alberto Cutiño Damas

GENÉTICA

S48 Impacto del programa de diagnóstico genético preimplantacional para la detección de aneuploidias en población mexicana infértil: estudio de casos y controles

Saúl Ruiz Muñoz, Ricardo Rodríguez Calderón, José Alberto Ramírez Angulo, Francisco Rocha Cárdenas

IMAGENOLÓGÍA

S49 Mamografía y cáncer de mama en el Hospital General de zona núm. 6 IMSS, San Nicolás de los Garza, NL

Adriana Guadalupe Araico Salas, Victor Manuel Meneses Valderrama

SALUD PÚBLICA

S49 Causas de mortalidad perinatal en el periodo 2003-2005 en la UMAE núm. 23, IMSS Monterrey

Sandra Pérez Silva, María Elena Gutierrez Saucedo, Victoria Martínez Gaytán, Raúl Cortes Flores

S50 Embarazo en la adolescencia. ¿Problema biológico o problema sociocultural?

J. Guadalupe Panduro Barón, Aida Naneth Zamora Lares, J. Jesús Pérez Molina, Karla Verónica Chávez Tostado

S50 Evolución de la mortalidad materna en la Delegación Nuevo León del IMSS (2000-2005)

Dulce María Gutiérrez Espinosa, Laura Arizpe Martínez, Miguel Eloy Torcida González, Victoria Martínez Gaytán

S51 Mortalidad materna en el estado de Coahuila 2000-2004

Rogelio Valdez González, Luis Carrillo González, Rosa Flores Alvarado, Antonio de León Aguirre, Cecilia Mancillas Salas, Ben David Valdés Ramos

S51 Mortalidad materna en el Hospital General de la Secretaría de Salud de Durango

Antonio Sifuentes Álvarez, Jesús Eliserio Cruz

S52 Mortalidad materna: estrategias para la disminución

Norberto Reyes Paredes, Gerardo Lara Figueroa, Luis Carlos Torres Contreras, José Alanis Fuentes

S52 Aflatoxina m₁ en la leche y orina maternas durante el puerperio mediato

Ma. C. Terrones Saldivar, R. Ortiz Martínez, A. Valdivia Flores, T. Quezada Tristán, A. Martínez de Anda

PRESENTACIÓN EN CARTEL

GINECOLOGÍA GENERAL

- S54** Disfunción sexual en mujeres con artritis reumatoide
Elva Wendoline Rojo-Contreras, Laura González-López, Joaquín T. Rojo-Contreras, Jorge I. Gámez-Nava

GINECOLOGÍA OPERATORIA

- S54** Distribución del prolapso de órganos pélvicos y defectos de fascia vaginal anterior y posterior en la clínica de urología ginecológica del Instituto Nacional de Perinatología
Laura Escobar del Barco, Ana Elisa Márquez Hirle-mann
- S55** Mioma gigante intraligamentario
Ricardo Adame Pinacho, Felipe Alfán Guzmán
- S56** Miomatosis uterina gigante con repercusión sistémica. Reporte de un caso
Jesús Mario Canseco Lima, Héctor Anaya-Coeto, Jorge González-Estrada, Elsa Moreno-Verduzco

REPORTE DE CASOS RAROS

- S56** Óbito de un gemelo
Miguel Ángel Godínez Martínez, Geraldine López Zaldívar, Jenni Denisse Gijón Heredia, Daniela Robles Barrera
- S57** Aborto de repetición en útero bicorne Bicollis: reporte de un caso
Salazar Marcatoma Yeny
- S57** Anomalías de los conductos de Müller. Síndrome de Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser. Reporte de un caso
Jorge Zepeda Zaragoza, Marco Antonio Fuentes Ocampo, Sergio Domínguez Cortés, Violeta Lucano Venegas
- S58** Cáncer sincrónico de ovario y endometrio: cistadenocarcinoma papilar seroso de ovario y carcinoma papilar seroso en un pólipo endometrial. Reporte de un caso
Carlos Leal Meléndez, Jesús Villegas Espinoza, Eduardo Luévano Flores, Arturo Eduardo Dowell Delgado
- S58** Ciclopía
Nadia Josefina Figueroa Medrano, Erick Noé Gudiño, Juan José Flores Pulido
- S59** Colpohematometra por himen imperforado
Leonardo Ramírez Arreola, Leyza Angélica Nieto Galicia, Miguel Ángel Cerón Saldaña, Jorge Alejandro Cerda López

- S59** Corangioma gigante, reporte de un caso
Guillermo Barragán Ramírez, Miguel Ángel Godínez Martínez, Gilberto Luna Lugo, J. Jesús García Corrales
- S60** Dermatofibrosarcoma vulvar
Delia Albina Márquez Gamiño, José Antonio Álvarez Cisneros, Ricardo Barragán Núñez
- S60** Disgenesia del conducto de Muller, síndrome de Rokitansky-Mayer-Hauser-Kuster. Reporte de un caso
Carlos Felipe Álvarez, Brenda Cavazos
- S61** Embarazo ectópico ovárico
Eduardo Esponda Tort, Luis Cardoza López, Fernando Quintero Granados, Leopoldo Enrique Gatica Galina
- S61** Embarazo gemelar molar
Eduardo Esponda Tort, Quintero Granados Fernando, Gatica Galina Leopoldo Enrique, González López Enrique
- S62** Embarazo molar parcial. Reporte de un caso
Leopoldo Cesar Serrano Díaz, José Alfredo Vázquez Ayala, Verónica Solano Lira, Martha Hernández Muñoz
- S62** Endometrioma gigante: presentación de un caso
Lizbeth Citlalli Angulo Torres, Antonio Pantoja Rojas, Daniel Zúñiga Jiménez
- S63** Endometriosis pulmonar, presentación de un caso clínico y revisión de la bibliografía
Aída Naneth Zamora Lares, Yanet Ivonne Aranda González, Antonio Pantoja Rojas
- S63** Enfermedad de Paget en la vulva. Reporte de un caso
Delia Albina Márquez Gamiño, José Antonio Álvarez Cisneros, Sergio Alejandro Muro Barragán
- S64** Gemelos siameses toracopagos
María Guadalupe Gamiño López, Mauro Ochoa Torres, Sandra Pérez Silva
- S64** Himen imperforado como causa de colpohematometra. Correlación imagenológica. Informe de un caso
Mauricio Velázquez Magaña, María Elena Rodríguez Piña, Ana Paola Sánchez Serrano, Jean Paul Sulaiman Karam
- S65** Histerectomía vaginal con energía plasmacínica
Jorge Zepeda Zaragoza, Yoatzin Rodríguez Higuera, Omar Hernández Flores, Carlos Briones Landa
- S65** Leiomiomatosis vulvar. Reporte de un caso
Sandra Elia Pérez Monter, Tomás Herrerías Canedo, Miguel Ángel Santarrosa Pérez, Mauricio Velázquez-Magaña
- S66** Mioma prolapsado pedunculado
Roberto Adrián Avendaño Ramírez

S66 Paraganglioma y embarazo, reporte de un caso
Alejandra Elisa Vargas Merino, Beatriz Sereno Gómez, Ricardo Mendoza Pimentel, Mario Fuentes Villaseñor

S67 Perforación espontánea de un piometra. Reporte de un caso y revisión de bibliografía
Jorge Zepeda Zaragoza, Ismael Madrigal García, Yoa-tzin Rodríguez Higuera, Adriana Huerta Espinosa

S67 Extirpación de quiste gigante de ovario por minilaparotomía. Técnica en reloj de arena
Jacobo Guajardo Martínez, Juan de Dios Maldonado Alvarado, Justo Cárdenas Ochoa, Christian Villena

S68 Reporte de dos casos de corioangioma gigante de la placenta
Genaro Vega Malagón, Adrián Hernández-Lomeli, Jorge García Flores, Javier Luengas-Muñoz

S68 Síndrome de Fournier
Ricardo Adame Pinacho, Elisa Méndez Álvarez

S69 Síndrome de Morris de presentación familiar
Rene Cortés Flores, José Heliodoro González Zepeda, Raúl Cortés Flores, Miguel Torcida González

S69 Sarcoma del estroma endocervical: reporte de un caso y revisión de la bibliografía
Carlos Leal Meléndez, Salazar Ponce, Rosa Dynora Luevano Flores, Eduardo Dowell, Arturo Eduardo Delgado

S70 Torsión de quiste folicular luteinizado en el primer trimestre del embarazo. Reporte de un caso
Javier Vega Cárdenas, Arturo Eduardo Dowell Delgado, Servando Zárate Quezada, Ernesto Escamilla López

UROGINECOLOGÍA

S70 Cistitis folicular. Serie de casos
Mario Castillo Gutiérrez, Rosa Lucía Álvarez Mercado, Miguel Ángel Gómez Moreno, Juan Torres Pérez

DEFECTOS DEL PISO PÉLVICO

S71 Frecuencia de parasitosis intestinal en pacientes con incontinencia a flatos
Nancy Cruz López, Rosa Lucía Álvarez Mercado, Jorge Luis Sánchez Velasco, Juan Torres Pérez

S71 Rotura vaginal y evisceración poshisterectomía en una paciente posmenopáusica
Guadalupe María Pérez Borbón, JE Martínez Cuervo, M Luna, D Gómez

OTROS TEMAS DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO

S71 Experiencia institucional de la electroterapia en pacientes con disfunción del piso pélvico

Esther Silvia Rodríguez Colorado, Laura Escobar del Barco, Viridiana Gorbea Chávez, César Santiago Arreortúa, Beatriz Terradillos Calvo

REPRODUCCIÓN ASISTIDA

S72 Morfología pronuclear como predictor para la selección de embriones a transferir en día 3 de cultivo

Marianella Chamorro Dussan, Avilés Sánchez Abel, Ruíz Muñoz Saúl

S72 Análisis seminal pre y post-capacitación espermática en embarazo logrado con inseminación intrauterina

Armando Juárez Bengoa, María Emilia Guerra García, Enrique Reyes Muñoz

S73 Asociación de varicocele y parámetros seminales en pacientes varones infértiles

Armando Juárez Bengoa, Alfredo Martín Rivera Montes, Gabriela Cárdenas Amaro, Silvia Martínez Cruz

S73 Congelación de semen en pacientes oncológicos y resultados reproductivos tras descongelación y uso a través de técnicas de reproducción asistida
Marianella Chamorro Dussan, Francisco Rocha Cárdenas, Saúl Ruiz Muñoz, M. Mesequer

S74 Embarazo cuádruple con transferencia de tres embriones

E. Coinda Arias Rosales, César Ramírez Lucero, César Ramírez Ley, Jocelyn Arias Alarcón

S75 Hallazgos ultrasonográficos testiculares y prostáticos de varones infértiles con antecedente de infección seminal

Armando Juárez Bengoa, Gabriela Cárdenas Amaro, Silvia Martínez Cruz, Alfredo Martín Rivera Montes

S75 Manejo laparoscópico de las masas pélvicas benignas en los programas de reproducción asistida

José Eduardo Torreblanca Neve, Alberto Valero Origel, Horacio Deschamps Díaz, Martín Castillo González

CLIMATERIO Y MENOPAUSIA

S76 Correlación entre embarazos previos, paridad y vida sexual con síndrome climatérico en pacientes posmenopáusicas

Fernando Ayala Aguilera, Juana Vázquez Méndez, Marisela Castañeda Díaz, Felipe Arturo Morales Martínez

ENDOCRINOLOGÍA GINECOLÓGICA

S76 Asociación del síndrome de ovarios poliquísticos y cáncer endometrial

María De Jesús Cruz Gutiérrez, Imelda Hernández Marín, Manuel Valenzuela Delgadillo, Filiberto Jiménez Pérez

S77 Insuficiencia ovárica prematura vs síndrome de resistencia ovárica. Reporte de un caso

Jaime Ayala Barragán, Izcalli Fabiola León Solís, José Román Gaitán Manuel, Luz María Nevárez Gallegos

S77 Hiperprolactinemia severa inducida por medicamentos

Jean Paul Sulaiman Karam, María Elena Rodríguez Piña, Ana Paola Sánchez Serrano, Mauricio Velázquez Magaña

LAPAROSCOPIA Y ENDOSCOPIA QUIRÚRGICA

S78 Fascitis necrosante en laparoscopia ginecológica: complicación poco común

E. Coinda Arias Rosales, César Ramírez Lucero, César Ramírez Ley, Edmundo Godínez Velásquez, Jocelyn Arias Alarcón

HISTEROSCOPIA OPERATORIA Y DIAGNÓSTICA

S78 Canulación tubárica histeroscópica asistida por ultrasonido en consultorio

José Alanís Fuentes, Patricia Zulema Márquez Iribe, Norberto Reyes Paredes, Miguel Ángel Carvajal Hernández

S79 Metaplasia endometrial ósea: reporte de un caso

Carlos Humberto Briones Landa, Andrés Hernández-Denis, Guillermina Dupré Aramburu, Víctor Hugo Herberth Hernández

S79 Resección histeroscópica en el embarazo ectópico cervical

Mario Gracia Saldaña, Fidel Morales Caballero, Raúl Leal González, Ricardo Alberto López Narváez

COLPOSCOPIA Y PATOLOGÍA CERVICAL

S80 Neoplasia intraepitelial vulvar de progresión extremadamente rápida a cáncer invasor en mujer de 25 años VIH(+)

Mayra Almaraz Gómez, Gaspar Drusso Vera, Teresita Ma. Del Rosario Rojas Sánchez

CÁNCER CERVICOUTERINO

S80 Histiocitoma fibroso maligno de vagina

Carlos Guzmán Nava, Rubén Sánchez Cortés, Ismael Padilla Ponce, Dalia Marín Pérez

ONCOGINECOLOGÍA

S81 Coriocarcinoma versus mola invasora

Sandra Pérez Silva, Benita Flores Hernández, Homero Sánchez Dávila

S81 Dermatofibrosarcoma protuberans de vulva

Juliana Tolentino Aguilera, Alfonso Carmona Morán, Guillermo Barragán Ramírez

S82 Farmacocinética del metotrexato en pacientes con neoplasia trofoblástica gestacional

Aurora Belmont Gómez, Carlos Aranda Flores, Gonzalo Márquez, Vivian López Ugalde, Jesús Beltrán Montoya

S82 Obesidad central como factor de riesgo para cáncer de mama

Alejandra Gabriela Vega Malagón, Adrián Hernández Lomelí, Lenin Torres García

OBSTETRICIA GENERAL

S83 Embarazo ectópico cornual 16 SDG. Reporte de caso

Leonor Ramírez del Valle, Jorge Ortega Jiménez, Guillermo Barragán Ramírez

S83 Madre adolescente como factor de riesgo de nacimiento pretérmino

Guadalupe Panduro Barón, Jesús Pérez Molina, Jesús Gaitán Meza, Juan Francisco Castro Hernández

OPERATORIA OBSTÉTRICA

S83 Controversias actuales en episiotomía

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

S84 Embarazo de 13 semanas con placenta previa y acretismo. Manejo mediante legrado e histerectomía consecutivos

Jesús Mario Canseco Lima, Aldo Fornelli-López, Guillermo Ortiz-Luna, Elsa Moreno-Verduzco

S84 Lesión urogenital durante el trabajo de parto y parto, desprendimiento uretrovesical suprauretral y diástasis sinfisial secundaria a maniobra de McRobert

José Luis Aquino Hernández, Oscar Flores Carreras, Patricia Velázquez Castellanos, Sergio Montoya Maza

S85 Modificación a la técnica de histerectomía obstétrica por acretismo placentario

Jesús Mario Canseco Lima, Aldo Fornelli-López, Guillermo Ortiz-Luna

S86 Rotura uterina espontánea secundaria a tumor gigante

Alejandro Castañeda Anguas, Julián Ruiz Anguas

MEDICINA MATERNO FETAL

- S86 Embarazo y extrofia vesical**
Nadia Josefina Figueroa Medrano, Raúl Cortés, Victoria Martínez, Dra. Sepúlveda
- S87 Embarazo posterior a trasplante hepático**
José Heliodoro González Zepeda, Raúl Cortés Flores, Sergio Luna García, Laura Salazar Mendoza
- S87 Embarazo triple por inseminación artificial en útero didelfo**
Eduardo Noe Nava Guerrero, Oscar Armando González Díaz
- S87 Gemelos cefalotoracopago**
Jesús Sánchez Contreras, Víctor Manuel Flores Méndez, Oscar Zamorate Covarrubias
- S88 Gemelos siameses en gestación triple espontánea**
Julio César Soto Galindo, Jaime Ayala Barragán, Izcalli Fabiola León Solís, Alejandra Berenice Moreno Quezada
- S88 Nudo verdadero entre cordones en embarazo gemelar**
Nadia Josefina Figueroa Medrano, Erick Noé Gudiño, Juan José Flores Pulido
- S89 Rabdomioma cardíaco ventricular fetal diagnosticado *in utero***
Eduardo Noe Nava Guerrero, Mauro Ochoa Torres

COMPLICACIONES MÉDICAS DEL EMBARAZO

- S89 Asociación de bacteriuria asintomática materna y nacimiento pretérmino**
Guadalupe Panduro Barón, Jesús Gaitán Meza, Jesús Pérez Molina, Juan Francisco Castro Hernández
- S90 Embarazo heterotópico espontáneo. Reporte de un caso con resolución a término de uno de los fetos**
Jesús Jorge Beltrán Montoya, Omar Felipe Dueñas García, Hugo Rico Olvera, Jesús Alfredo Espinosa Malcom
- S90 Epilepsia y embarazo. Experiencia institucional: resultados maternos y perinatales**
Oliver Lara Kferman, Imelda Hernández Marín, Filiberto Jiménez Pérez, Francisco Hernández Aldana
- S91 Fallo de la fracción β de la hormona gonadotrópica coriónica humana como predictor de evacuación uterina en un manejo conservador de acretismo placentario**
Mario Roberto Rodríguez Bosch, Omar Felipe Dueñas García, Hugo Rico Olvera, Mario Emiliano Albani Campanario
- S91 Glomerulonefritis primaria y embarazo: reporte de caso**
Lizette Manzo Carrillo, Jesús Gerardo Lara Figueroa, Norberto Reyes Paredes, Víctor Sánchez García

- S92 Histiocitosis de células de Langerhans y diabetes insípida durante el embarazo: presentación de un caso**
Jesús Jorge Beltrán Montoya, Omar Felipe Dueñas García, Hugo Rico Olvera, Tomás Herrerías Canedo
- 92 Manejo conservador de insuficiencia renal crónica y embarazo: reporte de un caso**
Yoatzin Rodríguez Higuera, Jorge Zepeda Zaragoza, Iliana Mejía Herrera, Carlos Campos Jiménez
- S93 Manejo conservador del hematoma hepático subcapsular secundario a síndrome de HELLP. Reporte de un caso**
Sánchez García Víctor, Lara Figueroa Jesús Gerardo, Collado Peña Susana, Lizette Manzo Carrillo
- S93 Ritmo circadiano de la presión arterial en pacientes con hipertensión crónica y embarazo**
Elva Wendoline Rojo Contreras, José Parra Carrillo, Carmen Iñigo Riesgo, José Luis Canales Muñoz
- S94 Ruptura hepática y síndrome de HELLP**
Juliana Tolentino Aguilera, Alfonso Carmona Morán, Guillermo Barragán Ramírez
- S94 Síndrome hemofagocítico secundario a infección por eritrovirus B19 y embarazo. Reporte de un caso**
Jesús Jorge Beltrán Montoya, Eduardo Guzmán González, Hugo Rico Olvera, Víctor M. Vidal

DIAGNÓSTICO PRENATAL

- S95 Cierre prematuro del agujero oval**
Sandra Pérez Silva, Mauro Ochoa Torres, Adriana Casados González
- S95 Diagnóstico prenatal de gastrosquisis complicada con necrosis intestinal en el neonato. Comunicación de un caso**
Flavio Hernández Castro, Juan Antonio Soria López, Roberto Ambriz López, Clara del Carmen Flores Acosta
- S96 Embarazo gemelar (gemelo acárdico)**
Sandra Pérez Silva, Mauro Ochoa Torres, Adriana Casados González, José Antonio Chiang Esteban
- S96 Perforación de divertículo de Meckel, una rara complicación gestacional. Comunicación de un caso**
Flavio Hernández Castro, Erick Dagoberto González Sosa, José Alberto Villarreal Rodríguez, José de Jesús Zermeño Nava
- S97 Síndrome de Prune Belly concomitante con ascitis fetal aislada. Reporte de un caso**
Flavio Hernández Castro, Juan Antonio Soria López, Roberto Ambriz López

GINECOLOGÍA GENERAL**Comportamiento reproductivo del útero unicorne con cuerno accesorio: presentación de 6 casos****Autor:**

Jesús Sánchez Contreras

Coautores:

Luis Edmundo Hernández Vivar, Gerardo Andrés Alba Jasso

Institución:

Hospital Juárez de México

Introducción: el útero unicorne con cuerno uterino rudimentario es una anomalía rara, su incidencia es difícil de determinar. Pueden causar complicaciones ginecobstétricas, como hematometra, hematosalpinx, infertilidad, dismenorrea severa, endometriosis y anomalías del tracto urinario. Cuando ocurre embarazo puede presentarse ruptura del cuerno uterino gestante. **Objetivo:** analizar el comportamiento reproductivo de 6 pacientes con útero unicorne y cuerno accesorio.

Material y métodos: en el servicio de endoscopia ginecológica del Hospital Juárez de México se realizó un estudio original, retrospectivo, longitudinal y descriptivo. **Resultados:** de 82 anomalías congénitas observadas en el servicio de endoscopia ginecológica del Hospital Juárez de México se encontraron 6 casos de útero unicorne en los que la edad osciló entre los 18 y los 35 años, 3 tenían antecedente de Gestación previa, 2 consultaron por infertilidad primaria y una más por dismenorrea incapacitante. **Conclusión:** el útero unicorne es una anomalía Mulleriana presente en el 0.2% de mujeres fértiles y en el 0.6% de infértiles acompañándose con agenesia renal como parte de la falla Mulleriana en casi la mitad de los casos. El diagnóstico es importante establecerlo principalmente en los casos de asociados con cuerno accesorio comunicante para evitar la ruptura y pérdida del órgano y del producto cuando este se implanta en ese cuerno.

GINECOLOGÍA OPERATORIA**Histerectomía vaginal con termofusión, técnica innovadora en el hospital de ginecología y obstetricia Tlatelolco****Autor:**

Luis Alberto Pérez Flores

Coautores:

Juan Solís Medrano, Joaquín Oliva Cristerna, Héctor Hernández García

Institución:

Hospital de Ginecología y Obstetricia Tlatelolco

Objetivo: conocer ventajas y beneficios con esta técnica. **Material y métodos:** estudio descriptivo, observacional y retrospectivo. Se revisaron expedientes clínicos de pacientes sometidas a histerectomía vaginal con Biclamp, de Octubre 2004 a Diciembre 2006 ($n = 339$). Para realizar la histerectomía vaginal utilizamos un generador eléctrico VIO de ERBE y una pinza Biclamp, produciendo energía bipolar por programas informáticos específicos, permitiendo prescindir de suturas. Llenando una hoja de registro con datos a investigar, anestesia, diagnóstico preoperatorio, tiempo quirúrgico, recuperación postoperatoria, estancia hospitalaria, complicaciones e incapacidad. Analizando datos por medidas de tendencia central, frecuencias y porcentajes. **Resultados:** estudiamos 339 pacientes de 26 a 69 años, el 25.4% con cirugías previas. Diagnóstico preoperatorio: miomatosis uterina 250 (73.7%), hemorragia uterina anormal 36 (10.6%), prolapso uterino 23 (6.7%), hiperplasia de endometrio 18 (5.3%) cáncer cérvico uterino 1 (0.2%), Adeniosis 7 (2.0%) displasia IVPH 4 (1.1%), anestesia 98% bloqueo peridural. Tiempo quirúrgico promedio 54 min., sangrado operatorio promedio 163 mL, peso del útero de 45 a 870 g, estancia hospitalaria 1 a 2 días. Complicaciones: hemorragia 6 (1.7%), lesión vesical 6 (1.7%), fístula vesicovaginal 2 (0.5%), lesión de recto 1

(0.2%), absceso de cúpula 7 (2.0%), hematoma 1 (0.2%) tromboflebitis 1 (0.2%), Sepsis 1 (0.2%), un total del 6.7%. **Conclusión:** esta técnica ofrece disminución del tiempo quirúrgico, sangrado, morbilidad, estancia hospitalaria, tiempo de incapacidad y gastos hospitalarios. La recuperación de la paciente es mucho más rápida, convirtiéndose en una técnica innovadora de mínima invasión sin cicatriz y rápida recuperación.

TRATAMIENTOS QUIRÚRGICOS

Ginecocosmética: histerectomía más abdominoplastia

Autor:

Roberto Solís Pérez

Institución:

Clínica Pheani

Introducción: la cirugía cosmética se ha popularizado en todo el mundo México no se salva de ello. La gran mayoría de los procedimientos son en mujeres, gran parte en el área ginecológica, muchas pacientes, tienen obesidad y dimorfismo corporal, las mismas solicitan corrección cuando se van a someter a cirugías ginecológicas de abordaje abdominal, es clásico escuchar en postoperatorio "me hubiera quitado grasa" "que fea herida me quedo" por ello, aprendimos, abdominoplastia y combinarla con cirugías ginecológicas. **Objetivo:** demostrar que ambos procedimientos, en un mismo tiempo quirúrgico, no aumenta las complicaciones y mejora la autoestima de la paciente. presentación de la técnica. **Material y métodos:** presentamos los primeros casos de histerectomía más abdominoplastia. Periodo de agosto del 2006 a mayo del 2007. Total: abdominoplastias 13 más 3 histerectomías. La técnica: incisión pfaniestiel, hta. Posterior al cierre de aponeurosis, continuamos con abdominoplastia, con técnica de liberación hasta arcos costales y apéndice xifoides, plicadura de rectos, neoimplante umbilical, corte de tejido redundante, sutura subdérmica de piel. Parámetros: edad: diagnóstico preoperatorio: peso, talla, medidas de mamas, cintura y cadera, tiempo quirúrgico, sangrado aproximado, complicaciones, evolución y grado de satisfacción. Edades: 44, 44 y 39 años. Diagnósticos preoperatorios. Miomatosis 2:

lieag. 1. **Resultados:** tiempo quirúrgico promedio 5 h, sangrado: menos de 500 mL, reducción de tallas y peso en las 3: complicaciones. No satisfacción. Muy satisfechas. **Conclusiones:** el ginecólogo debe considerar el aspecto estético, no hay más riesgos que los inherentes al problema ginecológico.

Ginecocosmética: vaginoplastia y rejuvenecimiento vaginal

Autor:

Roberto Solís Pérez

Institución:

Clínica Pheani

Introducción: la cirugía cosmética es muy solicitada, en ginecología, 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. **Objetivo:** mostrar la técnica con electrocirugía, y casuística personal. **Material y métodos:** definimos vaginoplastia: cirugía con la cual mejoramos, reestablecemos o embellecemos la vagina 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. Hemorroidectomía externa. Técnica: infiltración con tumescencia y corte con Ellman. Casuística personal: enero-marzo 07: **Resultados:** total 46 intervenciones gineco/obstétricas: vaginoplastias solas o combinadas: 6. Diagnósticos: desgarros perineales, cistocele y rectocele, y distrofia vaginal. Complicaciones no: a 3 meses 1 paciente refiere dispareunia por estrechez vaginal. **Conclusiones:** la vaginoplastia será cada vez más solicitada, la electrocirugía es una alternativa

al laser. La tumescencia disminuye el sangrado, las complicaciones son mínimas y la ginecocosmética en esta estadística fue del 35 % en total y del 10.8 % para vaginoplastias solas o combinadas.

REPORTE DE CASOS RAROS

DIU traslocado en vejiga urinaria: hallazgo 10 años después de su colocación. Reporte de un caso

Autor:

Miguel Angel Bernal Davish

Coautores:

María Natividad Guzmán Tapia, Alberto Hernández Valencia

Institución:

Facultad de Medicina de la Universidad Veracruzana

Los DIU son métodos de planificación familiar altamente efectivos de larga duración y de bajo costo, principalmente los de plástico y cobre como la Tcu 380 con durabilidad de 10 años. Sabemos que todos los métodos tienen una falla de uso típico y teórico la primera por uso inadecuado del método y la segunda porque todos los métodos tienen una falla por si solos, pero efectivamente son mínimas estas fallas. Se trata de una paciente de 45 años de edad con AGO de relevancia gesta 3, para 3, MPF DIU desconociéndose la pérdida de este ya que a los tres meses postcolocación se embaraza por lo que posteriormente se le realiza OTB posparto en su última gesta. Diez años después es sometida a histerectomía abdominal por miomatosis uterina encontrándose un DIU Tcu 380 en vejiga con una perforación antigua de esta con selle y adherencia de peritoneo, el cual es extraído y con reparación quirúrgica de la vejiga ya que el cuerpo de este es encontrado dentro de la cavidad urinaria. Existen las fallas del método por uso inadecuado en el caso de este DIU. Su colocación fue completamente aberrante a través de la uretra perforando vejiga y sellándose esta por peritoneo espontáneamente y “desapareciendo” por diez años hasta que se encontró por un hallazgo quirúrgico.

Paraganglioma y embarazo: reporte de un caso

Autor:

Alejandra Elisa Vargas Merino

Coautores:

Beatriz Sereno Gómez, Ricardo Mendoza Pimentel, Mario Fuentes Villaseñor Mario

Institución:

Hospital Star Médica, Morelia

Presentación de un caso clínico. El feocromocitoma es un tumor secretor de catecolaminas con una prevalencia aproximada de 0.002% de la población, los de localización extradrenal (paragangliomas) se calculan en un 10% del total. Su asociación con embarazo es muy poco frecuente y coincide con una gran morbi-mortalidad materna y fetal (aproximadamente 50%) que disminuyen notablemente con un diagnóstico y tratamiento adecuado. Es frecuente que se diagnostiquen en forma errónea como preeclampsia. **Caso clínico:** primigesta de 22 años de edad, con embarazo en el cual a la semana 13 de gestación se detecta una tumoración en hipogastrio de 5 x 3.8 cm., redondeada, de contenido hipoeecóico, con vascularidad en su interior, en el origen de las arterias ilíacas. A partir de la semana 18 presenta episodios nocturnos de cefalea intensa, taquicardia, dolor precordial, acompañados de elevación en la presión arterial. Dicho cuadro clínico se fue presentando con mayor frecuencia e intensidad conforme fue progresando el embarazo. A la semana 34 se practicó operación cesárea, se obtuvo producto femenino de 3,300 gr. Apgar 8-9. Después de la cesárea se practica exéresis de tumoración retroperitoneal localizada sobre la arteria aorta a nivel de su bifurcación. Durante la manipulación del tumor la paciente registro elevaciones de la presión arterial de hasta 260/160 mmHg. El reporte histopatológico de la pieza quirúrgica fue de paraganglioma extraadrenal. **Resultados:** el diagnóstico temprano y el manejo adecuado del paraganglioma en el embarazo son indispensables para evitar complicaciones materno fetales. **Conclusiones:** es muy poco frecuente la asociación de embarazo y paraganglioma y sus consecuencias clínicas pueden

resultar catastróficas debido al alto índice de morbi-mortalidad materno fetal.

UROGINECOLOGÍA

Sensibilidad *in vitro* de cepas de *E. coli* de mujeres adultas y niñas con infección urinaria

Autor:

Lidia Javier Hernández

Coautores:

Ulises Reyes Gómez, Diana Reyes Hernández, Antelma Martínez Robles

Institución:

Clínica Diana de Especialidades, Oaxaca, México

Objetivo: conocer la sensibilidad *in vitro* de cepas de *E. coli* provenientes de urocultivos de mujeres que asisten a una consulta externa de ginecología y pediatría.

Tipo de estudio: prospectivo, observacional, trasversal, efectuado del 1 de julio 2005 al 31 de junio de 2006.

Material y métodos: las cepas de *E. coli* obtenidas de muestras perfectamente recabadas de mujeres adultas y niñas que cursarán con infección urinaria. La identificación de las bacterias se realizó con equipo Microscan® por medio de panel para microorganismos gram (-) de colonias en inóculo equivalente a 0.5 Mc Farland incubados por 18 horas a 37° C en método automatizado, se cuantificó en disco la concentración mínima inhibitoria (CIM). **Resultados:** se analizaron 71 cepas sensibles a cefazolina y amikacina, a cefotaxima 70, a cefuroxima 70, a imipenem 50 y a ceftazidima 33. Con resistencia intermedia: cefalotina 16, ceftioxima 26, ceftriaxona 16. Con resistencia marcada: tobramicina 70, ciproxina 69, ampicilina 67, ticarcilina / clavulanato 66, ticarcilina 65, piperacilina 65, trimetropin con sulfametoxazol 59 y gentamicina 45. **Conclusiones:** la sensibilidad *in vitro* para *E. coli* en infección del tracto urinario en este estudio tiene como antimicrobianos de primera elección por su baja resistencia a cefazolina amikacina, cefotaxima y cefuroxima. Existe resistencia a fármacos que anteriormente fueron de primera línea como ampicilina

y trimetropima con sulfametoxazol. En el paciente ambulatorio la vía oral es la ideal y cefuroxima el tratamiento de primera elección.

DEFECTOS DEL PISO PÉLVICO

Manejo del prolapso de cúpula vaginal con cabestrillo posterior

Autor:

Arnulfo Martínez Chapa

Coautores:

Alejandra Mayela Briones Martínez, Irma Alytter Balderas Cerda, Sara Elisa Leal Manzanares

Institución:

Hospital Regional Monterrey, ISSSTE

Objetivo: evaluar resultados del cabestrillo intravaginal posterior (CIP) en el prolapso de cúpula vaginal.

Material y métodos: se colocaron 18 CIP (11 eversión de cúpula vaginal, 7 posterior a histerectomía vaginal) del 11/2004 al 01/2007. Se evaluó etapa clínica y se consideró falla objetiva cuando punto C $\geq$ -1. Se realizó cirugía concomitante como reconstrucción de prolapso anterior y posterior, así como miorrafia de elevadores. El seguimiento varió de 3 meses a 2.2 años. Hubo un caso perdido a seguimiento. **Resultados:** edad promedio 62 años (52-80), 56% ECII, 36% EC III, 8% ECIV. Reparación paravaginal-vía vaginal y defecto específico, 6 casos (6/17). Fijación con malla al arco tendinoso FP en 11 casos. Reconstrucción posterior con malla en 9 casos (9/17). En 5 casos reconstrucción posterior estándar. El tiempo operatorio en aplicación de cabestrillo fue 18-25 minutos incrementándose a 142 minutos en cirugía concomitante. Un caso presentó hemorragia transoperatoria. En 8 casos se transfundió postoperatoriamente por decremento de hemoglobina. Un caso de recurrencia a las 6 semanas postoperatoria. Longitud vaginal promedio fue de 9 cm. (8-12 cm). En 7 casos se realizó vaginografía postoperatoriamente. El promedio de IMC fue de 42. No se presentó ningún caso de infección, erosión de cinta o lesión a recto. **Conclusiones:** técnica fácil de realizar con recurrencia y morbilidad baja.

MANEJO QUIRÚRGICO DE LA IUE**Tratamiento de incontinencia urinaria de esfuerzo, con cinta libre de tensión sistema obturador****Autor:**

Luis Alberto Pérez Flores

Coautores:

Juan Solís Medrano, Joaquín Oliva Cristerna, Héctor Hernández García

Institución:

Hospital de Ginecología y Obstetricia Tlatelolco

Objetivo: presentar el resultado del tratamiento de incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE), colocando la cinta libre de tensión con sistema obturador. (TVTO).

Material y métodos: estudio descriptivo, observacional, retrospectivo. Se revisaron expedientes clínicos de pacientes tratadas con TVTO para IUE. De Diciembre 2004 a Diciembre 2006 (n = 61). Utilizando una cinta de polipropileno no absorbible TVTO, Gynecare Johnson & Johnson. Recolectando la información en hoja de datos, a investigar edad, gestas, diagnóstico, índice de masa corporal, anestesia, sangrado operatorio, tiempo quirúrgico, complicaciones, estancia hospitalaria, valoración de la continencia. Utilizando porcentajes, promedios y medidas de tendencia central. **Resultados:** estudiamos 61 pacientes de 39 a 74 años, promedio 48 años. Gestas promedio 3. Diagnóstico 30 con IUE (49.1%), IUE y cistocele 20 (32.7%), IUE recidivante 11 (18%), con peso normal 31 (50.8%), sobrepeso 20 (32.7%), obesidad 10 (16.3%). El 100% se aplicó Bloque peridural. Tiempo quirúrgico promedio 24 minutos. Sangrado operatorio promedio 30 mL. Complicaciones retención urinaria 1 (1.6%), Equimosis de muslo 1 (1.6%). Estancia hospitalaria 1 día. Seguimiento a 7 y 30 días, continencia urinaria 100%, 3 meses continencia del 100%, a los 6 y 12 meses 98.3 % de continencia urinaria. **Conclusión:** esta técnica TVTO reduce morbilidad, tiempo quirúrgico, estancia hospitalaria, incapacidad, reincorporándose más rápido la paciente a sus actividades y mejorando su calidad de vida, en comparación con el estándar de oro para tratamiento de IUE. En manos expertas el tiempo quirúrgico es de 15 minutos.

OTROS TEMAS DE LA IUE**Experiencia quirúrgica en la aplicación de malla (*prolift*) para corrección del prolapso de órganos pélvicos****Autor:**

Esther Silvia Rodríguez Colorado

Coautores:

Laura Escobar del Barco, Viridiana Gorbea Chávez, Oneyda Mercedes Chavarría Delgado

Institución:

Instituto Nacional de Perinatología, Clínica de Urología Ginecológica del INPer

Objetivo: reconocer la experiencia en la aplicación de malla para la corrección de prolapso de órganos pélvicos con la técnica quirúrgica Prolift. **Material y método:** estudio descriptivo, observacional. Se incluyeron pacientes con prolapso de órganos pélvicos estadio III y IV candidatas a cirugía para corrección del prolapso con cirugía de colocación de malla libre de tensión (Prolift). La información se obtuvo de los 9 casos sometidos a tratamiento quirúrgico. Se realizó análisis de los datos del transoperatorio y un mes postoperatorio. **Resultados:** el total de pacientes intervenidas con el sistema Prolift fue de 9 en el mes de mayo y junio de 2007, a 6 pacientes se les colocó Prolift completo y 2 sólo anterior; en una se colocó TVT secure por incontinencia urinaria de esfuerzo urodinámica. La mediana para la edad fue de 70 años (53-82), paridad de 4 partos (2-9). Todas POP-Q estadio III o IV. Tiempo quirúrgico 85 minutos (55-125), sangrado transquirúrgico de 200 mL (50-500 mL), as paciente deambularon en las primeras 24 horas. No se presentaron complicaciones intra-operatorias; en el post-operatorio inmediato la queja fue dolor en el área quirúrgica, en una de las pacientes. A 2 meses de seguimiento, una de las pacientes presentó recidiva del prolapso de estadio IVCx a IIICx. **Conclusión:** basados en estudios precedentes y nuestros resultados a la fecha, consideramos que el método es fácil, rápido y seguro de aplicar; queda por valorar la eficacia a largo plazo.

Hallazgos urodinámicos en vejiga hiperactiva

Autor:

Edith Verónica Flores Rueda

Coautores:

Gerardo Espino Veyna, Silvia Rodríguez Colorado, Viridiana Gorbea Chávez

Institución:

Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes

Objetivo: describir los hallazgos urodinámicos de las pacientes con diagnóstico de vejiga hiperactiva. **Material y métodos:** se trata de un estudio descriptivo, retrospectivo. Se revisaron los expedientes de las pacientes con diagnóstico de vejiga hiperactiva que acudieron a la Clínica de uroginecología del INPer en el periodo del 1 de enero al 31 de diciembre de 2006. Se incluyeron 130 expedientes que cumplieron con los criterios de selección. **Resultados:** la edad promedio fue de 48.8 ± 6.3 años. Los hallazgos urodinámicos fueron los siguientes: primera sensación prematura 63.84%, contracciones no inhibidas del detrusor 93%, vejiga hiperactiva húmeda 93.1%, vejiga hiperactiva seca 6.1%, adaptabilidad disminuida 23%, trastorno de vaciamiento 26.92%. Todas las pacientes con vejiga hiperactiva húmeda presentaron contracciones no inhibidas del detrusor. **Conclusiones:** la vejiga hiperactiva presenta contracciones no inhibidas del detrusor durante el estudio urodinámico independientemente si se acompaña o no de incontinencia.

BIOLOGÍA DE LA REPRODUCCIÓN

Efecto del tratamiento de fertilidad en la función sexual de pacientes con infertilidad. Estudio con grupo control

Autor:

Juan Francisco Granja Lovera

Coautores:

Edith María Ramos Reyes, Susana Velázquez Macías, Verónica Delgado Parra, Jesús Barrón Vallejo

Institución:

Médica San Ángel. Reproducción Humana, SC

Objetivo: determinar el efecto del tratamiento de fertilidad en la función sexual de mujeres en tratamiento de la infertilidad. **Material y métodos:** fueron incluidas 22 pacientes estudiadas con el formato **Female Sexual Function Index** (FSFI) que valora 19 parámetros de la función sexual femenina. El grupo total se dividió en dos grupos. Grupo 1, pacientes en tratamiento de fertilidad y grupo 2, pacientes sanas que acudían a consulta de control ginecológico (toma de citología o anticoncepción). Los parámetros fueron evaluados con pruebas de estadística descriptiva y ANOVA. **Resultados:** la edad promedio del total de las pacientes fue de 36.0 ± 3.7 años, sin diferencia significativa en la edad de los dos grupos. La duración promedio de la infertilidad fue de 5.5 ± 3.8 años. Hubo pacientes en el grupo de infertilidad que no tuvieron actividad sexual en el mes previo al tratamiento, mientras que todas las pacientes del grupo control tuvieron actividad sexual en el periodo referido, aunque la diferencia no fue estadísticamente significativa ($p > 0.05$). Se encontró diferencia significativa ($p < 0.05$) en otros parámetros de la función sexual. **Conclusiones:** la experiencia de la infertilidad produce profundos efectos sobre el estado anímico de las personas. En el presente trabajo se observó que inclusive puede llegar a causar falta de actividad sexual (en ocasiones determinada por el médico o por iniciativa propia de los pacientes). Las alteraciones psicológicas y de la función sexual ameritan que este rubro sea tomado en cuenta por los especialistas dedicados a la medicina reproductiva.

Evaluación de la calidad de vida de pacientes que se encuentran en tratamiento de fertilidad, uso de la Prueba SF-36

Autor:

Juan Francisco Granja Lovera

Coautores:

Oswaldo Ramírez Rocha, Susana Velázquez Macías, Verónica Delgado Parra, Jesús Barrón Vallejo

Institución:

Médica San Ángel. Reproducción Humana, SC

Objetivo: evaluar la calidad de vida en pacientes que reciben tratamiento de fertilidad utilizando la prueba SF-36. **Material y métodos:** se incluyeron 28 pacientes evaluadas con el formato Short Form 36 (SF-36) que mide la calidad de vida de pacientes que se someten a tratamientos médicos. El grupo total fue dividido en dos grupos. Grupo 1, pacientes en tratamiento de fertilidad y grupo 2, pacientes sanas que acudían a consulta de control ginecológico. Los valores fueron analizados con χ^2 y la prueba exacta de Fisher cuando fue considerado necesario. **Resultados:** la edad promedio del total de las pacientes fue de 35.6 ± 3.5 años. El 92.8% del total refirió tener estado de salud entre bueno a excelente, sin diferencia significativa entre los grupos ($p > 0.05$); mientras que el 82.1% manifestó estabilidad o mejoría en su estado de salud en el lapso de un año ($p > 0.05$ entre ambos grupos). Ambos grupos tuvieron similitud en los parámetros relacionados con el desarrollo de actividades físicas y laborales ($p > 0.05$). Hubo diferencia en parámetros de la calidad de vida, no obstante, dentro de los lo más destacado fue encontrar diferencia significativa ($p < 0.05$, afectado a pacientes infértiles) en la disminución de actividades a consecuencia de la tensión emocional. **Conclusiones:** el formato SF-36 se usa ampliamente para valorar la calidad de vida (desde el punto de vista médico) y toma en cuenta tanto aspectos físicos como emocionales. Las manifestaciones psicológicas son muy frecuentes en las pacientes infértiles, las sensaciones de agobio las afectan notoriamente y deben ser discutidas ampliamente con el clínico.

Manejo del factor tubo peritoneal**Autor:**

Julio César Domínguez Vázquez

Institución:

Consultorio privado

Objetivo: el factor tubo peritoneal representa un 30-40% en la pareja estéril. La hipótesis del trabajo es demostrar el efecto contráctil que ejercen los

dispositivos (asa de lippes y multiload), a nivel del cuerpo uterino y de las salpinges, modificando la permeabilidad y funcionalidad. Como alternativa de terapia en nuestro medio se utilizó el DIU. Este procedimiento es un opción para la desobstrucción de la salpinge, no es invasivo y es menos costoso.

Material y métodos: se realizó un estudio observacional con 48 pacientes con factor tubo peritoneal, diagnosticados por histerosalpingografía, y en 2 casos se practico laparoscopia; la edad fluctúa entre los 20 y 40 años. 25 con esterilidad primaria y 23 con esterilidad secundaria (14 con antecedentes de un parto, 3 con dos partos, 4 con un aborto, 1 con una cesárea y 1 con dos cesáreas). se les coloco durante seis meses un dispositivo intrauterino asa de lippes "d", o multiload. recibieron antes y durante la aplicación amoxicilina 1 gramo cada 8 horas, naproxeno sódico 550 mg cada 12 horas durante diez días. con prueba de clamidia positiva doxiciclina 100 mg cada 12 horas por diez días. **Resultados:** los resultados de la histerosalpingografía fueron comparados con el estudio previo, se observó modificación de la cavidad uterina, permeabilidad de las salpinges y difusión del material de contraste en la cavidad peritoneal. de 48 casos protocolizados de junio de 1979 a la fecha, 25 con esterilidad primaria se logro permeabilidad en 20 casos, embarazo en 10; de 23 casos con esterilidad secundaria se logro permeabilidad en 16, con 12 embarazos. no se han registrado embarazos ectópicos. **Conclusiones:** con este estudio se demostró la hipótesis de trabajo (efecto contráctil que ejercen los dispositivos a nivel del cuerpo uterino y de la salpinge) y la alternativa de terapia en el factor tubo peritoneal, habla del beneficio ofrecido.

Patología intrauterina en pacientes con esterilidad secundaria, correlación con antecedentes de aborto**Autor:**

Fernando Ayala Aguilera

Coautores:

Luis Humberto Sordia Hernández, Marisela Castañeda Díaz, Felipe Arturo Morales Martínez

Institución:

Hospital Universitario José E. González, UANL

Objetivo: conocer el tipo de esterilidad en pacientes diagnosticadas con patología intrauterina durante el estudio de mujeres con infertilidad, el diagnóstico por histeroscopia y sus antecedentes ginecobstétricos. **Material y métodos:** se realizó un estudio retrospectivo y observacional. Se incluyeron todas las pacientes en quienes se diagnosticó patología intrauterina por medio de ultrasonido transvaginal o histerosalpingografía y que fueron posteriormente programadas para histeroscopia operatoria en el Centro Universitario de Medicina Reproductiva de octubre de 2004 a marzo de 2007. Se registraron los diagnósticos establecidos por histeroscopia, los antecedentes ginecobstétricos y el tipo de esterilidad de las pacientes. **Resultados:** se incluyeron 43 pacientes. La edad promedio de las pacientes fue de 33.5 años. 22 pacientes presentaban esterilidad primaria (51%), 49% esterilidad secundaria. De entre las pacientes con esterilidad secundaria, el 100% presentaban antecedente de abortos (media: 1.66, rango: 1-3). La pacientes en este último grupo presentaban antecedente de embarazos con nacido vivo de 0.85 (rango: 0-3); 7 (33%) tenían antecedente de no haber logrado llevar embarazos a término. **Conclusiones:** todas las pacientes infértiles en quienes se encontró patología intrauterina con esterilidad secundaria tenían antecedente de aborto. Sugerimos integrar a la histeroscopia al protocolo de estudio inicial de esterilidad en pacientes con esterilidad secundaria.

Progesterona en microesferas para suplementación de fase lútea

Autor:

Gerardo Menocal Tobías

Coautores:

Rafael Sánchez Usabiaga, Jorge Dueñas Riaño, Sergio Romero Tovar, Anaid Batista Espinoza, Elvia Velázquez Martínez

Institución:

Médica Fértil. Instituto de Medicina Reproductiva

Objetivo: evaluar en pacientes con infertilidad la aceptación de un nuevo esquema de suplementación de la fase lútea, utilizando progesterona ProSphere®

en monodosis semanal hasta el primer trimestre de embarazo. **Material y métodos:** se incluyeron 30 mujeres voluntarias con tratamiento por infertilidad en Médica Fértil, Instituto de Medicina Reproductiva ISO 9001:2000. Se les suplementó durante la fase lútea; previo procedimiento reproductivo de baja o alta complejidad, con 200 mg de progesterona en microesferas en una prescripción semanal. El seguimiento clínico y aplicación del medicamento, se llevó a cabo en el centro de reproducción cada 7 días a partir del procedimiento reproductivo y hasta descartar un embarazo o cumplir 12 semanas de gestación. Se evaluaron: aceptación del medicamento por la paciente, complicaciones asociadas a su aplicación y uso, incidencia de embarazos y eventos perinatales ocurridos durante el primer trimestre de gestación. **Resultados:** la proporción general de embarazos logrados fue del 26.6% con un 87.5% de vitalidad hasta la semana 12. El 96.6% de pacientes manifestaron comodidad con este esquema de suplementación y continuaron su uso hasta el término del estudio. No hubo complicaciones sistémicas asociadas al medicamento y sólo un caso, presentó una reacción local, temporal tras su aplicación. **Conclusiones:** la suplementación semanal de la fase lútea con progesterona en microesferas tiene aceptación y resulta eficaz en la paciente tratada por infertilidad.

Resultados perinatales de un programa de infertilidad institucional

Autor:

Oliver Paúl Cruz Orozco

Coautores:

Julio F. De la Jara Díaz, Juan Zepeda Neri, Mirna Godínez Enríquez

Institución:

Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinoza de los Reyes

Objetivo: describir las características y los resultados perinatales de las pacientes del programa de infertilidad. **Material y métodos:** análisis retrospectivo, descriptivo en el grupo de pacientes que lograron

embarazo en el programa de infertilidad de Enero 2003 a Diciembre 2005. Se describieron variables clínicas y resultados perinatales. **Resultados:** se realizó un reclutamiento de 433 pacientes que lograron el embarazo, de las cuales hubo 424 embarazos únicos, 8 embarazos gemelares dobles y uno triple. El número total de embarazos clínicos logrados, incluyendo a los embarazos múltiples fue de 456. La edad promedio fue de 29.8 ± 3.86 años. La infertilidad primaria representó 62.7%, el factor involucrado en mayor proporción fue el endocrino-ovárico en 52.4%. Se logró embarazo a término en 58.1% y aborto 17.32%. La resolución del embarazo fue 63% cesárea, 23% vaginal (18% eutocia y 5% parto instrumentado), 11% abortos y 3% ectópico. El porcentaje de neonatos en casa a partir del número de embarazos fue de 63.49%. La complicación más frecuente durante el embarazo fue preeclampsia 8.45% y diabetes gestacional 7.47%. El resultado neonatal promedio en los recién nacidos fue peso: 2965 g, Apgar a los 5 minutos de 8.88, destino final fue alojamiento conjunto en 74.5%. **Conclusiones:** dentro de la clínica de infertilidad en las pacientes que logran un embarazo, la perspectiva de un recién nacido en casa es de 63.49%. Logrando esto a base de tratamiento médico 92.86% (metformina, medidas nutricionales, antian-drogénicos). El resultado perinatal de los neonatos es muy similar que lo reportado en la literatura mundial. La tendencia será para el futuro reducir la incidencia de dichas complicaciones.

REPRODUCCIÓN ASISTIDA

Análisis de 873 ciclos de hiperestimulación ovárica controlada más inseminación intrauterina y comparación de los resultados entre normo y pobres respondedoras

Autor:

Juan Carlos Barros Delgadillo

Coautores:

Pedro Jacobo Galicia Becerril, Ángel Edgar Cacique Borrego, Francisco Javier Estrada Garwood

Institución:

Instituto Nacional de Perinatología, Isidro Espinosa de los Reyes

Objetivo: analizar los resultados de 4 años de experiencia en ciclos de hiperestimulación ovárica controlada (HOC) en pacientes sometidas a inseminación intrauterina (IIU). **Material y métodos:** se realizó un estudio analítico, comparativo, retrospectivo y longitudinal, desde el 1 enero 2003 al 31 diciembre 2006. Incluyó pacientes infértiles entre 24 y 42 años de edad. Se analizó: edad, tipo, causa y tiempo de infertilidad, densidad y movilidad espermática poscapacitación, número de folículos totales y maduros (día de hCG), grosor endometrial, dosis total de gonadotropina, día de inseminación y número de ciclo, entre los grupos de embarazadas vs no embarazadas, normo vs pobres respondedoras y resultados obstétricos. Los resultados se analizaron con los programas Stateview 5.0 y SPSS 11.0. **Resultados:** total, 873 ciclos en 539 parejas. La tasa de embarazo por ciclo fue de 13.1% y por paciente del 21.3%. La edad promedio fue de 33.5 ± 3.3 años. Hubo diferencias estadísticas en: tipo, causa y tiempo de infertilidad, densidad y movilidad espermática y número de ciclo, con el grupo de embarazo. Entre normo y pobres respondedoras, el grosor endometrial y día de inseminación, alcanzaron diferencia significativa. Se lograron 115 embarazos, resultando un 19.1% en abortos, 3.4% embarazos ectópicos, 8.6% pretérminos y 53.9% de término. **Conclusiones:** la IIU es una técnica de reproducción asistida de baja complejidad efectiva para el tratamiento de la infertilidad en pacientes cuidadosamente seleccionadas.

Análisis comparativo de la tasa de embarazo/ovocitos capturados en un programa de fertilización *in vitro*

Autor:

Alberto Kably Ambe

Coautores:

Sergio Estévez González, Esperanza Carballo Mondragón, Leonor Durán Monterrosas

Institución:

Hospital Ángeles de las Lomas

Objetivo: establecer si existe un número de ovocitos capturados que se relacione con la tasa de embarazo en FIV-TE. **Material y métodos:** estudio retrospec-

tivo y descriptivo. Se analizaron 179 pacientes que ingresaron al programa de fertilización *in vitro*, todas cursaron con hiperestimulación ovárica controlada y antagonistas. Se dividieron en 5 grupos dependiendo número de ovocitos capturados: 1 (1-5), 2(6-10), 3(11-15), 4(16-20) y 5(> 20). Se correlaciono cada grupo con la tasa de embarazo. **Resultados:** el estudio no mostró diferencia estadísticamente significativa en edad, peso, dosis de FSHr o número de embriones transferidos. La mayor tasa de embarazo (48.7%) se obtuvo en el grupo 3 y se observó una disminución importante de la misma en las pacientes con más de 20 óvulos. **Conclusiones:** este estudio demuestra que existe incremento de la tasa de embarazo en las pacientes que se obtienen entre 11 y 15 óvulos. Lo anterior puede tener su explicación en las concentraciones moderadas de estradiol sérico, la calidad endometrial y el grado de respuesta a la estimulación.

