

VOLUMEN 74
SUPLEMENTO
2006

ISSN-0300-9041



GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DE MÉXICO



Ciudad de México
23 al 27 de septiembre del 2006



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. Ernesto Castelazo Morales*

CONSEJO EDITORIAL

Dr. J. Trinidad González Gutiérrez
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 Ibargüengoitia Ochoa
Dr. Valentín Ibarra Chavarría
Dr. Sebastián Iris de la Cruz
Dr. Alberto Kably Ambe
Dr. Jorge Kunhardt Rasch
Dr. Roger Lara Ricalde
Dra. Josefina Lira Plascencia
Dra. María Teresa Leis Márquez
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. Emigdio Torres Farías
Dr. Luis Carlos Uribe Ramírez
Dra. Patricia Velázquez Castellanos
Dr. Armando Vera Torres
Dr. Ángel Emilio Suárez Rincón

Hermosillo, Son.

Dr. Jorge González Durazo

León, Gto.

Dr. Antonio Gutiérrez Gutiérrez

Mazatlán, Sin.

Dr. José de Jesús Montoya Romero

Mérida, Yuc.

Dr. Fernando Gasque López
Dr. Luis Alberto Barrera González

Monterrey, NL

Dr. Carlos Félix Arce
Dr. Samuel Hernández Ayup
Dr. Pedro Tonda Ribo

Querétaro, Qro.

Dr. Norberto Plascencia Moncayo

San Luis Potosí, SLP

Dr. Antonio Jesús Briseño Sainz

Tijuana, BC

Dr. David Antonio Nava Muñoz

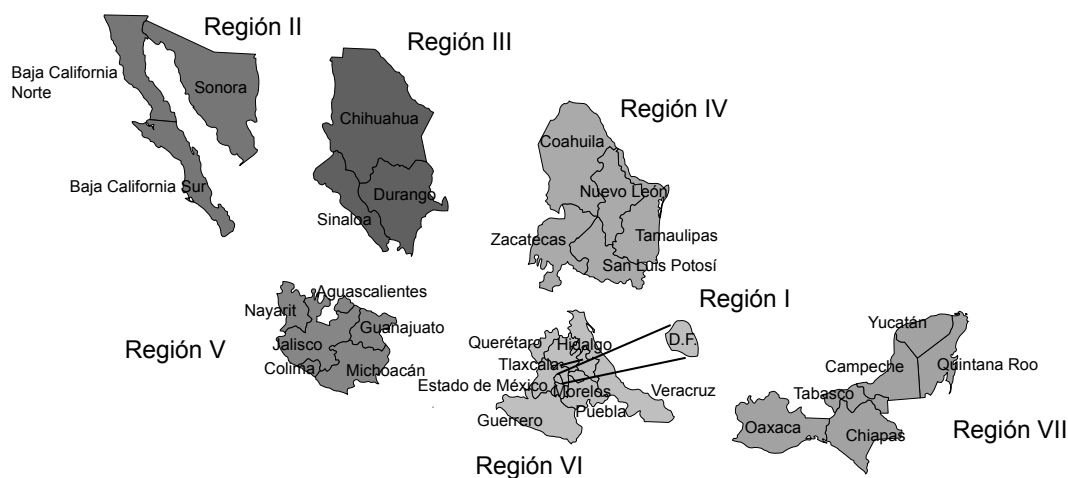
Tlaxcala, Tlx.

Dr. Armando Enrique Carrera Cervón

Xalapa, Ver.

Dr. Pedro Coronel Brizio

*SOCIOS DE LA ASOCIACIÓN MEXICANA DE EDITORES DE REVISTAS BIOMÉDICAS, A.C. (AMERBAC) Y MIEMBROS DE LA WORLD ASSOCIATION OF MEDICAL EDITORS (WAME).



Agrupaciones federadas

Región	Región
Asociación Mexicana de Ginecología y Obstetricia, A. C.	I
Asociación 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 Gineco-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 Victorense 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
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
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 Tlaxcalteca 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 Coatzacoalcas, 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. Fernando Gaviño Gaviño
Secretario

Dr. Ángel García Alonso López
Tesorero

Directores Regionales

Dr. Carlos Quesnel García-Benítez
Región I

Dr. Eduardo Reyes Velázquez
Región II

Dr. Jesús Enrique Valdés Bustillos
Región III

Dr. Abelardo Guitrón Cantú
Región IV

Dr. José Luis Pérez Díaz
Región V

Dr. Carlos Adolfo Mijangos Patiño
Región VI

Dr. Martín J. Durán Rosado
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 2006

Revista mensual

En la República Mexicana

Institucional (multilectores):	\$ 900.00
Personal:	\$ 880.00
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.

Realizada, comercializada y distribuida por Nieto Editores, SA de CV, 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: Evangelina Andraca Alcalá 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



ÍNDICE DE RESÚMENES

TRABAJOS LIBRES

GINECOLOGÍA GENERAL

Evaluación diagnóstica de la cánula de Pipelle en la biopsia endometrial de pacientes con hemorragia uterina anormal S1

Josefina Lira Plascencia, Manuel Mota González, Héctor Anaya Coeto, Marco Antonio Mota González

Características clínicas de la dismenorrea primaria en mujeres adolescentes S1

Josefina Lira Plascencia, Héctor Oviedo Cruz, Valentín Ibarra Chavarría, Francisco Ibargüengoitia Ochoa

GINECOLOGÍA OPERATORIA

Histerectomía vaginal con biclamp, técnica innovadora S2

Luis Alberto Pérez Flores, Juan Solís Medrano, Joaquín Oliva Cristerna, Ricardo Martínez Aguirre

Histerectomía total abdominal. Resultados de un año de trabajo en una clínica de ginecología de tercer nivel S2

Josefina Lira Plascencia, Manuel Mota González, Héctor Anaya Coeto, Marco Antonio Mota Galván

TRATAMIENTOS QUIRÚRGICOS

Infertilidad debida a SOP y aborto habitual debido a incontinencia ístmico-cervical y con lesión de bajo grado por VPH: comunicación de un caso S3

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

REPORTE DE CASOS RAROS

Fijación al ligamento sacroespinoso en el prolapso de la cúpula vaginal S3

Arnulfo Martínez Chapa, José Rodrigo Martínez Villanueva, Alejandra Mayela Briones Martínez, Eduardo Iván Garza Garza

Manejo quirúrgico ginecológico en paciente con asociación MURCS S4

María Guadalupe Velasco Sánchez, Manuel Franco Solís, José Francisco Cervantes Chávez, Teodoro Medel

Asociación esquisis en síndrome de cordón corto. Comunicación de un caso S4

Paolo di Castro Stringher, Marzia Bezzetti Colonna, Manuel Borges Ibañez

Listeriosis congénita. Comunicación de un caso S5

Paolo di Castro Stringher, Marzia Bezzetti Colonna, Francisco Javier Haghenbeck Altamirano

Embarazo ectópico triple espontáneo. Comunicación de un caso S5

Ernesto Castelazo Morales, Alberto Kably Ambe, Roberto Pile Trujillo, María de Lourdes Molinar Horcasitas

Coriangioma gigante y sus complicaciones perinatales. Comunicación de un caso S6

Leonardo Ramírez Arreola, Leyza Angelica Nieto Galicia, Elibellet Gómez García, Jorge Alejandro Cerda López

Tratamiento de los riesgos cardiovasculares del síndrome de Marfán en el embarazo. Comunicación de dos casos S6

Roberto Rodríguez Bosch, José Antonio Hernández Pacheco, Omar Felipe Dueñas García, Hugo Rico Olvera

UROGINECOLOGÍA

Manejo de incontinencia urinaria con cintilla vaginal libre de tensión (TOT) en UMAE núm. 23, Monterrey, NL S7

Judith Reynaga Hernández, Carmen Jaqueline González Gómez, Sandra Patricia Villa Velázquez, Manuel Nava Bermea

DEFECTOS DEL PISO PÉLVICO

Sacrocolpopexia abdominal en la eversión de cúpula vaginal posthisterectomía S7

Arnulfo Martínez Chapa, Irma Alyttet Balderas Cerda, German Martínez Garza, Francisco López Verdugo

Reparación paravaginal vía abdominal en el prolapso de la pared anterior S8

Arnulfo Martínez Chapa, Juan Carlos Cerda Ramírez, Sara Elisa Leal Manzanares, Miguel Ángel Luna Macías

Reparación paravaginal por vía vaginal en el prolapso de la pared anterior S8

Irma Alyttet Balderas Cerda, Aracely del Carmen Martínez Cruz, Arnulfo Martínez Chapa, Juan Carlos Cerda Ramírez

MANEJO QUIRÚRGICO DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO

Experiencia de la Clínica de Urología Ginecológica del INPerIER en la aplicación de cintas S9

Silvia Rodríguez Colorado, Laura Escobar del Barco, Carlos Ramírez Isarraraz, Edith Verónica Flores Rueda

Tratamiento de incontinencia urinaria de esfuerzo, con cinta libre de tensión con sistema obturador S9

Felipe de Jesús Flores Ramírez, Luis Alberto Pérez Flores, Joaquín Oliva Cristerna

MANEJO MÉDICO DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO

Terapia conservadora del piso pélvico en la Clínica de Urología Ginecológica del Instituto Nacional de Perinatología S10

Diego Meraz Avila, Silvia Rodríguez Colorado, Agustín Avila Vázquez, Carlos Ramírez Isarraraz

FISIOLOGÍA DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO

Sensibilidad y especificidad de la prueba de la tos contra el diagnóstico urodinámico para incontinencia urinaria de esfuerzo S10

Silvia Rodríguez Colorado, Mayra Sesman Bernal, Laura Escobar del Barco, Carlos Ramírez Isarraraz

OTROS TEMAS DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO

¿Es la uroflujometría útil en el estudio de la paciente con infección recurrente de las vías urinarias bajas? S11

Oscar Francisco Flores Carreras, Nancy Godoy Rodríguez, Patricia Velázquez Castellanos, Eduardo Orozco García

Sensibilidad y especificidad de la prueba de la tos contra el diagnóstico urodinámico para incontinencia urinaria de esfuerzo S11

Silvia Rodríguez Colorado, Mayra Antonieta Sesman Bernal, Carlos Ramírez Isarraraz, Laura Guadalupe Escobar del Barco

BIOLOGÍA DE LA REPRODUCCIÓN

Estudio comparativo en capacitación espermática del método de laboratorio (*swim-up* clásico) vs consultorio (*swim-up* simplificado) en inseminación intrauterina S12

César Cruz, Samuel Hernández Ayup, Lidia Arenas, Georgios Karnakis

Factores pronósticos de las parejas con infertilidad S12
Ignacio Flores Sánchez, Salvador Gaviño Ambriz

Frecuencia de esterilidad asociada con endometriosis diagnosticada por laparoscopia S13

Sandra Pérez Silva, René Cortés Flores, Roberto de Jesús Infante Salinas, Raúl Cortés Flores

REPRODUCCIÓN ASISTIDA

Complicaciones obstétricas en embarazos logrados por FIV-TE con ovocitos propios y donados S13

Sergio Estévez González, José Arturo Yáñez Espinoza, Roberto Pile Trujillo, Alberto Kably Ambe

Relación de la concentración basal sérica de FSH y estradiol con la reserva ovárica cualitativa o cuantitativa en pacientes expuestas a FIV-TE S14

Carlos Quesnel, Gustavo Pagaza García, Sergio Estévez González, Alberto Kably Ambe

Resultados obtenidos en un programa de reproducción asistida relacionada con el día de aspiración folicular: análisis retrospectivo S14

Pedro Galache Vega, José Sepúlveda González, Pablo Díaz Spíndola, Otilia Lazcano Flores

Comparación de las tasas de embarazo en pacientes receptoras de ovocitos donados por mujeres con fertilidad previamente comprobada y las receptoras de ovocitos donados por mujeres sin fertilidad previamente comprobada S15

Alberto Kably Ambe, Carlos Quesnel, Ricardo Aviles Cabrera, Esperanza Carballo Mondragón

Resultado clínico de la donación de óvulos en receptoras S15

Roberto Santos Haliscak, Carlos Enrique Hinojosa Cancero, José Sepúlveda González, María Lidia Arenas Montezco

Determinación de progesterona sérica el día de la aplicación de hCG, como una variable predictiva del éxito en FIV-TE S16

Alberto Kably Ambe, Ernesto Castelazo Morales, Lorena de Bengoechea Huerta, Sergio Estévez González

Morfología de la cohorte ovocitaria: propuesta de una clasificación pronóstica para la obtención de embarazo en fertilización *in vitro* y transferencia de embriones (FIV-TE) S16

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

Resultados de un programa de reproducción asistida utilizando análogos de GnRH según grupos de edad S16

Samuel Hernández Ayup, María Lidia Arenas Montezco, Pablo Díaz Spíndola, Astrid Cuevas de la Mora

Impacto de la relación de folículos aspirados/ovocitos obtenidos en las tasas de embarazo en un programa de fertilización *in vitro* S17

Alberto Kably Ambe, Karla Cecilia Font López, Sergio Estévez González, Esperanza Carballo Mondragón

Inhibidores de la aromatasa: una alternativa en induc-

ción de ovulación en inseminación intrauterina S17
Pedro Galache Vega, José Sepúlveda González, Pablo Díaz Spíndola, Luis Eugenio Medina Frayre

Factores pronósticos de embarazo en inseminación intrauterina S18

Juan Carlos Rojas Ruiz, Juan Carlos Barros Delgadillo, Ana Cecilia Molina Munguía, Fernando Gaviño Gaviño

Evaluación de la concentración sérica de LH como un factor determinante de las tasas de embarazo en FIV-TE con el uso de antagonistas de la GnRH S18

Sergio Estévez González, Samuel Karchmer Krivitzky, Denys Delgado Amador, Alberto Kably Ambe

Resultados del Programa de ICSI del Centro Universitario de Medicina Reproductiva, UANL S19

Enrique Javier González Baez, Arturo Morales Martínez, Martha Merino Ruiz, Rafael Marín Medina, Oscar Vidal Gutiérrez

Análisis seminal y valores predictivos de embarazo en inseminación intrauterina S19

Armando Juárez Bengoa, Juan Carlos Rojas Ruiz, José Pablo Argüelles Guzmán, Pedro Mendoza Ramírez

Método de valoración indirecta de la maduración espermática en muestras seminales pre y postcapacitación S20

Paolo Di Castro Stringher, Margarita Zárate Grande, María Cecilia Calderón Saldaña

Resultados del Programa de FIV del Centro Universitario de Medicina Reproductiva UANL S20

Enrique Javier González Baez, Arturo Morales Martínez, Martha Merino Ruiz, Rafael Marín Medina, Oscar Vidal Gutiérrez

Resultados perinatales de embarazos logrados con fertilización *in vitro* con transferencia de embriones (FIV-TE): estudio de casos y controles S21

Luz María Alvarado Méndez, Juan Carlos Delgadillo Barros, Fernando Gaviño Gaviño, Viridiana Gorbea Chávez

Detección, frecuencia e importancia de anomalías cromosómicas embrionarias en un programa de reproducción asistida S21

Francisco Rocha Cárdenas, Ricardo Rodríguez Calderón, José Gaytán Melicoff

Resultados del Programa de Donación de Óvulos del Centro Universitario de Medicina Reproductiva, UANL S22

Enrique Javier González Baez, Arturo Morales Martínez, Martha Merino Ruiz, Rafael Marín Medina, Oscar Vidal Gutiérrez

Edad de la mujer y morfología espermática como factor predictivo de embarazo en inseminación intrauterina S22

Rodrigo Zamora Escudero, Roberto Pile Trujillo, Everardo Anta Jaen, Alberto Kably Ambe

Impacto en los resultados de un programa de reproducción asistida de alta complejidad utilizando semen fresco y congelado S23

Roberto Santos Haliscak, José Sepúlveda González, Genaro García Villafaña, Deyanira Nájera Cerda

El uso del antagonista de la GnRH, cetrorelix, en la estimulación ovárica no afecta la calidad ovocitaria S23

Jose Alberto Ramírez Angulo, Carlos Navarro Álvarez, Saúl Ruiz Muñoz, José E Gaytán Melicoff

PÉRDIDA GESTACIONAL RECURRENTE

Incidencia del aborto y del síndrome de anticuerpos antifosfolípido (SAAF) asociados con la pérdida gestacional recurrente en el Hospital General de la Secretaría de Salud de Durango S24

Antonio Sifuentes Álvarez, Orlando Talamantes Cabrera

CLIMATERIO Y MENOPAUSIA

Climaterio sintomático, tratamiento comparativo con estrógenos nasales y orales S24

Gabriela Liliana Romano Lagunas, Juan Miranda Murillo, Alejandro Vázquez López, Patricio Guerra Ulloa

Percepción de los ginecoobstetras acerca de la terapia hormonal en la Unidad Médica de Alta Especialidad del Hospital de Ginecoobstetricia Luis Castelazo Ayala S25

Sebastián Carranza Lira, Jennifer Fragoso Dávila

Efecto de la estrogenoterapia en la tensión arterial en mujeres postmenopáusicas sanas S25

Ma. Antonia Bazavilvazo Rodríguez, Roberto Roldán Reyes, Roberto Lemus Rocha, Ma. de los Ángeles Guzmán Ibarra

Incidencia de enfermedades metabólicas en la clínica de menopausia del Hospital Universitario Dr. José E. González S26

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

Utilidad clínica del uso de veralapride en pacientes climatéricas con cáncer de mama S26

Ma. Antonia Basavilvazo Rodríguez, Martiniano López Aguilar, Nelly Judith González López, Roberto Lemus Rocha

Experiencias en México con los SERMs. Estudio de cardioprotección en la postmenopausia S27

Marco Antonio Bracho Ugarte, Víctor Manuel Vázquez Zárate

Síndrome climatérico y nivel económico S27

Rafael Marín Medina, Juana Vázquez Méndez, Arturo Morales Martínez, Luis Humberto Sordia Hernández

ENDOCRINOLOGÍA GINECOLÓGICA

Manejo no quirúrgico de los quistes simples de ovario en mujeres en edad fértil S28

Francisco Villa Villagrana, J. Guadalupe Panduro Barón, Sergio Bernal Martínez, José Alfonso Martín de Alba

Síndrome de Meyer Rokitansky Kuster Hauser. Comunicación de un caso S28

Mariel Pliego Aguilar, Lionel Leroy López, Jorge Eblem Azar Silvera

HISTERECTOMÍA POR LAPAROSCOPIA

Estudio descriptivo de 87 casos de histerectomía total laparoscópica con técnica facilitada S29

Fred Morgan Ortiz, Marco Antonio López Zepeda, Juan Carlos Cantón Romero, Enrique Elorriaga García

OTRAS CIRUGÍAS GINECOLÓGICAS POR LAPAROSCOPIA

Adherencias en pacientes con cirugía previa a cielo abierto: análisis de 165 procedimientos laparoscópicos S30

Fred Morgan Ortiz, Juan Manuel Soto Pineda, Marco Antonio López Zepeda, Enrique Elorriaga García

HISTEROSCOPIA OPERATORIA Y DIAGNÓSTICA

Histeroscopia diagnóstica y quirúrgica en consultorio S30

José Alanis Fuentes

Hallazgos histeroscópicos en pacientes con sangrado genital anormal postmenopáusico S30

José Alanis Fuentes, Martell Martínez Gutiérrez, Pilar Mata Miranda

COLPOSCOPIA Y PATOLOGÍA CERVICAL

Resultados en el tratamiento de la lesión intraepitelial de bajo grado con crioterapia más 5-fluorouracilo S31

Oscar Vidal Gutiérrez, Ileana Fernández Reyes, Emilio Modesto Treviño Salinas, Geraldina Guerrero González

Análisis estadístico y epidemiológico en la atención a víctimas de delito sexual S31

María del Rocío Chillopa Rodríguez, Fausto Moisés Coronel Cruz, Armando Valle Gay

La clínica, citología, colposcopia e histopatología en la detección de afección cervical: correlación de resultados S32

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

ESTUDIOS COLPOSCÓPICOS

Estudio comparativo de los cambios acetorreactivos del cuello uterino con el uso de ácido acético al 5 y 15% bajo visión colposcópica S32

Esther Torres Salas, Teresita Rojas Sánchez, Margarita Santiago Carballo, Drusso Vera Gaspar

Reducción del dolor con realidad virtual durante conizaciones con asa diatérmica S33

Verónica Lara Vaca, Eduardo Santos Pacheco, José Luis Mosso Vázquez

ESTUDIOS RELACIONADOS CON VPH

Lesión intraepitelial de bajo grado en mujeres con asociación de VPH en el cónyuge: comunicación de dos casos S33

Miguel Angel Bernal Davish, María Natividad Guzmán Tapia, Armando Méndez Pérez, Alberto Hernández Valencia

Correlación de la citología, la colposcopia y el diagnóstico histológico en el Centro Colposcópico de Investigación y Docencia, SC S33

Margarita Santiago Carballo, Elizabeth Pérez Ochoa, Drusso Vera Gaspar

Manejo del ectropión en el periodo de abril a julio del 2005 en el Centro Médico Interlomas S34

Sonia Laura Romo Martínez, Drusso Vera Gaspar, Erika Domínguez Sarmiento

Condilomas anales: análisis morfológico de 170 casos S35

Leonora Chávez Mercado, Aldo Juan Carlos Calderón Contreras, Drusso Vera Gaspar, Teresita Rojas Sánchez

CÁNCER CERVICOUTERINO

Espectro proliferativo y transformante de IVPH en el TGI del varón S35

Carlos Guzmán Nava, Rigoberto Cabrera Viveros, Lilia Hernández Nava, Gladys Medina Romero

ONCOGINECOLOGÍA

Biopsia guiada por arpón en mamografía sospechosa por microcalcificaciones y su correlación histopatológica S36

Judith Reynaga Hernández, Manuel Ismael Geonis González, Carmen Jaqueline González Gómez, Raúl Cortés Flores

Fertilidad luego de una neoplasia trofoblástica gestacional S36

Marisela Castañeda Díaz, Oscar Vidal Gutiérrez, Emilio Treviño Salinas, Clara del Carmen Flores Acosta

TRATAMIENTOS QUIRÚRGICOS RELACIONADOS CON CÁNCER PÉLVICO

Detección del ganglio centinela con azul patente en cáncer del cuello uterino S37

Rocío Pluma Pérez, Joel Bañuelos Flores, Moisés Zeferrino Toquero, Germán Maytorena Córdova

¿Es predecible la enfermedad extrauterina en cáncer de endometrio mediante concentraciones de Ca 125 preoperatorios? S37

Joel Bañuelos Flores, Moisés Zeferino Toquero, Horacio Reyna Amaya, Germán Maytorena Córdova

Histerectomía total laparoscópica vs histerectomía por laparotomía como tratamiento y estadificación de cáncer endometrial temprano en el Instituto Nacional de Perinatología (INPerIER): resultados preeliminares S38

Emilio José Olaya Guzmán, José Luis Elizarrarás Cendejas, Carlos Eduardo Aranda Flores, Manuel Mota González

OTRO TIPO DE ESTUDIOS RELACIONADOS CON EL CÁNCER PÉLVICO

Impacto económico del egreso temprano posquirúrgico en un servicio de ginecología oncológica S38

Germán Maytorena Córdova, Moisés Zeferino Toquero, Joel Bañuelos Flores, Horacio Reyna Amaya

PATOLOGÍA MAMARIA

Hormonas y cáncer de mama S39

Guadalupe Martínez Abundis, Pedro Cano Ríos, Francisco J. Rosales Hernández, Susana Bassol Mayagoitia

ENFERMEDADES MALIGNAS DE LA MAMA

Validación de la biopsia del ganglio centinela en un nuevo Instituto de Cáncer de Mama S39

José Eduardo Serratos Garduño, Luis Segura Romero, Sergio Rodríguez Cuevas, Marino Capurso García

Biopsia de mama con marcaje estereotáxico: experiencia del Instituto Nacional de Perinatología S40

Diego Meraz Avila, Carlos Aranda Flores, Gonzalo Márquez Acosta, Ricardo García Cavazos

Carcinoma metaplásico de la mama. Experiencia de 11 años en el Instituto Nacional de Cancerología (INCan) S40

Eva Ruvalcaba Limón, Teresa Vela Chávez, Alfonso Fuentes Alburo

Eficacia del control radiológico intraoperatorio de pieza quirúrgica en lesiones mamarias no palpables S41

Eva Ruvalcaba Limón, Luis Segura Romero, Marino Capurso García, Sergio Rodríguez Cuevas

OBSTETRICIA GENERAL

Características clínicas y epidemiológicas de una serie de 77 casos de embarazo ectópico S41

Leticia Lara Avila, Fred Morgan Ortiz, Mauricio Soriano Benítez, Josefina Báez Barraza

Experiencia de la clínica de displasia de la UMAE 23, en Monterrey, Nuevo León (2002- 2005) S42

Carlos Hiram López Jiménez, Fernando Hernández Garza, Raúl Cortés Flores, Carlos Méndez Rodríguez

Valor predictivo positivo del método de Johnson para

estimar el peso fetal en embarazos de término S42

Flavio Hernández Castro, Alfredo Laredo Rodríguez, Ricardo Hernández Herrera, Gerardo Forsbach Sánchez

Efecto de una intervención educativa en la calidad de atención prenatal otorgada por médicos familiares S43

Salvador Hernández Higareda, José Luis Canales Muñoz, Pablo Julián Capiro León, Laura Cortés Sanabria

Reducción del dolor con realidad virtual durante el trabajo de parto S43

Verónica Lara Vaca, Eduardo Santos Pacheco, José Luis Mosso Vázquez

Seroepidemiología de la infección por *Toxoplasma gondii* en mujeres embarazadas atendidas en el Hospital General de la Secretaría de Salud de Durango S44

Antonio Sifuentes Álvarez, Cosme Alvarado Esquivel, Juan Humberto Díaz García, Sergio Guadalupe Narro Duarte

OPERATORIA OBSTÉTRICA

Factores de riesgo obstétrico asociados con desgarro perineal, incontinencia urinaria de esfuerzo, incontinencia fecal en embarazos resueltos por vía vaginal S44

Christian Moreno Aburto, Viridiana Gorbea Chávez

Indicaciones y complicaciones de la histerectomía obstétrica en un hospital de ginecoobstetricia S45

Salvador Hernández Higareda, Carmen C Hernández Vega, Juan Antonio Reveles Vázquez, Laura Cortés Sanabria

CESÁREA

Administración de lidocaína intraparietal en la prevención de absceso de la pared en pacientes expuestas a operación cesárea S45

Juan Manuel Soto Pineda, Fred Morgan Ortiz, Everardo Quevedo Castro, Constantino B Cuetos Martínez

Efecto de la técnica de histerorrafia en el dolor postoperatorio durante la operación cesárea S46

Enrique Elorriaga García, Fred Morgan Ortiz, Everardo Quevedo Castro, Constantino B Cuetos Martínez

MEDICINA MATERNO FETAL

Identificación de la metaloproteasa de matriz extracelular-3 en la membrana fetal de la rata y su posible implicación en la rotura de las membranas corioamnióticas S46

Felipe Vadillo Ortega, Noemí Meraz Cruz, Guadalupe Estrada Gutiérrez, Jorge Beltrán Montoya

Alteración en la flujometría Doppler de la arteria uterina en pacientes con hipertensión y embarazo S47

Fausto Moisés Coronel Cruz, Amparo García Nava, Manuel Calymayor, María del Rocío Chillopa Rodríguez

Evaluación de un microarreglo de anticuerpos en fase

sólida para el estudio de quimiocinas secretadas por la membrana corioamniótica S47

Jorge Beltrán Montoya, Nardhy Gómez López, Guadalupe Estrada Díaz, Felipe Vadillo Ortega

Aminofilina como inductor de madurez pulmonar fetal en pacientes con amenaza de parto pretérmino. Comparación con betametasona. Estudio preliminary S48

Fausto Moisés Coronel Cruz, Héctor Gómez Navarro, María del Rocío Chilopa Rodríguez, Armando Montaña Uzcanga

Caracterización bioquímica de un activador de la metaloproteínasa de matriz extracelular-9 en membranas fetales humanas S48

Felipe Vadillo Ortega, Arturo Flores Pliego, Jorge Beltrán Montoya

Desarrollo y validación de un modelo de cultivo *in vitro* para el estudio de la diferenciación del trofoblasto humano S49

Felipe Vadillo Ortega, Alfonso Martínez Flores, Jorge Beltrán Montoya, Alicia Ortega Aguilar

Aplicación del análisis proteómico a exudados cervicovaginales para el desarrollo de marcadores moleculares de trabajo de parto S49

Jorge Beltrán Montoya, Aurora Espejel Núñez, Felipe Vadillo Ortega, Mirna Godínez Enríquez

Incidencia de embarazos con fetos con hidrocefalia congénita en la UMAE 23, Monterrey, NL S50

Carlos Spencer Niño Cantú, Mauro Ochoa Torres, Victoria Martínez Gaytán

Restricción del crecimiento intrauterino grave de inicio temprano: una alternativa terapéutica S50

Mario Roberto Rodríguez Bosch, Esperanza Josefina Bautista Gómez, María de Lourdes Téllez Serna

Evolución y resultados perinatales en embarazos de trillizos S51

Nadia Josefina Figueroa Medrano, Sergio Arturo Luna García, Victoria Martínez Gaytán, Miguel Eloy Torcida González

Embarazo y trasplante. Comunicación del primer caso atendido en el Hospital Universitario S51

Marcela Guadalupe Medellín Moreno, Roberto Ambríz López, Diana I Reyes Garza, Erick Dagoberto González Sosa

Experiencia en el tratamiento de defectos de la pared fetal en la UMAE 23 S52

Sandra Pérez Silva, Mauro Alberto Ochoa Torres, Ricardo Hernández Herrera, Victoria Martínez Gaytán

Resultados perinatales en pacientes con diabetes mellitus gestacional en el Hospital de la Mujer de Morelia, periodo 2003-2006 S52

Alejandro García Palma, Norma Angélica Aguayo Chávez, Víctor Llanos Arriaga, José Inés González Tapia

Estudio de la fibronectina en la enfermedad del cuello uterino S53

Felipe Cajiga Mata, Epigmenio González Martínez, Raúl Córdova Portillo, Karina Baños Hernández

COMPLICACIONES MÉDICAS DEL EMBARAZO**Valor diagnóstico del tamiz de glucosa S53**

Fernando Escobedo Aguirre, Erik Plata López, Tomás de Jesús Mendoza Martínez, José Martín Hilton Cáceres

Cardiopatía y embarazo en la Unidad Médica de Alta Especialidad Núm. 23 del IMSS S54

Victoria Martínez Gaytán, Marina Pacheco de O, Sergio Arturo Luna García, Raúl Cortés Flores

Reporte de muerte materna en el año 2005 en el Hospital de la Mujer de los Servicios de Salud del estado de Puebla S54

Martín Córdova López, Mireya Montesano Villamil, José Armando Cáceres Sáenz, Reynaldo Canche Caballero

Mielitis longitudinal diseminada aguda postherpética y embarazo S55

Leyza Angélica Nieto Galicia, Ricardo González Rosales, Miguel Ángel Cerón Saldaña

Morbilidad y mortalidad materna asociada con hipertensión inducida por el embarazo en pacientes adolescentes: estudio comparativo con pacientes mayores de 20 años de edad S55

Julio César Polanco García, Norberto Reyes Paredes

Actividad enzimática de las transferasas de glutatión en la placenta de mujeres con preeclampsia S56

Ma. del Carmen Terronbes Saldívar, Fernando Jaramillo Juárez, Francisco Aníbal Posadas del Río, Javier Llamas Viramontes

Concentraciones de catecolaminas en mujeres durante el embarazo normal y con diabetes y preeclampsia S56

Marcelino Hernández Valencia, Alfredo Martín Rivera Montes, José Antonio Páez Angulo, Carlos Vargas López

Hipertiroidismo y embarazo S57

Marco Antonio Aguirre Ramos, Luis Jesús Álvarez Solís

Infección por VIH y embarazo: experiencia del módulo de atención especializada en SIDA de Cd. Victoria, Tamaulipas S57

Indalecio Gustavo Martínez Velasco, Juan Medina Avalos, Gerardo Flores Sánchez, Alejandro Caraveo Real

Asociación entre adenoma hipofisiario y diabetes gestacional S58

Fernando Escobedo Aguirre, Gabriela Liliana Romano Lagunas, Margarita Camacho Díaz, Tomás de Jesús Mendoza Martínez

Morbilidad del embarazo gemelar con un feto muerto S58

Martín Córdova López, Mirella Montesano Villamil, José Armando Cáceres Sáenz, Hilario Flores García

Asociación de polimorfismos en el promotor del gen de la molécula CD14 con la vaginosis bacteriana S58

Miguel Ángel López Valle, Pablo Enrique Domínguez López, Ileana Silva Barragán, Fabián Arechavaleta Velasco

Manifestación neurológica aguda de trombofilias durante el embarazo S59

Héctor Javier Alfaro Rodríguez, María José Chiriboga Zambrano

Asociación de lupus eritematoso sistémico, síndrome de anticuerpos antifosfolípidicos y embarazo S60

Fernando Escobedo Aguirre, María de los Ángeles Sosa Fajardo, Tomás de Jesús Mendoza Martínez, José Martín Hilton Cáceres

Eficacia de la curva de tolerancia a la glucosa con carga oral de 75 g para el diagnóstico de diabetes mellitus gestacional S60

Fred Morgan Ortiz, César Gustavo Ramírez Alapizco, Gabriel de la Rosa Galindo, Juan Manuel Soto Pineda

Manejo conservador de placenta percreta. Comunicación de un caso y revisión de la bibliografía S61

Mario Roberto Rodríguez Bosch, Omar Felipe Dueñas García, Hugo Rico Olvera, José Luis Elizarrarás Zendejas

Trasplante renal y embarazo. Experiencia de 10 años S61

José Martín Hilton Cáceres, Hugo Roberto Pérez Cueto Suárez, Tomás de Jesús Mendoza Martínez, Margarita Camacho Díaz

Índice de masa corporal y resultado perinatal en embarazo de término S62

Evelyn Garza Krause, Daniella Gómez Pue, Carlos Félix Arce, Carlos de la Garza Quintanilla

Perfil de riesgo para cáncer cervicouterino en pacientes embarazadas con infección por VPH S62

Arturo Ortiz Pavón, Fausto Coronel Cruz, Sergio Muñoz Cortés, Ricardo Axtle Corvera

DIAGNÓSTICO PRENATAL

Diagnóstico y frecuencia de cardiopatía fetal mediante ecocardiografía en embarazos con factores de alto riesgo S63

Juan Carlos Hinojosa-Cruz, Raúl San Luis Miranda, María Guadalupe Veloz Martínez, Edgardo Puello Tamara

Tamizaje bioquímico (doble marcador) para detección de malformaciones congénitas. Experiencia en el Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, UANL S63

Marcela Guadalupe Medellín Moreno, Abel Guzmán López, Ileana Fernández Reyes, Iván Vladimir Dávila Escamilla

Diagnóstico genético prenatal en pacientes con factores de riesgo. Indicaciones y resultados S64

Fausto Moisés Coronel Cruz, Carlos Ortega Montoya, Manuel Valdez Contreras, Arturo Ortiz Pavón

Diagnóstico prenatal. Experiencia de 15 años S64

José Martín Hilton Cáceres, Germán Carreto Chávez, Margarita Camacho Díaz, Tomás de Jesús Mendoza Martínez

GENÉTICA

Estudio de los polimorfismos del gen C677T, del gen de la MTHFR, G1691A del factor V de Leiden, y del gen

T235 de la angiotensina en pacientes con preeclampsia-eclampsia y con embarazo normal S65

Ricardo García Cavazos, Gerardo de Jesús Reyes Díaz, Igor González Izquierdo

SALUD PÚBLICA

Cáncer cervicouterino S65

Isela Granillo Cedeño, Drusso Vera Gaspar, J Ignacio Rangel Solorio, Helios Mancera Roque

EPIDEMIOLOGÍA

Prevalencia de la infección por VIH en embarazadas en la zona centro de Tamaulipas S66

Indalecio Gustavo Martínez Velasco, Gerardo Flores Sánchez, Juan Medina Ávalos, Jesús Alberto Mota García

Comportamiento de la mortalidad neonatal en la UMAE núm. 23 en Monterrey, NL (2000-2005) S66

Victoria Martínez Gaytán, Gloria Alvarado Azaldivar, Justino Márquez Rocha, Raúl Cortés Flores

Longitud cervical por ultrasonido como factor predictivo, en amenaza de parto pretérmino S66

Carlos Hiram López Jiménez, Sergio Arturo Luna García, Fernando Javier Calderón García, Victoria Martínez Gaytán

Eficacia de una solución hiperoxidada para prevenir la infección de herida quirúrgica por operación cesárea S67

Carlos Spencer Niño Cantú, Raúl Cortés Flores, Victoria Martínez Gaytán, Rodrigo Pérez Lavaniegos

ESTADÍSTICA Y FRECUENCIA DE ENFERMEDADES

Análisis de la tendencia de la mortalidad perinatal S67

Victoria Martínez Gaytán, Gloria Alvarado Azaldivar, Justino de Jesús Rocha Márquez, Raúl Cortés Flores

Talla baja como factor de riesgo independiente para cesárea S68

Daniella Gómez Pue, Evelyn Garza Krause, José Antonio Celaya, Carlos Félix Arce

Prevalencia de fibroma ovárico en pacientes menores de 20 años de edad en el Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González S68

Marcela Guadalupe Medellín Moreno, Clara del Carmen Flores Acosta, Salvador Livas Rodríguez, Oscar Vidal Gutiérrez

Especies de levaduras en muestras de exudado cervicovaginal S69

Gerardo Casanova Román, Diana Mercedes Soriano Becerril, Guadalupe Bermúdez Salazar, Federico Javier Ortiz Ibarra

Embarazo heterotópico. Experiencia de 15 años y revisión de la bibliografía S69

María José Chiriboga Zambrano, Jorge Jaroslav Stern Colin y Núñez, Alfonso Gutiérrez Najar

MISCELÁNEOS

- Diagnóstico por ultrasonido de gastrosquisis** S70
Blanca Vara Miranda, Silvia Pestaña Mendoza, Francisco Sánchez Cruz, Mauricio Santamaría Ferreira
- Cinta vaginal libre de tensión en el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo** S70
Francisco Javier Degollado Bardales, Joaquín Oliva Cris-terna, Juan Solís Medrano, Alfredo Alaniz Sánchez
- Desarrollo de trabajo de parto pretérmino y su asocia-ción con cambios en el cuello uterino en el Servicio de Obstetricia del Hospital Universitario Dr. José E. González, en Monterrey, Nuevo León, México** S71
Linda Elizabeth Reyes Fernández, Wendy Edith Treviño Ledesma, Juan Antonio Soria López, José Luis Iglesias Benavides
- Embarazo de 17 semanas con rotura uterina y placenta increta en útero bicorné** S71
Victoria Martínez Gaytán, Justino de Jesús Márquez Rocha, Gloria Azaldivar Alvarado, Miguel Eloy Torcida González
- Lectura crítica de informes de investigación clínica en estudiantes de pregrado de octavo semestre de tres escuelas de medicina en la UMAE, Hospital de Gineco-logía y Obstetricia Luis Castelazo Ayala del IMSS** S72
Sebastián Carranza Lira, Rosa María Arce Herrera, Félix Arturo Leyva González

PRESENTACIÓN EN VIDEO**TRATAMIENTOS QUIRÚRGICOS**

- Vaginoplastia tipo Hendren, con seguimiento de su evolución de 17 años** S73
Arturo Molina Sosa, Víctor E. Molares García

REPORTE DE CASOS RAROS

- Embarazo corunual de 19 semanas** S73
Jesús Sánchez Contreras, Francisco Hernández Aldana

DEFECTOS DEL PISO PÉLVICO

- Técnica novedosa para reparación del prolapso genital recidivante con malla** S73
Eréndira Kunhardt Urquiza, Eutiquia Asunción Ramírez Melgar, Víctor Eduardo Hernández Zúñida
- Uterosacropectia transabdominal** S74
Arnulfo Martínez Chapa, Irma Alyttet Balderas Cerda, José Rodrigo Martínez Villanueva, Juan Carlos Cerda Ramírez
- Reconstrucción total vaginal con malla** S74
Arnulfo Martínez Chapa, Irma Alyttet Balderas Cerda, Juan Carlos Cerda Ramírez, Aracely Martínez Cruz
- Complicación durante la colposacropectia en la cirugía**

- para la reparación integral del prolapso vaginal total por vía abdominal** S74
Eréndira Kunhardt Urquiza, Víctor Eduardo Hernández Zúñiga

MANEJO QUIRÚRGICO DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO

- Remeex. Una opción de cabestrillo** S75
Carlos Ramírez Isarráz, Silvia Rodríguez Colorado

OTROS TEMAS DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO

- Fístula vesicouterina** S75
Esther Silvia Rodríguez Colorado, Carlos Ramírez Isarra-ráz, Laura Escobar del Barco, Gerardo Quiróz Garza

REPRODUCCIÓN ASISTIDA

- Transferencia embrionaria guiada por ultrasonido ab-dominal** S76
Roberto Santos Haliscak, Samuel Hernández Ayup, Pedro Galache Vega, María Lidia Arenas Montezco

OTRAS CIRUGÍAS GINECOLÓGICAS POR LAPAROSCOPIA

- Uso de láser para resección de endometriosis sobre uréter** S76
Rodolfo Treviño Alanís, Mauricio Treviño Garza, Gerardo Vela Antillón, Daniella Gómez Pue
- Apendicectomía laparoscópica por endometriosis con uso de láser** S77
Rodolfo Treviño Alanís, Mauricio Treviño Garza, Ricardo López Narváez, Daniella Gómez Pue

HISTEROSCOPIA OPERATORIA Y DIAGNÓSTICA

- Histeroscopia de consultorio: experiencia de un servicio de reproducción asistida** S77
Sergio Villalobos A, Juan C Rojas R, Ana C Molina M, Juan C Barros D, Víctor Sánchez S, Gerardo Barroso V, Fernando Gaviño G.
- Canulación tubaria asistida por ultrasonido** S77
José Alanís Fuentes, Jesús Sánchez Domínguez