Análisis de las anomalías de la cabeza espermática como causa de infertilidad inexplicable en un programa de fertilización *in vitro* (FIV-TE)

Autor:

Alberto Kably Ambe

Coautores:

Esperanza Carballo Mondragón, Sergio Estévez González

Institución:

Hospital Ángeles de las Lomas

Objetivo: valorar la correlación entre el porcentaje de espermatozoides con anomalía en la cabeza y la tasa de fertilización, embarazo y aborto en pacientes sometidas a FIV-TE. **Material y métodos:** se realizó un estudio retrospectivo. Se analizaron 126 pacientes que ingresaron al protocolo de fertilización *in vitro* con diagnóstico de infertilidad inexplicable durante el periodo de enero del 2002 a diciembre del 2005. Todos los casos contaron con una morfología espermática > 5% con criterio estricto de Kruger. Se formaron tres grupos dependiendo del porcentaje de anomalía en la cabeza espermática: grupo 1: < 30%, 2 de 31 a 39% y el tercero > 40%. Se realizó el ANOVA. **Resul-**

tados: el mayor porcentaje de fertilización se observó en el grupo 1 seguido por el grupo dos dejando al tercer grupo con el menor porcentaje (65.4%, 49.5% y 57.23%; $p = 0.005$) La tasa de embarazo fue de 50%, 25.4% y 25.7%; ($p = 0.002$) respectivamente. No se presentó ninguna pérdida gestacional en el grupo 1 comparado con el resto que fue de 30.7 (Grupo 2) y 22.2 % (Grupo 3). **Conclusiones:** en las pacientes con infertilidad inexplicable, el porcentaje de anomalías a nivel de la cabeza espermática parece ser un factor pronóstico no sólo de lograr el embarazo sino también de la evolución del mismo.

Causas de infertilidad en pacientes sometidas a técnicas de reproducción asistida

Autor:

Roberto Santos Haliscak

Coautores:

Lidia Arenas Montesco, Pablo Díaz Spindola, Marco Vinicio Cházaro Iwaya

Institución:

Centro de Fertilidad IECH Monterrey. Hospital Centro de Ginecología y Obstetricia

Objetivo: conocer los factores asociados con infertilidad y su prevalencia en el Instituto para el Estudio de la Concepción Humana por grupo de edad en pacientes sometidas a técnicas de reproducción asistida. **Material y métodos:** estudio de prevalencia. Se incluyeron en el estudio todas las pacientes sometidas a técnicas de reproducción asistida, FIV o ICSI, de enero del 2002 a Diciembre del 2006. Se dividieron los factores asociados a esterilidad en: tubo-peritoneal, endocrino-ovárico, masculino, multifactorial e inexplicable. Además en grupos de edad: menores de 30 años, de 30 a 34 años, 35 a 39 años e iguales o mayores de 40 años, comparando los resultados con los publicados por la Red LARA y SART en el 2004 y 2005 respectivamente. **Resultados:** se analizaron los datos de un total de 1322 pacientes, de los cuales el factor tubo-peritoneal encabeza la lista con un 32% de los casos (432 pacientes), seguido de factor múltiple 24% (317), factor masculino 21% (278), factor endocrino-ovárico

17% (225) y causa inexplicable 6% (79). **Conclusiones:** los resultados son similares a los documentados en la Red LARA y SART, pero con una prevalencia mayor en el factor masculino como causa de infertilidad y de factor múltiple, así como un porcentaje menor de casos asociados a un factor inexplicable.

Clasificación del cigoto y calificación del embrión como factores pronósticos en implantación

Autor:

Graciela Olivares Fernández de Lara

Coautores:

Jacobo Dabbah Mussaly, Gerardo Villegas Moreno, Alfonso Gutiérrez Najar

Institución:

Hospital Ángeles del Pedregal

Objetivo: para disminuir los embarazos múltiples y lograr tratamientos de fertilización *in vitro* exitosos es necesario un método confiable de selección de un embrión con un máximo potencial de implantación considerando en conjunto las características del cigoto y el desarrollo del embrión para hacer una selección.

Material y métodos: estudio retrospectivo, observacional, descriptivo y transversal. Se aplicó un sistema de clasificación del cigoto con los siguientes parámetros: Pronúcleos; Nucleólos; Citoplasma; Cuerpos polares; Espacio Perivitelino; Zona Pelúcida. Se calificó con A sólo teniendo aciertos y ninguna imperfección, con B cuando no tenía aciertos ni imperfecciones y con C cuando no tenía aciertos con imperfecciones. El patrón de desarrollo de los embriones basado en los criterios propuestos por Veeck (Veeck, L., 1999). Determinando una buena calidad es 1+, 2+ y mala calidad 3+, 4+, 5+. **Resultados:** en 127 ciclos (127 mujeres) con una edad promedio de 35.8 ± 4.8 años, la clasificación de cigotos A tuvo una tasa de embarazo del 34.1%, cigotos B una tasa de embarazo del 28.5%, los embriones buenos con una tasa de embarazo 34.6% y cuando no se incluyeron embriones buenos (embriones mala calidad) una tasa de embarazo 26.6%. **Conclusiones:** no podemos individualizar la evaluación del cigoto y del embrión resultante, es necesario una calificación

acumulativa para seleccionar el embrión a transferir que nos de un resultado satisfactorio en nuestro ciclo de fertilización *in vitro*.

Comparación de las tasas de embarazo en ciclos de reproducción asistida (RA) según transferencia en tercer día o en blastocisto

Autor:

Silvio Cuneo Pareto

Coautores:

Sandra Cubillos García, Eva Obregón Zegarra, Alexandra Bermúdez Rodríguez

Institución:

CONCIBE, Reproducción Asistida

Objetivo: comparar los resultados en tasa de gestación y de implantación embrionaria en ciclos de RA después de la transferencia en blastocisto y en tercer día. **Material y métodos:** estudio retrospectivo, comparativo transversal. Se incluyeron 83 ciclos de RA realizados de junio 2006 a mayo 2007, de los cuales en 59 se realizó transferencia en tercer día y en 24 en blastocisto. Se compararon tasas de embarazo y de implantación global y por grupo de edad. El análisis estadístico con *t* test pareadas y no pareadas y χ^2 , utilizando SPSS paquete estadístico para Windows. **Resultados:** la tasa global de gestación fue de 43.12% y 53.33% para tercer día y blastocisto respectivamente. La tasa global de implantación fue 25.10% y 31.98% para tercer día y blastocisto respectivamente. El análisis de la tasa de gestación según edad materna para tercer día y blastocisto no mostró significancia estadística $< 35-36-39 > 40$, Pearson χ^2 p. Tercer día 47.3%, 38.8%, 0%, 2.68, 0.261. Blastocisto: 71.4%, 60%, 28.6%, 2.82, 0.244. **Conclusiones:** no se observó diferencia estadísticamente significativa en las tasas de gestación e implantación, sin embargo existe una tendencia a mayor éxito con transferencia en blastocisto en mujeres mayores de 40 años probablemente a selección de mejores embriones.

Correlación entre la incidencia de abortos y la morfología espermática en pacientes sometidas a inseminación intrauterina

Autor:

Sergio Estévez González

Coautores:

Everardo Anta Jaen, Leonor Durán Monterrosas, Alberto Kably Ambe

Institución:

Hospital Ángeles de las Lomas

Objetivo: evaluar la influencia de la morfología espermática sobre la incidencia de pérdida gestacional en pacientes sometidas a inseminación intrauterina (IIU).

Material y métodos: se realizó un estudio retrospectivo y descriptivo. Se incluyeron 2060 pacientes a quienes se les realizó inseminación intrauterina homóloga de enero de 1999 a agosto del 2006. La morfología espermática se evaluó con el criterio estricto. Se dividieron en 3 grupos: uno con menos de 4%; grupo dos de 5 a 13% de formas normales, y el grupo tres con > 14% de morfología normal. El diagnóstico de embarazo se realizó mediante la medición de la fracción β de la hCG, corroborando el embarazo clínico por ecografía a la semana 7. **Resultados:** se obtuvieron 276 gestaciones (13.39%), de las cuales 18 abortaron (6.52%). En el grupo uno hubo 5 abortos (6.56%), en el grupo dos 13 (8.44%) y el grupo tres no presentó abortos. **Conclusiones:** a la luz de estos resultados se puede esperar que con morfología espermática normal mayor a 14%, la tasa de abortos sea cercana a cero cuando se realiza inseminación intrauterina.

Donación compartida vs donación única: experiencia en el Centro de Fertilidad IECH

Autor:

Pablo Díaz Spíndola

Coautores:

Pedro Galache Vegar, María Lidia Arenas Montesco, José Sepúlveda González

Institución:

Centro de Fertilidad IECH, Monterrey, NL

Introducción: la donación ovular se utiliza cuando

los ovarios no producen óvulos o la paciente es portadora de algún defecto hereditario. La ovo-donación compartida es una opción de menor costo, existiendo controversia sobre los resultados y su beneficio. **Objetivo:** comparar los resultados en donación única contra donación compartida valorando su beneficio como una opción de menor costo. **Material y métodos:** estudio retrospectivo y comparativo. Se incluyeron 176 ciclos entre Enero 2002 y Abril 2007 en el Centro de Fertilidad IECH en Monterrey. El Grupo I ($n = 45$) receptoras con donación única y Grupo II ($n = 40$) receptoras compartidas. Las variables utilizadas: número total de óvulos, óvulos maduros, índice de fertilización, número de embriones transferidos y porcentaje de embarazo. Análisis estadístico con SPSS 12.0. Se considera diferencia estadística $p < 0.05$. **Resultados:** el número total de óvulos fue de 16 ± 6 en receptora única vs 11 ± 5 en receptora compartida ($p < 0.05$), así como el porcentaje de óvulos maduros (82.1% vs 80.9%) y el índice de fertilización (67.8% vs 61.4%) sin significancia estadística. El número de embriones transferidos de 2.9 ± 0.6 vs 2.6 ± 0.7 ($p < 0.05$) y el índice de embarazo 42.9% vs 33.3% sin significancia estadística. **Conclusión:** aún cuando se mejora el índice de embarazo en donación única no representa diferencia estadística. El programa de donación compartida tiene buenos resultados a pesar del número de óvulos asignados a cada receptora y el número de embriones transferidos. En el IECH esta técnica disminuye los costos sin alterar el porcentaje de éxito.

Estimación cuantitativa del estradiol sérico el día de la aplicación de hCG como factor pronóstico en pacientes con fertilización *in vitro*

Autor:

Sergio Estévez González

Coautores:

Alberto Kably Ambe, Esperanza Carballo Mondragón

Institución:

Hospital Ángeles de las Lomas

Objetivo: determinar el nivel sérico óptimo de estradiol para lograr un embarazo en pacientes sometidas

a FIV-TE. **Material y métodos:** se realizó un estudio retrospectivo y descriptivo. Se revisaron 211 pacientes que ingresaron al programa de FIV-TE durante el periodo del primero de enero al 31 de diciembre del 2006. Se distribuyeron en dos grupos dependiendo el uso de Antagonistas (Grupo A) o Agonistas (Grupo B). Se realizó un análisis de frecuencia de embarazo dependiendo el valor sérico de estradiol el día de la aplicación de la hCG, subdividiendo a los grupos de la siguiente manera. Grupo 1 < 1000, Grupo 2 de 1001 a 1500 pg/dL, Grupo 3 entre 1501 a 2000, Grupo 4 de 2001 a 2500, Grupo 5 de 2501 a 3000 y Grupo 6 > 3000 pg/dL. Se evaluó el número de ovocitos capturados el porcentaje de fertilización y se correlaciono con la tasa de embarazo. **Resultados:** se revisaron 179 pacientes del Grupo A y 32 del B. No existió diferencia estadísticamente significativa en edad, índice de masa corporal, número de embriones transferidos o la dosis de FSHr. La tasa de embarazo por transferencia fue de 37% para el A y 13.6% para el B. En relación al nivel sérico de estradiol la mayor tasa de embarazo (50%) de antagonistas con un nivel de estradiol < 1500 pg/dL. **Conclusiones:** los niveles de estradiol entre 1000 y 2000 pg/dL parecen relacionarse con las mejores tasas de embarazo independientemente si se utilizan agonistas o antagonistas.

¿Existe relación entre el número de ovocitos y el parto pretérmino?

Autor:

Alberto Kably Ambe

Coautores:

Pablo Vilchis Nava, Jenny Díaz Calvillo, Marian Bercherano Pimstein

Institución:

Hospital Ángeles Lomas

Objetivo: determinar la cantidad de ovocitos obtenidos en la punción folicular y correlacionarla con parto pretérmino. **Material y métodos:** se incluyeron 158 pacientes que ingresaron al programa de fertilización *in vitro* y consiguieron un embarazo en el periodo de Enero de 2002 a Agosto de 2006. Se excluyó

a las receptoras, donadoras y úteros subrogados. Se utilizó protocolo de estimulación con análogos de GnRh y FSH recombinante. Las variables estudiadas fueron el número de ovocitos obtenidos en la captura ovular y el número de partos pretérmino. El análisis estadístico se realizó con la prueba de Pearson para establecer correlación entre variables y la prueba de ANOVA para comparar promedios. **Resultados:** la edad promedio fue de 33 ± 3 años el principal factor de infertilidad fue el Tubo-Peritoneal. 81 pacientes con parto de término y un promedio de ovocitos obtenidos 12.6 ($p = 0.142$, IC 99%) 52 con parto pretérmino y un promedio de ovocitos obtenidos de 15.7 ($p = 0.112$, IC 99%) 25 pacientes con aborto y un promedio de ovocitos obtenido de 10.8 ($p = 0.121$ IC 98%). Aunque se observó un mayor número de ovocitos obtenidos en el parto pretérmino no se apreció correlación estadística entre el número de ellos y parto pretérmino. **Conclusiones:** en pacientes en las que se obtienen más ovocitos en la captura se esperaría encontrar mayor frecuencia de parto pretérmino, debido al aumento de la secreción de relaxina, la cual se ha correlacionado con parto pretérmino; sin embargo, en este estudio no hubo diferencia estadística en el número de ovocitos y el parto pretérmino.

Factores que afectan el resultado de embarazo en pacientes con transferencia de un solo embrión

Autor:

Sergio Estévez González

Coautores:

Esperanza Carballo Mondragón, Alberto Kably Ambe, Aldo Maldonado Salgado

Institución:

Hospital Ángeles de las Lomas

Objetivo: evaluar los factores que intervienen en el resultado de embarazo cuando se transfiere un solo embrión. **Material y métodos:** estudio retrospectivo y de correlación. Se estudiaron 104 pacientes que cursaron con transferencia de un solo embrión. Se analizaron las siguientes variables: número y calidad de ovocitos capturados, tasa de fertilización, calidad

de la muestra seminal, calidad del embrión a transferir, grosor endometrial y se correlacionaron con la tasa de embarazo. **Resultados:** no existió diferencia estadísticamente significativa en el número de ovocitos capturados ni en la calidad de los mismos o de la muestra seminal. En la transferencia de embriones con menor de cinco células se obtuvo una mayor tasa de embarazo cuando el endometrio supero los 10 mm. (12.5% vs 0.0%). En los de seis y siete células cuando fue mayor de 10 mm también se obtuvo una tasa mayor (20 y 31.4%). El grupo con embriones de 8 células obtuvo la mayor tasa de embarazo aún cuando el endometrio contaba con un grosor menor de 8 mm (25% vs 16.8%). **Conclusiones:** el grosor endometrial mayor de 7 mm es considerado como un buen factor pronóstico en FIV-TE. Este estudio demuestra que la afirmación es correcta siempre y cuando la calidad embrionaria el día de la transferencia sea adecuada. En conjunto el número de células y el endometrio son factores pronósticos importantes cuando se transfiere un solo embrión.

Grosor endometrial en relación con la pérdida gestacional en pacientes con donación de óvulos

Autor:

Alberto Kably Ambe

Coautores:

Erica Ramos A, Erika Fernández, Esperanza Carballo

Institución:

Hospital Ángeles de las Lomas

Objetivo: conocer la relación entre grosor endometrial y pérdida gestacional en pacientes sometidas a FIVTE. **Material y métodos:** se estudiaron 62 pacientes que lograron embarazo con el protocolo de donación de óvulos. Se dividieron en dos grupos en base al grosor endometrial previo a la captura: G1) ≤ 9 mm y G2) ≥ 10 mm. El diagnóstico de embarazo se efectuó mediante detección de hCG, 14 días pos-transferencia y se confirmó por ultrasonido. Se estudiaron las siguientes variables: edad de las pacientes, niveles de LH, progesterona y estradiol tomadas el día de la

aplicación de hCG, número y calidad de embriones transferidos y presencia o ausencia de factor masculino. **Resultados:** se analizaron 16 pacientes en el grupo 1 y 48 en el 2. En relación al aborto, este se presentó en 25% del primero y 12.5% del segundo. El 75% del grupo uno tuvieron embarazos que llegaron a término, comparado al 87.5% del segundo. Otro hallazgo fue que en las pacientes con abortos, 75% del grupo 1 tenían agregado factor masculino y 50% en el 2. No se encontró diferencia estadística significativa en las demás variables. **Conclusiones:** la literatura indica que un grosor endometrial > 7 mm tiene mejor tasa de éxito de embarazo, pero no pronostica la evolución del mismo. En este estudio se observó que con un grosor endometrial ≥ 10 mm, la tasa de abortos es significativamente menor. Sin embargo, el intervalo de confianza es amplio en la n de los grupos, por lo que se necesita un estudio clínico controlado para confirmar el hallazgo.

Hiperestimulación ovárica secundaria a la administración de agonista de GnRh posterior al diagnóstico por laparoscopia de endometriosis: reporte de 2 casos

Autor:

Ayda Josefina Martínez Hernández

Coautores:

Roberto Santos Haliscak, José Sepúlveda González, Pablo Díaz Spíndola

Institución:

Centro de Fertilidad IECH Monterrey, NL

Objetivo: reporte de 2 casos de hiperestimulación ovárica secundaria a la aplicación de agonista de GnRH para el tratamiento de endometriosis. **Material y métodos:** dos pacientes de 34 y 29 años, con historia de dolor pélvico, a las cuales se les realizó laparoscopia por endometriosis, y desarrollaron después de la administración de acetato de leuprolide y goserelina, hiperestimulación ovárica. En el Caso 1 se realizó ultrasonido encontrando múltiples quistes ováricos en rango de 2 a 3.2 cm, estradiol sérico 3000 pg/mL, permaneciendo asintomática con manejo expectante, se observa en ultrasonido 20 días después ambos

ovarios normales en tamaño y morfología. Caso 2 quistes ováricos de 2.3 a 2.9 cm, estradiol 0.01 pg/mL, se administro furosemida, la cual fue suspendida iniciando hidratación, dieta hiperproteica y reposo, 10 días después los síntomas se resolvieron. **Resultados:** estos dos casos describen un efecto inusual en la terapia supresiva de los agonistas de GnRH para manejo de endometriosis. En ambos casos el aumento en el volumen ovárico fue observado, sin embargo una paciente permaneció asintomática y mejoro con manejo expectante, en contraste con el segundo caso en donde un manejo más agresivo fue requerido. **Conclusiones:** la hiperestimulación ovárica puede presentarse tras la administración de agonista de GnRH, independientemente de la presentación y el protocolo administrado. A pesar de que la resolución espontánea es la evolución normal, esta rara entidad probablemente representa, en pacientes susceptibles, una respuesta exagerada tipo Flare up, con la formación de múltiples quistes ováricos tras la administración del agonista.

Índice de óvulos que culminaron en embarazo en los programas de reproducción asistida en el Centro de Fertilidad IECH en el año 2006

Autor:

Samuel Hernández Ayup

Coautores:

G. García-Villafaña, P. Díaz Spíndola, P. Hinojosa Canseco

Institución:

Centro de Fertilidad IECH, Monterrey, NL

Introducción: en las técnicas de reproducción asistida es necesario aspirar gran número de óvulos para lograr un embarazo. **Objetivo:** conocer el índice de óvulos que culminaron en embarazo dentro del programa de reproducción asistida. **Material y métodos:** se realizó un análisis retrospectivo de pacientes sometidas a TRA durante el año 2006. Se analizó el índice de embarazo, índice de implantación e índice de óvulos que culminaron en un embarazo, por grupos de edad en ciclos de homólogas y en donadoras. **Resultados:** se

incluyeron 209 ciclos de homólogas y 31 donadoras. En las homólogas, se aspiraron un total de 955 óvulos, obteniendo 713 maduros (75%) y realizando ICSI en 722. Se transfirieron 473 embriones y se lograron 67 embarazos en un total de 209 ciclos. El índice de embarazo fue 32%, el de implantación fue 18.3%. Por grupos de edad, el índice de óvulos que culminaron en embarazo fue: < 30 años 4.3%, 31-34 años 4.8%, 35-39 años 4.6% y > 40 años 2.2%. En donadoras se obtuvieron 491 óvulos, y se realizó FIV en 237 e ICSI en 113. Se transfirieron 80 embriones, con índice de embarazo de 45%, de implantación 22.5% y del total de óvulos donados el 3.7% culminaron en embarazo. **Conclusiones:** de cada 100 óvulos obtenidos, entre el 2.2% y 4.8% de los homólogos y el 3.7% de los donados culminaron en embarazo. Existe mayor índice de embarazo en donación debido a que se obtiene mayor cantidad de óvulos.

Inseminación intrauterina versus coito programado en ciclos de hiperestimulación ovárica controlada: estudio de casos y controles

Autor:

Juan Carlos Barros Delgadillo

Coautores:

Evaristo Martínez Barrios, Christian Moreno Aburto, Mirna Souraye Godines Enríquez

Institución:

Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes

Objetivo: analizar el valor de la Inseminación Intrauterina (IIU) en pacientes sometidas a hiperestimulación ovárica controlada (HOC). **Material y métodos:** se realizó un estudio analítico, comparativo, retrospectivo y longitudinal de casos y controles. Se analizaron los ciclos de IIU (grupo I) y de Coito Programado (CP) (grupo II) sometidos a HOC, del 1 Enero 2004 - 31 Diciembre 2006. Se incluyeron pacientes infértiles entre 24 y 42 años (grupo I) y entre 23 y 36 años de edad (grupo II). Se analizaron: edad, tipo, etiología y tiempo de infertilidad, densidad y movilidad espermática poscapacitación, así como

EBD para CP; número de folículos totales y maduros, grosor endometrial, tipo y dosis de gonadotropina y día de inseminación para grupo I o día de inicio de coito para grupo II. Los resultados se analizaron con los programas STATA 7.0 y SPSS 12.0. **Resultados:** se analizaron 873 ciclos en 539 pacientes del grupo I y 246 ciclos en 138 pacientes del grupo II. La tasa de embarazo por ciclo fue de 13.1% (IIU) y de 5.2% (CP) ($p > 0.05$). La edad promedio para IIU y CP fue de 32.9 ± 3.5 y de 31.8 ± 2.7 años respectivamente. Hubo diferencia significativa sólo en la densidad espermática entre ambos grupos. **Conclusiones:** la inseminación intrauterina no parece tener ventaja sobre el CP en las tasas de embarazo entre las pacientes sometidas a hiperestimulación ovárica controlada.

La histeroscopia de consultorio (HISTC) como estudio de rutina en pacientes infértiles que serán sometidas a reproducción asistida (RA)

Autor:

Rafael Marín Medina

Coautores:

Arturo Morales Martínez, Enrique González Baez, Luis Humberto Sordia Hernández

Institución:

Hospital Universitario. UANL

Objetivo: la histerosalpingografía (HSG) es el método más utilizado para evaluar la cavidad uterina. Si se demuestra alguna anormalidad intracavitaria, se programa a la paciente a una histeroscopia. Sin embargo, reportes previos han demostrado que en pacientes infértiles programados a RA con HSG normal se detecta de un 19% a un 45% de patología intracavitaria al realizarles una HISTC. Por lo tanto, se decidió evaluar la implementación de la HISTC en la evaluación de las pacientes que serán programadas a RA. **Material y métodos:** estudio prospectivo y observacional cuarenta pacientes infértiles del Centro Universitario de Medicina Reproductiva de la UANL que serían sometidas a RA (FIV/ICSI) durante el periodo de Febrero a Junio del 2007. A todas las pacientes se les había realizado una HSG (8-18 meses previamente al

estudio). Se utilizó un histeroscopio Bettocchi de 3 mm (Karl Storz®). En ningún caso se necesitó anestesia. **Resultados:** en 9 (22.5%) pacientes se encontró patología uterina, las cuales no fueron previamente diagnosticadas por HSG; pólipos endometriales (5 casos), miomas submucosos (cuatro casos). Todos los procedimientos fueron bien tolerados. **Conclusiones:** se justifica realizar histeroscopia de consultorio de rutina en pacientes que serán sometidas a RA, por encontrar hasta en un 22.5% de patología intracavitaria, a pesar de una HSG previa que se reportaba como normal.

La histerosonografía 3D (HS3D) y la histeroscopia de consultorio (HISTC) como métodos para descartar patología intrauterina en pacientes candidatas a reproducción asistida. Reporte preliminar

Autor:

Rafael Marín Medina Rafael

Coautores:

Arturo Morales Martínez, Roberto Ambríz López, Luis Humberto Sordia Hernández

Institución:

Hospital Universitario. UANL

Objetivo: la evaluación de la cavidad uterina previo a un protocolo de RA es esencial. La HISTC es el método de elección para descartar patología intrauterina, sin embargo, estudios previos han demostrado que la HS3D da un excelente detalle anatómico del útero. La HS3D es menos invasiva, mejor tolerada y menos costosa. Por lo que se decidió compararlas para el diagnóstico de patología intracavitaria en pacientes infértiles previo a un ciclo de RA. **Material y métodos:** estudio prospectivo y comparativo. Cuarenta pacientes del Centro Universitario de Medicina Reproductiva de la UANL que serían sometidas a RA fueron evaluadas. Se les realizó una HS3D seguida de una HISTC de Febrero a Junio del 2007. Los procedimientos se programaron del día 5 al 10 del ciclo. Un catéter de transferencia embrionaria rígido fue utilizado con solución salina para la HS3D. Las HS3D fueron evaluadas por el mismo operador y las HISTC

realizadas por un solo cirujano, que desconocía los resultados ultrasonográficos. La cavidad uterina y el canal endocervical fueron evaluados y los hallazgos comparados. **Resultados:** la edad promedio de las pacientes fue de 35 años. La HS3D demostró 32 (80%) pacientes con cavidad uterina normal y 8 (20%) con anomalías. A 4 pacientes se les diagnosticaron miomas submucosos y a 4 pólipos endometriales. La HISTC encontró un pólipo endometrial que no había sido diagnosticado, el resto de los hallazgos fueron confirmados. Teniendo la HS3D una sensibilidad del 90%, una especificidad del 100% y un valor predictivo positivo del 100%. **Conclusiones:** la HS3D permite un diagnóstico preciso de la patología intracavitaria uterina. Por lo que, si la HS3D reporta una cavidad uterina normal, no será necesaria realizar una HISTC. Y si se reporta anormal, la paciente deberá programarse a una histeroscopia operatoria directamente. Se necesitan más estudios para llegar a una conclusión definitiva.

Las formas móviles totales en espermograma basal son predictivas de la cantidad de formas móviles recuperadas después de capacitación espermática

Autor:

Fernando Ayala Aguilera

Coautores:

Felipe Arturo Morales Martínez, Martha Merino Ruiz, Behira Juárez Díaz

Institución:

Hospital Universitario José E. González, UANL

Objetivo: determinar si la motilidad espermática en el espermograma basal es predictiva de la cantidad de formas móviles recuperadas postcapitación. **Materiales y métodos:** se incluyeron pacientes que acudieron al Centro Universitario de Medicina Reproductiva, UANL para prueba de capacitación espermática entre julio 2004 y junio 2006. Se utilizaron criterios de la OMS para evaluar espermogramas. Se utilizaron técnicas swim-up y gradientes. Se realizó una curva ROC para determinar la cantidad de espermias móviles basales necesarios para obtener 3 millones de espermias móviles postcapitación. **Resultados:** se

incluyeron 348 pacientes. Después del análisis ROC las muestras preparadas con técnica swim up mostraron punto de quiebre a los 4.13 millones de espermias móviles/ml en el espermograma para determinar la más alta sensibilidad: 80.5% (95% IC 75.2%-85.1%) y especificidad: 82.3% (95% IC 72.1%-90%) para obtener una muestra adecuada después de la preparación. VPP: 93.3% y VPN: 57.8%. Las muestras procesadas con técnica de gradientes mostraron un punto de quiebre a los 4.03 millones de espermias móviles/ml para sensibilidad: 90.7% (95% IC 77.8%-97.3%) y especificidad: 70.59% (95% IC 44.1%-89.6%). VPP: 95%, VPN: 54.9%. **Conclusiones:** la cuenta total de espermias móviles en el espermograma basal puede ser utilizada como un buen predictor de una cuenta total de formas móviles recuperadas adecuadamente para inseminación postcapitación espermática con técnicas swim-up o gradientes.

Morfología espermática como causa de aborto en un programa de donación de óvulos

Autor:

Alberto Kably Ambe

Coautores:

Leonor Durán Monterrosas, Everardo Anta Jaen, Sergio Estévez González

Institución:

Hospital Ángeles de las Lomas

Objetivo: evaluar la correlación entre la morfología espermática y la tasa de aborto en pacientes que se someten a donación de óvulos. **Materiales y métodos:** estudio retrospectivo, correlación. Se estudiaron 62 pacientes del programa de fertilización *in vitro* con donación de ovocitos que cursaron con embarazo. Se analizó la morfología espermática con criterio estricto de Kruger dividiendo a las pacientes en dos grupos: A: morfología < 4% y B: > 5%. El análisis estadístico se realizó por medio de la prueba *t* de Student. **Resultados:** se analizaron 33 pacientes del grupo A y 29 del B, no existió diferencia estadísticamente significativa en la calidad ovocitaria, embrionaria ni en el número de embriones transferidos. El porcentaje de aborto fue

mayor en el grupo A (21.2% vs 10.34%). **Conclusiones:** la morfología espermática parece ser un factor determinante en la tasa de abortos en pacientes que se embarazan en un programa de donación de óvulos.

Pérdida embrionaria. Análisis retrospectivo de 5 años

Autor:

Pablo Díaz Espíndola

Coautores:

Genaro García Villafaña, Pasquale Patricio, Astrid Eugenia Cuevas de la Mora

Institución:

IECH, Monterrey, NL

Objetivo: analizar la relación entre el número de embriones producidos con TRA que fueron transferidos con el número de recién nacidos así como la pérdida embrionaria. **Material y métodos:** estudio retrospectivo en pacientes sometidas a Reproducción Asistida entre Enero 2002 y Julio 2006 en el Centro de Fertilidad IECH en Monterrey con ciclos en fresco excluyendo la donación ovular. Se calcula porcentaje de pérdida embrionaria con la siguiente formula: $100 - (\text{nacidos vivos} / \text{embriones transferidos} \times 100)$. **Resultados:** se realizaron 787 ciclos en fresco en los 5 años de estudio. Se transfirieron 1885 embriones con un promedio de 2.62 embriones por transferencia. El índice de pérdida embrionaria disminuyó del 89.64% en 2002 al 85.52% en 2006. Se vio además un incremento en la pérdida embrionaria relacionada con la edad, presentando un 84.87% en menores 30 años y 93.85 en 40 años y más. **Conclusiones:** en la actualidad existe un alto índice de pérdida embrionaria a nivel mundial y nuestro centro no es la excepción. Se han implementado técnicas para mejorar este proceso sin resultados satisfactorios por lo que creemos importante enfocarse en el desarrollo de nuevas técnicas para el análisis y evaluación embrionaria y endometrial.

Reproducción asistida en mujeres de edad avanzada

Autor:

Graciela Olivares Fernández de Lara

Coautores:

Héctor S. Godoy Morales, Jacobo Dabbah Musía, Alfonso Gutiérrez Najar

Institución:

Hospital Ángeles del Pedregal

Objetivo: la edad materna es un factor importante en la reproducción ya que su capacidad reproductiva va disminuyendo. Con los avances en técnicas de reproducción asistida y el aumento en la frecuencia de ovocitos donados esto se ha modificado. El estudio tiene la finalidad de determinar el comportamiento de las pacientes mayores de 40 años al ser sometidas a técnicas de reproducción asistida, valorar su respuesta a la inducción de ovulación y tasas de embarazo en esta población, para dar un adecuado asesoramiento de un potencial reproductivo en pacientes con edad materna avanzada. **Material y métodos:** retrospectivo, descriptivo y transversal. En 60 ciclos de fertilización **in vitro**, candidatas a reproducción asistida durante enero a diciembre del 2006 con una edad ≥ 40 años. En 30 pacientes se utilizaron sus propios ovocitos y en 30 se utilizaron ovocitos donados. **Resultados:** pacientes con edad promedio de 42.2 años, en un rango de edad de 40-46 años, tasa de fertilización del 87%, en el grupo que utilizaron ovodonación con una tasa de implantación del 37.2% y una tasa de embarazo del 56.6 %. **Conclusiones:** la ovodonación es la alternativa adecuada para mujeres mayores de 40 años que desean tener una expectativa de éxito al someterse a las técnicas de reproducción asistida. Es importante brindar a esta población una adecuada asesoría, ya que representa un desgaste emocional y económico importante.

Resultados en ICSI de acuerdo con la morfología ovocitaria

Autor:

Ayda Josefina Martínez Hernández

Coautores:

Roberto Santos Haliscak, Genaro García Villafaña, José Sepúlveda González

Institución:

Centro de Fertilidad IECH Monterrey, NL

Objetivo: conocer el resultado obtenido en pacientes que se someten a Reproducción Asistida con técnica de ICSI de acuerdo con la morfología ovocitaria. **Material y métodos:** estudio retrospectivo, comparativo. Se realizó análisis de los casos que se presentaron de enero a diciembre del 2005, se dividieron en 2 grupos de acuerdo con la morfología ovocitaria valorando cuerpo polar, espacio perivitelino, citoplasma y zona pelúcida: grupo I valores de 4 a 8 y grupo II de 12 a 16. Se realizó análisis estadístico con el programa SPSS 12.0 para windows. **Resultados:** se analizaron 1192 ovocitos, del grupo I fertilizaron 393 y 221 no fertilizaron, índice de fertilización del 64%, en el grupo II fertilizaron 316 y no fertilizaron 262, índice de fertilización 54.6%. Siendo estadísticamente significativo ($p = 0.0012$). **Conclusiones:** ovocitos con una sincronía entre la madurez nuclear y citoplásmica tienen mejores tasas de fertilización en contraste con aquellos con una pobre morfología y sincronía.

Resultados perinatales en embarazos logrados con técnicas de reproducción asistida (FIVTE e ICSI)

Autor:

Sergio Estévez González

Coautores:

Sergio A. Varela Ortiz, Rebeca Kisel Laska, Alberto Kably Ambe

Institución:

Hospital Ángeles de las Lomas

Objetivo: describir los resultados perinatales obstétricos y neonatales de embarazos logrados bajo técnicas de reproducción asistida (FIVTE e ICSI). **Material y métodos:** se realizó un estudio retrospectivo y descriptivo. Se incluyeron 83 embarazos entre 2002 y 2006 logrados bajo técnicas de reproducción asistida (FIVTE e ICSI), de los cuales se investigó la proporción de resultados obstétricos (semanas de gestación al nacimiento, vía de resolución del emba-

razo, preeclampsia, ruptura prematura de membranas (RPM), amenaza de parto pretérmino, restricción del crecimiento intrauterino, placenta previa) y neonatales (peso al nacimiento, malformaciones y muerte perinatal). **Resultados:** de los 83 embarazos logrados, 43.3% únicos, 26.5% gemelares, y 30.1% abortos; de estos últimos, el 36% fueron embarazos químicos, 28% HMR, 32% abortos espontáneos, 4% embarazo molar y 4% ectópico. Dentro de las complicaciones obstétricas se encontró preeclampsia 7.22%, parto pretérmino 36.1% (únicos 30%, gemelares 70%), ruptura prematura de membranas 1.2%, amenaza de parto pretérmino, RCIU y placenta previa 2.8% cada uno, diabetes gestacional 1.2%. En resultados neonatales 56.4% masculino y 37.5% femeninos. Malformaciones fetales 1.17%, peso promedio en embarazos únicos de 2992 g y en gemelares de 2022.2 g, muertes perinatales 2.4%. Vía de resolución: parto 4.8% y cesárea 66.2%. **Discusión:** existe una mayor incidencia de complicaciones perinatales en embarazos logrados bajo técnicas de reproducción asistida en cuanto a incidencia de aborto y las propias de embarazos múltiples (parto pretérmino, prematuridad y RPM); no encontrando diferencia con el resto de las variables estudiadas. Es necesario disminuir al mínimo el riesgo de embarazos múltiples, valorando el número de embriones a transferir.

CLIMATERIO Y MENOPAUSIA

Calidad de vida en pacientes posthisterectomizadas tratadas con estradiol transdérmico vs tibolona. Estudio comparativo

Autor:

Jorge Zepeda Zaragoza

Coautores:

Jesús Enrique Limón Rosales, Ismael Madrigal García, Jesús Barrón Vallejo

Institución:

Hospital Central Norte de Petróleos Mexicanos

Objetivo: evaluar la calidad de vida de pacientes que recibieron dos tratamientos diferentes para el manejo de la menopausia. **Material y métodos:** el estudio

comprendió dos grupos de mujeres comparables en edad con antecedente de histerectomía por indicaciones no malignas y que habían recibido tratamiento de reemplazo por los menos durante tres meses. Grupo 1. Pacientes que son fueron tratadas con estrógeno por vía transdérmica (50 μg / día). Grupo 2. Pacientes que recibieron Tibolona (2.5 mg/ día). Las pacientes fueron estudiadas con el cuestionario SF-36 (Short Form-36) que evalúa la calidad de vida de pacientes que se someten a tratamientos médicos. Los datos fueron analizados con pruebas de estadística descriptiva, análisis de varianza y χ^2 . **Resultados:** fueron estudiadas 30 pacientes, 15 en el grupo 1 y 15 en el grupo 2. Tomando en cuenta la totalidad de las pacientes, se observó diferencia significativa al comparar el estado actual de salud con el que tenían durante el año previo a la realización de la entrevista ($p < 0.001$). La mayoría presentaron limitación leve en la realización de actividades vigorosas, sin diferencia significativa entre ambos grupos ($p > 0.05$). El 3.3% del total reportó que los problemas emocionales afectaron su actividad laboral o vida cotidiana. Lo mismo se aplicó a la disminución de actividades sociales por problemas de salud física. El 20% del total reportó algún grado de dolor corporal (muy ligero o ligero en todos los casos). Sin diferencia significativa entre ambos grupos ($p > 0.05$). El 70% comentó tener decaimiento y tristeza (muy pocas veces o buena parte del tiempo). El 6.6% admitió tener estado de desánimo severo, sin diferencia significativa entre ambos grupos ($p > 0.05$). La ansiedad se manifestó en todos los casos (alguna parte del tiempo o muy pocas veces). El 100% de las pacientes refirió cansancio (muy pocas veces). El 96.6% de las mujeres descartó que la salud física o emocional interfiriera con las actividades cotidianas, mientras que el 93.3% se mostró optimista con respecto a su estado de salud para el futuro. **Conclusiones:** ambos el estradiol y la tibolona produjeron sensación de mejoría en el estado de salud de las pacientes incluidas en el estudio. Como la eficacia y el efecto en la calidad de vida es comparable, la elección del medicamento depende de factores como vía de administración y efectos secundarios.

Efecto de la terapia hormonal de baja dosis sobre sintomatología climática, perfil metabólico, peso e índice

de masa corporal en pacientes posmenopáusicas

Autor:

Fernando Ayala Aguilera

Coautores:

Juana Vázquez Méndez, Marisela Castañeda Díaz, Marisela Morales Martínez

Institución:

Hospital Universitario José E. González, UANL

Objetivo: evaluar los efectos de la terapia hormonal con 1 mg de 17β estradiol y 0.125 mg de trimegestona oral sobre la glucemia, perfil de lípidos, escala Blatt-Kupperman, escala MenQOL, peso corporal, e índice de masa corporal en pacientes posmenopáusicas sanas.

Material y métodos: estudio prospectivo, observacional. Se incluyeron 68 pacientes postmenopausicas sanas, con útero intacto, entre 45 y 55 años de edad, quienes recibieron terapia hormonal con estrógenos y progestinas a bajas dosis. Se realizaron mediciones de glucosa sérica, perfil de lípidos, peso corporal, índice de masa corporal, escala Blatt-Kupperman, escala MenQOL y grado de satisfacción de las pacientes al inicio del estudio y después de 6 meses de tratamiento. Se utilizó la prueba t de Student pareada. **Resultados:** la edad media de las pacientes incluidas fue de 50.8 (± 3.08) años. Después de seis meses de tratamiento no se observó diferencia en los parámetros del perfil metabólico a excepción de los niveles de triglicéridos; la media inicial fue de 128.9, la media al final del estudio de 168 ($p = 0.007$). Los índices climáticos mejoraron ($p < 0.0001$) así como el nivel de satisfacción ($p < 0.0001$).

Conclusiones: hubo una importante mejoría de los índices climáticos con la utilización de terapia hormonal con estrógenos y progestinas medidas por las escalas Blatt-Kupperman y MenQOL. Hubo aumento significativo en los niveles de triglicéridos después de seis meses de tratamiento. No se observaron cambios en el peso corporal, índice de masa corporal, glucemia y otros parámetros del perfil de lípidos.

Enfermedades metabólicas y menopausia: meta-análisis entre menopausia quirúrgica y no quirúrgica

Autor:

Marisela Castañeda Díaz

Coautores:

Juana Vázquez Méndez, Arturo Morales Martínez,
Fernando Ayala Aguilera

Institución:

Hospital Universitario José E. González UANL

Objetivo: evaluar el impacto de la menopausia quirúrgica y no quirúrgica en la mujer y su relación con enfermedades metabólicas. **Material y método:** se incluyeron pacientes de la Clínica de menopausia, de junio de 2005 a junio de 2006, sin terapia de reemplazo hormonal previamente ni diagnóstico de enfermedad metabólica. Se evaluó antecedente de menopausia quirúrgica, glucemia, presión arterial, índice masa corporal, colesterolemia, trigliceridemia y densitometría. **Resultados:** incluimos 204 pacientes: en menopausia quirúrgica, 77 tuvieron niveles de colesterol mayor a 200 mg/dL. 48 triglicéridos mayores a 150 mg/dL (47.1%). 42 IMC mayor a 30 (41.2%). 18 (17.6%) tensión arterial mayor 130/85, densitometría ósea normal en 42 (41.2%), osteopenia en 42 (41.2%) y osteoporosis en 18 (17.6%). En mujeres en menopausia natural: 39 (38.2%) colesterol mayor a 200 mg/dL. 48 triglicéridos mayores a 150 mg/dL (38%). 47 IMC mayor a 30 (46.1%). 15 (14.7%) tensión arterial mayor 130/85, la densitometría ósea normal en 64 (62.7%), osteopenia en 30 (29.4%) y osteoporosis en 7 (6.8%). **Conclusiones:** el cese de la secreción estrogénica por los ovarios se asocia con pérdida ósea acelerada, aumento en niveles.

La escala MenQOL correlaciona mejor que la escala Blatt Kupperman con el grado de satisfacción de la paciente posmenopáusica bajo terapia de reemplazo hormonal de baja dosis

Autor:

Marisela Castañeda Díaz

Coautores:

Luis Humberto Sordia Hernández, Arturo Morales Martínez, Fernando Ayala Aguilera

Institución:

Hospital Universitario José E. González, UANL

Objetivo: estudio prospectivo y observacional. Comparar la correlación de las escalas MenQOL y Blatt Kupperman con el grado de satisfacción de las pacientes posmenopáusicas bajo régimen de terapia hormonal de reemplazo bajas dosis. **Materiales y Métodos:** 68 mujeres posmenopáusicas sanas, de edades entre 45 y 55 años, recibieron 1 mg 17 β estradiol y 0.125 mg trimegestona vía oral, durante 6 meses. Se realizaron escalas Blatt Kupperman y MenQOL a cada paciente al inicio y final del período de estudio. Se realizó la prueba Z test para determinar la existencia de correlación entre cada una de las escalas y el grado de satisfacción. **Resultados:** no se encontró correlación entre los niveles basales y finales de la escala Blatt Kupperman con el grado de satisfacción de las pacientes ($p > 0.05$). Se observó una correlación inversa entre los valores iniciales y finales de la escala MenQOL con el grado de satisfacción. ($p < 0.0001$). **Conclusiones:** tradicionalmente se han empleado las escalas MenQOL y Blatt Kupperman en la paciente menopáusica para evaluar el síndrome climatérico. Hay correlación significativa entre la escala MenQOL y el grado de satisfacción de las pacientes antes y después de la terapia hormonal de reemplazo en mujeres posmenopáusicas. No se encontró correlación entre la escala Blatt Kupperman y el grado de satisfacción en las pacientes en nuestro estudio.

El TNF- α , la proteína C reactiva y la adiponectina séricas se encuentran alteradas en pacientes infértiles con resistencia a la insulina

Autor:

Saúl Vital Reyes Víctor

Coautores:

Mardya López-Alarcón, Isabel Zavala-Ortega, Juan Carlos Hinojosa Cruz

Institución:

Centro Médico La Raza, IMSS

Objetivo: determinar las concentraciones séricas de leptina, adiponectina, proteína C reactiva (PCR), interleucina-6 (IL-6) y factor de necrosis tumoral (TNF) α

en mujeres infértiles con y sin resistencia a la insulina (RI); y asociarlas con el grado de adiposidad. **Material y métodos:** se efectuó un estudio clínico transversal en 31 mujeres infértiles en las cuales se evaluó el estado nutricional a través de parámetros clínicos y bioquímicos. Las pacientes fueron estratificadas de acuerdo con el índice de masa corporal (IMC) y la presencia de resistencia a la insulina (RI). La inferencia estadística se realizó con análisis paramétrico. **Resultados:** la frecuencia de sobrepeso fue de 67.5%, exceso de adiposidad de 92.3%, y distribución androide de grasa de 96.2%. Una proporción considerable de mujeres presentó hipercolesterolemia (32.3%), hipertrigliceridemia (25.8%), e hiperinsulinemia (61.3%). Las mujeres con sobrepeso mostraron concentraciones de adiponectina menores, y de TNF- α y PCR mayores, que las de IMC normal ($p < 0.05$), además de mayor probabilidad de RI ($p = 0.04$). Las pacientes con RI presentaron concentraciones menores de adiponectina y mayores de PCR que las sin RI ($p < 0.05$). El IMC se correlacionó con las concentraciones de leptina ($r = 0.41$), TNF- α ($r = 0.41$), y PCR ($r = 0.33$). **Conclusiones:** la prevalencia de sobrepeso, adiposidad, dislipidemias y RI en las pacientes infértiles estudiadas es alta. La adiposidad, se asocia estrechamente con algunas moléculas que participan en el proceso reproductivo y regulan la respuesta inflamatoria.

Tratamiento con drospirenona y espironolactona para hiperandrogenismo en síndrome de ovarios poliquísticos caracterizado por acné e hirsutismo

Autor:

Ángel Miguel Bernal Davish

Coautores:

María Natividad Guzmán Tapia, Alberto Hernández Valencia

Institución:

Universidad Veracruzana

Objetivo: mejorar la estética de las pacientes con SOP a base de hormonales con efecto antiandrogénico y a la vez resolver la patología de base que es netamente endocrina. **Material y métodos:** se ingresaron 12

pacientes con SOP diagnosticados por clínica, endocrinológicamente y por USG, con hiperandrogenismo caracterizado clínicamente por acné e hirsutismo de distribución androide, se les inició tratamiento con etinil estradiol 0.03 mg y drospirenona 3 mg por 21 días, suspendiendo 7 días y reiniciar, más espironolactona 12.5 mg sin suspender. **Resultados:** al tercer ciclo de tratamiento hubo un sensible alivio del hiperandrogenismo, con disminución notable del acné y del vello de distribución androide, con respuesta de depilación mucho más aislada y vello más pequeño y delgado conforme continuaron los ciclos de tratamiento, en promedio de tres sesiones por semana a una por cada quince días. **Conclusiones:** existe una gama amplia de tratamientos para SOP a base de hormonales, que con efecto androgénico. También hay tratamientos hormonales con efecto antiandrogénico que no sólo revierten la patología endocrina sino que mejoran la estética.

HISTEROSCOPIA OPERATORIA Y DIAGNÓSTICA

Ablación endometrial en pacientes con HUD y alto riesgo quirúrgico

Autor:

René Cortés Flores

Coautores:

Carlos Dávila Villanueva, José Manuel González Martínez, José Heliodoro González Zepeda

Institución:

UMAE 23, IMSS, Monterrey, NL

Objetivo: mostrar la experiencia con ablación endometrial en el manejo de pacientes con Hemorragia Uterina Anormal (HUD) y alto riesgo quirúrgico. **Material y métodos:** estudio descriptivo, de corte transversal, retrospectivo. Período de estudio diciembre 2004 a septiembre 2006. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de HUD, riesgo quirúrgico considerado alto y biopsia de endometrio que descartara malignidad. Se efectuó histeroscopia pre y post ablación. Se determinaron: edad, hemoglobina pre y postabla-

ción, tipo de anestesia, duración del procedimiento, complicaciones, reporte histopatológico y evolución. Dieciséis pacientes recibieron tratamiento hormonal oral o agonistas. **Resultados:** se captaron 25 pacientes con edad promedio 44 años. 16 pacientes (65%) recibieron manejo previo. Condiciones de riesgo alto: Insuficiencia Renal Crónica 10, Cirugía abdominal previa múltiple o proceso adherencial severo 6, obesidad mórbida 5, otros hepatopatía, trombocitopenia e infarto cerebral. Valor de hemoglobina preablación 3.9-11.5 gramos, postoblación 9-14 gramos. Se utilizó el balón endometrial modelo Thermachoice II y III, marca Jhonson y Jhonson, e histeroscopia Storz de 4 mm. En todos los casos se empleó anestesia epidural. Duración de la ablación 8 minutos a 87 grados centígrados. Se expulsó el balón en un caso. Hallazgos histeroscópicos e histopatológicos: endometrio normal 20 casos, 5 casos (19%) mostraron anormalidad (pólipos 2, endometrio hipersecretor 2 y cáncer endometrial, paciente con antecedente de cáncer de ovario bilateral y proceso adherencial severo). 34% de casos desarrollaron amenorrea y 69% sangrado normal. 90-95% de las pacientes refirió su evolución como satisfactoria, sólo en un caso se efectuó histerectomía posteriormente por no estar conforme con los resultados. **Conclusiones:** la ablación endometrial constituye una excelente opción de tratamiento. La tasa de amenorrea observada fue superior a lo reportado. No existieron complicaciones importantes. Recomendamos el tratamiento previo para mejorar los resultados.

Correlación ecografía-histeroscópica

Autor:

Roberto Solís Pérez

Coautores:

Orlando R. Cruz Toraya, José Luis Renovales Herrero, Luis E. Castillo Rosas

Institución:

Clínica Pheani

Introducción: la histeroscopia, es el patrón de referencia para patología uterina, inicialmente diagnóstica y actualmente terapéutica en patología uterina. El ul-

trasonido es la herramienta diagnóstica más frecuente para evaluar el útero y anexos, en la actualidad, es muy raro que algún ginecólogo no tenga en su consultorio un equipo de ecografía. **Objetivo:** evaluar la eficiencia diagnóstica de ambos procedimientos, por separado y en combinación. **Material y métodos:** estudio retrospectivo, descriptivo, longitudinal, y comparativo. De las pacientes que por su patología, ameritaban un procedimiento histeroscópico. Se considero una concordancia diagnóstica cuando, los datos ecográficos son iguales a los hallazgos histeroscópicos, y no concordantes, cuando en la histeroscopia hay datos diferentes, o mayores que los aportados por el ultrasonido. Se revisaron los expedientes de las pacientes que se les practico histeroscopia de consultorio, e inmediatamente antes un estudio de ultrasonido con transductor vaginal de alta resolución, en un periodo de 7 meses, del 31 oct, 06 al 31 de mayo-2007. En pacientes que acudieron a clínica Pheani de la CD de Veracruz, Total de pacientes 128 que se les efectuó Histeroscopia. Se descartaron 38 por no tener datos completos. Total de pacientes que ingresaron al estudio.. 90 por su edad se dividieron en 5 grupos: el grupo 1 de 20 años o menos: grupo 2 de 21 a 30, el 3 de 31 a 40, el 4 de 41. a 50, el 5 de 51 o más, se analizaron los siguientes parámetros, antecedentes ginecoobstétricos, reporte ecográfico prehisteroscopia, diagnóstico prehisteroscópico, diagnóstico, posthisteroscópicos, escala del dolor, grado de satisfacción del paciente y complicaciones. correlacionando básicamente el diagnóstico pre-ultrasonografico, con el diagnóstico, posthisteroscópico. **Resultados:** se comprobó, una correlación ecográfica-histeroscópica en 35 pacientes.- y en 55 pacientes,- se encontraron mayores datos que los que el solo ultrasonido nos aportó. **Conclusiones:** el ultrasonido a pesar de equipos de alta resolución, aun no tiene la capacidad para diagnosticar eficazmente patologías endocervicales y endometriales. Hay una gran patología, sobre todo procesos adherenciales, procesos obstructivos, patología endocervical, pólipos endometriales y endocervicales, así como de hiperplasia endometrial que por la similar ecogenicidad que tienen con el mismo endometrio y el miometrio pasa desapercibida, en este estudio hay un margen muy alto de discordancia, el 48 % de los casos, por lo que recomendamos, en patología uterina, por la

sencillez con que hoy se practica la histeroscopia, que se complementa el diagnóstico ecográfico con el histeroscópico.