OBSTETRICIA GENERAL

- Control del dolor con escenarios virtuales durante las contracciones uterinas en sala de labor, durante el blo-queo peridural durante el trabajo de parto en la sala de expulsión y durante la operación cesárea** S78
Verónica Lara Vaca, Albert Skip Rizzo, José Luis Mosso Vázquez, Brenda K. Wiederhold

FISIOLOGÍA FETAL

- Estudio anatómico de la placenta. Embarazos múltiples** S78
Paolo Di Castro Stringher

PRESENTACIÓN EN CARTEL

GINECOLOGÍA OPERATORIA

- Histerectomía vaginal con biclamp, técnica innovadora** S80
Francisco Javier Degollado Bardales, Luis Alberto Pérez Flores, Juan Solís Medrano, Oliva Oliva Cristerna
- Fibroma vaginal. Reporte de un caso** S80
Yoatzin Rodríguez Higuera, Guillermina Dupré Aramburu, Jesús Enrique Limón Rosales, Mariana Areli Hernández Ruiz

TRATAMIENTOS QUIRÚRGICOS

- Lesiones ureterales como complicación de histerectomía por endometriosis profunda** S81
Ignacio Reyes Urrutia, Rafael Rodríguez Orozco, Guillermo Oropeza Rechy, Alejandra Vera Morales
- Malformación adenomatoidea quística tipo I: diagnóstico prenatal** S81
Saúl Fernando Juárez Ramírez, Roberto Ambríz López, Gabriel Edgar Villagómez Martínez, Linda Elizabeth Reyes Fernández
- Embarazo heterotópico** S81
Jorge Beltrán Montoya, Tomás Herrerías Canedo, Christian Moreno Aburto, Alejandro Arellano Borja
- Abordaje integral de un caso de amenorrea primaria por agenesia cervical y vaginal** S82
Manuel Mota González, Silvia Rodríguez Colorado, Juan Carlos Avilez Cevalco
- Cerclaje cervical transabdominal: reporte de un caso de incompetencia cervical resistente a cerclaje vaginal** S82
Gerardo Vela Antillón, Manuel Rolando García Martínez, Raúl Leal González, Daniella Gómez Pue

REPORTE DE CASOS RAROS

- Neurocisticercosis en el embarazo simulando enfermedad vascular cerebral, reporte de un caso** S83
Jesús Jorge Beltrán Montoya, Tomás Herrerías Canedo, Hugo Rico Olvera, Omar Felipe Dueñas García
- Reporte de un caso de pentalogía de Cantrell** S83
José Antonio Luz de la Cruz Puente, Karla Isabel Velázquez Méndez
- Miomatosis uterina de grandes elementos y embarazo ectópico** S84
Roberto Jurado Barrera, Erick García Cervantes, Rocío Guerrero Bustos
- Adenomioma polipoide atípico. Reporte de un caso y revisión de la literatura** S84

- Evelyn Garza Krause, Antonio Dávila Rivas
- Síndrome de Klippel Feil y embarazo. Reporte de un caso** S85
Ignacio Reyes Urrutia, María Dolores Almaguer Flores, Fausto Coronel
- Embarazo ectópico crónico (informe de un caso)** S86
Donaji Luna Hernández, Pablo Alberto Gutiérrez Vega, Jaime López Cruz
- Peritonitis séptica durante el embarazo. Reporte de un caso inicialmente diagnosticado como probable infección intramniótica** S86
Jesús Jorge Beltrán Montoya, Tomás Herrerías Canedo, Omar Felipe Dueñas García, Hugo Rico Olvera
- Hígado graso agudo en el embarazo. Reporte de un caso clave** S86
Leyza Angélica Nieto Galicia, Ricardo González Rosales, Miguel Ángel Cerón Saldaña, Leonardo Ramírez Arreola
- Pentalogía de Cantrell: reporte de un caso** S87
Sandra Pérez Silva, Mauro Alberto Ochoa Torres
- DIU abdominal: manejo laparoscópico** S87
Zulema Martínez Trejo, Brenda Berenice Sandoval Sordía, José Manuel Zamarrípa Leyva, Francisco Salas González
- Tumor filoides maligno** S88
Luz Fabiola Jiménez Alemán, José Luis Barrera Azuara
- Coriocarcinoma. Presentación de un caso** S88
Amanda Margarita García Morales, Rosalba Fragoso Paredes, Rocío Guerrero Bustos
- Fibrolipoma vulvar (Molluscum pendulum). Reporte de un caso** S89
Flavio Hernández Castro, Otilia Lazcano Flores, Manuel Nava Bermea, Ernesto Muñoz Cardona
- Síndrome de bandas amnióticas asociado a síndrome de Potter. Reporte de un caso** S89
Zulema Martínez Trejo, Brenda Berenice Sandoval Sordía, Patricia Padilla Zabalegui
- Cáncer de mama recidivante durante el embarazo. Reporte de un caso** S90
Ismael Madrigal García, Jorge Zepeda Zaragoza, Yoatzin Rodríguez Higuera, Joel Barrera Rodríguez
- Embarazo de alto orden fetal (quintillizas): Reporte de un caso** S90
Víctor Manuel Vázquez Zárate, Jorge Zepeda Zaragoza, Edgardo Bustillos Alamilla, Guillermina Dupré Aramburu
- Pénfigo vulgar y embarazo. Reporte de un caso** S91
Jorge Zepeda Zaragoza, Yoatzin Rodríguez Higuera, Jesús Enrique Limón Rosales, Carlos Humberto Briones Landa
- Linfangioleiomiomatosis pulmonar y embarazo. Presentación de un caso** S91
Jorge Zepeda Zaragoza, Yoatzin Rodríguez Higuera, Jesús Enrique Limón Rosales, Betzabeth Cadena Castillo
- Embarazo gemelar toracoonfalopago monocéfalo: reporte de un caso** S92

- Patricia Padilla Zabalegui, Brenda Berenice Sandoval Sior-
dia, Ramón Mendoza Mares, Zulema Martínez Trejo
**Homunculus (teratoma ovárico maduro de tipo fetifor-
me). Reporte de un caso S92**
Paolo di Castro Stringher, Arturo Torres Martínez, Luis
Hernández López
**Quiste de ovario con accidente de torsión y embarazo
de siete semanas S93**
Guillermo Juárez Jiménez, Alma Leticia Cuevas Huerta,
Adriana del Carmen López Carrillo
Fibroma vulvar gigante S93
Edgar Melo Samper Palacios, Susana Mercedes Canalizo
Almeida, Rocío Guerrero Bustos
**Angiofibroma vulvar: presentación de un caso clínico y
revisión de la literatura S94**
Patricia Zulema Márquez Iribe, Alejandro Hernández
Monje, Miguel Ángel Hernández Carbajal
**Obstrucción intestinal en una paciente gestante del ter-
cer trimestre causado por divertículo de Meckel S94**
Leyza Angélica Nieto Galicia, Leonardo Ramírez Arreola,
Miguel Ángel Cerón Saldaña, Javier Cisneros Sandoval
**Feto papiráceo: complicación de un embarazo gemelar.
Presentación de un caso y revisión de la literatura S95**
Leonardo Ramírez Arreola, Leyza Angélica Nieto Galicia,
Alfredo Escobar Valencia, Miguel Ángel Cerón Saldaña
**Placenta acreta en el primer trimestre de la gestación:
reporte de un caso y revisión de la literatura S95**
Sergio Armando Varela Ortiz, Tomás Herrerías Canedo,
Luis Cardoza López, Luz María Alvarado Méndez
**Extracción de un dispositivo intrauterino traslocado al
colon. Reporte de un caso S96**
María Eugenia González Morales, Jorge Torres, Gregorio
Magaña Contreras
**Embarazo ectópico cornual: reporte de un caso y revi-
sión retrospectiva de cinco años S96**
Leonardo Ramírez Arreola, Leyza Angélica Nieto Galicia,
Alfredo Escobar Valencia, Javier Cisneros Sandoval
Angiomixoma agresivo de periné y pelvis S97
Enrique Corona Esquivel, Juan Manuel Hernández
Quintero, Josué Rafael González Hernández, Ricardo
Mondragón Sánchez
**Mucocele apendicular como diagnóstico diferencial de
masa anexial derecha S97**
Rafael Briceño Hernández, Pablo Alberto Gutiérrez Vega,
Arturo Herrera Avilés, Jaime López Cruz
**Angiofibroma celular de la vulva: reporte de caso y
revisión de la literatura S98**
Patricia Zulema Márquez Iribe, Alejandro Hernández
Monge, Miguel Hernández Carvajal
**Teratoma inmaduro de crecimiento rápido en el emba-
razo. Reporte de un caso S98**
Daniella Gómez Pue, Héctor Borboa Olivares, Alfonso
Sosa Guillaumin
**Carcinoma primario de trompa de Falopio. Reporte de
un caso S99**

- Flavio Hernández Castro, Vicente Martínez Ramos, Raúl
Cortés Flores, Manuel Nava Bermea
**Embarazo ectópico cervical en el segundo trimestre.
Reporte de un caso S99**
José Alfredo Fernández Lara, Alejandro Méndez Pi-
mentel, Elisa Vázquez Govea, Francisco Israel García
Guerrero
**Diagnóstico prenatal de pentalogía de Cantrell asociada
a labio hendido bilateral S99**
Flavio Hernández Castro, Mauro Alberto Ochoa Torres,
Ricardo Hernández Herrera, Sergio Luna García

UROGINECOLOGÍA

- Nefrostomía percutánea en ginecología y obstetricia.
Experiencia institucional S100**
Laura Escobar del Barco, Jaime Morales Arce, Silvia
Rodríguez Colorado, Juan Carlos Avilez Cevalco
**Controversias en la práctica uroginecológica cotidiana
S101**
Heriberto Lizaola Díaz de León, Silvia Rodríguez
Colorado, Laura Escobar del Barco, Carlos Ramírez
Isarraráz
**Biorretroalimentación. Una técnica de fisioterapia en la
reeducación del periné S101**
Gerardo Quiroz Garza, Silvia Esther Rodríguez Colorado,
Carlos Ramírez Izarraráz, Laura Guadalupe Escobar del
Barco
**Prevalencia de agentes etiológicos en infección de vías
urinarias en pacientes con disfunción del piso pélvico
S102**
Rosa Lucía Álvarez Mercado, Blanca Vara Miranda, Fran-
cisco Javier Anaya Torres, Micaela Antonia Domínguez
Salazar

DEFECTOS DEL PISO PÉLVICO

- Sacrocolpopexia con malla. Experiencia en el Instituto
Nacional de Perinatología S102**
Laura Escobar del Barco, Silvia Rodríguez Colorado,
Verónica Flores Rueda, Juan Carlos Avilez Cevalco
**Prevalencia de agentes etiológicos en infección de
vías urinarias en pacientes con disfunción del piso
pélvico S103**
Rosa Lucía Álvarez Mercado, Blanca Vara Miranda, Fran-
cisco Javier Anaya Torres, Micaela Antonia Domínguez
Salazar

MANEJO QUIRÚRGICO DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO

- Cinta vaginal libre de tensión en el tratamiento de la in-
continencia urinaria de esfuerzo S103**
Joaquín Oliva Cristerna, Juan Solís Medrano, Alfredo
Alaniz Sánchez, Luis Alberto Pérez Flores

Aplicación de la cinta vaginal libre de tensión transobturador: técnica dentro-fuera S103

Esther Silvia Rodríguez Colorado, Juan Carlos Avilez Cevalco, Carlos Ramírez Isarraraz, Laura Escobar del Barco

Tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo con cinta libre de tensión: sistema obturador S104

Felipe de Jesús Flores Ramírez, Héctor Hernández García, Alfredo Alaniz Sánchez

OTROS TEMAS DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO

Fístula vesicouterina. Presentación de un caso S104

Esther Silvia Rodríguez Colorado, Primo Roberto Martínez Chavarría, Laura Escobar del Barco, Carlos Ramírez Isarraraz

Urodinámica: hallazgos anormales y artefactos S105

Laura Escobar del Barco, Silvia Rodríguez Colorado, Juan Carlos Avilez Cevalco

Urodinámica: hallazgos normales S105

Juan Carlos Avilez Cevalco, Laura Escobar del Barco, Silvia Rodríguez Cevalco

BIOLOGÍA DE LA REPRODUCCIÓN

Características de las pacientes que asisten a la clínica de planificación familiar del Hospital General de México S106

María Eugenia González Morales, Judith Espinoza, Elvira Espinoza, Gregorio Magaña Contreras

Transferencias de 2 vs 3 embriones en el día 3 de desarrollo en pacientes menores de 36 años. Resultados clínicos S106

Israel Maldonado Rosas, José Juan Luna, Edgar González Tovar, José Gaytán Melicoff

Microscopía electrónica espermática en pacientes con astenozoospermia severa y características clínicas asociadas S107

Armando Juárez Bengoa, Marco González Jiménez, Evaristo Martínez Barrios, Christian Moreno Aburto

La administración del antagonista cetorelix simplifica la estimulación ovárica de las donantes de óvulos sin afectar los resultados S108

José Alberto Ramírez Angulo, Carlos Navarro Álvarez, Arturo Valdés Carrillo, José E. Gaytán Melicoff

OTRAS CIRUGÍAS GINECOLÓGICAS POR LAPAROSCOPIA

Resección laparoscópica de recto sigmoides por endometriosis S108

Julio César Rosales de León, Daniella Gómez Pue, Carlos Félix Arce, Raúl Leal González

HISTEROSCOPIA OPERATORIA Y DIAGNÓSTICA

Histeroscopia quirúrgica ambulatoria en consultorio S109

José Alanís Fuentes, Salvador Rodríguez Rangel, Martel Martínez Gutiérrez

Tumor “evanescente” intrauterino después del tratamiento farmacológico. Presentación de un caso S109

Pablo Garza Ríos C, Julio de la Jara D, Paolo Di Castro S, Oliver Cruz Orozco

Histeroscopia: una nueva alternativa en el tratamiento del embarazo ectópico cornual S110

María José Chiriboga, Miriam Negrin

OTROS PROCEDIMIENTOS ENDOSCÓPICOS

Manejo laparoscópico de embarazo ectópico cornual. Reporte de un caso S110

Daniella Gómez Pue, Georgina Ruvalcaba Ortiz, Carlos Félix Arce, Raúl Leal González

Cerclaje laparoscópico en embarazo S111

Daniella Gómez Pue, Gerardo Vela Antillón, Horacio Alvarado, Luis Carlos Paez Lobeira

COLPOSCOPIA Y PATOLOGÍA CERVICAL

Cáncer cervicouterino microinvasor y embarazo S111

Carlos Guzmán Nava, María Guadalupe González González, Ismael Padilla Ponce, Lilia Hernández Nava

ESTUDIOS COLPOSCÓPICOS

Oligohidramnios severo del segundo trimestre secundario a estenosis subglótica materna S111

Juan Bautista de J Basto May, Raúl Agustín Paz Heredia, Mónica Geraldine Castillo Medellín, María Teresa Tovar Villegas

Evaluación colposcópica cervical en mujeres programadas para histerectomía por patología benigna del útero, con reporte citológico normal S112

Jaime Ayala Barragán, Blanca Yesenia Domínguez Rivera, José Antonio Ramírez Torres

ONCOGINECOLOGÍA

Ruptura espontánea de leiomioma uterino: reporte de un caso y revisión de la literatura S112

Patricia Gaona Luviano, Heriberto Medina Franco, Daniel Borja Cacho, Carmen Lome Maldonado

Tumor maligno mixto mulleriano con diferenciación neuroendocrina: tratamiento mediante histerectomía vaginal radical asistida por laparoscopia. Reporte de un caso S113

César Hernández Álvarez, Carlos Leal Meléndez, Eduardo Luevano Flores

Prevalencia de cáncer de endometrio en la UMAE 23, Monterrey, NL S114

María Guadalupe Gamiño López, Fernando Carlos Hernández Garza, Juan Pablo Esparza Cano, Victoria Martínez Gaytán

ENFERMEDADES MALIGNAS DE LA MAMA**Angiosarcoma mamario. Reporte de dos casos S114**

Carlos Spencer Niño Cantú, Oscar Arturo Verdugo Cisneros, Ricardo Franco Medina, Luis Carlos Frías López

OBSTETRICIA GENERAL**Alternativas terapéuticas en la resolución del embarazo ectópico S115**

Oswaldo Gutiérrez Cruz, Mario Sergio Cristo Aguirre, Claudio Serviere Zaragoza, José Toribio Pineda Fernández

Ruptura uterina espontánea por placenta percreta S115

Carlos Méndez Rodríguez, Arturo Verdugo Cisneros, Carlos Hiram López Jiménez, Nadia Figueroa Medrano

PUERPERIO NO COMPLICADO**Anticoncepción posevento obstétrico en mujeres VIH+/SIDA S115**

Roger Lara Ricalde, Norma Velázquez Ramírez, Elizabeth Pérez Martínez, Martín Rivera Montes Alfredo

OPERATORIA OBSTÉTRICA**Miomatosis uterina de grandes elementos asociada al embarazo con feto vivo: presentación de un caso y revisión de la literatura S116**

Antonio Sifuentes Álvarez, Wendy Berenice Martínez Soto

Hemorragia masiva transquirúrgica por placenta percreta con invasión a vejiga y parametrios. Reto a la destreza quirúrgica del ginecoobstetra S116

Fausto Moisés Coronel Cruz, María del Rocío Chillopa Rodríguez, Alejandro Vásquez

MEDICINA MATERNO FETAL**Síndrome de Prune Belly: presentación de un caso S117**

Judith Reynaga Hernández, Mauro Ochoa Torres

Esclerosis tuberosa y embarazo. Presentación de un caso y revisión de la literatura S117

Beatriz Elena Santos Salazar, Fausto Coronel Cruz

Embarazo de alto orden fetal: manejo conservador con feto vivo y dos papiráceos S118

Roberto Jurado Barrera, Elvira Villa Rivera, Gregorio Magaña

COMPLICACIONES MÉDICAS DEL EMBARAZO**Inducción de estrés oxidativo por homogenados pla-****centarios de pacientes preeclámpticas: aumento de la reducción endotelial *in vitro* de MTT S118**

Lenka Patricia Pimentel Velázquez, Felipe Vadillo Ortega, Gilberto Tena Álvarez, Alejandro Zentella Dehesa

Teratoma quístico y embarazo. Reporte de un caso S119

Eric Vázquez Camacho, Gabriel Rafael Sánchez Herrera, Alejandra Guerra Frese, Felipe Alfán Guzmán

Resultados perinatales en pacientes con trombosis venosa profunda y embarazo tratadas con acenocumarina S119

Enrique Reyes Muñoz, Nayeli Elizabeth Martínez Huerta, Samuel Vargas Trujillo, Carlos Neri Méndez

Incidencia y complicaciones más frecuentes de colocación de filtro de vena cava en embarazadas con trombosis venosa profunda en el servicio de ginecoobstetricia del Hospital General de México S120

Bruno Ivan Grifaldo Maldonado, Manuel Villegas Martínez, Gregorio Magaña Contreras, Araceli Rosas Álvarez

Embarazo gemelar con un óbito (feto papiráceo) S120

Alfredo González Cortés, Jesús Hernández Hernández, Martha León Alcántara, Roberto Jurado Barrera

Diferencias de estrés oxidativo a través del 8-isoprostano en embarazadas con o sin preeclampsia S121

Ma. Antonia Basavilvazo Rodríguez, José Guadalupe Santillán Morales, Marcelino Hernández Valencia, Roberto Lemus Rocha

Colocación de filtros de vena cava en pacientes embarazadas con trombosis venosa profunda S121

Blanca Estela Manroy Lozano, Raúl Serrano Loyola, Gustavo Fink Josephi, Rocío Gómez López

DIAGNÓSTICO PRENATAL**Displasia tanatofórica S122**

Margarita Camacho Díaz, Ignacio Ronson Pérez, Fernando Escobedo Aguirre, Tomás de Jesús Mendoza Martínez

Tetralogía de Fallot S122

Margarita Camacho Díaz, Erika Cuevas Benítez, Tomás de Jesús Mendoza Martínez, José Martín Hilton Cáceres

Síndrome de Prune Belly: reporte de dos casos S123

Margarita Camacho Díaz, Armando Borja Flores, Fernando Escobedo Aguirre, Tomás de Jesús Mendoza Martínez

Cariotipo en aborto de primer trimestre. Criterios clínicos y citogenéticas S123

Dora Gilda Mayen Molina, Ricardo Meléndez Hernández, José Luis Saucedo Hernández, Eva Ramírez Arroyo

Trisomía 14 en mosaico detectada en líquido amniótico. Presentación de un caso y revisión de la literatura S124

Dora Gilda Mayen Molina, Ricardo Meléndez Hernández, Ma. Teresa Leis Marques, Carlos Quesnel

Síndrome de Turner. Presentación de un caso S124

Norma Angélica Aguayo Chávez, Guillermo Romero

Morón, Guadalupe Ortega Medina, Karina Ledesma González

Anomalía del tallo corporal: diagnóstico prenatal a las 15 semanas de gestación con ultrasonido tridimensional en tiempo real. Reporte de un caso y revisión de la literatura S125

Ricardo Esparza Pérez, Héctor González Lozano, Arturo Eduardo Dowell Delgado

El enfoque del asesoramiento genético perinatal S125
Ma. del Rocío Báez Reyes

Óbito de un gemelo S126
Norma Angélica Aguayo Chávez, Alfredo Steven Morales Marín, David Samuel Flores Macías, Julia Isabel López Benítez

Diagnóstico por ultrasonido de gastrosquisis S126
Blanca Vara Miranda, Silvia Pestaña Mendoza, Francisco Sánchez Cruz, Mauricio Santamaría Ferreira

GENÉTICA

Diez años de experiencia de la Clínica de Genética de la Reproducción en el Instituto Nacional de Perinatología S127

Ma. del Rocío Báez Reyes, Gema Noceda Rivera

Aspectos bioéticos del diagnóstico prenatal S127
Ma. del Rocío Báez Reyes

FISIOLOGÍA FETAL

Selección de esteroides antenatales: cuáles y por qué usarlos S128

Cizani Meneses Núñez, Luis Eduardo Romero Nava, Alex Antonio Rico Padrón

OBSTÉTRICO

Diagnóstico por ultrasonido de gastrosquisis S128
Blanca Vara Miranda, Silvia Pestaña Mendoza, Francisco Sánchez Cruz, Mauricio Santamaría Ferreira

Nacimiento vaginal después de una cesárea previa S129

Alfredo Alaniz Sánchez, Marisol Morales Ballinas, Alma Briseida Aragón Santos, Francisco Javier Degollado Bardales

Diagnóstico prenatal de un gemelo acárdico: reporte de un caso S129

Nadia Josefina Figueroa Medrano, Mauro Ochoa Torres

SALUD PÚBLICA

Prevalencia de cesárea en el Hospital Central Norte. Un problema de salud pública S130

Jorge Zepeda Zaragoza, Edgardo Bustillos Alamilla, Betzabeth Cadena Castillo, Omar Hernández Flores

EPIDEMIOLOGÍA

Reacción cutánea severa secundaria a la nevirapina. Revisión de un caso S130

Indalecio Gustavo Martínez Velasco, Javier Sada Tamayo, Josefina Medina Guerrero, Armando Tejo Moreno

ESTADÍSTICA Y FRECUENCIA DE ENFERMEDADES

Morbi-mortalidad del recién nacido hijo de madre con preeclampsia S131

Areli Reyes González, Samuel Alejandro Liévano Torres, Isela Santos Vera

MISCELÁNEOS

El Dr. George Papanicolaou en la filatelia y numismática S131

Paolo Di Castro Stringher

El cáncer cervicouterino y de mama en la filatelia mundial S132

Paolo Di Castro Stringher



Presentación

Desde hace muchos años la revista de GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DE MÉXICO asumió el compromiso de publicar los resúmenes de los trabajos libres que se presentan en los Congresos Mexicanos de Ginecología y Obstetricia. Esto abrió la puerta a la difusión de la experiencia personal y general de los ginecólogos y obstetras mexicanos porque GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DE MÉXICO es una revista cada vez más consultada a través de la internet: en la actualidad suma más de 12,000 consultas mensuales, 49% de ellas de médicos mexicanos.

El hecho de que GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DE MÉXICO esté indexada en: Artemisa, Embase Cd/Obstetrics and Gynecology, Embase Cd/Pediatrics, Excerpta Medica, Index Medicus, Índice Médico Latinoamericano, LILACS, Medline, Science Citation Index, Ulrich y Ebsco, es resultado del esfuerzo de todos sus autores, por ello es hoy un foro muy atractivo para exponer los resultados de trabajos de investigación, reportar casos, divulgar consensos o revisar temas.

Es muy satisfactorio reconocer que la presentación de trabajos libres en forma oral, carteles o en videos esté creciendo entre un congreso y otro. En esta oportunidad, los organizadores del programa científico consideraron que la exposición de los trabajos libres

debería tener mayor relevancia y no competir con los horarios de otras actividades, a fin de permitir que los médicos interesados en temas particulares de la ginecología y obstetricia asistan a salones en donde los trabajos orales y en videos sean de una sola temática.

La exposición de los trabajos libres es una gran oportunidad para el intercambio de experiencias entre los ponentes de los mismos y los asistentes, oportunidades muy propicias para el planteamiento de preguntas y escuchar las correspondientes explicaciones.

Hacemos votos porque la mayor parte de esos trabajos se presente in extenso al Comité Editorial de nuestra revista para que la comunidad de ginecólogos y obstetras de habla hispana pueda, posteriormente, conocer lo que estamos haciendo, lo que estamos investigando.

Sean todos bienvenidos a este 57 Congreso Mexicano de Ginecología y Obstetricia con el anhelo de que en su foro encuentren la respuesta a sus expectativas de enseñanza médica continua.

Dr. Carlos Fernández del Castillo
Presidente del Comité Ejecutivo

GINECOLOGÍA GENERAL**Evaluación diagnóstica de la cánula de Pipelle en la biopsia endometrial de pacientes con hemorragia uterina anormal****Autor:**

Josefina Lira Plascencia

Coautores:

Manuel Mota González, Héctor Anaya Coeto, Marco Antonio Mota González

Institución:

Departamento de Ginecología. Instituto Nacional de Perinatología

Objetivo: evaluar la impresión diagnóstica de la cánula de Pipelle en la aspiración endometrial de mujeres con hemorragia uterina anormal. **Tipo de estudio:** prospectivo, revisión de casos. **Material y métodos:** se evaluó un total de 78 mujeres premenopáusicas con hemorragia uterina anormal, a las cuales se les realizó aspiración endometrial mediante la cánula de Pipelle en el consultorio, previo a la realización de histerectomía total abdominal, como tratamiento de su patología. Se recabó la siguiente información: edad, antecedentes ginecológicos y obstétricos, evolución del padecimiento, calidad de la muestra endometrial obtenida mediante la cánula y el diagnóstico histopatológico del mismo. Se comparó el diagnóstico histopatológico final de la pieza quirúrgica con el resultado del aspirado endometrial. **Resultados:** la edad promedio de la muestra fue de 41.8 ± 8.7 años, la menarca se reportó a los 12.7 ± 1.6 años de edad. La paridad promedio fue de 3.2 ± 2.1 gestaciones. Todas presentaban ciclos menstruales del tipo de hiperpolimenorrea con una evolución promedio de 8.6 ± 9.3 meses. La hemoglobina promedio se reporta en 9.2 ± 2.8 gr/dl. El resultado de biopsia endometrial fue el siguiente: endometrio secretor 28.2%, endometrio proliferativo 47.4%, pólipos endometriales 11.5% e

hiperplasia simple en 12.8% de los casos. El resultado histopatológico endometrial de la pieza quirúrgica fue: endometrio secretor 28.2%, endometrio proliferativo 47.4%, pólipos endometriales 12.8%, hiperplasia simple 11.5%. No se reportó ningún caso de cáncer endometrial. **Conclusiones:** la biopsia de endometrio mediante cánula de Pipelle resulta en una adecuada herramienta diagnóstica en pacientes con hemorragia uterina anormal.

Características clínicas de la dismenorrea primaria en mujeres adolescentes**Autor:**

Josefina Lira Plascencia

Coautores:

Héctor Oviedo Cruz, Valentín Ibarra Chavarría, Francisco Ibargüengoitia Ochoa

Institución:

Departamento de Ginecología. Instituto Nacional de Perinatología

Objetivo: describir el comportamiento clínico de la dismenorrea en mujeres adolescente. **Tipo de estudio:** prospectivo, análisis de casos. **Material y métodos:** se trata de un estudio prospectivo de análisis de casos, de 86 mujeres adolescentes con diagnóstico de dismenorrea primaria. Se recabó la siguiente información: edad, menarca, evolución y tipo de dismenorrea (leve, moderada, intensa). Se indicó tratamiento con anti-inflamatorios no esteroideos (AINES) y con anti-conceptivos orales combinados (AOC) por tres ciclos cada uno respectivamente. Se evaluaron las variables mediante medidas de tendencia central y porcentajes. **Resultados:** la edad promedio de la muestra fue de 17.5 ± 2.0 años, la menarca se reportó a los 11.7 ± 1.3 años, todas con ciclos menstruales regulares. El 80% de los casos reportó el inicio de la dismenorrea con la aparición de la menarca. Se encontró dismenorrea leve en 32%, moderada en 50% y severa en 17% de

la muestra. Se administró por tres ciclos un AINES (ácido mefenámico, 800 mg. cada 8 hrs. por 3 días), disminuyó la intensidad de la dismenorrea en 67%. Con el uso de AOC (etinil estradiol 20 mcg. y levonorgestrel 100 mcg.) se reportó mejoría en el 97% de los casos. **Conclusiones:** la dismenorrea primaria en la mujer adolescente se reporta en un 50% como moderada y en 17% como intensa. Mejora con el uso de AINES en 67% y hasta 97% con la prescripción de AOC de baja dosis.

GINECOLOGÍA OPERATORIA

Histerectomía vaginal con biclamp, técnica innovadora

Autor:

Luis Alberto Pérez Flores

Coautores:

Juan Solís Medrano, Joaquín Oliva Cristerna, Ricardo Martínez Aguirre

Institución:

Hospital de Ginecología y Obstetricia Tlatelolco del IMSS

Objetivo: dar a conocer las ventajas y los beneficios con esta técnica. **Tipo de estudio:** descriptivo, observacional, retrospectivo. **Material y métodos:** se revisaron expedientes clínicos de pacientes sometidas a histerectomía vaginal con Biclamp, de Octubre 2004 a Enero 2006. (N= 154). 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 154 pacientes de 30 a 69 años, el 90% con cirugías previas. **Diagnóstico preoperatorio:** miomatosis uterina 100 (64%), hemorragia uterina anormal 32 (20.7%), prolapso uterino 15 (9.7%), hiperplasia de endometrio 6

(3.8%) cáncer cérvico uterino 1 (.6%). Anestesia 98% bloqueo peridural. Tiempo quirúrgico promedio 73 min. Sangrado operatorio promedio 200 ml. Peso del útero de 75 a 600 g. Estancia hospitalaria 1 a 2 días. **Complicaciones:** hemorragia 3 (1.9%), reintervención 5 (3.2%), lesión vesical 1 (.6%), lesión de recto 1 (.6%), absceso de cúpula 5 (3.2%), hematoma 2 (1.2%) tromboflebitis 1 (.6%). **Conclusiones:** esta técnica ofrece disminución del tiempo quirúrgico, sangrado y morbilidad con personal entrenado, reduce estancia hospitalaria, tiempo de incapacidad y gastos hospitalarios, teniendo como requisito que no exista descenso uterino. La recuperación de la paciente es mucho más rápida, convirtiéndose en una técnica innovadora de mínima invasión sin cicatriz y rápida recuperación.

Histerectomía total abdominal. Resultados de un año de trabajo en una clínica de ginecología de tercer nivel

Autor:

Josefina Lira Plascencia

Coautores:

Manuel Mota González, Héctor Anaya Coeto, Marco Antonio Mota Galván

Institución:

Departamento de Ginecología. Instituto Nacional de Perinatología

Objetivo: evaluar el curso clínico de pacientes sometidas a histerectomía total abdominal (HTA). **Tipo de estudio:** prospectivo de revisión de casos. **Material y métodos:** se analizó un total de 123 casos de mujeres que fueron sometidas a HTA, durante el período de enero del 2005 a enero del 2006. Se analizaron las siguientes variables: edad, antecedentes ginecológicos y obstétricos, indicación de la cirugía, tiempo quirúrgico, complicaciones quirúrgicas y postquirúrgicas. Se utilizaron medidas de tendencia central y proporciones. **Resultados:** la edad promedio de las pacientes fue de 48.3 ± 11.5 , con una menarca de 12.5 ± 1.9 años de edad. La paridad promedio fue de 3.8 ± 2.6 embarazos. Las pacientes referían hemorragia uterina anormal en un 72% y dolor pélvico crónico en 28% de los casos. El tiempo quirúrgico promedio fue

de 120 ± 52.8 minutos. Las complicaciones transquirúrgicas fueron: lesión vesical en 3% e intestinal en el 1% de los casos. El promedio de estancia hospitalaria fue de 72 ± 28.3 días. Las complicaciones postquirúrgicas que se reportan son: infección urinaria en 17%, infección de herida quirúrgica en 5% y absceso de cúpula vaginal en 3%. El reporte histopatológico final fue: leiomiomatosis en 63.4%, adenomiosis en 18.6%, pólipos endometriales en 8.1%, hiperplasia endometrial en 5.6% y otras 4.0%. **Conclusiones:** la principal causa de HTA fue dolor pélvico crónico, las complicaciones transquirúrgicas fueron lesiones vesicales e intestinales. Los diagnósticos finales más frecuentes fueron miomatosis, adenomiosis y pólipos endometriales.

TRATAMIENTOS QUIRÚRGICOS

Infertilidad debida a SOP y aborto habitual debido a incontinencia itsmicocervical y con lesión de bajo grado por VPH: comunicación de un caso

Autor:

Miguel Angel Bernal Davish

Coautores:

María Natividad Guzmán Tapia, Armando Méndez Pérez, Alberto Hernández Valencia

Institución:

Facultad de Medicina de la Universidad Veracruzana

Existen 100 millones de parejas infértiles en todo el mundo y se incrementan 2 millones cada año, una de las causas de infertilidad es la paciente abortadora habitual por incontinencia itsmicocervical y es la primera causa de pérdidas de los productos en embarazos del segundo trimestre. Se trata de paciente de 30 años de edad con AGO, menarca 12 años, ritmo opsomenorrea, IVSA 24 años, gesta 4, abortos 3, LUI 3, cesárea 1, MPF hormonales orales. Se le confirmo SOP por clínica, USG y endocrinológicamente, iniciándose tratamiento a base de citrato de clomifen y coito programado logrando el primer embarazo produciéndose un HMR, el segundo embarazo molar,

el tercero pérdida a las 19 semanas por incontinencia itsmicocervical y el cuarto lográndose embarazo con cerclaje cervical con nacimiento de cesárea de PUV de sexo femenino de peso 2525 gr. talla 47 cm., Capurro 36 semanas, Apgar 8/9, posterior al puerperio se le realizó colposcopia encontrándose VPH se le realizó electrocirugía reseccándose la lesión la cual se confirmó por estudio histopatológico. Es importante tomar en consideración las prioridades de la paciente como en este caso, que era el de lograr un embarazo de término y realizar todos los procedimientos pertinentes de acuerdo a esta prioridad.

REPORTE DE CASOS RAROS

Fijación al ligamento sacroespinoso en el prolapso de la cúpula vaginal

Autor:

Arnulfo Martínez Chapa

Coautores:

José Rodrigo Martínez Villanueva, Alejandra Mayela Briones Martínez, Eduardo Ivan Garza Garza

Institución:

Hospital Regional Monterrey, ISSSTE

Objetivo: evaluar los resultados en función de recurrencia de la técnica de fijación al ligamento sacroespinoso en el prolapso de cúpula vaginal. **Tipo de estudio:** serie de casos. **Material y métodos:** se intervinieron 79 casos de prolapso de cúpula vaginal (26 con eversión de cúpula vaginal y 53, posteriores a histerectomía vaginal) mediante fijación al ligamento sacroespinoso de noviembre 1997-2005. En la evaluación preoperatoria se identificó la EC considerado el punto C. Se realizó cirugía concomitante tipo reparación paravaginal-vía vaginal y reparación de enterocele, según fue necesario. En todos los casos se efectuó reparación posterior y miorrafia de elevadores. Se consideró falla objetiva al tratamiento ante punto C igual o mayor a -1. El seguimiento varió de 6 meses a 7.5 años con una pérdida de 14 casos. **Resultados:** la edad promedio fue 69 años (56-76); 36% estaba en EC II; 42% en EC III y 22% en EC IV. Hubo reparación

paravaginal-vía vaginal en 64% (42/65); reparación de enterocele, en 41% (27/65); fijación unilateral al sacroespino, en 40% (26/65) y bilateral, en 60% (39/65). El tiempo operatorio fue 80 minutos y se elevó a 140 c/cirugía concomitante; 3 casos presentaron hemorragia intraoperatoria. El 10.7% (7/65) registró recurrencia a los 12, 18, 24, 26, 28, 37 y 50 meses; identificándose tabaquismo, sobrepeso y paridad como factores de riesgo. **Conclusión:** el porcentaje de recurrencia es alto, no obstante en otras series se ha reportado hasta de 30%. Esta técnica está recomendada en abordajes vaginales.

Manejo quirúrgico ginecológico en paciente con asociación MURCS

Autor:

María Guadalupe Velasco Sánchez

Coautores:

Manuel Franco Solís, José Francisco Cervantes Chávez, Teodoro Medel

Institución:

CMN 20 de Noviembre, ISSSTE

Objetivo: presentar el manejo quirúrgico ginecológico de una paciente con asociación MURCS. **Tipo de estudio:** caso clínico. **Material y métodos:** femenino de 19 años de edad con síndrome de Klippel Field. Laparatomía exploradora en agosto de 2000 en su hospital de envío por hemoperitoneo y hematocolpos encontrando útero unicornio, anexo izquierdo ausente, cérvix y vagina incomunicados, estenosis de tercio superior de vagina e himen imperforado. Se le realizó drenaje de hemoperitoneo, apertura de himen y estenosis vaginal con dificultad y drenaje de hematocolpos. Recidiva del hematocolpos con redrenajes en cinco ocasiones. Histeroscopia en noviembre de 2002 en nuestra Unidad en la que se encontró vagina de 6 cms., estenosis del tercio superior y probable ausencia cervical. Histerectomía abdominal en abril de 2003 con mismos hallazgos y anexo derecho enclaustrado, ligamento redondo izquierdo en el sitio del cardinal y cérvix ausente. Dilatación transretrograda de la estenosis. Al año dolor abdominal y sangrado vaginal

cíclico. La TAC en febrero de 2006 reportó imagen sólida en espacio vesicorrectal de 7x2 cms. y por ultrasonido quiste de anexo izquierdo de 3 cms. Segunda laparatomía apertura de abdomen con técnica Maylard encontrando ovario izquierdo en línea paramedia izquierda a 4 cms. supraumbilical, con quiste tabicado de 5 cms. enucleándolo. Muñón cervical de 5 cms. de longitud sin colecciones extirpándolo hasta la estenosis. **Resultados:** endometriosis vaginal y quistes foliculares. **Conclusiones:** asociación MURCS incluye alteraciones Müllerianas (100%), renales (29%) y somitas cervicales (85%). Incidencia 1/50,000 mujeres. Sospechar en síndrome Klippel Field. Debe realizarse la apertura de pared abdominal amplia como la tipo Maylard ya que no siempre están accesibles todas las estructuras pélvicas.

Asociación esquisis en síndrome de cordón corto. Comunicación de un caso

Autor:

Paolo di Castro Stringher*

Coautores:

Marzia Bezzetti Colonna, Manuel Borges Ibañez**

Institución:

* Instituto de Esterilidad y Salud Reproductiva, SC

** Hospital Santa Teresa

Objetivo: informar un raro caso de asociaciones malformativas con cordón corto. **Tipo de estudio:** observacional, retrospectivo, longitudinal, descriptivo. **Material y métodos:** paciente de 29 años, secundigesta, con embarazo de 23.3 semanas, naciendo feto muerto de sexo indeterminado, unido a placenta de 190 gramos por cordón umbilical de 9 cm con arteria umbilical única. **Resultados:** externamente el feto con deformaciones posturales de tórax, pelvis y miembros inferiores, genitales ambiguos, ano imperforado y ausencia de uretra. Hay mielomeningocele lumbosacro y onfalocoele que contiene estómago, intestino delgado y grueso, hígado, bazo y vejiga. El delgado malrotado, hay ausencia de apéndice y ciego. La vejiga dilatada, su pared se continúa con la del intestino grueso formando una cavidad irregular de 4 x 3 cm. El riñón

derecho con displasia multiquistica. Sobre la vejiga se aprecian restos de ovario y trompa uterina. No se observan vagina ni útero. **Conclusiones:** el caso corresponde a un síndrome de cordón corto (SCC), el cual se caracteriza por una longitud del cordón frecuentemente menor a 10 cm. La longitud del cordón se determina en útero por la actividad fetal y la tensión aplicada durante el crecimiento. La relación con el onfalocele se establece cuando la tracción sobre un cordón corto impide el regreso de las estructuras abdominales, que además muestran importantes alteraciones en su desarrollo embriológico, hacia la cavidad celómica. Se conocen 6 grupos de SCC, dependiendo de las otras alteraciones asociadas. Este caso corresponde al grupo III, donde el SCC se acompaña de defectos de cierre en campo de desarrollo en línea media (onfalocele, labio o paladar hendido, ectopia cordis, extrofia vesical, defectos de tubo neural).

Listeriosis congénita. Comunicación de un caso

Autor:

Paolo di Castro Stringher*

Coautores:

Marzia Bezzerri Colonna, Francisco Javier Hagenbeck Altamirano**

Institución:

* Instituto de Esterilidad y Salud Reproductiva, SC

** Hospital Santa Teresa

Objetivo: presentar un caso de pérdida reproductiva asociada a infección por *Listeria monocytogenes*. **Tipo de estudio:** observacional, retrospectivo, longitudinal, descriptivo. **Material y métodos:** se trató de una mujer de 35 años, gesta 4, cesáreas 2, aborto 1. A las 6 y 12 semanas de gestación el control prenatal sin alteraciones. A la semana 18.5 presentó fiebre de 40°C, y dolor a la movilización uterina. Un ultrasonido reportó muerte fetal, por lo cual se realizó inducto-conducción. **Resultados:** se obtuvo un feto femenino de 192 gramos, con desarrollo acorde a 18-19 semanas. Se apreció neumonía intrauterina mínima y colonias bacterianas en pulmones, corazón y riñones. La placenta pesó 150 gramos, con un desarrollo aproximado de 20 sema-

nas. Se observó corioamnionitis, funisitis, villitis con microabscesos y deciduitis necrotizante. En base a los hallazgos morfológicos sugestivos, se realizaron policultivos a la paciente, siendo el rectal positivo a *Listeria monocytogenes*. **Conclusiones:** la *Listeria monocytogenes* infectó al feto y su placenta tanto por vía ascendente, manifestada por la corioamnionitis y la funisitis, como por vía hematogena, evidenciada por la villitis y la deciduitis necrotizante. El primer reporte de un brote de 41 casos de listeriosis ocasionado por alimentos se reportó en Canadá en 1981. Reinterrogando a la paciente, se alimentó en los USA con una marca de queso posteriormente boletinado para esta bacteria. La incidencia en embarazadas es de 12 x 100 mil. En un 96% de las infecciones maternas habrá consecuencias perinatales como son aborto, parto prematuro, y sepsis neonatal, ésta con altas tasas de mortalidad (38%) y morbilidad por secuelas neurológicas.

Embarazo ectópico triple espontáneo. Comunicación de un caso

Autor:

Ernesto Castelazo Morales

Coautores:

Alberto Kably Ambe, Roberto Pile Trujillo, María de Lourdes Molinar Horcasitas

Institución:

Centro Especializado para la Atención de la Mujer. Hospital Ángeles Lomas

Introducción: el embarazo ectópico es la implantación del mismo fuera de la cavidad uterina. La incidencia varía entre 1.2 a 1.4% del total de embarazos. En México, la incidencia es de uno por cada 200 a 500 embarazos. Los factores de riesgo para desarrollar la patología son la salpingitis infecciosa, y sus secuelas anatómicas, así como las técnicas de fertilización asistida. Otras causas son el antecedente de ectópico previo, tabaquismo, anticoncepción y cirugía pélvica. El 97% se presentan en salpinx. **Material:** se presenta el primer caso de un embarazo ectópico tubario triple espontáneo, atendido en el Centro Especializado para la Atención de la Mujer en un lapso de 7 años. **Reporte**

de caso: paciente de 30 años, GIII CIAI. Amenorrea de 7 semanas, dolor abdominal y sangrado transvaginal, con hCG- B de 22, 700 mUI. Ultrasonido con reporte de embarazo ectópico derecho. El tratamiento fue salpingectomía derecha laparoscópica. Reporte de histopatología menciona embarazo ectópico tubarico derecho con tres embriones. **Comentario:** el 1% de los embarazos ectópicos son múltiples, por lo que el embarazo ectópico triple es extremadamente raro. Sólo hay reportados en la literatura 13 casos y este es el primero reportado en nuestro centro. Este caso no fue secundario a técnicas de reproducción asistida. La etiología es por obstrucción inflamatoria y alteración hormonal que interfiere con el transporte tubario. La mayoría de las veces la resolución es quirúrgica, pero se puede realizar terapéutica médica siguiendo los criterios de manejo del embarazo ectópico tubario único.

Coriangioma gigante y sus complicaciones perinatales. Comunicación de un caso

Autor:

Leonardo Ramírez Arreola*

Coautores:

Leyza Angélica Nieto Galicia,** Elibelleth Gómez García,* Jorge Alejandro Cerda López****

Institución:

* Residente de tercer año de ginecología y obstetricia

** Residente de cuarto año de ginecología y obstetricia

*** Residente de segundo año de ginecología y obstetricia

**** Médico adscrito al servicio de ginecología y obstetricia

Hospital General de Matamoros Dr. Alfredo Pumarejo, Matamoros, Tamaulipas, México

Se presenta un caso clínico de paciente primigesta que acude por salida de líquido transvaginal diagnosticándose polihidramnios secundario a coriangioma de la placenta de aproximadamente 7 cm, el cual se corroboró con el resultado anatomohistopatológico

que reportó corioangioma de la placenta con las tres variedades histológicas: celular, angioblástica y degenerativa. Se analiza el caso y sus complicaciones, tales como: polihidramnios, ruptura prematura de membranas y parto pretérmino. Se revisa la literatura existente.

Tratamiento de los riesgos cardiovasculares del síndrome de Marfán en el embarazo. Comunicación de dos casos

Autor:

Roberto Rodríguez Bosch

Coautores:

José Antonio Hernández Pacheco, Omar Felipe Dueñas García, Hugo Rico Olvera

Institución:

Instituto Nacional de Perinatología

Objetivo: identificar los puntos clave en el seguimiento, tratamiento y vía de resolución del embarazo en pacientes con síndrome de Marfán.

Tipo de estudio: reporte de 2 casos. El síndrome de Marfán es una enfermedad del tejido conectivo, con herencia autosómica dominante, secundaria a un defecto en el gen de la fibrilina-1 en el cromosoma 15. Esta enfermedad se relaciona con alteraciones en el sistema músculo-esquelético y cardiovascular. La alteración cardiovascular de mayor riesgo es la dilatación de la raíz aórtica la cual se asocia con disección y ruptura aórtica, que condicionan muerte súbita. El embarazo se ha relacionado con aumento de la dilatación aórtica incrementando el riesgo para complicaciones vasculares, especialmente durante el trabajo de parto. El diagnóstico y el tratamiento en el embarazo debe de estar encaminado a minimizar el riesgo de disección, aneurisma o ruptura aórtica. En el presente trabajo se presentan dos casos clínicos de síndrome de Marfán con dilatación aórtica asociados al embarazo. Se ilustra el diagnóstico y tratamiento de las complicaciones y las implicaciones obstétricas como la incompetencia ístmico cervical. En los dos casos se realizó vigilancia ecocardiográfica mater-

na seriada, el uso de betabloqueadores durante el embarazo y se discute la vía de resolución de acuerdo a la afección cardiovascular. **Conclusiones:** el síndrome de Marfán es una entidad que requiere de vigilancia ecocardiográfica materna seriada, el uso de betabloqueadores durante el embarazo y valorar la vía de resolución de acuerdo al grado de afección cardiovascular.

UROGINECOLOGÍA

Manejo de incontinencia urinaria con cintilla vaginal libre de tensión (TOT) en UMAE núm. 23, Monterrey, NL

Autor:

Judith Reynaga Hernández

Coautores:

Carmen Jaqueline González Gómez, Sandra Patricia Villa Velázquez, Manuel Nava Bermea

Institución:

IMSS

Objetivo: mostrar la experiencia en UMAE núm. 23 con el uso de cintilla vaginal libre de tensión (TOT) en incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE). **Tipo de estudio:** serie de casos. **Material y métodos:** se evaluaron los casos de IUE tratada con TOT de mayo del 2005 a mayo 2006, en el servicio de Urología Ginecológica. Las variables analizadas fueron: Edad, enfermedades crónico-degenerativas, estancia intrahospitalaria, cistometría pre y postquirúrgica, complicaciones del procedimiento y una encuesta acerca de la percepción subjetiva del grado de mejoría de la paciente. **Resultados:** la edad promedio fue de 45 años. El 27.77% de las pacientes contaban con el antecedente de DM, la estancia intrahospitalaria fue de 24 h en el 100% de los casos. La cistometría pre-tratamiento mostró que 9 (50%) de las pacientes presentaban IUE en decúbito y 18 (100%) de pie, mientras que la postratamiento 2 (11.11%) y 6 (33.33%) respectivamente ($p < 0.25$ y 0.001). No existieron complicaciones quirúrgicas ni post-quirúrgicas. El 66.66% de las pacientes mencionó mediante una encuesta percibir mejoría en cuanto a su sintomatología. **Con-**

clusiones: en nuestra experiencia observamos que la cintilla vaginal libre de tensión es una alternativa de tratamiento que ofrece ventajas como: corta estancia intrahospitalaria, baja incidencia de complicaciones quirúrgicas y una mejoría clínica importante en las pacientes. Por ende, es una buena alternativa terapéutica de elección para incontinencia urinaria de esfuerzo.

DEFECTOS DEL PISO PÉLVICO

Sacrocolpopexia abdominal en la eversión de cúpula vaginal posthisterectomía

Autor:

Arnulfo Martínez Chapa

Coautores:

Irma Alyttet Balderas Cerda, German Martínez Garza, Francisco López Verdugo

Institución:

Hospital Regional Monterrey, ISSSTE

Objetivo: evaluar la efectividad de la técnica sacrocolpopexia abdominal en la eversión de cúpula vaginal posthisterectomía. **Tipo de estudio:** serie de casos. **Material y métodos:** se intervinieron 57 casos EC II, III, IV de noviembre 1994-2005 utilizando en 12 casos Gorotex y en 35 malla de polipropileno. Las suturas fueron permanentes c/prolene 00. En todos se practicó culdoplastia de Halban; en 32, reparación paravaginal-abdominal; en 15 se cerró el defecto paravaginal y Burch-Tanagho conjuntamente. Sólo en 22 casos se realizó reparación posterior vía vaginal. El seguimiento varió de 8 meses a 10 años. Se registró una pérdida de 11 casos. **Resultados:** la edad promedio fue 67 ± 5.6 años; en EC II, 32/46 (69.9%); EC III, 8/46 (17%); y EC IV, 6/46 (13%). La media de tiempo operatorio fue $140 \pm 40'$ y de pérdida sanguínea 400 ± 50 cc. Se presentó hemorragia intraoperatoria en 3/46 (6%) y se identificaron durante el seguimiento 3 erosiones de injerto en cúpula vaginal (2 con Gorotex y 1, con malla). Hubo 1 caso de prolapso de pared anterior a nivel -1 y ningún prolapso de cúpula vaginal.

Conclusiones: la complicación intraoperatoria más frecuente fue la hemorragia y la erosión del injerto como complicación tardía sin recurrencia alguna. Por lo tanto, es la mejor técnica para conservar la cúpula vaginal en su posición normal.

Reparación paravaginal vía abdominal en el prolapso de la pared anterior

Autor:

Arnulfo Martínez Chapa

Coautores:

Juan Carlos Cerda Ramírez, Sara Elisa Leal Manzanarres, Miguel Angel Luna Macías

Institución:

Hospital Regional Monterrey, ISSSTE

Objetivo: evaluar los resultados con respecto a la recurrencia de la reparación paravaginal por vía abdominal en el prolapso de pared anterior. **Tipo de estudio:** serie de casos. **Material y métodos:** se repararon 116 casos con prolapso de pared anterior mediante reparación paravaginal abdominal en etapas clínicas II-IV durante septiembre 1994-diciembre 2005. Hubo histerectomía abdominal concomitante en 59 casos y sacrocolpopexia transabdominal, en 46. Los defectos se identificaron clínicamente siendo los laterales derechos más frecuentes. Se utilizaron suturas permanentes Ethibond 00 (n=72) y Prolene 00 (n=44). Todas las reparaciones paravaginales fueron realizadas bilateralmente así como culdoplastia de Halban. Se realizó evaluación pre y postoperatoria y se contó con seguimiento de 1 a 10 años en 95 casos. Se consideró como recurrencia cuando en el valsalva se identificó prolapso a nivel -1. **Resultados:** se detectó defecto lateral derecho en 76%; transversal, 10%; central, 8%; y lateral izquierdo, 6%. El tiempo operatorio independiente de la cirugía concomitante fue de 30±15'. La recurrencia fue de 8.5% a los 2, 3, 4.5 y 6 años en los siguientes sitios: central en 6/95 (5.7%) y lateral en 3/95 (2.8%). El 6.6% presentó hemorragia intraoperatoria (3.8% por histerectomía difícil y 2.8% por la técnica de reparación paravaginal). No hubo infección o retención urinaria. En 4

casos se detectaron hilos de Ethibond en vagina y en 2, enterocele. **Conclusiones:** la reparación paravaginal por vía abdominal en el prolapso de pared anterior es un procedimiento útil en reconstrucción abdominal.

Reparación paravaginal por vía vaginal en el prolapso de la pared anterior

Autor:

Irma Alyttet Balderas Cerda

Coautores:

Aracely del Carmen Martínez Cruz, Arnulfo Martínez Chapa, Juan Carlos Cerda Ramírez

Institución:

Hospital Regional Monterrey, ISSSTE

Objetivo: evaluar la efectividad de la reparación paravaginal por vía vaginal en el prolapso de pared anterior. **Tipo de estudio:** serie de casos. **Material y métodos:** se intervinieron 92 casos de prolapso de pared anterior mediante reparación paravaginal-vía vaginal en EC II, III y IV durante septiembre 1998-diciembre 2005. La evaluación fue por defectos de sitio específico preoperatorio (lateral, transversal, central y apical). Se utilizaron suturas no absorbibles. En 26 casos se realizó cirugía concomitante de fijación al ligamento sacroespinoso y en 31 histerectomía vaginal. Se definió cura objetiva y falla de acuerdo al sistema POP-Q. El tiempo de seguimiento varió de 9 meses a 6 años. Se contó con información en 74 de los 92 casos. **Resultados:** la edad promedio fue de 59 años (49-66) con EC II, 62%; EC III, 22%; EC IV, 16%. Defectos encontrados fueron: 79%, lateral; 13%, transversal; 8%, central; y no se detectó defecto apical. El tiempo operatorio promedio fue de 70' y de pérdida sanguínea, 450 cc. Se presentaron 9 casos (12.1%) con hemorragia intraoperatoria >1000 cc. La recurrencia objetiva se registró en 6 casos (8.1%), de los cuales 4 fueron defectos centrales, 1 lateral y 1 transversal. **Conclusión:** la restauración completa de la fascia pubovesicocervical mediante la reparación paravaginal por vía vaginal es efectiva en el prolapso de pared anterior.

MANEJO QUIRÚRGICO DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO

Experiencia de la Clínica de Urología Ginecológica del INPerIER en la aplicación de cintas

Autor:

Silvia Rodríguez Colorado

Coautores:

Laura Escobar del Barco, Carlos Ramírez Isarraraz, Edith Verónica Flores Rueda

Institución:

Instituto Nacional de Perinatología

Objetivo: describir la experiencia en colocación de cintas en la Clínica de Urología Ginecológica del INPerIER (enero 1999 - Mayo 2006). **Material y métodos:** se incluyeron pacientes con aplicación de cinta vaginal libre de tensión y malla ginecológica (TVT, TVT-O, SPARC y sacrocolpopexia). Se valoraron al mes, 3 y 6 meses, 1,3 y 5 años. Se analizó el diagnóstico por estudio de urodinámica prequirúrgico y control postoperatorio actual y 5 años. Se dividió en grupos el tipo de cirugía realizada describiendo características de cada grupo y morbilidad encontrada. **Resultados:** con 64 pacientes en 7 años: 9 aplicaciones en 1999, 2 en el 2000, 1 en 2001, 10 en 2002, 1 en 2003, 14 en 2004, 19 en 2005 y 9 hasta mayo de 2006. Con 41 aplicaciones de TVT, 12 de TVT-O, 7 sacro-colpopexias y 4 aplicaciones de SPARC, con un promedio de edad de 47.1 años. Se registraron 4 punciones vesicales post TVT, 2 en SPARC y ninguna en TVT-O. Se presentó retención urinaria en 2 pacientes con aplicación de TVT, una de ellas se resolvió con la sección de la malla por vía vaginal con anestesia local. Una paciente con TVT presentó reacción a cuerpo extraño en el área suprapúbica, retirando material de granulación y malla a ese nivel. Se reportó morbilidad de 17.7%, sin diferencia significativa entre procedimientos ($p=0.38$). El 91% de las pacientes asintomáticas a 5 años. **Conclusiones:** se considera la aplicación de mallas para incontinencia urinaria como una excelente opción terapéutica con baja morbilidad.

Tratamiento de incontinencia urinaria de esfuerzo, con cinta libre de tensión con sistema obturador

Autor:

Felipe de Jesús Flores Ramírez

Coautores:

Luis Alberto Pérez Flores, Joaquín Oliva Cristerna

Institución:

Hospital de Ginecología y Obstetricia Tlatelolco

Objetivo: mostrar el resultado preliminar del tratamiento de incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE), colocando la cinta libre de tensión con sistema obturador (TVTO). **Tipo de estudio:** descriptivo, observacional, retrospectivo. **Material y métodos:** se revisaron expedientes clínicos de pacientes, tratadas con TVTO para IUE. De diciembre 2004 a Diciembre 2005. (N= 31). Utilizando una cinta de polipropileno no absorbible TVTO, Gynecare de Ethicon, Johnson & Johnson. Recabando información en hoja de datos a investigar edad, gestas, diagnóstico, índice de masa corporal, anestesia, sangrado operatorio, tiempo quirúrgico, complicaciones, estancia hospitalaria, seguimiento valorando continencia. Utilizando porcentajes, promedios y medidas de tendencia central. **Resultados:** estudiamos 31 pacientes, edad promedio 48 años (30-77años). Gestas promedio 3. Diagnóstico 16 con IUE (51%), IUE y cistocele 10 (32%), IUE recidivante 5 (16%), peso normal 16 (51%), sobrepeso 11 (35%), obesidad 4 (12%). El 100% se aplicó bloqueo peridural. Tiempo quirúrgico promedio 24 minutos (15-40 min.). Sangrado operatorio promedio 30 mL. Complicaciones retención urinaria 1 (3.2%), equimosis de muslo 1 (3.2%). Estancia hospitalaria 1 día. Seguimiento 7 y 30 días, continencia urinaria 100%, 3 meses continencia 100%, 6 meses continencia urinaria 96 %, a 12 meses 96 % de continencia urinaria. **Conclusiones:** esta técnica TVTO reduce morbilidad, tiempo quirúrgico, estancia hospitalaria, incapacidad, incorporando a sus actividades más rápido y mejorando su calidad de vida, comparado con el estándar de oro. Con médicos entrenados el tiempo quirúrgico es de 15 minutos.

MANEJO MÉDICO DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO

Terapia conservadora del piso pélvico en la Clínica de Urología Ginecológica del Instituto Nacional de Perinatología

Autor:

Diego Meraz Avila

Coautores:

Silvia Rodríguez Colorado, Agustín Avila Vázquez, Carlos Ramírez Isarraraz

Institución:

Instituto Nacional de Perinatología

Objetivo: evaluar la experiencia en la terapia conservadora de disfunción del piso pélvico del 2003 al 2005. **Material y método:** estudio retrospectivo, analítico, transversal. **Criterios de inclusión:** incontinencia urinaria sin deficiencia intrínseca del esfínter uretral o incontinencia fecal. **Criterios de exclusión:** marcapasos cardíaco, embarazo, estado climatérico postmenopáusico, atrofia urogenital, infección de vías urinarias y cirugía genitourinaria previa a 6 meses, terapia de electroestimulación previa. 4 grupos: Incontinencia urinaria de esfuerzo, incontinencia urinaria de urgencia, incontinencia urinaria mixta e incontinencia fecal o dual. Se utilizó un equipo Myomed 932 enraf-nonius. Las terapias fueron biorretroalimentación o electroterapia para fortalecimiento muscular, inhibitoria y analgésica, electroestimulación nerviosa transcutánea (TENS). Se compararon las medias de la mejoría subjetiva entre los grupos con prueba de ANOVA unidireccional y prueba de Tukey para contrastes múltiples. **Resultados:** incluimos 409 pacientes. 41.1% con incontinencia urinaria de urgencia, 18.3% incontinencia dual, 14.4% incontinencia urinaria mixta, 13.2% incontinencia urinaria de esfuerzo y 13% incontinencia fecal. Todas las patologías presentaron mejoría. Se encontró diferencia estadísticamente significativa en incontinencia urinaria mixta, de urgencia y dual con respecto a la incontinencia urinaria de esfuerzo y fecal, por lo tanto las primeras presentan mejor respuesta subjetiva. **Conclusión:** el éxito del tratamiento conser-

vador puede ser mayor al 80%. Las expectativas de la paciente y del médico pueden ser exitosas en la mayoría de los casos. La adherencia al tratamiento depende de los resultados obtenidos y de la cooperación de las pacientes. La terapéutica conservadora es opción para las pacientes no candidatas a cirugía.

FISIOLOGÍA DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO

Sensibilidad y especificidad de la prueba de la tos contra el diagnóstico urodinámico para incontinencia urinaria de esfuerzo

Autor:

Silvia Rodríguez Colorado

Coautores:

Mayra Sesman Bernal, Laura Escobar del Barco, Carlos Ramírez Isarraraz

Institución:

Instituto Nacional de Perinatología

Objetivo: determinar la sensibilidad y especificidad de la prueba de la tos como prueba clínica contra el diagnóstico urodinámico como estándar de oro para IUE (incontinencia urinaria de esfuerzo). **Tipo de estudio:** prospectivo, analítico y transversal. **Material y métodos:** estudio realizado de Diciembre 2004 a Febrero 2005 en pacientes con protocolo diagnóstico de estudio urodinámico para evaluar la eficacia de la prueba de la tos, comparando el resultado con el diagnóstico urodinámico. Dicha prueba se realizó previo al estudio urodinámico, paciente con deseo normal de micción, en bipedestación y decúbito, pidiéndoselo toser, positiva al observar pérdida urinaria transuretral; posteriormente se realizó la prueba, con vejiga vacía con el mismo parámetro de calificación. Se incluyeron 35 pacientes, 8(22%) con cirugía antiincontinencia, 12 con de IUE (34.2%), 13 con IUM (37.2%), y 2 con Incontinencia dual (5.7%). **Resultados:** la urodinamia mostró 12 pacientes normales (34%), 12 con diagnóstico de IUE (34%), 3 con IUM (8.5%), 7 con vejiga hiperactiva (19%), y 1 con Trastorno del vaciamiento (2.8%). Del diagnóstico urodinámico de

IUE se realizó sensibilidad y especificidad para cada modalidad de la prueba, encontrando una sensibilidad del 92.3% y especificidad de 75%, VPP 77.3 y VPN 92.3 para la prueba con deseo normal de micción en decúbito. **Conclusiones:** el realizarla con vejiga llena en decúbito muestra una sensibilidad del 92% y especificidad del 75%, lo que sugiere que es la mejor forma para predecir con más certeza incontinencia urinaria de esfuerzo.

OTROS TEMAS DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO

¿Es la uroflujometría útil en el estudio de la paciente con infección recurrente de las vías urinarias bajas?

Autor:

Oscar Francisco Flores Carreras

Coautores:

Nancy Godoy Rodríguez, Patricia Velázquez Castellanos, Eduardo Orozco García

Institución:

Hospital Civil de Guadalajara. URODIFEM de Occidente, SC

Objetivo: describir los patrones de flujo que puedan ser asociados con infecciones recurrentes de tracto urinario bajo. Analizar los hallazgos uroflujométricos en pacientes con infecciones recurrentes del tracto urinario bajo. **Material y métodos:** estudio descriptivo, transversal y retrospectivo efectuado en 91 de 320 expedientes de pacientes que consultaron por síntomas de vías urinarias que contaran con expediente clínico completo, cuestionario urológico, uroflujometría y urocultivo positivo, que acudieron a Urodifem de Enero del 2000 a Marzo del 2005. El estudio de uroflujometría se realizó con deseo normal de micción (DNM) y el equipo utilizado fue uroflujómetro de peso de la casa Eris Medical. **Resultados:** el tipo de curva mas frecuente asociado a Infección Recurrente del Tracto Urinario fue el de tipo intermitente en 28/91 pacientes ($Q_{max} < 15 \text{ ml/seg}$). El germen patógeno causal mas común coincide con lo reportado en la literatura (E. Coli) así como el grupo de edad de mayor morbi-

lidad (46-50) los factores de riesgo asociados fueron el antecedente de cirugía pélvica previa (51/91). En nuestra casuística las pacientes no refirieron relación con la actividad sexual; se detectó algún grado de prolapso de órganos pélvicos en el 68% de los casos. **Conclusiones:** la infección de las vías urinarias es uno de los tipos mas comunes de enfermedades infecciosas que se encuentran en la práctica de la medicina. Cerca del 25% al 35% de las mujeres de 20 a 40 años tienen el antecedente de infección de vías urinarias. El aumento de la frecuencia de la micción, acompañada de sensación de molestia antes, durante o después de la micción, es un complejo sintomático que una gran proporción de mujeres experimentan en algún momento de su vida. Esta sintomatología se presenta con mayor frecuencia durante la fase de vaciado y una de las pruebas dentro de la urodinamia que se ha considerado útil para evaluar los síntomas de disfunción de vaciado vesical es la uroflujometría.

Sensibilidad y especificidad de la prueba de la tos contra el diagnóstico urodinámico para incontinencia urinaria de esfuerzo

Autor:

Silvia Rodríguez Colorado

Coautores:

Mayra Antonieta Sesman Bernal, Carlos Ramírez Isarraraz, Laura Guadalupe Escobar del Barco

Institución:

Instituto Nacional de Perinatología

Objetivo: determinar sensibilidad y especificidad de la prueba de la tos como prueba clínica contra el diagnóstico urodinámico como estándar de oro para IUE (incontinencia urinaria de esfuerzo). **Tipo de estudio:** prospectivo, analítico y transversal. **Material y métodos:** estudio realizado de Diciembre 2004 a Febrero 2005 en pacientes con protocolo diagnóstico de estudio urodinámico para evaluar la eficacia de la prueba de la tos, comparando el resultado con el diagnóstico urodinámico. Dicha prueba se realizó previo al estudio urodinámico, paciente con deseo normal de micción, en bipedestación y decúbito, pi-

diéndosele toser, positiva al observar pérdida urinaria transuretral; posteriormente se realizó la prueba, con vejiga vacía con el mismo parámetro de calificación. Se incluyeron 35 pacientes, 8(22%) con cirugía antiincontinencia, 12 con de IUE (34.2%), 13 con IUM (37.2%), y 2 con Incontinencia dual (5.7%). **Resultados:** la urodinamia mostró 12 pacientes normales (34%), 12 con diagnóstico de IUE (34%), 3 con IUM (8.5%), 7 con vejiga hiperactiva (19%), y 1 con Trastorno del vaciamiento (2.8%). Del diagnóstico urodinámico de IUE se realizó sensibilidad y especificidad para cada modalidad de la prueba, encontrando una sensibilidad del 92.3% y especificidad de 75%, VPP 77.3 y VPN 92.3 para la prueba con deseo normal de micción en decúbito. **Conclusiones:** el realizarla con vejiga llena en decúbito muestra una sensibilidad del 92% y especificidad del 75%, lo que sugiere que es la mejor forma para predecir con más certeza incontinencia urinaria de esfuerzo.

BIOLOGÍA DE LA REPRODUCCIÓN

Estudio comparativo en capacitación espermática del método de laboratorio (*swim-up* clásico) vs consultorio (*swim-up* simplificado) en inseminación intrauterina

Autor:

César Cruz

Coautores:

Samuel Hernández Ayup, Lidia Arenas, Georgios Karnakis

Institución:

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

La capacitación espermática ha permitido modificar la movilidad flagelar del espermatozoide, favoreciendo su penetración en el óvulo y mejorando las probabilidades de fertilización e implantación. Las dos técnicas de capacitación más utilizadas son el *swim-up* y los gradientes de seguridad. **Objetivo:** comparar los resultados de los métodos de *swim-up* clásico y el de *swim-up* simplificado. **Material y método:** estudio retrospectivo y comparativo. Se incluyeron 100 pacientes sometidas

a IUI en consultorio con edades promedio de 34 años y diagnóstico de esterilidad primaria realizado desde enero del 2002 hasta diciembre del 2003. Se dividieron en dos grupos de acuerdo al método utilizado. Grupo A- *Swim-up* clásico (realizado en el laboratorio de andrología); Grupo B-*Swim-up* simplificado (realizado en el consultorio), en donde se valoró el volumen de la muestra además el pre y post de la cuenta/ml, motilidad, morfología, CTM y el índice de embarazo en cada método. **Resultados:** se compararon el grupo A (n=50) con el grupo B (n=50) no teniendo diferencia significativa en los parámetros analizados excepto en la cuenta post (39.63 vs. 62.75 con $p < 0.001$) y CTM post (54.780 vs. 34.20 con $p < 0.002$). El índice de embarazo en el grupo A fue de 28% y en el grupo B de 22% con $p > 0.493$, no significativo. **Conclusiones:** el método de *swim-up* simplificado puede realizarse en consultorio e igualmente ser efectivo, presentando semejantes índices de embarazo en comparación con el método *swim-up* clásico, teniendo una disminución en pasos y costo.

Factores pronósticos de las parejas con infertilidad

Autor:

Ignacio Flores Sánchez

Coautor:

Salvador Gaviño Ambríz

Institución:

Centro Médico Nacional 20 de Noviembre

Objetivo: valorar los principales factores etiológicos que influyen en la pareja infértil. **Estudio:** retrospectivo, transversal, comparativo. **Material y método:** se llevó a cabo un estudio en 163 parejas con infertilidad de julio del 2004 a diciembre 2005, en pacientes, que cumplieron el protocolo de estudio, incluyendo la laparoscopia e histeroscopia y básicamente se tomaron en cuenta la edad de la paciente, años de infertilidad, procesos infecciosos como Chlamydia T, Mycoplasma Hominis, virus del papiloma humano, valores de FSH en día 3 del ciclo, procedimientos quirúrgicos, y número de factores etiológicos. Análisis estadístico. La recolección de datos se llevó a cabo en programa Excel y se aplicó estadística descriptiva y chi

al cuadrado, siendo una diferencia estadísticamente significativa valor de $p < 0.05$. **Resultados:** la edad de las pacientes fue 32.6 (± 4.6 años), hubo 32 embarazos que representa 19.6 %, siendo el mayor numero de embarazos en menores de 35 años con menos de 3 años de infertilidad. No hubo asociación entre infertilidad y mycoplasma e IVPH, si hay asociación entre el factor tubo peritoneal y chlamydia. La edad mayor de 35 años y FSH mayor de 10 UI / L en día 3 del ciclo, son de valor pronóstico, al igual que la presencia de endometriosis severa. Así como a mayor número de procedimientos quirúrgicos, menor es el número de embarazos. **Conclusiones:** la edad, los niveles de FSH basales menores de 10 UI/L, tiempo de infertilidad, presencia de Chlamydia y numero de procedimientos quirúrgicos y presencia de endometriosis severa son valores pronósticos, no así la presencia de IVPH y mycoplasma.

Frecuencia de esterilidad asociada con endometriosis diagnosticada por laparoscopia

Autor:

Sandra Pérez Silva

Coautores:

René Cortés Flores, Roberto de Jesús Infante Salinas, Raúl Cortés Flores

Institución:

IMSS, UMAE 23

Objetivo: determinar el porcentaje de endometriosis diagnosticada por laparoscopia asociada a esterilidad en la mujer infértil, en la población de la UMAE no. 23. Determinar el estadio de la endometriosis de presentarse como diagnóstico laparoscópico de infertilidad de acuerdo a la clasificación de la Sociedad Americana de Medicina de la Reproducción. **Tipo de estudio:** descriptivo, transversal, retrospectivo. **Material y métodos:** pacientes de la consulta externa de Biología de la Reproducción que cumplieron con criterios de inclusión, exclusión y eliminación en el periodo del 1 de Enero 2006 al 31 de Mayo 2006. **Análisis estadístico:** estadística descriptiva, medidas de tendencia central y de dispersión. **Resultados:** con

un total de 60 laparoscopias diagnósticas realizadas por esterilidad, se presentó en edad media 26 años ± 3 . Con un promedio de esterilidad de 2 años. Con un diagnóstico laparoscópico de endometriosis en 30.4%, subdivididas según clasificación AFS endometriosis leve 55.55%, moderada en 27.77% y severa en 16.66%. El tipo infertilidad encontrado en las pacientes fue primaria 66.6% y secundaria 33.3%. **Conclusiones:** el porcentaje de endometriosis diagnosticada por laparoscopia en una pareja infértil del 30.4% es similar a la reportada en la literatura, a excepción del 16.66% de endometriosis severa que es menor en nuestra población.

REPRODUCCIÓN ASISTIDA

Complicaciones obstétricas en embarazos logrados por FIV-TE con ovocitos propios y donados

Autor:

Sergio Estévez González

Coautores:

José Arturo Yáñez Espinoza, Roberto Pile Trujillo, Alberto Kably Ambe

Institución:

Centro Especializado para la Atención de la Mujer. Hospital Ángeles Lomas

Objetivo: conocer si la donación de ovocitos es factor de riesgo para presentar complicaciones obstétricas y malformaciones fetales. **Tipo de estudio:** retrospectivo, descriptivo, analítico. **Material y métodos:** se incluyeron 40 pacientes sometidas a FIVTE en un periodo de 2 años, se distribuyeron en 2 grupos. Grupo A: Mujeres con óvulos propios sometidas a FIVTE con o sin ICSI. Grupo B: Mujeres con óvulos donados sometidas a FIVTE con o sin ICSI, analizando las complicaciones obstétricas y malformaciones fetales en ambos grupos. **Resultados:** la edad materna promedio fue de 32.7 años en el grupo A y de 38.65 en el grupo B. La edad paterna en el grupo A fue de 34.9 años contra 42.5 años en el segundo grupo. Observando que la diferencia de edades entre grupos fue estadísticamente significativa. En relación a las complicaciones

obstétricas se observaron en el grupo A. 6 casos (30%) y en el grupo B. 9 casos (45%). Con un OR de 1.909 IC 95% (0.520, 7.007). Se encontraron 4 casos (20%) de malformaciones fetales en el grupo de donación de ovocitos y ninguno en el grupo de ovocitos propios. **Conclusiones:** en el presente estudio se mostró que la probabilidad de presentar una complicación obstétrica es de 1.9 veces más. Sin embargo hay que tomar en cuenta la diferencia de edad y el intervalo de confianza el cual es muy amplio, probablemente secundario al tamaño de la población analizada en este reporte. Es necesario hacer un estudio clínico controlado para comprobar esta afirmación.

Relación de la concentración basal sérica de FSH y estradiol con la reserva ovárica cualitativa o cuantitativa en pacientes expuestas a FIV-TE

Autor:

Carlos Quesnel

Coautores:

Gustavo Pagaza García, Sergio Estévez González, Alberto Kably Ambe

Institución:

Centro Especializado para la Atención de la Mujer. Hospital Ángeles Lomas

Objetivo: evaluar la relación cualitativa o cuantitativa que existe entre los niveles basales de FSH y estradiol con la reserva ovárica. **Tipo de estudio:** retrospectivo, descriptivo. **Material y métodos:** revisión de 480 expedientes de pacientes sometidas a FIV-TE con o sin ICSI durante un periodo de 5 años. Se analizó la relación entre la cantidad y calidad de ovocitos capturados con los niveles basales de FSH y estradiol. **Resultados:** se analizaron 480 pacientes con una edad de 33 ± 3.95 años. No hubo diferencia estadísticamente significativa respecto al número y calidad de ovocitos obtenidos. La evaluación de FSH y estradiol basal no mostró un valor significativo para la calidad de ovocitos ($p=0.11$). En relación al número de ovocitos capturados mostró una correlación significativa con FSH basal. **Conclusiones:** el valor basal de FSH mostró ser un predictor para el

número de ovocitos a capturar. Las demás variables estudiadas no mostraron una diferencia estadísticamente significativa, por lo que es importante valorar nuevas variables predictoras de la reserva ovárica cualitativa ya que esta tiene una relación importante con el éxito del procedimiento de fertilización *in vitro*.

Resultados obtenidos en un programa de reproducción asistida relacionada con el día de aspiración folicular: análisis retrospectivo

Autor:

Pedro Galache Vega

Coautores:

José Sepúlveda González, Pablo Díaz Spíndola, Otilia Lazcano Flores

Institución:

Instituto para el Estudio de la Concepción Humana

Introducción: los resultados obtenidos en un programa de TRA se han relacionado con el protocolo de estimulación utilizado, edad de la paciente, uso de análogos de GnRH, y día de la aspiración folicular, sin embargo con este último no existen suficientes estudios al respecto. **Objetivo:** analizar los resultados obtenidos relacionados al día de la aspiración folicular. **Material y métodos:** se realizó un análisis retrospectivo, comparativo. Se analizaron pacientes que entraron a un programa de reproducción asistida del año de 1997 al año 2005, en el Instituto para el Estudio de la Concepción Humana en Monterrey. La muestra se dividió en 7 grupos dependiendo del día de aspiración: grupo I (día 10 o menor), grupo II (día 11), grupo III (día 12), grupo IV (día 13), grupo V (día 14), grupo VI (día 15) y grupo VII (día 16). Se incluyen variables demográficas y variables dependientes a analizar. **Resultados:** se analizaron 1278 pacientes divididas en los siete grupos. Dentro de las variables demográficas no se encontraron diferencias significativas. Se obtuvieron en promedio de óvulos por paciente 11.26 ± 7.4 , 11.29 ± 7.4 , 11.09 ± 7.3 , 10.64 ± 7.04 , 9.39 ± 6.1 , 7.29 ± 5.2 , 5.5 ± 4.5 ($p < 0.001$), un índice de fertilización de 65.4%, 57.55%, 63.7%, 69.7%, 64.4%, 61% y 73.7% ($p=0.18$) y

un índice de embarazo de 47%, 37.5%, 32.7%, 33.2%, 31.7%, 34.7% y 19% ($p=0.58$) en cada uno de los grupos respectivamente. **Conclusiones:** se concluye que el día de aspiración influye de manera significativa en el número de óvulos obtenidos, no así en el índice de fertilización, ni de embarazo.

Comparación de las tasas de embarazo en pacientes receptoras de ovocitos donados por mujeres con fertilidad previamente comprobada y las receptoras de ovocitos donados por mujeres sin fertilidad previamente comprobada

Autor:

Alberto Kably Ambe

Coautores:

Carlos Quesnel, Ricardo Aviles Cabrera, Esperanza Carballo Mondragón

Institución:

Centro Especializado para la Atención de la Mujer. Hospital Ángeles Lomas

Objetivo: evaluar las tasas de embarazo entre ovocitos de donadoras con y sin fertilidad previamente comprobada. **Tipo de estudio:** retrospectivo, descriptivo, de casos y controles. **Material y métodos:** se analizaron 229 pacientes que ingresaron al programa de donación ovular en el periodo comprendido entre enero 1995 a diciembre de 2005. Se dividieron en dos grupos: Grupo A receptoras de donadoras sin fertilidad previamente comprobada y el Grupo B pacientes con donadoras con fertilidad previamente comprobada. Se analizó la relación con la tasa de embarazo. **Resultados:** se analizaron 57 pacientes del grupo A y 172 del B. La tasa de transferencia del grupo A fue del 89.4% y de embarazo por transferencia de 24.56%. El grupo B mostró una tasa de transferencia de 93.6% y de embarazo por transferencia de 40.9% con un OR de 1.84 IC 95% (0.88-3.89). El promedio del número de embriones transferidos fue de 3.09 para el grupo A y de 3.21 para el B, sin demostrar diferencia estadística significativa. **Conclusiones:** la literatura reporta una mayor tasa de embarazo en pacientes con ovocitos donados, en este estudio se demuestra que

la donación de ovocitos de pacientes con fertilidad probada incrementa la tasa de embarazo 1.8 veces más. El intervalo de confianza es ligeramente amplio, lo cual puede ser por la diferencia de población entre grupos.

Resultado clínico de la donación de óvulos en receptoras

Autor:

Roberto Santos Haliscak

Coautores:

Carlos Enrique Hinojosa Canseco, José Sepúlveda González, María Lidia Arenas Montezco

Institución:

Instituto para el Estudio de la Concepción Humana

Introducción: el efecto de la edad uterina en la implantación y potencial de embarazo en receptoras de óvulos donados no ha sido determinado.

Objetivo: determinar si la edad de la receptora afecta el resultado clínico en un programa de donación de óvulos. **Material y métodos:** se realizó un análisis retrospectivo y comparativo de pacientes que participaron en el programa de donación de óvulos del año 2002 al 2006. Se dividieron en dos grupos: receptoras menores de 40 años (grupo A) y receptoras igual o mayores de 40 años (grupo B), analizando lo siguiente: perfil hormonal, número de folículos, índice de fertilización, implantación y embarazo. **Resultados:** durante el estudio participaron 162 pacientes, de las cuales 88 eran menores de 40 años (grupo A) y 74 mayores de esta edad (grupo B). Nueve pacientes del grupo A y 4 del grupo B cancelaron el ciclo, terminando 149 pacientes (grupo A=79 y grupo B=70). La media de edad en el grupo A fue 35.0 ± 3.1 y en el grupo B 43.4 ± 3 años. El porcentaje de embarazos fue 44.3% vs 35.7% ($p=0.227$). El índice de fertilización fue 68% vs 66.9% ($p=0.837$); mientras que los índices de implantación fue 20.6% vs 16.8% ($p=0.457$), respectivamente. No encontrando diferencias estadísticamente significativas en ambos grupos. **Conclusiones:** la edad de la receptora mayor o menor de 40 años no tiene efecto en el resultado clínico de la donación de óvulos.

Determinación de progesterona sérica el día de la aplicación de hCG, como una variable predictiva del éxito en FIV-TE

Autor:

Alberto Kably Ambe

Coautores:

Ernesto Castelazo Morales, Lorena de Bengoechea Huerta, Sergio Estévez González

Institución:

Centro Especializado para la Atención de la Mujer. Hospital Ángeles Lomas

Objetivo: demostrar la asociación entre los niveles de progesterona sérica el día de la administración de hCG y la tasa de embarazo. **Tipo de estudio:** retrospectivo, descriptivo, de casos y controles. **Material y métodos:** se analizaron 145 pacientes que ingresaron a FIV-TE con protocolo clásico de antagonistas y FSHr en el periodo comprendido entre enero 2002 a diciembre de 2005. Se evaluaron 5 grupos dependiendo del valor sérico de la progesterona el día de la administración de hCG. Grupo 1: 0-1.5 ng/dl, Grupo 2: 1.6-2.5 ng/dl, Grupo 3: 2.6-3.5 ng/dl, Grupo 4: de 3.6 a 5.5 ng/dl, Grupo 5: más de 5.5 ng/dl. Se analizó el porcentaje de embarazo en cada uno de los grupos. Todas las pacientes recibieron soporte de fase lútea. **Resultados:** no existió diferencia estadísticamente significativa en los siguientes factores: edad, IMC, número de folículos aspirados. La tasa de embarazo fue de 28.6%, siendo el mayor porcentaje del grupo 2 con 19 casos (46.3%), seguido del grupo 3 con 10 casos (24.3%), grupo 1 con 8 casos (19.5%), grupo 4 con tres casos (7.3%) y en el grupo 5 solo se observó un solo embarazo (2.4%). Por encima de 4.3 ng/dl no hubo embarazos. **Conclusión:** la determinación sérica de progesterona ≥ 3 ng/dl, es de mal pronóstico para embarazo según lo reportado en la literatura. En este estudio se observó que la mayoría de los embarazos (70.6%) se presentaron cuando la LH el día de la captura se encontró entre 1.6 a 3.5 mUI/dl.