Discrepancias entre diagnósticos pre y postoperatorios en histeroscopia operatoria en pacientes en protocolo de estudio de infertilidad

Autor:

Fernando Ayala Aguilera

Coautores:

Luis Humberto Sordia Hernández, Marisela Castañeda Díaz, Felipe Arturo Morales Martínez

Institución:

Hospital Universitario José E. González

Objetivo: conocer el porcentaje de discrepancias entre diagnósticos pre y postoperatorios en histeroscopias operatorias y el método utilizado para establecer el diagnóstico preoperatorio. **Material y métodos:** pacientes programadas para histeroscopia operatoria de octubre del 2004 a marzo del 2007 en el Centro Universitario de Medicina Reproductiva, UANL. Se registraron diagnósticos pre y postoperatorios, y método con que se estableció diagnóstico preoperatorio. **Resultados:** se incluyeron 43 casos. Los diagnósticos preoperatorios fueron miomas (16), síndrome de Asherman (6), DIU retenido (7), pólipos (8), tabique uterino (6). Hubo discrepancia entre diagnósticos en 13 casos (30.2%). El diagnóstico preoperatorio que más comúnmente presentó discrepancia fue mioma (9 casos), 5 fueron identificados por histerosalpingografía y 4 por ultrasonido vaginal. En 3 casos se encontró cavidad uterina normal. **Conclusiones:** el porcentaje de discrepancia entre diagnósticos pre y postoperatorios en histeroscopia operatoria es alto. La histerosalpingografía como el ultrasonido vaginal son útiles para identificar lesiones intracavitarias uterinas, sin embargo la histeroscopia es la más confiable para diferenciar entre miomas y pólipos.

Histeroscopia de repetición

Autor:

Roberto Solís Pérez

Coautores:

José Luis Renovales Herrero, María del Socorro Mónica Cruz Rodríguez

Institución:

Clínica Pheani

Objetivo: evaluar la efectividad diagnóstico-terapéutica en un segundo o tercer procedimiento histeroscópico en pacientes ambulatorias con patología uterina. **Material y métodos:** estudio retrospectivo, longitudinal y analítico. Se evaluaron pacientes que acudieron a Histeroscopia, en un periodo de 1 año. Total: 255 histeroscopias, 36 de segunda vez y 11 de tercera. Parámetros: edad, antecedentes ginecológicos, diagnóstico pre y post-histeroscópico, biopsia, grado de dolor, grado de satisfacción, complicaciones. Técnica: sin espejo vaginal, pinza de Possi, anestesia, preparación, exámenes preoperatorios, evaluación cardiopulmonar, analgesia. **Resultados:** 4 fueron en quirófano, a 2 se les efectuó una laparoscopia-histeroscopia por esterilidad y el resto por hemorragia uterina disfuncional que se practicó ablación endometrial y miomectomía con resectoscopio. Los diagnósticos pre-histeroscópicos más frecuentes fueron miomatosis uterina, pólipos endometriales y pacientes de esterilidad. **Conclusiones:** hasta en 18 % la histeroscopia se puede repetir en pacientes que en un 1er procedimiento no se puede resolver su patología, por ejemplo miomectomías parciales, adherenciolisis, polipectomías; por ser un procedimiento inocuo puede evitar procedimientos como la histerectomía.

Histeroscopia operatoria en infertilidad: diagnóstico posquirúrgico y su correlación anatomopatológica

Autor:

Marisela Castañeda Díaz

Coautores:

Luis Humberto Sordia Hernández, Arturo Morales Martínez, Fernando Ayala Aguilera

Institución:

Hospital Universitario José E. González, UANL

Objetivo: corroborar el diagnóstico basado en los

hallazgos observados en la histeroscopia operatoria con el diagn6stico anatomopatol6gico. **Material y m6todos:** se incluyeron pacientes programadas para histeroscopia operatoria de octubre del 2004 a marzo del 2007 en el Centro Universitario de Medicina Reproductiva. Se registraron diagn6sticos postoperatorios y reporte anatomopatol6gico realizado. **Resultados:** se realizaron 43 procedimientos, obteni6ndose biopsias para estudio anatomopatol6gico en 18. Al correlacionar los diagn6sticos realizados tras el procedimiento con los reportados tras el estudio anatomopatol6gico: se confirm6 el diagn6stico en 11 casos, 6 miomatosis y 5 p6lipo endometrial. Hubo discrepancia entre lo observado en la cirug6a y el reporte anatomopatol6gico final en 7 casos: 3 poliposis endometrial resultaron endometrio secretor, 3 poliposis endometrial resultaron hiperplasia glandular simple y una paciente con diagn6stico de tabique uterino, se report6 mioma y adenomioma. **Conclusiones:** la histeroscopia es el patr6n de referencia en la evaluaci6n y tratamiento del factor uterino. Es un procedimiento 6til, de gran costo-beneficio, ambulatorio, que permite obtener tejido para diagn6stico histopatol6gico. Es un m6todo que permite el diagn6stico de patolog6as por visualizaci6n directa y su tratamiento. Sin embargo no ha sustituido al estudio anatomopatol6gico, el cual confirma los diagn6sticos basados en la imagen endosc6pica, particularmente en casos de probable patolog6a endometrial.

ESTUDIOS COLPOSC6PICOS

Colposcopia: nuevas formas de adiestramiento quir6rgico. Reporte preliminar

Autor:

Norberto Reyes Paredes

Coautores:

V6ctor Hugo M6rquez Tamez, Drusso Vera Gaspar, Mauro Eduardo Ram6rez Flores, Florencio de la Concha

Instituci6n:

Hospital General Dr. Manuel Gea Gonz6lez, Colegio Nacional de Docencia e Investigaci6n en Colpos-

copia, AC

Objetivo: demostrar la aplicaci6n de los procedimientos quir6rgicos en colposcopia (electrocirug6a, l6ser terapia y crioterapia) en modelos inanimados de cuello uterino y vagina. **Material y m6todos:** con los simuladores pl6stico biol6gicos de vagina y cuello uterino (desarrollados en el Laboratorio de Investigaci6n e Innovaci6n M6dica, del Hospital General Dr. Manuel Gea Gonz6lez) se realizaron los procedimientos quir6rgicos m6s usados en colposcopia. Un grupo de colposcopistas estuvo a cargo de realizarlos, calificando las caracter6sticas f6sicas (color, textura, conductibilidad el6ctrica, respuesta al rayo laser, entre otras), factibilidad en el procedimiento y similitud, compar6ndolo con el cuello uterino humano. **Resultados:** gracias a la combinaci6n de productos pl6sticos y biol6gicos del simulador, los procedimientos realizados fueron: biopsias cervicales, electrocirug6a (Asa diat6rmica, en sus diferentes variantes de aplicaci6n colposc6pica), l6ser terapia (vaporizaci6n en cuello uterino y vagina, cilindros) y crioterapia. **Conclusiones:** con el empleo de simuladores pl6stico biol6gicos, es posible la realizaci6n de procedimientos quir6rgicos en colposcopia. Esto permite que el adiestramiento b6sico y avanzado de 6sta disciplina se haga en modelos inanimados. Esto podr6 disminuir el tiempo en la curva de enseanza aprendizaje, as6 como la morbilidad asociada al proceso de entrenamiento. Esta es una estrategia de bajo costo, que permite repetir un n6mero importante de procedimientos por alumno, con un gran impacto en la calidad de la enseanza.

Modelo pl6stico-biol6gico inanimado para su aplicaci6n en el adiestramiento pr6ctico de la colposcopia y procedimientos quir6rgicos del cuello uterino

Autor:

V6ctor Hugo M6rquez Tamez

Coautores:

Mauro Eduardo Ram6rez Sol6s, Norberto Reyes Paredes

Instituci6n:

Hospital General Manuel Gea Gonz6lez

La colposcopia es un m6todo de diagn6stico y apoyo

al tratamiento que ha resultado de extrema utilidad para mejorar la detección y seguimiento de diversas lesiones cervicales, en especial las displasias y el cáncer en estadios iniciales. Al igual que lo ocurrido en otras áreas quirúrgicas de la Medicina, la enseñanza de esta destreza a nivel de subespecialidad se ha basado en la práctica directa sobre las pacientes de manera supervisada. Por otro lado, cada día son mayores las presiones éticas y legales para evitar que una persona inexperta practique directamente en un paciente sin antes haber recibido un adiestramiento básico con modelos de diferentes tipos. Hemos desarrollado un modelo plástico biológico-inanimado para practicar la fase inicial de las destrezas en colposcopia, el cual tiene la ventaja de ser de muy bajo costo, fácil reproducción y accesible a cualquier hospital con programas de entrenamiento en colposcopia. El modelo fue evaluado favorablemente de manera cualitativa por un grupo de expertos en colposcopia.

Predicción colposcópica del grado de displasia cervical

Autor:

Gustavo Olivas Maguregui

Coautores:

Fernando Hernández Garza, Josefina Salinas Silva, César Escobar Moreno

Institución:

UMAE Dr. Ignacio Morones Prieto, Monterrey, NL

Objetivo: predicción colposcópica del grado de displasia cervical. **Material y métodos:** serie de casos. El estudio se realizó de Diciembre 2005 a Septiembre 2006, se incluyeron a pacientes con reporte anormal de citología cervical, Colposcopia satisfactoria y cuyo manejo fue mediante cono terapéutico o bien histerectomía. Se excluyeron pacientes embarazadas, o con alguna causa de inmunosupresión (VIH, LES, etc.). La concordancia de la impresión colposcópica y la biopsia se valoró mediante el índice de k. **Resultados:** el valor de k entre la impresión colposcópica y el reporte histológico de la biopsia fue de 0.68. La correlación entre la impresión colposcópica y la biopsia fue del 82%; el valor predictivo positivo de la colposcopia fue de 67%

para NIC I, y 85% para NIC II y NIC III. **Conclusiones:** la colposcopia puede tener una alta predicción en la graduación de las lesiones cervicales, y no sólo en la detección de las mismas, sin embargo, la biopsia dirigida colposcópicamente seguirá siendo la que marque la pauta para establecer tanto el diagnóstico como el tratamiento más adecuado.

ESTUDIOS RELACIONADOS CON VPH

Detección de virus del papiloma humano en mujeres de un hospital público de Monterrey, NL, México: correspondencia entre citología, colposcopia y biopsia

Autor:

Almaguer CMA

Coautores:

Villarreal Ch. R, Niño PEV

Institución:

Hospital de Ginecología y Obstetricia de Garza García, NL

Objetivo: cuantificar la correspondencia de tres métodos diagnósticos para detección de VPH, determinar la sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo, negativo y exactitud global de Papanicolaou y colposcopia, verificada con la biopsia. **Material y métodos:** estudio de correlación de sensibilidad y especificidad mediante r-Spearman. Se les realizó Papanicolaou, colposcopia y biopsia a 307 mujeres en un periodo comprendido de noviembre del 2002 a marzo del 2005. **Resultados:** dos grupos de estudio: 268 casos con patología cervical (I) y 39 sin patología (II). Edad promedio del grupo afectado fue de 29.1 años. El Papanicolaou mostró mayor sensibilidad que la colposcopia para detectar VPH o alteraciones malignas cervicales (81%, 95% IC 79-83%: 17.9%, 95% IC 16-18%). Valor predictivo positivo de citología: 89.3% con nivel de confianza del 95% IC de 87.4- 91.5%. Valor predictivo negativo: 20.3% con 95% IC 13- 28.8%. Valor de $p = 0.065$ no estadísticamente significativo. La colposcopia obtuvo una sensibilidad de 17.9% y una especificidad del 97.4% para malignidad. Con resultados significativos ($p = 0.027$) de valor predic-

tivo positivo de 98% (95% IC 90.2-99.6%) y negativo de 14.7% (95% IC 13.3- 15%). En la biopsia 163 casos del grupo I (60.8%) presentaban infección por VPH y NIC I; 71 casos (26.5%) de infección por VPH más NIC II y III y sólo infección por VPH (97.4%) en el grupo II. **Conclusiones:** los resultados concuerdan con lo reportado en la literatura. La sensibilidad del Papanicolaou es mayor que la colposcopia, y esta tiene mayor especificidad. Sin embargo tiene resultados contradictorios en cuanto a sus comparaciones con estudios en desarrollo de ADN-VPH, alternativa al Papanicolaou. Aun hay que implementar mejoras en los programas de cobertura de detección de cáncer cervical.

Espectro proliferativo y transformante de la infección por VPH del varón

Autor:

Carlos Guzmán Nava

Coautores:

Rigoberto Cabrera Viveros, Gladys Medina Romero, Lilia Hernández Nava

Institución:

Hospital General Vasco de Quiroga, ISSSTE

Objetivo: evaluar factores de riesgo y espectro proliferativo y transformante de infección por VPH del varón en relación con enfermedad persistente en su consorte femenino. **Material y métodos:** periodo: 1 de septiembre de 2005 al 31 de Agosto del 2006, universo: 111 varones. Grupo de estudio: casos con esposa con enfermedad persistente. Se complementó estudio con citología uretral e histopatología. **Resultados:** se incluyeron 29 pacientes. Por edad: 13%: 31-35 años, 31%: 36-40, 34%: 41-45, 13%: 46-50, 6%: 51-55, 3%: 56-60 años. Todos casados, heterosexuales. 15: profesionistas, 14: no profesionistas. 11:1 pareja sexual, 12: 2-3, 5: 4-5, más 5:1. Adicciones: tabaco: 48.2%, alcoholismo: 20.6%, sustancias ilícitas: 13.7%, sin adicciones: 13.7%. Androscopia: lesión subclínica: 6, lesión clínica: 13, sin lesión: 8. Citología endouretral, 24 (82.8%): sanos, 5 (17.2%): IVPH. Histopatológico: 20 (68.9%): condiloma acuminado, 1 (3.4%): piel sana, 8 (27.5%): sin imagen

para biopsia. Relaciones sexuales: penetración anal y vaginal: 26 (89.6%), vaginal: 3 (10.3%). **Conclusiones:** la lesión persistente en mujer se relacionó con esposo portador de enfermedad productiva en el 72.4%. Enfermedad productiva del varón más frecuente entre los 30-55 años. Poligamia: 61% de casos. Adicciones: 86% de casos. Asintomáticos el 100%. Penetración anal: 89.6% de casos. Existe correlación histo-androscópica: 72.4 %, clínica-androscópica: 27.5%. Baja especificidad en citología endouretral.

Frecuencia de virus de papiloma humano oncogénicos en biopsias cervicales de pacientes que acuden a la clínica de displasias del Hospital Civil de Culiacán

Autor:

Fred Morgan Ortiz

Coautores:

Elí Terán Cabanillas, José G. Rendón Maldonado, Ignacio Osuna Ramírez

Institución:

Hospital Civil de Culiacán

Objetivo: determinar la frecuencia de los genotipos 16, 18, 31 y 35 de VPH en biopsias cervicales y estudiar otros factores relacionados con el carcinoma de cuello uterino. **Material y métodos:** se purificó el ADN de 50 biopsias cervicales mediante extracción con Fenol-cloroformo-alcohol isoamílico, se amplificó por PCR mediante los oligos MY09 y MY11. Para los genotipos 16 y 18 se utilizaron oligos específicos, mientras que para los genotipos 31 y 35 se aplicaron PCR-RFLP's mediante enzimas de restricción. **Resultados:** 40% de los productos del PCR corresponden al fragmento de 450 pb esperado y coincide con el diagnóstico histopatológico. Las encuestas muestran que el 37% de las pacientes estudiadas tienen antecedentes familiares de tumores; principalmente de mama (34%) y CaCU (33%). El 41% tiene más de una pareja sexual, quien no utiliza condón (53%); 58% de las pacientes presentó infección de transmisión sexual previa y 22% de ellas ha padecido tumores o quistes en ovarios. **Conclusiones:** la genotipificación del VPH por PCR es un método relativamente fácil de aplicar, altamente

sensible y específico y el cual puede tener implicaciones en la selección del riesgo de cáncer cervicouterino y su vigilancia.

Frecuencia de VPH oncogénicos en biopsias cervicales de pacientes del Hospital Civil de Culiacán

Autor:

Elí Terán Cabanillas*

Coautores:

José Rendón Maldonado,* Ignacio Osuna R.,* Fred Morgan Ortiz**

Institución:

* Universidad Autónoma de Sinaloa

** Hospital Civil de Culiacán

Introducción: en México muere una mujer cada dos horas por carcinoma de cuello uterino (CCU) y este padecimiento se asocia al virus del papiloma humano (VPH). Más del 95% de CCU tienen VPH tipo-16, -18, entre otros. **Objetivo:** conocer la frecuencia de genotipos oncogénicos de VPH en biopsias cervicales así como estudiar otros factores relacionados al CCU. **Material y métodos:** se incluyeron 50 pacientes con displasia cervical que acudieron a la clínica de displasias del Hospital Civil de Culiacán. Se purificó el ADN de biopsias y se amplificó VPH por PCR mediante oligos MY09 y MY11: los genotipos 16 y 18 amplificaron con oligos específicos; mientras que para 31 y 35 se aplicaron PCR-RFLP's. **Resultados:** preliminares muestran que el 40% de los productos del PCR corresponde al fragmento de 450 pb esperado y coincide con el diagnóstico histopatológico. Las encuestas muestran que el 37% de las pacientes estudiadas tienen antecedentes familiares de tumores; principalmente de mama (34%) y CCU (33%). El 41% tiene más de una pareja sexual, quien no utiliza condón (53%); 58% de las pacientes tuvo ITS previa y 22% de ellas ha padecido tumores o quistes en ovarios. **Conclusiones:** la genotipificación del VPH por PCR es un método sensible y específico.

Prevalencia y factores asociados a infección por virus

del papiloma humano cervical en mujeres sanas

Autor:

Elva Wendoline Rojo Contreras*

Coautores:

Laura González López,** Héctor Montoya Fuentes,*** Jorge I. Gámez Nava*

Institución:

* UMAE, HE, CMNO

** Hospital General Reg. 110, IMSS.

*** CIBO. Guadalajara, Jal.

Objetivo: evaluar la prevalencia de infección por virus del papiloma humano (VPH) corroborada por pruebas de biología molecular y analizar los factores asociados de infección en mujeres sanas. **Material y métodos:** estudio transversal descriptivo. Se incluyeron 174 mujeres sanas que acudieron a toma de citología cervical a medicina preventiva de un hospital de primer nivel de atención. Se realizó encuesta de factores de riesgo para infección, por exfoliación se obtuvieron células del cuello uterino, extrayendo el ADN y con iniciadores consenso específicos para VPH se realizó detección de la presencia por reacción en cadena de la polimerasa, identificando con enzima de restricción los virus de alto y bajo riesgo. Se calculó prevalencia con intervalos de confianza del 95% (IC 95%) y se realizó análisis ajustado de factores mediante regresión logística calculando razón de momios (OR) y sus IC 95%. **Resultados:** la prevalencia de infección por VPH en derechohabientes fue 31%, (IC 95%, 24-38%). De las pacientes con infección por VPH los tipos virales más frecuentes fueron de alto riesgo en un 80%, predominando los tipos 16 y 18. Los factores asociados a mayor riesgo de infección por VPH ajustado por edad fueron: baja escolaridad OR = 2.9, (IC 95% = 1.1-7.5, $p = 0.02$), > 1 pareja sexual OR = 3.2, (IC 95% = 1.4-7.7, $p = 0.01$), tener pareja no circuncidada OR = 3.1 (IC 95% = 1.2-7.6, $p = 0.01$). **Conclusión:** la prevalencia de infección en derechohabientes por VPH es alta y los factores asociados a infección incluyen principalmente bajo nivel educativo y factores relacionados con la pareja sexual. Se requieren importantes esfuerzos en el sistema de salud para disminuir las tasas de infección

por VPH.

Prevalencia y factores asociados a infección por virus del papiloma humano cervical en artritis reumatoide

Autor:

* Elva Wendoline Rojo Contreras

Coautores:

Laura González López, ** Héctor Montoya Fuentes, *** Jorge I. Gámez Nava*

Institución:

* UMAE, HE CMNO.

** Hospital General Reg. 110, IMSS.2

*** CIBO. Guadalajara, Jal.

Objetivo: evaluar la prevalencia y factores asociados de infección por virus del papiloma humano (IVPH) en artritis reumatoide (AR). **Material y métodos:** estudio transversal analítico. Se incluyeron 61 mujeres con AR y 174 controles. Se realizó encuesta de factores de riesgo para infección, por exfoliación se obtuvieron células del cuello uterino, extrayendo el ADN y con iniciadores consenso específicos para VPH se realizó detección de la presencia de VPH por reacción en cadena de la polimerasa, identificando con enzima de restricción los virus de alto y bajo riesgo. Se calculó prevalencia y se realizó análisis ajustado de factores mediante regresión logística calculando razón de momios (OR) y sus intervalos de confianza del 95% (IC 95%). **Resultados:** pacientes y controles no difirieron en estado civil. El 71.4% de controles trabajan vs 35% de AR ($p < 0.01$). La prevalencia de IVPH en AR fue de 27.5% y grupo control 31% ($p = 0.66$). En AR los tipos virales más frecuentes fueron de alto riesgo en un 80%, predominando los tipos 16 y 18. Los factores asociados a mayor riesgo de IVPH ajustado en AR fueron: escolaridad primaria o menos (OR = 1.8), pareja no circuncidada (OR = 12.9), migración de la pareja sexual a Estados Unidos (OR = 10.7). **Conclusión:** una de cada cuatro mujeres con AR presentan infección por VPH y un 80% pertenecen al tipo viral de alto riesgo. Los factores asociados a infección incluyen los relacionados con la pareja sexual. Esto implica la necesidad de detección temprana de la infección y vigilancia debido al alto

riesgo de displasia cervical.

Virus del papiloma humano: correlación clínica y tipificación en San Luis Potosí

Autor:

Jesús Mario Canseco Lima

Coautores:

José de Jesús Canseco Olvera

Institución:

OBGIN SC

Introducción: la infección del virus del papiloma humano (VPH) es la enfermedad de transmisión sexual más frecuente, con una prevalencia de VPH en CaCu del 99.7%. El diagnóstico definitivo mediante HybridCapture2 (hc2) **Objetivo:** correlacionar los hallazgos clínicos que sugieren infección por VPH y la identificación del virus por hc2. **Material y métodos:** estudio retrospectivo, muestra de 102 pacientes con datos clínicos de infección por VPH, se utilizó visualización directa, Papanicolaou, colposcopio Vasconcelos y hc2. **Resultados:** la edad promedio fue 35 años. Inicio de vida sexual activa a los 23 años. Las 102 pacientes presentaban características clínicas de infección por VPH, corroborándose en 46 pacientes indicando una prevalencia del 45%. El 55% restante no se identificó ningún serotipo por hc2. El 48% de las pacientes con VPH está entre 31 y 40 años. Se identificaron VPH 6 y 11 cada uno en 14% y los 16, 18, 31 y 33 cada uno 17%. El 93% de pacientes con VPH tenían 2 o más serotipos; de los 31 a 35 años un 33% tienen VPH 6 y 11, de 36 a 40 años 32% tienen VPH 31 y 37% VPH 33 y de 41 a 45 años 32% VPH 16 y 18. **Conclusiones:** tipificar el VPH es importante para corroborar o descartar la infección y establecer el seguimiento o tratamiento específico para cada paciente en nuestra población. Es importante destacar que ahora con la nueva prevención mediante vacunas habrá que vigilar de cerca la prevalencia de los tipos de VPH encontrados en nuestra población.

CÁNCER CERVICOUTERINO

Adenocarcinoma moderadamente diferenciado invasor de endocervix en un pólipo endocervical. Reporte de

un caso

Autor:

Roberto Santos Haliscak

Coautores:

Pablo Díaz Spíndola, Dynora Salazar Ponce

Institución:

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

Objetivo: presentar un caso de adenocarcinoma invasor de endocervix, diagnosticado al realizar una histeroscopia. Paciente: 37 años de edad, G(0), historia de dismenorrea con ciclos menstruales regulares, y PAP normal 1 año antes. Se presenta en la consulta de infertilidad con diagnóstico de esterilidad primaria de 1 a 3 meses. Intervención: se le realiza ultrasonido endovaginal, donde se diagnóstica pólipo endometrial en fondo uterino, y se propone laparoscopia e histeroscopia. **Material y métodos:** se realizó histeroscopia, encontrando el pólipo en fondo uterino el cual se diseca, se observan dos pólipos adicionales en canal endocervical por lo que se procede a su resección y envió para estudio histopatológico. La laparoscopia no es aceptada por cuestión económica. **Resultados:** buena evolución posquirúrgica. El reporte histopatológico muestra adenocarcinoma moderadamente diferenciado invasor de endocervix, además de pólipo endometrial. Se plantea como manejo histerectomía radical. **Conclusiones:** en el estudio de la paciente con infertilidad se debe de prestar especial atención al diagnóstico y manejo de pólipos cervicales o endometriales, aún siendo una patología frecuente de comportamiento benigno generalmente, y, no únicamente enfocarse como causa de infertilidad, si no, además descartar posibles patologías adicionales, especialmente de origen maligno.

Prevalencia de neoplasia intraepitelial vaginal (NIVA) en la UMAE 23 del IMSS

Autor:

Josefina Nadia Figueroa Medrano

Coautores:

Zahid Salvador Gómez Ramírez, Fernando Carlos

Hernández Garza, Jesús Pablo Esparza Cano

Institución:

UMAE 23, IMSS, Monterrey, NL

Objetivo: determinar la prevalencia de neoplasia intraepitelial vaginal, conocer los tipos histológicos más frecuentes y correlación histopatológica de colposcopia, reporte histopatológico y tratamiento. **Material y métodos:** descriptivo, observacional, de corte transversal, retrospectivo. Se revisaron los expedientes de los casos de cáncer de vagina registrados durante 2003 y 2004 en la Unidad Médica de Alta Especialidad 23 del IMSS. **Resultados:** se registraron 37 casos de cáncer con una mediana de edad de 64 años rango (6-94 años). El tipo histológico más frecuente fue el carcinoma epidermoide 56% otros, carcinoma escamoso 5.4%, carcinoma endometriode 5.4% y otros 32%. el 84% afectó el tercio superior de vagina. El diagnóstico colposcópico de Neoplasia Intraepitelial Vaginal corroborado histopatológicamente fue de 50% para neoplasia moderada y 62% para neoplasia severa. El tratamiento en el 43% fue vaginectomía, el 35% requirió radioterapia y el 5.4 % tratamiento ablativo. El 78% con antecedente de histerectomía previa. **Conclusiones:** la edad de presentación y el tipo histológico de la neoplasia concordó con lo reportado en la literatura; sin embargo, 12% de nuestras pacientes tenía el antecedente de NIC y VPH previo siendo inferior a lo registrado. Se debe enfatizar la búsqueda en pacientes con factores de riesgo alto para mejorar el diagnóstico en estadios tempranos buscando el incremento en la sobrevivencia de estas pacientes.

TRATAMIENTOS QUIRÚRGICOS RELACIONADOS CON CÁNCER PÉLVICO

El asa diatérmica como tratamiento de primera intención disminuye cuatro veces el riesgo de persistencia de neoplasia intraepitelial cervical en comparación con la crioterapia

Autor:

Carlos Villegas Cruz

Coautores:

Ventura Enrique Niño Parra, Rogelio Armando Loza-

no Galván, Félix Arce Carlos

Institución:

ITESM Monterrey, Hospital de Gineco-Obstetricia

Objetivo: comparar la eficacia de la crioterapia vs cono cervical con asa diatérmica en el tratamiento de neoplasias intraepiteliales cervicales (NIC). **Material y métodos:** estudio caso control con 120 pacientes tratadas de lesiones premalignas del cuello uterino durante 2002-2003 y en quienes se realizó seguimiento a un año. Se trataron 54 pacientes (45%) con cono cervical con asa diatérmica, en el grupo A y 66 (55%) con crioterapia en el grupo B. Se utilizó la prueba de χ^2 para realizar el análisis estadístico. **Resultados:** se presentó un caso de persistencia en el grupo de asa diatérmica y 16 casos en el grupo de crioterapia ($p < 0.0004$). Recurrieron las lesiones en 2 pacientes en el grupo de asa diatérmica y en 8 pacientes en el grupo de crioterapia (NS). Sólo se presentaron como complicaciones 3 casos de sangrado posterior al tratamiento en el grupo de cono cervical. **Conclusiones:** el cono cervical con asa diatérmica es una alternativa terapéutica con menor persistencia en NIC que la crioterapia.

Preservación de la fertilidad en cáncer invasor temprano de cuello uterino

Autor:

Arnulfo Martínez Chapa

Coautores:

Antonio Fera Sosa, Nelly Alonso Reyes, Maribel de León Lozano, Miguel Ángel Luna Macías

Institución:

Hospital Regional Monterrey, ISSSTE

Objetivo: evaluar los resultados de la preservación uterina con la traquelectomía radical abdominal o vaginal realizada en la unidad. **Material y métodos:** se realizaron 4 procedimientos de traquelectomía radical, linfadenectomía pélvica y paraaórtica y cerclaje cervical; en pacientes menores de 35 años con deseo de fertilidad, de marzo del 1999 a abril del 2004. Etapa clínica: IB1, tumores menores de 2 cm. En todos los casos se realizó conización con bisturí frío preopera-

toriamente. **Resultados:** edades 29, 30, 31 y 34 años, con carcinoma epidermoide invasor queratinizante con penetración estromial de 0.8 mm, 1.2, 1.0 y 1.5, respectivamente; en tres casos se realizó TR abdominal y en uno, TR vaginal. Obstétricamente, hubo 1 caso de huevo muerto retenido y uno de embarazo pretérmino. En un caso se presentó estenosis cervical y síndrome adherencial. Actualmente todas las pacientes se encuentran libre de enfermedad neoplásica. **Conclusiones:** excelente opción de tratamiento en cáncer invasor temprano en mujeres con deseo de embarazo.

PATOLOGÍA MAMARIA

Obesidad y cáncer de mama en mujeres post menopausicas en UMAE núm. 23, Monterrey, NL

Autor:

Victoria Martínez Gaytán

Coautores:

Raúl Cortés Flores, Gloria Alvarado Saldívar, Miguel E. Torcida González

Institución:

UMAE 23, IMSS, Monterrey, NL

Objetivo: evaluar la asociación de la obesidad como factor de riesgo para cáncer de mama. **Material y métodos:** estudio de casos y controles. La información se obtuvo de los pacientes de la consulta externa del departamento de oncología de la UMAE núm. 23 IMSS del 1° de julio del 2006 al 31 de diciembre del 2006. Tamaño muestral 112 pacientes. **Resultados:** la mediana de edad fue de 55 años (rango de 40 a 86). Distribución de casos por zona geográfica (Monterrey y área conurbada): zona Norte (3.5%), zona Centro (53.5%), zona Sur (3.5%), zona Este (17.8%), zona Oeste (21.4%). Tipos de cáncer registrados: adenocarcinoma ductal infiltrante 64%, adenocarcinoma lobulillar infiltrante 24%, adenocarcinoma tubular infiltrante 2.7%, histiocitoma fibroso 2.7%, carcinoma apócrino invasor 2.7%, carcinoma medular-canalicular infiltrante 2.7%. El Odds ratio calculado para los factores estudiados fue: antecedentes familiares OR

1.23 IC 95% (0.94-1.52) $p = 0.05$, menarquia OR 0.4 IC 95% (0.39-1.49) $p = 0.26$, menopausia OR 0.5 IC 95% (0.43-1.52) $p = 0.26$, lactancia OR 0.67 IC95% (0.89-1.53) $p = 0.05$, paridad OR 0.44 IC95% (0.37-1.89) $p = 0.26$, obesidad OR 1.69 IC95% (1.08-1.57) $p = 0.05$.

Conclusiones: la obesidad mostró ser un factor de riesgo para cáncer mamario en mujeres posmenopáusicas, el cual puede ser modificado. Los antecedentes heredofamiliares a diferencia de otras publicaciones no presentaron significancia. La lactancia, menarquia, menopausia, paridad y el embarazo tardío no fueron factores de riesgo.

ENFERMEDADES MALIGNAS DE LA MAMA

Factores de riesgo en mujeres con cáncer de mama

Autor:

Genaro Vega Malagón

Coautores:

Alejandra Gabriela Vega Malagón, Adrián Hernández Lomelí, Lenin Torres García

Institución:

Universidad Autónoma de Querétaro

Objetivo: determinar los factores de riesgo asociados al cáncer mamario en mujeres del Hospital General de Querétaro. **Material y métodos:** casos y controles, los casos fueron 60 mujeres con cáncer mamario corroborado histológicamente, los controles 60 mujeres sanas con mamografía negativa a cáncer, se analizaron las variables sociodemográficas, reproductivas, antropométricas, preventivas, antecedentes y toxicomanías. El análisis se realizó con razón de momios, intervalo de confianza al 95%, con prueba de χ^2 , y t de Student. **Resultados:** los factores que mostraron diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.05$), fueron: estado civil soltera o sin pareja estable (OR: 2.97, IC 1.29-6.83); Antecedente de no lactancia (OR: 2.50, IC 1.05-0.05); IMC $\geq$ de 25 (OR: 6.05, IC 2.53-14.47); Perímetro Abdominal $\geq$ de 88 cm. (OR: 2.58, IC 1.11-5.96); Índice cintura-cadera $\geq$ de 0.86 (OR: 3.50, IC 1.55-7.87); nunca autoexploración mamaria (OR: 2.67, IC 1.17-6.03); Autoexploración mamaria más de 6 meses

o nunca OR: 3.76, IC 1.51-9.35); Antecedente familiar de cáncer mamario (OR: 4.26, IC 1.12-16.16); Antecedente de patología mamaria (OR 4.20, IC 1.12-16.16). **Conclusiones:** es importante conocer los principales factores de riesgo para identificar tempranamente a las mujeres con altas probabilidades de cáncer, para ofrecerles una detección temprana y un tratamiento oportuno.

OBSTETRICIA GENERAL

Comparación de los valores predictivos del método de Johnson y del ultrasonido para determinar peso fetal

Autor:

Flavio Hernández Castro

Coautores:

Luis David Álvarez Chávez, Iván Vladimir Dávila Escamilla, José Alberto Villarreal Rodríguez

Institución:

IMSS núm. 23 Dr. Ignacio Morones Prieto

Introducción: el método de Johnson (MJ) determina clínicamente el peso fetal (PF) con bajo margen de error pero no hay estudios comparativos con ultrasonido (US). **Objetivo:** comparar el valor predictivo positivo del MJ para estimar PF en embarazos de término con el del US. **Material y métodos:** estudio observacional, transversal, comparativo y prospectivo. Se estudiaron 140 pacientes cursando embarazos de término normoevolutivos. Determinamos el PF por MJ y US en las 72 horas previas al nacimiento independientemente de la vía del mismo. Se calcularon la media del peso obtenido, sensibilidad, especificidad, valores predictivos positivo (VPP) y negativo (VPN) para la detección de recién nacidos eutróficos y macrosómicos de ambos métodos. Posteriormente se compararon con el peso real al nacimiento. **Resultados:** no encontramos diferencia significativa entre la media del PF calculada por MJ y US (3336 g y 3438 g, respectivamente) y la correspondiente a los pesos reales (3412 g) ($p > 0.05$). La desviación estándar fue de 408 g y 429 g con márgenes de error de -23 g/kg y 7.5 g/kg, respectivamente. El VPP para la estimación

del peso en recién nacidos eutróficos por MJ y US fue de 90.6% vs 90.3% y para macrosómicos 72% vs 64%, respectivamente. **Conclusiones:** en embarazos de término normoevolutivos, el MJ tiene un VPP semejante al del US para determinar el peso de recién nacidos eutróficos y macrosómicos.

Complicaciones médicas, obstétricas y resultados perinatales en embarazos de mujeres mayores de 35 años

Autor:

Dulce Margarita Gutiérrez Espinosa

Coautores:

Raúl Cortés Flores, Victoria Martínez Gaytán

Institución:

Unidad Médica de Alta Especialidad núm. 23 IMSS, Monterrey, NL

Objetivo: determinar las complicaciones médicas y obstétricas en mujeres embarazadas mayores de 35 años, así como analizar los resultados perinatales, comparándolos con un grupo control de menores de 35 años. **Material y métodos:** se estimó un tamaño de muestra de 200 casos y 400 controles. Se registraron los datos de las pacientes púerperas que reunieron los criterios de selección durante el período de marzo a junio del 2007 por interrogatorio directo y revisión del expediente. Se registró edad materna, paridad, patología materna preexistente, complicaciones obstétricas y médicas, vía de resolución, edad gestacional al momento de la interrupción, peso al nacimiento, apgar, malformaciones. Para el análisis estadístico se utilizó estadística descriptiva, medidas de tendencia central y de dispersión, χ^2 y OR. **Resultados:** la mediana de edad fue 37 años (35-46). La edad materna avanzada mostró asociación para presentar patología médica materna con un OR 2.2 (1.49-5.65) $p = 0.0002$, Complicaciones obstétricas OR 1.7 (1.4-5.59) $p = 0.03$, una segunda complicación OR 3.3 (2.1-7.3) $p = 0.02$, vía de resolución abdominal OR 2.4 (1.32-5.68) $p = 0.0001$. El factor multiparidad OR 1.8 (1.1-3.6) $p = 0.001$. Prematuridad OR 1.1 (0.7-7.1) $p = 0.5$. Malformaciones fetales $p = 0.17$. No hubo diferencia en el peso al nacimiento ni asfixia neonatal. **Conclusiones:** la edad

avanzada muestra riesgo incrementado de presentar una patología de base, complicaciones obstétricas y médicas así como nacimiento por vía abdominal. No se advirtió incremento en el riesgo de nacimiento pretérmino ni en resultados perinatales. Lo observado es comparable a lo reportado internacionalmente.

Efecto de la betametasona utilizada como inductor de madurez pulmonar fetal en las concentraciones de glucemia materna

Autor:

Flavio Hernández Castro

Coautores:

José Alberto Villarreal Rodríguez, Marcela Guadalupe Medellín Moreno, Rocío Iliana Luna Quiroga

Institución:

Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, UANL

Introducción: la utilización de betametasona como inductor de madurez pulmonar fetal (IMPF) disminuye la morbilidad neonatal relacionada con prematuridad pero su efecto diabetógeno materno ha sido poco estudiado. **Objetivo:** valorar el efecto de betametasona como IMPF sobre la glucemia materna en pacientes sin diagnóstico previo de diabetes gestacional (DG). **Material y métodos:** estudiamos 123 pacientes de entre 14 y 43 años cursando embarazos de 24 a 34 semanas de gestación sin diagnóstico previo de DG que acudieron por actividad uterina siendo tratadas exclusivamente con soluciones intravenosas no glucosadas. Formamos 2 grupos: el de casos con 94 pacientes a quienes administramos betametasona como IMPF y el grupo control con 29 pacientes a quienes no se administró. Determinamos glucemia a las 0, 12, 24, 36 y 72 horas posteriores al inicio del estudio en los controles o la aplicación del glucocorticoide en los casos. Posteriormente realizamos carga rápida de glucosa y de ser anormal, curva de tolerancia a la glucosa. Registramos resultados de glucemias y diagnóstico de DG. **Resultados:** observamos elevación transitoria de las cifras de glucemia posteriores a la aplicación de betametasona con normalización

de las mismas a las 36-72 horas. No encontramos diferencia significativa en los niveles de glucemia ni en el diagnóstico de DG entre ambos grupos ($p > 0.05$). **Conclusiones:** el incremento en los niveles de glucemia causado por betametasona como IMPF no es significativo para producir cifras diagnósticas de DG en mujeres con embarazos entre 24 y 34 semanas sin diagnóstico previo de diabetes.

Embarazo múltiple en UMAE 23 del IMSS, periodo de 6 años

Autor:

Eduardo Noé Nava Guerrero

Coautores:

Rodrigo Pérez Lavaniegos, Raúl Cortés Flores, Victoria Martínez Gaytán

Institución:

UMAE 23, IMSS, Monterrey, NL

Objetivo: determinar la tasa de embarazos múltiples en UMAE 23 del IMSS y resultados del programa de manejo pequeños bebés (**smalls babys**) en un periodo de 6 años. **Material y métodos:** estudio descriptivo, observacional, de corte transversal, retrospectivo. Se revisaron los expedientes de las pacientes con embarazo múltiple del periodo comprendido del 1 de enero 2000 al 31 de diciembre del 2005. **Resultados:** el total de nacimientos fue de 76. La tasa por año fue (2000) 3 embarazos x 10,000 (2001) 6 embarazos x 10,000 nacimientos (2002) 6 embarazos x 10,000 (2003) 7 x 10,000 (2004) 8 x 10,000 (2005) 8 x 10,000. La mediana de edad materna fue de 30 años rango (18-41) los embarazos de trillizos representaron el 86%, seguido de los cuatrillizos 10.5% y un 2.6% de quintillizos. La edad gestacional al nacimiento fue de 31 semanas (28 a 34). El peso fetal fue en el 83% de los casos de 1 a 2,500 kg. El 80% fue por reproducción asistida o estimulación de la ovulación como tratamiento por infertilidad. **Conclusiones:** la tasa global de los 6 años fue de 6 nacimientos por 10,000. La prematuridad sigue jugando un papel importante en el embarazo múltiple; sin embargo, el promedio de edad al nacimiento es cercano al descrito internacionalmente.

Con la implementación del programa de apoyo al embarazo múltiple “pequeños bebés” (**smalls babys**) se ha logrado aumentar de 1 a 3 semanas su duración, mejorando así el pronóstico fetal y materno. Nuestra meta será mejorar las condiciones maternas y fetales buscando una mejor calidad de vida del recién nacido y sus familias.

Identificación molecular de *Mycobacterium tuberculosis* en el líquido peritoneal

Autor:

Jesús Sánchez Contreras

Coautores:

Javier Flores, Gerardo Andrés Alba Jasso

Institución:

Hospital Juárez de México

Introducción: la tuberculosis genital como causa de infertilidad de origen tubario es más común de lo esperado. Su incidencia es difícil de estimar, debido al bajo índice de sospecha, así como la dificultad para establecer el diagnóstico bacteriológico. **Objetivo:** detectar la enfermedad en fase temprana ofreciendo la terapéutica específica que evite las lesiones irreversibles que impactan en el fenómeno reproductivo empleando la identificación molecular del *Mycobacterium tuberculosis* en el líquido peritoneal obtenido por laparoscopia. **Material y métodos:** estudio retrospectivo, longitudinal y descriptivo. En el servicio de Endoscopia Ginecológica del Hospital Juárez de México se analizaron 26 pacientes con factor tuboperitoneal. Durante la laparoscopia se realizó toma de líquido peritoneal del fondo de saco de Douglas y se procesó con PCR. **Resultados:** de 26 pacientes estudiadas, en 10 reportaron PCR positiva. La edad osciló entre los 29 y 35 años con promedio de 32.5 años. 4 reportaron prueba de Elisa cuantitativa de 70 a 180 UI. También se reportaron 3 casos con VSG de 15 mm/h o más, igual número presentó monocitopenia. La histerosalpingografía reportó obstrucción tubaria en 4 de ellas, una imagen en rosario con dilataciones saculares en la cromotubación, además se detectaron granulomas en el epiplón y en la cara superior del hígado en el mismo

caso. **Conclusiones:** la tuberculosis genital afecta la trompa de Falopio y el peritoneo pélvico provocando alteraciones reproductivas. El diagnóstico moderno lo establece la determinación molecular del bacilo tuberculoso en el líquido peritoneal en pacientes con factor tuboperitoneal como causa de infertilidad.

Nuevo punto de corte en el tamizaje de diabetes gestacional en mujeres mexicanas

Autor:

Mónica García González

Coautores:

Mauricio Fernández Romero, Mauricio Gutiérrez Castañeda, Ignacio Morales Álvarez, Víctor Hugo Valverde Tadeo, Arturo Casas Godoy

Institución:

Hospital General Dr. Fernando Quiroz G, ISSSTE

Introducción: la diabetes gestacional (DG) se define como la intolerancia a los carbohidratos de grado variable, de inicio o reconocimiento por primera vez durante el embarazo. Se relaciona con un elevado número de complicaciones maternas y fetales, por lo que la detección y manejo temprano son fundamentales. La detección de DG se realiza mediante prueba de tamiz con carga de 50 gramos de glucosa, considerándose positiva por encima de 140 mg/dL. Varios estudios han comparado el punto de corte de 130 mg/dL y han demostrando que se deja de diagnosticar entre 10 y 13% de mujeres con DG. **Material y métodos:** estudio de junio 2006 a marzo 2007, que incluyó 156 mujeres embarazadas con edad gestacional entre 18-28 semanas a quienes se les realizó prueba de glucosa 50 para determinar la relación de 2 puntos de corte y su correlación con la Curva de Tolerancia Oral a la Glucosa (CTOG). Considerándose tamiz positivo un resultado mayor a 130 mg/dL. **Resultados:** del total de las mujeres que se diagnosticó DG según criterios de Carpenter y Coustan, 32% contaban con resultado entre 130-139 mg/dL. **Conclusiones:** de acuerdo con los resultados obtenidos se sugiere que la prueba de tamiz debe considerarse positiva en la población mexicana a partir de 130 mg/dL, debido al alto porcentaje

de DG que se deja de diagnosticar cuando se toman valores superiores.

Óbito fetal en un hospital de segundo nivel

Autor:

Jaime Zárate García

Coautores:

Fabiola Barba León, Vaca A. Y, Carlos Díaz Torres

Institución:

Hospital General de Zona, núm. 1, IMSS, San Luis Potosí

Material y métodos: se analizaron 50 expedientes y se revisaron indicadores de edad, paridad, semanas de gestación, peso de los productos, morbilidad fetal y materna y llenado de los certificados de defunción.

Resultados: se encontró una tasa de mortalidad corregida de 13.35 por mil nacidos vivos. En nuestro hospital durante 2006 hubo 8334 nacimientos. Grupo de edad más frecuente fue de 20-24 años, en secundigestas fue el grupo que presentó con mayor frecuencia el óbito, pacientes con antecedentes de cesárea fue el 36%, por semanas de gestación del grupo de 37 a 41 semanas fue el más frecuente con 40%, tuvieron control prenatal en 66%, peso de los productos con más de 2000 g. fue el 44%, el sexo masculino se presentó en el 56%, llenado simple del certificado de defunción 70%, presencia de patología fetal en 30%, presencia de patología materna 32%, malformaciones del producto 10%, nacimiento por parto eutósico 78%, cesárea 22%, antecedente de óbito sólo en el 2%. **Conclusiones:** la tasa de mortalidad corregida resultó inferior al promedio nacional ya que se eliminaron 53 casos que aunque por semanas de gestación eran mayor de 20 semanas por peso resultaron menor de 500 g por las semanas de gestación el 70% se presentó en productos de 32 semanas o más y por el peso el 70% fue de 1500 g o más quedando la inquietud de haber podido ofrecer mejor atención a estos productos. Se requiere elaborar con sentido más crítico los certificados de muerte fetal por ello se propone anexar un resumen al certificado y finalmente se requiere mejorar el control prenatal para hacer un mejor diagnóstico y tratamiento.

Validación de la versión mexicana de la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo

Autor:

Antonio Sifuentes Álvarez

Coautores:

Cosme Alvarado Esquivel, Carlos Salas Martínez, Sergio Martínez García

Institución:

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

Objetivo: validar una versión en español de la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo en una muestra de mujeres mexicanas en periodo de posparto. **Materiales y métodos:** estudio prospectivo, transversal, descriptivo y observacional. Población de estudio. 100 mujeres en el periodo posparto en la consulta externa del Hospital. Instrumentos de evaluación. 1) Versión mexicana de la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo. 2) Entrevista estructurada para diagnóstico de depresión usando criterios del DSM-IV. Análisis estadístico. Los resultados se analizaron mediante tabla de contingencia, y pruebas convencionales de correlación. **Resultados:** se estudiaron 100 mujeres, 49 tuvieron menos de 4 semanas de posparto, encontrando 4 mujeres con depresión mayor utilizando los criterios del DCM-IV. En este grupo la puntuación fue de 11/12, mostrando una sensibilidad del 75% (IC 95%: 63.8-86.2), especificidad del 93% (IC 95%: 84.6-100), valor predictivo positivo 50%, valor predictivo negativo 97.6%. y una área por debajo de la curva de 0.84. Las 51 mujeres restantes cursaron con 4-13 semanas posparto, 7 mujeres con depresión mayor, una con depresión menor, utilizando criterios del DCM-IV, con puntuación de 7/8., sensibilidad 75% (IC 95%: 66.1-83.9), especificidad 84% (IC95%: 76.1-91.9), valor predictivo positivo 46.2, valor predictivo negativo 94.7 y un área debajo de la curva de 0.80. **Conclusiones:** la versión Mexicana de la EPDS. puede ser considerada como una prueba de depresión posparto en mujeres Mexicanas con una puntuación de alrededor de 11-12 en mujeres con 4 semanas o menos posparto y puntuación de 7-8 en mujeres de

4-13 semanas posparto.

PUERPERIO NO COMPLICADO

Estudio de valoración sobre la aceptación posparto de un anticonceptivo hormonal oral con desogestrel 0.075 mg

Autor:

Manuel Ortes Bonilla

Coautores:

Lorena Ferrer, Edna Cortés Fuetes, Elena Vilchis Guizar

Institución:

Hospital de Ginecoobstetricia, Centro Médico La Raza, IMSS
Hospital de Ginecoobstetricia Tlatelolco
Hospital de Gineco-Pediatría 3-A IMSS

Objetivo: identificar si el anticonceptivo oral con sólo desogestrel en pacientes puérperas aumenta el porcentaje de cobertura anticonceptiva posparto en los hospitales de gineco-obstetricia de las Delegaciones 1 y 2 del DF del IMSS. **Materiales y métodos:** en cuatro hospitales de ginecoobstetricia de las delegaciones 1 y 2 del DF del IMSS cuya cobertura anticonceptiva acumulada anual 2004 posparto y transcesárea era del 77 y 74% respectivamente considerándose muy por abajo del indicador ideal del 85%. Se incluyeron las pacientes posparto o poscesárea que tuvieron la opción de elegir como método anticonceptivo posparto un hormonal oral a base de progestina sola (desogestrel 0.075 mg), y el grupo control fueron las pacientes puérperas atendidas anteriormente en las unidades, las cuales no contaron con esta opción; se excluyeron aquellas con antecedentes de enfermedad tromboembólica venosa activa, lesión hepática, tumores dependientes de progestágenos, hipertensión arterial o diabetes mellitus y se eliminaron las que abandonaron el tratamiento antes de cuatro meses, presentaron efectos adversos o secundarios importantes o cambiaran de domicilio y no fueron localizadas. **Resultados:** dentro de la variable dependiente, se

considera el incremento del porcentaje de cobertura anticonceptiva posparto en los cuatro hospitales de ginecoobstetricia participantes en el estudio y con base en el reporte estadístico mensual, el cual se compara entre meses antes y después de la introducción del hormonal oral de 0.075 mg de desogestrel, es decir durante la incorporación de las 155 aceptantes. La diferencia estadística de cobertura anticonceptiva posparto entre los meses antes de introducir este anticonceptivo con sólo progestina y los meses en que se incorporaron las 155 aceptantes distribuidas en los cuatro hospitales reporto un incremento del 4.12 al 10.18% y un promedio de 7.83 **Conclusiones:** en este estudio se analizó el resultado de la hipótesis planteada en relación a la utilidad de su incorporación dentro de la gama de métodos anticonceptivos para el posparto, encontrando un incremento que si bien no llego 10% esperado, el promedio de 7.83% logrado se considera una mejora en la proporción de cobertura que justifica el beneficio de contar con esta opción anticonceptiva.

OPERATORIA OBSTÉTRICA

Degeneración miomatosa y miomectomía durante el embarazo. Presentación de un caso

Autor:

Mónica García González

Coautores:

Ivonne A. Colín Santana, Aurora Noyola Monroy, Mauricio R. Gutiérrez Castañeda, M. Mauricio Fernández Romero, Maribel Blas Pérez

Institución:

Hospital General Dr. Fernando Quiroz G, ISSSTE

La asociación de embarazo y miomatosis es poco frecuente, pero se asocia con un elevado número de fracasos reproductivos. Cuando se presenta algún tipo de degeneración miomatosa aumenta el riesgo de cirugía durante el embarazo, con las complicaciones que de ella derivan. La miomectomía incrementa en un 20-45% el riesgo de hemorragia y nacimiento prematuro. **Caso clínico:** se trata de una primigesta de

32 años, con embarazo de 13 semanas complicado por presencia de masa anexial derecha de 7 x 9 x 10 cm. Mediante ultrasonido de tercera y cuarta dimensión y marcadores tumorales se descarta neoplasia ovárica, realizándose diagnóstico de mioma uterino. En la semana 22, con cuadro doloroso abdominal, y ultrasonográficamente mioma de 13 x 12 x 10, con datos de degeneración, no cediendo al manejo analgésico por lo que se decide miomectomía, encontrando mioma de 17 x 15 cm en cara posterolateral derecha con pedículo de 10 cm., peso de 1500 g, con datos de proceso degenerativo hialino. Sin complicaciones, evolucionando satisfactoriamente, egresada al tercer día. Actualmente cursa embarazo de 34 SDG normoevolutivo. **Conclusiones:** el embarazo aumenta la posibilidad de degeneración miomatosa, particularmente la roja o hialina, ocasionando dolor, comúnmente responde al manejo conservador. El abordaje quirúrgico debe reservarse para las torsiones y degeneraciones que ocasionan dolor abdominal severo refractario a los analgésicos.

Diastasis sinfisial secundaria a maniobra de McRobert

Autor:

José Luis Aquino Hernández José Luis*

Coautores:

Oscar Flores Carreras,** Patricia Velázquez Castellanos,** Sergio Montoya Maza***

Institución:

* Hospital Integral Las Margaritas, Chiapas

** Hospital Civil de Guadalajara

*** Hospital General Regional Dr. Rafael Pascacio Gamboa, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas

Caso clínico: diagnóstico, tratamiento y revisión de la literatura. Se presenta el caso de una paciente primípara joven con antecedente de puerperio patológico complicado con separación sinfisial y uretrovesical secundaria a atención de parto domiciliario por empírica y maniobra de McRobert, quien acudió por incontinencia urinaria por rebosamiento, cuadro séptico y dificultad para la deambulaci3n. **Resulta-**

dos: se realizó talla suprapúbica en el primer tiempo quirúrgico, fijación interna de la inestabilidad pélvica en el segundo tiempo y en el tercer tiempo quirúrgico se realizó uretrosuspensión retropúbica tipo Burch, con cirugía de Richardson bilateral, así como neomeato uretral y esfinteroplastia anal, con lo que se obtuvo adecuada función y la reparación anatómica fue aproximada a lo normal. **Conclusiones:** se ha recomendado la maniobra de McRobert como técnica inicial en el manejo de la distocia de hombros, dado que la a posición de litotomía forzada y abducción exagerada aumenta la presión de la articulación de la sínfisis púbica y del nervio femoral, por estiramiento del ligamento inguinal, hace más fácil la posibilidad de fractura o separación sinfisial, esto coadyuvado por la lasitud ligamentaria y de las articulaciones dada por la relaxina y progesterona. La incidencia de diástasis de la sínfisis púbica periparto se estima en 1:300 a 1:30,000. Los síntomas característicos incluyen: dolor suprapúbico e hipersensibilidad que se irradia a región lumbosacra o piernas Dificultad para la deambulación Ocasionalmente disfunción de vaciado. Debe tomarse en cuenta que este procedimiento puede derivar en lesiones genitourinarias y pélvicas.