Morfología de la cohorte ovocitaria: propuesta de una clasificación pronóstica para la obtención de embarazo en fertilización *in vitro* y transferencia de embriones (FIV-TE)

Autor:

Sergio Estévez González

Coautores:

Esperanza Carballo Mondragón, Leonor Durán Monterosas, Alberto Kably Ambe

Institución:

Centro Especializado para la Atención de la Mujer. Hospital Ángeles Lomas

Objetivo: demostrar la importancia de la calificación de la cohorte ovocitaria en la tasa de fertilización, segmentación y embarazo. **Tipo de estudio:** retrospectivo, descriptivo, de casos y controles. **Material y métodos:** estudio retrospectivo de pacientes sometidas a FIV-TE e ICSI sin factor masculino asociado. La variable estudiada: Calidad del ovocito al momento de la captura. Se analizaron 111 pacientes, con una edad promedio de 34.55 ± 3.96 . Se realizó FIV-convencional e ICSI a cada paciente, para comparar resultados. Los ovocitos capturados se analizaron morfológicamente: zona pelúcida, espacio perivitelino, citoplasma y cuerpo polar, dando la siguiente puntuación a cada característica: 1=Excelente, 2=Bueno, 3=Regular y 4=Degenerado. La suma se divide entre 4 y se obtiene el promedio de la cohorte. Se dividieron dos grupos de ovocitos: excelente y bueno (<1.6) como grupo 1 y de calidad regular o mala (≥ 1.6) como grupo 2. **Resultados:** 55 pacientes tuvieron ovocitos de calidad <1.6 y 56 de calidad ≥ 1.6 . El porcentaje de transferencia fue mejor en el grupo dos (96.42 vs. 80.1) sin embargo, la tasa de embarazo fue significativamente mayor en el grupo uno (30.91 vs 17.86). **Conclusiones:** no existe diferencia significativa en la tasa de fertilización, segmentación o transferencia en relación a los ovocitos en los que se realizó ICSI o FIV convencional. Por lo que la calidad de la cohorte folicular es el principal factor pronóstico. Esta clasificación tiene utilidad principalmente en pacientes con infertilidad inexplicable.

Resultados de un programa de reproducción asistida utilizando análogos de GnRH según grupos de edad

Autor:

Samuel Hernández Ayup

Coautores:

María Lidia Arenas Montezco, Pablo Díaz Spíndola, Astrid Cuevas de la Mora

Institución:

Instituto para el Estudio de la Concepción Humana

Objetivo: analizar los índices de fertilización (IF) y de embarazo (IE) obtenidos en un programa de reproducción asistida utilizando agonistas vs antagonistas según edad. **Tipo de estudio:** retrospectivo. **Material y métodos:** se realizó un estudio retrospectivo, transversal, analizando 322 pacientes sometidas a reproducción asistida entre enero 1997 y diciembre 2005 en el Instituto para el Estudio de la Concepción Humana en Monterrey. Se dividieron en cuatro grupos: Menores de 35 años con agonista (Grupo I) y antagonista (Grupo II), mayores de 35 años con agonista (Grupo III) y antagonista (Grupo IV). Se excluyen aquellas con baja respuesta ovárica. Se utilizó t de Student y ANOVA para el análisis estadístico. **Resultados:** obtuvimos un índice de fertilización del grupo I y II (69.13 vs 61.58% $p < 0.05$). Y del grupo III y IV (62.53 vs 69.61% $p = 0.11$). El IE del grupo I y II (26.50 vs 43% $p = 0.05$), del grupo III y IV (20 vs 14% $p = 0.558$). **Conclusiones:** considerando los resultados obtenidos concluimos se presentaron mejores índices de fertilización y de embarazo en pacientes menores de 35 años con la utilización de antagonistas. En pacientes mayores de 35 años todavía existe controversia.

Impacto de la relación de folículos aspirados/ovocitos obtenidos en las tasas de embarazo en un programa de fertilización *in vitro*

Autor:

Alberto Kably Ambe

Coautores:

Karla Cecilia Font López, Sergio Estévez González, Esperanza Carballo Mondragón

Institución:

Centro Especializado para la Atención de la Mujer. Hospital Ángeles Lomas

Objetivo: demostrar la relación entre folículos aspirados y ovocitos capturados con la tasa de embarazo en pacientes sometidas a fertilización *in vitro* (FIV-TE).

Tipo de estudio: retrospectivo, descriptivo, de casos y controles. **Material y métodos:** se revisaron 275 pacientes sometidas a FIVTE. Se distribuyeron en 2 grupos: grupo A con más de 6 ovocitos obtenidos y grupo B con 2 a 6 ovocitos. Se evaluaron valores basales de FSH, LH, estradiol y progesterona, así como la tasa de embarazo y el número de embriones transferidos. Se calculó el índice ovocito/folículo individual y se correlacionó con la tasa de embarazo. Se analizaron las diferencias con t student y χ^2 . **Resultados:** no hubo diferencia estadísticamente significativa en las variables estudiadas. El promedio de folículos aspirados fue de 13.7 para el grupo A y 11.5 en el grupo B, el promedio de ovocitos capturados fue de 10.14 y 4.15 con una tasa de embarazo de 34.52 y 17.61 respectivamente, con un OR 1.9 IC 95% (1.01-3.55). En base al cálculo de los ovocitos capturados entre los folículos aspirados se observó que con un índice < 0.30 no hubo embarazos y los porcentajes de embarazo en relación al índice fueron los siguientes: 0.31-0.50 (18%), 0.51-0.70 (34.2%), 0.71-0.90 (36.8%) y 0.90-1.1 (47%). **Discusión:** existe 2 veces más probabilidad de embarazo en aquellas pacientes que tuvieron un índice de captura cercano a 1, por lo que la relación de ovocitos/folículos es de utilidad para poder pronosticar el éxito del procedimiento.

Inhibidores de la aromatasa: una alternativa en inducción de ovulación en inseminación intrauterina

Autor:

Pedro Galache Vega

Coautores:

José Sepúlveda González, Pablo Díaz Spíndola, Luis Eugenio Medina Frayre

Institución:

Instituto para el Estudio de la Concepción Humana

Objetivo: analizar los resultados con el uso de inhibidores de la aromatasa como una alternativa en inducción de ovulación en inseminación intrauterina.

Tipo de estudio: retrospectivo, descriptivo. **Material**

y métodos: se realizó un estudio de tipo retrospectivo y descriptivo, se incluyeron un total de 31 pacientes a quienes se les realizó inducción de ovulación con anastrozole de 1mg diarios los primeros cinco días del ciclo, complementado con menotropinas (75-150 UI) diarios, hasta alcanzar un tamaño folicular mayor a 18 mm. y posterior IIU con catéter Fet-set. durante el periodo de agosto del 2005. **Resultados:** la media de edad fue de 33 ± 5.4 años, la CTM postcapacitación fue de 35.1 ± 42.8 millones, el día promedio de la IIU fue 14.2 ± 1.7 y el número de folículos obtenidos en un día diez del ciclo de 3.8 ± 2.0 respectivamente, finalmente el porcentaje de embarazo fue del 22.58% en la población estudiada. **Conclusiones:** los inhibidores de la aromatasa son un nuevo grupo de medicamentos disponible para la inducción de la ovulación, los cuales son una esperanza que promete ser efectiva, sin embargo aun falta por conocer dosis ideal, efectos secundarios así como coadyuvante con otros esquemas de tratamiento, por lo tanto se debe seguir investigando y realizar estudios prospectivos y a largo plazo con el propósito de mejorar los resultados y el pronóstico de la paciente con esterilidad.

Factores pronósticos de embarazo en inseminación intrauterina

Autor:

Juan Carlos Rojas Ruiz

Coautores:

Juan Carlos Barros Delgadillo, Ana Cecilia Molina Munguía, Fernando Gaviño Gaviño

Institución:

Instituto Nacional de Perinatología

Objetivo: evaluar los factores pronósticos de éxito para embarazo y calcular la tasa acumulada por ciclo en Inseminación Intrauterina (IIU). **Tipo de estudio:** descriptivo, retrospectivo, analítico y longitudinal. **Material y métodos:** se analizaron los ciclos de IIU, del 1 enero 2003 - 31 diciembre 2005. Se incluyeron parejas con infertilidad primaria/secundaria, entre 24-41 años. Entre otras, se analizaron las variables de: edad, tipo y tiempo de infertilidad, etiología, densidad y

movilidad espermática poscapacitación, número de folículos, grosor endometrial y número de ciclo en que fue realizada la IIU. Las pacientes llevaron un protocolo de estimulación ovárica con seguimiento folicular. Los resultados fueron analizados por SPSS 11.0. Las variables continuas se analizaron y reportaron como medias $\pm$ DE y con regresión logística univariada para determinar significancia estadística. Las categóricas en frecuencias y porcentajes. Se calcularon curvas ROC para determinar puntos de corte óptimos. Resultados: se analizaron 668 ciclos en 391 parejas. La tasa de embarazo por ciclo y por paciente fue de 13.0 y 21.7% respectivamente. La edad de 33.5 ± 3.4 años. Las tres variables con $p < 0.05$ fueron la duración de la infertilidad, la movilidad espermática y el número del ciclo en que se realizó la IIU. No se encontró significancia en el resto de variables. **Conclusiones:** el mayor éxito en la IIU se logrará con menos de 4 años de infertilidad, con una movilidad espermática $\geq 77.6\%$ y en los primeros dos ciclos de tratamiento. Palabras claves: factores pronósticos, inseminación intrauterina.

Evaluación de la concentración sérica de LH como un factor determinante de las tasas de embarazo en FIV-TE con el uso de antagonistas de la GnRH

Autor:

Sergio Estévez González

Coautores:

Samuel Karchmer Krivitzky, Denys Delgado Amador, Alberto Kably Ambe

Institución:

Centro Especializado para la Atención de la Mujer. Hospital Ángeles Lomas

Objetivo: evaluar la relación que existe entre los niveles de LH el día de la administración de la hCG y las tasas de embarazo en protocolos de estimulación con antagonistas de la GnRH. **Tipo de estudio:** retrospectivo, descriptivo, de casos y controles. **Material y métodos:** fueron revisados 229 expedientes de pacientes sometidas a FIV-TE con el uso de antagonistas de la GnRH en un periodo de dos años

Se analizó la relación entre las tasas de embarazo y los niveles de LH por medio de un estudio de casos y controles. **Resultados:** se analizaron 163 pacientes del grupo A y 66 del B. Hubo 64 embarazos de los cuales 39(61%) corresponden al Grupo A (LH < 2.5 mUI/ml) y 25 (39%) al Grupo B (LH>2.5 mUI/ml) con un OR:1.93 IC 95% (1.04-3.58) P = 0.04. **Conclusiones:** el uso de antagonistas no modifica las tasas de embarazo siempre y cuando se mantenga una LH $\geq$ 2.5 mUI/ml. El día de la administración de la hCG.

Resultados del Programa de ICSI del Centro Universitario de Medicina Reproductiva, UANL

Autor:

Enrique Javier González Baez

Coautores:

Arturo Morales Martínez, Martha Merino Ruiz, Rafael Marín Medina, Oscar Vidal Gutiérrez

Institución:

Centro Universitario de Medicina Reproductiva, UANL

Objetivo: dar a conocer los resultados obtenidos del programa de ICSI. El centro fue fundado en 1972, ofreciendo la subespecialidad en Biología de la Reproducción desde 1986 e iniciando el Programa de Reproducción Asistida (RA) en diciembre 2002. Actualmente acreditado por la Red Latinoamericana de RA (REDLARA) y certificado con el ISO 9001-2000. Siendo el único en el país aceptado en el Padrón de Excelencia del CONACYT. **Tipo de estudio:** retrospectivo, descriptivo. **Material y métodos:** se incluyeron los ciclos de Enero 2003 a Diciembre 2005. En la HOC se utilizó HMG/FSHr con aGnRH o antGnRH. Al obtener folículos $\geq$ 18mm ó estradiol 200-300pg/ml/folículo $\geq$ 15mm se aplicó hCG 10,000 UI. Se aspiró a las 34-36 hr. Se analizaron las siguientes variables: edad de la paciente, número de ovocitos recuperados, tasa de fertilización, número de embriones transferidos, tasa de embarazo, tasa de embarazo múltiple y tasa de aborto. **Resultados:** se incluyeron un total de 78 ciclos realizados en 69 pacientes, con edad promedio de 32.9

años. Se obtuvieron en promedio 5.1 ovocitos MII, la tasa de fertilización fue de 67.1% y se transfirieron 2.6 embriones en promedio. La tasa de embarazo por año fue de: 9% (2003), 17.6% (2004) y 38% (2005); con una tasa global de 29.4%. La tasa de embarazo múltiple fue de 8.6% y la de aborto de 17.3%. **Conclusiones:** es un centro de entrenamiento que al contar con un sistema de calidad le permite obtener resultados comparables a los reportados por otros a nivel internacional.

Análisis seminal y valores predictivos de embarazo en inseminación intrauterina

Autor:

Armando Juárez Bengoa

Coautores:

Juan Carlos Rojas Ruiz, José Pablo Argüelles Guzmán, Pedro Mendoza Ramírez

Institución:

Instituto Nacional de Perinatología

Objetivo: comparar la proporción de embarazo en inseminación intrauterina con diferentes niveles de cada parámetro seminal antes y después de la capacitación espermática. **Tipo de estudio:** observacional, analítico, transversal. **Material y métodos:** se analizaron diferentes rangos de valores seminales antes y después de la capacitación espermática de 535 casos de inseminación intrauterina comparando los casos con y sin embarazo. Se aplicó una prueba de χ^2 por ser variables dicotómicas (embarazo, no embarazo) en los diferentes rangos de cada parámetro seminal, considerando significativo $p < 0.05$. **Resultados:** la tasa global de embarazo fue de 16%, con valores precapacitación iguales o mayores de 14millones/mL, 4%, 2,64millones para concentración, movilidad, células móviles totales respectivamente y postcapacitación de 10 millones/mL, 18%, 3millones respectivamente. El volumen precapacitación mínimo fue de 1mL. No hubo embarazos con valores menores. No hubo diferencias en la morfología precapacitación ni postcapacitación, con valores mínimos de 3% y 5% respectivamente. **Conclusiones:** se identificaron valores seminales

asociados a embarazo con inseminación intrauterina. No hubo cambios significativos en la tasa de embarazo aunque incrementa el valor del rango.

Método de valoración indirecta de la maduración espermática en muestras seminales pre y postcapacitación

Autor:

Paolo Di Castro Stringher

Coautores:

Margarita Zárate Grande, María Cecilia Calderón Saldaña

Institución:

Instituto de Esterilidad y Salud Reproductiva, SC

Objetivo: la teca perinuclear (TP) es una subestructura localizada en la región ecuatorial del espermatozoide maduro que pudiera participar en la estabilización del núcleo espermático, preservándolo del daño durante el aumento de movilidad y durante la reacción acrosomal. Nuestra finalidad fue valorar el porcentaje de espermatozoides sin teca o con alteraciones en la misma, presentes en muestras seminales pre y postcapacitación. **Tipo de estudio:** experimental, prospectivo, longitudinal, comparativo. **Material y métodos:** se evaluaron 20 muestras seminales normales de acuerdo a los parámetros de la OMS de las cuales se tomaron 2 alícuotas. Una control para mantenerla en NaCl 0.9% y otra para ser capacitada con gradientes de Percoll. Posteriormente ambas muestras se incubaron en Brij pP58 (0.1%), durante 15 minutos, se lavaron 2 veces en NaCl y posteriormente se incubaron en heparina. La descondensación nuclear se valoró por triplicado en muestras fijadas. **Resultados:** las muestras capacitadas presentaron descondensación en un rango entre >3-10%, mientras que el grupo no capacitado la descondensación fue del >18-35%. Esto refleja que el proceso de capacitación "selecciona" aquellos espermatozoides maduros cuya teca no tiene alteraciones y por tanto no se descondensa. Cerca de un 10% de los espermatozoides, presentan daño en su teca, probablemente por alteraciones en el proceso de maduración epididimal. **Conclusiones:** esta técnica permite detectar espermatozoides inmaduros que no se pueden demostrar aún por

microscopia de luz. Es imprescindible una teca intacta ya que este sitio es el que reconocen los receptores de membrana del óvulo. Esta metodología puede tener valor pronóstico antes de la fertilización *in vitro*.

Resultados del Programa de FIV del Centro Universitario de Medicina Reproductiva UANL

Autor:

Enrique Javier González Baez

Coautores:

Arturo Morales Martínez, Martha Merino Ruíz, Rafael Marín Medina, Oscar Vidal Gutiérrez

Institución:

Centro Universitario de Medicina Reproductiva, UANL

Objetivo: dar a conocer los resultados obtenidos del programa de FIV. El centro fue fundado en 1972, ofreciendo la subespecialidad en Biología de la Reproducción desde 1986 e iniciando el Programa de Reproducción Asistida (RA) en diciembre 2002. Actualmente acreditado por la Red Latinoamericana de RA (REDLARA) y certificado con el ISO 9001-2000. Siendo el único en el país aceptado en el Padrón de Excelencia del CONACYT. **Tipo de estudio:** retrospectivo, descriptivo. **Material y métodos:** incluye los ciclos de FIV de Enero 2003 a Diciembre 2005. En la HOC se utilizó HMG/FSHr con aGnRH o antGnRH. Al obtener folículos $\geq 18\text{mm}$ ó estradiol 200-300pg/ml/folículo $\geq 15\text{mm}$ se aplicó hCG 10,000 UI. Se aspiró a las 34-36 hr. Se analizaron las siguientes variables: edad de la paciente, número de ovocitos recuperados, tasa de fertilización, número de embriones transferidos, tasa de embarazo, tasa de embarazo múltiple y tasa de aborto. **Resultados:** se realizaron 31 ciclos. La edad promedio fue de 34.4 años. Se recuperaron en promedio 5.5 ovocitos MII, la tasa de fertilización fue de 84% y se transfirieron 3.4 embriones en promedio. La tasa de embarazo por año fue de: 26.3% (2003), 25% (2004) y 37.5% (2005); con una tasa global de 29%. La tasa de embarazo múltiple fue de 7.6% y la de aborto de 15.3%. **Conclusiones:**

es un centro de entrenamiento que al contar con un sistema de calidad le permite obtener resultados comparables a los reportados por otros a nivel internacional.

Resultados perinatales de embarazos logrados con fertilización *in vitro* con transferencia de embriones (FIV-TE): estudio de casos y controles

Autor:

Luz María Alvarado Méndez

Coautores:

Juan Carlos Delgadillo Barros, Fernando Gaviño Gaviño, Viridiana Gorbea Chávez

Institución:

Instituto Nacional de Perinatología

Objetivo: comparar los resultados perinatales de embarazos logrados por FIVTE vs espontáneos.

Tipo de estudio: retrospectivo de casos y controles.

Material y métodos: se compararon los embarazos logrados por FIVTE del 1 Octubre 1999 - 30 Noviembre 2004 con un grupo de embarazos espontáneos pareados por edad materna y número de fetos. Se recolectaron las complicaciones obstétricas y perinatales comparándose ambos grupos. **Resultados:** se analizaron 26 vs 52 embarazos simples, 10 vs 20 gemelares dobles, 5 vs 5 gemelares triples, no hubo control para el embarazo cuádruple y quintuple. La edad gestacional al nacimiento y el Capurro en los embarazos con feto único fueron de 37.8 vs 38.8 y 38.2 vs 39.4 semanas para los grupos de estudio y control respectivamente ($p < 0.05$), el sexo femenino fue más frecuente en éstos embarazos logrados por FIVTE ($p < 0.05$). No se encontró diferencia estadísticamente significativa en la ruptura prematura de membranas, amenaza de parto pretérmino, preeclampsia, diabetes gestacional, placenta previa, nacimiento pretermino y bajo peso al nacimiento, entre otras. El peso promedio de los embarazos logrados por FIVTE fue de 2962.8, 2100 y 1532 gramos para los embarazos simples, gemelares dobles y triples respectivamente. Se encontró una alta incidencia de parto pretérmino en embarazos

gemelares dobles sin alcanzar diferencia estadística.

Conclusiones: la tasa de complicaciones perinatales de los embarazos logrados por FIVTE no es mayor a la de los embarazos espontáneos. Los embarazos gemelares dobles conllevan un riesgo incrementado de parto pretérmino independientemente del procedimiento de FIVTE.

Detección, frecuencia e importancia de anomalías cromosómicas embrionarias en un programa de reproducción asistida

Autor:

Francisco Rocha Cárdenas

Coautores:

Ricardo Rodríguez Calderón, José Gaytán Melicoff

Institución:

Instituto Valenciano de Infertilidad, México

Objetivo: determinar por medio del diagnóstico genético preimplantacional (DGP) el porcentaje de embriones con alteraciones cromosómicas procedentes de parejas con un riesgo elevado de transmitir anomalías genéticas a la descendencia y seleccionar para la transferencia embriones cromosómicamente normales. **Metodología:** análisis prospectivo en el que se incluyen 126 ciclos de DGP realizados en nuestra Institución de Enero de 2004 a Diciembre de 2005. Las indicaciones para DGP fueron: Edad (46), estudio de aneuploidías (31), alteración espermática grave (20), aborto recurrente (15), fallo de implantación (10), anomalía numérica (3) y enfermedad ligada al sexo (1). Tras estimulación ovárica controlada y recuperación ovocitaria se realizó inyección intracitoplásmica de espermatozoides (ICSI). La fecundación fue evaluada 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 blástomas fijadas por el método de Tarkowski ligeramente modificado y posteriormente analizadas mediante hibridación *in situ* fluorescente (FISH) usando sondas comerciales. Los embriones normales para los cromosomas evaluados (13, 15, 16, 18, 21, 22, X e Y) fueron transferidos al día 5 del

desarrollo (estadio de blastocisto). Para el análisis de datos se utilizó el paquete Graphpad Instant v.2.05a. **Resultados y discusión:** la edad media de las pacientes fue de $36,73 \pm 5,04$ años. Se analizaron un total de 597 embriones, 330 de los cuales fueron normales (55,28 %) y 267 anormales (44,72 %). La frecuencia de anomalías cromosómicas fue de 82,75% para aneuploidías, 13,89% de mosaicismo, 2,18% de haploidías, 0,84% de triploidías y 0,34% de tetraploidías. De los 126 ciclos a los que se les realizó DGP, 88 llegaron a transferencia (69,84% de los casos) siendo $1,89 \pm 0,55$ el número de embriones transferidos. Se consiguieron 47 embarazos, lo cual representa una tasa de gestación del 53,41% y una tasa de implantación del 34,34%. En sólo 5 casos se presentó aborto (10,64%). **Conclusiones:** la técnica de DGP dentro de un programa de reproducción asistida permite la posibilidad de identificar y seleccionar para la transferencia embriones cromosómicamente normales con un mayor potencial de viabilidad que el cultivo prolongado tradicional. Esto nos permite no sólo aumentar las tasas de gestación e implantación sino también disminuir el alto porcentaje de abortos que se observa en este grupo poblacional. La mejora continua en los procedimientos del laboratorio y los controles de calidad periódicos y estrictos permiten que nuestros resultados estén acorde a lo documentado por programas de otros países. 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.

Resultados del Programa de Donación de Óvulos del Centro Universitario de Medicina Reproductiva, UANL

Autor:

Enrique Javier González Baez

Coautores:

Arturo Morales Martínez, Martha Merino Ruíz, Rafael Marín Medina, Oscar Vidal Gutiérrez

Institución:

Centro Universitario de Medicina Reproductiva, UANL

Objetivo: dar a conocer los resultados obtenidos del programa de DOV. Fundado en 1972, ofreciendo la subespecialidad en Biología de la Reproducción desde 1986 e iniciando el Programa de Reproducción Asistida (RA) en diciembre 2002. Actualmente acreditado por la Red Latinoamericana de RA (REDLARA), certificado con el ISO 9001-2000 y aceptado en el Padrón de Excelencia del CONACYT. **Tipo de estudio:** retrospectivo, descriptivo. **Material y métodos:** se incluyeron 36 pacientes que ingresaron a DOV de Enero 2003 a Diciembre del 2005. Se preparó el endometrio con dosis progresivas de estradiol, iniciando progesterona vaginal 3 días previos a la transferencia. Se utilizó aGnRH en pacientes con función ovárica. La transferencia se realizó cuando el endometrio fue $\geq 8\text{mm}$ y un estradiol $\geq 250\text{ pg/ml}$. Se analizaron las siguientes variables: edad de la receptora y donadora; número de ovocitos asignados y embriones transferidos; tasa de fertilización, de embarazo, de embarazo múltiple y de aborto. **Resultados:** se realizaron 41 ciclos. La edad promedio de las receptoras fue de 39.3 años y de las donadoras de 29.5 años. Se realizó FIV en 16(39%), ICSI en 23(56.1%) y FIV/ICSI en 2(4.9%). Se asignaron 9.1 ovocitos en promedio por receptora, la tasa de fertilización fue de 69.6% y se transfirieron 3 embriones en promedio. La tasa de embarazo fue de 36.5%, la de embarazo múltiple 20% y la de aborto del 40%. **Conclusiones:** es un centro de entrenamiento que al contar con un sistema de calidad le permite obtener resultados comparables a los reportados por otros a nivel internacional.

Edad de la mujer y morfología espermática como factor predictivo de embarazo en inseminación intrauterina

Autor:

Rodrigo Zamora Escudero

Coautores:

Roberto Pile Trujillo, Everardo Anta Jaen, Alberto Kably Ambe

Institución:

Centro Especializado para la Atención de la Mujer, SC

Objetivo: determinar la relación entre la edad de la mujer y la morfología espermática como factores predictivos de éxito en inseminación intrauterina (IUI). **Tipo de estudio:** retrospectivo, de casos y controles. **Material y métodos:** se analizaron 337 ciclos que correspondieron a 210 pacientes con IUI homóloga de Enero a Diciembre del 2005. En relación a la edad el grupo fue dividido en mujeres de menos de 35 años y mayores de 35 años, y en lo correspondiente a la morfología espermática se dividió en menos de 4% y más de 4%. **Resultados:** de los 337 ciclos, hubo un total de 30 embarazos clínicos por ciclo (8.90%) y (14.27%) por paciente. El grupo de menos de 35 años (n=146) tuvo una tasa de embarazo de 15.84% y el grupo de más de 35 años (n=190) 17.02% de embarazo. Con un OR de 1.163 IC del 95% (0.562- 2.407) $p=0.825$. La morfología espermática menor a 4% (n=87), tuvo un porcentaje de embarazo por ciclo de 9.20%, contra un 26% en el grupo de más de 4% (n=249). Con un OR de 3.488 e IC 95% (1.599- 7.612) y $p=0.002$, por lo que existe diferencia significativa. **Conclusiones:** las tasas de embarazo obtenidas en este reporte son similares a las reportadas en la literatura. La única variable que mostró ser significativa fue la morfología espermática, observando que cuando esta es menor de 4% disminuye la tasa de embarazo. Por lo que son candidatas a una técnica de alta complejidad.

Impacto en los resultados de un programa de reproducción asistida de alta complejidad utilizando semen fresco y congelado

Autor:

Roberto Santos Haliscak

Coautores:

José Sepúlveda González, Genaro García Villafañá, Deyanira Nájera Cerda

Institución:

Instituto para el Estudio de la Concepción Humana, Monterrey, Nuevo León, México

Introducción: la criopreservación de espermatozoides tiene como objetivo el mantenimiento de éstos durante largos periodos, sin la pérdida de su capacidad fecundante permitiendo preservar el potencial reproductivo

del hombre. **Objetivo:** analizar los resultados obtenidos en un programa de reproducción asistida con el uso de semen fresco y congelado. **Material y métodos:** se realizó un análisis retrospectivo de pacientes que participaron en el programa de fertilización *in vitro* en el Instituto para el Estudio de la Concepción Humana Monterrey de Enero 2004 a Diciembre 2005. Se incluyeron en el estudio 22 casos. En el grupo 1 se utilizó semen fresco, en el grupo 2 fueron 11 casos con la utilización de semen congelado. Se analizaron los parámetros seminales previo a la congelación y posterior a ésta al igual que la capacitación espermática, así como el número y la calidad de embriones transferidos, el índice de fertilización, embarazo e implantación. **Resultados:** aunque se presenta diferencia en la cuenta (13.74 ± 12 vs 5.11 ± 5.4 millones $p < 0.05$), progresión (2.91 ± 0.5 vs 2.11 ± 0.9 $p < 0.05$) y cuenta total mótil (14.5 ± 12 vs 4.2 ± 5.5 millones) de semen fresco vs semen descongelado, no se encontraron diferencia significativa en el índice de fertilización (69% vs 71% $p=0.4$), índice de implantación (45% vs 19% $p=0.08$) ni tampoco en el índice de embarazo (72% vs 45% $p=0.21$). **Conclusiones:** basados en nuestros resultados no existe diferencia en el índice de fertilización, implantación y embarazo utilizando semen fresco o congelado en un programa de reproducción asistida.

El uso del antagonista de la GnRH, cetrorelix, en la estimulación ovárica no afecta la calidad ovocitaria

Autor:

Jose Alberto Ramírez Angulo

Coautores:

Carlos Navarro Álvarez, Saúl Ruiz Muñoz, José E Gaytán Melicoff

Institución:

Instituto Valenciano de Infertilidad

Objetivo: reportar nuestra experiencia de la eficacia del uso del antagonista Cetrorelix en la estimulación ovárica y comparar la tasa de gestación e implantación entre pacientes con ovulos propios y en pacientes receptoras del programa de donación de ovulos para determinar si hay afectación en la calidad ovocitaria. **Tipo de estudio:** retrospectivo y descriptivo. **Material y métodos:**

se analizaron los ciclos de estimulación ovárica de las pacientes y donantes de ovulos, donde se utilizó el Cetorelix para la inhibición del pico prematuro de la LH en el Instituto Valenciano de Infertilidad México del 1/08/2004 al 1/08/2005. Se analizaron un total de 534 ciclos de estimulación ovárica los cuales fueron divididos en 352 ciclos propios y 182 ciclos de donantes ovulos. Todos los ciclos de estimulación ovárica de pacientes fueron iniciados a partir del segundo día de menstruación con 300 U de Gonal F y 75 U de Merapur y las donantes se inicio con 225 U de Gonal F. En ambas pacientes se administró Cetorelix 0,25 mg diariamente a partir del sexto día de estimulación o cuando había un folículo igual o mayor de 14 mm hasta el día de la hCG. Los datos analizados fueron: edad de las pacientes y edad de las receptoras, días de estimulación ovárica, dosis total de FSH, número de ampolletas de Cetorelix, ovocitos propios y ovocitos donados, tasa de fecundación, tasa de implantación y tasa de gestación. Para el análisis estadístico fue empleado el test de ANOVA y desviación estándar y χ^2 . **Resultados:** la edad de las pacientes fue $33,6 \pm 3,5$ y la de las receptoras $37,2 \pm 4,7$. El numero promedio de días de estimulación fue 9 (7-12), y 8 (7-11), la dosis total de FSH y ampolletas de Cetorelix fue 2850 ± 350 y 2150 ± 450 ; 6 (4-7) y 5 (3-6). El número de ovocitos propios y donados fue de $14,7 \pm 6,8$ y $16,7 \pm 4,7$ la tasa de fecundación fue 69,0% y 71,8 %. El número de embriones transferidos $2,5 \pm 0,8$ y $2,3 \pm 0,2$. La tasa de gestación e implantación de propios y receptoras fue 45,9% y 23,1% vs 64,2% y 36,4% respectivamente. **Conclusiones:** el uso del antagonista de la GnRH, Cetorelix, durante los ciclos de estimulación ovárica en pacientes y en donantes de óvulos, es seguro, reduce la duración del tratamiento al disminuir los días de estimulación ovárica, teniendo un mejor efecto costo-beneficio y además no afecta la calidad del óvulo ya que la tasa de gestación e implantación de las receptoras es significativamente superior a la de las pacientes con ovulos propios.

PÉRDIDA GESTACIONAL RECURRENTE

Incidencia del aborto y del síndrome de anticuerpos antifosfolípido (SAAF) asociados con la pérdida gestacional recurrente en el Hospital General de la Secretaría de Salud de Durango

Autor:

Antonio Sifuentes Álvarez

Coautor:

Orlando Talamantes Cabrera

Institución:

Universidad Juárez de Durango y Hospital General de la Secretaría de Salud de Durango

Objetivo: determinar la incidencia del aborto y del SAAF (síndrome de anticuerpos antifosfolípidos) y su asociación a la pérdida gestacional recurrente (PGR) en pacientes que acuden al Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General de Durango. **Diseño del estudio:** es un estudio prospectivo, transversal, descriptivo y observacional. **Material y métodos:** se incluyeron todas las pacientes que se ingresaron al servicio de Ginecología y Obstetricia de Enero-Diciembre 2005, con diagnóstico de aborto en cualquier presentación clínica, se llenó la hoja de recolección de datos y de consentimiento informado; se tomaron muestras sanguíneas para determinación de Anticuerpos anticardiolipinas IgG e IgM y de anticoagulante lúpico. **Resultados:** de un total de 7156 atenciones obstétricas 754 fueron abortos, observando una incidencia 9.5 %; de los abortos (754) se obtuvo una incidencia para P.G.R de 4.5 % (34 pacientes) de las 34 pacientes con P.G.R, 9 pacientes se eliminarón por no acudir a la toma de muestra; de los 25 pacientes (100 %) 13 pacientes (52 %) que por criterios de serología para anticardiolipinas, se clasificaron como pacientes negativos, 9 pacientes (36 %) se catalogaron como bajos positivos y 3 pacientes (12%) se catalogaron como medios positivos. **Conclusiones:** existe una frecuencia alta del síndrome de anticuerpos antifosfolípidos en la pérdida gestacional recurrente, además de encontrar un marcado aumento entre multiparidad y la pérdida gestacional recurrente.

CLIMATERIO Y MENOPAUSIA

Climaterio sintomático, tratamiento comparativo con estrógenos nasales y orales

Autor:

Gabriela Liliana Romano Lagunas

Coautores:

Juan Miranda Murillo, Alejandro Vázquez López, Patricio Guerra Ulloa

Institución:

ISSSTE

Objetivo: demostrar que los estrógenos nasales son mejor que los orales en el tratamiento del climaterio.

Tipo de estudio: prospectivo, comparativo, longitudinal, experimental. **Material y métodos:** 60 pacientes entre 34 y 64 años de edad.

Percepción de los ginecoobstetras acerca de la terapia hormonal en la Unidad Médica de Alta Especialidad del Hospital de Ginecoobstetricia Luis Castelazo Ayala

Autor:

Sebastián Carranza Lira

Coautor:

Jennifer Fragoso Dávila

Institución:

UMAE, Hospital de Ginecoobstetricia Luis Castelazo Ayala, IMSS

Objetivo: identificar cuál es la percepción médica de los ginecoobstetras con respecto a la terapia hormonal (TH) posterior al estudio WHI. **Tipo de estudio:** observacional, prospectivo, descriptivo, abierto, no controlado, transversal. **Material y métodos:** se encuestaron 104 ginecoobstetras del hospital, divididos en 5 grupos según su posición. Se utilizó estadística descriptiva. Las comparaciones entre grupos se realizaron por medio de t de Student. **Resultados:** la mayoría de los encuestados (31.7%) se encontraban en la quinta década de la vida y 71% fueron del género masculino. El 93.6% refirió que no se debía de utilizar la TH en las mujeres posmenopáusicas mayores de 50 años. La mayoría pensó que la TH disminuiría el riesgo de presentar osteoporosis, depresión e isquemia cardiaca. Consideraron claras las indicaciones para el uso de la TH en la menopausia prematura (90.4%). El 91.3% indicaba progestágenos a pacientes con útero. La vía de administración preferida fue la vía oral en

50% y la transdérmica en 30.8%. El 80.8% refirió que la TH combinada no aumentaba la posibilidad de cáncer de endometrio pero sí el de mama (71.2%). Asimismo consideraron que habría mejoría: en lubricación vaginal (95.2%), estado de ánimo (87.5%), bochornos (92.3%) y trastornos menstruales (80.8%). El 95.2% consideró que la TH mejora la calidad de vida de la paciente. El 62.5% refirió que el estudio WHI modificó su forma de prescribir la TH. El 80.8% consideró que la dosis baja de TH es igual de efectiva que la dosis convencional. **Conclusiones:** esta encuesta permitió conocer la opinión a cerca de la TH, y cómo se prescribe en el hospital, sin diferencia entre los encuestados, ni con la tendencia mundial.

Efecto de la estrogenoterapia en la tensión arterial en mujeres postmenopáusicas sanas

Autor:

Ma. Antonia Bazavilvazo Rodríguez

Coautores:

Roberto Roldán Reyes, Roberto Lemus Rocha, Ma. de los Ángeles Guzmán Ibarra

Institución:

IMSS Hgo Núm 3, CMN La Raza

Objetivo: determinar el efecto sobre la tensión arterial de la terapia estrogénica. **Tipo de estudio:** clínico, cohorte. **Material y métodos:** estudio de cohorte, con seguimiento de 8 semanas de estrogenoterapia con estrógenos conjugados equinos .625 mg orales o 17 beta estradiol transdérmico de pacientes posmenopáusicas, a las que se les determino su tensión arterial previo al tratamiento y a los dos meses. Las variables de estudio fueron tensión arterial sistólica, diastólica y media, se utilizo estadística descriptiva , y analítica fue T de Student tipo pareada. **Resultados:** se analizaron 25 pacientes post-menopáusicas sanas con promedio de edad 46 años, peso promedio de 60.90kg , índice cintura cadera fue de 81.36 cms con desviación estándar de 5.43. La tensión arterial media antes del inicio del estudio de las 25 pacientes fue 90.24 milímetros de mercurio, con una desviación estándar de 10.02, y posterior al tratamiento con estrogenotera-

pia se encontró un promedio de tensión arterial media de 85.72 con una desviación estándar de 9.66. Con t de Student s pareada antes y después se encontró significancia estadística de .000. **Conclusiones:** los resultados que obtuvimos muestran evidencias del efecto vasodilatador e hipotensor de la estrogenoterapia, explicado por los mediadores tipo óxido nítrico y o efecto antioxidante de LDL. Siendo importante mencionar que el grupo de estudio fueron pacientes post-menopausicas sanas, lo cual pudiera ser explicado con esta respuesta benéfica en pacientes menores de 60 años, pues como se menciona en el WHI no se encuentra la misma respuesta en mujeres seniles o de 60 años o más.

Incidencia de enfermedades metabólicas en la clínica de menopausia del Hospital Universitario Dr. José E. González

Autor:

Marisela Castañeda Díaz

Coautores:

Juanita Vázquez Méndez, Felipe Arturo Morales Martínez, Luis Humberto Sordia Hernández

Institución:

Universidad Autónoma de Nuevo León, Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, Departamento de Ginecología, Unidad de Biología de la Reproducción

Objetivo: establecer la incidencia de obesidad, hiperglucemia, hipertensión, osteoporosis y dislipidemias en nuestra población. Se ha reconocido que tras la menopausia aumenta la incidencia de dislipidemias, hiperglucemia, obesidad y osteoporosis, además en presencia de problemas metabólicos asociados aumenta exponencialmente el riesgo cardiovascular de estas pacientes. **Tipo de estudio:** epidemiológico, descriptivo, prospectivo. **Material y métodos:** se incluyeron pacientes menopáusicas que acudieron de abril del 2005 a abril del 2006, sin terapia hormonal de reemplazo en 3 meses previos, se reclutaron 102 casos. Se determinaron glucemia, tensión arterial, índice de masa corporal, colesterol, triglicéridos, HDL,

y se realizó densitometría ósea de cadera y columna.

Resultados: el promedio de edad fue de 51.16 años. La glucemia fue >126 en 3 pacientes (2.9%). Las pacientes con tensión arterial > 130/85 fueron 18 (17.6%). 39 (38.2%) presentaron niveles de colesterol > 200 mg/dl. 50 pacientes (49%) tuvieron < 50 mg/dl HDL. 48 (47.1%) pacientes tuvieron >150 mg/dl triglicéridos. El IMC >30 se encontró en 42 pacientes (41.2%). La densitometría ósea se reportó normal en 42 pacientes (41.2%), con osteopenia en 42 (41.2%) y osteoporosis en 18 pacientes (17.6%). Reportamos 17 pacientes con obesidad más hipercolesterolemia; 2 pacientes con hiperglicemia más hipercolesterolemia y 2 con obesidad más hiperglicemia. **Conclusiones:** encontramos una alta incidencia de obesidad, osteopenia y osteoporosis en nuestra población, y de pacientes con enfermedades metabólicas asociadas.

Utilidad clínica del uso de veralapríde en pacientes climatéricas con cáncer de mama

Autor:

Ma. Antonia Basavilvazo Rodríguez

Coautores:

Martiniano López Aguilar, Nelly Judith González López, Roberto Lemus Rocha

Institución:

IMSS

Objetivo: determinar la utilidad clínica del veralapríde en la sintomatología vasomotora de pacientes climatéricas con cáncer de mama. Tipo de estudio: clínico, tipo cohorte. **Material y métodos:** estudio prospectivo, tipo cohorte de pacientes con cáncer de mama y Síndrome vasomotor a las cuales se les administro 100mg diariamente de veralapríde durante 6 meses. Se evaluó la respuesta terapéutica al medicamento a través de Escala de Greene con valor del 0 al 3 antes y posterior a 6 meses de tratamiento, al igual que prolactina sérica, galactorrea, niveles de prolactina, y eventos adversos, se hizo un seguimiento hasta de un año de las pacientes para evaluar sus condiciones, el análisis estadístico fue a través medias, DS y χ^2 cuadrada. **Resultados:** 16 pacientes fueron estudiadas durante

un año, promedio de edad de 49 años, al inicio del estudio la escala de greene fue de 4.5 a los 6 meses de tratamiento se redujo a 2.5 con una valor $p >$, valor p : .002, se presento galactorrea en el 12.5% (2 casos), e hiperprolactinemia en 5 casos (31.2%). **Conclusiones:** el veralapride es útil para mejorar la sintomatología vasomotora en pacientes con contraindicación de terapia de apoyo hormonal como es el cáncer de mama, por lo que la controversia de que este fármaco este contraindicado en displasias mamarias, ya que con un seguimiento adecuado podemos mejorar en parte la calidad de vida de este grupo, pues posterior al tratamiento una gran proporción de pacientes no presentó recidiva de sintomatología.

Experiencias en México con los SERMs. Estudio de cardioprotección en la postmenopausia

Autor:

Marco Antonio Bracho Ugarte

Coautor:

Víctor Manuel Vázquez Zárate

Institución:

Petróleos Mexicanos

Objetivos: evaluar el efecto del HCL-raloxifeno (SERMs) en el perfil de lípidos que se traduzca como impacto cardioprotector, disminuya su mortalidad, y exista mejor calidad de vida. **Material y métodos:** estudio prospectivo, preliminar, piloto. En el hospital regional Cd. Reynosa, Tams. Observacional (escrutinio de 750 pacientes). A un año Enero- Dic. 2001. 157 Pacientes Dislipidemias Post-menopausicas de Petróleos Mexicanos. Rango de edad, De 41 a 70 años. De acuerdo a parámetros de la N.C.E.P (national cholesterol education programs.). Perfil de lípidos trimestral por un año. Protocolizado por la F.I.G.O. (Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia). Clorhidrato de Raloxifeno (SERMs). 60 mgs. Tabs. v.o. x día. Gluconato de calcio 1 grs. v.o. por día. No hipolipemiantes. (Hmg-CoA.). Consejos en su estilo de vida. **Resultados:** 7 pacientes (4.6 %), no continuaron mas de 4 meses el tratamiento por presentar efectos adversos dolor y pesantez en miembros inferiores, que nos hicieron pensar en

el riesgo de presentar un evento trombo embolico pulmonar, su evolución posterior fue favorable. Las demás pacientes (150), que continuaron con el tratamiento tuvieron una respuesta significativa a los 6 y 12 meses de tratamiento Respectivamente de acuerdo a los parámetros de la N.C.E.P. Colesterol total: 23% y 40%; triglicéridos: 38% y 43%; HDL-C: 69% y 86%; LDL 38% y 53%; VLDL; 80% y 82%. Respectivamente. Respecto al valor estrogenico en el frotis de Papanicolao: al inicio de tratamiento: 33% se incremento. Un 35% disminuyo, y solo un 31% se mantuvo estable. Efectos secundarios: Bochornos: 22%. Parestesias: 13%. cefaleas: 8%. Resequedad vaginal: 8%. Uñas frágiles: 5.3%. Manchados: 4.6%. **Conclusiones:** nuestros resultados fueron halagadores, continuamos vigilando mensualmente al resto de nuestras pacientes, y no se han presentado ninguna complicación que nos obligue a suspender el tratamiento. Actualmente el HCL-raloxifeno (SERMs), es una opción real de tratamiento en pacientes postmenopausicas dislipidemias y en las cuales tienen contraindicación para el uso de Terapia Hormonal de reemplazo. En el perfil de lípidos se muestra un impacto favorable, y las HDL-C (cardioprotectoras) en nuestro estudio presentaron un incremento significativo en contraposición a otros estudios, lo que traduce una disminución en el riesgo de Enfermedad Cardiovascular y síndrome coronario agudo, principal causa de mortalidad a nivel mundial en las mujeres mayores de 50 años (46.5%). Cabe señalar que nuestras pacientes petroleras " Mexicanas " su carga genética, estilo de vida e historial clínico sean factores importantes de comportamiento diferentes a las pacientes de otros países, tratadas con el mismo esquema terapéutico.

Síndrome climatérico y nivel económico

Autor:

Rafael Marín Medina

Coautores:

Juana Vázquez Méndez, Arturo Morales Martínez, Luis Humberto Sordia Hernández

Institución:

Centro Universitario de Medicina Reproductiva. Clínica de Climaterio y Menopausia, UANL

Objetivo: se ha descrito que las mujeres de nivel económico alto utilizan con mayor frecuencia la terapia hormonal (TH), además del poder adquisitivo una de las posibles explicaciones podría ser la mayor severidad de sus síntomas. Por lo que se decidió comparar la severidad del síndrome climatérico con el nivel económico en pacientes (pt) postmenopáusicas. Tipo de estudio: prospectivo, descriptivo. Material y métodos: se aplicó un cuestionario durante el mes de abril del 2006 a pacientes postmenopáusicas que acudieron a consulta de primera vez. Se excluyeron a pacientes con antecedente de menopausia quirúrgica o que hubieran recibido tratamiento con TH en los últimos 6 meses. Se aplicó el índice Blatt-Kupperman modificado clasificándolas según la severidad de los síntomas: <15 asintomáticas, ≥15<35 sintomatología leve y ≥35 severa. Además se dividieron en base a su ingreso mensual en salarios mínimos (SM). Grupo I: <4 SM: (≤\$5,733); Grupo II: 4-8SM: (\$5,734 a \$11,469); Grupo III: >8 SM (≥\$11,470) Análisis estadístico ANOVA. Resultados: un total de 73 pacientes se involucraron en el estudio. La edad promedio fue de 57 años con un rango entre 45 y 77 años. La edad promedio de menopausia fue de 47.8 años. Grupo I: pt 26(35.6%); Asintomáticas 13(50%)/Leve 9(34.6%)/Severa 4(15.4%) Grupo II: pt 30(41.1%); Asintomáticas 9(30%)/Leve 15(50%)/Severa 6(20%) Grupo III: pt 17(23.3%); Asintomáticas 9(52.9%)/Leve 7(41.2%)/Severa 1(5.9%). Al comparar los grupos la p no fue estadísticamente significativa. Conclusiones: la severidad del síndrome climatérico no tiene relación con el nivel económico.

ENDOCRINOLOGÍA GINECOLÓGICA

Manejo no quirúrgico de los quistes simples de ovario en mujeres en edad fértil

Autor:

Francisco Villa Villagrana

Coautores:

J. Guadalupe Panduro Barón, Sergio Bernal Martínez, José Alfonso Martín de Alba

Institución:

Hospital Civil de Guadalajara

Objetivo: los quistes simples del ovario que son benignos, generalmente remiten con hormonales combinados administrados por 3 meses, en el presente estudio pretendemos valorar la efectividad al utilizarlos por solo 2 meses. **Tipo de estudio:** prospectivo, transversal, de casos y controles. **Material y métodos:** se estudiaron de Enero a Diciembre del 2005 en el servicio de Fisiología Obstétrica, 40 mujeres con diagnóstico de quiste simple de ovario, el grupo de estudio (grupo A) consistió en 20 pacientes tratadas con anticonceptivos orales de baja dosis, comparadas con un grupo control de 20 pacientes (grupo B), tratadas con placebo, con características sociodemográficas similares. **Resultados:** edad promedio grupo A 28.4 años, DE 8.78 años, grupo B edad promedio 28 años, DE 8.56 años, estado civil, la mayoría casadas en ambos grupos, paridad sin significancia, ocupación, la mayoría dedicadas al hogar, escolaridad, la mayoría con educación básica en ambos grupos, menarca promedio Grupo A 13.3 años, DE de 3.66 años, Grupo B promedio 12.6 años, DE de 3.21 años. Antecedente de quiste previo grupo A 0%, grupo B 15%, la medida promedio de los quistes grupo A fue de 47.5 mm, en el grupo B el promedio del quiste simple de ovario fue de 48 mm, en una paciente del grupo A y 9 del grupo B, hubo persistencia del quiste. **Conclusiones:** el uso de anticonceptivos orales de baja dosis administrados durante dos meses produjo una regresión de los quistes simples de ovario en el 95% de los casos.

Síndrome de Meyer Rokitansky Kuster Hauser. Comunicación de un caso

Autor:

Mariel Pliego Aguilar

Coautores:

Lionel Leroy López, Jorge Eblem Azar Silvera

Institución:

Hospital Ángeles del Pedregal

Objetivo: presentación de un caso síndrome de Rokitansky Küster Hauser Meyer en el Hospital Angeles del Pedregal. **Tipo de estudio:** reporte de un caso. **Material y métodos:** paciente de 17 años de edad que

acude por presentar amenorrea primaria, así como dolor en fosa iliaca derecha constante. Se realiza perfil hormonal y cariotipo encontrándolos normales, USG abdominal con quiste de ovario derecho y dificultad en visualizar útero. Se programa para laparoscopia diagnóstica encontrando quiste ovario derecho, endometriosis en fondo de saco, dos cuernos rudimentarios y ausencia de útero y vagina. **Resultados:** se realiza neovagina tipo Mckindoe con colgajos cutáneos sin complicaciones. No ha iniciado vida sexual. Evolución favorable. **Conclusiones:** el síndrome de Rokitansky Küster Haüser Meyer presenta anomalías en el desarrollo de los conductos müllerianos, atresia vaginal, hipoplasia o atresia uterina, con o sin malformaciones renales, función ovárica normal y caracteres sexuales secundarios normales. Cariotipo 46XX. Se presenta en la adolescencia, segunda causa de amenorrea primaria. Incidencia de 1 en 7000 pacientes. El padecimiento fisiológico se puede solucionar con cirugía, esta permite que tenga una función sexual normal y la posibilidad de reproducción con técnicas asistidas. Diagnóstico diferencial con Síndrome de Turner y con síndrome de insensibilidad a los andrógenos. Existen muchas técnicas para la realización de neovaginas, para tomar la decisión de que cirugía practicar depende de cada paciente y su anatomía. A pesar de que no sea un padecimiento común debe ser considerado en pacientes adolescentes que presentan amenorrea primaria con la finalidad de ofrecer el mejor tratamiento y brindar una mejor calidad de vida.

HISTERECTOMÍA POR LAPAROSCOPIA

Estudio descriptivo de 87 casos de histerectomía total laparoscópica con técnica facilitada

Autor:

Fred Morgan Ortiz*

Coautores:

Marco Antonio López Zepeda,** Juan Carlos Cantón Romero,** Enrique Elorriaga García*

Institución:

* Coordinación Universitaria del Hospital Civil de Culiacán, Universidad Autónoma de Sinaloa

** Instituto de Endoscopia Ginecológica, Guadalajara, Jalisco

Objetivo: describir las complicaciones y evolución clínica de pacientes sometidas a histerectomía total laparoscópica. **Tipo de estudio:** descriptivo: serie de casos. **Material y métodos:** retrospectivamente se revisaron los registros clínicos de 87 pacientes sometidas a histerectomía total laparoscópica en el Hospital Civil de Culiacán durante un periodo de 3 años. Se analizaron las características generales, indicaciones, técnica anestésica, vía de acceso para el pneumoperitoneo, complicaciones transoperatorias y postoperatorias, duración del procedimiento, tamaño y peso del útero y tasa de conversión. **Resultados:** la edad promedio fue de 39.08 años (DE:9.21), paridad 4.35 partos (R:3-8), 27.58% una o más cesáreas previas; antecedente de una o más cirugía previa el 43.67% de las pacientes (n=38/87); el abordaje de la cirugía previa fue en la línea media en el 47.36% (n=18/38). El índice de masa corporal fue de 27.57 (DE: 5.63), la indicación principal fue sangrado genital anormal en el 79.31 % (n=69/87): miomatosis uterina (n= 44/69), hiperplasia endometrial (n=7/69). La principal técnica anestésica utilizada fue el bloqueo peridural y sedación en el 32.18% (n=28/87) y anestesia combinada en el 33.33 % (n=29/87). El acceso fue intraumbilical con técnica cerrada en el 100% de los casos y la duración del procedimiento fue de 123.01 minutos (DE: 79.88). El tamaño promedio del útero fue de 14.54 cm (DE: 2.67) con un peso de 387 gr (DE:57.43), el sangrado transoperatorio fue de 151.01 ml (DE:205.94), la estancia hospitalaria fue de 19.45 hrs (DE: 3.21). Se presentaron como complicaciones transoperatorias: una lesiones vesicales (1.14%), una lesión ureteral (1.14%), una lesión intestinal (1.14%), una lesión a vasos epigástricos (1.14%). Dentro de las complicaciones postoperatorias se presentaron tres pacientes con síndrome febril (3.4%) y una lesión por quemadura de la región del sacro (1.14%). La tasa de conversión a histerectomía abdominal fue del 2.29%. **Conclusiones:** la histerectomía total laparoscópica con técnica facilitada es un procedimiento factible y seguro con una tasa de complicaciones mayores y menores similares a las reportadas en la literatura y puede ser una opción viable en pacientes candidatas a histerectomía abdominal.

OTRAS CIRUGÍAS GINECOLÓGICAS POR LAPAROSCOPIA

Adherencias en pacientes con cirugía previa a cielo abierto: análisis de 165 procedimientos laparoscópicos

Autor:

Fred Morgan Ortiz*

Coautores:

Juan Manuel Soto Pineda,* Marco Antonio López Zepeda,** Enrique Elorriaga García*

Institución:

* Coordinación Universitaria del Hospital Civil de Culiacán, Universidad Autónoma de Sinaloa

** Instituto de Endoscopia Ginecológica, Guadalajara, Jalisco

Objetivo: evaluar la frecuencia de adherencias en pacientes con y sin antecedente de cirugía previa. **Tipo de estudio:** retrospectivo. **Material y métodos:** de manera retrospectiva se revisaron 165 procedimientos laparoscópicos realizados en un periodo de 3 años en el Hospital Civil de Culiacán. De estos 51 fueron con fines diagnósticos, 25 para esterilización, y 89 para realizar histerectomía laparoscópica. Se analizó la presencia o ausencia de adherencias, antecedente de cirugía previa a cielo abierto y tipo de incisión. **Resultados:** la frecuencia de adherencias encontrada en el estudio fue del 24.8 % (n=41/165). El antecedente de cirugía previa abierta encontrada en el total de pacientes fue de 36.9% (n=61/165), siendo en el 54 % la incisión en la línea media (n=33/61). Al analizar la asociación entre cirugía previa y adherencias se encontró que el 60.6% (n=37/61) de las pacientes con cirugía previa presentaban adherencias en comparación con el 3.8 % (n=4/104) de las pacientes que no presentaban este antecedente y si presentaban adherencias (OR: 38.5; IC 95% 12.5-118; p<0.05). **Conclusiones:** la cirugía previa a cielo abierto es un factor de riesgo para el desarrollo de adherencias.

HISTEROSCOPIA OPERATORIA Y DIAGNÓSTICA

Histeroscopia diagnóstica y quirúrgica en consultorio

Autor:

José Alanis Fuentes

Institución:

Hospital General Dr. Manuel Gea González

Objetivo: demostrar los beneficios de esta técnica en el diagnóstico y tratamiento de patología intrauterina. **Tipo de estudio:** investigación clínica. **Material y métodos:** se realiza histeroscopia en consultorio con técnica moderna, sin anestesia empleando solución fisiológica como medio de distensión, siguiendo la norma de ver y tratar. **Resultados:** se analizaron los resultados de más de 9000 estudios histeroscópicos. **Conclusiones:** la realización de la histeroscopia diagnóstica y quirúrgica en consultorio es una realidad en nuestro país, ofreciendo alternativas terapéuticas en el mismo momento en que se diagnostican.

Hallazgos histeroscópicos en pacientes con sangrado genital anormal postmenopáusico

Autor:

José Alanis Fuentes

Coautores:

Martell Martínez Gutiérrez, Pilar Mata Miranda

Institución:

Hospital General Dr. Manuel Gea González

Objetivo: describir los hallazgos morfológicos e histopatológicos en pacientes postmenopáusicas con sangrado uterino anormal. **Tipo de estudio:** investigación clínica. **Material y métodos:** 372 pacientes con diagnóstico de sangrado genital anormal posmenopáusico sin ingesta de terapia de reemplazo hormonal. Se realizó estudio histeroscópico con histeroscopia operatoria de 5 mm empleando solución salina precalentada a 28°C y se tomó biopsia de endometrio dirigida para su correlación histopatológica. Análisis estadístico se realizó por medio del programa SPSS versión 10 para Windows con prueba de Kappa y por tener dos o más muestras se utilizó estadística inferencial con Chi al cuadrado. **Resultados:** el diagnóstico histeroscópico, que se encontró con mayor frecuencia

fue el de atrofia con un total de 202 pacientes (54.3%), siguiéndole los pólipos con 93 (25%) otras categorías encontradas de importancia fue el cáncer en 14 (4%) pacientes y la hiperplasia en 11 pacientes (2.95%) como muestra la grafica 2. Se realizó la correlación de los hallazgos histeroscópicos con respecto de los diagnósticos histopatológicos de las biopsias obtenidas, los casos mas frecuentes son: atrofia 157 (63.3%), pólipos 76(77.55%), cáncer endometrial 14(93.05%), hiperplasia de endometrio 10(90.63%) y miomatosis 3 (16.20%). **Conclusiones:** la histeroscopia con biopsia dirigida de endometrio en una instrumento diagnóstico primordial en la paciente ginecológica con patología que incluya la cavidad uterina ya sea en patología benigna como maligna.

COLPOSCOPIA Y PATOLOGÍA CERVICAL

Resultados en el tratamiento de la lesión intraepitelial de bajo grado con crioterapia más 5-fluorouracilo

Autor:

Oscar Vidal Gutiérrez

Coautores:

Ileana Fernández Reyes, Emilio Modesto Treviño Salinas, Geraldina Guerrero González

Institución:

Hospital Universitario

Objetivo: demostrar la eficacia de la crioterapia+5-FU en el tratamiento de LIEBG y estudio de las características demográficas de riesgo de la población. **Tipo de estudio:** estudio longitudinal, retrospectivo, observacional, descriptivo. **Antecedentes:** el CaCu representa la primera causa de mortalidad por cáncer en mujeres mexicanas. Su prevención con detección temprana y erradicación efectiva de lesiones precursoras con terapias conservadoras es una opción para mujeres en edad reproductiva. El reporte de citologías con LIEBG es del 2%. La historia natural de NIC 1 tiende a regresión en 60% y progresión a cáncer en 1%. **Material y métodos:** pacientes del 2001 al 2004 con diagnóstico de LIEBG, detectadas por papanicolaou y confirmadas con biopsia por colposcopia. Se indicó

como tratamiento la crioterapia más aplicación por el médico, una vez por semana de 5-FU (2gr) en cérvix. **Resultados:** se incluyeron 79 casos. La edad de pacientes promedio de 30 años. El 12.7% refirió uso de anticonceptivos hormonales, antecedentes familiares de CaCu en 7.6%, tabaquismo en 16.5%. Seguimiento promedio de 10 meses. Resultados de PAP de control; a tres meses el 98.7% tuvieron seguimiento con curación 96.2%; 1.3% (un caso) con progresión a LIEAG, en 2.5% (2 casos) persistencia. A seis meses, el 82% tuvo seguimiento con remisión del 100%. A doce meses el 57% tuvo seguimiento y remisión del 100%. No se reportaron complicaciones asociadas al uso de 5-FU. **Conclusiones:** el tratamiento local con 5-FU como coadyuvante de crioterapia es efectivo en el manejo de lesiones intraepiteliales de bajo grado de cérvix.

Análisis estadístico y epidemiológico en la atención a víctimas de delito sexual

Autor:

María del Rocío Chillopa Rodríguez

Coautores:

Fausto Moisés Coronel Cruz, Armando Valle Gay

Institución:

Hospital General de México, OD

Objetivo: analizar el estado actual, incidencia, atención clínica institucional y colposcópica así como resultados en pacientes víctimas de delito sexual en nuestro medio. **Tipo de estudio:** prospectivo, observacional y descriptivo. **Material y métodos:** periodo evaluado: Agosto 2001 a Julio 2002. Se captan pacientes del Centro de Terapia de apoyo de Agencia especializada en delitos sexuales a la dirección General adjunta médica del Hospital, donde son referidos a Ginecología y Colposcopia, efectuando historia clínica, exploración física, revisión colposcópica, con toma de papanicolaou, consignando lesiones y heridas. Solicitamos laboratorios, VIH y VDRL. Atención personalizada y confidencial; en caso de menores de edad, se debe contar con familiar responsable necesariamente. **Resultados:** Casos: 103. Femeninos.- 103. Edad: Adultos 78, Adolescentes 24, niños 1. Tipo de

abuso.- Vaginal 97, rectal 35, oral 31, todas 39. Tipo de agresor.- Conocido 42, desconocido 52, familiar 9. Embarazos 8, interrupción 2 (1 por AMEU, aborto espontáneo), continuación al término 6 (4 cesáreas, 2 eutocias). Lesiones colposcópicas.- Eversión glandular 36, LAB 13, alteraciones inflamatorias 17. Lesiones vaginales.- Eritema 50, micosis 38, desgarros 2, desgarro himenal 2, normal 12. Serología.- HIV positivo 0, VDRL positivo 0. **Conclusiones:** la atención y apoyo completo y rápido a víctimas de delito sexual es de vital importancia debido a las repercusiones sociales, anímicas, mentales y físicas que son de gran impacto, en un problema que por desgracia ocurre con cierta frecuencia, constituyendo una problemática difícil de controlar, social y legalmente hablando.

La clínica, citología, colposcopia e histopatología en la detección de afección cervical: correlación de resultados

Autor:

Mayra Almaraz Gómez

Coautores:

Drusso Vera Gaspar, Teresita Ma. del Rosario Rojas Sánchez

Institución:

Universidad Nacional Autónoma de México, FES Zaragoza

Cada año mueren aproximadamente 370 mil mujeres mundialmente por cáncer cervicouterino, siendo la causa de muerte oncológica más frecuente en mujeres, asociada consistentemente a la infección por virus de papiloma humano. La verdadera sensibilidad de la citología está en orden del 50 al 60% en prueba de escrutinio. Lo anterior funda nuestro objetivo de mostrar la correlación entre la clínica, citología, colposcopia e histopatología, con la finalidad de valorar su utilidad como métodos diagnósticos para establecer tratamientos adecuados y oportunos. Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo y transversal, incluyendo el análisis de 250 mujeres que acudieron a detección de patología cervical de junio 2004 a diciembre 2005 al servicio de colposcopia durante el diplomado de

patología cervical y tracto genital inferior avalado por FES Zaragoza UNAM. Se correlacionaron clínica, citología, colposcopia, e histopatología para el estudio de patología cervical. Se encontró correlación del 72% entre la clínica y la citología, 80% clínica y colposcopia; 68% citología y colposcopia; 65% citología y biopsia; 94% colposcopia y biopsia; y 92% colposcopia y estudio histopatológico final. Se encontró una baja correlación entre la citología y la colposcopia, no así entre la clínica y colposcopia; ésta última mostró una buena correlación con la biopsia y el estudio histopatológico final. Es importante establecer una buena técnica para toma de citología cervical y aumentar su certeza, la clínica no debe ser en absoluto desplazada; la colposcopia sigue demostrando ser un estudio de gran importancia, de fácil acceso y bajo costo, para la detección de patología cervical.

ESTUDIOS COLPOSCÓPICOS

Estudio comparativo de los cambios acetorreactivos del cuello uterino con el uso de ácido acético al 5 y 15% bajo visión colposcópica

Autor:

Esther Torres Salas

Coautores:

Teresita Rojas Sánchez, Margarita Santiago Carballo, Drusso Vera Gaspar

Institución:

Centro Colposcópico de Investigación y Docencia, SC

Objetivo: comparar el uso del ácido acético a diluciones del 5% y 15% en el estudio colposcópico.

Tipo de estudio: comparativo, observacional, prospectivo. **Material y método:** en un lapso de 5 meses se estudiaron 100 pacientes de un clínica privada de primer nivel, con afluencia de pacientes de diferentes estados del país con predominio de la zona norte del estado de México. En el estudio colposcópico se utilizó ácido acético al 5% durante 5 minutos y al 15% durante 2 minutos. Para valorar el epitelio acetorreactivo se utilizó el índice Reid.

Resultados: se encontró acetoreactividad en 27 pacientes con ácido acético al 5%, a los 3 minutos de su aplicación y aclaramiento a los 5 minutos; y en 27 pacientes con ácido acético al 15% a los 3 segundos de su aplicación y aclaramiento a los 8 minutos. Con la aplicación de ambas diluciones se presentaron efectos colaterales, como ardor y esfacelación, pero fueron más frecuentes con la dilución al 15%. **Conclusiones:** faltó la correlación entre los resultados de biopsias de pacientes en las que se aplicó el ácido acético al 5% y las del 15%, motivo por el cual no hay datos concluyentes y consecuentemente, se requiere más tiempo de investigación.

Reducción del dolor con realidad virtual durante conizaciones con asa diatérmica

Autor:

Verónica Lara Vaca

Coautores:

Eduardo Santos Pacheco, José Luis Mosso Vázquez

Institución:

Hospital de Ginecología y Obstetricia, Tlatelolco

Objetivo: reducción del dolor con imágenes de realidad virtual. **Tipo de estudio:** prospectivo, comparativo y observacional. **Material y métodos:** colposcopio, casco de realidad virtual. Dos grupos de estudio uno testigo y otro control. **Resultados:** valoración del dolor del 1 al 10 siendo el 1 el máximo grado de dolor y el 10 sin dolor. Se demostró que la puntuación del dolor con casco fue de 5.76 y sin casco de 4.28 (disminuyó el dolor en pacientes con casco). La frecuencia respiratoria sin variaciones promedio 23.9 por minuto. La frecuencia cardíaca disminuyó en pacientes con casco a 80.61 vs. 84.38 sin casco. Sin complicaciones. **Conclusiones:** el escenario virtual distrajo visualmente, auditivamente y sensorialmente a las pacientes durante las conizaciones. Si se emplean escenarios virtuales más elaborados y con mayor grado de interacción se espera que la respuesta al dolor disminuya. En el presente trabajo se reporta la primera contribución mundial de la ciberterapia en ginecología.

ESTUDIOS RELACIONADOS CON VPH

Lesión intraepitelial de bajo grado en mujeres con asociación de VPH en el cónyuge: comunicación de dos casos

Autor:

Miguel Angel Bernal Davish

Coautores:

María Natividad Guzmán Tapia, Armando Méndez Pérez, Alberto Hernández Valencia

Institución:

Facultad de Medicina de la Universidad Veracruzana

Existen alrededor de 200 serotipos de VPH y son altamente patógenos las sepas 16 y 18, en el epitelio de transición del cervix le producen una degeneración cromosómica por consiguiente a células cancerígenas. En países de tercer mundo es la primera causa de muerte de la mujer en etapa reproductiva. El hombre es el portador y trasmisor del VPH durante el coito. Se trata de dos casos en el que se encontraron en las esposas lesión de bajo grado por colposcopia y confirmado histopatológicamente, en los cónyuges se les realizó androscopia encontrándose VPH confirmado por biopsia dirigida en la región valanoprepucial. **Caso 1.** De 30 años, AGO: Menarca 12 años, ritmo 28/4, IVSA 24 años, gesta 4, para 0, abortos 3, LUI 3, cesárea 1, MPF hormonales orales. Conyuge 54 años, ocupación periodista. **Caso 2.** De 25 años, AGO: Menarca 11 años, ritmo 30/7, IVSA 20 años, gesta 1, para 1, MPF DIU posparto. Conyuge 25 años, ocupación maestro. El tratamiento para las pacientes fue a base de electrocirugía cervical y en los cónyuges con podofilina, posteriormente remisión androscópica de las lesiones. Institucionalmente no se le da la importancia pertinente al diagnóstico y tratamiento del varón ya que no tiene epitelio de transición por consiguiente no presenta para fines prácticos cáncer.

Correlación de la citología, la colposcopia y el diagnóstico histológico en el Centro Colposcópico de Investigación y Docencia, SC

Autor:

Margarita Santiago Carballo

Coautores:

Elizabeth Pérez Ochoa, Drusso Vera Gaspar

Institución:

Centro Colposcópico de Investigación y Docencia, SC

Objetivo: investigar la calidad de la práctica colposcópica en el Centro Colposcópico de Investigación y Docencia mediante la determinación del grado de correlación entre citología, colposcopia e histología. **Tipo de estudio:** observacional, retrospectivo. **Material y métodos:** se revisaron los expedientes de las pacientes atendidas en el Centro Colposcópico de Docencia e Investigación S.C. del 15 de Septiembre al 15 de Febrero del 2006, a las cuales se les realizó colposcopia, por médicos en entrenamiento supervisados por un experto; las muestras citológicas e histológicas fueron revisadas por solo un patólogo. Una correlación satisfactoria fue aquella en que la variación citología-colposcopia-histología fue no mayor de un grado. Se calculó sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y negativo. **Resultados:** se revisaron 282 expedientes, con 21 citologías anormales, 14 casos con lesión escamosa intraepitelial de bajo grado asociado a infección por virus del papiloma humano (LEIBG+ IVPH), 2 casos con lesión escamosa intraepitelial de alto grado asociada a infección por virus del papiloma humano (LEIAG+IVPH) y cinco casos con lesión escamosa intraepitelial de bajo grado (LEIBG). La colposcopia fue satisfactoria en las 21 pacientes, hubo 15 casos de LEIBG, 4 casos de IVPH y 2 normales. La histología mostró 14 casos de LEIBG + IVPH, 2 casos de LEIAG + IVPH, 3 casos de IVPH, 1 caso de cervicitis crónica y una biopsia normal. La correlación citología-colposcopia fue del 88 %. La correlación citología histología fue del 72 %. La correlación colposcopia-histología fue de 84 %. La concordancia diagnóstica con variación no mayor a un grado es de 73 %, la sensibilidad fue de 89 %, valor predictivo positivo de 80 %, especificidad de 98 % y valor predictivo negativo de 97 %. **Conclusiones:** la capacidad técnica de colposcopistas del centro colposcópico es similar a la reportada en la literatura.

Si consideramos a la histología como el estándar de oro para la presencia o ausencia de enfermedad hubo sobrediagnóstico y subdiagnóstico citológico y colposcópico en la misma proporción, aunque con variación no mayor a un grado.

Manejo del ectropión en el periodo de abril a julio del 2005 en el Centro Médico Interlomas

Autor:

Sonia Laura Romo Martínez

Coautores:

Drusso Vera Gaspar, Erika Domínguez Sarmiento

Institución:

Centro Colposcópico de Docencia e Investigación Médica, SC

Objetivo: encontrar el tratamiento óptimo para ectropión. **Tipo de estudio:** descriptivo. **Material y métodos:** se evaluaron 48 pacientes en el periodo abril-julio del 2005 con diagnóstico de ectropión, se realizó colposcopia, citología y biopsia cuando la lesión parecía sospechosa. Productos químicos como Triticum vulgare en 12 pacientes, Ketanserina en 16 pacientes; físicos como Crioterapia en 16 pacientes y de estas 8 a las cuales se agregó Ketanserina; y 4 pacientes con vigilancia. **Resultados:** el porcentaje de reepitelización a las 5 semanas fue el siguiente; 40% para las pacientes manejadas únicamente con antibiótico y vigilancia, 50% para las pacientes tratadas con triticum vulgare, 60% para las pacientes manejadas únicamente con ketanserina de 70 a 80% crioterapia y entre un 80 y 90% en el tratamiento combinado crioterapia+ketanserina. Efectos colaterales: hidrorrea en el 100% de pacientes tratadas con crioterapia, cólico y rubor en 80 y 100%. prurito y ardor vaginal en un 60 y 50%. **Conclusiones:** el ectropión afecta casi al 30% de las mujeres en periodo de actividad genital, sin embargo solo es necesario tratar cuando la sintomatología es significativa o existen infecciones repetitivas o sangrado anormal provocado por la fragilidad del epitelio de revestimiento glandular. Su evolución generalmente es espontánea pero vale la pena valorar el tratamiento, ya que el fenómeno de la metaplasia es la piedra angular

de toda la patología cervical y puede dar lugar a una transformación atípica.

Condilomas anales: análisis morfológico de 170 casos

Autor:

Leonora Chávez Mercado*

Coautores:

Aldo Juan Carlos Calderón Contreras,** Drusso Vera Gaspar,*** Teresita Rojas Sánchez***

Institución:

* Unidad de Patología del Hospital General de México y Facultad de Medicina, UNAM

** Unidad de Gastroenterología del Hospital General de México

*** Centro Colposcópico de Docencia e Investigación

La infección por el virus del papiloma humano (VPH) en la mucosa anal está fuertemente asociada con el desarrollo de neoplasias intraepiteliales anales (NIA) de la misma forma como está asociado a las neoplasias intraepiteliales cervicales (NIC). Desde hace más de tres décadas se ha implicado al VPH en el desarrollo de carcinomas anales al detectarse mediante el microscopio electrónico partículas virales en pacientes con carcinoma anal. Semejante a lo que ocurre en el cuello uterino, se sabe que una pequeña proporción de estas infecciones progresa a lesiones intraepiteliales y que muchas de estas lesiones intraepiteliales de bajo grado pueden incluso involucionar. Otro factor muy importante que interviene en la evolución de esta enfermedad es la presencia de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) que aunque también influye en el cuello uterino, es más importante en la infección del VPH en la mucosa anal. En este estudio se analizan morfológicamente 170 casos de condilomas anales diagnosticados por clínica. Se revisaron los archivos de patología quirúrgica de la Unidad de Patología del Hospital General de México de los años 2000 al 2005. Se encontraron 170 casos de biopsias anales con diagnóstico clínico de condiloma anal. Todos los casos revisados mostraron morfológicamente condilomas anales. De éstos, 12 casos estuvieron asociados con

NIA I, 7 con NIA II, 3 con NIA III y uno con carcinoma epidermoide invasor. El carcinoma fue de la variante de células grandes no queratinizante, que al igual que en el cuello uterino es la variante más frecuente. En un caso se encontró asociación de dos infecciones virales: el VPH y molusco contagioso. Es frecuente la asociación con infección por VIH y este dato debe comprobarse por clínica, ya que morfológicamente no hay características concluyentes. La frecuencia de progresión a lesiones intraepiteliales de alto grado es baja, comparable con los condilomas cervicales. La progresión a carcinoma epidermoide es aún más baja, también comparable con el carcinoma cervicouterino. A pesar de estas frecuencias bajas es importante el diagnóstico y tratamiento de los condilomas anales ya que aunque baja, existe la posibilidad de progresión a carcinoma epidermoide.

CÁNCER CERVICOUTERINO

Espectro proliferativo y transformante de IVPH en el TGI del varón

Autor:

Carlos Guzmán Nava

Coautores:

Rigoberto Cabrera Viveros, Lilia Hernández Nava, Gladys Medina Romero

Institución:

Hospital General Vasco de Quiroga, ISSSTE

Objetivo: evaluar la relación de la lesión precursora persistente en mujeres con existencia de lesión precursora, existencia de factores de riesgo y espectro proliferativo y transformante de infección por VPH del varón. **Tipo de estudio:** prospectivo, longitudinal. **Material y métodos:** periodo del 1 de septiembre del 05 al 28 de febrero del 06, se realizaron 72 androscopias, 19 tenían esposa con enfermedad persistente. Se complementó estudio con citología uretral e histopatología. Se dividieron en 2 grupos A) Esposa con LEIBG, B) Esposa con LEIAG-Invasor. **Resultados:** a) 18 (95%) pacientes, b) 1 (5%) paciente, por edad, 16 % de 31-35 años, 32% entre 36-40, 26% entre 41-45, 16%

entre 46-.50, 5% entre 51-55 y 5% entre 56-60 años. 100 % casados. 10 (52,6%) profesionistas, 9 (47.3 %) no profesionistas. 42% con 2-3 parejas sexuales, 16% 4-5, 42% con 1. El 100% heterosexuales. Adicciones: tabaco 8 (47.3%), alcoholismo 5 (26,3 %), sustancias ilícitas 4 (21%). Androscopia: 10 (52%) lesión subclínica, 9 (48%) clínica. Citología endouretal, 16 (84.3) sanos, 3 (15,7%) con IVPH. Histopatológico: 18 (94.73%) condiloma acuminado, 1 (5.26%) piel sana. **Conclusiones:** la lesión persistente en la mujer se relacionó con esposo portador de enfermedad productiva en el 95% de los casos. Enfermedad productiva del varón presente entre los 30-50 años en 90 %. Existió poligamia en el 58%. Adicciones en 96% de casos. El 100% son asintomáticas. Existió correlación histo-androcópica en el 95 % Baja especificidad en citología endouretal.

ONCOGINECOLOGÍA

Biopsia guiada por arpón en mamografía sospechosa por microcalcificaciones y su correlación histopatológica

Autor:

Judith Reynaga Hernández

Coautores:

Manuel Ismael Geonis González, Carmen Jaqueline González Gómez, Raúl Cortés Flores

Institución:

IMSS

Objetivo: analizar los casos de biopsias guiadas por arpón de pacientes con mamografía con microcalcificaciones sospechosas de malignidad y su correlación histológica. **Tipo de estudio:** transversal simple. **Material y métodos:** se incluyeron pacientes con reporte mamográfico de microcalcificaciones sospechosas a las cuales se les realizó biopsia guiada por arpón, con corroboración radiológica de obtención de la lesión en la pieza. Se realizó estudio histopatológico. El estudio comprendió del 02 de Noviembre del 2005 al 04 de Mayo del 2006. Se registró edad, BIRADS, factores de riesgo y diagnóstico histológico. **Resultados:** se revisaron 89 casos. La edad promedio fue de 51.3 años

(38-74). 23 mamografías fueron clasificadas como BIRADS III y 66 como IV. No se tuvieron casos de BIRADS V. Ocho casos tuvieron diagnóstico histopatológico de cáncer de mama todos correspondientes a BIRADS IV (VP=8.98), de ellos en 6 se encontraron factores de riesgo. El resto de los diagnósticos histológicos fueron: condición fibroquística en 51(57.3%) pacientes, fibroadenoma 18 (20.2%), hiperplasia ductal típica 8(8.98%) e hiperplasia ductal atípica 4(4.49%) pacientes. **Conclusiones:** el procedimiento quirúrgico evaluado mostró su utilidad en la obtención de lesiones no palpables. En nuestro estudio con relación a los reportes de la literatura el valor predictivo positivo de BIRADS fue inferior. Los factores involucrados en este punto pueden ser la experiencia en la interpretación del radiólogo así como la técnica mamográfica.

Fertilidad luego de una neoplasia trofoblástica gestacional

Autor:

Marisela Castañeda Díaz

Coautores:

Oscar Vidal Gutiérrez, Emilio Treviño Salinas, Clara del Carmen Flores Acosta

Institución:

Universidad Autónoma de Nuevo León, Hospital Universitario Dr. José E. González, Departamento de Ginecología

Objetivo: corroborar la fertilidad posterior a neoplasia trofoblástica gestacional. **Tipo de estudio:** retrospectivo, transversal, descriptivo. **Material y métodos:** se revisaron los expedientes de nuestro Hospital de Enero del 2000 a Octubre del 2004, y se agruparon en 2: pacientes con enfermedad trofoblástica benigna (mola completa e incompleta) y maligna (coriocarcinoma, molas perforantes y persistentes) y se corroboró la presencia de fertilidad. **Resultados:** se obtuvieron un total de 110 pacientes; 11 (10%) pertenecientes al grupo de enfermedad trofoblástica gestacional maligna 5 coriocarcinomas, 4 molas persistentes y 2 molas perforantes. En el grupo de enfermedad trofoblástica benigna se encontró 55 molas completas de las cuales

2 (1.8%) pacientes presentaron más de 3 molas en embarazos subsecuentes y 1 embarazo ectópico molar y 44 molas parciales. En ambos grupos se observó que la fertilidad estaba conservada. En el grupo de enfermedad trofoblástica gestacional benigna se reportó hasta en el 80%. **Conclusiones:** la recurrencia de embarazo molar en nuestro Hospital fue del 1.8%. Tanto la enfermedad trofoblástica gestacional benigna como la maligna a pesar del uso quimioterapia la fertilidad se encuentra preservada.

TRATAMIENTOS QUIRÚRGICOS RELACIONADOS CON CÁNCER PÉLVICO

Detección del ganglio centinela con azul patente en cáncer del cuello uterino

Autor:

Rocío Pluma Pérez

Coautores:

Joel Bañuelos Flores, Moisés Zeferino Toquero, Germán Maytorena Córdova

Institución:

Servicio de Oncología Ginecológica, Hospital Luis Castelazo Ayala IMSS, México, DF

Introducción: la búsqueda de ganglio centinela (GC) para evitar las disecciones ganglionares en cáncer cervical está en proceso de validación, siendo útil en 60 a 90% de los casos. **Objetivo:** investigar la factibilidad de identificar GC usando azul-patente en pacientes con cáncer cervicouterino sometidas a histerectomía radical (HR) con linfadenectomía pélvica y retroperitoneal (LPR). **Métodos:** de agosto 2004 a mayo 2005, 21 pacientes con cáncer cervicouterino temprano se sometieron a búsqueda de GC aplicando azul-patente previo a cirugía en el cervix, posteriormente se realizó la búsqueda de GC con estudio transoperatorio y se realizó la cirugía radical planeada. **Resultados:** identificamos el GC en 57.1% (12/21), detectando en promedio 2 GC (rango de 1-5). En 50% se localizaron en 1 grupo ganglionar y 50 % en 2. En 83.3 % el GC se localizó en fosa obturatriz, 50 % en iliacos externos y 16.6 % en iliaco interno. El porcentaje de falso negativo

transoperatorio fue de 8.3 % con VPN de 83.3 %. En un paciente el estudio patológico definitivo reportó micro metástasis tanto en el GC como en otro ganglio no teñido, confiriéndole una especificidad del 100% con VPN del 90.9%. En 19% se encontraron metástasis ganglionares, en cuatro pacientes se detectaron metástasis macroscópicas pero ningún ganglio captó el colorante. **Conclusión:** la identificación del GC es factible y con el perfeccionamiento de la técnica podremos evitar la DG en pacientes que no lo ameriten eliminando la morbilidad potencial de la linfadenectomía en el tratamiento quirúrgico de pacientes con cáncer cervicouterino temprano.