CESÁREAS

Cesárea: analgesia neuroaxial postoperatoria y dermatomas involucrados

Autor:

Gustavo Olivas Mendoza

Coautores:

Víctor M. Mata Orozco, Luis A. Esparza Carbajal, Amadeo Aldana Bustamante

Institución:

Maternidad Conchita, Delicias, Chihuahua

Objetivo: evaluar en dos modalidades neuroaxiales contemporáneas de analgesia postcesárea, la calidad de la extensión de la analgesia y la trascendencia y manejo de sus efectos secundarios. **Material y métodos:** en cien cesáreas programadas se utilizó uno de los dos siguientes métodos de analgesia postoperatoria:

a) analgesia peridural continua con bupivacaína y citrato de fentanilo, **b)** analgesia subaracnoidea con monodosis de morfina y bupivacaína. En las primeras 24 horas del postoperatorio fueron evaluados los dermatomas con analgesia y prurito, así como otros efectos secundarios de estas modalidades analgésicas. La evaluación estadística se realizó mediante: análisis descriptivo (media, porcentaje), análisis inferencial (modelo de ancova para la variable principal) y en todas las pruebas estadísticas fue aplicado el nivel de significancia. **Resultados:** los datos biométricos en ambos grupos fueron similares (promedio de edad e índice de masa corporal) al igual que la calidad de analgesia, mostrando diferencias significativas entre ambos grupos (p superior a 0.05) en la duración de la analgesia en la incidencia del vomito, capacidad motriz (ambulación), retención urinaria, horas de estancia hospitalaria y cefalea. **Conclusiones:** la analgesia neuroaxial postoperatoria constituye una excelente alternativa, especialmente la peridural, que presenta menos efectos adversos.

Frecuencia de la operación cesárea en un hospital regional de zona

Autor:

Cerda C. J. L.

Coautores:

Guzmán M. S., L.E.O. Herrera R. D. M.

Institución:

Hospital Regional Nezahualcóyotl, ISSEMyM

Introducción: tomando en cuenta el alto número de nacimientos operatorios a nivel institucional, se realizó un estudio retrospectivo de 15 años en un Hospital Regional para documentar las causas de las indicaciones y establecer estrategias que ayuden a disminuir el número de cesáreas. **Objetivo:** conocer la indicación de cesárea y el índice parto-cesárea (IP/C) en un periodo de 15 años (1992-2006) en el Hospital Regional Nezahualcóyotl. **Material y métodos:** estudio retrospectivo y longitudinal. Se revisaron expedientes clínicos (1992-2006) para analizar: edad de las pacientes, gestas, partos, cesáreas

primarias e indicaciones más frecuentes. **Resultados:** en el quinquenio 1992-1996 se obtuvieron un total de 3526 recién nacidos (R/N) de los cuales 2099 fueron por parto y 1427 por cesárea, con un IP/C de 1.4, con un porcentaje de cesáreas primarias de 15.6%. En el quinquenio 1997-2001, se obtuvieron 4421 R/N de los cuales 2251 fueron por parto y 2170 por cesárea, con un IP/C de 1, con un 21% de cesáreas primarias y del 2002-2006 se obtuvieron 4563 R/N de los cuales 1972 fueron por parto y 2581 por cesárea, con un I.P/C de 0.76 y un 24% de cesáreas primarias. Las indicaciones más frecuentes de cesárea son: cesárea previa, cesárea interactiva, DCP, SFA, circular de cordón al cuello, PIC, RPM, hipomotilidad fetal, TP estacionario y presentación pélvica. En los 15 años el I.P/C es de 1 y el porcentaje de cesáreas primarias equivale al 20% (1235). 79 pacientes eran menores de 20 años (1.2%), el mayor número de operaciones se practican entre los grupos etarios de 25 a 29 años (721) y de 30 a 34 años (612) **Conclusiones:** en el análisis global para relación parto/cesárea se obtuvo que está a favor del parto con un cociente de 1.0. Las cesáreas primarias siguen constituyendo la quinta parte del total de cesáreas, siendo un área de oportunidad para la disminución de las mismas. Las complicaciones de la operación en la Unidad no son estadísticamente significativas y la más frecuente fue la dehiscencia de herida quirúrgica que fue manejada con antibióticos y curaciones de la misma.

Incidencia de la operación cesárea en el sector público y privado de Saltillo, Coahuila, en el año 2005

Autor:

Rogelio Valdéz González

Coautores:

Luis Carrillo González, Héctor Almanza Valdés, Pavel Carrillo Molina, Pierre García González, Víctor González Soto, Leobardo López Candia, Cindy Montiel Hernández

Institución:

Hospitales del sector salud y privado de Saltillo, Coah.
Universidad Autónoma de Coahuila

Objetivo: investigar la incidencia de operación cesárea en los sectores de salud público y privado para comparar las cifras con las de otros países y las recomendadas por la OMS y la Norma Oficial Mexicana.

Material y métodos: estudio retrospectivo, longitudinal, comparativo y observacional en instituciones de salud públicas, privadas, y semiprivadas de Saltillo durante el año 2005. El presente estudio se llevó a cabo del 1 al 30 de Octubre 2006. Previa autorización de los directores médicos de las instituciones de salud públicas privadas y semiprivadas que amablemente nos proporcionaron la información de sus instituciones médicas de salud, mediante una carta de presentación de la Dirección de nuestra Facultad de Medicina U. S. en donde se mencionaban los objetivos del presente trabajo. Se recabo la información del número de nacimientos en el año 2005 así como la incidencia de la op. Cesárea en cada **institución**. **Resultados:** los nacimientos totales en el sector salud público fueron 12,239 obteniéndose por parto 8350 (68%) y por op. Cesárea 3889 (32%) en el sector privado los nacimientos ocurridos en el año 2005 fue un total de 2092 con un índice de op. Cesárea de 1518 (73%) y partos 574 (27%) en los hospitales privados ocurrieron 1621 nacimientos de los cuales se obtuvieron mediante op. Cesárea 832 (51%) y por tanto 789 (49%). **Conclusiones:** la incidencia en nuestra ciudad en comparación con la de nuestro país continua siendo elevada muy por encima de las cifras sugeridas por la OMS y la Norma Oficial Mexicana emitida por la Secretaría de Salud por lo que nuevamente se deben de retomar medidas para abatir estas cifras que repercuten en la economía de nuestra ciudad y además que no mejoran la morbilidad perinatal ni materna.

Infección de herida quirúrgica en cesáreas electivas y de urgencia en la UMAE núm. 23, IMSS, Monterrey, NL

Autor:

Adriana Guadalupe Araico Salas

Coautores:

Victoria Martínez Gaytán, Raúl Cortés Flores, Carlos A. Martínez Hernández

Institución:

UMAE 23, IMSS, Monterrey, NL

Objetivo: conocer el número de pacientes con infección de herida quirúrgica postcesárea y comparar su presentación en cirugías electivas y de urgencia. **Materiales y métodos:** estudio transversal y comparativo. Se incluyeron todas las pacientes postoperadas de cesárea que ingresaron con diagnóstico de herida quirúrgica infectada en un periodo de 6 meses y cumplieran criterios de selección, llenándose un formato creado exprofeso. **Resultados:** se registraron 42 pacientes con infección de herida de 3,918 nacimientos por cesárea (1.07%), 29 (69%) fueron cirugías de urgencia, el rango de edad de 21-30 años fue el más afectado con 27(64%), el factor de riesgo más implicado fue la RPM con 21 casos(48.8%), 22 pacientes (52%) fueron primigestas, las manifestaciones clínicas que se presentaron con mayor frecuencia fueron fiebre y secreción purulenta con un tiempo de aparición mayor de 7 días en 22 casos (52%). Se utilizó sólo un antibiótico en 26 casos (61%). La estancia intrahospitalaria fue mayor de 6 días en un 50% de los casos. Sólo 30% de las pacientes contó con cultivo de secreción encontrando *E. coli*. Las complicaciones secundarias fueron abscesos subaponeuróticos y endometriitis en 6 casos. **Conclusiones:** la cirugía de urgencia y la ruptura prematura de membranas son factores ampliamente implicados en la infección de herida postcesárea. Es indispensable evaluar el proceso de seguimiento dado el bajo número de pacientes que cuentan con cultivos repostados.

LEGRADOS**Embarazo cervical: manejo con AMEU, presentación de un caso y revisión de literatura****Autor:**

Eduardo Loza Aceves

Coautor:

Roberto Madriz Flores

Institución:

Centro Médico Alteño

Objetivo: revisar la literatura sobre el manejo actual

del embarazo cervical y la experiencia con el manejo de AMEU. **Materiales y métodos:** estudio retrospectivo, observacional, presentación de un caso, primigesta de 22 años, sin antecedentes de importancia, manejada inicialmente como HUA, bajo el diagnóstico de embarazo cervical y sangrado profuso indoloro, ultrasonido reporta tumoración mixta en segmento uterino cervical así como imagen uterina en forma de reloj de arena, fracción β inicial de 5128 mUI se le realiza legrado con aspiración manual endouterina AMEU, manejo conservador y observacional. **Resultados:** evolución satisfactoria con control de fracción β al día siguiente del AMEU de 1178 mUI, a los 8 días 324 mUI, día 15 de 64 mUI, a al mes de 0.4 mUI, actualmente asintomática con manejo de anticoncepción hormonal. **Conclusiones:** el diagnóstico prematuro es de vital importancia para el pronóstico y morbilidad de esta entidad, el ultrasonido trasvaginal sigue siendo el método más adecuado, el manejo conservador con metotrexato guiado trasvaginal a dosis de 25 o 50 mg es el método mundialmente reconocido con mejores resultados, no hay ningún reporte del manejo con AMEU, el cual es una buena alternativa cuando se debe intervenir quirúrgicamente debido a su método de curetaje menos traumático y mejor control del sangrado.

MEDICINA MATERNOFETAL**Circular de cordón umbilical al cuello y su relación con hipoxia crónica fetal****Autor:**

Arturo Eduardo Dowell Delgado

Coautores:

Héctor González Lozano, Eleazar Hernández Dávila, José Antonio García Lorenzo

Institución:

Ginequito, Hospital de la Mujer

Objetivo: demostrar que la circular de cordón al cuello del feto al momento del nacimiento se asocia con marcadores de hipoxia crónica en la sangre fetal.

Materiales y métodos: estudio transversal y comparativo. Se realizó un muestreo no probabilístico de casos

consecutivos, incluyendo 68 pacientes con embarazo de término sin factores de riesgo, internadas para la interrupción del embarazo. Se identificó la presencia o ausencia de una circular de cordón al cuello al momento del nacimiento, tomando una muestra de sangre fetal para identificar la cantidad de glóbulos rojos nucleados (GRN) por cada 100 glóbulos blancos (GB) en un frotis. Se consideró evidencia de hipoxia un valor mayor a 14 GRN/100 GB, según lo reportado en la literatura. **Resultados:** se encontró circular al cuello en 22 casos (32.3%). En el grupo con circular, sólo 2 resultaron con más de 14 GRN/100 GB y del grupo sin circular también sólo 2. No se encontró diferencia significativa en el número de GRN entre los dos grupos ($p = 0.589$), y el riesgo relativo de la circular de cordón al cuello para hipoxia fetal se calculó en 2.09 (95% IC 0.31-13.8). Todos los recién nacidos de ambos grupos tuvieron una evolución normal. **Conclusiones:** la circular de cordón al cuello en embarazos sin factores de riesgo y a término no se asocia con marcadores de hipoxemia fetal. El hallazgo prenatal de circular de cordón al cuello del feto no debe modificar la conducta obstétrica en relación con la vigilancia del bienestar fetal y la vía de nacimiento. Es necesario continuar otros estudios similares o con otros diseños para incrementar la experiencia y confirmar este hallazgo.

Niveles séricos de hormonas tiroideas durante el embarazo en hipotiroidismo

Autor:

Serrano Gómez SG

Coautor:

Pérez Cardeña Ma. D

Institución:

Hospital General núm. 71 Benito Coquet Lagunes, IMSS, Veracruz, Ver.

Objetivo: determinar el comportamiento de los niveles séricos de T3, T4 y TSH por trimestre, en embarazadas hipotiroideas. **Material y métodos:** estudio prospectivo, series de casos. Del 1 de enero de 2003

al 30 de junio de 2004. Incluye mujeres hipotiroideas embarazadas trata con levotiroxina, con controles trimestrales de niveles séricos de T4, T3 y TSH, mediante la técnica de quimioluminiscencia. Los resultados son analizados con la prueba t Student y χ^2 . **Resultados:** 41 mujeres embarazadas hipotiroideas, tratadas con levotiroxina, entre 17 y 43 años de edad, (m 30), 26 con hipotiroidismo primario (63.41%) y 15 hipotiroidismo secundario (36.58%). La dosis de levotiroxina en el embarazo osciló de 100 a 250 μg /día. Los niveles de hormonas tiroideas más descontrolados en el segundo trimestre, la T3 en 3 pacientes (7.31%) la T4 en 14 pacientes (34.1%) y la TSH en 20 pacientes (48.7%). El control en el segundo y tercer trimestre: T3 $p = 1$, la T4 $p = 0.01$ y TSH $p = 0.03$. 35 (85.36%). Complicaciones perinatales en 10 productos: 6 bajo peso al nacimiento (15.78%) y 1 muerte fetal intrauterina (2.63%). 1 producto con cardiopatía congénita (CIV) (2.63%) 1 con taquipnea transitoria del recién nacido (2.63%) 1 producto prematuro. **Conclusiones:** los niveles séricos de T3, T4, Y TSH, presentaron un descontrol mayor en el segundo trimestre del embarazo, al igual que lo reportado ya que es al inicio del segundo trimestre cuando se incrementan los requerimientos de hormonas tiroideas y por ende se incrementan los requerimientos de levotiroxina.

Procedimientos invasivos guiados por ultrasonido en medicina materno fetal

Autor:

Juan Antonio Cardiel Martínez

Coautores:

Ernesto Barrios Prieto, J. Guadalupe Panduro Barón, Sergio Fajardo Dueñas

Institución:

Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I. Menchaca

Objetivo: conocer los métodos invasivos, sus indicaciones, riesgos, técnica y utilidad. **Material y métodos:** los procedimientos invasivos se clasifican como diagnósticos y terapéuticos. La amniocentesis diagnóstica es el procedimiento invasivo más

utilizado, sus principales objetivos son: análisis del cariotipo, estudios de isoinmunización, FISH, análisis de PCR, madurez pulmonar. Se clasifica como temprana (11-14 semanas), tradicional (15-24 semanas) y tardía (25 semanas o más). Los riesgos relacionados son: pérdida fetal, ruptura de membranas, contractilidad uterina. La amnioinfusión es utilizada como auxiliar en diagnóstico de alteraciones fetales, en los cuales por oligoamnios no es posible determinar las anomalías que desencadenaron la disminución de líquido amniótico. La toracocentesis puede ser tanto diagnóstica como terapéutica, es posible que un defecto cardíaco o pulmonar subyacente se aclare después de este procedimiento al reestablecer la anatomía normal. El líquido por lo general vuelve a acumularse después de 24 horas siendo probable la necesidad de repetir el procedimiento. La cordocentesis es de gran utilidad en la enfermedad hemolítica fetal (valoración del estado hematológico o TIU), estudio citogenética, infecciones. La elección del sitio de punción dependerá de cada paciente (inserción del cordón a la placenta, al abdomen fetal, seno porta, asa libre de cordón). Las derivaciones vesicoamnióticas indicadas en la uropatía obstructiva de vías urinarias bajas, las características sonográficas incluyen una megavejiga, engrosamiento de la pared vesical, dilatación de la uretra alta, grado variable de hidrouréter con o sin hidronefrosis. La colocación de catéter de Harrison (double pigtail stent) mejora en general el pronóstico para el feto. **Resultados:** se explicarán los métodos realizados en la Unidad de Medicina Materno Fetal de este hospital a través de diapositivas en las cuales se anexan clips de videos donde se muestran las técnicas de cada uno de ellos.

Tratamiento de la pérdida gestacional recurrente con enoxaparina

Autor:

Fidel Morales Caballero

Coautores:

Mario Gracia Saldaña, Guadalupe Pérez Borbón, Ricardo Alberto López Narváez

Institución:

Hospital San José, ITESM Monterrey

Objetivo: demostrar las ventajas del tratamiento con enoxaparina en casos de pérdida gestacional recurrente. **Material y métodos:** estudio retrospectivo. Se evaluaron los resultados gestacionales de 12 pacientes, todas menores de 35 años de edad, con pérdida gestacional recurrente (3 o más) en los últimos cuatro años. Las pérdidas fueron todas entre las 10 y 20 semanas de gestación. Dos de ellas presentaron como antecedentes obstétricos, restricción del crecimiento con óbito temprano o preeclampsia severa muy temprana. Ninguna tenía diagnóstico de trombofilias secundarias a enfermedad lúpica ni a cualquier otra anomalía auto inmune, corroborándose por laboratorio. Las pacientes todas habían tenido ya pérdidas gestacionales a pesar de manejo con aspirina a dosis bajas. Nueve pacientes contaban con diagnóstico de síndrome antifosfolípido diagnosticados por la presencia de factor lúpico anticoagulante positivo o anticuerpos anticardiolipinas presentes. Tres pacientes tenían estas pruebas negativas y se procedió a completarse el protocolo de evaluación para trombofilias hereditarias mediante PCR (reacción en cadena de polimerasa) para factor V de Leyden y para mutación G de protrombina, investigando fuera de embarazo y la resistencia a la proteína C activada, y la deficiencia de proteína S mediante ensayo de cofactor de heparina para investigar deficiencia de antitrombina III (AT), siendo más frecuentes la detección de Factor V de Leyden en dos pacientes y sólo una con deficiencia de antitrombina por laboratorio. Todas estas pacientes iniciaron tratamiento diario entre las semanas 8 y 10 de gestación con dosis de 40 mg subcutáneas de enoxaparina, junto con 81 mg de Aspirina por vía oral. Ninguna tuvo manejo con esteroides ni alguna otra terapia coadyuvante. **Resultados:** cuatro pacientes presentaron sangrado transvaginal escaso e intermitente durante el primer trimestre y en todas se resolvió con reposo o progesterona micronizada por vía oral o vaginal. Ninguna paciente presentó restricción en el crecimiento intrauterino y tampoco se complicaron con pre-eclampsia, desprendimiento prematuro de placenta, ni sangrado durante el tercer trimestre. Ninguna paciente presentó complicaciones hemorrágicas de ningún tipo suspendiéndose

la aspirina aproximadamente 2 semanas antes y la enoxaparina por lo menos 24 horas previas a la terminación del embarazo. (Dos pacientes del grupo de trombofilias adquiridas suspendieron la enoxaparina antes del término del embarazo, una al final del primer trimestre y otra a la semana 22 de gestación, por reacciones locales a la administración o por costo). Ninguna tuvo disminución en las cuentas plaquetarias. En todos los casos se obtuvieron recién nacidos de término y sanos, 7 por vía abdominal y 5 por vía vaginal. **Conclusiones:** en este pequeño grupo de pacientes no se presentaron pérdidas gestacionales y se logró concluir el 100% de los embarazos a término obteniendo recién nacidos vivos sanos. No se presentaron complicaciones hemorragiparas trans o postquirúrgicas con el uso de Aspirina a baja dosis y enoxaparina. Reportes grandes consideran que se logra un aumento aproximado del 42% de nacimientos de hijos vivos bajo tratamiento único de aspirina, y en combinación con dosis bajas de heparina de bajo peso molecular se incrementa hasta el 80%.

COMPLICACIONES MÉDICAS DEL EMBARAZO

Asociación de nacimiento pretérmino con factores de riesgo sociodemográficos y obstétricos

Autor:

Fred Morgan Ortiz

Coautores:

Ariana Cinco Sánchez, Francisco A. Douriet Marin, Aurelio González Beltrán, Jairo Muñoz Acosta

Institución:

Hospital Civil de Culiacán, Universidad Autónoma de Sinaloa

Objetivo: determinar la frecuencia de nacimiento pretérmino y su asociación con factores de riesgo sociodemográficos y obstétricos. **Material y métodos:** se realizó un estudio retrospectivo, comparativo, longitudinal y observacional en el cual se analizaron todos los registros clínicos de nacimientos pretérmino (Casos prevalentes: $n = 748$) atendidos en el periodo

2001-2006. Como controles se seleccionaron al azar los registros clínicos de pacientes que presentaron nacimientos a término ($n = 755$). Como variables de interés primario se analizó la asociación de nacimiento pretérmino con medio socioeconómico, sangrado transvaginal en la primera mitad del embarazo, antecedente de parto pretérmino previo, periodo intergenésico post-aborto y posparto). **Resultados:** la frecuencia de nacimiento pretérmino fue del 3.22% ($n = 748 / 23,443$). El nivel socioeconómico bajo fue más frecuente en los casos que en los controles (81.95% vs 86.49%; RM: 0.71; IC 95%: 0.54 – 0.94; $p = 0.0191$). El 7.6 % ($n = 57$) de las pacientes de casos presentaron sangrado vaginal en el primer trimestre en comparación con el 0.26% de los controles ($n = 2$), (RM: 9.33; IC 95%: 2.06-59.18; $p = 0.0006$). El antecedente de parto pretérmino previo estuvo presente en el 2.41% de los casos ($n = 18 / 744$), comparado con el 0.24% de los controles ($n = 2 / 755$) (RM: 9.33; IC 95%: 2.06-59.18; $p = 0.0006$). Se encontró una asociación positiva entre nacimiento pretérmino y periodo intergenésico post-parto igual o menor de un año con nacimiento pretérmino (RM: 1.90; IC95%: 1.34-2.71 $p = 0.0002$), así como con ruptura prematura de membranas (RM: 9.24; IC 95%: 6.14-13.97). **Conclusiones:** la frecuencia de nacimiento pretérmino fue del 3.22% siendo menor a la reportada en la literatura (5-10%) y se asoció significativamente con sangrado transvaginal en la primera mitad del embarazo, periodo intergenésico posparto menor o igual a 1 año y con ruptura prematura de membranas.

Asociación de ruptura prematura de membranas con factores de riesgo sociodemográficos y obstétricos

Autor:

Yamel Gómez Soto

Coautores:

Fred Morgan Ortiz

Institución:

Hospital Civil de Culiacán, Universidad Autónoma de Sinaloa

Objetivo: determinar si existe asociación entre ruptura prematura de membranas y antecedentes ginecoobstétricos y sociodemográficos. **Material y métodos:** se realizó un estudio retrospectivo, comparativo, longitudinal y observacional en el cual se analizaron todos los registros clínicos de pacientes con ruptura prematura de membranas (Casos prevalentes: $n = 1399$) atendidos en el periodo 2003-2006. Como controles se seleccionaron al azar los registros clínicos de pacientes atendidas durante el mismo periodo pero que no presentaron ruptura prematura de membranas ($n = 1378$). Como variables de interés primario se analizó la asociación de nacimiento pretérmino con medio socioeconómico, tabaquismo, antecedentes ginecoobstétricos (compañeros sexuales, gestas, paras, abortos y periodo intergenésico). **Resultados:** la frecuencia de ruptura prematura de membranas durante el periodo de estudio fue del 8.9% ($n = 1399 / 15621$). El nivel socioeconómico fue similar entre los grupos. El antecedente de tabaquismo se encontró con mayor frecuencia en los casos que en los controles (RM:2.32; IC 95%:1.18-4.59), no hubo diferencias en los antecedentes ginecoobstétricos (compañeros sexuales, gestas, paras, abortos, periodo ínter genésico, y control prenatal) entre los casos y los controles. Hubo una mayor frecuencia de nacimientos pretérmino en los casos que en los controles (RM 2.63; IC 95%:1.81-3.82), la vía de resolución del embarazo fue similar entre los casos y los controles (RM:1.11; IC 95% 0.95-1.31). **Conclusión:** no se encontró asociación entre los antecedentes ginecoobstétricos como: número de compañeros sexuales, gestas, paras, abortos y periodo intergenésico con ruptura prematura de membranas y sí se asoció significativamente con tabaquismo.

Complicaciones neonatales en preeclampsia severa en la Unidad Médica de Alta Especialidad núm. 23, Monterrey NL

Autor:

Victoria Martínez Gaytán

Coautores:

Carmen Vega Cárdenas, Sergio Luna García, Raúl Cortés Flores, Miguel Torcida González

Institución:

UMAE 23, IMSS, Monterrey, NL

Objetivo: conocer las complicaciones neonatales en embarazos complicados por preeclampsia severa de la Unidad Médica de Alta Especialidad núm. 23 del IMSS. **Material y métodos:** se registraron los resultados perinatales de los embarazos complicados por preeclampsia severa atendidos en la Unidad de Medicina Materno Fetal en el primer semestre del año 2007. **Resultados:** se registraron 168 casos, con 10 embarazos gemelares. Las principales complicaciones neonatales advertidas fueron: restricción del crecimiento intrauterino (RCIU) 61 casos (36%), prematuridad por membrana hialina (MH) 48 casos (28%). Se requirió internamiento en Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) 34 casos (21.5%). La mortalidad neonatal fue del 5%. El 2.9% de la mortalidad intrauterina fue por desprendimiento prematuro de placenta normo inserta y el 1.7% de la muerte neonatal fue por prematuridad. **Conclusiones:** la RCIU y la prematuridad incrementados por esta condición ofrecen el mayor reto desde el punto de vista neonatal. Es prioritario el diagnóstico temprano de la patología hipertensiva pues permite manejar adecuadamente a la madre disminuyendo el riesgo de desprendimiento prematuro de placenta normo inserta. Mejorar el pronóstico fetal buscando prolongar las semanas de gestación y evitar la prematuridad extrema.

Enfermedades hepáticas y embarazo en la UMAE 23

Autor:

Eduardo Noé Nava Guerrero

Coautores:

Sergio A. Luna García, Juana María Montoya, Victoria Martínez Gaytán

Institución:

UMAE Núm. 23, IMSS, Monterrey, NL

Objetivo: presentar los casos de enfermedad hepática y embarazo atendidos en la UMAE núm. 23 del IMSS y sus resultados perinatales. **Material y métodos:** serie de casos. Revisión de expedientes de pacientes embarazadas con hepatopatías atendidas en la Unidad del

1 de enero del 2006 al 31 mayo del 2007. **Resultados:** se obtuvieron un total de 27 casos, la mediana de la edad fue 29 años (16-39). En paridad el 33% fueron primigestas y el 66% multigestas. El promedio de edad gestacional al diagnóstico fue de 32 semanas y al nacimiento de 34. Con prematuridad del 44%. La vía de resolución fue en el 88% cesárea y 12% parto. La indicación de la cesárea fue en el 66% por deterioro materno y 25% por deterioro fetal, 9% por causas obstétricas. Las hepatopatías encontradas fueron Síndrome de HELLP 74%, Colestasis Intrahepática 14%, Hepatitis C 4%, Hepatopatía crónica 4%, Transplante hepático 4%. El promedio de peso de los neonatos fue de 2,234 gramos. Se reportó Apgar bajo en el 11% y muerte fetal en el 3% de los casos. El 88% de las pacientes requirieron internamiento en terapia intensiva adultos. **Conclusiones:** la prematuridad apreciada fue semejante a la reportada en la literatura y mayor la mortalidad perinatal. La causa más frecuente de hepatopatías en la literatura es el síndrome de HELLP al igual que en nuestro estudio.

Nimodipino vs sulfato de magnesio en la prevención de crisis convulsivas en la preeclampsia severa

Autor:

Sandra Pérez Silva

Coautores:

Juana María Montoya Ramírez, Rosalinda Vázquez Varela, Edna Lucía Silguero Díaz

Institución:

UMAE 23, IMSS, Monterrey, NL

Objetivo: determinar si el nimodipino reduce significativamente la incidencia de crisis convulsivas en pacientes con preeclampsia severa en comparación con sulfato de magnesio. **Material y métodos:** ensayo clínico aleatorio, longitudinal, prospectivo. En admisión continua la paciente que cumplió con los criterios de preeclampsia severa se ingresó y cuya resolución del embarazo no sería mayor a 24 h, se ingresaron a la unidad de cuidados intensivos adultos, se seleccionó de manera aleatoria el tratamiento con

nimodipino o sulfato de magnesio. Se dio manejo integral: canalizando vena central, sonda Foley, monitoreo de signos vitales, registro tococardiográfico a su ingreso, y 8 h. Posterior, ecografía para valorar estado fetal. Se utilizó esquema de Zuspan modificado (4 grs impregnación en 15 min seguidos de 1 g por hora). Nimodipina impregnación 10 mg/h por 5 h. Posterior 5 mg/h. Una vez interrumpido el embarazo se recolectaron los resultados perinatales así como la vía de resolución, los signos vitales transoperatorios y las complicaciones. **Resultados:** se incluyeron 49 pacientes con diagnóstico de preeclampsia severa, se dividieron en 2 grupos: el A de sulfato de magnesio (28 pacientes) y el B de nimodipino (21 pacientes). Se presentaron 4 crisis convulsivas en el grupo A, en comparación con sólo una crisis convulsiva en el grupo B. Se calculó OR (odds ratio) que existía un riesgo 3.3 veces mayor de presentar crisis convulsivas con uso de sulfato de magnesio en comparación con nimodipina. No hubo diferencias significativas en el sangrado posparto. **Conclusiones:** las cifras de presión arterial media fueron menores en el grupo A que en grupo B. Respecto al sangrado posparto se dedujo no haber significancia entre un grupo y otro, el riesgo relativo fue de 0.14. fue mayor la atonía uterina en el grupo de nimodipino, pero al igual que las cifras de tensión arterial media son variables que no se incluyen en el objetivo principal del estudio.

Preeclampsia severa en la Unidad Médica de Alta Especialidad núm. 23, IMSS, Monterrey, NL

Autor:

Victoria Martínez Gaytán

Coautores:

Carmen Vega Cárdenas, Sergio Luna García, Raúl Cortes Flores

Institución:

UMAE 23, IMSS, Monterrey, NL

Objetivo: conocer las complicaciones maternas en pacientes con preeclampsia severa en la Unidad de Medicina Materno Fetal de la UMAE 23. **Material**

y métodos: se registraron en formato creado ex profeso los datos de las pacientes embarazadas con preeclampsia severa y atendidas en la unidad en el primer semestre del 2007. **Resultados:** se registraron 158 casos. La mediana de edad fue de 28 años (15-41). Los porcentajes de desembrazo según rango de edad gestacional fueron: 28 a 32 semanas 17%, 33 a 37 semanas 48%, 38 a 41 semanas 36%. 39 pacientes requirieron internamiento en la unidad de cuidados intensivos adultos UCIA (24%). No hubo muertes maternas. Las complicaciones más frecuentes fueron síndrome de HELLP (16.6%) eclampsia (8.2%), insuficiencia renal aguda persistente (4.4%), desprendimiento de placenta normoinsera (4.4%). **Conclusiones:** en nuestro estudio la principal complicación materna de preeclampsia severa fue el síndrome de HELLP en un 16%, esta complicación es más alta que lo reportado en la literatura que va de 2 a 12%. Se deberá enfatizar la importancia del diagnóstico temprano de esta patología. El periodo de espera para la resolución del embarazo fue en promedio de una semana y la edad gestacional al término de 35 semanas reflejando que con los cuidados prenatales adecuados y un mejor manejo multidisciplinario de la preeclampsia severa se puede prolongar el embarazo, aumentar la supervivencia fetal y disminuir los riesgos maternos para mortalidad.

Preeclampsia severa y anticoncepción en la Unidad Médica de Alta Especialidad núm. 23, Monterrey, NL

Autor:

Eduardo Noé Nava Guerrero

Coautores:

Carmen Vega Cárdenas, Sergio Luna García, Raúl Cortés Flores

Institución:

UMAE núm. 23, IMSS, Monterrey, NL

Objetivo: conocer la cobertura anticonceptiva ofrecida a pacientes con preeclampsia severa vistas en la UMAE 23 del IMSS. **Material y métodos:** estudio descriptivo de corte transversal prospectivo. Se recabaron los datos de las pacientes embarazadas

complicadas con preeclampsia severa atendidas en la Unidad durante el primer semestre del año 2007. **Resultados:** se registraron 158 pacientes con embarazo y preeclampsia severa, la mediana de edad fue de 28 años (15-41). 126(79.74%) egresaron con método anticonceptivo, de éstas 84 (66.6%) con DIU y 42 (33.3%) con salpingoclasia. Las pacientes que no aceptaron un método de anticoncepción fueron 31 (19.62%). A una paciente se le efectuó histerectomía obstétrica (0.6%). **Conclusiones:** se obtuvo un 79% de anticoncepción en estas pacientes. El promedio de edad se ubica en el rango de edad reproductiva entre 20-30 años y por ende la anticoncepción ofrecida en el 53% fue un método temporal. Nuestra prioridad es la búsqueda de la concienciación de la paciente mediante el consejo y apoyo sobre la metodología anticonceptiva, lo anterior dada la gran proporción de pacientes egresadas sin cobertura, lo cual se magnifica en vista de la patología asociada.

Sarcoma sinovial y embarazo: presentación de un caso y revisión de la bibliografía

Autor:

Jesús Sánchez Contreras

Coautores:

Judith Galindo López, Patricia Villanueva Ocampo

Institución:

Hospital Juárez de México

Caso clínico: sarcoma sinovial en el embarazo. Resolución del embarazo vía abdominal por corioamniotitis, oligohidramnios y amputación de miembro pélvico o radioterapia. **Conclusiones:** el sarcoma es un tumor raro que afecta principalmente adultos jóvenes, en mayor porcentaje a hombres. En este caso se muestra un comportamiento favorable a pesar de que el sarcoma sinovial de partes blandas es de alto grado de malignidad, su actividad mitótica es baja, no es habitual la tinción que presenta, muestra pequeño tamaño, crecimiento lento. La cirugía como tratamiento único no es recomendada en estos casos, debe asociarse a radioterapia o quimioterapia. La gestación no tiene ningún efecto sobre el compor-

tamiento clínico de los sarcomas, y no está indicada la terminación del embarazo donde se produzcan ambos a la vez, a menos que persista un sarcoma de alto grado. Se recomienda iniciar el tratamiento al concluir el embarazo en caso de diagnóstico en el último trimestre de gestación. En nuestro reporte la causa de interrupción fue por corioamnionitis secundaria a ruptura prematura de membranas de larga evolución. Se desconoce la evolución de la paciente. En la literatura consultada no se encontró ningún caso reportado de carcinoma sinovial monofásico en la rodilla o durante embarazo.

DIAGNÓSTICO PRENATAL

Diagnóstico prenatal de cromosomopatías

Autor:

Guadalupe Gamiño López

Coautores:

Mauro Ochoa Torres, Sandra Pérez Silva

Institución:

UMAE 23, IMSS, Monterrey, NL

Objetivo: presentar la experiencia en diagnóstico prenatal de cromosomopatías por cordocentesis en la UMAE 23. **Material y métodos:** se registraron los procedimientos de cordocentesis efectuados en el año 2006 con la finalidad de diagnóstico prenatal. Los datos obtenidos fueron: edad materna, diagnóstico de envío, resultado de cariotipo y patologías asociadas. **Resultados:** se efectuaron 19 procedimientos de un total de 530 consultas otorgadas (3.5%). Mayores de 35 años 4 pacientes y menores 15. Se reportaron 8 cromosomopatías: 4 T13, 3 T21, 1 T18. Los principales diagnósticos de envío fueron: 7 por holoprosencefalia, 2 por microcefalia y 2 por higroma quístico nuchal. La principal enfermedad asociada fue diabetes mellitus tipo 2. **Conclusiones:** los resultados muestran concordancia en cuanto a las cromosomopatías más frecuentemente reportadas. El método mostró su eficacia, sin olvidar su invasividad y riesgos. Sin embargo, la tendencia actual

es a minimizar la utilización de procedimientos de mayor riesgo.

Displasias de cuello uterino y su asociación con VPH

Autor:

Dulce Margarita Gutiérrez Espinosa

Coautores:

Fernando Carlos Hernández Garza, José Antonio Chiang Esteban

Institución:

UMAE 23, IMSS, Monterrey, NL

Objetivo: conocer la asociación entre virus del papiloma humano con las displasias de cuello uterino.

Material y métodos: serie de casos. Se analizaron 671 biopsias de cuello uterino realizadas en la UMAE 23 del IMSS en Monterrey, NL del 1 de enero al 31 de diciembre del 2002 de pacientes con diagnóstico de displasia o carcinoma in situ asociadas o no a VPH, se comparó edad de aparición y frecuencia de displasias, así como severidad de éstas cuando estaban asociadas a VPH. Para diagnóstico de infección por VPH se utilizaron criterios histológicos de Toki y Yajima. **Resultados:** se registraron 496 displasias, 139 infecciones por VPH sin displasia, 22 carcinomas microinvasores y 14 muestras fueron inadecuadas. Los diagnósticos de VPH con y sin displasia aparecieron a los 19 años manteniéndose constantes hasta los 49 años de edad y descenso posterior. Se observó aumento en la frecuencia 20 veces mayor que para NIC I cuando se asociaba a VPH con respecto a la edad, para NIC II y NIC III aumento de 5 veces para ambos en presencia de VPH. Para carcinoma microinvasor se encontró aparición a edad más temprana cuando se asoció a VPH pero la mayor incidencia fue no asociada a VPH. **Conclusiones:** se puede determinar la asociación importante de VPH con la aparición de displasias a menor edad, así como el aumento en la frecuencia de NIC I, II y III y CaCu in situ cuando estaba la infección asociada.

Incidencia de higroma quístico nuchal y principales anomalías ultrasonográficas asociadas

Autor:

José Heliodoro González Zepeda

Coautores:

Edith Guadalupe Alvarado Jiménez, Mauro Alberto Ochoa Torres, Jesús Alberto Cutiño Damas

Institución:

UMAE 23, IMSS, Monterrey, NL

Objetivo: determinar la incidencia de higroma quístico nuchal y conocer las principales anomalías ultrasonográfica asociadas. **Material y métodos:** se obtuvieron del archivo del departamento de Medicina Materno Fetal los datos de todos los casos de higroma quístico nuchal corroborados en este departamento entre Abril del 2004 y Abril del 2006. Se calculó la incidencia y se determinaron los principales hallazgos ultrasonográficos asociados. **Resultados:** la incidencia encontrada fue de 1 en 2000 embarazos, se registraron 22 casos en el período. 17(77%) se relacionaron con algún hallazgo ultrasonográfico. El más frecuente fue hidrops con 14(64%) secundario a cromosomopatía, seguido por alteraciones renales 2(9%). Se diagnosticaron 20 casos en el segundo trimestre (91%). La variedad septada fue la más frecuente. Se presentaron tres casos con anhidramnios, de los cuales dos cursaban con hidrops fetal y otro con displasia renal. Se encontró un caso con anomalía cardíaca, hidrocefalia y pie equino varo bilateral. El pronóstico fetal fue malo. **Conclusiones:** en este estudio encontramos una menor incidencia de higroma quístico nuchal que el reportado en la literatura de 1 en cada 700 embarazos, se observan las mismas alteraciones ultrasonográficas, asociadas frecuentemente a cromosomopatías. El pronóstico de los fetos con higroma quístico e hidrops es malo calculándose una mortalidad entre el 80-90%. El diagnóstico con cariotipo anormal de cromosomopatías servirá sólo para poner en aviso a los padres del pronóstico del feto, sin poder alterar la sobrevida de estos.

GENÉTICA

Impacto del programa de diagnóstico genético preimplantacional para la detección de aneuploidias en población mexicana infértil: estudio de casos y controles

Autor:

Saúl Ruiz Muñoz

Coautores:

Ricardo Rodríguez Calderón, José Alberto Ramírez Angulo, Francisco Rocha Cárdenas

Institución:

Instituto Valenciano de Infertilidad México

Objetivo: valorar el impacto del PGD-AS en los resultados clínicos al comparar un grupo de pacientes con pobre pronóstico reproductivo sometido a estudio cromosómico embrionario con otro similar sin análisis de por medio. **Material y métodos:** estudio longitudinal, prospectivo, comparativo y no experimental en la población mexicana entre enero de 2004 y diciembre de 2006. Se incluyen 242 ciclos de PGD-AS, 184 de ellos realizados en pacientes con infertilidad y potencial riesgo reproductivo (edad materna avanzada, aborto recurrente, fallos de implantación y factor masculino severo) y 58 por enfermedad ligada al sexo o por petición de pacientes sin antecedentes de infertilidad (control 1). También se incluyen 40 ciclos de pacientes con pobre pronóstico reproductivo sin realización de PGD-AS (control 2). Tras estimulación ovárica controlada y recuperación ovocitaria se realizó inyección intracitoplásmica de espermatozoides. La fecundación se evaluó 17 a 20 horas posterior a la microinyección y la división embrionaria registrada cada 24 horas. Al día 3 los embriones de 6 a 8 células fueron biopsiados, las blastómeras fijadas por el método de Tarkowski modificado y posteriormente analizadas mediante FISH con sondas comerciales. Los embriones normales para los cromosomas evaluados (13, 16, 18, 21, 22, X e Y) fueron transferidos al día 5 del desarrollo (estadio

	PGD-AS	Control 1	Control 2
Ciclos (n)	184	58	40
Edad (años)	36.87 ± 4.84	36.84 ± 5.95	35.23 ± 3.96
Transferencias (%)	123 (67.58)	46 (83.64)	35 (87.5)
Embriones transferidos	1.78 ± 0.5	2 ± 0.39	1.97 ± 0.7
Embarazos (%)	56 (45.53)	24 (52.17)	10 (28.57)*
Tasa de implantación	31.96	27.96	17.14*
Tasa de aborto (%)	11 (19.64)	3 (12.5)	3 (30)*
Embriones analizados	747	293	---
Embriones normales (%)	343 (45.92)*	212 (72.35)	---
Embriones anormales (%)	404 (54.08)*	81 (27.65)	---

* $p < 0.05$ vs resto de grupos

de blastocisto). Para el análisis de datos se utilizó el paquete Graphpad InStat v.2.05a. **Resultados:**

Conclusiones: la técnica de DGP dentro de un programa de reproducción asistida permite identificar y seleccionar la transferencia embriones cromosómicamente normales con mayor potencial de viabilidad que el cultivo prolongado tradicional. Esto permite no sólo aumentar la tasa de implantación sino también disminuir el alto porcentaje de abortos en pacientes con pobre pronóstico reproductivo. Nuestros resultados concuerdan con los obtenidos con programas de otros países. Particularmente fortalecen la hipótesis de que el PGD-AS en pacientes con pocas posibilidades de embarazo y recién nacido sano en casa, realmente mejoran toda posibilidad por encima de aquellas parejas que no lo llevan a cabo. Por lo tanto, la integración del DGP a la reproducción asistida en nuestro país, está permitiendo el diagnóstico y prevención de diversas alteraciones genéticas y el análisis de situaciones de fertilidad disminuida.

IMAGENOLOGÍA

Mamografía y cáncer de mama en el Hospital General de zona núm. 6 IMSS, San Nicolás de los Garza, NL

Autor:

Adriana Guadalupe Araico Salas

Coautores:

Victor Manuel Meneses Valderrama

Institución:

Hospital General de Zona, núm. 6, IMSS, Monterrey, NL

Objetivo: precisar la utilidad diagnóstica de la mamografía en el cáncer de mama así como su relación con los hallazgos patológicos obtenidos en especímenes de biopsia, con las categorías de sistema BI-RADS así como sus valores predictivos. **Material y métodos:** prueba diagnóstica. Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo en el Hospital General de Zona núm. 6 de San Nicolás de los Garza, NL, hospital de segundo nivel de atención. Se revisó la base de datos del Departamento de Radiología para obtener los

resultados de las pacientes a las cuales se les realizó una mamografía en el periodo de estudio, entre el 1 de enero al 31 de diciembre del 2004. Los casos contaron con los siguientes criterios de inclusión: mamografía interpretada por los médicos radiólogos de esta unidad, clasificación de acuerdo con el sistema BI-RADS III, IV y V. Biopsia realizada en el mismo hospital y confirmado por el departamento de anatomía patológica del HRE Núm. 25 IMSS. Resultado de patología positivo para cáncer de mama. **Resultados:** se obtuvieron 397 mamografías clasificadas BI-RADS III, IV y V; se encontró resultado patológico de cáncer de mama en 75. La distribución de las pacientes por el sistema BI-RADS con resultado de cáncer de mama fue la siguiente: BI-RADS III se encontró biopsia positiva en 12, BI-RADS IV en 37 y BI-RADS V en 26. La sensibilidad de la mamografía para la detección del cáncer de mama fue de 84% y especificidad de 94% con un valor predictivo positivo de 76% y valor predictivo negativo de 96%. **Conclusiones:** la utilización del sistema BI-RADS mejora la calidad de la información que se recibe por parte del radiólogo, y cuantificable para mejorar la comunicación de los resultados mamográficos y proporcionar herramientas para su monitoreo mejorando la calidad del cuidado de los pacientes.

SALUD PÚBLICA

Causas de mortalidad perinatal en el periodo 2003-2005 en la UMAE núm. 23, IMSS Monterrey

Autor:

Sandra Pérez Silva

Coautores:

María Elena Gutiérrez Saucedo, Victoria Martínez Gaytán, Raúl Cortez Flores

Institución:

UMAE 23, IMSS, Monterrey, NL

Objetivo: determinar las principales causas de mortalidad perinatal en la UMAE 23, IMSS en el periodo 2003-2005. **Material y métodos:** la información fue obtenida de los certificados de defunción

de las muertes perinatales tipo I, de enero del 2003 a diciembre del 2005 en la UMAE Núm. 23 del IMSS, Monterrey, Nuevo León. Se identificaron los 2 grupos que componen la mortalidad perinatal 1 (fetal tardía y neonatal temprana) y se agruparon las principales causas de muerte perinatal de acuerdo con el CIE -10 (Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados), tomando en cuenta el diagnóstico principal de la muerte. Se medirá por medidas de tendencia central y de dispersión. **Resultados:** se analizaron 617 casos, de los cuales 299 (48.4%) correspondieron a muertes fetales tardías, 318 (51.5%) a neonatales tempranas. Se realizó un análisis comparativo entre los años y mostró para la muerte fetal tardía una tasa por 1000 nacimientos de 5.2 para el 2003, de 4.7 para el 2004 y de 4.5 para el 2005. Para la muerte neonatal temprana mostró una tasa por 1000 nacimientos de 4.4 en el 2003, de 5.5 para el 2004 y de 5.7 para el 2005. Al agrupar los componentes de mortalidad perinatal se encontró una tasa de 9.6 en 2003, de 10.2 en 2004 y de 10.4 para el 2005. Las causas de mortalidad perinatal fueron clasificadas de acuerdo con CIE-10 y las más frecuentes fueron feto y recién nacido afectados por complicaciones de la placenta, cordón umbilical y membranas (P02), enfermedad congénita, malformación y alteración cromosómica (Q00-Q99) y enfermedades respiratorias y cardíacas durante el periodo perinatal (P20-P28). **Conclusiones:** se observó aumento en la tendencia de la mortalidad perinatal con disminución de la mortalidad fetal, lo cual no concuerda con lo reportado. Las principales causas de muerte son las afecciones originadas en el periodo perinatal seguido por las malformaciones congénitas.

Embarazo en la adolescencia. ¿Problema biológico o problema sociocultural?

Autor:

J. Guadalupe Panduro Barón

Coautores:

Aída Naneth Zamora Lares, J. Jesús Pérez Molina, Karla Verónica Chávez Tostado

Institución:

Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I. Menchaca. CUCS, Universidad de Guadalajara

Objetivo: identificar los factores socioculturales y la morbilidad materno perinatal en los embarazos en adolescentes. **Material y métodos:** estudio de casos y controles. 175 embarazos en adolescentes de 13 a 18 años captados en el Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I. Menchaca de enero a marzo 2007, comparándose con un grupo control de 20 a 30 años. Los datos se obtuvieron por entrevista directa y del expediente clínico. Los grupos se compararon con la prueba estadística de χ^2 . **Resultados:** de las variables que tuvieron diferencia estadística significativa ($p < 0.05$) fueron menos adolescentes casadas, falta de apoyo de la pareja, consumo de drogas, mayor práctica de episiotomía en el parto y un peso < 2.5 kg en los neonatos de las adolescentes. No hubo diferencias en relación a la edad gestacional, consultas prenatales, complicaciones obstétricas, vía de nacimiento, presencia de circular de cordón, sexo del recién nacido, características del líquido amniótico, Apgar al nacimiento y deseos de proporcionar lactancia materna. El 57.1% de las adolescentes (100 casos) mencionaron que el embarazo no fue planeado, pero de éstas sólo 20% usaban anticonceptivos y 92 adolescentes (52.5%) mencionaron que un próximo embarazo lo tendrían después de 4 años lo cual es inverosímil, ya que a pesar de que 25 adolescentes dijeron que ya nunca se iban a embarazar, sólo 18 utilizarían algún método anticonceptivo. Además 52 adolescentes (29.7%) fueron mamás por segunda o tercera ocasión. **Conclusiones:** el embarazo en adolescentes representa un problema sociocultural, con pocas implicaciones en la morbilidad maternoperinatal.

Evolución de la mortalidad materna en la Delegación Nuevo León del IMSS (2000-2005)

Autor:

Dulce María Gutiérrez Espinosa

Coautores:

Laura Arizpe Martínez, Miguel Eloy Torcida González, Victoria Martínez Gaytán

Institución:

UMAE 23, IMSS, Monterrey, NL

Objetivo: determinar la evolución de la mortalidad materna en la UMAE núm. 23 del IMSS en Monterrey NL, México. (2000-2005). **Material y métodos:** estudio descriptivo de corte transversal retrospectivo. Se obtuvieron los certificados de defunción materna junto con los dictámenes de los comités de mortalidad materna de los Hospitales Regionales de Zona núm. 4 en Guadalupe y núm. 6 en San Nicolás de los Garza y de la Unidad Médica de Alta Especialidad núm. 23 en Monterrey, del Instituto Mexicano del Seguro Social en el periodo de 2000-2005. Se realizó el análisis de la evolución de la mortalidad materna por año. **Resultados:** se presentaron 62 muertes maternas del 2001 al 2005. Las causas de las defunciones fueron preeclampsia severa: 21(33%), sepsis: 8 (12%), choque hipovolémico: 9 (14%) otras: 24 (38%). La mediana de edad fue de 28 años rango (15 a 45). Mayor frecuencia en primigestas. Se clasificaron como muerte obstétrica directa 42 casos (67%), muerte obstétrica indirecta 8 casos (12%) y muerte no obstétrica 11 casos (17%). Se presentan las tasas de mortalidad materna por año 2001: $0.6 \times 100,000$, 2002: $0.7 \times 100,000$, 2003: $0.5 \times 100,000$, 2004: $0.4 \times 100,000$, 2005: $0.5 \times 100,000$. 21 casos (33%) fueron pacientes pertenecientes a otra delegación. **Conclusiones:** la evolución de la mortalidad materna en estos 5 años de análisis se ha mantenido con una tendencia estable sin cambios bruscos. Debemos redoblar esfuerzos para abatirla con estrategias de manejo enfocadas a la mortalidad materna obstétrica directa en los próximos años.

Mortalidad materna en el estado de Coahuila 2000-2004**Autor:**

Rogelio Valdez González

Coautores:

Luis Carrillo González, Rosa Flores Alvarado, Antonio de León Aguirre, Cecilia Mancillas Salas, Ben David Valdés Ramos

Institución:

Secretaría de Salud del estado de Coahuila

Objetivo: conocer las principales causas de mortalidad y sus aspectos relacionados para identificar los principales factores de riesgo obstétricos con la finalidad de sugerir estrategias para abatir este grave suceso. **Material y métodos:** se realizó un estudio retrospectivo descriptivo longitudinal y observacional, se analizaron diferentes variables de 108 certificados de defunción ocurridos en el estado de Coahuila comprendido entre los años 2000-2004 dicho estudio se llevó a cabo del 1 de Marzo al 30 de Abril del 2005 gracias al apoyo de archivo clínico de la secretaria de salud del estado de Coahuila a quien se solicitó la información por medio de una carta autorizada por la dirección de la Facultad de Medicina U. S. En donde se explicita los objetivos de trabajo **Resultados:** la mortalidad materna más alta ocurrió entre los 21-30 años, La causa de muerte materna más frecuente fue: preeclampsia 35% Hemorragia 15%, la Muerte obstétrica fue de un 64% la indirecta de un 21% la No obstétrica 8%, En primigesta ocurrió a muerte en un 21% con escolaridad baja de 22% Vigilancia prenatal deficiente 20%, en cuanto a la muerte previsible fue un 30% no previsible 3% no registrada 57% **Conclusiones:** la primera causa de muerte materna continúa siendo la preeclampsia, patología obstétrica prevenible que manejada a tiempo da buenos resultados maternos y perinatales, identificando a tiempo los factores de riesgo en la vigilancia prenatal. En nuestro trabajo se identifica que la muerte previsible tiene una alta incidencia por lo que para abatirla es importante en la educación médica en el primer nivel de atención, así como la educación a la paciente desde la adolescencia. El llenado de los certificados de defunción es la única información para analizar los casos de muerte materna por lo que deben llenarse completos y no deberían haber registros tan altos como los de este trabajo. Por último, la referencia oportuna del primero al segundo nivel es muy importante para abatir dicha muerte materna.

Mortalidad materna en el Hospital General de la Secretaría de Salud de Durango**Autor:**

Antonio Sifuentes Álvarez

Coautores:

Jesús Eliserio Cruz

Institución:Hospital General de la Secretaría de Salud de Durango,
Universidad Juárez del estado de Durango**Objetivo:** analizar la mortalidad materna en el Hospital General de la Secretaría de Salud de Durango.

Diseño del estudio: retrospectivo, transversal, descriptivo y observacional. **Material y métodos:** se estudiaron 29 casos de muerte materna en el Hospital General Durango, revisando expedientes clínicos y certificados de defunción, durante enero del 2001 a diciembre del 2005. Como instrumento de recolección se tomaron formatos ya establecidos del cuestionario confidencial de muerte materna, utilizando el programa EPI – Info 2.0 para almacenamiento de información y correlación de variables mediante estadística descriptiva. **Resultados:** de los 29 (100%) casos de muerte materna, 4 (13.8%) ocurrieron durante el embarazo, 3 (75%) durante el tercer trimestre, 1 (25%) durante el segundo y 25 (86.2%) casos ocurrieron durante el puerperio. Las edades de muerte fluctuaron entre 15-35 años (90%) y mayores de 35 años (10%); se clasificaron como muerte obstétrica directa 22 (76%) casos; muerte obstétrica indirecta 6 (21%) casos y 1 (3%) caso como muerte no obstétrica. Las causas de muerte materna obstétricas directas fueron: toxemia (11 casos); hemorragia e infección (10 casos); embolia de líquido amniótico (1 caso); las causas de muerte obstétrica indirecta fueron problemas cardiovasculares, metabólicos y hematológicos (6 casos) y causa no obstétrica por accidente (1 caso). **Conclusiones:** durante el periodo estudiado, la tasa de mortalidad materna se encuentra por encima de la tasa nacional y estatal. Las principales causas de la muerte materna siguen la preeclampsia-eclampsia, hemorragia e infección. La mayoría de los casos fueron muerte obstétrica directa y durante el puerperio.