¿Es predecible la enfermedad extrauterina en cáncer de endometrio mediante concentraciones de Ca 125 preoperatorios?

Autor:

Joel Bañuelos Flores

Coautores:

Moisés Zeferino Toquero, Horacio Reyna Amaya, Germán Maytorena Córdova

Institución:

Servicio de Oncología Ginecológica, Hospital Luis Castelazo Ayala IMSS, México, DF

Introducción: los niveles elevados de Ca-125 preoperatorios en cáncer de endometrio se han relacionado con metástasis ganglionares y enfermedad extrauterina. **Objetivo:** determinar si los niveles séricos preoperatorios de Ca-125 pueden pronosticar metástasis linfáticas en pacientes con cáncer endometrial. **Metodología:** se incluyeron las pacientes con diagnóstico de cáncer de endometrio, tratadas con cirugía primaria etapificada entre enero 1995 y agosto 2003 en nuestro servicio, a quienes se les determinó preoperatoriamente el nivel sérico de Ca-125 y comparamos estos valores con el resultado histopatológico de la pieza quirúrgica buscando relación entre niveles y presencia de ganglios linfáticos con metástasis. **Resultados:** se encontraron 320 casos con cáncer endometrial y en 59 pacientes se documentó Ca-125 preoperatorio. El promedio de edad fue de 55 años (rango 28 a 83 años). En 10

pacientes (17%) hubo metástasis ganglionares y en 49 pacientes (83%) no las tuvieron. Se observó que los niveles séricos de Ca-125 en las pacientes con metástasis linfáticas fueron mayores estadísticamente que en aquellas sin metástasis. Además hubo incremento significativo en los niveles de Ca-125 en pacientes con etapa quirúrgica avanzada, y grado nuclear alto en pacientes posmenopáusicas. **Conclusiones:** los niveles séricos de Ca-125 son un factor de riesgo importante para predicción de metástasis ganglionares en las pacientes con cáncer de endometrio en nuestra población.

Histerectomía total laparoscópica vs histerectomía por laparotomía como tratamiento y estadificación de cáncer endometrial temprano en el Instituto Nacional de Perinatología (INPerIER): resultados preliminares

Autor:

Emilio José Olaya Guzmán

Coautores:

José Luis Elizarrarás Cendejas, Carlos Eduardo Aranda Flores, Manuel Mota González

Institución:

Instituto Nacional de Perinatología

Objetivo: mostrar la utilidad de la histerectomía total vía laparoscópica como tratamiento y estadificación de pacientes con cáncer endometrial comparándola con histerectomía laparoscópica. **Tipo de estudio:** cohorte histórica. **Material y métodos:** se identificaron de enero/2005 a junio/2006; a 12 pacientes tratadas quirúrgicamente por cáncer endometrial (CE) con sospecha por clínica, biopsias e imagen de estadios tempranos en todos los casos; 5(42%) pacientes se trataron vía laparoscópica (HTVL) y 7(58%) por laparotomía protocolizada (LAP). Todas fueron sometidas a linfadenectomía pélvica selectiva, salpingo-oforectomía bilateral, lavado peritoneal, biopsias de peritoneo y epiplón. En análisis estadístico se aplicó prueba de Mann-Whitney U. **Resultados:** para los grupos HTVL y LAP respectivamente las medias similares fueron: Tiempo quirúrgico (212 vs. 181min; $p = 0.343$). Estancia hospitalaria (3.4 vs. 3.8 días; $p = 0.530$). Volumen

de sangrado (244 vs. 385.7ml; $p = 0.149$). La media de ganglios pélvicos fue menor para el grupo HTVL vs. LAP (4 vs. 9.2ganglios; $p < 0.05$). En general hubo 3 complicaciones post-quirúrgicas para LAP y ninguna para HTVL. Ninguna paciente tuvo positividad (CE) en ganglios, biopsias ni ovarios quedando estadificadas como I (FIGO) en 92% de casos. **Conclusiones:** en el INPerIER la HTVL es un procedimiento seguro, que ofrece tratamiento y estadificación para CE temprano comparable con LAP, teniendo similares o menores volúmenes de sangrado, tiempos quirúrgicos, tiempos de recuperación, complicaciones y menor número de ganglios biopsiados.

OTRO TIPO DE ESTUDIOS RELACIONADOS CON EL CÁNCER PÉLVICO

Impacto económico del egreso temprano posquirúrgico en un servicio de ginecología oncológica

Autor:

Germán Maytorena Córdova

Coautores:

Moisés Zeferino Toquero, Joel Bañuelos Flores, Horacio Reyna Amaya

Institución:

Servicio de Oncología Ginecológica, Hospital Luis Castelazo Ayala, IMSS

Objetivo: determinar si el egreso temprano posquirúrgico ofrece beneficio de costos días-estancia en los pacientes postoperados en nuestro servicio sin decremento de la calidad de atención médica. **Tipo de estudio:** se realizó un estudio costo-beneficio de egresos tempranos en nuestro servicio. **Material y métodos:** revisión de expedientes de 1° enero al 31 de dic 2005. El alta hospitalaria se dio en cuanto las condiciones fisiológicas y psicológicas de la paciente lo permitían y tolerando vía oral. **Resultados:** se encontraron 243 pacientes con expediente completo. Se clasificaron en procedimientos como sospechosos de malignidad n:96, por malignidad n:147. El promedio de estancia posquirúrgico fue de 1.2 días. Los procedimientos en la patología de sospecha fueron hta:35,

salpingooforectomía:47, tumorectomías:9, tumorectomía con resección intestinal:1. comparando días de estancia 1.2 días vs 3 días reportado en la literatura representa un ahorro anual de \$604,388mn. En los procedimientos en patología maligna: cacu:42, ca de ovario: 40, ca cuerpo uterino:51, otras patologías malignas: 14., los días-cama ahorrados en pacientes operados por malignidad fueron 689, representando un ahorro de \$2,857,238mn anual. Esto representa un ahorro anual de \$3,461,626 MN. No tuvimos incremento en cuanto a morbilidad quirúrgica comparado con la literatura mundial, el índice de morbilidad (4.5% vs 9%) y de mortalidad (1.3% vs 1.3%). **Conclusiones:** el egreso temprano en nuestro servicio es factible sin incrementar la morbilidad además de representar un beneficio económico importante para los sistemas de salud.

PATOLOGÍA MAMARIA

Hormonas y cáncer de mama

Autor:

Guadalupe Martínez Abundis*

Coautores:

Pedro Cano Ríos,** Francisco J. Rosales Hernández,** Susana Bassol Mayagoitia**

Institución:

* Esc. Lic. Enfermería. CEIAM. U. A. de C

** Inifap, CME No. 71 IMSS, CIB. Facultad de Medicina U. A. de C

Objetivo: analizar si existe relación con el consumo de hormonales y cáncer de mama. **Tipo de estudio:** estudio de casos y controles. **Material y métodos:** los casos son 127 mujeres con diagnóstico de cáncer de mama detectadas en el CME No. 71 del IMSS de Torreón, Coah. y los controles son 68 mujeres que por mamografía o ultrasonido de control resultaron normales, valorándose el consumo de hormonales (anticonceptivos y/o terapia hormonal de reemplazo) en ambos grupos. **Resultados:** en este estudio no hubo significancia estadística con el consumo de hormonales. Se observó una $p = 0.001$ en mujeres

con cáncer de mama premenopáusicas, y una $p = 0.01$ en mujeres que habían tenido terapia hormonal de reemplazo. El análisis de regresión logística para las variables de cáncer de mama con consumo de terapia de reemplazo, indicó una relación altamente significativa con un modelo de $y = 0.56 + 1.2876$, considerando eb son los grados de probabilidad de tener cáncer de mama debido a la terapia hormonal de reemplazo; en este caso el resultado es de 3.62, implicando que las mujeres que toman terapia hormonal de reemplazo tienen 3.6 veces mayor probabilidad de desarrollar cáncer de mama que aquellas que no lo toman. **Conclusiones:** es recomendable un estudio donde se analice el tiempo de consumo y el tipo de terapia hormonal de reemplazo (estrógenos solos o combinados).

ENFERMEDADES MALIGNAS DE LA MAMA

Validación de la biopsia del ganglio centinela en un nuevo Instituto de Cáncer de Mama

Autor:

José Eduardo Serratos Garduño

Coautores:

Luis Segura Romero, Sergio Rodríguez Cuevas, Marino Capurso García

Institución:

Instituto de Enfermedades de la Mama (FUCAM)

Objetivo: evaluar la precisión y confianza de la biopsia ganglio centinela (BGC) para reemplazar la disección radical de axila (DRA). **Tipo de estudio:** prospectivo transversal y descriptivo. **Material y métodos:** para evaluar la precisión de la BGC, nuestro equipo médico realizó 38 BGC en FUCAM, 36 mujeres (2 con cáncer bilateral) de Septiembre 2005 a Mayo 2006 con cáncer primario de mama N0, Tis(2); T1(14), T2(20) y T3(2). La DRA se realizó en todos los casos posterior a la BGC. Se utilizó Azul patente en 6 casos y Azul patente más Tc-99 y gamma probe en 32 casos. Todos los GC fueron estudiados transoperatoriamente. **Resultados:** el tamaño tumoral medio fue 1.93cm, el GC se encontró en todos los casos (100%) con una

media de 2 ganglios. La media de ganglios axilares en DRA fue de 19. Hubieron 17 pacientes con ganglios metastásicos (44.7%), en 7 de ellos (41.2%) el GC fue el único metastásico. 1 caso fue reportado positivo durante transoperatorio y no metastásico en definitivo (2.6%). Tres casos fueron reportados negativos en el transoperatorio y mostraron metástasis en definitivo, y la metástasis fue exclusivamente del GC (7.9%). Un solo caso falso-negativo (2.6%) sin falsos-positivos. La sensibilidad de la BGC fue 93.7% y la especificidad 68.2%. Valor predictivo positivo 93.7% y negativo 95.6%. **Conclusiones:** el FUCAM demostró una curva de aprendizaje superada y es tiempo de reemplazar la DRA a BCG en pacientes con cáncer de mama. El transoperatorio erróneo implican una reoperación del 7.9% y sobretratamiento del 2.6%.

Biopsia de mama con marcaje estereotáxico: experiencia del Instituto Nacional de Perinatología

Autor:

Diego Meraz Avila

Coautores:

Carlos Aranda Flores, Gonzalo Márquez Acosta, Ricardo García Cavazos

Institución:

Instituto Nacional de Perinatología

Objetivo: evaluar la experiencia de la biopsia de mama con marcaje estereotáxico en el Instituto Nacional de Perinatología. **Material y método:** estudio observacional, transversal, descriptivo, analítico y retrospectivo. Se revisaron los registros de pacientes con diagnóstico de lesión mamaria detectada por mastografía, con indicación de punción estereotáxica con marcaje y biopsia escisional más estudio histopatológico del 1ero de enero del 2000 al 31 de diciembre del 2003. Utilizamos estadística descriptiva para el análisis de los datos. **Resultados:** revisamos 82 expedientes, con lesiones de dos tipos: microcalcificaciones y nódulo. Edad promedio de 51.7 años. 80.4% benignos, 12.19% malignos. Se reportó lesión en un 19.5%. El cuadrante con lesión de mayor frecuencia fue el cuadrante superior externo (57.3%), así como localización más

frecuente de malignidad, (80%). Lado más común de lesión fue el derecho (51.2%), bilateral en un 6.09%. Resultado maligno con mayor frecuencia en la mama derecha (60%). Terapia hormonal de reemplazo, en el 53.6%. Se describen cada una según resultado histopatológico. Se describen los tipos histopatológicos de malignidad. Se biopsiaron en total 46 lesiones correspondientes a nódulo (56%), 18 microcalcificaciones (22%) y 18 pacientes con ambos tipos de lesiones (22%). Reportamos los porcentajes de malignidad según tipo de lesión (nódulo-microcalcificaciones). **Conclusión:** cada vez es mayor la realización de la pesquisa mamaria y se detectan más lesiones mamarias presintomáticas, no palpables. Su estudio es importante para descartar la presencia de lesión. La biopsia escisional guiada con marcaje estereotáxico, es un excelente método de diagnóstico, que puede ser inclusive terapéutico.

Carcinoma metaplásico de la mama. Experiencia de 11 años en el Instituto Nacional de Cancerología (INCan)

Autor:

Eva Ruvalcaba Limón*

Coautores:

Teresa Vela Chávez,** Alfonso Fuentes Alburo**

Institución:

* Instituto de Enfermedades de la Mama-FUCAM

** Instituto Nacional de Cancerología, Ciudad de México

Objetivo: conocer la casuística de CMM en el INCan y compararlo con la literatura, siendo un grupo heterogéneo y raro de carcinomas con transformación mesenquimal no-glandular de mal pronóstico. **Tipo de estudio:** retrospectivo y descriptivo. **Material y métodos:** pacientes con cáncer mamario atendidos en INCan entre 1995 al 2005. Las variables estudiadas fueron edad, etapa, tratamiento, características tumorales y sobrevida. Se realizó análisis descriptivo utilizando el paquete estadístico SPSS. **Resultados:** en los 11 años el INCan atendió 6,610 cánceres mamarios con 61 casos de CMM (0.92%). Edad promedio 49±14.3 años (24-91), afectando más a mama izquierda (54%)

y con tamaño tumoral promedio de 6.94 cm (1.80 vs. 40). Las etapas clínicas I, II, III y IV correspondieron a 4.9%, 34.4%, 52.4% y 4.9%, respectivamente, 2 no clasificables. El 53% recibió neoadyuvancia y 64% adyuvancia. Se operaron 53 pacientes, 66% mastectomías radicales modificadas, 22.6% mastectomías radicales y 9.4% cirugías conservadoras. El 41.2% tuvo afección ganglionar, 81% fueron tumores de alto grado y 38% tuvieron componente linfovascular extenso. Recurrieron 27% y progresaron 13.5%, más frecuentemente en pulmón, hueso y locorregional. Fallecieron 26 pacientes, 27 viven sin enfermedad y 8 extraviadas. La sobrevida global es 48.6 meses (2.9-171.6) y el período libre de enfermedad 15.9 meses (1-73). **Conclusiones:** el CMM en INCan ocupa el 0.92% de los cánceres mamarios, afecta a pacientes más jóvenes, con mayor tamaño tumoral y mayor afección ganglionar comparado con la literatura mundial, siendo similar en el resto de características.

Eficacia del control radiológico intraoperatorio de pieza quirúrgica en lesiones mamarias no palpables

Autor:

Eva Ruvalcaba Limón

Coautores:

Luis Segura Romero, Marino Capurso García, Sergio Rodríguez Cuevas

Institución:

Instituto de Enfermedades de la Mama-FUCAM

Objetivo: determinar la eficacia del CRIPQ en LMNP para disminuir la frecuencia de re-excisiones subsecuentes; la valoración intraoperatoria de márgenes en cáncer mamario es obligatoria en cirugía conservadora. **Tipo de estudio:** transversal, prospectivo y descriptivo. **Material y métodos:** mujeres con LMNP sometidas a biopsia excisional previo marcaje y CRIPQ para valorar márgenes, realizando re-excisión intraoperatoria en márgenes radiológicos (MRx) inadecuados (<10mm). Se hizo correlación de MRx con márgenes histopatológicos (MHP). Se estudiaron características socio-demográficas y factores de riesgo para cáncer mamario, utilizando el paquete estadístico

SPSS, $p < 0.05$ como valor significativo. **Resultados:** incluimos 42 pacientes con 50 LMNP, edad promedio de 51.12 ± 9.2 años. Las variables estudiadas no tuvieron diferencias significativas entre las 38 lesiones benignas (76%) y 12 malignas (24%). El tamaño tumoral radiológico fue similar al histopatológico, 2.60 ± 1.54 vs. 2.56 ± 1.80 cm. De los 12 cánceres, 8 tuvieron MRx adecuados (sin re-excisión intraoperatoria) y 4 casos MRx inadecuados (re-excisión intraoperatoria). El MHP del grupo sin re-excisión fue >10mm en 5 casos y <10mm en 3 casos (una requirió mastectomía por márgenes inadecuados y 2 casos mastectomía por contraindicación a cirugía conservadora). Los 4 cánceres con re-excisión intraoperatoria tuvieron MHP >10mm, requiriendo 2 casos (50%) cirugía complementaria no relacionada al estado de márgenes. **Conclusiones:** CRIPQ es efectivo para evaluar márgenes; la re-excisión intraoperatoria cambió los márgenes inadecuados a adecuados (>10mm) en 4/12 cánceres (30%) y disminuyó en 50% la re-excisión en segundas cirugías; solo un caso requirió otra cirugía para ampliar márgenes (1/12 casos, 8.33%).

OBSTETRICIA GENERAL

Características clínicas y epidemiológicas de una serie de 77 casos de embarazo ectópico

Autor:

Leticia Lara Avila*

Coautores:

Fred Morgan Ortiz,* Mauricio Soriano Benítez,* Josefina Báez Barraza**

Institución:

* Coordinación Universitaria del Hospital Civil de Culiacán, Universidad Autónoma de Sinaloa

** Medicina privada

Objetivo: describir las características sociodemográficas y clínicas de pacientes con embarazo ectópico manejadas en un hospital público de segundo nivel. **Tipo de estudio:** retrospectivo, serie de casos. **Material y métodos:** retrospectivamente se revisaron los expedientes clínicos de 77 pacientes a quienes se les había

diagnosticado embarazo ectópico en el Hospital Civil de Culiacán. Se analizó la edad, medio socioeconómico, gestas, paridad, abortos, cesáreas, inicio de vida sexual, compañeros sexuales; antecedente de tabaquismo, infertilidad, uso de dispositivo intrauterino, cirugía previa; hallazgos clínicos, laboratorio y gabinete, localización del embarazo, manejo y estancia hospitalaria. **Resultados:** la edad promedio fue de 26.5 años, el 85.7% fue de medio socioeconómico bajo; el 40.3% presentaban tres o menos gestas, paridad de 1 o nula el 55.8%, uno o más abortos el 36.4%, el 16.9% una o mas cesáreas previas; inicio de vida sexual de 16.9 años. Uso de Dispositivo intrauterino en el 15.6%. El 27.2% tenían 2 o más compañeros sexuales; antecedente de: enfermedad pélvica inflamatoria el 7.8%, cirugía previa el 18.2%; legrado uterino instrumental previo el 41.6%, infertilidad en el 6.5 %, tabaquismo en el 13%, embarazo ectópico previo el 3.9%. La sintomatología mas frecuentemente referida por la pacientes fue: dolor el 93.5%, sangrado vaginal el 67.5%, el promedio de amenorrea fue de 7.33 semanas (DE:3.2). Ultrasonido reportó: masa anexial en el 61.0%, tamaño promedio de 57.80 mm (DE:19.67), líquido libre en el 67.5%, imagen de pseudosaco en el 10.4%. El embarazo ectópico estaba roto en el 76.6%; localización: ampulla (64.9%), fimbrial (26.0%), istmico (5.2%), intersticial (2.6%) y ovárico (1.3%), al 96.1% se realizó Salpingectomía; en el 3.9% el tratamiento fue realizado por vía laparoscópica. **Conclusiones:** las características clínicas y epidemiológicas de las pacientes de esta serie de casos y la reportada en la literatura difieren en cuanto a edad, escolaridad y medio socioeconómico, número de parejas sexuales, antecedente de enfermedad pélvica inflamatoria y tabaquismo.

Experiencia de la clínica de displasia de la UMAE 23, en Monterrey, Nuevo León (2002- 2005)

Autor:

Carlos Hiram López Jiménez

Coautores:

Fernando Hernández Garza, Raúl Cortés Flores, Carlos Méndez Rodríguez

Institución:

IMSS, UMAE 23

Objetivo: conocer la experiencia adquirida en la Clínica de Displasia, de la UMAE 23, de Monterrey, Nuevo León. **Tipo de estudio:** observacional, descriptivo, de una sola medición y retrospectivo. **Material y métodos:** toda la población que acudió a la Clínica de Displasias, con una citología cervical anormal. **Resultados:** acudieron un total de 3784 pacientes, de los cuales 78 cursaron con cáncer invasor, 67 microinvasor, 557 con displasia severa, 308 con displasia moderada; y 500 con displasia leve. En el grupo de menores 25 años, 155 cursaron con algún grado de displasia, 2 casos de cáncer microinvasor y 1 caso de invasor. Hubo una correlación diagnóstica entre la citología y la histología en displasias de un 63%, y en cáncer de un 40%. La correlación diagnóstica de la colposcopia y la histología para displasias fue de 76%, y de cáncer invasor fue del 55%. **Conclusiones:** el grupo de edad de mayor riesgo es el de 25 a 59 años. El grupo menor de 25 años tiene una casuística considerable de displasias, no así de cáncer, esto debido a la historia natural de la enfermedad. Consideramos que debemos realizar escrutinio al año de iniciada la vida sexual activa. La correlación diagnóstica entre colposcopia e histología, fue mayor en el 2005, que en el 2002, debido a la experiencia adquirida por el personal.

Valor predictivo positivo del método de Johnson para estimar el peso fetal en embarazos de término

Autor:

Flavio Hernández Castro*

Coautores:

Alfredo Laredo Rodríguez,** Ricardo Hernández Herrera,* Gerardo Forsbach Sánchez*

Institución:

* Unidad Médica de Alta Especialidad, IMSS Núm. 23 Dr. Ignacio Morones Prieto, Monterrey, Nuevo León

** Departamento de Obstetricia. Hospital General de Zona Núm. 6, IMSS, San Nicolás de los Garza, Nuevo León

Existen múltiples métodos para estimar clínicamente el peso fetal, entre los cuales el método de Johnson y Toshach (MJT) representa una herramienta útil; sin

embargo, poco utilizada en la práctica clínica a pesar de que puede ser de gran ayuda para una evaluación obstétrica adecuada. **Objetivo:** evaluar el valor predictivo positivo (VPP), sensibilidad y especificidad del MJT para determinar el peso fetal en embarazos de término. **Tipo de estudio:** observacional, prospectivo, tipo prueba diagnóstica. **Material y métodos:** se seleccionaron 132 pacientes con embarazos de término documentados por ultrasonido o amenorrea confiable. Se comparó la media del valor calculado por el MJT con la media del peso al nacimiento y se determinó VPP, sensibilidad y especificidad. **Resultados:** no se encontró diferencia significativa entre la media del peso fetal (3295 g) calculada por el MJT y la correspondiente a los pesos reales de los neonatos (3343 g) ($p>0.05$), la desviación estándar fue de 325 gramos y un margen de error de ± 722.53 g (16 g/kg, 1.6% error). Para el grupo de recién nacidos eutróficos la sensibilidad para estimación del peso fue de 97%, especificidad del 71%, el VPP fue de 98%. Se observó mayor sensibilidad en la detección de macrosómicos (80%) que en recién nacidos de bajo peso (33%), pero con una especificidad menor 71.4 y 99.2%, respectivamente. **Conclusiones:** el MJT es una herramienta clínica útil y de fácil aplicación con mayor sensibilidad y valor predictivo positivo para detectar recién nacidos de peso normal, que para los neonatos con alto o bajo peso.

Efecto de una intervención educativa en la calidad de atención prenatal otorgada por médicos familiares

Autor:

Salvador Hernández Higareda

Coautores:

José Luis Canales Muñoz, Pablo Julián Capiro León, Laura Cortés Sanabria

Institución:

IMSS, Hospital de Ginecoobstetricia

Objetivo: evaluar el efecto de una intervención educativa sobre la calidad de la atención prenatal otorgada por médicos familiares de una Unidad de Medicina Familiar del IMSS. **Tipo de estudio:** estudio

cuasiexperimental. **Material y métodos:** incluyó a MF que participaron en una intervención educativa que consistió en un curso taller longitudinal de 40 horas sobre la atención prenatal, impartido en el periodo de siete meses. Se revisaron 36 expedientes clínicos de mujeres embarazadas atendidas por estos MF antes de la intervención y 36 expedientes clínicos de otras mujeres embarazadas atendidas también por ellos, pero después de concluida ésta. Se determinó el porcentaje del cumplimiento en las variables indicadoras de calidad en la atención prenatal, propuestos normativamente para utilizarse en forma regular por la coordinación de salud reproductiva del IMSS. Para las comparaciones antes y después se utilizó la prueba de Wilcoxon. **Resultados:** al comparar indicadores antes y después de la intervención se observó que: datos clínicos completos en el expediente (84% vs 97%, $p=0.05$), valoración clínica adecuada (66% vs 88%, $p=0.02$), congruencia clínico diagnóstica (61% vs 88%, $p=0.004$), congruencia diagnóstica terapéutica (61% vs 88%, $p=0.003$), resultaron ser significativamente diferentes; mientras que calificación de riesgo adecuada (19% vs 6%, $p=0.09$), resultados de laboratorio completos (58% vs 50%, $p=0.81$), valoración paraclínica adecuada (44% vs 50%, $p=0.50$), envío a la enfermera materno infantil (11% vs 22%), $p=0.20$), envío a trabajo social (94% vs 80%, $p=0.09$), oferta de método de planificación familiar (33% vs 47%, $p=0.13$), no resultaron diferentes. **Conclusiones:** la intervención educativa incrementó el cumplimiento de algunos indicadores de la atención prenatal, no así de otros, para la mejora del proceso de la atención de la mujer embarazada es necesario enfocarse en todos los indicadores de calidad y medirlos.

Reducción del dolor con realidad virtual durante el trabajo de parto

Autor:

Verónica Lara Vaca

Coautores:

Eduardo Santos Pacheco, José Luis Mosso Vázquez

Institución:

Hospital de Ginecología y Obstetricia, Unidad Tlatelolco IMSS

Objetivo: demostrar la utilidad de escenarios virtuales con un juego de entretenimiento para reducir el dolor durante las contracciones uterinas en el trabajo de parto. **Tipo de estudio:** comparativo y observacional. **Material y métodos:** en el servicio de sala de labor del Hospital de Ginecología y Obstetricia-Tlatelolco del IMSS, de Abril a Junio del 2005 se seleccionaron 41 pacientes embarazadas y en trabajo de parto y con dilatación cervical mayor de 4 cms. A 21 pacientes con edad promedio de 24.47 años se instaló el casco virtual y a las 21 restantes con edad promedio de 27 años se atendieron convencionalmente. El casco fue retirado cuando recibieron el bloqueo peridural BPD o con dilatación cervical de 8. Las variables para estimar la respuesta al dolor fueron la frecuencia cardíaca y respiratoria así como una escala del 1 al 10 (1 equivalente a mayor grado de dolor y 10 mayor grado de satisfacción) antes, durante y posterior a cada procedimiento. **Resultados:** las pacientes que usaron el casco virtual, la puntuación del dolor fue de 2.85 vs 2.0. La frecuencia respiratoria se estableció en 20.85 en las que usaron el casco vs 25. La frecuencia cardíaca promedio fue de 80.38 (con casco) vs 87.0 (sin casco). Ninguna paciente rechazó los escenarios virtuales, ni se presentaron complicaciones maternas ni fetales relacionadas con el casco. **Conclusiones:** el escenario virtual es un método no invasivo que distrajo visualmente, auditivamente y sensorialmente a las pacientes durante el trabajo de parto. La realidad virtual puede en un momento determinado ser de utilidad cuando no se disponga del BPD. En el presente trabajo se reporta la primera contribución mundial de la Ciberterapia en mujeres en trabajo de parto.

Seroepidemiología de la infección por *Toxoplasma gondii* en mujeres embarazadas atendidas en el Hospital General de la Secretaría de Salud de Durango

Autor:

Antonio Sifuentes Álvarez

Coautores:

Cosme Alvarado Esquivel, Juan Humberto Díaz García, Sergio Guadalupe Narro Duarte

Institución:

Universidad Juárez de Durango y Hospital General de la Secretaría de Salud de Durango

Objetivo: determinar la seroepidemiología de la infección por *Toxoplasma gondii* en mujeres embarazadas atendidas en el Hospital General de Durango de la SSD. **Diseño del estudio:** prospectivo, transversal, descriptivo y observacional. **Material y métodos:** estudio realizado de Febrero a Diciembre del año 2006, incluyendo a 343 mujeres embarazadas en control prenatal; se aplicó un cuestionario con datos sociodemográficos y epidemiológicos y se tomó muestra sanguínea para determinar anticuerpos IgG E IgM, antitoxoplasma *gondii*. En el análisis estadístico se determinó medidas de tendencia central y dispersión, razón de momios, con intervalo de confianza del 95 % , y la χ^2 . Se consideró significativo valor de $p < 0.05$. **Resultados:** se encontró una prevalencia del 6% en infección latente por toxoplasma *gondii*, mujeres pertenecientes a nivel socioeconómico bajo, habitantes de clima seco, edad promedio de 25 años, amas de casa, escolaridad promedio 12 años y pertenecientes al medio Urbano; 21 pacientes de las 343 mujeres estudiadas (6.1 %) fueron positivas para anticuerpos IgG anti-*gondii* y ninguna de las mujeres embarazadas fue positiva para IgM anti *gondii*. **Conclusiones:** la prevalencia de infección por toxoplasma *gondii* en embarazadas de la ciudad de Durango es baja comparada con otras regiones de México y otros países. Esto debe considerarse como factor de riesgo para toxoplasmosis congénita ya que mujeres en edad reproductiva no están protegidas con anticuerpos anti-tpoxoplasma. Pobres condiciones de vivienda como piso de tierra y consumo de carne de pavo pudieran contribuir a adquirir la infección por toxoplasma *gondii*.

OPERATORIA OBSTÉTRICA

Factores de riesgo obstétrico asociados con desgarro perineal, incontinencia urinaria de esfuerzo, incontinencia fecal en embarazos resueltos por vía vaginal

Autor:

Christian Moreno Aburto

Coautor:

Viridiana Gorbea Chávez

Institución:

Instituto Nacional de Perinatología

Objetivo: determinar factores de riesgo obstétricos asociados al desarrollo de desgarro perineal, incontinencia urinaria e incontinencia fecal posterior a la resolución del embarazo por vía vaginal. **Tipo de estudio:** observacional, casos y controles, longitudinal, analítico y retrospectivo. **Material y métodos:** se estudiaron un total de 189 pacientes que resolvieron su embarazo por vía vaginal en el INPer, las cuales se captaron durante la consulta de Uroginecología, que acudieron a valoración seis semanas posteriores a la resolución del evento obstétrico. **Resultados:** nuliparidad como factor de riesgo para desgarro un OR ajustado 3.5 (IC 95% 1.1-11). Incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE). Análisis multivariado, encontró significativo la incontinencia fecal (IF) para IUE un OR 4.5 (IC 95% 1.8-11.2). Se encontró para incontinencia fecal la presencia de desgarro un OR aj 6.8 (IC 95% 2.2-20.5), así como la presencia de IUE un OR aj 4.7 (IC 95% 1.7-13.0). **Conclusiones:** relación en el número de partos previos con respecto a la presencia posterior de desgarro, así como la episiotomía ($p=0.001$), con importancia destacó la presencia de nuliparidad un OR ajustado de 3.5 (IC 95% 1.1-11.0). Para IUE se encontró la presencia de incontinencia fecal, con un OR 4.5 (IC 95% 1.8-11.2). Para presentar IF la presencia de desgarro un OR ajustado 6.8 (IC 95% 2.2-20.5) así como la presencia de IUE un OR ajustado de 4.7 (IC 1.7-13.0).

Indicaciones y complicaciones de la histerectomía obstétrica en un hospital de ginecoobstetricia

Autor:

Salvador Hernández Higareda

Coautores:

Carmen C Hernández Vega, Juan Antonio Reveles Vázquez, Laura Cortés Sanabria

Institución:

IMSS, UMAE 13, Hospital de Ginecoobstetricia

Objetivo: señalar las indicaciones y complicaciones de la HO en la UMAE Hospital de Gineco-Obstetricia, Centro Médico Nacional de Occidente del IMSS. **Tipo de estudio:** transversal descriptivo. **Material y métodos:** se realizó durante el año de 2004, de Enero a Diciembre. Se incluyeron 38 pacientes de cualquier edad y tiempo de gestación a quienes se les realizó histerectomía por causa obstétrica, Se analizaron variables sociodemográficas y clínicas. **Resultados:** la frecuencia de la HO fue de 8 casos por 1,000 atenciones obstétricas. El promedio de edad de las mujeres estudiadas fue de 30.5 ± 4.7 años. El 75% fueron multíparas y 29 (76.3%) contaban con el antecedente de cirugía abdomino-pélvica. La principal indicación de HO fue la placenta previa asociada a acretismo (44.7%), seguida de acretismo placentario puro (18.4%), placenta previa total (16%) atonía uterina (15.8%), y causas menos frecuentes fueron útero de Couvilliere con desprendimiento prematuro de placenta normoinsera, aborto séptico, miomatosis uterina y pseudoacretismo placentario con desgarro cervical. La mas frecuente complicación inmediata posterior a la histerectomía obstétrica fue choque hipovolémico en 14 pacientes (36.8%). No ocurrieron muertes maternas. **Conclusiones:** la frecuencia de HO es similar a la reportada en otras publicaciones nacionales e internacionales. La principal causa de HO fueron las alteraciones placentarias.

CESÁREA

Administración de lidocaína intraparietal en la prevención de absceso de la pared en pacientes expuestas a operación cesárea

Autor:

Juan Manuel Soto Pineda

Coautores:

Fred Morgan Ortiz, Everardo Quevedo Castro, Constantino B Cuetos Martínez

Institución:

Coordinación Universitaria del Hospital Civil, Universidad Autónoma de Sinaloa

Objetivo: evaluar la eficacia e inocuidad de la lidocaína intraparietal en la prevención de abscesos de pared

en pacientes sometidas a operación cesárea. **Tipo de estudio:** ensayo clínico. **Material y métodos:** 220 pacientes a quienes se les practicó operación cesárea se distribuyeron al azar a uno de dos grupos de tratamiento. Grupo I (n=107) se les aplicó xilocaína simple al 2%, dosis única total de 200 mg vía subcutánea más administración profiláctica de antibiótico intravenoso posterior al pinzamiento del cordón umbilical (49/107 ceftriaxona 1 gr. y 58/107 ampicilina 1 gr.); Grupo II (n=113) únicamente se les administró antibiótico profiláctico (56/113 ceftriaxona 1 gr. y 57/113 ampicilina 1 gr.). Como variable de interés primario se midió la presencia de infección en el sitio quirúrgico. Como variable de interés secundario se registraron características generales de las pacientes. **Resultados:** la incidencia de absceso de pared fue del 0.9 % en el total de las pacientes (2/220). No se encontraron diferencias significativas entre los grupos ni intragrupo para la aparición de absceso de pared 0% (0/107) vs 1.76% (n=2/113) (p=0.2151). Las características propias de cada paciente no influyeron en la aparición de complicaciones. **Conclusiones:** la aplicación de xilocaína intraparietal no influye en la prevención de abscesos de pared, en pacientes sometidas a operación cesárea y es necesario realizar estudios mas grandes en este tópico que esta impactando de manera importante la asistencia obstétrica.

Efecto de la técnica de histerorrafia en el dolor postoperatorio durante la operación cesárea

Autor:

Enrique Elorriaga García

Coautores:

Fred Morgan Ortiz, Everardo Quevedo Castro, Constantino B Cuetos Martínez

Institución:

Coordinación Universitaria del Hospital Civil, Universidad Autónoma de Sinaloa

Objetivo: comparar el dolor postoperatorio y los requerimientos de analgésicos anti-inflamatorios no esteroideos y opioides con dos técnicas de histerorrafia durante la operación cesárea. **Tipo de estudio:**

ensayo clínico. **Material y métodos:** 100 pacientes sometidas a operación cesárea se asignaron en forma aleatoriamente a uno de los dos grupos de acuerdo al tipo de histerorráfia: Grupo I (n=57) se les practicó histerorrafia en un plano; Grupo II (n=43) se les efectuó histerorrafia en dos planos. Se evaluó el dolor postoperatorio a las 4, 6, 8, 10 y 12 horas, mediante la escala visual análoga como resultado de interés primario; Como variables de interés secundario se evaluaron los requerimientos de analgésicos no esteroideos y opiáceos. **Resultados:** no se encontraron diferencias significativas en la evaluación del dolor postoperatorio entre ambos grupos al transcurrir las primeras 8 horas, con diferencias estadísticamente significativa a las 10 hrs. del postoperatorio (p=0.0286). El requerimiento de analgésicos no esteroideos y opiáceos fue similar en ambos grupos. **Conclusiones:** el tipo de histerorrafia transversa segmentaria no tiene ninguna influencia sobre el dolor postoperatorio, ni en el requerimiento de analgésicos no esteroideos ni opiáceos.

MEDICINA MATERNO FETAL

Identificación de la metaloproteasa de matriz extracelular-3 en la membrana fetal de la rata y su posible implicación en la rotura de las membranas corioamnióticas

Autor:

Felipe Vadillo Ortega

Coautores:

Noemí Meraz Cruz, Guadalupe Estrada Gutiérrez, Jorge Beltrán Montoya

Institución:

Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes

Objetivo: las membranas corioamnióticas humanas (MCA), o su equivalente en la rata, participan como una barrera selectiva durante la gestación y su ruptura es parte de los mecanismos que operan durante el trabajo de parto. Se desconocen los mecanismos moleculares que operan en este proceso. **Tipo de estudio:** modelo animal experimental. **Material y métodos:** se analizaron MCA obtenidas al inicio del trabajo de

parto de ratas con embarazos programados y sincronizados. Se caracterizó la presencia y distribución tisular de la MMP-3 o estromelisin en estos tejidos. **Resultados:** se identificó por vez primera la secreción y localización tisular de la MMP-3 en las membranas fetales. La MMP-3 fue inmunolocalizada en la capa compacta del amnios y la secreción de esta enzima por las membranas fue confirmada por electroforesis, zimografía y western blot. A través de microscopía confocal, se estableció que la MMP-3 se localiza en los mismos sitios que la MMP-9. **Conclusiones:** la rotura de las MCA se asocia a la expresión y actividad local de enzimas denominadas metaloproteinasas de matriz extracelular o MMP. Hemos identificado la presencia de la MMP-3 en el amnios de la rata, lo que agrega un elemento más de la comprensión del proceso bioquímico de la ruptura, ya que la MMP-3 es un activador de la MMP-9, lo que abre la opción de su posible papel como activador fisiológico de ésta enzima, que es central en el proceso de ruptura de las membranas durante el parto.

Alteración en la flujometría Doppler de la arteria uterina en pacientes con hipertensión y embarazo

Autor:

Fausto Moisés Coronel Cruz

Coautores:

Amparo García Nava, Manuel Calymayor, María del Rocío Chillopa Rodríguez

Institución:

Hospital General de México, OD

Objetivo: evaluar los cambios en la flujometría doppler condicionados por hipertensión arterial durante el embarazo. **Tipo de estudio:** prospectivo, longitudinal y comparativo. **Material y métodos:** 46 pacientes embarazadas, 23 con hipertensión y 23 sanas, edad gestacional de 26 a 40 semanas. Se les midió por doppler color presión sistólica máxima, diastólica mínima en arterias uterinas; se obtuvo la relación entre ambas, así como la presencia o ausencia de "muesca" protodiastólica. El observador desconoció si la paciente analizada era sana o enferma. Se relacionaron los hallazgos con la evolución de paciente y producto.

Análisis estadístico: T Student y ji al cuadrado. **Resultados:** cuadro 1.

Cuadro 1.

<i>Sanas</i>	<i>Hipertensas</i>
Arteria uterina derecha	
Media	
1.8	2.13
Variancia	
23	.55
Arteria uterina izquierda	
Media	
1.2	2.36
Variancia	
18	.09

Relación S/D alterada en arterias uterinas: Sensibilidad 92 %, especificidad 64 % para evolución a preeclampsia severa, de las que dos presentarán "muesca" protodiastólica. 17 productos de este grupo desarrollarán restricción del crecimiento intrauterino y 2 cursarán con prematuridad. Pacientes control.- 1 caso de flujometría anormal, sin repercusión clínica. **Conclusiones:** la alteración en la relación S/D en flujometría doppler de arterias uterinas en hipertensas embarazadas, se relaciona con mayor incidencia de preeclampsia severa y restricción del crecimiento intrauterino; constituye un método aplicable en pacientes con hipertensión arterial no complicada, para identificar, tratar y prevenir evolución adversa, de forma oportuna.

Evaluación de un microarreglo de anticuerpos en fase sólida para el estudio de quimiocinas secretadas por la membrana corioamniótica

Autor:

Jorge Beltrán Montoya

Coautores:

Nardhy Gómez López, Guadalupe Estrada Díaz, Felipe Vadillo Ortega

Institución:

Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes

Objetivo: en las etapas finales del embarazo se enciende una red de señalización que consiste de diferentes citocinas, quimiocinas y moléculas efectoras

de naturaleza proteica. Dado que ésta red es compleja y difícil de analizar en su contexto completo, el objetivo de este trabajo fue analizar la utilidad de un método de análisis proteómico basado en anticuerpos en fase sólida que permita distinguir la presencia simultánea de diferentes moléculas en muestras biológicas. **Tipo de estudio:** biomédico experimental. **Material y métodos:** se obtuvieron explantes de membranas corioamnióticas de mujeres con embarazos de término, con trabajo de parto espontáneo (n=4) y sin trabajo de parto (cesárea) (n=4). Los explantes se incubaron durante 24h en medio de cultivo, se homogeneizaron y filtraron para obtener extractos, en los cuales se detectaron de manera simultánea diferentes quimiocinas, utilizando un microarreglo de anticuerpos antiquimiocinas inmovilizados en fase sólida que incluyó: Eotaxina, Eotaxina 2, I-309, IL-8, IP-10, MCP-1, MCP-2, MIG, MIP-1, MIP-1, MIP-1 y RANTES. **Resultados:** en los extractos de membranas corioamnióticas se encontraron todas las quimiocinas incluidas, siendo la más abundante la IL-8. Existe tendencia a encontrar todas las quimiocinas en mayor concentración una vez que se ha iniciado el trabajo de parto, excepto para RANTES, que desaparece una vez iniciado el proceso. **Conclusiones:** este enfoque metodológico permite señalar que las membranas corioamnióticas de mujeres con embarazo de término secretan diferentes quimiocinas con un perfil cualitativo característico del trabajo de parto. Este enfoque permite la evaluación rápida de potenciales marcadores de este fenómeno biológico o patológico.