Mortalidad materna: estrategias para su disminución**Autor:**

Norberto Reyes Paredes

Coautores:Gerardo Lara Figueroa, Luis Carlos Torres Contreras,
José Alanis Fuentes**Institución:**

Hospital General Dr. Manuel Gea González

Objetivo: disminuir la mortalidad materna en el Hospital General Dr. Manuel Gea González mediante la optimización de los procesos de atención y recursos humanos. **Material y métodos:** se analizó la mortalidad materna en el Hospital General Dr. Manuel Gea González, entre el 1 enero de 2003 y el 31 de diciembre de 2006, relacionándola con los cambios en los procesos de atención y la optimización de recursos humanos. Las estrategias implementadas fueron: elaboración de formatos precodificados para: el ingreso a urgencias, historia clínica de primera vez, nota posparto, nota poscesárea, nota poslegrado uterino, ingreso a piso y alta hospitalaria; capacitación en control prenatal con enfoque de riesgo a médicos de primer nivel. Se redistribuye el rol de los médicos adscritos, asegurando que los médicos de base de mayor experiencia estén a cargo de las áreas de choque (Urgencias y la Unidad Tocoquirúrgica). No hubo modificación en el número de médicos ni en recursos materiales. **Resultados:** se presentaron las siguientes muertes maternas por año: 15 en el 2003, tasa de 29.5; 11 en el 2004, tasa de 17.9; 9 en el 2005, tasa de 13.6; 5 en el 2006, tasa de 7.6 (tasa de por 10,000 nacidos vivos registrados). La Tasa reportada en el 2006 fue la más baja en la última década. **Conclusiones:** con estrategias de bajo costo, optimizando recursos humanos, y con el compromiso del personal médico, es posible la reducción de la mortalidad materna.

Aflatoxina m₁ en la leche y orina maternas durante el puerperio mediato**Autor:**

Ma. C. Terrones Saldívar*

Coautores:

R. Ortiz Martínez, A. Valdivia Flores, T. Quezada Tristán, A. Martínez de Anda

Institución:

Universidad Autónoma de Aguascalientes

Introducción: las aflatoxinas son sustancias tóxicas producidas por hongos tales como el *Aspergillus flavus* y contaminan los alimentos del hombre y de los animales causando daños severos en ambas especies. La aflatoxina M1 (AFM1) es un metabolito de la aflatoxina B1 (AFB1) y se elimina a través de la orina y de la leche después de consumir alimentos contaminados con la AFB1. La AFM1 se considera un compuesto potencialmente cancerígeno para los humanos según la clasificación de la IACR (grupo 2B). **Objetivo:** cuantificar la AFM1 en muestras de leche y orina maternas de pacientes del Hospital de la Mujer de Aguascalientes. **Material y métodos:** estudio

descriptivo, prospectivo y transversal. Las muestras de leche y orina se obtuvieron con el consentimiento informado, entre los 8 y 10 días después del parto. Los niveles de AFM1 en las muestras, se midieron utilizando la técnica de ELISA. Los datos se analizaron mediante el programa SAS. **Resultados:** la AFM1 se detectó en la leche (40%) y en la orina (72%) de las muestras de las madres. Los niveles detectados no se asociaron a los hábitos alimenticios de las madres. Nuestros resultados coinciden con lo reportado con otros estudios (Polychronaki, 2006; Abdulrazzaq, 2003; Changbumrung, 1999). **Conclusiones:** sin duda alguna la leche materna es el alimento ideal para el neonato, sin embargo no debemos subestimar la

Presentación en cartel

posibilidad de que sea también una fuente de exposición a xenobióticos que puede afectar la salud de los infantes.

GINECOLOGÍA GENERAL**Disfunción sexual en mujeres con artritis reumatoide****Autor:**

Elva Wendoline Rojo-Contreras

Coautores:

Laura González-López, Joaquín T. Rojo-Contreras, Jorge I. Gámez-Nava

Institución:

Hospital General Regional 110, IMSS

Objetivo: evaluar la prevalencia de disfunción sexual en mujeres con artritis reumatoide (AR) en comparación con mujeres sanas. **Material y métodos:** diseño transversal analítico. Se incluyeron 100 mujeres con AR y 100 mujeres sanas, con vida sexual activa. Se aplicó un cuestionario para disfunción sexual denominado Índice de Función Sexual Femenina (IFSF) que evalúa 6 dominios de la función sexual: deseo, lubricación, satisfacción, excitación, orgasmo y dolor. Se consideró disfunción sexual en caso de obtener un puntaje menor de la percentila 25 con los siguientes puntos de corte: deseo < 2.4, excitación < 3.0, lubricación < 3.9, orgasmo < 3.6, satisfacción < 3.6, dolor < 3.6 y total < 21.5. Análisis estadístico: comparación entre proporciones con χ^2 , promedios t de Student y correlación de Pearson. **Resultados:** no hubo diferencias en edad entre mujeres con AR y controles (41 ± 8 vs 40 ± 6 años, $p = 0.34$) o proporción de mujeres casadas (82% vs 82% , $p = 1.00$). Las mujeres con AR tuvieron menor proporción de empleo remunerado (47% vs 73% , $p < 0.001$). La proporción de disfunción sexual basado en el puntaje total del IFSF mostró trastornos en mujeres con AR comparado con controles (49% vs 25% , $p < 0.001$). El promedio del puntaje total para mujeres con AR fue significativamente menor (18.9 ± 10 vs 24.5 ± 9 , $p < 0.001$). Se observaron trastornos en pacientes con AR vs controles: deseo (30% vs 14% , $p = 0.006$), excitación (50% vs 23% , $p < 0.001$), lubricación (52% vs 24% , $p < 0.001$), orgasmo (49% vs 23% ,

$p < 0.001$), satisfacción (32% vs 21% , $p = 0.08$) y dolor (36% vs 20% , $p = 0.01$). A mayor puntaje en HAQ-DI correlacionó con un descenso en el puntaje total del IFSF ($r = -0.23$, $p = 0.02$). **Conclusiones:** la disfunción sexual es altamente prevalente en mujeres con AR. Se requiere un abordaje de este aspecto encaminado a tratar esta disfunción y poder disminuir su impacto en la calidad de vida.

GINECOLOGÍA OPERATORIA**Distribución del prolapso de órganos pélvicos y defectos de fascia vaginal anterior y posterior en la clínica de urología ginecológica del Instituto Nacional de Perinatología****Autor:**

Laura Escobar del Barco

Coautores:

Ana Elisa Márquez Hirlemann

Institución:

Instituto Nacional de Perinatología, Isidro Espinosa de los Reyes

Objetivo: describir la distribución del soporte de órganos pélvicos en la clínica de urología ginecológica para definir el estadio del prolapso de órganos pélvicos y analizar su condición epidemiológica. **Material y métodos:** estudio observacional retrospectivo. A todas las pacientes que acudieron entre enero 1 del 2005 y diciembre 31 del 2005 se les realizó una exploración física del prolapso de órganos pélvicos utilizando el sistema POP-Q. Se realizó una revisión de expedientes y se llenó una ficha por cada paciente donde se anotó la edad de la paciente, número de gestaciones, paridad, si tuvo partos instrumentados, macrosómicos, índice de masa corporal de cada paciente, cirugías previas, antecedentes de tabaquismo, síndrome climatérico y uso de terapia de reemplazo hormonal. También se incluyó el diagnóstico urodinámico, estado de prolapso de órganos pélvicos y

defectos de la fascia vaginal. **Resultados:** hubo 215 pacientes evaluadas en la clínica de urología ginecológica durante enero 1 y diciembre 31 del 2005. No se encontraron 2 expedientes por lo que se incluyeron 213 pacientes en el estudio. Se obtuvo una media para la edad de 47.2 años (16-76 años), gestas 3.88 (1-12 gestaciones), paridad 2.66 (1-10 partos), del total de partos 44 pacientes (20%) refieren haber tenido bebés macrosómicos. Del total de pacientes hubo 36 partos instrumentados siendo 12 de ellos por macrosomía fetal. La media del índice de masa corporal (IMC) fue de 31.7 (18.7- 42). De éstas el 1% tenían bajo peso, 10% tenían IMC dentro de límites de normalidad, 51% tenían obesidad G1, 23% obesidad G II, 13% tenían obesidad GIII y 2% tenían obesidad mórbida. Dieciséis pacientes tuvieron cirugías vaginales, 38 fumaban y 51 pacientes eran climatéricas con 36 de ellas en terapia de reemplazo hormonal. Se encontró que 14 paciente (6.6%) tenían prolapso de primer grado, 108 pacientes (50.7%) de segundo grado y 11 pacientes (5.2%) de tercer grado y 7 pacientes (3.2%) de cuarto grado. Hubo 62 pacientes (29.1%) que no tenían prolapso de órganos pélvicos y en 11 de ellas (5.2%) no se encontró exploración física escrita en el expediente. De las pacientes con prolapso de órganos pélvicos se encontró que 82 pacientes tenían defectos de fascia anterior central (79%) y 46 paciente presentaron defectos de fascia posterior (31%). Dentro de las pacientes con defectos de fascia anterior 73% presentó defecto central, 35% defectos paravaginales, 8% defectos paravaginal izquierdo, 21% defectos paravaginal derecho y 24% defecto transverso. De las pacientes con defectos posteriores, 56% presentaron defecto central, 7% defectos pararectal bilateral, 4% defecto pararectal izquierdo, 24% defecto pararectal derecho, y 3% defecto central posterior. **Conclusiones:** la distribución del prolapso de órganos pélvicos en la clínica de urología ginecológica del INPer coincide con lo reportado en la bibliografía actual siendo el prolapso de segundo grado el de mayor frecuencia, seguida por prolapso de primer grado y tercer grado. Los defectos de fascia anterior fueron los más frecuentes siendo los defectos centrales los más encontrados, seguidos por los defectos paravaginales. Los defectos de fascia posterior se observaron en sólo en un

tercio de las pacientes siendo el defecto central el más frecuente.

Mioma gigante intraligamentario

Autor:

Ricardo Adame Pinacho

Coautores:

Felipe Alfán Guzmán

Institución:

Instituto Nacional de Perinatología, Hospital Ángeles México

Objetivo: presentar un caso de miomatosis de grandes elementos. Se trata de una paciente de 44 años de edad, quien cuenta con carga positiva para diabetes, hipertensión, tabaquismo y alcoholismo negados. Antecedentes quirúrgicos, transfusionales y traumáticos negados. De los antecedentes gineco-obstétricos: menarca a los 14 años, ritmo regular 28 x 3 días, dismenorrea leve, 2 parejas sexuales, G2P2. DOCMA un año atrás sin alteraciones. G1: 1988 masculino 2950 g sin complicaciones, G2: femenino 2950 g sin complicaciones, ambos partos eutócicos sin complicaciones. Inicia su padecimiento 3 atrás con importante distensión abdominal, acompañada de dificultad para la micción ocasional, además refiere dolor en hipogastrio tipo cólico de leve intensidad el cual siempre está presente y se incrementa ocasionalmente, refiere múltiples tratamiento para colitis sin mejoría, además le llama la atención el incremento abdominal sin causa aparente. Se realiza ultrasonografía abdominal en donde se reporta útero de 14 x 10 cm y un mioma de 9 x 8 cm, motivo por el cual se programa histerectomía. Se realiza incisión media abdominal y al penetrar cavidad pélvica se encuentra tumoración importante la cual requiere de prolongación de la incisión abdominal 4 cm por arriba de cicatriz umbilical. Se encuentra mioma intraligamentario izquierdo de 60 x 60 cm y un peso de 4 kg. Se realiza en primer tiempo quirúrgico miomectomía debido al tamaño del mioma con un útero de 7 x 6 cm aproximadamente. En segundo tiempo quirúrgico se realiza histerectomía sin com-

plicaciones. La paciente se egresa 48 h posteriores a cirugía sin complicaciones.

Miomatosis uterina gigante con repercusión sistémica. Reporte de un caso

Autor:

Jesús Mario Canseco Lima

Coautores:

Héctor Anaya-Coeto, Jorge González-Estrada, Elsa Moreno-Verduzco

Institución:

Instituto Nacional de Perinatología, Isidro Espinosa de los Reyes

Introducción: reportar la repercusión sistémica por miomatosis gigante y su manejo quirúrgico. **Reporte de caso:** femenina de 37 años, nuligesta, menarca 12 años, ritmo hiperpolimenorrea, 6 años de evolución con aumento de volumen gradual abdominal. Refiere plenitud postprandial, poliaquiuria y estreñimiento. Exploración física: conjuntivas pálidas, abdomen globoso, gran masa pétreo ocupando totalidad de cavidad abdominal, peristaltismo sólo presente en tercio superior de abdomen y fosa iliaca izquierda, fondo uterino 32 cm sobre borde de sínfisis del pubis. Extremidades inferiores con edema +. Ultrasonido reporta útero de 30 x 22 x 15 cm, múltiples miomas en su interior, el mayor de 10 x 8 x 6 cm. Radiografía simple de abdomen reporta 2 imágenes ovoides cálcicas de bordes bien definidos hacia epigastrio e hipocondrio derecho. Colon por enema reporta gran masa abdominal que desplaza ciego y colon descendente, pérdida de la austración por compresión extrínseca. Urografía excretora con dilatación del sistema pielocalicial izquierdo. Compresión extrínseca de vejiga urinaria en relación a masa abdominal. Tomografía computada reporta masa dependiente de útero multilobulada con dos imágenes cálcicas bien circunscritas ocupando cavidad abdominal en su totalidad con compresión a vena cava y pelvis renal izquierda. Se realiza histerectomía subtotal por laparotomía con útero miomatoso 27 x 26 x 15 cm peso 4765 g con 5 miomas subserosos, 18 miomas intramurales, el mayor 11 x 9 cm firme, 2

calcificados y pólipo de 2.5 x 2 cm. Una semana posterior a cirugía la paciente está asintomática de cuadro clínico descrito previamente. La repercusión sistémica descrita en cuadro clínico e imaginología justifica el manejo quirúrgico con mejoría notable posterior. Se incluyen imágenes de colon por enema, urografía excretora, TC y pieza quirúrgica.

REPORTE DE CASOS RAROS

Óbito de un gemelo

Autor:

Miguel Ángel Godínez Martínez

Coautores:

Geraldine López Zaldívar, Jenni Denisse Gijón Heredia, Daniela Robles Barrera

Institución:

Hospital General de Pachuca, SS Hidalgo

Objetivo: reportar un embarazo gemelar bicorial biamniótico, con gemelo muerto a las 28 semanas de gestación, manejado de manera conservadora. Evolucionó con pruebas de coagulación y bienestar fetal normales. A las 36 semanas de gestación se realizó cesárea, primer gemelo sexo masculino, peso 2,150 g Apgar 8/9; segundo gemelo, femenino muerto, peso 1,175 g. El recién nacido tuvo un examen físico y neurológico normal, egresándose junto con su madre a los tres días. El embarazo gemelar se presenta en 1 de cada 80 embarazos, 66% dicigóticos y 33% monocigóticos, el 30% de los monocigóticos es bicorial. Excluyendo la pérdida fetal temprana, la muerte intrauterina de un feto es del 5% en embarazos gemelares. De 26 a 46% de los fetos sobrevivientes experimentan mayor morbi-mortalidad, 4.6% presentan minusvalía, retraso mental o parálisis cerebral después del nacimiento, siendo mayor en embarazos monocoriónicos. En embarazos dicoriónicos la morbilidad es mayor y mortalidad perinatal menor en el gemelo sobreviviente. Algunos autores señalan una mortalidad del gemelo sobreviviente de 50%, en placentas monocoriónica y 0% en placentas dicoriónicas. El gemelo sobreviviente está protegido del daño neurológico por la rareza de las co-

municaciones vasculares en embarazos dicoriónicos. Otro riesgo para los sobrevivientes es la prematuridad de un 50 a 80%. Se calcula un 25% de coagulopatía materna por consumo, la vigilancia de pruebas de coagulación es imperativo en el manejo conservador. El diagnóstico de placenta dicoriónica se realiza por examen ultrasonográfico o al detectar gemelos de sexo contrario o 2 placentas.

Aborto de repetición en útero bicorne Bicollis: reporte de un caso

Autor:

Salazar Marcatoma

Institución:

SSA Hospital General de Tampico, Dr. Carlos Canseco

Objetivo: presentar el caso clínico y revisión bibliográfica del mismo. **Reporte de caso clínico:** el útero anómalo es compatible con la reproducción y por ello pasa inadvertido. Sin embargo, una cuarta parte de las mujeres que tienen esta anomalía tienen dificultades reproductivas, como se menciona en el siguiente caso clínico. Se trata de paciente femenino de 20 años de edad, G:2, P:0, C:0, con antecedente de legrado uterino hace aproximadamente 1 año por aborto incompleto, ingresa al servicio de toco-quirúrgica por sangrado transvaginal acompañado de dolor hipogástrico y mareo. Al examen físico se encuentra pálida, hipotensa y taquicárdica. Se realiza especuloscopia observándose cuello uterino con dos orificios cervicales externos y sangrado en moderada cantidad a través orificio cervical izquierdo. Al tacto ambos orificios cervicales apenas dehiscentes. Por lo demás, normal. Al examen ecográfico se observa útero en anteversión bífido, lateralizado hacia la izquierda con separación de ambos cuernos, con imagen de restos óvulo-placentarios en cavidad uterina izquierda. La determinación de fracción B de gonadotropina coriónica positiva (184 UI) integrándose el diagnóstico de aborto incompleto. Se realiza legrado uterino instrumental con legra fina bajo BPD de ambas cavidades uterinas extrayéndose restos óvulo-placentarios en moderada cantidad de útero grávido y escaso de útero no grávido. La evo-

lución post-legrado fue normal, siendo dada de alta al día siguiente. **Resultado:** el aborto de repetición en pacientes con anomalía uterina congénita implica varios factores: deficiente volumen uterino, déficit miometrial y vascular y defecto secretor endometrial. La mayoría de los autores plantean que la incidencia total de malformaciones uterinas varía desde 0.1 hasta el 3.5%. **Conclusiones:** es necesario tener presente a las anomalías uterinas congénitas como causa de aborto repetición en pacientes en las que se descartan otras etiologías.

Anomalías de los conductos de Müller. Síndrome de Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser. Reporte de un caso

Autor:

Jorge Zepeda Zaragoza

Coautores:

Marco Antonio Fuentes Ocampo, Sergio Domínguez Cortés, Violeta Lucano Venegas

Institución:

Hospital Regional de Villahermosa, Pemex

Objetivo: descripción de caso. El síndrome de Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser es un defecto congénito anatómico del aparato reproductivo femenino, debido a una alteración en la fusión vertical y lateral de los conductos paramesonéfricos o de Müller, anatómicamente caracterizado por bulbos uterinos rudimentarios bilaterales, con una incidencia de 1:5000 recién nacidas vivas. De etiología diversa, con desarrollo fenotípicamente normal pero con ausencia de la capacidad reproductiva. Es reportado como la segunda causa de amenorrea primaria produciendo obstrucción del flujo menstrual y de esterilidad primaria. El motivo de consulta de las pacientes es la amenorrea, con o sin la presencia de dolor tipo cólico y de manera cíclica. **Material y métodos:** paciente de 23 años con amenorrea primaria, que acude por dolor abdominal tipo cólico cíclico en fosa iliaca izquierda e hipogastrio, de 7 años de evolución. **Resultados:** se realizó laparoscopia diagnóstica, encontrando bulbos uterinos rudimentarios bilaterales, ambos con hematometra. **Conclusiones:** la incidencia de anomalías del

aparato reproductivo es rara y la laparoscopia sigue siendo, hasta el momento, el método diagnóstico más confiable para la detección.

Cáncer sincrónico de ovario y endometrio: cistadenocarcinoma papilar seroso de ovario y carcinoma papilar seroso en un pólipo endometrial. Reporte de un caso

Autor:

Carlos Leal Meléndez

Coautores:

Jesús Villegas Espinoza, Eduardo Luévano Flores, Arturo Eduardo Dowell Delgado

Institución:

Hospital Clínica del Parque

Objetivo: presentación de un caso de cáncer sincrónico de ovario y endometrio, dado que existen muy pocos casos reportados de tumores ginecológicos primarios que coexistan simultáneamente en sitios diferentes. **Paciente y métodos:** paciente femenina de 51 años, que inicia con un cuadro de dolor y distensión abdominal de dos meses de evolución. Se realiza un ultrasonido encontrando una tumoración quística compleja, dependiente del anexo derecho. El Ca 125 se encuentra en 411.5 UI/mL. Se decide realizar una laparotomía exploradora. **Resultados:** durante la cirugía se encuentra una tumoración de 15 cm de diámetro dependiente del ovario izquierdo y una de 6 cm dependiente del ovario derecho, ambas con múltiples adherencias al intestino y la pared pélvica. El estudio transoperatorio de la tumoración mayor reporta un cistoadenocarcinoma papilar seroso, por lo que se decide realizar histerectomía total, salpingooforectomía bilateral y omentectomía. El reporte histopatológico fue de un cistadenocarcinoma papilar seroso con implantes serosos en la superficie ovárica y tubárica en ambos ovarios, endometrio con carcinoma papilar seroso, con infiltración del estroma endometrial, epiplón con múltiples implantes y citología de líquido peritoneal con abundantes células de carcinoma papilar seroso. Se estadifica un cáncer de ovario etapa III C. **Conclusiones:** los cánceres sincrónicos

de ovario y endometrio se presentan aproximadamente en un 10% de las pacientes con cáncer de ovario. Puede tratarse de dos tumores primarios o un primario con metástasis. Existen muy pocos casos reportados de lesiones histológicamente iguales en dos focos primarios distintos. Se ha demostrado que en los casos de tumores sincrónicos de ovario y endometrio, el pronóstico es mejor cuando se trata de tumores primarios en contraste de un primario con metástasis.

Ciclopía

Autor:

Nadia Josefina Figueroa Medrano

Coautores:

Erick Noé Gudiño, Juan José Flores Pulido

Institución:

UMAE 23, IMSS

Objetivo: reportar un caso de ciclopía. **Material y métodos:** reporte de un caso. **Resultados:** paciente femenina de 39 años de edad, G3 C3 sin antecedentes de importancia, lleva su CPN en UMF y se le diagnostica polihidramnios e hidrocefalia reportados por ecografía. Se programa para cesárea pero presenta ruptura prematura de membranas a las 37 semanas de gestación, por lo que se realiza cesárea encontrando producto único de 2780 g con Apgar 5-5 y malformaciones correspondientes a ciclopía, el cual muere a los 30 minutos de nacimiento. **Conclusiones:** la ciclopía, también llamada ciclocefalia o sinoftalmia, es una forma rara de holoprosencefalia, producto de una secuencia que se inicia con un defecto en la división del cerebro que conlleva a la holoprosencefalia alobar y la fusión de los ojos en uno único central. En la bibliografía se reporta 1 a 3 casos en 100,000 nacimientos, se considera una malformación heterogénea en la que se han relacionado agentes teratogénicos, cromosómicos y monogénicos. En nuestro caso, aparentemente nuestra paciente no fue expuesta a teratogenia ni a enfermedades durante el embarazo.

Colpohematometra por himen imperforado

Autor:

Leonardo Ramírez Arreola

Coautores:

Leyza Angélica Nieto Galicia, Miguel Ángel Cerón Saldaña, Jorge Alejandro Cerda López

Institución:

Hospital General de Matamoros, Dr. Alfredo Pumarejo Lafaurie, SSA

Objetivo: comunicación de un caso. **Material y métodos:** se presenta el caso de una paciente de 14 años con colpohematometra por himen imperforado. **Resultados:** se realiza drenaje de colpohematometra (800 cc aprox.) más himenoplastia. **Conclusiones:** el himen imperforado es un trastorno del desarrollo embriológico del seno urogenital. Es la anomalía obstructiva más común del tracto genital femenino y su incidencia es aproximadamente del 0,1% de los recién nacidos de sexo femenino, con dos picos de mayor frecuencia: en la época neonatal y en la pubertad. **Resumen:** presentamos el caso de un paciente femenino de 14 años, que acude al servicio de tocourgencias por retención urinaria y dolor abdominal. Al interrogatorio dirigido con los siguientes antecedentes ginecoobstétricos: menarca: no, ciclo: no valorable, IVSA: no, nuligesta. Inició su padecimiento 3 meses previos al ingreso, con distensión abdominal de manera progresiva, dolor abdominal intermitente, tipo cólico de localización en hipogastrio y sin irradiaciones, presentó exacerbación del cuadro clínico 24 horas previas a su ingreso, además de retención urinaria. En su ingreso con los siguientes signos y constantes vitales: TA 90/60 mmHg, FC: 76X', FR: 22X', Temp. 36.5 °C, peso: 58.7 kg. Y en la exploración física encontramos: paciente consciente, orientada, ectomórfica, con cráneo y cara sin alteraciones; cardiorrespiratorio sin compromiso; abdomen con tumoración abdominal 12 cm por arriba de la sínfisis del pubis, dolorosa a la palpación superficial y profunda; examen vaginal con presencia de membrana vaginal protruida y tensa; miembros inferiores sin alteraciones aparentes, reflejos osteotendinosos normales. Se hospitalizó con el diagnóstico

clínico de himen imperforado; se programó y realizó drenaje más himenoplastia. Hallazgos quirúrgicos: contenido hemático 800 cc aprox. y cuatro fragmentos de membrana himenal con espesor de 7 mm aproximadamente. Fue egresada por mejoría a las 24 h de tiempo postoperatorio.

Corangioma gigante, reporte de un caso

Autor:

Guillermo Barragán Ramírez

Coautores:

Miguel Ángel Godínez Martínez, Gilberto Luna Lugo, J. Jesús García Corrales

Institución:

Hospital General de Pachuca, SS Hidalgo

Objetivo: reporte de un caso de corangioma gigante. El corangioma es el tumor no trofoblástico más frecuente de la placenta, descrito por Clarke en 1798, de crecimiento benigno provocado por proliferación mixta del endotelio y fibroblastos mesodérmicos del mesénquima primitivo coriónico o del tejido angioblástico de la propia vellosidad. Su incidencia es del 1% en todas las placentas, se reportan en 1 de cada 3,500 a 10,000 nacimientos. 80% son pequeños y no tienen significación clínica, los mayores de 5 cm se asocian a complicaciones maternas de la gestación: parto prematuro, preeclampsia y desprendimiento prematuro de placenta. **Complicaciones fetales:** polihidramnios, prematuridad, retraso en el crecimiento intrauterino y muerte. Presentamos el caso de una paciente con embarazo de 34 semanas de gestación, hallazgo sonográfico de tumoración dependiente de placenta en la superficie fetal y polihidramnios. Sometida a cesárea por trabajo de parto pretérmino y pélvico. **Hallazgos:** tumoración en la superficie fetal de la placenta con diámetro de 12 cm, pedículo vascular, líquido amniótico de 3,000 cc, producto del sexo femenino, peso 1190 g, Apgar 6-8. **Reporte histopatológico:** corangioma de tipo capilar degenerativo. El corangioma es una anomalía del desarrollo de la placenta, de superficie lisa y brillante con protuberancias. La mayoría son pequeños y no se llegan

a diagnosticar. Mayores de 5 cm presentan complicaciones por efecto de masa y secuestro sanguíneo, polihidramnios por trasudación. Se refiere la relación entre polihidramnios y corangioma diagnosticados prenatalmente por ecografía. Además de la asociación corangioma-polihidramnios, se ha visto la presencia concomitante de hidrops y muerte fetal.

Dermatofibrosarcoma vulvar

Autor:

Delia Albina Márquez Gamiño

Coautores:

José Antonio Álvarez Cisneros, Ricardo Barragán Núñez

Institución:

UMAE, IMSS, León, Gto.

El dermatofibrosarcoma protuberans es un raro tumor de la piel que se extiende al tejido celular subcutáneo y músculo subyacente, formando masas protuberantes. Su origen es impreciso. Representan el 1% de todos los tumores malignos, es más frecuente en el sexo masculino y de predominio en el tronco. Se consideran localmente malignos y altamente recidivantes. El tratamiento es la resección completa con margen amplio. Es raro en vulva. Paciente femenina de 41 años que acude a revisión en la clínica de colposcopia, por tumoración en labio mayor izquierdo, dolor local e hipertermia. A la exploración con tumoración de 15 X 4 cm, que inicia en el monte de Venus involucra clítoris con epitelio hiperqueratósico. Colposcópica-mente no se aprecian alteraciones vasculares, epitelio acetoblanco de superficie irregular muy queratósico en el borde. La biopsia reportó hiperplasia escamosa con IVPH. El aspirado muestra tumor epitelial quístico benigno, tinción BAAR negativa. La biopsia incisional profunda reporta dermatofibrosarcoma protuberans. Se realiza vulvectomía radical. Patología reportó dermatofibrosarcoma protuberans. No ameritó radioterapia. **Conclusión:** en este caso en particular, el diagnóstico inicial en piel y bajo colposcopia fue de NIV I + IVPH. Lo que provocaba la tumoración se tuvo que diagnosticar con biopsia profunda, encontrándose

dermatofibrosarcoma. El tratamiento, por lo tanto, entre los dos diagnósticos es totalmente diferente. Se concluye que las lesiones por VPH se pueden asociar con otros diagnósticos desde comunes y leves hasta muy raros y graves. Es importante usar todas las técnicas diagnósticas. Se presenta este caso para tenerlo en consideración en nuestra práctica médica.

Disgenesia del conducto de Muller, síndrome de Rokitsky-Mayer-Hauser-Kuster. Reporte de un caso

Coautores:

Carlos Felipe Álvarez, Brenda Cavazos

Institución:

Hospital Metropolitano

Resumen de caso clínico: paciente femenina de 29 años, que acude a consulta por sensación de masa y dolor genital de 3 meses de evolución. Al interrogatorio refiere como antecedentes heredofamiliares: madre con epilepsia, finada; padre con diabetes e hipertensión arterial, 6 hermanas y 5 hermanos todos aparentemente sanos y con hijos. Refiere además amenorrea primaria, inicio de vida sexual a los 19 años, 2 compañeros sexuales, mastalgia cíclica y dispareunia, sensación de masa genital que varía de tamaño en forma espontánea con dolor de dicha masa en posición sedente. A la exploración encontramos talla baja, implantación de vello ginecoide, Tanner V, genitales externos eutróficos, prolapso de fragmento de vagina de aproximadamente 5 cm, ausencia de cuello uterino, mucosa hipoestrogenica. Al tacto: anexos no palpables, rechaza tacto rectal. El ultrasonido pélvico reporta útero hipoplásico de 44 por 12 mm, no se visualizan anexos. **Laboratorios:** perfil hormonal femenino LH 1.8, progesterona 0.6, prolactina 12.9, estradiol 62, FSH 5.3, testosterona 0.38, DHEA 10.10. Perfil tiroideo: triyodotironina 1.23, T4 8.3, T4 libre 1.17, TSH 1.9. Laboratorios generales sin alteraciones. Análisis cromosómico con fórmula 46XX. Se le realiza laparoscopia diagnóstica encontrando en fosa iliaca derecha útero rudimentario con trompa, fimbria e hidátides, ovario derecho con múltiples quistes foliculares, en fosa iliaca izquierda se encuentra únicamente el ovario de casi 2 cm y aspecto normal, se toma biopsia con

reporte patológico: estroma ovárico sin alteraciones. Actualmente se encuentra programada para vaginoplastia quirúrgica con técnica de McIndoe-Red.

Embarazo ectópico ovárico

Autor:

Eduardo Esponda Tort

Coautores:

Luis Cardoza López, Fernando Quintero Granados, Leopoldo Enrique Gatica Galina

Institución:

Benemérito Hospital Juan María de Salvatierra. Secretaría de Salud

Reporte de caso: el embarazo ectópico es la implantación del blastocisto en cualquier lugar distinto de la cavidad endometrial. El 2% de los embarazos son ectópicos. Engloba el 9% de la mortalidad materna, es la primera causa de muerte materna en el primer trimestre. Femenino de 33 años secundigesta, dos cesáreas previas, refiere dolor abdominal de 3 días de evolución progresivo tipo cólico intenso localizado a hipogastrio que se acompaña de náuseas. Refiere amenorrea pero desconoce su fecha de última menstruación. Niega pérdidas transvaginales. Vitales estables, abdomen blando con peristalsis presente, dolor en fosa iliaca izquierda, rebote positivo en esa zona. Cuello uterino de 2 X 2 cm cerrado formado con candelero positivo, fondos de saco libres, no se realiza palpación bimanual debido a resistencia muscular. Guante limpio. Hb12.9 HTO41.1 PLT300 TP10 TPT22 PIE positiva. US pélvico plastrón organizado de anexo izquierdo de 7 x 7 x 6 cm líquido libre en corredera derecha. La laparotomía encontró masa en ovario izquierdo de 3 x 4 cm de características mixtas, quístico y sólido; útero, ambas salpinges y ovario derecho normales. Sangrado 50 ml. Cirugía cuña de ovario izquierdo. El reporte de patología: tejido trofoblástico adherido a pared ovárica. El embarazo ovárico representa de 0.3 a 3% de los embarazos ectópicos. Los criterios de Spielberg siguen siendo parte importante en la definición de esta patología: 1. Tuba ipsilateral intacta, 2. Saco ocupando la posición del ovario, 3. Ovario unido al útero por

ligamento útero-ovárico y, 4. Tejido ovárico adherido a la pared del saco. Se decidió la conservación del ovario debido a que se encontraba sano. Se egresó sin complicaciones.

Embarazo gemelar molar

Autor:

Eduardo Esponda Tort

Coautores:

Fernando Quintero Granados, Leopoldo Enrique Gatica Galina, Enrique González López

Institución:

Benemérito Hospital Juan María de Salvatierra. Secretaría de Salud

Reporte de caso: paciente de 25 años con antecedentes de importancia grupo, sanguíneo B negativo 4 gestaciones previas; G1 1996, parto inmaduro 24 semanas, pérdida perinatal; G2 1999, cesárea por sufrimiento fetal agudo 4,200 g; G3 2001, parto inmaduro producto gemelar 20.4 semanas, femenino de 490 g, masculino 480 g, bicoriónicos biamnióticos. Sólo se aplicó inmunoglobulina anti D en su primer embarazo. FUM 10/12/06. Amenorrea 19.2 semanas. Control prenatal irregular. Inicia hace 3 semanas con dolor abdominal tipo cólico en hipogastrio irradiado a espalda, de moderada intensidad, se acompaña de salida de líquido claro abundante, así como sangrado escaso en menor proporción a una menstruación sin la presencia de coágulos, percibe movimientos fetales, cefalea frontal de moderada intensidad. TA 150/90, cardiopulmonar normal, abdomen cicatriz en línea media, adecuada peristalsis, fondo uterino 27 cm, producto libre, frecuencia cardíaca fetal 140 latidos/minuto, genitales normales. Se realiza especuloscopia encontrando cuello uterino de características normales, bordes regulares, orificio cervical cerrado, sangrado escaso, sin observar salida de líquido amniótico. No tacto vaginal, extremidades sin patología. Leucocitos 8.75 K/ μ L, hemoglobina 11.6 g/dL, plaquetas 231 K/ μ L, cuantificación fracción β 399,135 mIU/mL. US: embarazo de 19.2 semanas con degeneración quística placentaria. Patología: producto femenino de 250 g normal con

placenta normal y tejido placentario con degeneración hidrópica focal de vellosidades coriales sin atipia. La incidencia del embarazo molar depende de múltiples factores. En Taiwán es 1-25, en EUA 1-1500, en México 1-500. El embarazo gemelar de un feto normal y una mola es una rara entidad con incidencia de 0.005% a 0.01% y constituye un dilema terapéutico.

Embarazo molar parcial. Reporte de un caso

Autor:

Leopoldo César Serrano Díaz

Coautores:

José Alfredo Vázquez Ayala, Verónica Solano Lira, Martha Hernández Muñoz

Institución:

Hospital de la Mujer. Instituto de Salud del estado de Aguascalientes

Objetivo: dar a conocer la experiencia de este caso, como contribución a la bibliografía mundial, debido a la baja incidencia de esta entidad, ya que la evolución es impredecible. **Material y métodos:** reporte de caso clínico. **Resultados:** femenina 19 años. Soltera, medio socioeconómico bajo, deficientes hábitos higiénico dietéticos, Grupo sanguíneo B positivo. AGO. Menarca: 11^a. 28 x 4, IVSA. 15 años, 1 pareja sexual, GI, ningún método de planificación familiar. Acude a urgencias por presentar sangrado transvaginal y sintomatología neurovegetativa aumentada, dolor tipo cólico en hipogastrio. Se realiza estudio ultrasonográfico que revela presencia de feto acorde a amenorrea 17.3 semanas, sin malformaciones aparentes, apreciando lesión multiquística en copos de nieve independiente de la placenta y que cubre totalmente el orificio cervical interno. Líquido amniótico en cantidad normal. Fracción β de la gonadotropina coriónica de 200,000 UI, Pruebas de funcionamiento hepático, USG hepático, Tele de tórax y perfil tiroideo normales. Se da manejo conservador acordado por comité de bioética. A la semana 19 presenta sangrado transvaginal abundante y expulsión de vesículas, se decide la interrupción del embarazo por vía abdominal sin complicaciones. En los hallazgos transquirúrgicos se reporta útero ocupa-

do por producto único vivo de 272 g, abundante tejido vesicular trofoblástico, amnios y placenta de características macroscópicas normales, ovarios normales. Reporte de patología: mola hidatiforme incompleta, producto de sexo indeterminado de 19 semanas de gestación, sin malformaciones congénitas aparentes, cordón umbilical trivascular. Control de Gonadotropina, descenso paulatino negativizándose al tercer mes, con seguimiento hasta el año sin datos de actividad o persistencia trofoblástica. Actualmente con embarazo de 31.2 semanas normoevolutivo de la misma pareja sexual. **Conclusiones:** la mola parcial representa entre un 10-20% de las molas hidatiformes, el 85% son de origen paterno, casi todas presentan un embrión muerto al final del primer trimestre, frecuentemente se asocian a restricción en el crecimiento intrauterino, y malformaciones congénitas múltiples, el 97% tienen una evolución benigna, y sólo 2 a 3% origina enfermedad trofoblástica persistente metastásica. La disyuntiva se presenta cuando no se diagnostican en forma temprana, y los fetos son morfológicamente normales, lo que nos limita a tomar una conducta radical. Sin embargo, lo que pudimos concluir es que la historia natural de esta entidad nos va marcando la conducta a seguir.

Endometrioma gigante: presentación de un caso

Autor:

Lizbeth Citlalli Angulo Torres

Coautores:

Antonio Pantoja Rojas, Daniel Zúñiga Jiménez

Institución:

Hospital Civil Nuevo Dr. Juan I. Menchaca

Objetivo: reporte de un caso clínico con diagnóstico de endometrioma de repetición que por las características de este último en cuanto a sus dimensiones es raro en la bibliografía. **Material y métodos:** se describe el caso de una paciente de 33 años con dismenorrea de 15 años de evolución, infertilidad primaria, aumento de tamaño abdominal acompañado de dolor. Antecedentes: hipotiroidismo primario hace 4 años, actualmente controlado, así como laparoscopia

diagnóstica por esterilidad primaria hace 2 años, encontrando endometrioma de 8 cm por 5 cm. Se realizó drenaje y coagulación con bipolar, extracción de 200 cc, cromotubación positiva. Sin apego a tratamiento ni seguimiento médico posterior a cirugía. Exploración actual: abdomen globoso 2 cm arriba de cicatriz umbilical a expensas de masa de cerca 17 cm por 10 cm, blanda, móvil con dolor a la palpación. USG encontrando masa en abdomen de características quísticas, aproximadamente 15 cm por 8 cm. Ca 125: 102 mUI/L. Por antecedente de endometrioma, con características clínicas y sonográficas de probable recurrencia. Se realiza abordaje laparoscópico, sobre todo por el deseo de fertilidad de la paciente. **Resultados:** gran tumoración a expensas de ovario, aproximadamente 17 cm por 11 cm realizándose punción de pared obteniendo material de características achocolatadas en aproximadamente 1,000 cc. Se observa además síndrome adherencial que impide visualización de ovario izquierdo. El reporte de histopatología con datos de endometrioma. Actualmente con manejo postquirúrgico a base de goserelina a seis meses. **Conclusiones:** los endometriomas rara vez exceden los 15 cm, ante un tamaño así hay que descartar malignidad. De acuerdo con el deseo de la paciente, de embarazo, la laparoscopia se considera la mejor forma de abordaje quirúrgico valorando futuras técnicas de reproducción asistida.

Endometriosis pulmonar, presentación de un caso clínico y revisión de la bibliografía

Autor:

Aída Naneth Zamora Lares

Coautores:

Yanet Ivonne Aranda González, Antonio Pantoja Rojas

Institución:

Hospital Civil Nuevo de Guadalajara, Juan I. Menchaca

La endometriosis es la presencia de tejido endometrial funcional fuera de la cavidad uterina. Típicamente ocurre en la pelvis con prevalencia de 5-10% en la edad reproductiva, pero puede ocurrir en una minoría de

casos en el tracto gastrointestinal, urinario, SNC, músculo-esquelético, y tórax. Se presenta el caso de una paciente de 36 años G3, C2, A1, FUA 1997, FUC1999, en 1996 se le realizó ooforectomía derecha por endometrioma de 3.5 kg. En 2004 presentó neumotórax espontáneo, radiológicamente se sospecharon bulas enfisematosas, pero al coincidir con la menstruación surgió la posibilidad de endometriosis pulmonar; por lo que se realizó toracoscopia en la que se observaron múltiples lesiones sugestivas de focos endometriósicos en ambas pleuras; la biopsia confirmó dicho diagnóstico; en ese tiempo se le aplicó un implante de zoladex que no toleró, por lo que se le colocó DIU Myrena. En 2006 se realizó laparoscopia que mostró endometriosis leve, ausencia de ovario derecho. Actualmente se encuentra con tratamiento homeopático y desea embarazo. **Conclusiones:** nuestra paciente presentó endometriosis pélvica y síntomas pulmonares. En relación con el ciclo menstrual y la edad de inicio a los 33 años están en relación a lo reportado en la bibliografía. Probablemente esta entidad sea más frecuente de lo que parece, porque muchos casos no se relacionan tan marcadamente con los ciclos menstruales y a menudo no se piensa en esta posibilidad. Un meta análisis del 2004 señala que hasta 1994 había 110 casos reportados en lengua inglesa con algunos casos esporádicos reportados hasta la actualidad.

Enfermedad de Paget en la vulva. Reporte de un caso

Autor:

Delia Albina Márquez Gamiño

Coautores:

José Antonio Álvarez Cisneros, Sergio Alejandro Muro Barragán

Institución:

UMAE, IMSS, León, Gto.

El dermatofibrosarcoma protuberans es un raro tumor de la piel que se extiende al tejido celular subcutáneo y músculo subyacente, formando masas protuberantes. Su origen es impreciso. Representan el 1% de todos los tumores malignos, es más frecuente en el sexo masculino y de predominio en el tronco. Se conside-

ran localmente malignos y altamente recidivantes. El tratamiento es la resección completa con margen amplio. Es raro en la vulva. Paciente femenina de 41 años que acude a revisión en la clínica de colposcopia, por tumoración en labio mayor izquierdo, dolor local e hipertermia. A la exploración con tumoración de 15 x 4 cm, que inicia en el monte de Venus involucra clítoris con epitelio hiperqueratósico. Colposcópica-mente no se aprecian alteraciones vasculares, epitelio acetoblanco de superficie irregular muy queratósico en el borde. La biopsia reportó hiperplasia escamosa con IVPH. El aspirado muestra tumor epitelial quístico benigno, tinción BAAR negativa. La biopsia insicional profunda reporta Dermatofibrosarcoma protuberans. Se realiza vulvectomía radical. Patología reportó Dermatofibrosarcoma protuberans. No amerito radioterapia. **Conclusión.** En este caso en particular el diagnóstico inicial en piel y bajo Colposcopia fue de NIV I + IVPH. Lo que provocaba la tumoración se tuvo que diagnosticar con biopsia profunda encontrándose Dermatofibrosarcoma. El tratamiento por lo tanto entre los dos diagnósticos es totalmente diferente, se concluye que las lesiones por VPH se pueden asociar con otros diagnósticos desde comunes y leves hasta muy raros y graves. Es importante usar todas las técnicas diagnósticas. Se presenta este caso para tenerlo en consideración en nuestra práctica médica.

Gemelos siameses toracopagos

Autor:

María Guadalupe Gamiño López

Coautores:

Mauro Ochoa Torres, Sandra Pérez Silva

Institución:

Unidad Médica de Alta Especialidad núm. 23, IMSS, Monterrey, NL

Objetivo: presentar un caso de gemelos siameses toracopagos. **Material y métodos:** caso clínico. Paciente femenina de 29 años, gesta 3 cesárea 2, hijos vivos sanos. FUM 19-01-06. Referida de la clínica familiar con diagnóstico de embarazo gemelar al Servicio de

Medicina Materno Fetal. Se realiza ultrasonido con diagnóstico de siamesas a las 21 semanas. Se lleva control prenatal en nuestra unidad, normoevolutivo. Se obtiene por cesárea programada a las 38 semanas de gestación el día 18-10-06 femeninos a las 9:17 h, peso 5,120 kilogramos, talla 48 centímetros, perímetro cefálico 33 cm, Apgar 8-9 líquido amniótico normal. Se realizó cateterismo cardíaco encontrando único corazón con aurícula única, ventrículo único, hígado único. Esófago y cavidad gástrica independientes. Se mantuvieron hospitalizadas por 1 semana, encontrándose hemodinámicamente estables por lo que se dan de alta. Mueren 2 meses después. **Conclusiones:** la incidencia de los gemelos unidos simétricamente oscila entre 1:50,000 y 1:200,000 nacidos vivos. Los toracopagos constituyen del 70 al 75 % de los casos. En cuanto a la sobrevivencia de los siameses se estima que el 40 por ciento nace muerto y el 35 por ciento muere el primer día de vida. En la actualidad, más de 400 han logrado sobrevivir aunque requieren de cirugía para su separación; el éxito depende de la extensión de la unión, la distribución de los órganos vitales y la existencia de malformaciones congénitas asociadas (10-20 % de defectos mayores). Aunque su patogenia resulta desconocida, se supone que ocurre entre 13 y 15 días después de la fertilización con división incompleta del cigoto.

Himen imperforado como causa de colpohematometra. Correlación imagenológica. Informe de un caso

Autor:

Mauricio Velázquez Magaña

Coautores:

María Elena Rodríguez Piña, Ana Paola Sánchez Serrano, Jean Paul Sulaiman Karam

Institución:

Instituto Nacional de Perinatología, Isidro Espinosa de los Reyes

Objetivo: describir la correlación imagenológica del himen imperforado como causa de colpohematometra. **Material y métodos:** estudio descriptivo. Presentación de un caso. **Resultados:** mujer de 12 años, aún sin

menarquia e inicio de vida sexual, que refiere dolor tipo cólico en hemiabdomen inferior, intermitente, de 6 meses de evolución acompañado de presión lumbosacra. A la exploración se encuentra masa abdominal a nivel de la cicatriz umbilical, blanda, móvil y dolorosa. Se observa en genitales externos la membrana himenal abombada. El estudio ultrasonográfico reportó imagen quística bien delimitada en la pelvis, proveniente de la región retrovesical que se extiende hasta la región umbilical con finos ecos en su interior. Se complementó el estudio con una Resonancia Magnética reportando datos sugestivos de Colpohematometra. Se realiza himenoplastia drenando 1,000 cc de sangre oscura y espesa durante el acto quirúrgico, así como disminución del tamaño uterino hasta ubicación en cavidad pélvica. **Conclusiones:** la colpohematometra obedece a defectos estructurales como agenesia vaginal, vagina tabicada o himen imperforado. Este último es una entidad que afecta a 0.01% de las recién nacidas. Esta malformación congénita consiste en la continuación anormal de tejido fibroso ubicado en el introito vaginal. La asociación a otras malformaciones es rara. Cursa asintomática hasta la edad puberal, etapa en la que se presenta la menarquia, manifestándose como amenorrea o criptomenorrea, dolor cíclico, e incluso en algunos casos llegando a simular un abdomen agudo por el dolor intenso, masa pélvica o síntomas obstructivos urinarios, intestinales o vasculares (síndrome de la cava superior). El diagnóstico es mediante examen genital completo así como estudios complementarios de imagen y resonancia magnética cuando existe duda del origen de la masa pélvica. El tratamiento es la himenoplastia.

Histerectomía vaginal con energía plasmacínica

Autor:

Jorge Zepeda Zaragoza

Coautores:

Yoatzin Rodríguez Higuera, Omar Hernández Flores, Carlos Briones Landa

Institución:

Hospital Central Norte, Pemex

Objetivo: a la vanguardia en la salud de la paciente, la Subdirección de Servicios de Salud y el Hospital Central Norte de Pemex ofrece una nueva alternativa para la cirugía ginecológica. La histerectomía vaginal reconstructiva, se practica fundamentalmente en pacientes seniles con alteraciones de la estática pélvica y múltiples patologías concomitantes. **Material y métodos:** la energía plasmacínica, reduce hemorragia y tiempo quirúrgico, sellando vasos de hasta 7 mm de diámetro con la tecnología exclusiva de coagulación de vapor de pulsos (VPC), que consiste en la emisión de pulsos controlados de manera inteligente, favoreciendo una hemostasia uniforme. Virtualmente, elimina la necesidad de material de suturas reduciendo el tiempo de la cirugía en un 40%. El diseño de bajo perfil permite el acceso a áreas de trabajo estrecho con menos adhesión y mínima dispersión del calor. **Resultados:** la potencia plasmacínica provee habilidad para un "verdadero" corte electroquirúrgico, formando bolsas de vapor en tejidos de baja impedancia. Ofrece mejor rendimiento entre más hidratado se encuentre el tejido. **Conclusiones:** la energía liberada en pulsos de la coagulación de vapor minimiza el daño térmico, adhesión y calentamiento de los instrumentos.

Leiomiomatosis vulvar. Reporte de un caso

Autor:

Sandra Elia Pérez Monter

Coautores:

Tomás Herreras Canedo, Miguel Ángel Santarrosa Pérez, Mauricio Velázquez-Magaña

Institución:

Instituto Nacional de Perinatología, Isidro Espinosa de los Reyes

Objetivo: revisión de bibliografía y presentación de un caso de leiomiomatosis vulvar. **Material y métodos:** estudio descriptivo. Reporte de un caso. **Resultados:** mujer de 56 años que reportó una masa vulvar de crecimiento lento de 5 años de evolución. Al momento de la exploración se observa una masa de 3 x 2.5 cm de consistencia dura, no dolorosa, móvil, de bordes defi-

nidos. Se realiza el diagnóstico clínico de Bartholinitis. En el acto quirúrgico se observa masa de forma ovoide, única, de apariencia blanco grisácea, encapsulada y de superficie irregular. Se envía a estudio histopatológico reportando Leiomioma, sin observar necrosis, atipia ni actividad mitótica. Perfil inmunohistoquímico consistente con leiomioma vulvar: actina y CD10 positivo difuso, CD 34 y CD117 negativos. **Conclusiones:** los tumores vulvares de músculo liso se presentan en las diferentes etapas de la vida de la mujer y generalmente se confunden clínicamente con quistes de la glándula de Bartholini. Tanto los leiomiomas y leiomiomas vulvares se presentan de forma poco frecuente. Estos tumores son de origen mesodérmico, por lo que pueden derivarse a partir del músculo liso del tejido eréctil, paredes vasculares, ligamento redondo, el músculo **dartos muliebris** o el músculo erector de folículo piloso. Existen una gran variedad de tipos histológicos, siendo el más frecuente el que es observado en el útero, es decir, células musculares en forma de huso, entrelazadas entre sí, con núcleos alargados u ovoides, escasa cromatina y citoplasma mal definido. Desde el punto de vista clínico, un diagnóstico acertado es de suma importancia para el pronóstico y tratamiento quirúrgico apropiado.

Mioma prolapsado pedunculado

Autor:

Roberto Adrián Avendaño Ramírez

Institución:

Hospital General de Comitán, Chiapas, Secretaría de Salud

Resumen: mujer de 41 años, G:IV P:IV, 48 horas antes de la hospitalización inicia con dolor tipo cólico en hipogastrio de moderada intensidad, el cual se intensifica en las últimas 12 horas y se acompaña de sensación de pujo, sensación de cuerpo extraño a nivel vaginal y presenta prolapsos de tumoración a través de la vagina. A su ingreso, se encuentra tumoración a nivel de periné redonda, de superficie lisa con zonas de necrosis, que mide 17 x 16 x 16 cm, con un pedículo de 3 cm de largo por 2 cm de ancho fijado en el labio posterior del cuello. El ultrasonido pélvico mostró

útero y anexos normales, laboratoriales normales, por lo que se procedió a realizar procedimiento quirúrgico con abordaje transvaginal, realizando sección de la base del pedículo a nivel de cuello uterino y sutura hemostática del mismo. El reporte histopatológico de la pieza quirúrgica fue leiomioma. Los leiomiomas uterinos son los tumores benignos más comunes del tracto genital femenino. 5% son submucosos y de éstos, el 2% son pedunculados, los cuales pueden llegar a medir más de 3 cm hasta en un 20%. Estos miomas pedunculados en ocasiones pueden llegar a producir dilatación cervical y prolapsos del mioma, como sucedió con nuestra paciente. La miomectomía transvaginal es una buena opción quirúrgica en estos casos. En nuestra revisión el mioma prolapsado de mayor tamaño que encontramos publicado fue de 14 cm, por lo que nuestro caso se encuentra entre los más grandes.

Paraganglioma y embarazo, reporte de un caso

Autor:

Alejandra Elisa Vargas Merino

Coautores:

Beatriz Sereno Gómez, Ricardo Mendoza Pimentel, Mario Fuentes Villaseñor

Institución:

Hospital Star Médica Morelia

Objetivo: revisión de un caso clínico. **Material y métodos:** revisión de un caso clínico y bibliografía.

Resultados: el diagnóstico temprano y el manejo adecuado del paraganglioma en el embarazo son indispensables para evitar complicaciones materno-fetales. **Conclusiones:** es muy poco frecuente la asociación de embarazo y paraganglioma y sus consecuencias clínicas pueden resultar catastróficas debido al alto índice de morbilidad materna y fetal. El feocromocitoma es un tumor secretor de catecolaminas con una prevalencia aproximada de 0.002% de la población. Los de localización extradrenal (paragangliomas) se calculan en un 10% del total. Su asociación con embarazo es muy poco frecuente y coincide con una gran morbilidad materna y fetal (aproximadamente un 50% la tasa de mortalidad),

que disminuyen notablemente con un diagnóstico y tratamiento adecuado. Es frecuente que se diagnostiquen en forma errónea como preeclampsia. **Caso clínico:** primigesta de 22 años de edad, con embarazo en el cual a la semana 13 de gestación se detecta una tumoración en hipogastrio de 5 x 3.8 cm, redondeada, de contenido hipocóico, con vascularidad en su interior, en el origen de las arterias ilíacas. A partir de la semana 18 presenta episodios nocturnos de cefalea intensa, taquicardia, dolor precordial, acompañados de elevación en la presión arterial. Dicho cuadro clínico se fue presentando con mayor frecuencia e intensidad conforme fue progresando el embarazo. A la semana 34 se practicó operación cesárea, se obtuvo producto femenino de 3,300 g, Apgar 8-9. Después de la cesárea se practica exéresis de tumoración retroperitoneal localizada sobre la arteria aorta a nivel de su bifurcación. Durante la manipulación del tumor la paciente registro elevaciones de la presión arterial de hasta 260/160 mmHg. El reporte histopatológico de la pieza quirúrgica fue de paraganglioma extraadrenal.