Aminofilina como inductor de madurez pulmonar fetal en pacientes con amenaza de parto pretérmino. Comparación con betametasona. Estudio preliminar

Autor:

Fausto Moisés Coronel Cruz

Coautores:

Héctor Gómez Navarro, María del Rocío Chillopa Rodríguez, Armando Montaña Uzcanga

Institución:

Hospital General de México, OD

Objetivo: evaluar la eficacia y los resultados con aminofilina o betametasona en inducción de madurez pulmonar fetal. Tipo de estudio: prospectivo, comparativo. **Material y métodos:** estudiamos 47 pacientes embarazadas con diagnóstico de APP, entre 28 y 34 semanas, sanas. Grupo 1) 24 casos, betametasona, 6 mgs. c/12 hrs. por 2 días, intramuscular, aplicación semanal hasta las 34 semanas. Grupo 2) 23 casos, aminofilina 250 mgs. diluidos, c/12 hrs., por 3 días, intravenoso, esquema único. Ambos grupos.- amniocentesis a las 36 semanas, con determinación en líquido amniótico de células naranja y prueba de Clemens. **Resultados:** grupo 1) 24 casos con células naranja < 30 % (100%), 21 con Clemens positiva para madurez pulmonar (86%), 3 transicionales (14%). Grupo 2) 23 casos, con células naranja < 30 % (100%), 16 con Clemens positiva (69%) y 7 transicional (21%). Se reportaron 2 pacientes con taquicardia en este grupo cediendo con bloqueadores de canales del calcio, sin secuelas. **Conclusiones:** la eficacia de betametasona es mayor que la de aminofilina como inductor de madurez pulmonar fetal, con margen mínimo, permitiendo utilizar esta última en casos de contraindicación del corticoide debido a patología acompañante o efectos secundarios, siendo estos mínimos con aminofilina y controlables en madre y producto. Este estudio continuará aumentando en número de pacientes y ser más representativo.

Caracterización bioquímica de un activador de la metaloproteínasa de matriz extracelular-9 en membranas fetales humanas

Autor:

Felipe Vadillo Ortega

Coautores:

Arturo Flores Pliego, Jorge Beltrán Montoya

Institución:

Instituto Nacional de Perinatología

Objetivo: la rotura prematura de membranas es uno de los problemas obstétricos más comunes a nivel mundial. El mecanismo molecular que desencadena la RPM no está completamente establecido, aunque su desarrollo se ha asociado con la expresión de una

enzima denominada gelatinasa B o MMP-9. **Tipo de estudio:** biomédico experimental. **Material y métodos:** se analizó la cinética de secreción y activación de la MMP-9 en un modelo de cocultivo. Se utilizaron explantes de membranas a término sin trabajo de parto y linfocitos provenientes del espacio coriódécidual. El cocultivo se mantuvo a 37°C en 5% de CO₂ y el medio fue colectado entre 12 y 48 h, para su análisis por zimografía. El perfil de actividad proteolítica de los medios se evaluó en presencia de inhibidores como EDTA, PMSF y NEM y se utilizó un anticuerpo anti-MMP-3 para inhibir la activación de MMP-9. **Resultados:** los cocultivos secretaron MMP-9 en sus dos formas, latente de 92 kDa y activa de 86 kDa. Al inicio del cultivo predomina la forma latente, pero después de 48 horas la totalidad de la enzima se encuentra activa. El perfil de proteasas identificó a una metaloproteasa como la responsable de la activación y el uso del anticuerpo anti-MMP-3 permitió bloquear la activación de la MMP-9. **Conclusiones:** hemos caracterizado a la MMP-3 como un activador endógeno de la MMP-9 en las membranas fetales, con potencial papel fisiológico o patológico. Esto agrega un paso más a la comprensión de los mecanismos moleculares de la ruptura de las membranas fetales.

Desarrollo y validación de un modelo de cultivo *in vitro* para el estudio de la diferenciación del trofoblasto humano

Autor:

Felipe Vadillo Ortega

Coautores:

Alfonso Martínez Flores, Jorge Beltrán Montoya, Alicia Ortega Aguilar

Institución:

Instituto Nacional de Perinatología

Objetivos: la comprensión de los mecanismos fisiopatogénicos de la preeclampsia se ha frenado por la escasez de modelos experimentales disponibles para su estudio. En este trabajo desarrollamos un método para aislar células de citotrofoblasto humano (CTB) y evaluamos su capacidad invasora y de diferenciación.

Tipo de estudio: biomédico experimental. **Materiales y métodos:** se aislaron CTB de placentas normales de embarazos a término, por digestión con dispasa y purificación en gradiente de densidad. Se evaluó pureza por inmunoreactividad a citoqueratina 7. La invasividad del CTB se evaluó en Matrigel. Se determinó actividad enzimática por medio de zimografía y se cuantificó por ELISA la hCG secretada. La expresión de integrinas alfa 1 (alfa1) y alfa 5 (alfa5), se evaluó por inmunohistoquímica. **Resultados:** se obtuvo CTB con pureza de 97%, que se diferenciaron de manera espontánea a un sincicio después de cuatro días, que se acompañó por la producción creciente de hCG. La invasividad del CTB fue máxima los primeros dos días cuando su fenotipo fue mononuclear y coincidió con la secreción de pro-MMP-9, que disminuyó con el tiempo de cultivo. La inmunoreactividad a integrinas alfa1 y alfa5, se observó en las células de CTB con el fenotipo mononuclear y fue menor en células con fenotipo de sincicio. **Conclusiones:** se desarrolló un modelo *in vitro* que replica eventos del desarrollo temprano de la placenta, que emulan la etapa de invasión y de diferenciación del CTB. Este modelo es de potencial utilidad en el estudio de los mecanismos de daño en la preeclampsia.

Aplicación del análisis proteómico a exudados cervicovaginales para el desarrollo de marcadores moleculares de trabajo de parto

Autor:

Jorge Beltrán Montoya

Coautores:

Aurora Espejel Núñez, Felipe Vadillo Ortega, Mirna Godínez Enríquez

Institución:

Instituto Nacional de Perinatología

Objetivo: el parto pretérmino es uno de los mayores problemas de salud pública mundial y es la explicación de una proporción elevada de la morbilidad neonatal. La búsqueda de marcadores que permitan identificar pacientes susceptibles de desarrollar PP ha sido infructuosa hasta ahora y es una de las metas más relevantes en el desarrollo de medidas que permitan

abatir su incidencia. **Tipo de estudio:** experimental biomédico. **Material y métodos:** en este trabajo hemos iniciado la evaluación de una técnica de análisis proteómico que permite analizar muestras biológicas de volumen pequeño, en las que es posible identificar de manera simultánea diferentes compuestos proteicos. Se analizaron de manera ciega 14 muestras de exudados cervicovaginales de pacientes embarazadas con edades gestacionales >24 semanas, en las que se documentó la presencia (n=7) o ausencia (n=7) de trabajo de parto. Se analizaron con el sistema Bio-Plex, que se basa en un formato que mezcla el principio del inmunoensayo enzimático con la citometría de flujo. **Resultados:** utilizamos un arreglo soluble de detección de citocinas que permitió cuantificar 17 moléculas, incluyendo: IL-1, IL-2, IL-4, IL-5, IL-6, IL-7, IL-8, IL-10, IL-12, IL-13, IL-17, TNF- α , INF- γ , GM-CSF, G-CSF, MCP-1 y MIP-1. El perfil de estos compuestos permite distinguir de manera significativa aquellas mujeres que se encontraban en trabajo de parto. **Conclusiones:** el enfoque proteómico al análisis de muestras en obstetricia constituye un campo muy promisorio, que no solo permitirá identificar nuevas rutas fisiopatogénicas, sino el desarrollo de nuevos marcadores de utilidad clínica.

Incidencia de embarazos con fetos con hidrocefalia congénita en la UMAE 23, Monterrey, NL

Autor:

Carlos Spencer Niño Cantú

Coautores:

Mauro Ochoa Torres, Victoria Martínez Gaytán

Institución:

IMSS, UMAE 23

Objetivo: mostrar la incidencia de embarazos con fetos con hidrocefalia congénita en la UMAE 23 durante los años 2004 y 2005 así como el estado actual de estos niños. **Tipo de estudio:** observacional, descriptivo, retrospectivo. **Material y métodos:** se realizó una revisión de los casos de embarazos con feto con hidrocefalia congénita reportados por el departamento de Medicina Materno-Fetal de la UMAE 23 en

los años 2004 y 2005, se tomaron las medidas de los ventrículos laterales, así como su asociación con otras patologías y se entrevistó mediante vía telefónica a los familiares para conocer el estado actual de estos niños. **Resultados:** se reportaron 46 casos, con una incidencia global de 1.15 casos X 1000 nacidos, 14 casos estuvieron asociados con mielomeningocele, predominó el sexo masculino con 22 casos, 27 fetos nacieron vivos y actualmente sobreviven 17, todos requirieron colocación de válvula de Pudens. **Conclusiones:** la incidencia de casos de hidrocefalia congénita en nuestro hospital corresponde a la reportada a la literatura mundial, así como su asociación con alteraciones del tubo neural y solo el 47% de los productos con este padecimiento sobreviven.

Restricción del crecimiento intrauterino grave de inicio temprano: una alternativa terapéutica

Autor:

Mario Roberto Rodríguez Bosch

Coautores:

Esperanza Josefina Bautista Gómez, María de Lourdes Téllez Serna

Institución:

Instituto Nacional de Perinatología

Objetivo: presentar una alternativa terapéutica exitosa para el manejo de la restricción del crecimiento intrauterino severo de causa desconocida. **Tipo de estudio:** reporte de un caso y revisión de la literatura. **Material y métodos:** se describe el caso de una paciente de 36 años que inicia control prenatal a las 29 semanas, con hallazgos compatibles con restricción del crecimiento intrauterino (RCIU) por fetometría promedio 6 semanas menor, doppler de arteria umbilical con flujo diastólico ausente y oligohidramnios. Se inició esquema de madurez pulmonar y control prenatal con doppler cada dos semanas. No se identificó patología materna, fetal o placentaria que explicara el RCIU. Se inició Manejo empírico, como si se tratara de un síndrome antifosfolípido a base de: aspirina, L. carnitina y heparina de bajo peso molecular mostrando un incremento en la curva ponderal y normalización

del líquido amniótico. A las 34.6 semanas presentó en el US Doppler ducto venoso alterado decidiendo interrupción del embarazo por alto riesgo de muerte fetal. **Resultados:** se realizó cesárea sin complicaciones obteniendo recién nacido de 810 gramos, 33 cm, Apgar 8/9, Capurro 34.3 semanas con cariotipo normal, con destino a terapia intensiva neonatal. Se egresó con 1840 gramos de peso y actualmente se encuentra en seguimiento pediátrico presentando un peso de 5430 gramos a los 10 meses de edad y talla de 53 cm con evolución normal. **Conclusiones:** el manejo agresivo de la restricción del crecimiento intrauterino severo de causa no identificada, puede prolongar la gestación y mejorar los resultados perinatales.

Evolución y resultados perinatales en embarazos de trillizos

Autor:

Nadia Josefina Figueroa Medrano

Coautores:

Sergio Arturo Luna García, Victoria Martínez Gaytán, Miguel Eloy Torcida González

Institución:

IMSS, UMAE 23

Objetivo: analizar los embarazos de trillizos atendidos en la UMAE 23 en el 2005. **Tipo de estudio:** serie de casos. **Material y métodos:** se realizó revisión de expedientes clínicos e interrogatorio directo de pacientes que cursaron con embarazo de trillizos y tuvieron desembarazo en esta Unidad durante el año 2005. Se revisó: edad materna, edad gestacional al diagnóstico, corionicidad, antecedentes personales, esterilidad y tratamiento de esta, semanas de gestación al hospitalizarse, complicaciones obstétricas, vía de nacimiento, resultados y morbilidad perinatal. **Resultados:** se registraron 15 casos, con edad materna promedio de 28 (17-35) años, antecedentes de infertilidad y tratamiento 20% (3 casos), edad gestacional al diagnóstico 11 (5-20) semanas, desembarazo de 30.4 (24-35) semanas, predominio de variedad bicoriónica triamniótica (53%). Las principales complicaciones obstétricas fueron Amenaza de parto prematuro e

enfermedad hipertensiva del embarazo (EHA). El 80% de pacientes recibieron inductores de madurez pulmonar fetal, vía de nacimiento abdominal 93% (14 casos), talla y pesos promedio de Recién Nacidos 40 cm (35-48 cm) y 1646 gr (520-2520 gr) respectivamente, el apgar promedio fue 7-8, mortalidad prenatal 6.6% y postnatal 15.5%. **Conclusiones:** la prematuridad es el principal riesgo en estos embarazos, seguido de enfermedad hipertensiva, en la literatura se señala la retención hídrica grave. Acorde a lo descrito la cesárea electiva fue la vía de nacimiento predominante. La mortalidad neonatal observada fue levemente superior a la reportada, la edad al nacimiento fue inferior. En nuestra unidad se encuentra en desarrollo el programa de hospitalización precoz para mejorar resultados materno-fetales.

Embarazo y trasplante. Comunicación del primer caso atendido en el Hospital Universitario

Autor:

Marcela Guadalupe Medellín Moreno

Coautores:

Roberto Ambríz López, Diana I Reyes Garza, Erick Dagoberto González Sosa

Institución:

Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, Universidad Autónoma de Nuevo León

El primer embarazo documentado en un receptor de trasplante renal fue en 1958, se han reportado embarazos en pacientes con trasplante de hígado, corazón, pulmón, páncreas y riñón. En el Hospital Universitario se atendió el control prenatal del primer embarazo en una paciente receptora de trasplante hepático 5 años previos debido a Cirrosis Biliar Primaria. Durante la gestación se medicó con prednisona y ciclosporina, la resolución fue vía abdominal obteniendo un producto femenino de 3040 grs., de 37.2 semanas por Capurro. Ambos cursaron con evolución satisfactoria, y se dieron de alta asintomáticos. Aproximadamente 1 de cada 20 transplantadas consiguen embarazarse, el 70 % son exitosos. Se aconseja esperar 9 a 12 meses posterior al trasplante para embarazarse, el funcio-

namiento hepático no se compromete, a menos que exista un rechazo previo. No deben suspenderse los inmunosupresores, aunque estos pasen la barrera placentaria, no se aumenta la prevaencia de malformaciones, sin embargo, existe un aumento de morbilidad por trabajo de parto pretérmino, ruptura prematura de membranas, y bajo peso fetal. La mayoría de los inmunosupresores se clasifican como categoría C. Los corticosteroides pertenecen a la B; la ciclosporina es nefrotóxica y hepatotóxica, y puede simular una preeclampsia; el tacrolimus puede causar neurotoxicidad, diabetes, hipertensión y trombocitopenia. El mofetil micofenolato aún no está aprobado en el embarazo. El control prenatal se recomienda cada 2 semanas hasta la semana 36, y después semanalmente con pruebas de funcionamiento hepático cada mes. La vía de nacimiento deberá ser parto y la cesárea por indicación obstétrica.

Experiencia en el tratamiento de defectos de la pared fetal en la UMAE 23

Autor:

Sandra Pérez Silva

Coautores:

Mauro Alberto Ochoa Torres, Ricardo Hernández Herrera, Victoria Martínez Gaytán

Institución:

IMSS

Objetivo: presentar la experiencia en el manejo de defectos de pared fetal. **Tipo de estudio:** serie de casos.

Material y métodos: se realizó un estudio retrospectivo de enero del 2004 a diciembre del 2005 incluyendo los casos de defecto de pared fetal diagnosticados en la Unidad, con una encuesta de seguimiento, supervivencia y análisis posterior de los resultados. Se registró prevalencia, edad materna, tipo de defecto, vía de nacimiento, edad gestacional al momento de la resolución, resultados perinatales, malformaciones asociadas y tratamiento. Para el análisis estadístico se usaron medidas de tendencia central y de dispersión.

Resultados: se registraron 28 casos, 17 gastrosquisis, 8 onfalocelos y 3 Pentalogías de Cantrell, su prevalencia

fue respectivamente de 1/2,349 casos para gastrosquisis, 1/4,992 para onfalocelo y 1/13,314 para pentalogía de Cantrell. La edad materna promedio fue de 26 años. Nacimiento vía abdominal 95% y vaginal 5%. La edad gestacional promedio de resolución del embarazo fue de 35.5 semanas, y el peso promedio de los productos de 2388 gramos. Se asociaron malformaciones a onfalocelo en el 100% de los casos y a Pentalogía de Cantrell en 50%. Se realizó tratamiento quirúrgico en 14 casos (70%). La mortalidad en gastrosquisis fue del 31% y 100% en onfalocelo. **Conclusiones:** la mortalidad postnatal de gastrosquisis y onfalocelo fue mayor a lo reportado en la bibliografía, los defectos de pared fetal continúa siendo una causa importante de morbilidad y mortalidad.

Resultados perinatales en pacientes con diabetes mellitus gestacional en el Hospital de la Mujer de Morelia, periodo 2003-2006

Autor:

Alejandro García Palma

Coautores:

Norma Angélica Aguayo Chávez, Víctor Llanos Arriaga, José Inés González Tapia

Institución:

Hospital de la Mujer, Morelia, Michoacán

Objetivo: describir los resultados perinatales de madres con dmg, durante el periodo 2003-2006. **Tipo de estudio:** retrospectivo, descriptivo, transversal.

Material y métodos: el estudio fue realizado de todas las pacientes con diabetes mellitus gestacional (dmg), atendidas en el periodo de abril 2003 y abril 2006, en el hdmm, utilizando estadística descriptiva para las variables estudiadas: edad materna, gestas, peso, método diagnóstico, dosis máxima de insulina utilizada, edad gestacional al nacimiento, vía de nacimiento, peso al nacimiento, apgar, obito fetal, muerte perinatal y defectos congénitos. **Resultados:** se capturaron 74 pacientes, que cumplieron criterios de inclusión y cuyos datos se registraron a partir del expediente clínico, reportando los siguientes resultados: edad materna promedio: 30 años, edad mas frecuente 20 a 35 años

(54)72.97%, paridad promedio 5 gestas, grupo más frecuente 1 a 3 (40)54.05%; edad gestacional promedio al diagnóstico 32 semanas, siendo (64)86.48% las agrupadas entre 25 a 35 semanas; diagnosticadas mediante hallazgos de hiperglucemia (40)54.05% y (34)45.94% con tamizaje; con dosis máxima de insulina utilizada 42 ui, con los siguientes resultados perinatales: resolución vía cesárea (54)72.97%, parto (20)27.02%, nacimiento a las 36 semanas en promedio, calificados con apgar 8-9 al 1 y 5 minutos 45(60.81%), peso promedio 2808 gr., macrosómicos (4)13.5%, obitos (10)13.5%, poliohidramnios (10)13.5%. **Conclusiones:** en nuestra población la dmg, es más frecuente entre los 20-35 años, diagnosticadas a las 32 semanas, mediante el hallazgo de hiperglucemias, creemos que un temprano y adecuado control prenatal puede mejorar los presentes resultados perinatales.

Estudio de la fibronectina en la enfermedad del cuello uterino

Autor:

Felipe Cajiga Mata

Coautores:

Epigmenio González Martínez, Raúl Córdova Portillo, Karina Baños Hernández

Institución:

Hospital Regional 1 de octubre, ISSSTE

Objetivo: demostrar que la fibronectina es un indicador para lesiones premalignas del cuello uterino, ya que traduce un desprendimiento del tejido de su base lo cual es causante de alteraciones a nivel del ciclo celular. **Tipo de estudio:** prospectivo lineal. **Material y métodos:** se estudiaron 210 pacientes. se dividieron en 2 grupos: 1er grupo control: de 61 pacientes con ausencia de lesiones cervicales. Segundo grupo: grupo muestra: de 140 pacientes con lesiones identificadas mediante: colposcopia, citología vaginal y PCR. **Resultados:** en el primer grupo (control) se identificó, fibronectina negativa en el 100% de los casos. en 2do grupo (muestra) se identificó, fibronectina positiva en el 95% de los casos. En los tres casos de CACU la fibronectina fue positiva. **Conclusiones:** la fibronectina, en patología cervical,

esta asociada fuertemente con la presencia de lesiones premalignas en cuello uterino, por lo que pudiera constituir un marcador de dicha patología.

COMPLICACIONES MÉDICAS DEL EMBARAZO

Valor diagnóstico del tamiz de glucosa

Autor:

Fernando Escobedo Aguirre

Coautores:

Erik Plata López, Tomás de Jesús Mendoza Martínez, José Martín Hilton Cáceres

Institución:

Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE

Objetivo: la asociación entre diabetes y embarazo incrementa notablemente el riesgo de complicaciones maternas y fetales. La diabetes gestacional (DG) es motivo del mayor número de ingresos en nuestro servicio. Con el presente estudio buscamos encontrar el punto de corte para considerar al tamiz de glucosa como prueba diagnóstica. **Material y métodos:** estudio clínico, prospectivo, observacional y transversal. Se practicó prueba de tamiz con carga de 50 gr de glucosa y curva de tolerancia a la glucosa con 100 g, a todas las pacientes embarazadas del servicio de Medicina Materno Fetal, clasificada de acuerdo a los criterios de Carpenter, durante el lapso comprendido entre enero de 2003 y julio de 2005. **Resultados:** se evaluaron 402 expedientes, la edad promedio fue 34.2 años y la edad gestacional 27 semanas, con resultados normales en 61 pacientes y 341 casos alterados. Las pacientes aceptaron someterse a la curva de tolerancia a la glucosa oral (CTGO), clasificándose como Normal (NL) cuando los valores se encontraron en el rango descrito, Intolerante a los Carbohidratos (IC) con un valor alterado y Diabética Gestacional (DG) con variación en dos o más valores. Del total de las curvas realizadas 50.7% fueron normales, 20.1% IC y 29.1% DG. Del 100% de pacientes, 15.7% fueron verdaderos negativos con tamiz normal, y el 75.3 % fueron los verdaderos positivos. **Conclusiones:** para diagnosticar DG usando la prueba de Tamiz, el segundo valor fue

igual o mayor a 190 mg/dl y esto se correlacionó con CTGO alterada en 89.5% de los casos.

Cardiopatía y embarazo en la Unidad Médica de Alta Especialidad Núm. 23 del IMSS

Autor:

Victoria Martínez Gaytán

Coautores:

Marina Pacheco de O, Sergio Arturo Luna García, Raúl Cortés Flores

Institución:

IMSS, UMAE 23

Objetivo: conocer a las pacientes embarazadas con cardiopatía, clase funcional, evolución, vía de parto y complicaciones. **Tipo de estudio:** descriptivo, transversal, retrospectivo. **Material y métodos:** se revisaron los expedientes de las pacientes cardiopatas embarazadas vistas en la consulta de cardiología de la UMAE 23 en Monterrey, NL, los años 2002-2005. Se registro clase funcional, diagnostico, vía de nacimiento, edad gestacional al nacimiento, morbimortalidad materna y fetal. **Resultados:** se estudiaron 206 pacientes. Correspondieron a clase funcional I 54(26%), II 136 (66%) y III 16(7.7%). El 40.7% correspondió a valvulopatías y el 21.3% a taquicardia sinusal. 139 pacientes tuvieron resolución vía abdominal. 21.3% fueron prematuros. Hubo 3 muertes fetales por prematuridad extrema y ninguna muerte materna. Las complicaciones maternas observadas fueron: neumonía, preeclampsia, tromboembolismo, edema pulmonar, angor pectoris y cetoacidosis. **Conclusiones:** en nuestra población se observó una frecuencia menor a la reportada (.3% vs. 1%). La principal patología registrada es la valvulopatía mitral concordando con la literatura. Los resultados materno fetales favorables obtenidos pudieran deberse a la clase funcional en la que se sitúan nuestras pacientes. El índice de cesáreas debe revalorarse e individualizarse cada caso por su elevado porcentaje.

Reporte de muerte materna en el año 2005 en el Hospital de la Mujer de los Servicios de Salud del estado de Puebla

Autor:

Martín Córdova López

Coautores:

Mireya Montesano Villamil, José Armando Cáceres Sáenz, Reynaldo Canche Caballero

Institución:

Secretaría de Salud, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla

Objetivo: distinguir las causas de mortalidad materna ocurridas en el hospital de la mujer. **Tipo de estudio:** descriptivo, transversal, observacional, retrospectivo. **Material y métodos:** se analizaron diez muertes maternas ocurridas durante el 2005, la fuente de información fue expedientes clínicos y certificados de defunción, la metodología empleada fue estadística descriptiva, determinando las causas que llevaron a la muerte a estas pacientes (tabla uno). **Resultados:** de las muertes maternas, 5 fueron por sepsis, 3 por evento cerebral vascular y 2 por coagulación intravascular diseminada. Se observó en todas ellas retardo en su traslado, bajo nivel socioeconómico, inadecuado control prenatal y multiparidad, las diez muertes fueron por causa directa. Causas de muerte materna (cuadro 1).

Cuadro 1

<i>Diagnóstico</i>	<i>Casos</i>	<i>%</i>
Sepsis	5	20.00
Enfermedad vascular cerebral	3	30.00
Coagulación intravascular diseminada	2	10.00
Total	10	100.00

Conclusiones: en el hospital en este periodo de tiempo se atendieron 5478 nacimientos representando entonces estas 10 muertes maternas solo el 0.18 % situándonos por debajo de la media estatal y nacional. Queda claro que se debe reforzar la capacitación en primer nivel de atención para identificar oportunamente el riesgo reproductivo y realizar un buen control prenatal, así mismo identificar datos de alarma obstétrica y enviar a segundo o tercer nivel sin demora. Reforzar actividades encaminadas a la aceptación de métodos de planificación contribuirá también a disminuir la tasa de mortalidad materna.

Mielitis longitudinal diseminada aguda postherpética y embarazo

Autor:

Leyza Angélica Nieto Galicia

Coautores:

Ricardo González Rosales, Miguel Ángel Cerón Saldaña

Institución:

Hospital General de Matamoros Tamaulipas Dr. Alfredo Pumarejo L

Objetivo: presentación de un caso y revisión de la literatura. **Tipo de estudio:** presentación de caso y revisión de la literatura. **Material y métodos:** se presenta un caso de mielitis cervical longitudinal diseminada aguda postherpética en el embarazo que fue atendido de manera multidisciplinaria en nuestra institución y se revisa la literatura existente de complicaciones de Herpes Zoster en el embarazo. **Resultados:** se presenta un caso que fue atendido de manera multidisciplinaria en nuestra institución el cual se presentó en una paciente secundigesta con paraplejía secundaria a mielitis longitudinal diseminada aguda postherpética que cursaba embarazo de 5 semanas de gestación, que llega a resolución obstétrica con buenos resultados neonatales (femenino de 2275 grs APGAR 7-8 y 36 semanas de gestación por Cápurro sin malformaciones aparentes) pero la paciente fallece en el puerperio tardío (día 26 de puerperio) por neumonía postural. Los diagnósticos integrados por orden cronológico fueron: herpes zoster cervical, parálisis bilateral ascendente probable síndrome de Guillain Barre, embarazo de 5 semanas de gestación por fecha de última menstruación, quiste aracnoideo temporoparietal izquierdo, mielitis longitudinal cervical diseminada aguda postherpética, ventilación mecánica invasiva, traqueostomía, gastrostomía, infección de vías urinarias, embarazo de 8.3 semanas de gestación por ultrasonido, cervicovaginitis, embarazo de 19 semanas de gestación por ultrasonido, neumonía nosocomial, embarazo de 32-33 semanas de gestación por ultrasonido cesárea previa amenaza de parto pretérmino, síndrome de Cushing, embarazo

de 36 semanas de gestación por ultrasonido eclampsia, cesárea Kerr, puerperio quirúrgico, neumonía postural, insuficiencia respiratoria aguda, defunción. **Conclusiones:** complicación rara de los embarazos. En nuestro caso obtuvimos buenos resultados neonatales y perinatales a pesar de la gravedad del caso y de los medicamentos utilizados en el periodo crítico del embarazo.

Morbilidad y mortalidad materna asociada con hipertensión inducida por el embarazo en pacientes adolescentes: estudio comparativo con pacientes mayores de 20 años de edad

Autor:

Julio César Polanco García

Coautor:

Norberto Reyes Paredes

Institución:

Hospital Dr. Manuel Gea González

Objetivo: determinar la morbilidad y mortalidad materna asociada a hipertensión inducida por el embarazo en adolescentes comparada con pacientes mayores de 20 años. **Tipo de estudio:** retrospectivo, comparativo, abierto, transversal y observacional. **Material y métodos:** pacientes embarazadas que recibieron atención obstétrica en la unidad tóco-quirúrgica del hospital Dr. Manuel Gea González. **Resultados:** de un total de 342 pacientes con embarazo mayor a 20 semanas, 94 fueron adolescentes 27.48%(grupoA) con edad promedio de 17.1 años $\pm$ 1.5, 248 pacientes adultas 72.51%(grupoB) con edad promedio de 26.6 años $\pm$ 5.2, al realizar el análisis no existen diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos respecto a preeclampsia, eclampsia, síndrome de HELLP, EVC, edema agudo pulmonar, insuficiencia renal, CID y muerte materna. **Conclusiones:** encontramos un 11.4% de pacientes con hipertensión gestacional en ambos grupos, 4.67% para el grupo A lo cual es menor a lo reportado por Villanueva y col. quien reporta 8.7% dentro de su grupo de estudio, sin embargo, cabe mencionar que la incidencia reportada para la población mexicana es de un 7 % encontrando nosotros

una incidencia mayor (11.4%). No hubo diferencias estadísticamente significativas para las complicaciones secundarias a dicha patología entre ambos grupos.

Actividad enzimática de las transferasas de glutatión en la placenta de mujeres con preeclampsia

Autor:

Ma. del Carmen Terronbes Saldívar

Coautores:

Fernando Jaramillo Juárez, Francisco Aníbal Posadas del Río, Javier Llamas Viramontes

Institución:

Universidad Autónoma de Aguascalientes

Objetivo: comparar la actividad enzimática de las transferasas de glutatión y de la isoforma Pi, en placentas de pacientes normales o con preeclampsia.

Material y métodos: quedaron incluidas 15 placentas de mujeres gestantes sanas, y 11 con pre-eclampsia severa. Las placentas se obtuvieron con el consentimiento informado de pacientes procedentes del Hospital de la Mujer de Aguascalientes. Se obtuvo la fracción citosólica mediante técnica de Cinti. Con las cinéticas enzimáticas de las transferasas de glutatión (con clorodinitrobenzenceno y ácido etacrínico como sustratos) determinamos las constantes cinéticas: velocidad máxima, constante de Michaelis-Menten y eficiencia catalítica ($V_{\text{máx}}/K_m$). **Resultados:** al obtener las constantes cinéticas de las GSTPi de las placentas de pacientes con preeclampsia severa encontramos disminuida la eficiencia catalítica a expensas de una disminución de la $V_{\text{máx}}$; para las GST, utilizando CDNB, también encontramos disminuida la eficiencia catalítica pero a expensas de un incremento de la K_m ($p < 0.05$). **Conclusiones:** en la preeclampsia, la disminución de la actividad de la GSTPi se puede relacionar con la disminución en la capacidad del sistema de detoxificación de las GST, incrementando el riesgo de efectos adversos fetales.

Concentraciones de catecolaminas en mujeres durante el embarazo normal y con diabetes y preeclampsia

Autor:

Marcelino Hernández Valencia

Coautores:

Alfredo Martín Rivera Montes, José Antonio Páez Angulo, Carlos Vargas López

Institución:

Unidad de Investigación en Enfermedades Endocrinas, Centro Médico Nacional, IMSS

Objetivo: evaluar el cambio en la función renal causado por el embarazo normal, así como el daño asociado a la presencia de una enfermedad crónica (diabetes) y una enfermedad aguda (preeclampsia).

Tipo de estudio: diseño de cohorte simple, con manobra experimental descriptivo y comparativo. **Material y métodos:** este estudio se realizó en el servicio de perinatología de la UMAE Gineco-Obstetricia No. 3 del Centro Médico "La Raza". Se incluyeron pacientes gestantes para formar 3 grupos, uno con embarazo normal, otro con diabetes mellitus (DM) tipo 2 y otro con preeclampsia. A todas se les solicitó exámenes básicos de laboratorio, así como muestras de orina de 24 horas para determinación de catecolaminas, durante el control prenatal a partir del 2do trimestre, así como a los dos meses posteriores a la resolución del embarazo, para evaluar los cambios permanentes en la función renal como causa directa del embarazo. Las catecolaminas se determinaron por inmunofluorescencia con el método de Tiest. **Resultados:** se tomaron en cuenta a 80 pacientes, pero solo 56 cumplieron los criterios de inclusión. Estas embarazadas se distribuyeron para el grupo 1 a 16 pacientes, en el grupo 2 a 20 pacientes y en el grupo 3 a 18 pacientes. No se encontró diferencia estadísticamente significativa en relación a la edad, paridad, gestas y estancia hospitalaria. Al analizar la concentración de catecolaminas con ANOVA se encontró diferencia estadísticamente significativa al comparar los 3 grupos, con aumento en las pacientes que desarrollaron preeclampsia $4535.5 \pm 356.4 \text{ ug}/24\text{h}$ ($p < 0.05$), comparado con $31.2 \pm 9.2 \text{ mcg}/24\text{h}$ en el grupo con embarazo normal y $45.6 \pm 3.7 \text{ mcg}/24\text{h}$ en el grupo con diabetes. Al comparar los 3 grupos de estudio después de 2 meses del parto se encontró solo una tendencia a aumentar la concentración en las pacientes

con diabetes, ya que se obtuvo 17.1 ± 4.9 mcg/24h en el embarazo normal, 17.2 ± 8.7 mcg/24h en las que presentaron preeclampsia y de 33.8 ± 4.7 mcg/24h en las que tenían diabetes ($p=0.53$). **Conclusiones:** se encontró una importante elevación de catecolaminas en las pacientes embarazadas que cursaron con preeclampsia, ya que fisiopatológicamente durante el desarrollo de la preeclampsia, existe elevación de catecolaminas dependiendo de la severidad de esta patología, pero los cambios a nivel renal son reversibles. Sin embargo, las concentraciones observadas en la diabetes aunque no fueron significativas, son mayores que en el embarazo normal, lo que podría indicar daño renal subclínico después de cada embarazo que podría contribuir en acelerar la falla renal asociada a la diabetes, por lo tanto son necesarios estudios de seguimiento para evaluar esta consideración en la función renal del embarazo.

Hipertiroidismo y embarazo

Autor:

Marco Antonio Aguirre Ramos

Coautor:

Luis Jesús Álvarez Solís

Institución:

Hospital Universitario de Saltillo

Objetivo: alertar ante la frecuencia mayor de patología tiroidea durante la gestación. **Tipo de estudio:** caso clínico. **Material y métodos:** se presenta el caso de una paciente de 23 años gesta 2 abortos 1 portadora de enfermedad de Graves sin control, con embarazo de 21 semanas, edema agudo pulmonar, emergencia hipertensiva, hipertiroidismo descontrolado y oligohidramnios severo sin ruptura de membranas, manejándose con metimazol sin mejoría, por lo que se sugiere ablación con yodo, previo desembrago, la paciente decide tratamiento conservador manejándose con esteroides y antihipertensivos de segunda línea, diez días después de su ingreso y ante la poca respuesta al tratamiento la paciente permite la inducción obteniéndose un producto único masculino peso 740 g. Ballard 28 semanas apgar 8-9 siverman 2-0 sin

complicaciones hipoxicas o infecciosas con TSH suprimida y en tratamiento con metimazol y actualmente en crecimiento y desarrollo. 12 horas posterior al desembrago la paciente se estabiliza hemodinamicamente sin necesidad de ablación con yodo.

Infección por VIH y embarazo: experiencia del módulo de atención especializada en SIDA de Cd. Victoria, Tamaulipas

Autor:

Indalecio Gustavo Martínez Velasco

Coautores:

Juan Medina Avalos, Gerardo Flores Sánchez, Alejandro Caraveo Real

Institución:

Hospital Civil Dr. José Macías Hernández

Objetivo: describir el resultado perinatal de las pacientes diagnosticadas con infección del virus de la inmunodeficiencia humana. **Tipo de estudio:** retrospectivo, descriptivo y analítico. **Material y métodos:** durante el periodo comprendido del primero de enero del 1999 y diciembre de 2005, se evaluaron los resultados perinatales de las pacientes embarazadas infectadas por el VIH atendidas en el Modulo de Atención Especializada en Sida en Cd, Victoria, Tamaulipas. Se investigaron factores demográficos, enfermedades de transmisión sexual asociadas y uso de drogas. Estadío de la infección al momento del diagnóstico durante el control prenatal, terapia antirretroviral (ARV) utilizado, efectos adversos de la terapia ARV, complicaciones durante el embarazo y la tasa de transmisión perinatal. El análisis estadístico concluyó medidas de tendencia central. **Resultados:** se evaluaron dieciséis pacientes, con edad promedio de 24.1(18-32), se documentó en dos pacientes el uso de drogas (8%) y tres casos de infecciones de transmisión sexual asociadas. Catorce pacientes(87.5%) se diagnosticaron en el segundo trimestre del embarazo y dos (12.5%) al momento de inicio del trabajo de parto. Los efectos adversos de la terapia antirretroviral fueron la intolerancia digestiva, rash y prurito. En dos pacientes se utilizó

mono terapia, en cuatro biterapia y en las diez restantes terapia triple. La tasa de transmisión perinatal encontrada fue de 12.5%. **Conclusiones:** el estudio demuestra una alta tasa de transmisión perinatal y una baja frecuencia de efectos adversos. Es urgente implementar la detección de infección por VIH en todas las pacientes embarazadas para el diagnóstico y manejo oportuno de los casos y disminuir la tasa de transmisión perinatal por VIH.

Asociación entre adenoma hipofisiario y diabetes gestacional

Autor:

Fernando Escobedo Aguirre

Coautores:

Gabriela Liliana Romano Lagunas, Margarita Camacho Díaz, Tomás de Jesús Mendoza Martínez

Institución:

Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE

Objetivo: conocer la asociación entre adenoma hipofisiario y trastorno del metabolismo de los carbohidratos durante el embarazo. **Material y método:** se incluyeron todas las pacientes embarazadas sin importar la edad gestacional, con diagnóstico de adenoma hipofisiario y alteración en el metabolismo de los carbohidratos en el periodo de 7 años comprendido entre 1999 y 2005. Se analizó el seguimiento y resolución del embarazo. Se utilizó estadística descriptiva y medidas de dispersión con X^2 y se determinó la relación entre adenoma hipofisiario con desarrollo de intolerancia a los carbohidratos. **Resultados:** fueron valoradas 29 pacientes con edad promedio de 32.2 años. El adenoma más frecuente fue microprolactinoma, 18 pacientes presentaron tamiz de glucosa alterado y 15 curva de tolerancia a la glucosa anormal de acuerdo a criterios de Carpenter. **Conclusiones:** el 88% de los casos de adenoma correspondió a microprolactinoma. Se encontró asociación directa entre el antecedente de adenoma hipofisiario de cualquier tipo de trastornos del metabolismo de los carbohidratos, el resultado obtenido fue una asociación altamente significativa ($p < .0001$).

Morbilidad del embarazo gemelar con un feto muerto

Autor:

Martín Córdova López

Coautores:

Mirella Montesano Villamil, José Armando Cáceres Sáenz, Hilario Flores García

Institución:

Hospital de la Mujer, Puebla

Objetivo: conocer la morbilidad de la madre y el feto vivo en el embarazo gemelar cuando ha muerto uno de los fetos. **Tipo de estudio:** retrospectivo analítico de un caso de embarazo gemelar con uno de los fetos muerto. **Material y métodos:** se analiza un caso de una mujer primigesta con embarazo gemelar donde uno de los fetos muere desde la semana 15 de gestación. Se analizan como variables la evolución sonográfica de ambos productos, así como pruebas de tendencia hemorrágica materna y características de la placenta al igual que características de ambos fetos una vez resuelto el embarazo. **Resultados:** el seguimiento sonográfico reveló involución de la fetometría en el óbito y un crecimiento armónico del feto vivo, no se advirtió cambios en las pruebas de tendencia hemorrágica de la madre, el tipo de placentación fue monocorial biamniótica. Se obtuvo por operación cesárea a las 38 semanas, producto unico de sexo femenino con peso de 3000 gr., Apgar de 8-9 y sano. El gemelo muerto de sexo femenino con peso de 150 g y de forma papirácea. **Conclusiones:** la muerte anteparto de uno de los gemelos es rara reportándose en uno de cada 184 nacimientos gemelares. Los riesgos para la madre o el feto vivo, son mayores si la placenta es monocorial y monoamniótica mejorando el pronóstico cuando es bicorial y biamniótica. La vigilancia estrecha durante el control prenatal es fundamental para limitar las posibles complicaciones.

Asociación de polimorfismos en el promotor del gen de la molécula CD14 con la vaginosis bacteriana

Autor:

Miguel Ángel López Valle

Coautores:

Pablo Enrique Domínguez López, Ileana Silva Barragán, Fabián Arechavaleta Velasco

Institución:

UMAE en Ginecología y Obstetricia Núm. 4, IMSS

Objetivo: determinar la asociación de polimorfismos en el promotor de la molécula CD14 en pacientes embarazadas con y sin vaginosis bacteriana. **Tipo de estudio:** prospectivo, controlado, experimental. **Material y métodos:** se genotiparon 34 pacientes con vaginosis bacteriana y 38 mujeres normales, embarazadas, para dos polimorfismos en el CD14 por la técnica de PCR-RFLP. **Resultados:** el análisis estadístico entre los dos grupos con respecto a: edad, edad gestacional al ingreso, gestas, partos, cesáreas y abortos, no mostró diferencias significativas. La distribución de ambos polimorfismos en la población estudiada reunió los criterios para el equilibrio de Hardy-Weinberg. Las frecuencias de ambos polimorfismos y la distribución de genotipos en las pacientes con vaginosis y los controles mostraron diferencias estadísticas significativas. De manera interesante, estos polimorfismos se encuentran en desequilibrio por ligamiento. **Conclusiones:** la presencia de polimorfismos en la molécula CD14 se asocia a vaginosis bacteriana, por lo que se concluye que la presencia de variaciones en esta región de su gene incrementan el riesgo relativo de presentar esta enfermedad.