Perforación espontánea de un piometra. Reporte de un caso y revisión de bibliografía

Autor:

Jorge Zepeda Zaragoza

Coautores:

Ismael Madrigal García, Yoatzin Rodríguez Higuera, Adriana Huerta Espinosa

Institución:

Hospital Central Norte, Pemex

Objetivo: descripción y reporte de un caso. El piometra es una enfermedad infecciosa producida por bacterias y se caracteriza por la presencia de pus dentro de la cavidad del útero. La incidencia reportada en la bibliografía es de 0.1-0.5% en pacientes ginecológicas. La causa más común de piometra son los tumores malignos del tracto genital como consecuencia de tratamiento con radioterapia. Otras causas son tumores benignos como miomatosis uterina, pólipos endometriales, cervicitis senil, estenosis cervical posterior a una cirugía o malformaciones congénitas.

Material y métodos: paciente de 61 años que acude por descarga vaginal fétida, ataque al estado general y febrícula, se interna para protocolo de estudio.

Resultados: paciente que al quinto día de su estancia presenta datos de abdomen agudo, por lo que se somete a laparotomía exploradora, encontrando piometra, realiza histerectomía total abdominal con salpingooforectomía bilateral. Postoperatorio, normoevolutivo.

Conclusiones: se han reportado en la bibliografía sólo 22 casos de perforación uterina secundaria a piometra, motivo por el cual se realizó el presente trabajo.

Extirpación de quiste gigante de ovario por minilaparotomía. Técnica en reloj de arena

Coautores:

Jacobo Guajardo Martínez, Juan de Dios Maldonado Alvarado, Justo Cárdenas Ochoa, Christian Villena

Institución:

Hospital San José, ITESM, Monterrey, NL

Objetivo: describir una nueva técnica con menor morbilidad para extirpar un quiste gigante de ovario.

Resumen: paciente de 40 años de edad, antecedente de cirugía cardiovascular no especificada hace 25 años, gesta 1, para 1, con disnea de medianos esfuerzos, aumento de peso y distensión abdominal de 2 años de evolución. A la exploración física: peso de 160 kg, discreta palidez, TA 150/70, FC 95x', soplo sistólico grado I-II en foco aórtico accesorio, hipoventilación pulmonar, gran distensión abdominal, dolor a la palpación profunda. Genitales: cuello uterino pequeño, sin patología aparente y al tacto no se pudo delimitar el útero, ni los anexos. Insuficiencia venosa de miembros inferiores, edema++. Citología cervico-vaginal clase II. TAC de abdomen: tumor quístico de 38 cm de diámetro, sin alteraciones en su interior, Glucemia de 150 mg/dL, resto de laboratorio normales. Riesgo quirúrgico ASA II. Recibió metformina 500 mg en cada comida, Enalapril 5 mg cada 12 horas, Clexane 60 mg/día. Ca 125, α -fetoproteína y gonadotropina coriónica negativos. Se realizó mini-laparotomía de 8 cm. Lavado peritoneal, succión del líquido del tumor previa jareta y sujeción del succionador; al disminuir la tensión del tumor, se colocó a la paciente en decúbito

lateral para extraer el tumor con técnica en reloj de arena y el peso del líquido por gravedad traccionara el tumor hacia fuera; una vez con el quiste fuera del abdomen, se realiza doble pinzamiento del infundíbulo pélvico, corte del mismo y doble ligadura. Ovario contralateral y Útero normales. Peso del quiste: 55 kg. Reporte histopatológico: quiste seroso gigante benigno de ovario. Alta hospitalaria al tercer día postoperatorio. **Comentario:** se reporta un caso de quiste gigante benigno de ovario y se describe una técnica sencilla, práctica y segura para su extracción, con menor morbilidad en paciente con alto riesgo quirúrgico.

Reporte de dos casos de corioangioma gigante de la placenta

Autor:

Genaro Vega Malagón

Coautores:

Adrián Hernández-Lomelí, Jorge García Flores, Javier Luengas-Muñoz

Institución:

Universidad Autónoma de Querétaro

Objetivo: presentar dos casos de corioangioma gigante de placenta y su evolución materno y fetal.

Introducción: el corioangioma o hemangioma de la placenta es el tumor no trofoblástico más frecuente de la placenta. Su incidencia real es desconocida, reportándose en el 1% de las placentas examinadas microscópicamente y con evidencia clínica en aprox. 1: 3,500-9,000 nacimientos. Este tumor generalmente no se asocia a complicaciones materno-fetales a menos que el tamaño supere 5 cm de diámetro o que se encuentre cercano al sitio de inserción del cordón umbilical. Cuando el tumor es grande puede complicar el embarazo con hidramnios, hemorragia postparto, retraso en el crecimiento intrauterino, insuficiencia cardíaca congestiva en el recién nacido, etc. Se presentan dos casos de corioangioma gigante de placenta, el método diagnóstico utilizado y de qué manera complican la evolución del embarazo. En ambos casos el resultado fue desfavorable para el feto, con un producto inmaduro de 670 g y un óbito de 1,300 g

obtenidos de operación cesárea urgente por sangrado transvaginal. El reporte histopatológico corrobora los diagnósticos de sospecha. **Conclusiones:** el pronóstico de embarazo con corioangioma gigante de placenta depende fundamentalmente del tamaño del mismo y de la oportunidad con que se hace el diagnóstico. Se resalta la utilidad del examen ultrasonográfico para su detección oportuna y la necesidad de la vigilancia clínica adecuada para evitar complicaciones maternas y fetales.

Síndrome de Fournier

Autor:

Ricardo Adame Pinacho

Coautores:

Elisa Méndez Álvarez

Institución:

Instituto Nacional de Perinatología, Hospital Luis Castelazo Ayala y Hospital Ángeles México

Objetivo: presentar un caso de síndrome de Fournier en una paciente de 24 años de edad con puerperio quirúrgico mediato. Se trata de una paciente de 24 años de edad a quien se le realiza una cesárea por presentar un embarazo de 40 semanas de gestación con falta de progresión del mismo. La cirugía se realiza sin complicaciones y se egresa la paciente 48 h posteriores al evento quirúrgico, egresándose con signos vitales estables sin ninguna otra alteración. Acude al servicio de urgencias 7 días posteriores al evento quirúrgico por la presencia de 24 horas de evolución con dolor importante en labios vaginales de tipo ardoroso, además de referir cambio de coloración en los mismos y flujo vaginal amarillento y fétido. Se procede a realizar lavado quirúrgico con debridación de zonas necróticas y de herida quirúrgica pues presenta dehiscencia de aproximadamente 4 cm de la misma. Debido a procedimiento realizado la paciente presenta hipotensión importante ameritando ingresar al servicio de terapia intensiva con triple esquema antibiótico, con mejoría, realizándose curaciones diarias. Se realiza cierre de herida quirúrgica y de lesiones. Sin embargo, presenta en la zona de cierre quirúrgica rechazo al material

de sutura, por lo que se retira el mismo. Se realiza lavado nuevamente y se coloca injerto de espeso total, el cual es aceptado satisfactoriamente. El tiempo de internamiento fue de 3 meses. Se egresa paciente en condiciones satisfactorias con valoración del injerto el cual hasta el momento ha sido bien aceptado.

Síndrome de Morris de presentación familiar

Autor:

Rene Cortés Flores

Coautores:

José Heliodoro González Zepeda, Raúl Cortés Flores, Miguel Torcida González

Institución:

UMAE 23, Monterrey, NL

Objetivo: presentar un caso de síndrome de Morris familiar. **Tipo de estudio:** reporte de un caso. **Material y métodos:** se trata de dos hermanas de 19 y 24 años enviadas con diagnóstico de amenorrea primaria, sin respuesta al tratamiento de privación hormonal. Referían telarca y pubarquia a los 11 y 12 años respectivamente. La exploración mostró talla y desarrollo intelectual normales, obesidad, Tanner mamario de II, escaso vello púbico de distribución ginecoide y ausencia de vello axilar. Genitales externos de aspecto femenino con labios menores pequeños, una negó vida sexual, la segunda con vagina corta de 3 centímetros, terminando en fondo de saco. Perfil hormonal reportó gonadotropinas hipofisarias normales, relación FSH/LH invertida y andrógenos elevados, en especial la testosterona (8 y 3 ng/ml). Cariotipo 46 XY. Por riesgo de malignización se programaron para cirugía. **Resultados:** se realizó exploración de las regiones inguinales con resección de gónadas de aspecto blanco nacarado, superficie lisa, consistencia firme, tamaño aproximado de 2 a 4 centímetros, el reporte fue compatible con tejido testicular que presentaba diversos grados de hipoplasia y atrofia, así como la presencia de túbulos, epidídimo y conductos deferentes. La evolución postquirúrgica fue satisfactoria. **Conclusiones:** el tratamiento implica terapia hormonal sustitutiva postgonadectomía así como apoyo psicológico y un manejo

de la información sumamente cuidadosa debido a las implicaciones sociales inherentes a esta condición. Se transmite en forma recesiva ligada al cromosoma X, por lo que no es raro encontrar afectaciones en grupos familiares. Constituye un diagnóstico diferencial en pacientes con amenorrea primaria.

Sarcoma del estroma endocervical: reporte de un caso y revisión de la bibliografía

Autor:

Carlos Leal Meléndez

Coautores:

Salazar Ponce, Rosa Dynora Luévano Flores, Eduardo Dowell, Arturo Eduardo Delgado

Institución:

Hospital Clínica del Parque

Objetivo: presentación de un caso de sarcoma del estroma endocervical y revisión de la bibliografía. **Material y métodos:** paciente femenina de 45 años, que acude a consulta por presentar menometrorragia y sensación de masa en vagina. Su última revisión ginecológica había sido 4 meses antes, y se encontró normal. A la exploración se encuentra una tumoración exofítica, dependiente del cuello uterino, de 6 cm de diámetro, de la cual se toma biopsia reportándose como angiosarcoma. Se realiza histerectomía radical más linfadenectomía pélvica bilateral. **Resultados:** se encontró una tumoración dependiente del labio posterior del cuello uterino, la cual hacia el exocérvis mostraba células con franca proliferación y alto grado de anaplasia, núcleos hiperclomáticos y mitosis frecuentes. Se realizó estudio de inmuno-histoquímica, encontrando positividad para CD10, marcador característico de células estromales endometriales, y negativos los marcadores Actina músculo específica y CD34, con lo que se descarta un origen de músculo liso (leiomioma) y epitelial, respectivamente. Los ganglios pélvicos se encontraron libres de metástasis. El diagnóstico histopatológico fue de sarcoma del estroma endocervical. Se decidió no dar tratamiento adicional; sin embargo, la paciente presentó datos de recurrencia a los cuatro meses de la cirugía y pos-

teriormente falleció. **Conclusiones:** el sarcoma del estroma endocervical es una entidad rara, existiendo sólo 16 casos reportados. Esta paciente presentó un comportamiento clínico similar al resto de los casos reportados, con una masa polipoide cervical de crecimiento rápido, que a pesar del tratamiento quirúrgico presentó recurrencia en un período de tiempo corto. Dada la rareza del tipo de neoplasia, no existe uniformidad de criterios sobre su manejo, ni evidencia clínica sobre su respuesta a la quimio o radioterapia, por lo que se deben seguir reportando casos similares y así tener más información sobre su comportamiento y opciones de manejo.

Torsión de quiste folicular luteinizado en el primer trimestre del embarazo. Reporte de un caso

Autor:

Javier Vega Cárdenas

Coautores:

Arturo Eduardo Dowell Delgado, Servando Zárate Quezada, Ernesto Escamilla López

Institución:

Clínica y Hospital de Especialidades de Nuevo Laredo, Tamaulipas

Objetivo: presentación de un caso de torsión de quiste folicular luteinizado de ovario durante el primer trimestre de la gestación que ameritó tratamiento quirúrgico. **Material y métodos:** se trata de una paciente de 26 años de edad con embarazo de 9 semanas al momento de su ingreso hospitalario, el cual se debió a un cuadro de abdomen agudo. A la exploración se palpa una masa anexial derecha, cuya presencia se corrobora por medio de ultrasonido. Se encuentra embarazo intrauterino, único, embrión con frecuencia cardíaca presente y un gran quiste simple bilobulado de 8.4 cm de diámetro en el anexo derecho. Se decidió realizar laparotomía exploradora con diagnóstico preoperatorio de quiste torcido de ovario. **Resultados:** se encontró una tumoración quística de ovario derecho, de 12.5 x 9.5 cm, con torsión de su pedículo vascular. Se realizó salpingo-ooforectomía derecha. La evolución postoperatoria de la paciente fue satisfac-

toria. El diagnóstico histopatológico fue de un quiste folicular luteinizado de ovario derecho con necrosis hemorrágica. La evolución posterior del embarazo fue normal. **Conclusiones:** el quiste anexial simple durante el embarazo amerita conducta expectante, excepto en los casos de complicación aguda (ruptura, torsión), dado que el tratamiento quirúrgico aumenta el riesgo de aborto espontáneo, parto pretérmino y restricción del crecimiento intrauterino. Los quistes foliculares luteinizados son benignos, no se asocian a complicaciones endocrinas maternas o fetales y tienen el potencial de alcanzar grandes dimensiones (el mayor reportado es de 55 cm).

UROGINECOLOGÍA

Cistitis folicular. Serie de casos

Autor:

Mario Castillo Gutiérrez

Coautores:

Rosa Lucía Álvarez Mercado, Miguel Ángel Gómez Moreno, Juan Torres Pérez

Institución:

Instituto Materno Infantil del Estado de México

Objetivo: determinar los casos de cistitis folicular en la unidad de urología ginecológica del Hospital de Ginecología y Obstetricia IMIEM. **Material y métodos:** se realizaron 103 cistouretroscopias diagnósticas, con cistouretroscopia con lente de 30 grados y toma de biopsia vesical con pinza de 7 Fr. **Resultados:** se encontraron 5 pacientes con cistitis folicular (4.85% de las 103 cistouretroscopias realizadas). Edad promedio 42 años, casadas 80%, escolaridad primaria 80%, dedicadas al hogar 100%, IVSA a los 15 años 60%, multigestas. Diario miccional con incontinencia urinaria de urgencia y una incontinencia anal. Urocultivo positivo a *E. coli* en el 60% de los casos, uno con *Candida albicans* y otro negativo. Cistometría monocal con capacidad vesical disminuida en el 60%, normal 20%, aumentada 20%. La cistouretroscopia con toma de biopsia confirma el diagnóstico de cistitis folicular. **Conclusiones:** la frecuencia de cistitis

folicular fue de 4.85% (5 casos de 103 pacientes que se les practicó cistouretroroscopia), siendo necesaria la biopsia para su diagnóstico. El síntoma principal es incontinencia de urgencia.

DEFECTOS DEL PISO PÉLVICO

Frecuencia de parasitosis intestinal en pacientes con incontinencia a flatos

Autor:

Nancy Cruz López

Coautores:

Rosa Lucía Álvarez Mercado, Jorge Luis Sánchez Velasco, Juan Torres Pérez

Institución:

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

Objetivo: determinar la frecuencia de parasitosis intestinal en pacientes con incontinencia a flatos.

Material y métodos: se realizaron exámenes coproparasitológicos seriados analizados con el método de Faust en las pacientes con incontinencia a flatos del servicio de uroginecología en el Hospital de Ginecología y Obstetricia del Estado de México. **Resultados:** el promedio de edad afectada fue de 45.7 ± 11.5 años, siendo las zonas afectadas el Centro de Toluca, Almoloya de Juárez, Xonacatlán y San Pablo Autopan. Las protozoosis encontradas fueron: **E. Histolytica** (44.2%) y **E. coli** (21.1%) y la giardiasis (7.8%). Helmintiasis por: ascariasis (21.1%), enterobiasis (3.8%). Las asociaciones más frecuentes fueron **E. histolytica** con **E. coli** (20%), **E. histolytica** y **Ascaris lumbricoides** (16.6%). El tratamiento fue metronidazol como agente único, combinándose 4 ocasiones. Se realizó electromiografías de nervio pudiendo en 40% de las pacientes, encontrando 58.4% neuroparaxia y 41.6% axonotmesis.

Conclusiones: no todas las pacientes con incontinencia a flatos tienen una alteración anatómica como tal, ya que en el 60% de los casos se encontró como causa coadyuvante a la parasitosis intestinal. Además del tratamiento médico establecido se dio rehabilitación del piso pélvico y medidas higiénico-dietéticas.

Rotura vaginal y evisceración poshisterectomía en una paciente posmenopáusica

Autor:

Guadalupe María Pérez Borbón

Coautores:

JE Martínez Cuervo, M Luna, D Gómez

Institución:

Hospital San José, ITESM, Monterrey

Objetivo: reportar el caso de una paciente posmenopáusica con rotura vaginal y evisceración posterior a una histerectomía. Revisión de la bibliografía. **Material y métodos:** búsqueda de bibliografía mediante información obtenida con palabras como "ruptura de cúpula vaginal", "evisceración vaginal", "complicaciones de histerectomía", de enero 1900 a mayo 2006.

Resultados: la evisceración de intestino delgado en la vagina es una complicación rara. Delaco reporta una incidencia de 0,28% en post-histerectomía. Hay factores predisponentes, como cirugía perineal previa, radiación pélvica o multiparidad. Un manejo rápido es obligado para evitar el daño permanente al intestino.

Conclusiones: la evisceración vaginal es una entidad rara. El rápido tratamiento en esta paciente ayudó a evitar complicaciones y mejorar su pronóstico. La meta de un manejo rápido es preservar la viabilidad intestinal.

OTROS TEMAS DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO

Experiencia institucional de la electroterapia en pacientes con disfunción del piso pélvico

Autor:

Esther Silvia Rodríguez Colorado

Coautores:

Laura Escobar del Barco, Viridiana Gorbea Chávez, César Santiago Arreortúa, Beatriz Terradillos Calvo

Institución:

Instituto Nacional de Perinatología, SSA

Objetivo: presentar la técnica de aplicación de la malla Prolift para la corrección del prolapso de órganos pélvicos. **Material y métodos:** se describe la técnica de aplicación de la malla completa por pasos en anterior y posterior en pacientes que conservan el útero y que requieren tratamiento quirúrgico para la corrección del prolapso estadio III y IV. Se ilustra con fotografías paso a paso. **Resultados:** se realizó un curso de técnica quirúrgica sobre la aplicación de mallas para la corrección del prolapso con técnica Prolift al personal del Instituto Nacional de Perinatología con profesor especializado en ello, y se colocó la primer malla completa y posteriormente se aplicaron 3 mallas completas por los médicos en preparación con ayuda y guía del profesor. **Conclusiones:** se requiere experiencia en el área de cirugía pélvica para lograr dominar la técnica de aplicación de las mallas.

REPRODUCCIÓN ASISTIDA

Morfología pronuclear como predictor para la selección de embriones a transferir en día 3 de cultivo

Autor:

Marianella Chamorro Dussan

Coautores:

Abel Avilés Sánchez, Saúl Ruíz Muñoz

Institución:

Instituto Valencia de Infertilidad, México

Objetivo: evaluar si la morfología pronuclear en pacientes sometidos a tratamiento de fecundación *in vitro* es un predictor efectivo en la selección de embriones a transferir en día 3 de cultivo y su impacto en la tasa de implantación. **Material y métodos:** estudio prospectivo con 752 pacientes divididas en tres grupos según su morfología pronuclear Grupo A) 1 o 2 nucleolos en una misma posición Grupo B), 3 o 4 nucleolos polarizados, Grupo C) 4 o más nucleolos dispersos con los PN, Grupo D) 5 o más nucleolos distribuidos al azar o alguna otra combinación. Los embriones fueron seleccionados para la transferencia evaluando la morfología del cigoto,

clivaje celular en día 2-3 de cultivo. Para el análisis estadístico se utilizó la prueba de ANOVA, desviación estándar y χ^2 . **Resultados:** no se observó diferencia significativa en la tasa de implantación al comparar los diferentes grupos de estudio. **Conclusiones:** la sincronía pronuclear son predictores positivos de la implantación, pero no suele ser definitiva, ya que se necesitan estudios combinados como el DGP para que efectivamente se corrobore la viabilidad de los embriones que son transferidos.

Análisis seminal pre y post-capacitación espermática en embarazo logrado con inseminación intrauterina

Autor:

Armando Juárez Bengoa

Coautores:

María Emilia Guerra García, Enrique Reyes Muñoz

Institución:

Instituto Nacional de Perinatología, Isidro Espinosa de los Reyes, Secretaría de Salud

Objetivo: correlacionar los parámetros seminales antes y después de la capacitación espermática *in vitro* en embarazo obtenido con inseminación intrauterina (IIU). **Material y métodos:** estudio observacional, retrospectivo, transversal, descriptivo, de los exámenes seminales de las muestras utilizadas para IIU de 85 mujeres que lograron embarazarse con esta técnica. Se compara la concentración espermática, movilidad progresiva, morfología normal, total de células móviles (TCM) e índice de células recuperables (ICR) antes y después de la capacitación espermática. Se aplicó una regresión lineal y se calculó el coeficiente de correlación de Pearson, considerando significativo un valor $p < 0.05$. **Resultados:** los valores precapacitación (media $\pm$ desviación estándar) fueron: volumen 2.6 ± 1.14 mL, concentración 63.1 ± 23.17 millones/mL, movilidad $46.5 \pm 15.9\%$; morfología normal $15.6 \pm 5.37\%$, TCM 79.85 ± 57.2 millones, ICR 13.8 ± 3.2 millones. Valores poscapacitación: concentración 80.7 ± 35 millones/mL, movilidad $77.6 \pm 12.7\%$, morfología $20.1 \pm 5.6\%$, TCM 32.1 ± 16.4 millones, ICR 6.8 ± 4.5 millones. El coeficiente

de correlación de Pearson fue 0.60, 0.55, 0.89, 0.65, 0.69 para concentración, movilidad, morfología, ICR y TCM respectivamente. **Conclusiones:** se observó una buena correlación de los parámetros seminales antes y después de la capacitación espermática, lo que permite tomar decisiones de tratamiento con el análisis seminal previo en pacientes que van a ser sometidas a este procedimiento.

Asociación de varicocele y parámetros seminales en pacientes varones infértiles

Autor:

Armando Juárez Bengoa

Coautores:

Alfredo Martín Rivera Montes, Gabriela Cárdenas Amaro, Silvia Martínez Cruz

Institución:

Instituto Nacional de Perinatología

Objetivo: observar la asociación entre los parámetros seminales y el varicocele en pacientes infértiles.

Tipo de estudio: observacional, descriptivo, analítico, transversal. **Material y métodos:** revisión de los registros de 137 pacientes del Departamento de Andrología atendidos por infertilidad. 94 de ellos tuvieron varicocele diagnosticado clínicamente y por ultrasonido. 38 no tuvieron varicocele. La evaluación incluyó una historia clínica detallada y examen físico completo; se hizo una determinación hormonal de hormona luteinizante, hormona folículo-estimulante, testosterona, estradiol, prolactina así como espermocultivo y examen seminal completo. Se aplicó una prueba **t** para muestras independientes entre el grupo con varicocele y el grupo control, considerando significativo un valor de **p** < 0.5, tanto en los niveles hormonales como en los parámetros seminales. **Resultados:** no hubo diferencia significativa de los niveles hormonales entre los dos grupos. El espermocultivo en todos los casos fue negativo al momento del examen seminal. El volumen seminal, concentración espermática, movilidad progresiva, morfología normal y total de células móviles fue de 2.5 ± 1.4 mL, 57.8 ± 43.4 millones/mL, $36.7 \pm 21.1\%$,

$18.5 \pm 11.7\%$, 64.6 ± 81 millones, respectivamente, para pacientes con varicocele y de 2.5 ± 1.4 mL 75.2 ± 44.1 millones/mL, $54.8 \pm 18.5\%$, $23.2 \pm 13.8\%$, 113.9 ± 119.5 millones para pacientes sin varicocele. Excepto para el volumen seminal, los demás parámetros seminales fueron significativamente diferentes entre los dos grupos. **Conclusiones:** en el grupo de pacientes con varicocele se observó disminución de la concentración espermática, movilidad y morfología respecto al grupo control. Queda por determinar si esta tendencia se mantiene en grupos más grandes de pacientes y su repercusión sobre la fertilidad.

Congelación de semen en pacientes oncológicos y resultados reproductivos tras descongelación y uso a través de técnicas de reproducción asistida

Autor:

Marianella Chamorro Dussan*

Coautores:

Francisco Rocha Cárdenas,* Saúl Ruiz Muñoz,* M. Meseguer**

Institución:

* Instituto Valenciano de Infertilidad (IVI), México

** Instituto Universitario IVI, Valencia

Introducción: los tratamientos oncológicos suelen destruir las células precursoras de espermatozoides causando azoospermia temporal o definitiva en las peores situaciones. Por ello la congelación de semen se convierte en la mejor opción para preservar la fertilidad masculina después de estos tratamientos. Existen pocos datos documentados en la bibliografía de pacientes con cáncer. **Objetivo:** analizar los datos de nuestro banco de semen para pacientes con cáncer así como los resultados obtenidos tras su descongelación y uso a través de TRA. **Material y métodos:** análisis retrospectivo 191 historias clínicas de pacientes con cáncer que congelaron muestras de semen en nuestra institución antes de los tratamientos de cirugía, quimio o radioterapia. Se registró el estado civil del varón, edad, características seminales, tipo de cáncer, tratamiento y futura utilización de las muestras a través de TRA con sus resultados.

Resultados: 191 pacientes fueron remitidos a nuestra institución. De ellos, 184 fueron capaces de producir muestras de semen (96.3%), mientras que el resto se diagnosticaron como azoospermicos. Se congelaron 320 muestras con una media de 1.7 ± 0.5 por paciente (rango entre 1-10). La media de edad fue 27.1 ± 6.4 años (rango entre 15-58). Después de la congelación 9.3% de los pacientes recibió sólo radioterapia, 71.3% sólo quimioterapia, 8.0% ambos tratamientos y 2.6% trasplante de médula ósea. El 4% de nuestros pacientes ya se habían sometido a algún tratamiento antineoplásico antes de la congelación. Después de ésta, 13.3% de los pacientes fueron orquidectomizados unilateralmente. Los tipos de cáncer detectados se enlistan en el cuadro 1.

Cuadro 1.

Tipo de cáncer	n
Cáncer testicular	118
Linfoma de Hodgkin	38
Linfoma no Hodgkin	11
Leucemia	7
Tumor de cerebro	4
Cáncer de colon	4
Sarcoma de Ewings	4
Cáncer de pulmón	4
Cáncer tiroideo	1

El 8.1% de los pacientes destruyeron sus muestras por los motivos siguientes: 55% por lograr un embarazo espontáneo, 27% porque recuperaron la producción normal de espermatozoides y 18 % por fallecimiento del paciente. Realizamos un total de 41 espermiogramas 6 meses después del tratamiento; 28% recuperaron la producción normal de espermatozoides, 4% presentaron oligozoospermia, 24% criptozoospermia y 36% fueron azoospermicos. Sólo 30 pacientes (16,3%) se sometieron a tratamientos de reproducción asistida realizándose 35 ciclos, 30 ICSI (incluyendo 5 transferencias de embriones congelados) y 5 inseminaciones artificiales. Se consiguieron 12 recién nacidos vivos (y tres embarazos en curso). **Conclusión:** en varones, los tipos de cáncer más frecuentes afectan a individuos en edad reproductiva temprana. La mayoría no recobra la producción normal de espermatozoides después del tratamiento y en consecuencia la congelación de semen antes del tratamiento gonadotóxico o cirugía es la mejor estrategia para preservar la fertilidad. Debido a la

juventud de nuestros pacientes se han realizado pocos ciclos de TRA, con lo que probablemente en los próximos años el número de tratamientos aumentará considerablemente.

Embarazo cuádruple con transferencia de tres embriones

Autor:

E. Coinda Arias Rosales

Coautores:

César Ramírez Lucero, César Ramírez Ley, Jocelyn Arias Alarcón

Institución:

Centro Ginecológico y Reproducción Humana, Tijuana, BC

Objetivo: revisar los mecanismos en las técnicas de reproducción asistida que pueden contribuir al embarazo múltiple. **Caso clínico:** paciente de 31 años con esterilidad primaria de cuatro años. Laboratorio: FSH: 6.8 mUI/mL, LH 3.4 mUI/mL, Estradiol: 18 pg/mL, Prolactina. 5.8 ng/mL. HSG: normal. ED: volumen 2 mL, concentración 35 millones/mL, motilidad 80%, grado III, morfología normal 88%. Laparoscopia: hidrosalpingx leve bilateral, endometriosis leve. La paciente se somete a FIV-TE, se obtuvieron 7 pre-embryones con 2 pronúcleos, se transfieren 3 embriones dos días después de la fertilización. Ultrasonido en la semana 7. Se observa embarazo cuádruple que incluye un embarazo gemelar dicigótico y un embarazo gemelar monocigótico. En la semana 24 se complica con enfermedad hipertensiva del embarazo, presenta **hidrops fetalis** en el embarazo monocigótico y se interrumpe por vía cesárea. **Conclusiones:** el embarazo múltiple en el año 2000 en Estados Unidos con TRA aumentó hasta el 37%. Los mecanismos que contribuyen a ello incluyen: 1) edad materna avanzada, 2) superovulación, 3) manipulación de la zona pelúcida, 4) prolongación del cultivo para transferir en blastocisto. El embarazo de alto orden, y en particular los monocigóticos, están asociados a un incremento en el riesgo de complicaciones maternas y a la morbilidad y mortalidad prenatal y neonatal, la cual en el embarazo cuádruple asciende hasta el 20%.

Hallazgos ultrasonográficos testiculares y prostáticos de varones infértiles con antecedente de infección seminal

Autor:

Armando Juárez Bengoa

Coautores:

Gabriela Cárdenas Amaro, Silvia Martínez Cruz, Alfredo Martín Rivera Montes

Institución:

Instituto Nacional de Perinatología

Objetivo: describir los hallazgos ultrasonográficos testiculares y prostáticos de pacientes con infección seminal. **Tipo de estudio:** observacional, descriptivo, transversal. **Material y métodos:** se analizaron 181 expedientes de pacientes de la Clínica de Andrología del Instituto Nacional de Perinatología en los que se detectó infección seminal clínicamente y con espermocultivo. A todos se les practicó ultrasonido testicular. A 35 de ellos se les practicó ultrasonido prostático. Se hizo estadística descriptiva incluyendo el valor medio del volumen prostático. **Resultados:** en la ultrasonografía testicular se detectó heterogeneidad en 15.5%, homogeneidad en 84.5%. Calcificaciones 12.2%, sin calcificaciones 87.8%. Volumen menor de 12 cm³ 39.2%, mayor de 12 cm³, 60.8%. En epidídimos se observó heterogeneidad en 48%, homogeneidad 52%. Calcificaciones 5.5%, sin calcificaciones 94.5%. Quistes 30.4%, sin quistes 59.6%. Varicocele 60.2%, sin varicocele 39.8%. En 29 casos (16%) no se observó ninguna alteración. En ultrasonografía prostática se observó heterogeneidad en 51.4%, homogeneidad 48.6%, Calcificaciones 45.7%, sin calcificaciones 54.3%. Quistes 8.6%, sin quistes 91.4%. Volumen prostático de 23.5 ± 8.5 cm³, rango de 12.7 a 56.1 cm³. Volumen mayor de 30 cm³ 11.4%. En vesículas seminales hubo heterogeneidad en 20%, homogeneidad en 80%, calcificaciones 2.9%, sin calcificaciones 97.1%, quistes 11.4%, sin quistes 88.6%, asimetría 5.7%, simetría 94.3%, quistes de conducto eyaculador 5.7%, sin quistes 94.3%, conductos deferentes asimétricos 2.9%, simétricos 97.1%. En 17 casos (48.6%) no se observó ninguna alteración. **Conclusiones:** los hallazgos ultrasonográficos más frecuentes fueron hipotrofia testicular, varicocele

así como heterogeneidad epididimaria, prostática y de vesículas seminales. También se detectó un alto porcentaje de crecimiento prostático.

Manejo laparoscópico de las masas pélvicas benignas en los programas de reproducción asistida

Autor:

José Eduardo Torreblanca Neve

Coautores:

Alberto Valero Origel, Horacio Deschamps Díaz, Martín Castillo González

Institución:

Grupo Ángeles, Servicios de Salud

Objetivo: mejorar la fertilidad mediante un procedimiento quirúrgico de mínima invasión. **Materiales y métodos:** todas las pacientes fueron evaluadas con el protocolo estándar de nuestra clínica. Los factores masculinos y femeninos se evaluaron previo al procedimiento endoscópico, así como la valoración anestésica. Se solicitaron exámenes de laboratorio de rutina para valorar datos de anemia, niveles de eritropoyetina, marcadores tumorales. Las radiografías simples de abdomen demostraron la presencia de tumoraciones intraabdominales, la HSG mostró la deformación de la cavidad uterina. La urografía excretora demostró lateralización de los uréteros, el colon por enema reveló una compresión extrínseca, el ultrasonido pélvico reveló la presencia de quistes simples, hemorrágicos, semisólidos o tumores sólidos y finalmente la resonancia magnética nuclear mostró masas de un 1 cm de diámetro o mayor. Los procedimientos endoscópicos son una de las mejores herramientas de diagnóstico y tratamiento utilizando equipo endoscópico de la marca Starz, sistema de videoendoscopia, equipo de electrocirugía como el Gyrus, pinzas bipolares del tipo de Klepinger, sujetadores, nudos intra y extracorpóreo y realizamos histeroscopia y laparoscopia diagnósticas y operatorias. El manejo esperado depende de la edad, el tamaño, localización, compresión del tumor y los síntomas abdominales. Se llevó a cabo un manejo inhibitorio de la función endocrina usando acetato de gozerelina a dosis de 3.65 mg (implantes) durante las 6 semanas previas a

la cirugía y 12 semanas post-operatorias para obtener una inhibición endocrina menor a los 30 pg/mL de E2. **Resultados:** se trataron 55 pacientes con un diagnóstico preoperatorio: quiste de ovario 12, miomatosis uterina 8, tumoración mixta de ovario 6, dismenorrea severa + Pb endometriosis 5, dismenorrea incapacitante 4, embarazo ectópico 3, sinequias uterinas 2, infertilidad sec. 2, probable endometriosis pélvica 2, tumoración mixta bilateral de ovario 1, embarazo ectópico der. 1, dismenorrea incapacitante + hipermenorrea + SOP 1 + infertilidad sec. + aborto recurrente + polipo endometrial 1, pólipo endometrial + Pb. endometriosis 1, cistoadenoma seroso de ovario izq. 1, hematometra + tumoración mixta de ovario izq. 1, dismenorrea-incapacitante + SOP + Pb. endometriosis 1, esterilidad primaria. Diagnóstico postoperatorio: endometriosis 27 (49%), quiste de ovario 11 (20%), miomatosis uterina 11 (20%), múltiples adherencias 9 (16.35%), embarazo ectópico 3 (5.45%), teratoma de ovario 2 (3.64%), hemoperitoneo 2 (3.64%), quiste paratubario 2 (3.64%), sinequias uterinas 2 (3.64%), pólipo endometrial 2 (3.64%), adenomiosis 2 (3.64%), endometrioma 2, hidrosalpinx 1, síndrome de ovarios poliquísticos 1, luteinización teclal 1, infertilidad secundaria 1, clamidiasis 1, cistoadenoma de ovario 1, hematometra 1, congestión pélvica 1, esterilidad primaria. Diagnóstico histopatológico: endometriosis 16, miomatosis uterina 10, quistes simples de ovario 8, cuerpos amarillos quísticos hemorrágicos 5, tejido normal 5, embarazo ectópico 3, inflamación crónica del mesotelio 3, cistoadenoma 3, quiste dermoide de ovario 2, endometrio disociado 2, pólipo endometrial 2, quiste paratubario 2, adenomiosis 2, endometrioma quístico 1, cuerpos blancos 1, tejido con reacción Arias Stella 1, quiste de Morgani 1. Manejo con análogos de GnRH: durante 3 meses 19 pacientes, seis meses 9 pacientes. **Conclusiones:** la evaluación diagnóstica y un manejo quirúrgico adecuado de las masas pélvicas liberan a los ovarios, para poder obtener un buen número de folículos en los programas de reproducción asistida.

CLIMATERIO Y MENOPAUSIA

Correlación entre embarazos previos, paridad y vida sexual con síndrome climatérico en pacientes posmenopáusicas

Autor:

Fernando Ayala Aguilera

Coautores:

Juana Vázquez Méndez, Marisela Castañeda Díaz, Felipe Arturo Morales Martínez

Institución:

Hospital Universitario José E. González, UANL

Objetivo: correlacionar si el puntaje de la escala de Blatt Kupperman está asociado a ciertos factores de riesgo relacionados con el periodo posmenopáusico.

Material y métodos: se reclutaron pacientes posmenopáusicas sanas de entre 45 y 55 años de edad con útero intacto con síndrome climatérico que acudieron a la consulta de la Clínica de Menopausia del Centro Universitario de Medicina Reproductiva, UANL. En la visita inicial se realizó una historia clínica completa con exploración física y se determinó el puntaje de la escala Blatt-Kupperman en todas las pacientes. Se registraron todos los datos obtenidos en una base de datos y se aplicó la prueba *t* de Student pareada para determinar si existía correlación entre las variables registradas y el índice climatérico. **Resultados:** se incluyeron 68 pacientes. La edad promedio de las pacientes fue de 50.8 (± 3.08) años. Se observó una correlación inversa estadísticamente significativa entre el puntaje de Blatt-Kupperman y el número de embarazos previos, el número de partos, y la frecuencia coital ($p < 0.0001$). **Conclusiones:** en pacientes posmenopáusicas el número de embarazos y partos durante la vida reproductiva y la vida sexual activa se correlacionan con menor índice de síntomas climatéricos.

ENDOCRINOLOGÍA GINECOLÓGICA

Asociación del síndrome de ovarios poliquísticos y cáncer endometrial

Autor:

María de Jesús Cruz Gutiérrez

Coautores:

Imelda Hernández Marín, Manuel Valenzuela Delgadillo, Filiberto Jiménez Pérez

Institución:

Hospital Juárez de México, Secretaría de Salud

Objetivo: presentar el caso de una mujer joven con síndrome de ovarios poliquísticos (PCOS) y adenocarcinoma endometrial. Paciente femenina de 32 años de edad que ingresó a nuestro servicio por opso-amenorrea desde la menarca. Tiene antecedente de madre y tía materna con diabetes mellitus tipo 2, antecedentes ginecoobstétricos con menarca a los 13 años, ritmo menstrual de 60-90 x 7 días, algomenorrea leve desde la menarca. A la exploración física presenta obesidad con un índice de masa corporal de 31.67 m²/sc, hirsutismo con índice de Ferriman/Gallwey de 8 puntos. Acanthosis nigricans vulvar y axilar. Bioquímicamente tiene hiperandrogenemia a expensas de testosterona y sulfato de dehidroepiandrosterona, diabetes mellitus por determinación de glucosa en ayuno en niveles de 238 mg/dL y dislipidemia leve. El ultrasonido endovaginal revela engrosamiento endometrial de 16 mm con patrón vascular anárquico, los ovarios con volumen 18.7 cc y 15.9 cc con patrón folicular poliquístico. La biopsia endometrial reporta adenocarcinoma bien diferenciado de tipo endometriode. Se le realizó histerectomía con salpingooforectomía bilateral y en el estudio histopatológico se corroboró el diagnóstico de adenocarcinoma endometrial. **Conclusiones:** sólo el 5% de las mujeres con cáncer endometrial tienen menos de 40 años. El PCOS, se asocia con carcinoma endometrial por el estrogenismo persistente y la disminución de la proteína fijadora del IGF-1, lo que incrementa los niveles del IGF-1 y su actividad biológica a nivel endometrial.

Insuficiencia ovárica prematura vs síndrome de resistencia ovárica. Reporte de un caso

Autores:

Jaime Ayala Barragán, Izcalli Fabiola León Solís, José Román Gaitán Manuel, Luz María Nevárez Gallegos

Institución:

Hospital General de Durango. Universidad Juárez del Estado de Durango

Datos generales: paciente de 29 años, soltera, estudios licenciatura. AHF: madre diabetes e hipertensión.

APNP: tabaquismo, alcoholismo y otras toxicomanías negadas. APP: fiebre reumática a los 13 años. AGO: menarca 13 años. Ritmo menstrual: irregular desde hace 5 años, con amenorrea hasta de 2 años. G = 0. FUM: hace 5 meses (con hormonal combinado estrógeno + progestágeno). IVSA: 24 años. CS:1. **Padecimiento actual:** inicia hace 5 años, con opsomenorrea, llegando a la amenorrea desde hace 3 años, sin respuesta a progestágeno, pero con respuesta a estrógeno + progestágeno. Desde hace 3 años presenta bochornos, insomnio, irritabilidad, llanto, dispareunia y falta de lubricación vaginal. **Exploración física:** talla: 1.54, Peso: 58 kg, IMC:24.4 kg/m². FC:70X' FR:18X'. TA: 120/80. Temperatura 36.5°C. Cráneo con calvicie frontal, mamas Tanner 4, no galactorrea. Cardio-pulmonar normal. Abdomen sin visceromegalias. Genitales externos normales, exploración bimanual, útero de 6 cm superficie regular. Anexos normales. **Estudios:** BH, QS, EGO, normales. LH: 28.2 mUI/mL. FSH: 104 mUI/mL. Estradiol 12.5 pg/mL Prolactina 7.2 ng/mL. TSH: 2.3 mUI/mL. Ultrasonido: útero de 5.2 x 2.5 cm endometrio 0.5 cm. Ovario derecho 2.1 x 3 x 1.7 cm. Ovario izquierdo 2.0 x 0.98 x 1.91 cm. Cariotipo: 46 XX. Densitometría ósea: columna lumbar T-score: -0.9, Z-score: -0.8, Cadera T-score: -1.0, Z-score: -0.8. Se realiza laparoscopia con toma de biopsia ovárica. Reporte histopatológico: tejido ovárico con ausencia de folículos. **Conclusiones:** la insuficiencia ovárica prematura (hipogonadismo hipergonadotrófico) se presenta antes de los 40 años. Su etiología es desconocida pero se reportan causas genéticas, inmunológicas, iatrogenas y ambientales. El diagnóstico diferencial entre falla ovárica prematura y síndrome de resistencia ovárica es por histopatología. El tratamiento es con terapia con estrógeno + progestágeno. Se han reportado embarazos espontáneos.

Hiperprolactinemia severa inducida por medicamentos

Autor:

Jean Paul Sulaiman Karam

Coautores:

María Elena Rodríguez Piña, Ana Paola Sánchez Serrano, Mauricio Velázquez Magaña

Institución:

Instituto Nacional de Perinatología, Isidro Espinosa de los Reyes, SSA

Objetivo: dar a conocer un caso de hiperprolactinemia aguda y secundaria a medicamentos. **Material y métodos:** reporte de un caso. Estudio descriptivo.

Resultados: paciente de 29 años con infertilidad primaria y diagnóstico de hiperandrogenismo funcional ovárico en tratamiento con etinilestradiol-drospirenona, perfil tiroideo normal, prolactina sérica de 14.9 ng/ml. Presenta cuadro agudo de enfermedad acidopéptica y se trata con metoclopramida, lanzoprazol, y almagato. Siete días después presenta mastalgia, galactorrea y cefalea de 4 días de evolución, el USG mamario reporta prominencia ductal bilateral sin lesiones sólidas ni quísticas, se cuantifica prolactina sérica de 134 ng/mL. Se inician analgésicos y se suspenden todos los demás medicamentos. La RMN no reporta lesión en área hipotálamo-hipofisaria, se cuantifican niveles de prolactina sérica 3 semanas después de 17ng/mL. Los medicamentos que producen hiperprolactinemia son los antipsicóticos, antidepresivos, antihipertensivos, y medicamentos que incrementan la motilidad intestinal. La metoclopramida es un antagonista de dopamina que causa hiperprolactinemia en más del 50% de las pacientes y comúnmente amenorrea y galactorrea; los anticonceptivos orales con estrógenos pueden causar hiperprolactinemia en 12 a 30% de las usuarias. **Conclusiones:** en pacientes con un cuadro agudo de hiperprolactinemia se debe considerar que ésta sea secundaria a la ingesta de medicamentos y discontinuar su uso. En el caso de no poder suspender o cambiar el fármaco, se deberá descartar lesión hipotálamo-hipofisaria por medio de TAC o RMN. Los medicamentos que alteran la motilidad intestinal, específicamente la metoclopramida, son una causa común de hiperprolactinemia, por lo que se debe evitar su abuso.

LAPAROSCOPIA Y ENDOSCOPIA QUIRÚRGICA

Fascitis necrosante en laparoscopia ginecológica: complicación poco común

Autor:

E. Coinda Arias Rosales

Coautores:

César Ramírez Lucero, César Ramírez Ley, Edmundo Godínez Velásquez, Jocelyn Arias Alarcón

Institución:

Centro Ginecológico y Reproducción Humana, Tijuana, BC

Objetivo: identificar los signos y síntomas tempranos para establecer el diagnóstico anticipado y dar tratamiento inmediato para evitar la mortalidad por esta entidad. **Caso clínico:** paciente de 32 años, gesta 2, para 2, acude por IUD. EF: cistocèle I, prueba de esfuerzo de pie +, prueba con hisopo +. Se realiza Burch laparoscópico, se egresa a las 24 h. Acude 5 días después con aspecto tóxico, eritema en punción de trocar izquierdo. Ingresa a quirófano, se debrida tejido y se inicia antibioticoterapia. 24 h después presenta piel oscura y ámpulas. Reingresa a debridación. La paciente entra en choque séptico y se da soporte hemodinámico, antibiótico de amplio espectro y continuas debridaciones de tejido necrótico. Debido a la extensión de la lesión se realizó injerto 30 días después. **Conclusiones:** la fascitis necrosante es una infección rara y potencialmente fatal de la fascia y tejido subcutáneo. Existen muy pocos reportes de esta entidad secundaria a cirugía laparoscópica. La tríada de sepsis, dolor desmedido y eritema indica sospecha de esta patología. El tratamiento es cirugía inmediata, soporte hemodinámico, cobertura con antibióticos de amplio espectro, cuidados de la herida y soporte nutricional, que pueden ayudar a disminuir el índice de mortalidad.

HISTEROSCOPIA OPERATORIA Y DIAGNÓSTICA

Canulación tubárica histeroscópica asistida por ultrasonido en consultorio

Autor:

José Alanís Fuentes

Coautores:

Patricia Zulema Márquez Iribe, Norberto Reyes Paredes, Miguel Ángel Carvajal Hernández

Institución:

Hospital General Dr. Manuel Gea González

Objetivo: determinar la patología intrauterina más frecuente en pacientes con infertilidad sometidas a canulación tubárica histeroscópica asistida por ultrasonido. Calcular la tasa de embarazo posterior al procedimiento y determinar las complicaciones, tiempo quirúrgico y tolerancia al procedimiento. **Material y métodos:** ingresaron pacientes con diagnóstico de infertilidad que en la histerosalpingografía se diagnosticó oclusión tubaria proximal entre enero 2005 a diciembre 2006. Se incluyeron: pacientes mayores de 18 y menores de 40 años. Se excluyeron las que no toleraron el procedimiento o se perdieron durante el seguimiento. Se realizó con histeroscopia tipo Bettocchi mediante vaginoscopia. Se utilizó catéter de Novy con control ultrasonográfico simultáneo. Para verificar permeabilidad se infundió colorante hasta obtener su paso a cavidad peritoneal. **Resultados:** el 71.4% de las pacientes presentaron cavidad uterina normal, seguido por pólipo endometrial con 7.9%. La tasa de embarazo fue del 55%. La complicación más frecuente fue la perforación tubárica con el 5%. El tiempo quirúrgico promedio fue de 30 minutos. La tolerancia al procedimiento fue del 100%. **Conclusiones:** la canulación tubárica es una técnica sencilla, de bajo costo, no requiere de anestesia ni sedación, es bien tolerada por las pacientes y presenta mínimas complicaciones. Tiene una tasa de embarazo significativa en caso de obstrucción tubárica proximal.

Metaplasia endometrial ósea: reporte de un caso**Autor:**

Carlos Humberto Briones Landa

Coautores:

Andrés Hernández-Denis, Guillermina Dupré Aramburu, Víctor Hugo Herberth Hernández

Institución:

Hospital Central Sur de Alta Especialidad, Pemex

Objetivo: presentar el caso de una paciente con metaplasia endometrial ósea. **Material y métodos:**

reporte de un caso. Femenino de 27 años de edad con infertilidad secundaria de 5 años de evolución referida de Salina Cruz, Oaxaca. AGO: menarca 16 años, ritmo 30 x 3 eumenorreica, IVSA 21 años, PS: 5 MPF: ninguno. DOC: 2006 negativo a CaCu. Gesta 1 aborto, se realizó LUI en octubre del 2001. Sin otros antecedentes de importancia. Acude con US (09/02/07) que reporta útero y endometrio con imágenes hiperecoicas en relación a calcificaciones a descartar metaplasia ósea. Ovarios normales. Se realiza histeroscopia encontrando cavidad uterina irregular con abundante cantidad de tejido óseo, del cual se toma biopsia y se corrobora metaplasia ósea endometrial. Se realiza legrado posterior, obteniendo escaso tejido. Se realiza nueva histeroscopia (10/03/07) en la que se reportan: útero AVF 9 x 5 cm, cavidad uterina irregular con tejido blanquecino, grueso en forma de pilares, predominando en cara posterior, no se observa endometrio. **Resultados:** actualmente sin tratamiento, en espera de lograr embarazo. **Conclusiones:** la metaplasia ósea es un diagnóstico raro al que generalmente se llega durante el estudio de una paciente con infertilidad. Se ha relacionado con retención de restos óseos postaborto. El diagnóstico final se realiza por histeroscopia. Posterior a la corrección de esta patología, la tasa de fertilidad aumenta de manera importante.

Resección histeroscópica en el embarazo ectópico cervical**Autor:**

Mario Gracia Saldaña

Coautores:

Fidel Morales Caballero, Raúl Leal González, Ricardo Alberto López Narváez

Institución:

Centro Médico de la Mujer, Hospital Ginequito

Objetivo: mostrar la utilidad del tratamiento histeroscópico en el embarazo ectópico cervical. **Material y métodos:** se muestra el caso clínico de un embarazo ectópico cervical el cual fue tratado inicialmente con tratamiento farmacológico (metotrexato) logrando la

citoreducción parcial del producto de la concepción. Posteriormente se realizó histeroscopia operatoria logrando la extracción completa del embarazo ectópico sin complicaciones, y de esta manera continuar con la citoreducción farmacológica. **Resultados:** la resección histeroscópica del embarazo ectópico cervical mostró beneficio en el tratamiento definitivo. **Conclusiones:** el tratamiento quirúrgico es el método terapéutico en general más utilizado en el mundo, y ha existido debate de cuál es el mejor procedimiento quirúrgico. El tratamiento histeroscópico del embarazo ectópico cervical es una alternativa quirúrgica que arroja resultados satisfactorios conjuntamente con el tratamiento farmacológico.

COLPOSCOPIA Y PATOLOGÍA CERVICAL

Neoplasia intraepitelial vulvar de progresión extremadamente rápida a cáncer invasor en mujer de 25 años VIH(+)

Autor:

Mayra Almaraz Gómez

Coautores:

Gaspar Drusso Vera, Teresita María del Rosario Rojas Sánchez

Institución:

Centro Colposcópico de Investigación y Docencia, SC

Las mujeres infectadas con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) tienen mayor riesgo de infección por virus del papiloma humano (VPH) y 5 veces más de evolucionar a cánceres del tracto genital inferior predominantemente vulvar y estar asociados a oportunistas como citomegalovirus. **Objetivo:** mostrar caso de relación entre inmunodeficiencia y progresión extremadamente rápida poco común de neoplasia intraepitelial vulvar a cáncer invasor en mujer VIH+ . **Caso:** soltera, 25 años, menarca: 12a, IVSA: 21a, 1 pareja sexual, P.F.: preservativo irregular, nuligesta, que acude por primera vez en Mayo 2006, asintomática, para toma de citología cervical: NIC I por VPH; se sugiere colposcopia, no acude a cita. Agosto, posterior

a hipermenorrea, presenta prurito y ardor vulvar, se sugiere colposcopia: NIC I VPH+ NIV, no apegada a manejo, tratada por otro facultativo como vaginosis y liquen escleroatrófico; no acude hasta septiembre que refiere mejoría, pero sintomatología persiste, se realiza ELISA VIH: (-); acude en octubre con lesiones ulcerativas, dolor y ardor, de rápida evolución clínica, la colposcopia reporta probable cáncer vulvar; enviada a oncología, confirma diagnóstico y realiza vulvectomía; reporte histopatológico: carcinoma vulvar invasor de células escamosas. Se repite ELISA VIH: (+), Western blot: (+) se detecta infección oportunista por citomegalovirus. **Conclusiones:** se muestra progresión extremadamente rápida (5 meses), por clínica y colposcopia, de lesión precursora, a cáncer invasor en una mujer que se desconocía VIH+, no apegada a seguimiento. Es importante pensar en asociación VPH-VIH. El estudio de lesiones precursoras es necesario para nuevas recomendaciones en **screening** y seguimiento en mujeres VIH+.

CÁNCER CERVICOUTERINO

Histiocitoma fibroso maligno de vagina

Autor:

Carlos Guzmán Nava

Coautores:

Rubén Sánchez Cortés, Ismael Padilla Ponce, Dalia Marín Pérez

Institución:

Hospital General Vasco de Quiroga, ISSSTE, Morelia, Michoacán

Objetivo: presentar un caso de histiocitoma fibroso maligno en la vagina, revisión de la bibliografía. **Caso clínico:** femenina 57 años, hipertensa desde los 48 a. A los 51 años, sangrado genital anormal, USG: útero 14 x 9 cm, miomas intramurales, endometrio 15 mm. Biopsia endometrio: hiperplasia compleja atípica. Se practicó HTA más SOB 30/08/01. Patología reportó diagnósticos preoperatorios más cervicitis; ovarios: sanos. Nov/06 presenta sangrado transvaginal caso persistente; Ene/07 se observa masa exofítica

7 x 5 cm en cúpula vaginal, paredes laterales libres, hipervascularizada, consistencia dura, áreas de sangrado, necrosis; sin adenomegalias palpables. TAC: tumoración sólida 88 x 65 x 60 cm en fondo de saco vesicorrectal, adyacente a paredes: posterior de vejiga y anterior de recto, que comprime y desplaza sin demostrar infiltración. La biopsia: liposarcoma mixoide poco diferenciado. La inmunohistoquímica: vimentina, CD 68: positivas; CD 34, actina, desmina: negativas. El 08/03/07 por LAPE se hace exéresis de tumoración en fondo de saco vesicorrectal, que protruye hacia hueco pélvico con extensión hacia vagina, dimensiones: 12 x 8 cm. HP: histiocitoma fibroso maligno (HFM) con zonas mixoides de vagina. Se indica ciclo pélvico completo de radioterapia complementaria. **Conclusiones:** el cáncer de vagina ocupa el 2 % de neoplasias genitales, el HFM es el sarcoma más común, localizado habitualmente en extremidades y retroperitoneo. En la vagina es raro, representa menos del 2% del total y habitualmente: leiomiomas, localizado en tabique rectovaginal. Otras variedades histológicas son extremadamente raras.

ONCOGINECOLOGÍA

Coriocarcinoma *versus* mola invasora

Autor:

Sandra Pérez Silva

Coautores:

Benita Flores Hernández, Homero Sánchez Dávila

Institución:

Unidad Médica de Alta Especialidad núm. 23, IMSS, Monterrey, NL

Objetivo: presentar un caso raro de coriocarcinoma cuyo diagnóstico requirió apoyo de inmunohistoquímica. **Tipo de estudio:** reporte de un caso. **Material y métodos:** caso clínico femenino de 29 años. Antecedentes: gesta 4 parto 1, aborto 2 : en septiembre 2005 por aborto incompleto y otro 20 junio 2006 por Embarazo Molar, en el cual se le realizó legrado, después persistió con sangrado transvaginal, el cual aumenta. Acude a urgencias el 7 julio 2006, se encuentra considerable

hemorragia transvaginal. Diagnóstico: embarazo molar. Pasa a legrado uterino de urgencia, se obtiene abundante tejido vesicular, hemorragia uterina abundante, sin respuesta a aplicación de oxitócicos, se decide pasar a histerectomía. Reporte histopatológico: imagen histológica es compatible con mola invasora **versus** coriocarcinoma. Cuantificación de GCH posterior a legrado 9904 mU a las 72 h, y 5 días después de 7734 mU. Revisión de laminillas en agosto 2006: coriocarcinoma infiltra pared del segmento uterino inferior hasta serosa. Es enviado bloque de parafina para inmunohistoquímica, siendo positivo y recibiendo tratamiento con metrotexato con estudios de extensión negativos. **Conclusiones:** el coriocarcinoma gestacional tiene una incidencia 1 en cada 20,000 a 40,000 embarazos, tiende a desarrollar metástasis tempranas por vía hematológica. Los factores pronósticos de acuerdo con la clasificación de la OMS sustentan el tratamiento individualizado. El diagnóstico se basa en los valores de GCH; sin embargo, ante la complementación del diagnóstico histopatológico revela duda, se recurre a la inmunohistoquímica, donde los falsos positivos se excluyen tras ensayos inmunométricos monoclonales.

Dermatofibrosarcoma protuberans de vulva

Autor:

Juliana Tolentino Aguilera

Coautores:

Alfonso Carmona Morán, Guillermo Barragán Ramírez

Institución:

Hospital General de Pachuca, Hidalgo

Objetivo: presentar un caso de neoplasia en la vulva correspondiente a dermatofibrosarcoma protuberans. **Paciente y métodos:** paciente femenina de 23 años con crecimiento progresivo de un año de evolución de un tumor en la vulva y tumor abdominal a nivel de mesogastrio. **Resultados:** se realiza hemivulvectomía izquierda, resección de pared abdominal y plastia de pared, con reporte histopatológico de dermatofibrosarcoma protuberans de región vulvar y de pared

abdominal, sin lesión en límites ni lecho quirúrgico.

Conclusiones: el dermatofibrosarcoma protuberans es una neoplasia dérmica de crecimiento lento y malignidad local. Afecta principalmente el tronco, recurrente en la mayoría de los casos y rara vez da metástasis. Constituye menos del 0.1% de las neoplasias malignas de vulva, reportándose únicamente 30 casos en la revisión de la bibliografía, en mujeres postmenopáusicas con edad promedio de 56 años. El tratamiento recomendado es la excisión local de la neoplasia.

Farmacocinética del metotrexato en pacientes con neoplasia trofoblástica gestacional

Autor:

Aurora Belmont Gómez

Coautores:

Carlos Aranda Flores, Gonzalo Márquez, Vivian López Ugalde, Jesús Beltrán Montoya

Institución:

Instituto Nacional de Perinatología, Isidro Espinosa de los Reyes

Objetivo: evaluar la farmacocinética del metotrexato (MTX) en pacientes con neoplasia trofoblástica gestacional, para establecer una quimioterapia lo más adecuada posible y una terapia de rescate oportuna.

Material y métodos: se estudiaron 20 pacientes con neoplasia trofoblástica gestacional, recibieron MTX 150 mg/m² en infusión durante 2 h, 3 dosis por ciclo, las cuales se alternaron con soluciones alcalinas y terapia de rescate con ácido fólico de acuerdo con las concentraciones y parámetros farmacocinéticos de MTX obtenidos. Se monitorearon los niveles plasmáticos de MTX durante todo el ciclo. La respuesta al tratamiento fue determinada por los niveles de fracción B-HGC y datos ultrasonográficos. **Resultados:** nueve pacientes recibieron monoterapia con MTX y a 11 se aumentó ciclofosfamida. El 85% presentó buena respuesta y sólo 2 pacientes presentaron mucositis. Se alcanzó una concentración plasmática máxima (Cpmax) de MTX de $12.1 \pm 1.3 \mu\text{Mol/L}$, la vida media de eliminación y la depuración (Cl) de MTX después de probar diferentes horarios de soluciones alcalinas

fueron de $192 \pm 12.1 \text{ min}$ y $1.27 \pm 0.3 \text{ ml/min/kg}$ respectivamente. Se obtuvo una concentración de MTX a las 24 h posdosis de $0.78 \pm 0.18 \mu\text{Mol/L}$, que permitió dar rescate con ácido fólico, evitando una interacción con MTX. Los parámetros farmacocinéticos no mostraron diferencias en las pacientes que recibieron ciclofosfamida. **Conclusiones:** el esquema de dosis utilizado permitió que se alcanzaran niveles citotóxicos de MTX, con buena respuesta terapéutica sin llegar a persistir niveles altos a las 24 h, lográndose una terapia de rescate adecuada.

Obesidad central como factor de riesgo para cáncer de mama

Autor:

Alejandra Gabriela Vega Malagón

Coautores:

Adrián Hernández Lomelí, Lenin Torres García

Institución:

Universidad Autónoma de Querétaro

Objetivo: determinar la relación entre la obesidad central y el cáncer de mama en la mujer. **Material y métodos:** estudio de casos y controles en el Hospital General de Querétaro. Los casos fueron 60 mujeres con cáncer mamario corroborado histológicamente; los controles, 60 mujeres sanas con mamografía negativa a cáncer. Se analizaron las variables antropométricas. El análisis se realizó con razón de momios, intervalo de confianza al 95%, con prueba de χ^2 , y *t* de Student. **Resultados:** los factores antropométricos que mostraron diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.05$), fueron: IMC $\geq$ de 25 (OR: 6.05, IC 2.53-14.47); perímetro abdominal $\geq$ de 88 cm (OR: 2.58, IC 1.11-5.96); índice cintura-cadera $\geq$ de 0.86 (OR: 3.50, IC 1.55-7.87; 16.16). **Conclusiones:** el índice de masa corporal, índice cintura-cadera y el perímetro abdominal fueron los principales factores de riesgo para cáncer mamario. Es importante conocer los principales factores de riesgo para identificar tempranamente a las mujeres con altas probabilidades de cáncer, para ofrecerles una detección temprana y un tratamiento oportuno.

OBSTETRICIA GENERAL

Embarazo ectópico cornual 16 SDG. Reporte de caso

Autor:

Leonor Ramírez del Valle

Coautores:

Jorge Ortega Jiménez, Guillermo Barragán Ramírez

Institución:

Hospital General de Pachuca

Objetivo: presentar el caso de embarazo ectópico cornual. **Material y métodos:** paciente secundigesta de 22 años de edad, que ingresa con dolor abdominal en fosa iliaca derecha, irritación peritoneal e inestabilidad hemodinámica. El ultrasonido muestra útero de 13 x 8 x 8 cm, con tumoración anexial derecha, reacción decidual y 500 cc de líquido libre. Se realiza laparotomía exploradora. **Resultados:** producto de 16 semanas de gestación libre en cavidad abdominal. Hemoperitoneo de 2500 cc. Rotura uterina del cuerno derecho. Infiltración sanguínea de epiplón y paredes pélvicas. Se extrae manualmente el producto, se hace histerectomía total obstétrica y evoluciona satisfactoriamente. **Conclusiones:** el embarazo ectópico cornual es una forma rara de embarazo extrauterino y tiene alta morbilidad y mortalidad materna (1% de los embarazos ectópicos, mortalidad de 2 a 2.5%). La ruptura uterina se presenta en 20% de los casos y sucede alrededor de la semana 12 de gestación.

Madre adolescente como factor de riesgo de nacimiento pretérmino

Autores:

J. Guadalupe Panduro Barón, J. Jesús Pérez Molina, J. Jesús Gaitán Meza, Juan Francisco Castro Hernández

Institución:

Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I. Menchaca. Universidad de Guadalajara

Objetivo: evaluar la asociación entre madre adolescente y nacimiento pretérmino. **Tipo de estudio:** casos

y controles. **Material y métodos:** 542 recién nacidos (RN) vivos y muertos de 20 a 36 semanas de gestación ocurridos en forma consecutiva y 549 recién nacidos (RN) de término elegidos de forma aleatoria simple de todos los RN de término, ocurridos en el Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I. Menchaca, de septiembre de 2004 a enero 2006. Las variables se obtuvieron por entrevista directa a las madres y del expediente clínico. El riesgo se midió con la razón de momios con intervalo de confianza del 95%. **Resultados:** los casos tuvieron 33 ± 4 semanas y los controles 39 ± 1 semanas. Los RN pretérmino tuvieron relación masculino/femenino de 1.6:1, estancia hospitalaria de 11.9 ± 16 días, con una valoración de Apgar menor de 7 a los cinco minutos en el 17%, falleciendo 152 (28%). No hubo asociación entre madre adolescente y nacimiento pretérmino (RM: 1.02; IC 95%: 0.78-1.34). De los factores de riesgo materno relacionados con RN pretérmino sobresalen: embarazo múltiple (RM: 13.79; IC 95%: 6.40-30.98), ruptura prematura de amnios de más de 12 horas (RM: 18.96; IC 95%: 8.43-44.91), nacer por cesárea (RM: 2.56; IC 95%: 1.97-3.3) y peso bajo para edad gestacional (RM: 1.43; IC 95%: 1.06-1.93). **Conclusiones:** ser madre adolescente no se asoció con nacimiento pretérmino. La mayor frecuencia de ruptura prematura de membranas, nacimiento múltiple, nacer por cesárea y peso bajo para edad gestacional se asociaron con nacimiento pretérmino en madres adolescentes.

OBSTETRICIA OPERATORIA

Controversias actuales en episiotomía

Autor:

Laura Escobar del Barco

Coautores:

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

Institución:

Instituto Nacional de Perinatología

Objetivo: señalar las actualidades y controversias en cuanto a la realización de episiotomía. **Material y métodos:** se revisaron la base de datos Cochrane y

fuentes bibliográficas diversas. **Resultados:** la primera mención histórica sobre su realización fue en 1742, recomendada por una partera sólo en partos complicados. Su práctica fue realizada con una frecuencia tan alta (80%) después de artículos publicados por Pomeroy y De Lee, quienes recomendaban su uso atribuyendo que la práctica rutinaria de la episiotomía evitaba el dolor, prevenía los desgarros, acortaba el periodo expulsivo, disminuía la morbilidad perinatal y prevenía el prolapso uterino así como sus complicaciones. Fue hasta 1983 que Tracker y Banta hacen una extensa revisión de todos los artículos publicados hasta 1980, sin encontrar evidencia científica de los beneficios que se creían hasta ese momento. Razón por la que hasta la fecha se han realizado extensas revisiones sobre riesgo, beneficio de la episiotomía, también sobre el tipo de incisión a realizar (media vs medio-lateral). Se concluye hasta la fecha que los mejores beneficios son obtenidos al realizar episiotomía restringida al compararla con episiotomía rutinaria, ya que provoca menos daño perineal posterior y por lo tanto menos incidencia de incontinencia anal; también menos complicaciones (sangrado, hematomas, infecciones, fístulas, dehiscencia de HxQx) y menor uso de material de sutura. No se ha encontrado diferencia entre realizar episiotomía restringida vs rutinaria en la incidencia de dispareunia, incontinencia urinaria, prolapso de órganos pélvicos y morbilidad perinatal. **Conclusiones:** con respecto a las indicaciones, hasta el momento se recomiendan: parto instrumentado, periné muy corto, inminencia de desgarro y variaciones de la FCF. El tipo de incisión es realizar episiotomía medio-lateral, ya que nos da menos riesgo de desgarro de 3er y 4to grado y por lo tanto menor daño del esfínter anal.

Embarazo de 13 semanas con placenta previa y acretismo. Manejo mediante legrado e histerectomía consecutivos

Autor:

Jesús Mario Canseco Lima

Coautores:

Aldo Fornelli-López, Guillermo Ortiz-Luna, Elsa Moreno-Verduzco

Institución:

Instituto Nacional de Perinatología, Isidro Espinosa de los Reyes

Introducción: el acretismo en embarazos tempranos es raro, documentándose en muy pocos casos. **Reporte**

de caso: mujer de 23 años, con aborto en evolución de 13 semanas, con hemorragia transvaginal de un mes, antecedente de 3 cesáreas. Ultrasonido reporta embarazo 13 semanas con placenta previa total. Exploración fondo uterino 14 cm, cuello uterino 2 cm de dilatación, abundantes coágulos en vagina. Ingresa para conducción de trabajo de aborto. Biometría hemática: 13,300 leucocitos, 12% de bandas y 1,572 bandas totales. Se considera aborto séptico iniciando gentamicina más clindamicina. Con 5 cm de dilatación para expulsión por hemorragia obstétrica profusa, se realiza legrado incrementando la hemorragia presentando repercusión hemodinámica; tras empaquetarse con gasas, se realiza histerectomía obstétrica. Incisión media sobre cicatriz previa se expone útero atónico, se realiza histerotomía corporal identificando lecho placentario sangrante. Se retiran gasas de empaquetamiento previo y se reemplaza con compresa, la cual se introduce en istmo y cuerpo para compresión y dar forma a útero y cuello uterino. Se afrontan bordes con 3 puntos amplios en U. Se pinzan y cortan redondo, salpíge ligamento útero ovárico y posteriormente se pinzan arterias uterinas sin cortar y una vez controlado el sangrado se regresa a ligar dichos elementos y se corta y liga pedículo vascular; se finaliza con técnica extrafascial. Hemorragia 3,500 cc. Patología reporta útero de 200 g de 12.5 x 8 x 6 cm con vellosidades coriales en capa externa del miometrio compatible con acretismo. Reiteramos la rareza del caso con acretismo en primer trimestre, cuyo diagnóstico definitivo es histopatológico. Se incluyen imágenes histopatológicas del acretismo

Lesión urogenital durante el trabajo de parto y parto, desprendimiento uretrovesical suprauretral y diástasis sinfisial secundaria a maniobra de McRobert

Autores:

José Luis Aquino Hernández, Oscar Flores Carreras, Patricia Velázquez Castellanos, Sergio Montoya Maza

Institución:

Hospital General Regional, Dr. Rafael Pascacio Gamboa, Secretaría de Salud del estado de Chiapas

Objetivo: presentación de caso y revisión de la bibliografía. **Material y método:** caso clínico, diagnóstico, tratamiento y revisión de la bibliografía. **Introducción:** la rotura de la sínfisis púbica es una rara complicación durante el parto, con una incidencia del 0.1-0.8%. Usualmente se observa en primigestas añosas, aunque se ha reportado en pacientes jóvenes. Se han observado lesiones similares después de lesiones por alta velocidad debida a presión directa sobre la hemipelvis o a través de la cadera. Pawels considera que para que haya daño en los componentes posteriores de la pelvis, es necesaria una separación significativa y que una separación < 2.5 cm puede ser tolerada sin inestabilidad vertical; sin embargo, una separación mayor se correlaciona con lesiones de los ligamentos sacro ilíacos anteriores. Una separación ligera de la sínfisis púbica durante el embarazo es considerada fisiológica, causada por la laxitud ligamentaria hormonalmente inducida. Sin embargo, la separación completa de la sínfisis púbica durante el parto es rara, su prevalencia ha sido reportada de 1:521 a 1:20,000. Una separación > 10 mm usualmente se asocia a dolor y dificultad para la deambulación y se considera entonces patológica. **Resumen:** se presenta el caso de una paciente primípara joven con antecedente de puerperio patológico complicado con separación sinfisial y separación uretrovesical secundario a atención de parto domiciliario por empírica y maniobra de McRobert, quien acudió por incontinencia urinaria por rebosamiento, cuadro séptico y dificultad para la deambulación. **Resultados:** se realizó talla suprapúbica en el primer tiempo quirúrgico, fijación interna de la inestabilidad pélvica en el segundo tiempo. En el tercer tiempo quirúrgico se realizó uretrosuspensión retropúbica tipo Burch, con cirugía de Richardson bilateral, así como neomeato uretral y esfinteroplastia anal, con lo que se obtuvo adecuada función y la reparación anatómica fue aproximada a lo normal. **Conclusiones:** se ha recomendado la maniobra de McRobert como técnica inicial en el manejo de la distocia de hombros, dado que la a posición de litotomía forzada y abducción

exagerada aumenta la presión de la articulación de la sínfisis púbica y del nervio femoral, por estiramiento del ligamento inguinal, hace más fácil la posibilidad de fractura o separación sinfisial, esto coadyuvado por la laxitud ligamentaria y de las articulaciones dada por la relaxina y progesterona. La incidencia de diástasis de la sínfisis púbica periparto se estima en 1:300 a 1:30,000. Los síntomas característicos incluyen: dolor suprapúbico e hipersensibilidad que se irradia a región lumbosacra o piernas, dificultad para la deambulación y, ocasionalmente, disfunción de vaciado. Debe tomarse en cuenta que este procedimiento puede derivar en lesiones genitourinarias y pélvicas.

Modificación a la técnica de histerectomía obstétrica por acretismo placentario

Autor:

Jesús Mario Canseco Lima

Coautores:

Aldo Fornelli-López, Guillermo Ortiz-Luna

Institución:

Instituto Nacional de Perinatología, Isidro Espinosa de los Reyes

Introducción: cuando se decide realizar histerectomía obstétrica se necesita un abordaje rápido y efectivo para control de la hemorragia. En este tipo de cirugías la pérdida de tono uterino dificulta la diferenciación del istmo y el cuello uterino, complicando la técnica y poniendo en riesgo estructuras vecinas. **Reporte de caso:** la modificación a la técnica de histerectomía se realizó en paciente que durante legrado por aborto de 13 semanas presentó hemorragia masiva por acretismo placentario que no respondió a medicamentos y empaquetamiento. Una vez expuesto el útero se realiza histerotomía corporal, introduciendo compresa con fines hemostáticos dando forma al útero y delimitando la región ístmico-cervical. Posteriormente se colocan puntos amplios (3-4 cm) en U y 1 cm entre los mismos con catgut crómico núm. 1, afrontando ambos bordes de manera rápida y eficaz, cuya función es disminuir las pérdidas trasvaginales. Con el

fin de ligar en forma rápida las arterias uterinas y disminuir las pérdidas hemáticas, se pinzan y cortan de primera instancia ligamento redondo, posteriormente salpíngex y ligamento útero-ovárico dejando 2 pinzas Heaney del lado del pedículo. Se identifican y pinzan arterias uterinas con 3 pinzas. Una vez aseguradas, se procede a ligar estructuras previamente mencionadas. Se realiza corte de arterias uterinas y se ligan. A partir de este punto se continúa la técnica habitual de histerectomía extrafascial facilitada por la mejor identificación por palpación ístmico-cervical lograda por la compresa previamente introducida, la cual es un paso innovador que repercute de manera positiva en la evolución de la paciente.

Ruptura uterina espontánea secundaria a tumor gigante

Autor:

Alejandro Castañeda Anguas

Coautores:

Julián Ruiz Anguas

Institución:

Sanatorio Galenus de Toluca

Objetivo: analizar el manejo actual de leiomiomas. Se comunica el caso de una paciente de 27 años de edad, nuligesta, niega antecedentes hereditarios de importancia, originaria y residente de la ciudad de Toluca, sin antecedentes personales patológicos relevantes o exposiciones laborales. AGO: menarca 12 años, ciclos regulares, IVSA: no, sin antecedentes de importancia, la cual acude por dolor abdominal cólico, el cual se irradia a la región lumbar y síndrome anémico. El ultrasonido pélvico reportó una tumoración gigante, con líquido libre en la cavidad, motivo por el cual se decide su intervención quirúrgica. Hallazgos: tumoración de 13 x 15 cm aproximadamente a expensas de útero, anexos sin alteraciones, líquido libre en la cavidad con hemoperitoneo de 1,500 cc aproximadamente, motivo por el cual se decide realizar histerectomía total y se envía muestra a patología. **Tipo de estudio:** caso clínico. **Material y métodos:** mediante interrogatorio

directo se obtuvieron los datos clínicos de la paciente, se recabaron exámenes de laboratorio y gabinete solicitados en la Institución y se obtuvo resultado de histopatología. **Resultados:** reporte histopatológico: cervicitis crónica (endometrio autolizado, identifica neoplasia mesenquimatosa maligna "leiomiomasarcoma"), epiplón con implantes e inflamación aguda y crónica y tejido neoplásico necrótico. **Conclusiones:** sarcomas uterinos son tumores poco frecuentes que representan menos del 3% de todos los cánceres del tracto genital femenino y entre 3-7 % de todos los cánceres del cuerpo uterino. Tienen un pronóstico pobre con una supervivencia global en general menor del 50% a 2 años. Incluso en etapas tempranas de la enfermedad.

MEDICINA MATERNO FETAL

Embarazo y extrofia vesical

Autor:

Nadia Josefina Figueroa Medrano

Coautores:

Raúl Cortés, Victoria Martínez

Institución:

UMAE 23, IMSS

Objetivo: reportar un caso de paciente embarazada con malformaciones urológicas. **Material y métodos:** reporte de un caso. **Resultados:** paciente femenina de 25 años de edad, la cual presentó a su nacimiento extrofia vesical, siendo intervenida quirúrgicamente al año de edad (ileostomía y cistectomía del rudimento vesical por agenesia vesical congénita), a los 4 años se le estabiliza cadera por diálisis púbica y a los 6 años se le corrige la estenosis uretral al conducto ileal de un lado con reimplante, a los 12 años se le realiza colostomía y corrección de malformación rectoperineal y continuo con control semestral para vigilancia de permeabilidad, a los 24 años de edad logra embarazo llevando control en esta unidad, presentando amenaza de parto prematuro a las 36 semanas de gestación sin evolucionar. Se programa para cesárea y es realizada sin complicaciones a las 38 semanas de gestación. **Con-**

Conclusiones: la paciente llevó buen control prenatal y logró un nacimiento vía cesárea como indicación DCP por las malformaciones púbicas y recto-perineales. Durante la cesárea se encontró agenesia vesical sin malformaciones uterinas.

Embarazo posterior a trasplante hepático

Autor:

José Heliodoro González Zepeda

Coautores:

Raúl Cortés Flores, Sergio Luna García, Laura Salazar Mendoza

Institución:

Unidad Médica de Alta Especialidad núm. 23, IMSS, Monterrey, NL

Objetivo: presentar un caso de embarazo después de trasplante hepático. **Tipo de estudio:** reporte de un caso. **Material y métodos:** se revisa el caso de una paciente de 24 años con embarazo de 37 semanas y RPM, por lo que se decide la interrupción del embarazo. La paciente tiene como antecedente de importancia trasplante hepático de 3 años de evolución en junio del 2003 con tratamiento en base a tracolimus, prednisona, micofenolato. La recolección de los datos se realizó de forma directa con la paciente. A los 16 años de edad se le diagnosticó hepatitis A y, luego, posteriormente cirrosis hepática y permaneciendo desde 2000 en lista de trasplante hasta junio del 2003. Lleva control prenatal desde la semana 7 de gestación, cursando con un embarazo normoevolutivo. **Resultados:** se obtiene femenino de 3,020 gramos, talla 50 centímetros, Apgar 8-9. Egresado el binomio sin complicaciones. **Conclusiones:** según lo reportado acerca de trasplante y embarazo, se reporta el primer embarazo después de un trasplante renal en 1958, posterior a esto se reportan índices de nacimientos con éxito después de trasplante hepático hasta en un 83%.

Embarazo triple por inseminación artificial en útero didelfo

Autor:

Eduardo Noe Nava Guerrero

Coautor:

Oscar Armando González Díaz

Institución:

UMAE núm. 23, IMSS, Monterrey, NL

Objetivo: reportar un caso con infertilidad primaria, malformación mulleriana y embarazo triple. **Material y métodos:** paciente con malformación mulleriana y esterilidad. **Caso clínico:** paciente 27 años con esterilidad primaria de 10 años, obesa, anovuladora crónica con ovarios poliquísticos, portadora de malformación mulleriana clase III diagnosticada por histerosalpingografía y laparoscopia, además de tabique vaginal longitudinal completo. Permeabilidad tubaria bilateral, factor masculino normal. Se inició tratamiento con dieta para disminución de peso y con inducción de ovulación con citrato de clomifeno y hormona gonadotropina coriónica, no lográndose embarazo. Posteriormente se inició inducción de ovulación con 150 U de FSH del día 2 al día 10; posteriormente se disminuye dosis de FSH a 75 U los días 11 y 12. Se administra gonadotropina coriónica el día 13 del ciclo, realizando monitoreo folicular reportando línea endometrial de 10 mm con 4 folículos lado derecho y 6 folículos en lado izquierdo. Se realiza inseminación artificial el día 14, dividiéndose en 2 parte iguales la muestra de capacitación espermática y colocándola en cada una de las cavidades uterinas, lográndose embarazo triple. Se reporta en ultrasonido 3 productos vivos de 14 semanas, de los cuales 2 productos se encuentran en el útero izquierdo y 1 producto en útero derecho. **Conclusiones:** las malformaciones uterinas están relacionadas con infertilidad. En nuestro caso la causa de infertilidad estaba relacionada con anovulación, lográndose embarazo con inductores de ovulación. La combinación de FSH/LH y HGC constituyen una potente terapéutica para la inducción de la ovulación.

Gemelos cefalotoracopago

Autor:

Jesús Sánchez Contreras

Coautores:

Víctor Manuel Flores Méndez, Oscar Zamorate Covarrubias

Institución:

Hospital Juárez de México, Secretaría de Salud

Objetivo: presentación de un caso. **Conclusiones:** la importancia de este caso es describir una patología poco frecuente que rara vez se reporta en nuestro país. Su reconocimiento oportuno permite determinar las posibles complicaciones, vía de resolución y disminución de la morbilidad.

Gemelos siameses en gestación triple espontánea**Autores:**

Julio César Soto Galindo, Jaime Ayala Barragán, Izcalli Fabiola León Solís, Alejandra Berenice Moreno Quezada

Institución:

Hospital General de Durango, Servicios de Salud de Durango

Introducción: el embarazo múltiple espontáneo se presenta en 4-5/1,000 nacidos vivos, incrementándose con el advenimiento de las técnicas de reproducción asistida. La prevalencia de siameses es de 1/50,000 a 100,000 nacimientos en gestaciones gemelares, la bibliografía mundial reporta menos de 20 casos y la mayoría en programas de reproducción asistida. **Presentación del caso:** paciente de 28 años de edad, escolaridad primaria, nivel socioeconómico bajo, interna del CERESO, con hacinamiento, consumo de drogas (cristal) desde hace un año, suspendiéndolo hace un mes, negando otras toxicomanías. AGO: menarca: 13 años, RC:30 x 4, IVSA: 16 años, G:3, P:1, A:0, C:1 hace 3a. FUM:03-06-06. Acude por primera vez el 31/10/2006 con 21 sdg, la evaluación ultrasonográfica reporta embarazo triple, con gemelos siameses isquiópagos. Continuando su control prenatal hasta el día 13/01/07 que acude con 31.6 sdg, por presentar RPM de 30 minutos y actividad uterina, en la evaluación inicial con fondo uterino de 32 cm, FCF de 140, 150 y 155X', cuello uterino con 4 cm dilatación, 80%

borramiento, amnios roto, líquido claro, polo cefálico libre. Se realiza cesárea obteniendo productos siameses vivos, isquiópagos, peso 1.600 kg, masculinos, con ano imperforado, atresia esofágica en uno de ellos, con cordón umbilical único, falleciendo 1 hora después; 3er producto vivo, masculino, peso 1,130 g, sin malformaciones aparentes, pasando a UCIN, placenta bicoriónica biamniótica. **Comentario:** la cigocidad inicial fue dicigota, un blastocisto presentó separación tardía (13-15 días) culminando en gemelo siamés; finalizando dicigoto/monocigoto/monocorial-monoamniótico-bicorial-biamniótico. Un manejo con diagnóstico temprano puede ser reducción fetal selectiva; nuestro caso se presentó tardíamente imposibilitando éste.

Nudo verdadero entre cordones en embarazo gemelar**Autor:**

Nadia Josefina Figueroa Medrano

Coautores:

Erick Noé Gudiño, Juan José Flores Pulido

Institución:

UMAE 23, IMSS

Objetivo: reportar caso de nudo verdadero en embarazo gemelar. **Material y métodos:** reporte de un caso. **Resultados:** paciente femenina de 20 años de edad, primigesta, que en su embarazo gemelar se le diagnosticó diabetes gestacional a las 33 semanas, se diagnostica al gemelo 1 obstrucción intestinal baja y agenesia renal bilateral. Se programa para cesárea a las 38 semanas de gestación pero desencadena trabajo de parto a las 37 semanas de gestación. Se desembaraza por vía cesárea, se encuentra G1 de 2,860 g de peso, Apgar 0 con dilatación de abdomen y gemelo 2 de 2,980 g Apgar 0-2 sin malformaciones aparentes, monocorial y monoamniótico con cordones entrelazados en todo su trayecto, además nudo verdadero entre ellos. **Conclusiones:** la tasa de gemelos monocigóticos espontáneos se reporta de 0.4% espontáneos, pero con la reproducción asistida ha aumentado hasta 3.2%. Dichos embarazos tienen mayor riesgo de complicaciones fetales, sobre todo los monoamnióticos

monocoriales. Se reporta hasta 70% de cordones umbilicales enredados diagnosticados desde la semana 19 de gestación mediante ecografía. En nuestro caso se realizó hasta el nacimiento con fatales consecuencias. En la bibliografía se recomienda el parto vía cesárea de este tipo, en una edad más temprana al detectar madurez pulmonar fetal.

Rabdomioma cardiaco ventricular fetal diagnosticado in utero

Autor:

Eduardo Noé Nava Guerrero

Coautor:

Mauro Ochoa Torres

Institución:

UMAE 23, IMSS, Monterrey, NL

Objetivo: presentar un caso de diagnóstico prenatal por ultrasonido de Rabdomioma cardiaco ventricular, su manejo y pronóstico fetal. **Caso clínico:** paciente 25 años con diagnóstico de tumoración intracardiaca fetal, presentando a las 33 semanas 2 masas cardiacas de aproximadamente 3.1×2.3 y 3.9×2.5 . No se presentan arritmias, falla cardiaca fetal ni datos de hidrops durante gestación. A las 37 semanas se reporta turbulencia en cavidades cardiacas, por lo que se realiza cesárea obteniendo producto único vivo masculino de 3,220 gramos, Apgar 6/9. A las 18 horas de vida se realiza ecocardiograma estableciendo los diagnósticos de tumoración intracardiaca, estenosis pulmonar, persistencia del conducto arterioso e hipoxia, por lo que se decide intervención quirúrgica realizando fístula sistémico pulmonar izquierda y ligadura del conducto arterioso. A los 7 días del postoperatorio presentó deterioro súbito de la función pulmonar, presentando la muerte clínica a los 9 días de vida extrauterina. Se establece como causa de muerte insuficiencia respiratoria aguda secundaria a obstrucción de fístula sistémica pulmonar izquierda más choque cardiogénico secundario a tumoración intracardiaca. Reporte histopatológico: rabdomioma cardiaco. **Conclusiones:** se reporta en la bibliografía asociación a esclerosis tuberosa, sin embargo en el presente caso no

se establecieron los criterios de esta entidad. Tomando en cuenta lo reportado en la bibliografía, ante la presencia de rabdomioma cardiaco en un feto se sugiere: ecografía de detalle anatómico, ecocardiografía fetal, vigilar al feto debido a la posibilidad de falla cardiaca, realizar doppler de vena cava superior / aorta para el diagnóstico del tipo de arritmia, demostrar madurez pulmonar y considerar la interrupción del embarazo, realizar manejo quirúrgico de la masa cuando presente síntomas.

COMPLICACIONES MÉDICAS DEL EMBARAZO

Asociación de bacteriuria asintomática materna y nacimiento pretérmino

Autor:

J. Guadalupe Panduro Barón

Coautores:

J. Jesús Gaitán Meza, J. Jesús Pérez Molina, Juan Francisco Castro Hernández

Institución:

Hospital Civil de Guadalajara, Dr. Juan I. Menchaca. CUCS, Universidad de Guadalajara

Objetivo: evaluar la asociación de bacteriuria asintomática materna con nacimiento pretérmino espontáneo. **Tipo de estudio:** diseño de casos y controles. **Material y métodos:** de junio 2005 a enero 2006 se estudiaron 92 mujeres embarazadas con bacteriuria sin síntomas de infección de vías urinarias. Los casos fueron mujeres que tuvieron un nacimiento pretérmino < de 37 semanas de gestación. Se consideró bacteriuria con $\geq 10^4$ ufc/mL de orina en dos muestras obtenidas por sondeo vesical previo aseo con agua destilada. Se conformó un grupo control con 92 pacientes. **Resultados:** la bacteriuria asintomática se presentó en 13.04% en toda la población estudiada. En el grupo de casos: en general fue de 18.48%, χ^2 4.8, $p = 0.03$, RM 2.75, IC 95% 1.00-7.79; en las mujeres en los extremos de la vida reproductiva fue de 44 % χ^2 3.32, $p = 0.03$, RM 1.75, IC95% 0.96-3.20 y en mujeres con nivel socioeconómico medio fue de 30% χ^2 6.05, $p = 0.01$, RM 2.43, IC95% 1.18-5.02. Hubo diferencias estadísticamente significativas

en algunas variables de interés, pero no se demostró asociación estadística. El nivel socioeconómico disminuido tiene efectos complejos en la evolución de los embarazos. **Conclusiones:** los resultados sugieren la prevención y tratamiento de la bacteriuria asintomática en las mujeres embarazadas. Es conveniente realizar estudios que caractericen mejor la pobreza de género en las mujeres embarazadas en nuestra población y su efecto en el resultado del embarazo.

Embarazo heterotópico espontáneo. Reporte de un caso con resolución a término de uno de los fetos

Autor:

Jesús Jorge Beltrán Montoya

Coautores:

Omar Felipe Dueñas García, Hugo Rico Olvera, Jesús Alfredo Espinosa Malcom

Institución:

Instituto Nacional de Perinatología

Objetivo: reporte de un caso de embarazo heterotópico espontáneo con embarazo intrauterino a término.

Material y métodos: revisión de un expediente y de la bibliografía. **Resultados:** paciente secundigesta de 26 años de edad, con antecedente de una cesárea por desproporción cefalopélvica hace 3 años. Es referida a nuestra Institución por embarazo heterotópico roto de 10.6 semanas de gestación detectado por ultrasonido por médico particular. La paciente arribó con datos de irritación peritoneal, con signos vitales con tendencia a la taquicardia y leve sangrado transvaginal. El diagnóstico fue corroborado mediante una ecografía transvaginal. Se procedió a laparotomía exploratoria donde se realizó salpingectomía derecha. El control prenatal subsiguiente transcurrió sin alteraciones aparentes y a la semana 39 de gestación se realizó una cesárea electiva sin complicaciones, obteniendo un neonato sano. **Conclusiones:** a pesar de que la tasa de embarazos ectópicos ha aumentado considerablemente debido al aumento del uso de métodos de reproducción asistida, el embarazo heterotópico aún continúa siendo una entidad poco frecuente que supone un reto diagnóstico con elevada morbi-

mortalidad para los fetos y la madre. Sin embargo la ecografía endovaginal supone una herramienta útil para su diagnóstico y tratamiento oportuno.

Epilepsia y embarazo. Experiencia institucional: resultados maternos y perinatales

Autor:

Oliver Lara Kferman

Coautores:

Imelda Hernández Marín, Filiberto Jiménez Pérez, Francisco Hernández Aldana

Institución:

Hospital Juárez de México, Secretaría de Salud, DF

Objetivo: analizar la experiencia en el Hospital Juárez de México en el manejo institucional de la mujer embarazada que padece epilepsia, así como los resultados perinatales. **Material y métodos:** pacientes con diagnóstico de epilepsia y embarazo que fueron atendidas en el Hospital Juárez de México durante el periodo comprendido entre el 1 de marzo del 2003 y el 28 de febrero de 2006. **Resultados:** durante el periodo de estudio se registraron 75 pacientes con diagnóstico de epilepsia y embarazo. En ese mismo periodo, se atendieron un total de 12,417 nacimientos en nuestro hospital, por lo que la prevalencia de esta correspondió a 0.6%. La edad de las pacientes osciló entre los 15 a los 40 años (edad media, 24.37 ± 6.31 DE). Trece pacientes (17.3%) tuvieron antecedentes heredofamiliares de epilepsia, en 70 pacientes (93.3%) la etiología de la enfermedad epiléptica se clasificó como idiopática. Por otra parte, 42 pacientes recibieron FAE (fármacos antiepilépticos), monoterapia (56.0%) y 29 pacientes politerapia (38.6%). Se encontró una asociación significativa entre la presencia de crisis convulsivas durante el segundo y tercer trimestre con la terminación del embarazo pretérmino ($\chi^2 = 10.79$, $p = 0.01$); así mismo, también se evidenció una asociación significativa entre la presencia de convulsiones durante el segundo y tercer trimestre con la cantidad de operaciones cesáreas ($\chi^2 = 14.71$, $p = 0.01$). Cabe señalar que se demostró una asociación significativa entre la cantidad de fármacos administrados a cada

paciente y las malformaciones congénitas encontradas ($\chi^2 = 8.73$, $p = 0.03$). Así mismo, en relación con las malformaciones congénitas se encontró una asociación significativa con la administración del ácido valproico ($\chi^2 = 3.95$, $p = 0.048$). **Conclusiones:** la presencia de crisis convulsivas durante el segundo y tercer trimestre se asociaron a parto pretérmino, y complicaciones del recién nacido. Se encontró una importante morbilidad neonatal con malformaciones congénitas asociadas a la cantidad administrada de FAE. Idealmente a las pacientes durante el embarazo se les debe mantener con monoterapia antiepiléptica que mantenga un control adecuado de las crisis. Se recomienda la carbamacepina como medicamento de elección.

Fallo de la fracción β de la hormona gonadotrópica coriónica humana como predictor de evacuación uterina en un manejo conservador de acretismo placentario

Autor:

Mario Roberto Rodríguez Bosch

Coautores:

Omar Felipe Dueñas García, Hugo Rico Olvera, Mario Emiliano Albani Campanario

Institución:

Instituto Nacional de Perinatología

Objetivo: reportar un caso de manejo conservador de acretismo placentario con metotrexate, valorando el uso de la β -hCG y del índice de pulsatilidad para evacuar el útero. **Material y métodos:** revisión de un expediente y de la bibliografía. **Resultados:** paciente de 35 años de edad con antecedente de 2 cesáreas, referida a nuestra institución a las 34 semanas por un ultrasonido obstétrico sugestivo de acretismo placentario. Se indujo madurez pulmonar y se programó una cesárea a las 37 semanas de gestación obteniendo un neonato sano. La placenta era percreta con invasión vesical. Debido a la ausencia de hemorragia se decidió manejo conservador con uso de metotrexate a 2 mg/kg semana, recibiendo en total 5 dosis. Cada 2 semanas se realizaban niveles de β -hCG y ultrasonido pélvico con Doppler de las arterias uterinas. En el día 95 después de la cesárea la paciente presentó

hemorragia leve y datos de infección intrauterina, la β -hCG sérica era indetectable y el índice de pulsatilidad de las arterias uterinas izquierda y derecha fue de 0.69 y 0.60, respectivamente. La placenta se intentó evacuar sin éxito, ya que continuaba adherida al útero, ameritando histerectomía. **Conclusiones:** los cambios observados en el seguimiento de los niveles séricos de fracción β -hCG de esta paciente son sugestivos de la degeneración del tejido placentario viable a diferencia del índice de pulsatilidad de las arterias uterinas. Por lo cual la fracción β -hCG no es de utilidad para planear una evacuación quirúrgica en pacientes con manejo conservador de acretismo placentario.

Glomerulonefritis primaria y embarazo: reporte de caso

Autor:

Lizette Manzo Carrillo

Coautores:

Jesús Gerardo Lara Figueroa, Norberto Reyes Paredes, Víctor Sánchez García

Institución:

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

Objetivo: mostrar el diagnóstico, evolución y el tratamiento de la glomerulonefritis primaria detectada durante el embarazo. **Material y métodos:** primigesta de 19 años, con 22 semanas de embarazo que inicia con cefalea, mareo, edema de miembros inferiores y vulva; normotensa con hipoalbuminemia, edema, hiperlipidemia, proteinuria e hipercoagulabilidad. Por el síndrome nefrótico que presenta se buscaron causas asociadas como diabetes mellitus, enfermedades autoinmunes, enfermedades infecciosas, virus de inmunodeficiencia humana, resultando negativas. Se realiza biopsia renal reportando glomerulonefritis focal segmentaria (de células viscerales), idiopática. Se indica el tratamiento con prednisona. **Resultados:** cursa sin complicaciones todo su embarazo, monitoreando la función renal, tensión arterial y bienestar fetal. A la semana 35.6 nace por parto una mujer que pesa 2,280 g, Apgar 9/9, Capurro de 35.5 semanas.

La paciente continúa con tratamiento (prednisona) sin deterioro renal y adecuada evolución hasta el momento. **Conclusiones:** el 30% del síndrome nefrótico es idiopático. De no presentar deterioro en la función renal se puede continuar con una conducta expectante durante el embarazo y debemos evaluar adecuadamente el beneficio de una biopsia renal, ya que se asocia a un 25% de complicaciones, que el resto de la población. Con el abordaje protocolizado del síndrome nefrótico durante la gestación se puede diagnosticar y manejar de forma óptima esta condición, mediante la vigilancia de la función renal, la monitorización de la tensión arterial y el bienestar fetal. El resultado perinatal es bueno.

Histiocitosis de células de Langerhans y diabetes insípida durante el embarazo: presentación de un caso

Autor:

Jesús Jorge Beltrán Montoya

Coautores:

Omar Felipe Dueñas García, Hugo Rico Olvera, Tomás Herrerras Canedo

Institución:

Instituto Nacional de Perinatología

Objetivo: reportar un caso de histiocitosis y diabetes insípida durante el embarazo. **Material y métodos:** revisión de un expediente y de la bibliografía. **Resultados:** la paciente inició con esquema de prednisona (1 mg/kg/día) en la semana 33 de la gestación. Así mismo recibió 20 mcg de desmopresina dos veces por día por vía nasal, como tratamiento para diabetes insípida, sin efectos colaterales para el desarrollo de contracciones uterinas. A pesar del tratamiento supresor esteroideo, hubo una escasa mejoría de la función pulmonar, por lo cual se tomó la decisión de realizar una cesárea electiva durante la semana 34.3 de gestación para incrementar la dosis de terapia inmunosupresora. El servicio de neonatología y de genética descartaron cualquier anomalía en el recién nacido. Después del nacimiento se añadió vinblastina al tratamiento y la paciente mejoró considerablemente en sus pruebas de funcionamiento pulmonar. Dos semanas

posteriores al nacimiento la paciente fue egresada, pero la diabetes insípida persistió requiriendo de desmopresina intranasal durante un tiempo más prolongado. **Conclusiones:** la bibliografía no reporta las evoluciones perinatales adversas en el establecimiento de la histiocitosis de células de Langerhans y diabetes insípida durante el embarazo, pero en nuestro caso el deterioro en las pruebas de funcionamiento pulmonar, resultando en un parto pretérmino. También el embarazo puede condicionar la reactivación de la histiocitosis. Todas las pacientes con esta patología necesitan ser monitorizadas continuamente durante el embarazo.

Manejo conservador de insuficiencia renal crónica y embarazo: reporte de un caso

Autor:

Yoatzin Rodríguez Higuera

Coautores:

Jorge Zepeda Zaragoza, Iliana Mejía Herrera, Carlos Campos Jiménez

Institución:

Hospital Central Norte, Pemex

Objetivo: alternativas para embarazos de alto riesgo. La bibliografía reporta que la insuficiencia renal crónica de moderada a severa durante el embarazo tiene una incidencia menor de 1:1,000 casos. Las complicaciones maternas asociadas con la enfermedad renal crónica incluyen preeclampsia, incremento del deterioro de la función renal, nacimiento pretérmino, anemia e hipertensión crónica, entre otros. **Material y métodos:** primigesta de 23 años nefrópata de etiología idopática, exclusión renal unilateral y con etapificación de la función renal III NFK/DOQI. Inicia control prenatal a las 8 semanas, habiendo logrado concepción espontánea, con creatinina sérica inicial de 2.6 mg/dL, manteniéndose durante todo el curso de la gestación bajo manejo conservador multidisciplinario. **Resultados:** se resuelve gestación vía abdominal a las 38 semanas, obteniéndose producto del sexo masculino de 2,390 gramos, Apgar 8/9, sin complicación alguna. Puerperio inmediato, mediato y tardío normoevoluti-

vo, al momento continúa seguimiento por nefrología y seguimiento multidisciplinario. **Conclusiones:** aún cuando puede indicarse la interrupción del embarazo por riesgo materno, existe la posibilidad del tratamiento médico de acuerdo con las características de cada paciente.

Manejo conservador del hematoma hepático subcapsular secundario a síndrome de HELLP. Reporte de un caso

Autor:

Víctor Sánchez García

Coautores:

Jesús Gerardo Lara Figueroa, Susana Collado Peña, Lizette Manzo Carrillo

Institución:

Hospital General Dr. Manuel Gea González, Secretaría de Salud

Objetivo: mostrar el manejo conservador del hematoma hepático subcapsular. **Material y métodos:** paciente de 35 años, embarazo de 30.2 semanas y preeclampsia severa, con dolor en hipocondrio derecho. Posterior a la cesárea presentó dolor en epigastrio y en hipocondrio derecho, incremento de transaminasas y DHL. USG de hígado, con hematoma subcapsular del 70% corroborado en TAC. Se decidió el manejo expectante. **Resultados:** se logró éxito con remisión del hematoma y se egresó a la paciente. **Conclusiones:** el hematoma hepático subcapsular en el embarazo se asocia con preeclampsia o síndrome de HELLP. La mayoría de los casos se han manejado con un abordaje agresivo quirúrgico, no siempre necesario si la paciente se monitoriza estrechamente. Abercrombie describió los hematomas subcapsulares en el embarazo en 1844. Ocurren en 1 de 45,000 a 250,000 partos. La morbilidad involucra CID en el 90% de los casos, transfusión masiva, edema pulmonar o derrame pleural y falla renal. Mortalidad materna del 35% y fetal de 38%. Una revisión de la bibliografía obstétrica de 1966 a 2004 reporta tres casos donde se usó el manejo no quirúrgico. Hibbard reportó ocho casos, uno fue manejado sin cirugía y sobrevivió, uno sobrevivió

con intervención quirúrgica. Seis pacientes murieron posterior a la intervención quirúrgica o antes de que diera comienzo. En 1985, Manas reportó siete casos asociados a preeclampsia, a tres se les realizó LAPE, dos durante la cesárea, pero no requirieron reparación del hígado. Todos los casos sobrevivieron en el primer mes. Por lo que se puede manejar el hematoma subcapsular hepático con monitorización estrecha del estado hemodinámico de la paciente.

Ritmo circadiano de la presión arterial en pacientes con hipertensión crónica y embarazo

Autores:

Elva Wendoline Rojo Contreras,* José Z. Parra Carrillo,** Carmen Iñigo Riesgo,*** José Luis Canales Muñoz***

Institución:

* Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS

** Hospital Civil Dr. Juan I. Menchaca. Instituto de Investigación Cardiovascular. Universidad de Guadalajara

*** Hospital de Gineco-Obstetricia. Centro Médico Nacional de Occidente. IMSS

Objetivo: conocer la variación circadiana de la presión arterial (PA) en la paciente hipertensa crónica embarazada, mediante monitoreo ambulatorio presión arterial (MAPA). **Material y métodos:** diseño del estudio: transversal descriptivo. Se seleccionaron 16 pacientes embarazadas, hipertensas crónicas > 20 semanas de gestación; se interrogó a la paciente, se revisó el expediente clínico, y de acuerdo con los criterios de inclusión se sometieron a un periodo de lavado de dos semanas, realizando monitoreo ambulatorio de la presión arterial. Se realizó ANOVA de una vía y correlación de Pearson. **Resultados:** el MAPA mostró para la presión arterial sistólica (PAS) 24 h un promedio de 117.12 ± 5.85 mmHg; presión arterial diastólica (PAD) 24 h presentó un promedio de 71.31 ± 5.89 mmHg; presión arterial sistólica diurna (PASD) media 120.18 ± 5.75 mmHg; presión arterial sistólica nocturna (PASN) 110.31 ± 8.41 mmHg. Presión arterial diastólica diurna (PADDD) media 75.43 ± 7.32

mmHg; presión arterial diastólica nocturna (PADN) 64.25 ± 8.27 mmHg. Se encontraron diferencias significativas del período diurno y nocturno. El 56% de las gestantes hipertensas crónicas no presentaron descenso nocturno de la PAS y el 43.75% en la PAD como tampoco en la presión arterial sistó-diastólica en el 43.75%. **Conclusión:** en la mujer hipertensa crónica embarazada, la PA desciende igual que en la mujer no embarazada. El hecho de que un 50% de las pacientes no sean descendedoras nocturnas es indicativo para valorar la terapia antihipertensiva y obtener un control de la PA durante 24 horas.

Ruptura hepática y síndrome de HELLP

Autor:

Juliana Tolentino Aguilera

Coautores:

Alfonso Carmona Morán, Guillermo Barragán Ramírez

Institución:

Hospital General de Pachuca, Hidalgo

Objetivo: presentar un caso de ruptura hepática y síndrome de HELLP. **Material y métodos:** paciente femenino de 31 años, ingresa con dolor epigástrico, se establece diagnóstico de síndrome de HELLP, se practica cesárea por desprendimiento prematuro de placenta normoinsera y probable ruptura hepática. **Resultados:** hemoperitoneo secundario a hemorragia de cápsula de Glisson en lóbulo hepático derecho. Se realiza reintervención quirúrgica a las 8 horas del procedimiento previo, encontrando avulsión del parénquima hepático en cara superior del lóbulo derecho, evolución tórpida, fallece. **Conclusiones:** la ruptura hepática es una complicación grave que se puede presentar en 1% de las pacientes con Síndrome de HELLP. Presenta elevada mortalidad materna, de hasta el 86%, así como fetal. El pronóstico mejora al establecer el diagnóstico y manejo adecuado en forma temprana.

Síndrome hemofagocítico secundario a infección por eritrovirus B19 y embarazo. Reporte de un caso

Autor:

Jesús Jorge Beltrán Montoya

Coautores:

Eduardo Guzmán González, Hugo Rico Olvera, Víctor M. Vidal

Institución:

Instituto Nacional de Perinatología, Isidro Espinosa de los Reyes

Objetivo: exponer un caso de síndrome hemofagocítico durante el embarazo. **Antecedentes:** el síndrome hemofagocítico (SH) está caracterizado por una proliferación benigna de histiocitos que sufren fagocitosis de las células hematopoyéticas. Puede deberse a infecciones. La transmisión puede ser por secreciones respiratorias, productos de sangre o transmisión feto-placentaria. El parvovirus B19 (B19) es patógeno en humanos y recientemente denominado eritrovirus B19 debido a su capacidad para aglutinar células hematopoyéticas donde infecta eritroblastos inmaduros y secuestra la producción celular eritroide por la apoptosis inducida por la proteína no estructural del B19. **Caso:** la aplasia hematopoyética fue descubierta durante la evaluación prenatal de una paciente de 27 años a las 22 semanas de gestación, presentando signos y síntomas de un síndrome purpúrico hemocutáneo. IgG e IgM para eritrovirus B19 fue detectado y el aspirado de médula ósea reporto hemofagocitosis reactiva con histiocitos y blastos afectando las líneas celulares rojas y blancas. El manejo a base de esteroides y de inhibidores de la fibrinólisis, así como una estrecha vigilancia materno-fetal resultó en el nacimiento de un recién nacido sano y sin evidencia de complicaciones para ambos en su seguimiento. **Comentarios:** la paciente fue diagnosticada al final del segundo trimestre. Pacientes que sobreviven al cuadro agudo tienen por lo general una completa resolución del cuadro en un periodo de 1 a 8 semanas sin recaídas y los pacientes que mueren presentan un rápido deterioro por coagulación intravascular diseminada y falla orgánica múltiple. **Conclusión:** el diagnóstico y manejo oportuno del síndrome hemofagocítico en el embarazo culminó con una resolución perinatal exitosa.

DIAGNÓSTICO PRENATAL

Cierre prematuro del agujero oval

Autor:

Sandra Pérez Silva

Coautores:

Mauro Ochoa Torres, Adriana Casados González

Institución:

Unidad Médica de Alta Especialidad núm. 23, IMSS, Monterrey, NL

Objetivo: presentar un caso de cierre prematuro de foramen ovale. **Tipo de estudio:** reporte de un caso. **Caso clínico:** se trata de paciente de 23 años, sin antecedentes de importancia, Gesta 2, Parto 1, FUM 04 septiembre 2006. Se envía a medicina fetal de esta unidad por hallazgo en eco obstétrico de derramen pleural. En medicina fetal el 25 de abril 2007 se diagnostica: embarazo 35 semanas, producto con hidrotórax bilateral, ascitis leve, no anemia. Se solicita STORCH. Se cita para toracocentesis y amniocentesis diagnóstica. El 7 mayo se realiza amniocentesis para cuerpos lamelares (17,000) y se realiza toracocentesis hemitórax izquierdo (extracción 20 cc), se cita en 1 semana, se administra dexametasona. Se realiza amniocentesis para cuerpos lamelares (63,000), sin éxito toracocentesis por dinámica fetal, se hospitaliza para cesárea el 15 mayo 2007 alcanzando 36 semanas, se obtiene producto masculino, peso 3,220 gramos, Apgar 5-8, talla 50 cm, PC 35 cm, con fascies de síndrome de Down, al nacimiento se le realiza toracocentesis bilateral obteniendo 100 cc hemitórax derecho y 200 cc del izquierdo. **Conclusiones:** el cierre prematuro de foramen ovale es una anomalía cardiovascular rara, ocurre en la vida intrauterina en cualquier momento del embarazo. Descrita por primera vez en 1715 por Vieussens. Es debida a múltiples causas. Complicaciones: arritmias cardíacas, falla cardíaca derecha y congestión, derrame pericárdico, derrame pleural, ascitis o hidrops no inmune. Si el diagnóstico exacto no se realiza en fetos pretérmino, de término, o en embarazos tempranos, el fallecimiento intrauterino puede ocurrir.

Diagnóstico prenatal de gastrosquisis complicada con necrosis intestinal en el neonato. Comunicación de un caso

Autor:

Flavio Hernández Castro

Coautores:

Juan Antonio Soria López, Roberto Ambriz López, Clara del Carmen Flores Acosta

Institución:

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

Objetivo: presentar un caso de gastrosquisis concomitante con perivisceritis diagnosticada prenatalmente por ultrasonido (US) que se complicó con necrosis intestinal después del nacimiento. **Material y métodos:** paciente de 24 años, G:3 P:2, referida al departamento por detectarse en ultrasonido a las 32 semanas de gestación (SDG) feto con probable gastrosquisis. Acude a las 34 SDG refiriendo control prenatal inadecuado. Se repitió US confirmando diagnóstico y como hallazgos perivisceritis, dilatación intestinal de 20 mm con probables peritonitis meconial y perforación intestinal. Se decide cesárea obteniéndose femenino de 2,010 gramos, 45 cm de longitud, Apgar 2-9, Capurro de 36.6 SDG, circular de cordón a cuello, líquido amniótico meconial. **Resultados:** se observó defecto paraumbilical derecho de 2 cm en pared abdominal, con protrusión de estómago, intestino delgado y colon dilatados, con áreas isquémicas, no encontrándose perforación. No se observaron otras malformaciones. La evolución del neonato fue mala, con necrosis de pared intestinal que ocasionó sepsis y falla orgánica múltiple falleciendo a las 72 horas. **Conclusiones:** la incidencia de gastrosquisis es de 0.4-3:10 000 nacimientos, tiene una importante asociación con madres jóvenes y sustancias vasoactivas. El diagnóstico puede realizarse por US desde las 12 SDG con sensibilidad del 75%. La incidencia de anomalías asociadas es 10-20%, la mayoría son gastrointestinales. El pronóstico en general es bueno con sobrevivencia del 90%, pero 10% de los neonatos desarrollan estenosis, atresia, perforación, isquemia o incluso necrosis intestinal secundaria

a compresión del pedículo vascular mesentérico, los cuales asociados con prematuridad son las principales causas de morbilidad.

Embarazo gemelar (gemelo acárdico)

Autor:

Sandra Pérez Silva

Coautores:

Mauro Ochoa Torres, Adriana Casados González, José Antonio Chiang Esteban

Institución:

Unidad Médica de Alta Especialidad núm. 23, IMSS, Monterrey, NL

Objetivo: presentar un caso de embarazo gemelar con un gemelo acárdico. **Tipo de estudio:** reporte de un caso. **Caso clínico:** paciente de 30 años de edad, sin antecedentes de importancia, FUM 29 nov 2006, enviada de Nuevo Laredo a esta unidad al servicio de medicina fetal con diagnóstico de embarazo gemelar 20 sdg con polihidramnios y probable mielomeningocele. Es vista por primera vez por servicio médico fetal el 11 mayo 2007 encontrando embarazo gemelar 23 semanas monoamniótico, monocoriónico, acárdico (gemelo 2 acardio). Se da cita y acude 21 mayo 2007 para monitoreo; nuevamente cita acudiendo 31 mayo, ya contando con 26 semanas de gestación, sin alteraciones en el primer gemelo. El 18 junio 2007 acude nuevamente a cita no encontrándose descompensación, contando ya con 27.3 semanas, ILA 30, cita en 2 semanas. **Conclusiones:** la secuencia de perfusión arterial inversa de gemelos (PAIG), es una complicación rara: 1 de cada 35,000 nacimientos. Se presenta en embarazos monocigóticos, monocoriónicos. Hay un gemelo donante de formación normal, con características de insuficiencia cardíaca, y un gemelo receptor acardiaco, al cual le faltan varias estructuras. Se ha hipotizado que PAIG es causada por cortocircuito arterio-arterial placentario, acompañado de cortocircuito veno-venoso. La presión de perfusión de uno de los gemelos sobrepasa la del otro, el cual presenta flujo sanguíneo reverso proveniente del otro gemelo. La sangre arterial usada que llega al receptor se diri-

ge preferencialmente a vasos ilíacos, por lo que sólo perfunde la parte inferior del cuerpo, teniendo como consecuencia disrupción del crecimiento y desarrollo sólo de la parte superior del cuerpo.

Perforación de divertículo de Meckel, una rara complicación gestacional. Comunicación de un caso

Autor:

Flavio Hernández Castro

Coautores:

Erick Dagoberto González Sosa, José Alberto Villarreal Rodríguez, José de Jesús Zermeño Nava

Institución:

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

Objetivo: presentar un caso de perforación de divertículo de Meckel (DM) durante el embarazo. **Material y métodos:** primigesta de 16 años, cursando embarazo de 29.6 semanas, quien acude por dolor cólico en hipogastrio, acompañado de náusea y vómito de 7 horas de evolución. Antecedente de apendicectomía. Signos vitales normales, fondo uterino de 29 cm, frecuencia cardíaca fetal y actividad uterina presentes. Sin datos de irritación peritoneal. Cuello uterino dilatado 2 cm, 60% borramiento, membranas íntegras, leucorrea abundante. Se hospitaliza para uteroinhibición. Exámenes de laboratorio: Hb 10.8 g/dL, leucocitos 15300 k/ul, examen de orina con datos de infección. Continúa 2 días con misma sintomatología, agregándose intolerancia a vía oral, ausencia de peristalsis y distensión abdominal. Incremento del dolor abdominal y del vómito. Se solicita radiografía simple de abdomen reportando: asas intestinales dilatadas, líquido libre en cavidad y aire subdiafragmático. Se indica laparotomía exploradora. **Resultados:** abundante material purulento en cavidad, adherencias en fosa iliaca derecha y DM perforado. Se realizó entero-entero anastomosis y lavado exhaustivo. Resto de órganos normales. Continúa 3 días con actividad uterina a pesar de uteroinhibición. Se diagnosticó seroma y dehiscencia de herida quirúrgica. Al quinto día se atendió parto obteniendo masculino de 2,030 g, talla

44 cm, Apgar 9-9 y Capurro de 34.6 semanas. **Conclusiones:** han sido reportados únicamente 23 casos de DM durante el embarazo. El diagnóstico preoperatorio es difícil, no puede diagnosticarse radiográficamente y puede semejar apendicitis, gastroenteritis, úlcera péptica, corioamnionitis o trabajo de parto pretérmino. La morbimortalidad materna depende del tiempo que demore la intervención.

Síndrome de Prune Belly concomitante con ascitis fetal aislada. Reporte de un caso

Autor:

Flavio Hernández Castro

Coautores:

Juan Antonio Soria López, Roberto Ambriz López

Institución:

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

Objetivo: presentar un caso de síndrome de Prune Belly (SPB) concomitante con ascitis fetal aislada.

Material y métodos: paciente secundigesta de 36 años referida al departamento desde las 20 semanas de gestación (SDG) por probable gastrosquisis. El embarazo había cursado normoevolutivo. Realizamos ultrasonido (US) a las 26 SDG, encontrándose únicamente fetal ascitis aislada; vuelve a acudir hasta las 37 SDG observándose imagen abdominal hipoecóica de 26 mm, aparentemente intestino dilatado, diagnosticándose probable oclusión intestinal y oligohidramnios. No encontramos otras anomalías. Se realiza cesárea, obteniendo masculino de 3,160 gramos, 48 cm de longitud, Apgar 9-9, Capurro 37.3 SDG, pared abdominal adelgazada y laxa que permitía palpación de vísceras abdominales, de riñón izquierdo, vejiga dilatada y criptorquidia bilateral, se integra SPB. **Resultados:** examen de orina del neonato reportó abundantes eritrocitos y nitritos positivos. Química sanguínea: BUN 18.8, creatinina 1.8 mg/dl. US abdomen superior: hidronefrosis izquierda, dilatación ureteral izquierda. Riñón derecho hipoplásico con quistes corticales, reflujo vesicoureteral. Gamagrama: riñón derecho afuncional e izquierdo funcional en 90%. El

puerperio fue normal y la madre egresó asintomática. **Conclusiones:** el SPB tiene incidencia variable entre 0.2-0.3:10,000 nacimientos vivos según su presentación completa o incompleta. Afecta en 97% fetos masculinos. El defecto de pared abdominal no tiene significado pronóstico. Las anomalías urinarias son el principal factor pronóstico, específicamente la displasia renal. Los diagnósticos diferenciales incluyen ascitis, duplicación intestinal y otras tumoraciones quísticas abdominopélvicas. De los afectados, 20% mueren in útero o el periodo neonatal, pudiendo llegar a la vida adulta si son tratados quirúrgicamente.

Síndrome Meckel Gruber. Reporte de un caso

Autor:

Dulce Margarita Gutiérrez Espinosa

Coautor:

Mauro Ochoa Torres

Institución:

Unidad Médica de Alta Especialidad núm. 23, IMSS, Monterrey, NL

Objetivo: presentar un caso de Síndrome de Meckel Gruber diagnosticado prenatalmente y establecer correlación de los hallazgos ultrasonográficos con los resultados anatomopatológicos. **Tipo de estudio:** reporte de un caso. **Caso clínico:** paciente femenina de 21 años de edad, con 3 embarazos y 2 partos. Se aprecia por ultrasonido imagen anecoica en región occipital sin tabiques de 8 x 10 mm a las 14.3 semanas, se identifican riñones poliquísticos, encefalocele y polidactilia, integrándose Síndrome de Meckel Gruber confirmado a las 17 semanas. Se instala anhidramnios a partir de las 29 semanas con detección de área quística a nivel hepático sugestiva de coledococoele. A las 36.6 semanas se aprecian riñones ecogénicos de 9 x 4.5 centímetros. Nacimiento a las 38 semanas por parto eutócico, sexo femenino, peso 3,340 gramos, talla 46 centímetros, perímetro cefálico 22 centímetros y Apgar 5-7. Cianosis generalizada, respiración irregular, hipotonía muscular, frecuencia cardíaca 110 latidos por minuto, posteriormente fallece al exacerbarse dificultad respiratoria. Los resultados de la autopsia señalaron como

enfermedad principal síndrome de Meckel Gruber, con alteraciones asociadas: anencefalia, paladar hendido parcial, encefalocele, polidactilia generalizada, coledococoele, Enfermedad de Caroli, displasia renal difusa, hipoplasia vesical y uretral, esplenomegalia, hiperplasia tímica, pie equino varo. **Conclusiones:** síndrome incompatible con la vida. De tipo autosómico recesivo, importante por el riesgo de recurrencia del 25% en cada embarazo. Se puede realizar diagnóstico temprano a partir de las 18 semanas. Buena correlación de hallazgos de ultrasonido y anatomopatología. En familias con riesgo elevado la búsqueda debe ser intencionada a partir de las 13 semanas con determinación de niveles de α -fetoproteína.

Síndrome de Beckwith Weidemann. Reporte de un caso con diagnóstico prenatal

Autor:

José Heliodoro González Zepeda

Coautores:

Bricia Berenice Solís Estrada, Mauro Ochoa Torres, Sergio Luna García

Institución:

Unidad Médica de Alta Especialidad núm. 23, IMSS, Monterrey, NL

Objetivo: presentar un caso de síndrome de Beckwith Weidemann con diagnóstico prenatal. **Tipo de estudio:** reporte de un caso. **Material y métodos:** paciente de 26 años enviada para evaluación y estudio, con reporte ecográfico de onfalocele. Dos embarazos y un parto. Nuestra evaluación detecta macroglosia, organomegalia, defecto de pared abdominal (onfalocele) de 2.5 centímetros, sexo masculino con fetometría para 21 semanas con diagnóstico presuntivo de Síndrome de Beckwith Weidemann. Cita para seguimiento. Un mes después acude por trabajo de parto y óbito. **Conclusiones:** síndrome que se caracteriza por la triada clásica de onfalocele, macroglosia y macrosomía. Presente en 10-20% de los casos de Tumor de Wilms. Este síndrome se presenta como resultado de mutaciones en un grupo de genes ubicados en la región 11p15.5 y la impronta juega un papel importante en el desarrollo fisiopatológico. La impronta es un proceso en el cual

los genes se expresan de acuerdo con su origen parental. Los genes involucrados son el gen IGF2 (factor de crecimiento tipo insulina), gen H19 que codifica para un gen improntado para RNA de expresión materna, El pronóstico es bueno al realizar diagnóstico temprano, previniendo hipoglucemia y buscando la detección oportuna de neoplasias.

GENÉTICA

Diagnóstico genético preimplantacional en pacientes con alteraciones cromosómicas estructurales: resultados y correlación con el desarrollo *in vitro*

Autor:

Ricardo Rodríguez Calderón

Coautores:

Francisco Rocha Cárdenas, Saúl Ruiz Muñoz, Carmen Rubio Lluesca

Institución:

Instituto Valenciano de Infertilidad México

Objetivo: evaluar la eficacia y los resultados clínicos del Diagnóstico Genético Preimplantacional (DGP) mediante hibridación *in situ* fluorescente en parejas con anomalías cromosómicas estructurales. **Material y métodos:** se realizaron un total de 39 ciclos de DGP en 28 parejas con translocaciones robertsonianas, y 46 ciclos de PGD en 41 parejas con otros rearrreglos cromosómicos, tales como translocaciones recíprocas, inversiones y deleciones. Se biopsiaron uno o dos blastómeros del embrión al tercer día del desarrollo post-fecundación *in vitro* y se analizaron sus núcleos interfásicos mediante FISH con las combinaciones respectivas de sondas centroméricas, teloméricas, subteloméricas y **locus** específicas para cada uno de los casos evaluados. **Resultados:** 232 embriones fueron analizados de los portadores de translocaciones robertsonianas, y 239 del resto de parejas con otros rearrreglos cromosómicos. Un elevado porcentaje de embriones desbalanceados se observaron en ambos grupos, pero fue más significativo en pacientes con translocaciones no-robertsonianas, que con ellas (83.7% vs 68.6%, respectivamente, $p = 0.0002$). Respecto al efecto del desbalance cromosómico sobre

el desarrollo embrionario, la tasa de blastocisto en embriones de portadores de translocaciones robertsonianas fue muy baja comparada con la de los embriones balanceados normales (21.8% vs 49.3%, $p = 0.0006$). Sin embargo, la tasa de blastocisto más baja correspondió a los embriones monosómicos comparados con los balanceados normales (17.5% vs 49.3%, $p < 0.0006$), y los trisómicos no mostraron diferencia alguna. Por otro lado, el desarrollo embrionario para otras anomalías estructurales no robertsonianas no siguió ese patrón, ya que la tasa de blastocisto tanto en embriones balanceados normales como desbalanceados fue de 61.3 y 50.3%, respectivamente. Todas las amniocentesis realizadas tras DGP han revelado cariotipos normales o balanceados. En los casos donde ha existido resolución del embarazo, se ha documentado una normalidad en los recién nacidos vivos.

Conclusiones: existe una elevada incidencia de embriones desbalanceados en portadores de rearrreglos cromosómicos, no existiendo dificultad para alcanzar el estadio de blastocisto. No obstante, los que menos lo consiguen son los embriones desbalanceados con translocaciones robertsonianas. De ahí que el DGP sea una alternativa efectiva para este tipo de población, puesto que disminuye el riesgo de aborto y de descendencia desequilibrada.

Diagnóstico genético preimplantacional en parejas con cariotipo 47,XYY o 47,XXY o parámetros seminales anormales

Autor:

Ricardo Rodríguez Calderón

Coautores:

Francisco Rocha Cárdenas, Saúl Ruiz Muñoz, Carmen Rubio Llusa

Institución:

Instituto Valenciano de Infertilidad México

Objetivo: determinar si la incidencia de anomalías cromosómicas espermáticas en pacientes con cariotipo anormal 47,XYY o 47,XXY contribuye al incremento de las anomalías cromosómicas embrionarias detectadas por DGP. **Material y métodos:** se realizó DGP

para detección de aneuploidías en tres grupos de pacientes. El grupo A constó de 10 ciclos de PGD en 5 pacientes con cariotipos anormales: 3 ciclos de PGD (subgrupo A1) correspondieron a pacientes con cariotipos 47,XXY ($n = 1$ ciclo) y 47,XYY ($n = 2$ ciclos) con estudio previo de FISH en espermatozoides (aumento significativo en disomías y diploidías comparadas con donantes fértiles normozoospermicos). Los 7 ciclos restantes se realizaron en 5 pacientes con cariotipo 47,XYY/46,XY ($n = 4$ ciclos), 47,XXY ($n = 1$ ciclo) y 47,XYY ($n = 2$ ciclos) sin análisis de FISH previo. El grupo B consistió de 48 ciclos de PGD para detección de aneuploidías con cariotipo normal pero con alta predisposición a tener espermatozoides diploides y disómicos para los cromosomas sexuales. Como grupo control se incluyeron 35 ciclos de pacientes fértiles jóvenes con indicación de PGD por enfermedades ligadas al sexo. **Resultados:** se observó un incremento en la incidencia de disomías sexuales (1.11 vs 0.37%) y diploidías (0.54 vs 0.25%) en el semen de los pacientes con cariotipos anormales del grupo A al compararlos con donantes fértiles. Dicha diferencia fue aún más significativa en el subgrupo A1 (1.59 vs 0.37%), en lo que a disomías se refiere. Ahora bien, el 53.8% de los embriones del grupo A fueron cromosómicamente anormales, incrementándose a 86.3% en el subgrupo A1, en comparación con el grupo control. Además, la detección de aneuploidías cromosómicas sexuales embrionarias fue significativa tanto en el grupo A como en el B (22.9 y 15.6%, respectivamente vs 8.3% control), así como la del mosaicismo cromosómico embrionario (25.9 y 35.8% vs 10.3%, respectivamente). No existieron diferencias en cuanto a los parámetros clínicos evaluados posterior a la transferencia embrionaria. **Conclusiones:** una elevada incidencia de disomías sexuales y de diploidías espermáticas correlaciona positivamente con un aumento en el porcentaje de embriones con anomalías cromosómicas y con mosaicismos cromosómicos.

Falla ovárica prematura vs síndrome de resistencia ovárica. Reporte de un caso

Autores:

Jaime Ayala Barragán, Izcalli Fabiola León Solís, José Román Gaitán Manuel, Luz María Nevárez Gallegos

Institución:

Hospital General de Durango

Datos generales: paciente de 29 años, soltera, estudios licenciatura. AHF: madre diabetes e hipertensión. APNP: tabaquismo, alcoholismo y otras toxicomanías negadas. APP: fiebre reumática a los 13 años. AGO: menarca 13 años. Ritmo menstrual: irregular desde hace 5 años, con amenorrea hasta de 2 años. G = 0. FUM: hace 5 meses (con hormonal combinado estrógeno + progestágeno). IVSA: 24 años. CS:1.

Padecimiento actual: inicia hace 5 años con opsomenorrea, llegando a la amenorrea desde hace 3 años; sin respuesta a progestágeno pero con respuesta a estrógeno + progestágeno. Desde hace 3 años presenta bochornos, insomnio, irritabilidad, llanto, dispareunia y falta de lubricación vaginal. **Exploración física:** talla: 1.54, Peso: 58 kg. IMC: 24.4 kg/m². FC:70X' FR:18X'. TA: 120/80. Temperatura 36.5°C. Cráneo con calvicie frontal, mamas Tanner 4, no galactorrea. Cardio-pulmonar normal. Abdomen sin visceromegalias. Genitales externos normales, exploración bimanual, útero de 6 cm superficie regular. Anexos normales.

Estudios: BH, QS, EGO, normales. LH: 28.2 mUI/mL. FSH: 104 mUI/mL. Estradiol 12.5 pg/mL Prolactina 7.2 ng/mL. TSH: 2.3 mUI/mL. Ultrasonido: útero de 5.2 x 2.5cm endometrio 0.5cm. Ovario derecho 2.1 x 3 x 1.7 cm, ovario izquierdo 2.0 x 0.98 x 1.91 cm. Cariotipo: 46 XX. Densitometría ósea: columna lumbar T-score: -0.9 Z-score: -0.8, cadera T-score: -1.0 Z-score: -0.8. Se realiza laparoscopia con toma de biopsia ovárica. Reporte histopatológico: tejido ovárico con ausencia de folículos. **Conclusiones:** la insuficiencia ovárica prematura (hipogonadismo hipergonadotrófico) se presenta antes de los 40 años. Su etiología es desconocida pero se reportan causas genéticas, inmunológicas, iatrogenas y ambientales. El diagnóstico diferencial entre falla ovárica prematura y síndrome de resistencia ovárica es por histopatología. El tratamiento es con terapia con estrógeno + progestágeno. Se han reportado embarazos espontáneos.

CIRUGÍA FETAL

Higroma quístico de localización torácica: remisión tras colocación de catéter prenatalmente

Autor:

María Guadalupe Gamiño López

Coautores:

Mauro Ochoa Torres, Sandra Pérez Silva

Institución:

Unidad Médica de Alta Especialidad núm. 23, IMSS, Monterrey, NL

Objetivo: presentar un caso de higroma quístico de localización torácica con colocación prenatal de catéter de derivación. **Tipo de estudio:** reporte de un caso.

Caso clínico: se trata de paciente femenina de 25 años. Sin antecedentes de importancia, con dos embarazos y un parto, con embarazo de 21 semanas, enviada por hidrotórax fetal. Se le realiza ecografía, encontrando morfológicamente derrame pleural bilateral e hipoplasia pulmonar. Diagnóstico clínico: hidrotórax. Se realiza cordocentesis y toracocentesis con obtención de 30 mL. Se cita a control un mes después, se encuentra tumor en hemitórax derecho quística de 4 x 2 x 4 centímetros. Se decide colocación de catéter de derivación torazo-amniótica, con respuesta favorable. Se lleva control del embarazo, alcanzando las 38 semanas, por lo cual se decide su interrupción, obteniéndose producto masculino, peso: 3,020 gramos, Apgar 7/9, talla 51 centímetros. Cariotipo reportado 46 xy. **Conclusiones:** el higroma quístico es una malformación congénita vinculada con el desarrollo anormal del sistema linfático. La localización más frecuente es nual (80%), el 20% restante incluye región axilar, yugular, mediastino, extremidades, pulmón y retroperitoneo. Su incidencia se reporta en 1:5,000 a 6,000 nacimientos, se asocia a cromosomopatías, detectable por ecografía a partir del segundo trimestre de gestación. Entre los tratamientos señalados están: quirúrgico, escleroterapia, crioterapia y el liofilizado OK 432, todos ellos en etapa posnatal.

IMAGENOLOGÍA

Mastografía por termografía de contacto de análisis tridimensional

Autor:

María del Rosario Durón Padilla

Coautores:

Israel Finkelstein London, Abigail Zepeda Bermeo

Institución:

Galeno Clínica Médica Palmas

Introducción: actualmente en México mueren 10 mujeres al día por cáncer de mama, patología multifactorial que se ha incrementado a nivel mundial, condición favorecida por el estilo de “vida moderno” y las limitantes de los métodos utilizados para su diagnóstico. Existen 2 métodos diagnósticos conocidos para el estudio de la mama: la mastografía por rayos X y la ultrasonografía, los cuales son capaces de identificar lesiones estructurales de la mama cuando el tamaño es mayor de 1-1.5 cm; las lesiones incipientes o de menor tamaño pasan desapercibidas por estos métodos, además de tener baja especificidad para diferenciar entre patología benigna y maligna. **Objetivo:** demostrar la utilidad de la mastografía por termografía de contacto de análisis tridimensional como nuevo método de **screening** en la patología mamaria. **Material:** DOT 1-1 (termógrafo de contacto). **Software** MAMOTERM DOT1 v.2.03. Sujetador mamario con perforaciones. **Método:** colocar el sujetador especial con perforaciones en círculos concéntricos que marca los puntos sobre los que se tomará la temperatura sobre ambas mamas con el DOT 1-1, generando un termograma mamario. Conectar dispositivo a la computadora y procesar la información. Visualizar termograma mamario y gráficas 3D para análisis de resultados. **Resultados:** se realizaron 20 termogramas mamarios durante mayo de 2007. Se muestran 2 casos representativos de patología benigna identificados por este método. **Conclusiones:** caso 1 correlación termográfico-patológica de fibroadenoma mamario y condición fibroquística. Caso 2 correlación clínico-termográfica de ectasia ductal bilateral con formación de absceso fistulizado en mama derecha.

ULTRASONIDO GINECOLÓGICO

Uso de la sonohisterografía con infusión de solución salina, histerosalpingografía y ultrasonido pélvico para el diagnóstico de tuberculosis endometrial

Autor:

Mario Roberto Rodríguez Bosch

Coautores:

Omar Felipe Dueñas García, Hugo Rico Olvera, Alejandra García Tinajero

Institución:

Instituto Nacional de Perinatología

Objetivo: determinar cuál es el mejor estudio sugestivo de tuberculosis endometrial. **Material y métodos:** se examinaron de forma retrospectiva 8,097 pacientes, a las cuales se les realizó una histerosalpingografía (HSG), un ultrasonido pélvico (USP) y una sonohisterografía (SONO) en un periodo de 7 años. Los criterios de inclusión fueron que todas las pacientes deberían de tener los tres estudios y que a las pacientes con algún estudio sugestivo de tuberculosis endometrial se les realizaría una biopsia de endometrio. Las variables a considerar fueron la edad, pacientes con tuberculosis, patrón menstrual, telerradiografía de tórax, vacunación con BCG, prueba con PPD, episodios previos con tuberculosis y tinción positiva de esputo para tuberculosis. **Resultados:** de una población de 8,097 pacientes se detectaron 7 casos con imágenes sugestivas de tuberculosis endometrial. En todas ellas el diagnóstico fue corroborado por biopsia de endometrio. Seis pacientes tenían diagnóstico de infertilidad, con un rango de edad de 26 a 35 años y una paciente con sangrado uterino anormal de 46 años. Las pacientes con infertilidad presentaron datos de oligomenorrea y útero fijo. Todas las pacientes tuvieron la telerradiografía de tórax normal. La prueba de PPD no fue considerada como indicativa de enfermedad, debido a vacunación previa. La HSG fue indicativa de esta enfermedad en todas las pacientes, mientras que la SONO solamente en 2 de ellas. **Conclusiones:** la HSG continúa siendo un método adecuado de diagnóstico de tuberculosis endometrial. La SONO puede ayudar a excluir otros diagnósticos.

ULTRASONIDO OBSTÉTRICO

Manejo del embarazo gemelar con un óbito: reporte de un caso

Autor:

Yeny Salazar Marcatoma

Institución:

Hospital General de Tampico, Dr. Carlos Canseco, SSA

Objetivo: con base en el presente caso clínico y en una revisión bibliográfica, establecer recomendaciones para el seguimiento del embarazo y el manejo del gemelo sobreviviente y enfatizar sobre las posibles complicaciones materno fetales. **Caso clínico:** paciente de 24 años de edad primigesta, con embarazo gemelar dicorial biamniótico. De curso fisiológico hasta las 26 semanas. En control ecográfico de rutina a las 29.6 semanas se detecta gemelo I obitado sin apreciar frecuencia cardiaca, y oligohidramnios. Gemelo II con movimientos fetales presentes, FCF de 142, en situación longitudinal, presentación pélvica, líquido amniótico normal. Se decide su hospitalización por el riesgo de CID para un mejor manejo el día 11/03/07 se realiza determinación de hematocrito, plaquetas, pruebas de coagulación, QS, dímero D, VSG y PCR, EGO, exudado vaginal con resultado negativo. Así mismo se aplican inductores de madurez pulmonar con la finalidad de acelerar la maduración pulmonar. Durante su estancia hospitalaria con pruebas de coagulación sin alteraciones, las ecografías mostraban gemelo vivo normal. Se dio de alta el día el 18/03/07. El día 07/04/07 se reingresa paciente a TOCOQX con trabajo de parto en fase avanzada con dilatación de 6 cms, borramiento del 90%. Se solicitan laboratorios de urgencia. Los cuales fueron normales. Se practica cesárea segmentaria. Se obtiene feto masculino en presentación podálica de 1,500 g con APGAR 7/8, líquido amniótico claro. Segundo feto macerado de 750 g. La evolución posparto fue normal Se dio de alta a paciente en buenas condiciones. **Resultados:** con el manejo expectante se ha reportado una ganancia de 2 a 12 semanas entre el diagnóstico y el momento del parto en los diferentes estudios revisados. **Conclusiones:** determinar con cierta precisión el momento en que ocurrió la muerte fetal. Controlar el feto vivo cada 8 o 15 días, incluyendo ecografías, registros externos, estudios con Doppler y perfil biofísico. Medición semanal de los factores de coagulación y tratamiento con

heparina si se diagnostica CID. Parto de acuerdo con indicación obstétrica, uso de esteroides para acelerar madurez pulmonar y atención del parto en una entidad que cuente con cuidados intensivos neonatales.

EPIDEMIOLOGÍA**Incidencia de nacimientos pretérmino en el Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I. Menchaca****Autores:**

J. Guadalupe Panduro Barón, J. Jesús Pérez Molina, Juan Francisco Castro Hernández, J. Jesús Gaitán Meza

Institución:

Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I. Menchaca. CUCS, Universidad de Guadalajara

Objetivo: identificar la incidencia y mortalidad de nacimiento pretérmino. **Tipo de estudio:** observacional, descriptivo (incidencia). **Material y métodos:** se realizó un estudio con los recién nacidos (RN) de 20 a 36 semanas, de septiembre 2004 a agosto 2005 en el Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I. Menchaca. La edad gestacional se determinó por fecha de última menstruación o con la valoración de Ballard expandida o Capurro cuando había una diferencia mayor de dos semanas. Las variables se obtuvieron por entrevista directa a las madres y del expediente clínico. **Resultados:** hubo 1,024 RN pretérminos en 14,840 nacimientos (69 por 1,000). Se analizaron 1,022 sujetos, por falta de información en dos. Las madres tuvieron 24.7 ± 6.9 años y 938 (92%) pertenecían al nivel socioeconómico bajo. El control prenatal fue inadecuado en 608 (59%). Las enfermedades maternas más frecuentes fueron infección de vías urinarias 243 (24%), cervicovaginitis 169 (16%), preeclampsia/eclampsia 57 (6%) y diabetes mellitus 12 (1%). La ruptura prematura de membranas se presentó en 190 (18%). Fue nacimiento gemelar 157 (15%), masculinos 617 (60%) con 32 ± 4 semanas y $1,734 \pm 638$ g de peso. Nacieron muertos 152 (15%); de los 870 RN vivos, 860 tuvieron seguimiento completo y 163 (19%) fallecieron (11.1 por 1,000 nacidos vivos), por prematuridad extrema, enfermedad de membrana hialina y sepsis, entre otras. **Conclusión:** la incidencia

de nacimientos pretérmino (69 por 1,000) fue cercana a la reportada. La tasa de mortalidad (11.1 por 1,000) fue mayor a la de otros países.

ESTADÍSTICA Y FRECUENCIAS DE ENFERMEDADES

Incidencia de la preeclampsia y síndrome de HELLP en un hospital de segundo nivel en Chihuahua

Autor:

Oswaldo Gutiérrez Cruz

Coautores:

José Luis Nochebuena Pineda

Institución:

Hospital General de Guadalupe y Calvo, SS Chihuahua

Objetivo: mostrar la incidencia de la preeclampsia y el síndrome de HELLP en el Hospital General de Guadalupe y Calvo, Chihuahua. **Material y métodos:** se realizó estudio retrospectivo, observacional. Del

01 de enero del 2002 al 31 de diciembre del 2003. Se revisaron expedientes, analizando antecedentes ginecoobstétricos y tratamiento. Criterios de inclusión: pacientes con preeclampsia y síndrome de HELLP que tuviesen estudios de laboratorio y expediente completo. Se analizó la información con medidas de tendencia central. **Resultados:** se encontró una incidencia del 6.3%. 59 pacientes cumplieron con los criterios de inclusión, 44 pacientes fueron diagnosticadas con preeclampsia leve, 14 pacientes con preeclampsia severa, y una paciente con síndrome de HELLP. El 83% se presentó en embarazos de término. El 98.3% fueron productos vivos. En 67.7% la conclusión del embarazo fue por vía abdominal. El 42.3% fueron pacientes primigestas. El 49% con inadecuado control prenatal. Hubo una paciente con síndrome de HELLP y embarazo gemelar que murió con ambos productos óbitos. **Conclusiones:** la preeclampsia y el síndrome de HELLP son frecuentes en nuestro medio. La falta de un adecuado control prenatal se puede considerar un factor de riesgo importante. Debemos seguir trabajando en los factores de riesgo para disminuir la morbimortalidad de las mismas.

Índice onomástico**A**

Adame Pinacho Ricardo, S55, S68
Alanís Fuentes José, S52, S78
Alba Jasso Gerardo Andrés, S1, S34
Albani Campanario Mario Emiliano, S91
Aldana Bustamante Amadeo, S38
Alfán Guzmán Felipe, S55
Almaguer CMA, S26
Almanza Valdés Héctor, S39
Almaraz Gómez Mayra, S80
Alonso Reyes Nelly, S31
Alvarado Esquivel Cosme, S35
Alvarado Jiménez Edith Guadalupe, S47
Alvarado Saldívar Gloria, S31
Álvarez Carlos Felipe, S60
Álvarez Chávez Luis David, S32
Álvarez Cisneros José Antonio, S60, S63
Álvarez Mercado Rosa Lucía, S70, S71
Ambríz López Roberto, S16, S95, S97
Anaya Coeto Héctor, S56
Angulo Torres Lizbeth Citlalli, S62
Anta Jaen Everardo, S11, S17
Aquino Hernández José Luis, S37, S84
Araico Salas Adraina Guadalupe, S39, S49
Aranda Flores Carlos, S82
Aranda González Yanet Ivonne, S63
Arenas Montesco María Lidia, S10, S12
Arias Alarcón Jocelyn, S74, S78
Arias Rosales E. Coinda, S74, S78
Arizpe Martínez Laura, S50
Arreortúa César Santiago, S71
Avendaño Ramírez Roberto Adrián, S66
Avilés Sánchez Abel, S72
Ayala Aguilera Fernando, S7, S17, S20, S21, S24, S76
Ayala Barragán Jaime, S77, S88, S99

B

Balderas Cerda Irma Alytter, S4
Barba León Fabiola, S35

Barragán Núñez Ricardo, S60
Barragán Ramírez Guillermo, S59, S81, S83, S94
Barrios Prieto Ernesto, S41
Barrón Vallejo Jesús, S6, S19
Barros Delgadillo Juan Carlos, S9, S15
Batista Espinoza Anaíd, S8
Becherano Pimstein Marian, S13
Belmont Gómez Aurora, S82
Beltrán Montoya Jesús Jorge, S82, S90, S92, S94
Bermúdez Rodríguez Alexandra, S11
Bernal Davish Miguel Ángel, S3, S22
Blas Pérez Maribel, S37
Briones Landa Carlos Humberto, S65, S79
Briones Martínez Alejandra Mayela, S4

C

Cabrera Viveros Rigoberto, S27
Cacique Borrego Ángel Edgar, S9
Campos Jiménez Carlos, S92
Canales Muñoz José Luis, S93
Canseco Lima Jesús Mario, S29, S56, S84, S85
Canseco Olvera José de Jesús, S29
Carballo Esperanza, S14
Carballo Mondragón Esperanza, S9, S10, S12, S13
Cárdenas Amaro Gabriela, S73, S75
Cárdenas Ochoa Justo, S67
Cardiel Martínez Juan Antonio, S41
Cardoza López Luis, S61
Carmona Morán Alfonso, S81, S94
Carrillo González Luis, S39, S51
Carrillo Molina Pavel, S39
Carvajal Hernández Miguel Ángel, S78
Casados González Adriana, S95, S96
Casas Godoy Arturo, S35
Castañeda Anguas Alejandro, S86
Castañeda Díaz Marisela, S7, S20, S21, S24, S76
Castillo González Martín, S75
Castillo Gutiérrez Mario, S70

Castillo Rosas Luis E., S23
 Castro Hernández Juan Francisco, S83, S89, S102
 Cavazos Brenda, S60
 Cerda C. J. L., S38
 Cerda López Jorge Alejandro, S59
 Cerón Saldaña Miguel Ángel, S59
 Chamorro Dussan Marianella, S72, S73
 Chavarría Delgado Oneyda Mercedes, S5
 Chávez Tostado Karla Verónica, S50
 Cházaro Iwaya Marco Vinicio, S10
 Chiang Esteban José Antonio, S47, S96
 Cinco Sánchez Ariana, S43
 Colín Santana Ivonne A., S37
 Collado Peña Susana, S93
 Cortés Flores Raúl, S31, S33, S34, S39, S44, S45, S46, S49, S69, S86, S87
 Cortes Flores Rene, S22, S69
 Cortés Fuetes Edna, S36
 Cruz Gutiérrez Ma. de Jesús, S76
 Cruz López Nancy, S71
 Cruz Orozco Oliver Paúl, S8
 Cruz Rodríguez María del Socorro Mónica, S24
 Cruz Toraya Orlando R., S23
 Cubillos García Sandra, S11
 Cuevas de la Mora Astrid Eugenia, S18
 Cuneo Pareto Silvio, S11
 Cutiño Damas Jesús Alberto, S47

D

Dabbah Mussaly Jacobo, S11, S18
 Dávila Escamilla Iván Vladimir, S32
 Dávila Villanueva Carlos, S22
 De La Concha Florencio, S25
 De la Jara Díaz Julio F., S8
 De León Aguirre Antonio, S51
 De León Lozano Maribel, S31
 Delgado Arturo Eduardo, S69
 Delgado Parra Verónica, S6
 Deschamps Díaz Horacio, S75
 Díaz Calvillo Jenny, S13
 Díaz Espíndola Pablo, S18
 Díaz Spindola Pablo, S10, S12, S14, S15, S29
 Díaz Torres Carlos, S35
 Domínguez Cortés Sergio, S57
 Domínguez Vázquez Julio Cesar, S7
 Douriet Marin Francisco A., S43

Dowell Delgado Arturo Eduardo, S40, S58, S69, S70
 Dra. Sepúlveda, S86
 Drusso Vera Gaspar, S25, S80
 Dueñas García Omar Felipe, S90, S91, S92, S101
 Dueñas Riaño Jorge, S8
 Dupré Aramburu Guillermina, S79
 Durán Monterrosas Leonor, S9, S11, S17
 Durón Padilla María del Rosario, S100

E

Eliserio Cruz Jesús, S51
 Escamilla López Ernesto, S70
 Escobar del Barco Laura, S5, S54, S71, S83
 Escobar Moreno César, S26
 Esparza Cano Jesús Pablo, S30
 Esparza Carbajal Luis A., S38
 Espino Veyna Gerardo, S6
 Espinosa Malcom Jesús Alfredo, S90
 Esponda Tort Eduardo, S61
 Estévez González Sergio, S9, S10, S11, S12, S13, S17, S19
 Estrada Garwood Francisco Javier, S9

F

Fajardo Dueñas Sergio, S41
 Félix Arce Carlos, S30
 Feria Sosa Antonio, S31
 Fernández Erika, S14
 Fernández Romero M. Mauricio, S35, S37
 Ferrer Lorena, S36
 Figueroa Medrano Nadia Josefina, S30, S58, S86, S88
 Finkelstein London Israel, S100
 Flores Acosta Clara del Carmen, S95
 Flores Alvarado Rosa, S51
 Flores Carreras Oscar, S37, S84
 Flores Hernández Benita, S81
 Flores Javier, S34
 Flores Méndez Víctor Manuel, S87
 Flores Pulido Juan José, S58, S88
 Flores Rueda Edith Verónica, S6
 Fornelli López Aldo, S84, S85
 Fuentes Ocampo Marco Antonio, S57
 Fuentes Villaseñor Mario, S3, S66

G

Gaitán Manuel José Román, S77, S99

Gaitán Meza J. Jesús, S83, S89, S102
 Galache Vegar Pedro, S12
 Galicia Becerril Pedro Jacobo, S9
 Galindo López Judith, S46
 Gámez Nava Jorge I., S28, S29, S54
 Gamiño López María Guadalupe, S47, S64, S100
 García Corrales J. Jesús, S59
 García Flores Jorge, S68
 García González Mónica, S35, S37
 García González Mónica
 García González Pierre, S39
 García Lorenzo José Antonio, S40
 García Tinajero Alejandra, S101
 García Villafañá Genaro, S15, S18
 Gatica Galina Leopoldo Enrique, S61
 Gijón Heredia Jenni Denisse, S56
 Godines Enríquez Mirna Souraye, S8, S15
 Godínez Martínez Miguel Ángel, S56, S59
 Godínez Velásquez Edmundo, S78
 Godoy Morales Héctor S., S18
 Gómez D, S71
 Gómez Moreno Miguel Ángel, S70
 Gómez Ramírez Zahid Salvador, S30
 Gómez Soto Yamel, S43
 González Baez Enrique, S16
 González Beltrán Aurelio, S43
 González Díaz Oscar Armando, S87
 González Estrada Jorge, S56
 González López Enrique, S61
 González López Laura, S28, S29, S54
 González Lozano Héctor, S40
 Gonzalez Martínez Jose Manuel, S22
 González Sosa Erick Dagoberto, S96
 González Soto Víctor, S39
 González Zepeda José Heliodoro, S22, S47, S69, S87, S98
 Gorbea Chávez Viridiana, S5, S71
 Gorbea Ochoa Viridiana, S83
 Gracia Saldaña Mario, S42, S79
 Granja Lovera Juan Francisco, S6
 Guajardo Martínez Jacobo, S67
 Gudiño Erick Noé, S58, S88
 Guerra García María Emilia, S72
 Gutiérrez Castañeda Mauricio R., S35, S37
 Gutiérrez Cruz Oswaldo, S103
 Gutiérrez Espinosa Dulce Margarita, S33, S47, S97

Gutiérrez Espinosa Dulce María, S50
 Gutiérrez Nájera Alfonso, S11, S18
 Gutiérrez Saucedo María Elena, S49
 Guzmán González Eduardo, S94
 Guzmán M. S., S38
 Guzmán Nava Carlos, S27, S80
 Guzmán Tapia María Natividad, S3, S22

H

Herberth Hernández Víctor Hugo, S79
 Hernández Aldana Francisco, S90
 Hernández Ayup Samuel, S15
 Hernández Castro Flavio, S32, S33, S95, S96, S97
 Hernández Dávila Eleazar, S40
 Hernández Denis Andrés, S79
 Hernández Flores Omar, S65
 Hernández García Héctor, S1, S5
 Hernández Garza Fernando Carlos, S30, S47
 Hernández Garza Fernando, S26
 Hernández Lomelí Adrián, S32, S68, S82
 Hernández Marín Imelda, S76, S90
 Hernández Muñoz Martha, S62
 Hernández Nava Lilia, S27
 Hernández Valencia Alberto, S3, S22
 Hernández Vivar Luis Edmundo, S1
 Herrera R. D. M., S38
 Herrerías Canedo Tomás, S65, S92
 Hinojosa Cruz Juan Carlos, S21
 Huerta Espinosa Adriana, S67

I

Iñigo Riesgo Carmen, S93

J

Javier Hernández Lidia, S4
 Jiménez Pérez Filiberto, S76, S90
 Juárez Bengoa Armando, S72, S73, S75
 Juárez Díaz Behira, S17

K

Kably Ambe Alberto, S9, S10, S11, S12, S13, S14, S17, S19
 Kisel Laska Rebeca, S19

L

L.E.O., S38
 Lara Figueroa Gerardo, S52

Lara Figueroa Jesús Gerardo, S91, S93
 Lara Kferman Oliver, S90
 Leal González Raúl, S79
 Leal Manzanares Sara Elisa, S4
 Leal Meléndez Carlos, S58, S69
 León Solís Izcalli Fabiola, S77, S88, S99
 Limón Rosales Jesús Enrique, S19
 Lizette Manzo Carrillo, S93
 López Candia Leobardo, S39
 López Narváez Ricardo Alberto, S42, S79
 López Ugalde Vivian, S82
 López Zaldívar Geraldine, S56
 López-Alarcón Mardya, S21
 Loza Aceves Eduardo, S40
 Lozano Galván Rogelio Armando, S30
 Lucano Venegas Violeta, S57
 Luengas Muñoz Javier, S68
 Luévano Flores Eduardo, S58
 Luévano Flores Rosa Dynora, S69
 Luna García Sergio A., S44, S45, S46, S87, S98
 Luna Lugo Gilberto, S59
 Luna M, S71
 Luna Macias Miguel Ángel, S31
 Luna Quiroga Rocío Iliana, S33

M

Madrigal García Ismael, S19, S67
 Madriz Flores Roberto, S40
 Maldonado Alvarado Juan de Dios, S67
 Maldonado Salgado Aldo, S13
 Mancillas Salas Cecilia, S51
 Manzo Carrillo Lizette, S91
 Marín Medina Rafael, S16
 Marín Pérez Dalia, S80
 Márquez Gamiño Delia Albina, S60, S63
 Márquez Gonzalo, S82
 Márquez Hirlemann Ana Elisa, S54
 Márquez Iribe Patricia Zulema, S78
 Márquez Tamez Víctor Hugo, S25
 Martínez Barrios Evaristo, S15
 Martínez Chapa Arnulfo, S4, S31
 Martínez Cruz Silvia, S73, S75
 Martínez Cuervo JE, S71
 Martínez de Anda A., S52
 Martínez García Sergio, S35
 Martínez Gaytán Victoria, S31, S33, S34, S39, S44, S45,

S49, S50

Martínez Hernández Ayda Josefina, S14, S18
 Martínez Hernández Carlos A., S39
 Martínez Robles Antelma, S4
 Martínez Victoria, S86
 Mata Orozco Víctor M., S38
 Medellín Moreno Marcela Guadalupe, S33
 Medina Romero Gladys, S27
 Mejía Herrera Iliana, S92
 Méndez Álvarez Elisa, S68
 Mendoza Pimentel Ricardo, S3, S66
 Meneses Valderrama Víctor Manuel, S49
 Menocal Tobías Gerardo, S8
 Merino Ruiz Martha, S17
 Meseguer M., S73
 Montiel Hernández Cindy, S39
 Montoya Fuentes Héctor, S28, S29
 Montoya Juana María, S44
 Montoya Maza Sergio, S37, S84
 Montoya Ramírez Juana María, S45
 Morales Álvarez Ignacio, S35
 Morales Caballero Fidel, S42, S79
 Morales Martínez Felipe Arturo, S7, S16, S17, S20, S21, S24, S76
 Morales Martínez Marisela, S20
 Moreno Aburto Christian, S15
 Moreno Quezada Alejandra Berenice, S88
 Moreno Verduzco Elsa, S56, S84
 Morgan Ortiz Fred, S27, S28, S43
 Muñoz Acosta Jairo, S43
 Muro Barragán Sergio Alejandro, S63

N

Nava Guerrero Eduardo Noé, S34, S44, S46, S87, S89
 Nevárez Gallegos Luz María, S77, S99
 Nieto Galicia Leyza Angélica, S59
 Niño Parra Ventura Enrique, S30
 Niño PEV, S26
 Nochebuena Pineda José Luis, S103
 Noyola Monrroy Aurora, S37

O

Obregón Zegarra Eva, S11
 Ochoa Torres Mauro Alberto, S47, S64, S89, S95, S96, S97, S98, S100
 Oliva Cristerna Joaquín, S1, S5

Olivares Fernández de Lara Graciela, S11, S18
 Olivas Maguregui Gustavo, S26
 Olivas Mendoza Gustavo, S38
 Ortega Jiménez Jorge, S83
 Ortes Bonilla Manuel, S36
 Ortiz Luna Guillermo, S84, S85
 Ortiz Martínez R., S52
 Osuna Ramírez Ignacio, S27, S28

P

P Hinojosa Canseco, S15
 Padilla Ponce Ismael, S80
 Panduro Barón J. Guadalupe, S102
 Panduro Barón J. Guadalupe, S41, S50, S83, S89
 Pantoja Rojas Antonio, S62, S63
 Parra Carrillo José Z., S93
 Pasquale Patricio, S18
 Pérez Borbón Guadalupe María, S42, S71
 Pérez Cardeña Ma. D, S41
 Pérez Flores Luis Alberto, S1, S5
 Pérez Lavaniegos Rodrigo, S34
 Pérez Molina J. Jesús, S50, S83, S89, S102
 Pérez Monter Sandra Elia, S65
 Pérez Silva Sandra, S45, S47, S49, S64, S81, S95, S96, S100

Q

Quezada Tristán T., S52
 Quintero Granados Fernando, S61

R

Ramírez Angulo José Alberto, S48
 Ramírez Arreola Leonardo, S59
 Ramírez del Valle Leonor, S83
 Ramírez Flores Mauro Eduardo, S25
 Ramírez Ley César, S74, S78
 Ramírez Lucero César, S74, S78
 Ramírez Rocha Oswaldo, S6
 Ramírez Solís Mauro Eduardo, S25
 Ramos A. Erica, S14
 Ramos Reyes Edith María, S6
 Rendón Maldonado José G., S27, S28
 Renovales Herrero José Luis, S23, S24
 Reyes Gómez Ulises, S4
 Reyes Hernández Diana, S4
 Reyes Muñoz Enrique, S72

Reyes Paredes Norberto, S25, S52, S78, S91
 Rico Olvera Hugo, S90, S91, S92, S94, S101
 Rivera Montes Alfredo Martín, S73, S75
 Robles Barrera Daniela, S56
 Rocha Cárdenas Francisco, S48, S73, S98, S99
 Rodríguez Bosch Mario Roberto, S91, S101
 Rodríguez Calderón Ricardo, S48, S98, S99
 Rodríguez Colorado Esther Silvia, S6, S5, S71, S83
 Rodríguez Higuera Yoatzin, S65, S67, S92
 Rodríguez Piña María Elena, S64, S77
 Rojas Sánchez Teresita Ma. del Rosario, S80
 Rojo Contreras Elva Wendoline, S28, S29, S54, S93
 Rojo Contreras Joaquín T., S54
 Romero Tovar Sergio, S8
 Rubio Llesca Carmen, S98, S99
 Ruiz Anguas Julián, S86
 Ruiz Muñoz Saúl, S48, S72, S73, S98, S99

S

Salas Martínez Carlos, S35
 Salazar Marcatoma Yeny, S57, S101
 Salazar Mendoza Laura, S87
 Salazar Ponce Dynora, S29, S69
 Salinas Silva Josefina, S26
 Sánchez Contreras Jesús, S1, S34, S46, S87
 Sánchez Cortés Rubén, S80
 Sánchez Dávila Homero, S81
 Sánchez García Víctor, S91, S93
 Sánchez Serrano Ana Paola, S64, S77
 Sánchez Usabiaga Rafael, S8
 Sánchez Velasco Jorge Luis, S71
 Santarrosa Pérez Miguel Ángel, S65
 Santos Haliscak Roberto, S10, S14, S18, S29
 Sepúlveda González José, S12, S14, S18
 Sereno Gómez Beatriz, S3, S66
 Serrano Díaz Leopoldo Cesar, S62
 Serrano Gómez SG, S41
 Sifuentes Álvarez Antonio, S35, S51
 Silguero Díaz Edna Lucia, S45
 Solano Lira Verónica, S62
 Solís Estrada Bricia Berenice, S98
 Solís Medrano Juan, S1, S5
 Solís Pérez Roberto, S2, S23, S24
 Sordia Hernández Luis Humberto, S7, S16, S21, S24
 Soria López Juan Antonio, S95, S97
 Soto Galindo Julio César, S88

Sulaiman Karam Jean Paul, S64, S77

T

Terán Cabanillas Elí, S27, S28

Terradillos Calvo Beatriz, S71

Terrones Saldívar Ma. C., S52

Tolentino Aguilera Juliana, S81, S94

Torcida González Miguel Eloy, S31, S44, S50, S69

Torreblanca Neve José Eduardo, S75

Torres Contreras Luis Carlos, S52

Torres García Lenin, S32, S82

Torres Pérez Juan, S70, S71

V

Vaca A. Y, S35

Valderrama Santillán José de Jesús, S83

Valdés Ramos Ben David, S51

Valdez González Rogelio, S39, S51

Valdivia Flores A., S52

Valenzuela Delgadillo Manuel, S76

Valero Origel Alberto, S75

Valverde Tadeo Víctor Hugo, S35

Varela Ortiz Sergio A., S19

Vargas Merino Alejandra Elisa, S3, S66

Vázquez Ayala José Alfredo, S62

Vázquez Méndez Juana, S20, S76

Vázquez Varela Rosalinda, S45

Vega Cárdenas Carmen, S44, S45, S46

Vega Cárdenas Javier, S70

Vega Malagón Alejandra Gabriela, S32, S82

Vega Malagón Genaro, S32, S68

Velázquez Castellanos Patricia, S37, S84

Velázquez Macías Susana, S6

Velázquez Magaña Mauricio, S64, S65, S77

Velázquez Martínez Elvia, S8

Vidal Víctor M., S94

Vilchis Guizar Elena, S36

Vilchis Nava Pablo, S13

Villanueva Ocampo Patricia, S46

Villarreal Ch. R, S26

Villarreal Rodríguez José Alberto, S32, S33, S96

Villegas Cruz Carlos, S30

Villegas Espinoza Jesús, S58

Villegas Moreno Gerardo, S11

Villena Christian, S67

Viridiana Gorbea Chávez, S6

Vital Reyes Víctor Saúl, S21

Z

Zamora Lares Aída Naneth, S50, S63

Zamorate Covarrubias Oscar, S87

Zarate García Jaime, S35

Zárate Quezada Servando, S70

Zavala Ortega Isabel, S21

Zepeda Bermeo Abigaíl, S100

Zepeda Neri Juan, S8

Zepeda Zaragoza Jorge, S19, S57, S65, S67, S92

Zermeño Nava José de Jesús, S96

Zúñiga Jiménez Daniel, S62