Manifestación neurológica aguda de trombofilias durante el embarazo

Autor:

Héctor Javier Alfaro Rodríguez

Coautores:

María José Chiriboga Zambrano

Institución:

Hospital Ángeles del Pedregal

Objetivo: hacer un diagnóstico diferencial adecuado de los síndromes convulsivos en el embarazo, en pacientes con preeclampsia-eclampsia. **Tipo de estudio:** reporte de caso. **Material y métodos:** mujer de 32 años, primigesta con embarazo de 30 semanas de gestación

, con antecedente relevante de uso de anticonceptivos orales por cuatro años. Desarrolla antes de acudir al hospital: edema de tejidos blandos y anasarca, hipertensión arterial, cefalea intensa, oliguria, vómito y pérdida de la conciencia. Dos horas antes de su ingreso presentó convulsiones tónico-clónico generalizadas por lo que acude a urgencias. A la exploración llama la atención además del estado postictal, la aparente estabilidad hemodinámica y signos neurológicos claros edema cerebral e irritación de la corteza cerebral, con la presencia de clonus no agotable, hiperreflexia osteotendinosa, Babinski y Chaddock bilateral. Se estableció el diagnóstico de eclampsia y se solicitaron estudios paraclínicos de laboratorio y gabinete incluyendo IRMN de cráneo con "serie de Stoke". No había actividad uterina y la placenta por USG era grado II, con signos de hipomotilidad fetal. Se practicó también doppler carotídeo bilateral materno. **Resultados:** se reportaron: BH, QS, coagulación normales, proteinuria >500mg/dl, feto vivo, carotídeas permeables, trombosis del seno longitudinal superior (SLS) y senos laterales, con afectación de estructuras de la línea media, cápsula interna y ganglios basales. Se interrumpió el embarazo previa estabilización hemodinámica y renal, mediante operación cesárea obteniendo producto único vivo, Apgar 8/9, peso 1040g, desprendimiento placentario del 20%. La paciente fue manejada en la Terapia Intensiva (UCI) y a las 24 horas se egresó a piso estable. Su evolución sin secuelas neurológicas y la IRMN de control reportó ausencia parcial del SLS, del seno recto, vena de galeno y cerebrales internas. Además del apoyo con vasodilatadores y sulfato de magnesio, líquidos parenterales y anticonvulsivantes, se inició esquema de anticoagulación con heparinas no fraccionadas de bajo peso molecular inicialmente y luego con esquema completo de anticoagulantes orales al egresar a su domicilio con estricto control de INR (entre 2,5 y 3). posteriormente se estudió desde el punto de vista inmunológico y se encontró deficiencia de proteína "C". **Conclusiones:** el embarazo es un estado fisiológico protrombótico y procoagulante "per se" que al asociarse con otras variables como estasis venosa, ingesta de anticonceptivos orales, deshidratación, preeclampsia-eclampsia y deficiencia congénita de anticoagulantes naturales entre otros, promueve mas fácilmente daño endotelial en la vasculatura ve-

nosa en territorios varios, como extremidades, pelvis, arterias pulmonares y en este caso territorio cerebral. Por otro lado no siempre el síndrome convulsivo que se presenta en el embarazo es eclampsia.

Asociación de lupus eritematoso sistémico, síndrome de anticuerpos antifosfolípidos y embarazo

Autor:

Fernando Escobedo Aguirre

Coautores:

María de los Ángeles Sosa Fajardo, Tomás de Jesús Mendoza Martínez, José Martín Hilton Cáceres

Institución:

Centro Médico Nacional 20 de Noviembre

Objetivo: conocer los resultados perinatales con enfermedades autoinmunes y embarazo en 10 años. **Resumen:** estudio retrospectivo, transversal y observacional de pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico (LES) y Síndrome Anticuerpos Antifosfolípido (SAAF), embarazadas. Se revisaron 32 casos en el lapso comprendido entre 1996 y 2005. **Resultados:** edad promedio: 31 años. 22 pacientes con SAAF, 10 pacientes con LES. Las complicaciones fueron: nefropatía lúpica en 4 pacientes, preeclampsia en 9, intolerancia a los carbohidratos en 13, trombocitopenia en 3, flujometría alterada en 16, trombosis venosa miembros pélvicos en 2, desprendimiento prematuro de placenta en 2, y eclampsia en 1 caso, algunas pacientes presentaron más de una complicación. Sólo en una paciente se asoció SAAF y anticoagulante lúpico. La resolución del embarazo fue a la semana 32.3. El peso promedio de los recién nacidos fue de 2,011 gramos. La calificación promedio de Apgar de 7/9. El tratamiento a base de ácido acetil salicílico, prednisona y heparina de bajo peso molecular. La vía de resolución del embarazo fue en 30 casos cesárea, 1 parto y 1 aborto. El estudio histopatológico de la placenta reportó trombosis, múltiples calcificaciones y menos del 50% fueron normales. La evolución de los neonatos y las pacientes fue satisfactoria en la mayoría de los casos, solamente una defunción neonatal. **Conclusiones:** la asociación entre embarazo y enfermedades autoin-

munes condiciona complicaciones perinatales que ameritan una vigilancia estrecha en las pacientes y los recién nacidos.

Eficacia de la curva de tolerancia a la glucosa con carga oral de 75 g para el diagnóstico de diabetes mellitus gestacional

Autor:

Fred Morgan Ortiz*

Coautores:

César Gustavo Ramírez Alapizco,** Gabriel de la Rosa Galindo,** Juan Manuel Soto Pineda*

Institución:

* Coordinación Universitaria del Hospital Civil, Universidad Autónoma de Sinaloa

** Hospital Militar Regional de Mazatlán

Objetivo: evaluar la eficacia de la curva de tolerancia oral con 75 gr de glucosa oral para el diagnóstico de diabetes mellitus gestacional. **Tipo de estudio:** pruebas diagnósticas. **Material y métodos:** a 100 pacientes embarazadas entre las 24 y 28 semanas de gestación se les realizó tamizaje con 50 gr de glucosa, posteriormente se les efectuó Curva de Tolerancia Oral a la Glucosa con 75 gr y 100 gr (Estándar de Oro). Se analizó la frecuencia de Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) detectada por cada prueba, vía de resolución del embarazo y requerimientos de insulina. Se efectuaron calculos de Sensibilidad (S), Especificidad (E), Valores predictivos positivo (VPP y negativo (VPN), Exactitud de la prueba e Índice Kappa. **Resultados:** la prueba de tamiz detectó un 12% de casos positivos para DMG; confirmándose el diagnóstico con la carga de 75 gr y 100 gr en el 83.3 % (n=10/12) y 100% (n=12/12) respectivamente. La frecuencia de diabetes gestacional diagnosticada con la carga de 75 gr de glucosa fue del 10% (n=10/100) mientras que con la carga de 100 gr fue del 14% (n=14/100). La eficacia de la prueba de 75 gr comparados con la prueba de 100 gr fue: Sensibilidad fue del 71.4% (IC 95% 42.0-90.4), la Especificidad del 100% (IC95%: 94.7 – 100), el VPP del 100% (IC95%: 65.5 – 100), el VPN del 95.6% (IC 95%: 88.4 -98.6) y la exactitud de la prueba fue del 96%,

con un Índice Kappa del 0.8113 (EE: 0.0982, Z: 8.26). La vía de resolución del embarazo fue en el 31% por operación cesárea y el 42.85 % de los casos (n=6/14) requirieron manejo con insulina. **Conclusiones:** la prueba con carga de 75 gr de glucosa es menos eficaz que la prueba de 100 gr y hasta que existan estudios de mayor potencia habría que reservar su utilización para el diagnóstico confirmatorio de diabetes mellitus gestacional.

Manejo conservador de placenta percreta. Comunicación de un caso y revisión de la bibliografía

Autor:

Mario Roberto Rodríguez Bosch

Coautores:

Omar Felipe Dueñas García, Hugo Rico Olvera, José Luis Elizarrarás Zendejas

Institución:

Instituto Nacional de Perinatología

Objetivo: presentar una alternativa terapéutica exitosa para el manejo de la placenta percreta, con el fin de reducir la morbi-mortalidad por hemorragia y otras complicaciones asociadas, comparado con el manejo clásico a base de Histerectomía Obstétrica. **Tipo de estudio:** reporte de caso y revisión de la literatura. **Material y métodos:** reportamos el caso de una paciente de 35 años, en la cual se detecta placenta percreta, primero sospechada por ultrasonido (US) y confirmado en el transoperatorio, la cual se maneja conservadoramente dejando la placenta in situ. **Resultados:** el embarazo llevó un curso normal, salvo un evento de sangrado y actividad uterina que se inhibió fácilmente a las 21 semanas. La paciente fue programada para cesárea y Probable Histerectomía a las 38 semanas. El escenario quirúrgico que se vislumbró, ante la presencia de múltiples adherencias, una hipervascularización en el segmento anterior e invasión del tejido placentario a vejiga era de elevado riesgo hemorrágico así como de lesión de la vía urinaria. Tras conocer de reportes previos de manejo conservador exitoso, se decidió realizar una incisión uterina corporal alta, parcialmente fundica, extraer

al recién nacido sin complicaciones y dejar la placenta en su lugar sin intentar extraerla, ligando el cordón umbilical y cerrando la histerotomía. No se presentó hemorragia postoperatoria, solo infección que se resolvió con doble esquema antibiótico. La paciente fue dada de alta a los 24 días del postoperatorio sin requerir de transfusión alguna. **Conclusiones:** el manejo conservador en casos de placenta percreta debe considerarse como una alternativa a la histerectomía y en muchas ocasiones puede salvar la vida de mujeres atendidas en centros donde no se cuente con sangre o cirujanos especializados para el abordaje de estos casos.

Trasplante renal y embarazo. Experiencia de 10 años

Autor:

José Martín Hilton Cáceres

Coautores:

Hugo Roberto Pérez Cueto Suárez, Tomás de Jesús Mendoza Martínez, Margarita Camacho Díaz

Institución:

Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE

Introducción: el trasplante renal es el tratamiento de primera elección en los enfermos con insuficiencia renal crónica. **Objetivo:** conocer los resultados de 10 años de experiencia de pacientes receptoras de trasplante renal y embarazo, atendidas en el servicio de Medicina Materno Fetal del Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" del ISSSTE en el periodo de 1996 a 2005. **Material y método:** se revisaron 8 casos de pacientes con trasplante renal y embarazo, con edad entre 25 y 37 años. La principal causa del trasplante fue glomerulonefritis en 3 casos, 2 por hipertensión arterial crónica y otros: hipoplasia renal, nefritis intersticial e insuficiencia renal aguda. El tratamiento indicado en el servicio de trasplantes fue: azatioprina, prednisona, ciclosporina y tacrolimus, en 2 casos se utilizaron antihipertensivos. La resolución fue en 2 casos por parto y en 5 por operación cesárea. Las indicaciones fueron: ruptura prematura de membranas, centralización del flujo de la arteria cerebral media, parto pretérmino, hipertensión de difícil con-

trol, prueba de tolerancia a la oxitocina positiva. Se obtuvieron productos con peso entre 1520 y 2670 gr, con Apgar al nacimiento de 7 a 9. Evolución neonatal y puerperio materno sin complicaciones. Mantene-mos en control estable una paciente con embarazo actual de 30 semanas. **Conclusiones:** durante la revisión realizada, observamos que el transplante renal no es motivo desfavorable en la evolución del embarazo con seguimiento estrecho en una unidad de tercer nivel. El uso de inmunosupresores no in-fluye en el desarrollo del embarazo. No existieron complicaciones obstétricas, ni repercusión en la morbimortalidad perinatal.

Índice de masa corporal y resultado perinatal en em-barazo de término

Autor:

Evelyn Garza Krause

Coautores:

Daniella Gómez Pue, Carlos Félix Arce, Carlos de la Garza Quintanilla

Institución:

Hospital San José - TEC de Monterrey

Objetivo: el propósito del estudio es evaluar el efecto del índice de masa corporal en los resultados perinatales. **Tipo de estudio:** prospectivo. **Material y métodos:** se incluyeron un total de 800 pacientes, que durante los meses de Diciembre 2005 a Febrero 2006, se atendieron en un hospital de segundo nivel. Todas fueron pesadas y medidas al momento del ingreso, y se calculo su IMC. Las pacientes se dividieron en tres grupos, según su IMC. 185 pacientes se incluyeron en el grupo peso normal, 322 pacientes se incluyeron en el grupo de sobre peso y 332 pacientes en el grupo de obesidad. El análisis estadístico se llevó a cabo con la prueba de ji al cua-drado de Pearson. **Resultados:** se encontró que el parto vaginal asistido con fórceps es mas frecuente en pacientes con IMC de 18.5-24.9 kg/m² y peso normal, y que en pacientes con IMC > 30kg/m² y obesidad hay mayor incidencia de nacimientos por operación cesárea, productos macrosómicos

e ingresos de recién nacidos a terapia, así como se asocia a mayor incidencia de desordenes hiper-tensivos. **Conclusiones:** este trabajo muestra que las pacientes con IMC mayores (obesidad), tienen mayor morbilidad perinatal.

Perfil de riesgo para cáncer cervicouterino en pacientes embarazadas con infección por VPH

Autor:

Arturo Ortiz Pavón

Coautores:

Fausto Coronel Cruz, Sergio Muñoz Cortés, Ricardo Axtle Corvera

Institución:

Hospital General de México, OD

Objetivo: establecer el perfil de riesgo para cáncer cérvico uterino. **Tipo de estudio:** analítico, pros-pectivo. **Material y métodos:** pacientes de la clínica de patología del tracto genital inferior. Se realizó estudio epidemiológico, colposcópico e histológico, se incluyeron 72 pacientes embarazadas portadoras de IVPH. El grupo comprendió pacientes de 15 a 40 años. De Octubre 2002 a Marzo 2004. **Resultados:** 28 de las pacientes tenían de 19 a 29 años (39%), el inicio de la vida sexual activa más frecuente fue en el grupo de menores de 18 años (65%), con mas de una pareja se encontró a mas de la mitad del grupo (54%), de las 72 pacientes el tabaquismo solo se en-contró en 11 (15%). 23 pacientes se habían realizado en alguna ocasión Papanicolaou (32%). En el estudio colposcópico se encontraron 4 pacientes con lesión de alto grado (6%) confirmada con estudio histopa-tológico (2 NIC-2 y 2 NIC-3) mismas que mostraron un perfil de riesgo elevado para CACU con mas de 4 factores de riesgo, es decir el 100%, mientras que en el resto de las pacientes con lesiones de bajo gra-do solo el 6% de las pacientes mostraron un perfil de riesgo elevado. **Conclusiones:** del conocimiento epidemiólogo del perfil de riesgo de cada paciente para CACU, permitirá en un futuro la optimización del recurso colposcópico con una vigilancia estrecha y permanente en pacientes de alto riesgo "real".

DIAGNÓSTICO PRENATAL

Diagnóstico y frecuencia de cardiopatía fetal mediante ecocardiografía en embarazos con factores de alto riesgo

Autor:

Juan Carlos Hinojosa-Cruz

Coautores:

Raúl San Luis Miranda, María Guadalupe Veloz Martínez, Edgardo Puella Tamara

Institución:

Instituto Mexicano del Seguro Social, UMAE Hidalgo y CMN La Raza

Objetivo: determinar los tipos de cardiopatía y su frecuencia en embarazos con factores de alto riesgo. **Tipo de estudio:** serie de casos, observacional, descriptivo, retroprospectivo. **Material y métodos:** de enero del 2003 a junio del 2006, se realizó ecocardiogramas fetal (EF) en pacientes embarazadas con gestación mayor a 15 semanas con factores de alto riesgo. Se realiza valoración cardiovascular al nacimiento. Análisis por medio de estadística descriptiva. **Resultados:** edad materna promedio de 27.3 ± 6.8 años, edad gestacional de 31 + 5 semanas. Se realizaron 275 ecocardiogramas fetales (EF) en 208 pacientes, en 156/208 se realizó un EF, en 37/208 dos y en 15/208 tres. Los factores de riesgo de envío fueron: anomalía por ultrasonido obstétrico 35.1%, taquicardia-bradicardia-arritmia 29.8%, probable anomalía cromosómica 13.9%, oligo ó polihidramnios 4.8%, antecedente familiar de cardiopatía congénita 3.8%, otros 12.6%. Se diagnosticó cardiopatía por EF en 53/208 (25.4%) tipo: ventrículo único (n=5), ventrículo derecho hipoplásico (n=3), ventrículo izquierdo hipoplásico (n=4), bloqueo AV completo congénito (n=1), ebstein y displasia válvula tricúspide y mitral (n=12), tumor (n=5), ectopia cordis (n=2), canal AV (=1), taquicardia supraventricular (n=4), extrasístoles supra y ventriculares (n=4), otros (n=12). Se confirmó diagnóstico al nacimiento en el 98% de los casos. Se inició manejo in útero en 12 pacientes. A su nacimiento fueron valorados con inicio de manejo cardiológico traslado durante las

primeras 24 hrs de vida. **Conclusiones:** la frecuencia de cardiopatía fetal en pacientes con factores de alto riesgo es del 25.4%. En estas pacientes el EF permite programar adecuadamente manejo pre y postnatal obstétrico-cardiológico e informar a familiares.

Tamizaje bioquímico (doble marcador) para detección de malformaciones congénitas. Experiencia en el Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, UANL

Autor:

Marcela Guadalupe Medellín Moreno

Coautores:

Abel Guzmán López, Ileana Fernández Reyes, Iván Vladimir Dávila Escamilla

Institución:

Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, UANL

Objetivo: identificar el grupo de riesgo con resultados de tamizaje bioquímico, proponiendo pruebas diagnósticas definitivas y su eficacia en nuestra población. **Tipo de estudio:** observacional y prospectivo. **Introducción:** la incidencia de defectos del tubo neural (DTN) es de 1-2/1000. El síndrome de Down (SD) ocurre en aproximadamente 1/830 recién nacidos, variando en relación directa a edad materna. **Material y métodos:** se analizaron resultados de doble marcador sérico materno en un periodo de 60 meses, a pacientes menores de 35 años entre las semanas 14-20, midiendo las cantidades de alfafetoproteína y B-hGC; estos niveles son sujetos a factores de corrección antes de expresarse en MoM de acuerdo a la edad, peso, raza, diabetes, tabaquismo y embarazo múltiple. Se acepta que riesgos mayores 1/270 para SD son considerados significativos, en pacientes menores de 35 años. **Resultados:** se analizaron un total de 838 resultados, 746 tuvieron tamiz negativo y 92 tamiz positivo (11 %); riesgo de SD 61 casos (7.3 %), DTN 12 (1.5 %) y otras cromosomopatías 19 (2.2 %). Candidatas a amniocentesis genética 80, y solamente se realizaron 19 por rechazo a la técnica; una amniocentesis resultó positiva para Síndrome Down. Al nacimiento se confirmaron 2 casos para SD (3.2 %), y dos productos con malforma-

ciones del tubo neural (15%). **Conclusiones:** el doble marcador es útil para identificar grupos de riesgo de existencia de cromosomopatías y malformaciones de tubo neural en nuestra población.

Diagnóstico genético prenatal en pacientes con factores de riesgo. Indicaciones y resultados

Autor:

Fausto Moisés Coronel Cruz

Coautores:

Carlos Ortega Montoya, Manuel Valdez Contreras, Arturo Ortiz Pavón

Institución:

Hospital General de México, OD

Objetivo: evaluar los procedimientos y resultados del diagnóstico genético prenatal en pacientes embarazadas con factores de riesgo. **Tipo de estudio:** retrospectivo, observacional, descriptivo. **Material y métodos:** estudiamos 40 pacientes sometidas a diagnóstico genético prenatal, con factores de riesgo, marcadores bioquímicos positivos y realización de amniocentesis, en embarazos de 14 a 18 semanas, enero de 1998 a diciembre 2002. Factores de riesgo: edad materna mayor 35 años, hijo previo con enfermedad cromosómica, sindrómica, con malformaciones o padecimiento autosómico recesivo, etc. Examen bioquímico elegido: triple marcador genético. **Resultados:** factores de riesgo más comunes asociados con alteración en marcadores bioquímicos: edad materna avanzada 24 casos (46%), hijo previo con malformaciones 14 (26.9%), hijo previo con trisomía 6 (11.5%), malformación detectada sonográficamente 4 (7.6%), angustia materna 1 (1.92%), otros 6 (2%). 5 cariotipos alterados: edad materna avanzada.- 2 trisomías 21. Hijo previo con trisomía 21.- 1 trisomía 21. Malformaciones detectadas sonográficamente.- 2 síndrome de Edwards. Sin complicaciones secundarias a amniocentesis. **Conclusiones:** el diagnóstico genético prenatal realizado con implementos necesarios y por personal capacitados (Perinatólogo, genetista, etc.), es de gran utilidad e importancia, aplicado en pacientes con factores de riesgo; el fin primordial es

informar a pacientes y familiar responsable sobre resultados, tratamiento y duelo (en caso de pérdida del producto), buscando llegar a un acuerdo en bien de la salud materna y fetal, respetando siempre la decisión de paciente y pareja en cuanto al manejo.

Diagnóstico prenatal. Experiencia de 15 años

Autor:

José Martín Hilton Cáceres

Coautores:

Germán Carreto Chávez, Margarita Camacho Díaz, Tomás de Jesús Mendoza Martínez

Institución:

Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE

Objetivo: conocer resultados de 12 años del Programa de Diagnóstico Citogenético Prenatal. **Material y métodos:** se analizaron todos los resultados de amniocentesis genéticas realizadas en un periodo de 12 años comprendido entre 1991 a 2005 en el Servicio de Medicina Materno fetal. **Resultados:** se estudiaron 598 pacientes entre 19 y 49 años, 69.2% ellas fueron mayores de 35 años. La edad gestacional para practicar la amniocentesis fue entre la semana 15 y 16 en 77.5% de los casos, el 22.5% restante se realizó entre las 17 y 20 semanas. La indicación más frecuente fue por edad materna avanzada (62%), la segunda por antecedente de un hijo con algún tipo de trisomía (12%). El 26 % restante por otras en menor proporción. El sitio de punción fue preferentemente en zona de partes fetales (42%), en 58% se realizó en zona suprapúbica, nuca, transplacentaria o fondo uterino. La amniocentesis se logró en el primer intento en 83.2% , al segundo en 16.8 %, y sólo en un caso (0.16%) la muestra se obtuvo hasta el 4° intento. Las complicaciones que se presentaron fueron ruptura prematura de membranas en un 1.17% e isoimmunización en un 0.3%, 87.58% fueron cariotipos normales, femenino 43.1% y masculino 44.48%, 4.68% anormales (Síndrome de Down en 1.17%). En el resto de los estudios no se observó crecimiento. **Conclusión:** la edad materna sigue siendo la indicación mas importante para que se lleve a cabo este tipo de estudio.

GENÉTICA

Estudio de los polimorfismos del gen C677T, del gen de la MTHFR, G1691A del factor V de Leiden, y del gen T235 de la angiotensina en pacientes con preeclampsia-eclampsia y con embarazo normal

Autor:

Ricardo García Cavazos

Coautores:

Gerardo de Jesús Reyes Díaz, Igor González Izquierdo

Institución:

Instituto Nacional de Perinatología

Objetivo: determinar la frecuencia del polimorfismo, C677T de MTHFR, G1691A del factor V de Leiden y del T235 de la angiotensina en población mexicana en pacientes con preeclampsia-eclampsia. **Tipo de estudio:** transversal comparativo. **Material y métodos:** se colectaron 212 muestras de pacientes del Instituto Nacional de Perinatología, de Agosto de 2004 a Agosto de 2005, con diagnóstico de preeclampsia-eclampsia (103). Y en pacientes púerperas sanas (109). Se aisló DNA de sangre venosa periférica, se utilizó PCR RFLP para identificación del genotipo. Se utilizó estadística descriptiva para las características de la población y X2 para diferencia de proporciones. **Resultados:** las frecuencias genotípicas de la MTHFR en los casos y controles respectivamente fue; para el polimorfismo TT 27% y 20%, para heterocigotos CT de 54% y 59%. Igualmente para la AGT, la frecuencia TT 14% y 9%, la heterocigocidad M235T fue del 74% y 61%. Las frecuencias genotípicas para el G1691A del factor V, en los casos y controles no tuvo diferencia significativa. **Conclusiones:** existen varios factores en la génesis de la preeclampsia. El polimorfismo más relacionado con preeclampsia fue de la MTHFR y AGT, no siendo así para el factor V en la población mexicana.

SALUD PÚBLICA

Cáncer cervicouterino

Autor:

Isela Granillo Cedeño

Coautores:

Drusso Vera Gaspar, J Ignacio Rangel Solorio, Helios Mancera Roque

Institución:

Servicios de Salud del estado de Querétaro y Centro Colposcópico de Docencia e Investigación Médica, SC

Introducción: el cáncer cervicouterino es la primera causa de muerte entre mujeres mayores de 25 años de edad por neoplasias, en el mundo y en México. Es uno de los padecimientos que cuenta con procedimientos de detección temprana y con tratamientos resolutivos de fácil aplicación en sus primeras etapas. A medida que se identifiquen oportunamente los factores de riesgo en cada una de las mujeres vulnerables a padecer esta enfermedad se podrá incidir en la disminución de la morbilidad y mortalidad del cáncer cervicouterino. **Objetivo:** determinar la prevalencia y factores de riesgo relacionados con las displasias en mujeres de 12 años y mas que se realizaron papanicolaou en la Jurisdicción Sanitaria IV en los Servicios de Salud Del Estado de Queretaro del 1ro. de Enero al 31 de Diciembre del 2004. **Tipo de estudio:** descriptivo. **Material y métodos:** estudio descriptivo, transversal, con análisis univariado, con una muestra de 7,490 Papanicolaou. **Resultados:** de 7,490 Papanicolaous se encontro una positividad a displasias del 1% (75 casos) de las cuales 26 casos correspondieron a displasia leve sin VPH (36.4%), 35 casos con displasia leve con V.P.H. (46.6%), 5 casos con displasia moderada sin VPH(6.6%), 7 casos con displasia moderada con VPH(9.3%) 2 casos con displasia severa sin VPH(2.6%). De los 75 casos, 40 iniciaron relaciones sexuales antes de los 18 años, (53.3%); 8 casos con múltiples parejas sexuales (más de 3), (10.6%); 25 casos, con antecedente de tabaquismo (33.3%) y 2 casos con infecciones de transmisión sexual (2.6%). **Conclusiones:** podemos concluir que para disminuir la morbilidad y mortalidad por cáncer cervicouterino, debemos enfatizar las acciones encaminadas a la prevención y detección temprana y no a los tratamientos aplicados. Se debe de ofrecer a la

población información a través de campañas, llevando a cabo programas de educación para la salud.

EPIDEMIOLOGÍA

Prevalencia de la infección por VIH en embarazadas en la zona centro de Tamaulipas

Autor:

Indalecio Gustavo Martínez Velasco

Coautores:

Gerardo Flores Sánchez, Juan Medina Ávalos, Jesús Alberto Mota García

Institución:

Hospital Civil Dr. José Macías Hernández

Objetivo: investigar la seroprevalencia de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en la población de embarazadas de la zona centro del Estado de Tamaulipas. **Tipo de estudio:** prospectivo, descriptivo y observacional. **Material y métodos:** durante el periodo comprendido del primero de enero de 2003 y diciembre de 2005. Se realizó la prueba del ELISA en sangre para investigar la presencia de anticuerpos de VIH1 y VIH 2 a las pacientes embarazadas que asistieron a su control prenatal durante el segundo trimestre de gestación al Hospital Civil de Cd. Victoria, Hospital de segundo nivel de atención al cual acude población de los municipios de la zona centro del estado. Se efectuó consejería pre y post-prueba. Así como consentimiento informado previo a la realización de la prueba del VIH. **Resultados:** se incluyeron 2440 pacientes, de las cuales tres resultaron positivas, confirmándose en dos la infección por VIH y hubo un caso de falso positivo de la prueba debido a la presencia de sífilis. La prevalencia encontrada fue del 0.08% en el periodo de estudio. **Conclusiones:** el estudio de muestra una prevalencia similar con respecto al promedio nacional el cual es de 0.09% por lo cual se necesita implementar un programa de tamizaje en la población de embarazadas y con ello realizar un tratamiento oportuno de los casos positivos.

Comportamiento de la mortalidad neonatal en la UMAE núm. 23 en Monterrey, NL (2000-2005)

Autor:

Victoria Martínez Gaytán

Coautores:

Gloria Alvarado Azaldivar, Justino Márquez Rocha, Raúl Cortés Flores

Institución:

IMSS, UMAE 23

Objetivo: conocer el comportamiento de la mortalidad neonatal en la Unidad de Alta Especialidad Médica num.23 IMSS Monterrey, NL. **Tipo de estudio:** descriptivo, transversal, retrospectivo. **Material y métodos:** se realizó mediante el análisis de certificados de defunción con 1,458 casos, comprendidos del 1 enero 2000 al 31 de diciembre de 2005 la causa de muerte con base en los códigos de la X revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10). El análisis estadístico medidas de tendencia central, de dispersión y coeficiente de correlación de Pearson. **Resultados:** la mortalidad neonatal hospitalaria experimentó un ascenso de 11.9 en el 2000 a 12.5 en el 2004 con un descenso en el último año. Otro factor importante para el pronóstico de los neonatos es el peso fetal en el cual los menores de 1500g fueron 1019 casos representado por un 63% y las principales causas de mortalidad neonatal fueron, enfermedad de membrana hialina, Inmadurez, malformaciones múltiples, sepsis, cardiopatía congénita. **Conclusiones:** la mortalidad neonatal ha mantenido su tendencia en promedio con una tasa de 10.7 ± 1 por año. El bajo peso al nacer puede ser un factor importante en la mortalidad neonatal y las principales causas de muerte neonatal fue membrana hialina e inmadurez esto está dado por la prematuridad la cual debemos disminuir con vigilancia de los factores de riesgo para nacimiento prematuro enfocados a cada región del país.

Longitud cervical por ultrasonido como factor predictivo, en amenaza de parto pretérmino

Autor:

Carlos Hiram López Jiménez

Coautores:

Sergio Arturo Luna García, Fernando Javier Calderón García, Victoria Martínez Gaytán

Institución:

IMSS, UMAE 23

Objetivo: establecer el valor predictivo (VP) de la longitud cervical por ultrasonido vaginal para parto pretérmino en embarazos de 23 a 34 semanas, utilizando dos puntos de corte. **Tipo de estudio:** prueba diagnóstica. **Material y métodos:** embarazos entre las semanas 23 a 34 de gestación que tuvieran 24 horas o menos de haber ingresado al hospital por amenaza de parto pretérmino, en el período de marzo a junio del 2006; Se registró edad materna, edad gestacional y longitud cervical, estableciendo dos puntos de corte de <30 y < de 25 milímetros. **Resultados:** se incluyeron un total de 50 pacientes de las cuales se eliminaron 2 por complicaciones fetales que requirieron desembrago pretérmino. La edad materna promedio fue 25 años (16-34), la edad gestacional promedio fue 29 sem (23-34) y la longitud cervical promedio fue 30 mm (13-46). En el punto de corte de <30 milímetros se obtuvo sensibilidad del 100%, especificidad 68.2%, VPP 77.8% y VPN 100%, mientras que con < 25 milímetros la sensibilidad fue del 100%, especificidad 97.8%, VPP 80% y VPN 100%. **Conclusiones:** los resultados obtenidos probablemente fueron influenciados por el tamaño de muestra, así mismo por tratarse de una población de alto riesgo. La menor longitud cervical ofrece una mayor predicción del parto pretérmino.

Eficacia de una solución hiperoxidada para prevenir la infección de herida quirúrgica por operación cesárea

Autor:

Carlos Spencer Niño Cantú

Coautores:

Raúl Cortés Flores, Victoria Martínez Gaytán, Rodrigo Pérez Lavaniegos

Institución:

IMSS, UMAE Núm. 23

Objetivo: demostrar que el uso de una solución hiperoxidada previo al cierre del tejido celular subcutáneo

durante la operación cesárea disminuye la incidencia de infección de la herida quirúrgica. **Tipo de estudio:** ensayo clínico aleatorizado doble ciego. **Material y métodos:** se formaron 2 grupos de 112 pacientes cada uno, los cuales fueron sometidos a operación cesárea con indicaciones semejantes, solo se excluyeron casos con corioamnioítis e inmunocompromiso. Previo al cierre del tejido celular subcutáneo se les realizó lavado con una solución hiperoxidada a un grupo y solución fisiológico al grupo control. Se les citó 7 días después para evaluar el estado de la herida, asimismo se efectuó visita diaria a piso de ginecología para identificar a las pacientes que fueran ingresadas por herida quirúrgica infectada. **Resultados:** en el grupo de pacientes con lavado utilizando técnica convencional se reportaron 7 casos de infección de herida quirúrgica (6.25% de los casos) y en el grupo de lavado con solución hiperoxidada no se reportaron casos de infección de herida quirúrgica. $p < 0.01$. **Conclusiones:** el uso de una solución hiperoxidada en el lavado de la herida quirúrgica durante la operación cesárea mostró ser una alternativa de manejo al disminuir el riesgo de infección.

ESTADÍSTICA Y FRECUENCIA DE ENFERMEDADES

Análisis de la tendencia de la mortalidad perinatal

Autor:

Victoria Martínez Gaytán

Coautores:

Gloria Alvarado Azaldivar, Justino de Jesús Rocha Márquez, Raúl Cortés Flores

Institución:

IMSS, UMAE 23

Objetivo: determinar tendencias y causas de mortalidad perinatal hospitalaria en la Unidad de Altas Especialidades Medicas num 23 IMSS Monterrey N.L. **Tipo de estudio:** descriptivo, transversal retrospectivo. **Material y métodos:** se realizó mediante el análisis de certificados de defunción con 2,244 casos de los cuales 1079 fueron muerte fetal, 708 neonatal temprana 457 neonatal intermedia comprendidos

del 1 enero 2000 al 31 de diciembre de 2005 la causa de muerte con base en los códigos de la X revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10). El análisis estadístico medidas de tendencia central, de dispersión y coeficiente de correlación de Pearson. **Resultados:** la mortalidad perinatal hospitalaria experimentó un descenso de 17.7 en el 2000 a 14.9 en el 2003 con un ascenso en los últimos dos años. Las principales causas de muerte fetal fueron interrupción de la circulación materno-fetal, trastornos del cordón umbilical, desprendimiento de placenta, trastornos hipertensivos, malformaciones múltiples. **Conclusiones:** en comparación con América Latina y el Caribe en nuestro estudio se obtuvo una tasa en el 2003 de 15.3% encontrándose a nivel de los 7 países con tasas menores del 20%. Las principales causas de muerte fetal fueron desprendimientos placentarios y trastornos hipertensivos comparativamente la hipertensión arterial es la principal causa reportada en la literatura no así lo desprendimientos placentarios esto demuestra que la vigilancia prenatal del riesgo obstétrico del embarazo es un elemento determinante para evitar la muerte perinatal.

Talla baja como factor de riesgo independiente para cesárea

Autor:

Daniella Gómez Pue*

Coautores:

Evelyn Garza Krause,* José Antonio Celaya,** Carlos Félix Arce*

Institución:

* Hospital San José - ITESM

** Ginecología y Obstetricia de Garza García Nuevo León

Objetivo: el presente estudio intenta investigar el resultado perinatal en pacientes con estatura baja y establecer con que talla materna se encuentra incrementado el riesgo de operación cesárea. **Tipo de estudio:** comparativo. **Material y métodos:** estudio basado en la comparación de resultados perinatales en pacientes según la estatura materna. Se incluyeron todos los nacimientos de pacientes nulípara entre Diciembre del

2005 y Febrero del 2006 en el Hospital de Ginecología y Obstetricia de Garza García Nuevo León. Se utilizaron Chi cuadrada y prueba z como métodos estadísticos. **Resultados:** 369 mujeres nulíparas fueron incluidas. El análisis estadístico buscando riesgo incrementado de cesárea se hizo dividiendo la población en dos grupos utilizando como punto de corte 1.60mts, 1.55mts y 1.50mts de estatura. Hubo diferencia significativa con el punto de corte en 1.50mts, de las 369 pacientes, 53 (16.77%) presentaron estatura de 1.50mts o menos, se encontró diferencia significativa en cuanto a la incidencia de cesárea comparando con el grupo con estatura mayor a 1.50 m (47.16% contra 37.39%, $P=0.003857761$, $z=2.93134416$). **Conclusiones:** la talla baja es un factor independiente para operación cesárea. Mujeres con talla por debajo de 1.50 m tienen un riesgo aumentado de presentar distocia durante el trabajo de parto y deben ser manejadas en hospitales en donde existan medios para monitorizar el trabajo de parto y realizar una cesárea en caso de ser necesario.

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

Autor:

Marcela Guadalupe Medellín Moreno

Coautores:

Clara del Carmen Flores Acosta, Salvador Livas Rodríguez, Oscar Vidal Gutiérrez

Institución:

Hospital Universitario, Universidad Autónoma de Nuevo León

Las neoplasias benignas ocupan del 85 al 90% de todas tumoraciones ováricas. El fibroma es el tumor del estroma ovárico más frecuente, representa el 3 a 5% de los tumores ováricos. La mayoría ocurre en mujeres perimenopáusicas. **Tipo de estudio:** retrospectivo, transversal no comparativo, descriptivo. **Objetivo:** determinar la prevalencia de fibromas en pacientes menores de 20 años. **Material y métodos:** se revisaron los expedientes de nuestro Hospital de Enero del 2000 a Junio del 2005, y se agruparon en por edad en tres

grupos menores de 20 años, de 21 a 40 años y mayores de 41 años y se analizó la prevalencia de fibromas. **Resultados:** se encontraron 651 tumoraciones benignas ováricas de los cuales el 26.8% corresponde a Cistadenomas Serosos; 3.42% a Cistadenomas mucinosos. Cistadenofibromas; y 14.4% a Teratomas quísticos maduros. La prevalencia de fibromas fue del 1.52% de todas las tumoraciones benignas de ovario se reportó un solo caso en pacientes menores de 20 años que corresponde al 15%. En pacientes de 21 a 40 años se reportó una incidencia del .3% en pacientes mayores de 40 años se encontró la mayor prevalencia que fue el 1.07%. El resto correspondieron a endometriomas, quistes foliculares. **Conclusión:** se corroboró de acuerdo a la literatura los fibromas se presentan con mayor frecuencia en pacientes perimenopáusicas, en nuestro estudio solo representaron el 1.52% de los tumores del estroma, además se encontró una paciente con fibroma menor de 20 años lo cual es de lo mas raro de acuerdo con la literatura.

Especies de levaduras en muestras de exudado cervicovaginal

Autor:

Gerardo Casanova Román

Coautores:

Diana Mercedes Soriano Becerril, Guadalupe Bermúdez Salazar, Federico Javier Ortiz Ibarra

Institución:

Instituto Nacional de Perinatología

Objetivo: identificar las especies de levaduras en las muestras de exudado cervicovaginal de pacientes con candidosis vaginal del Instituto Nacional de Perinatología. Isidro Espinosa de los Reyes. **Tipo de estudio:** II-3 observacional, prospectivo. **Material y métodos:** se realizó un estudio de identificación de especies de *Candida*. A 5622 pacientes a laboratorio se les realizaron exámenes de laboratorio para saber cuantas tenían *Candida*, así que se seleccionaron 1081. **Resultados:** encontrándose que de 1081 pacientes con candidosis, el 69.3% es *Candida albicans* y 30.7% correspondió a *Candida* spp. De Las muestras con *Candida* spp se en-

contró que el 89.9 % correspondió a *Candida glabrata*, 6.6 % *S. cerevisiae*, 2.2 % *C. krusei*, *C. parapsilosis* 0.6%, y *C. tropicalis* 0.6%. **Conclusiones:** la *Candida glabrata* ya alcanzó casi el 30% de las especies que producen candidosis, y sabemos que esta variedad de *Candida* es resistente a varios antimicóticos, incluso algunos triazólicos como el fluconazol.

Embarazo heterotópico. Experiencia de 15 años y revisión de la bibliografía

Autor:

María José Chiriboga Zambrano

Coautores:

Colin Stern, Jorge Jaroslav Stern Colin y Núñez, Alfonso Gutiérrez Najar

Institución:

Hospital Ángeles del Pedregal

Objetivo: conocer y documentar la prevalencia de embarazos heterotópicos en la experiencia del Hospital Angeles del Pedregal en los últimos 15 años y revisar la literatura médica universal en relación a esta complicación. **Tipo de estudio:** retrospectivo, descriptivo. El Embarazo Heterotópico (EH), constituye la co-existencia de embarazo intrauterino y extrauterino. Su incidencia se ha incrementado en mujeres con historia de infertilidad por el uso de técnicas de reproducción asistida. **Material y métodos:** revisión de Historias Clínicas. Hospital Angeles del Pedregal. Búsqueda informática en Medline. 1970-2005. **Resultados:** se revisó la experiencia del Hospital Angeles del Pedregal, en los últimos 15 años, con la intención de documentar la existencia de embarazos heterotópicos, la técnica de inducción y fecundación asociada, y la evolución clínica de los embarazos intrauterinos. Se documentaron 4 casos en este lapso, 2 de ellos por inducción de ovulación y 2 por FIV y TE (5 y 7 embriones). La resolución del embarazo ectópico fue quirúrgica en todos los casos. En 3 de los cuatro, el embarazo intrauterino evolucionó a término (uno de ellos gemelar). Se realizó una revisión de la literatura (Medline) desde 1970 hasta el 2005, incluyendo autores que reporten 3 o más casos de embarazos heterotópi-

cos, analizando el origen del mismo, su experiencia en el tratamiento y pronóstico del intrauterino. Los resultados hallados reportaron que la mayoría de EH, estuvieron asociados a técnicas de reproducción asistida (FIV-TE). El tratamiento fue quirúrgico en su mayoría y médico local en menor proporción y el pronóstico del embarazo intrauterino fue favorable en el mayor número de casos. **Conclusiones:** la experiencia documentada en el hospital Angeles del Pedregal y los hallazgos bibliográficos de la revisión, nos indican que la presencia de EH se relaciona con el antecedente de Tratamiento de infertilidad y el número de embriones transferidos. El diagnóstico temprano y la resolución oportuna de esta complicación incide favorablemente en el pronóstico del embarazo intrauterino.

MISCELÁNEOS

Diagnóstico por ultrasonido de gastrosquisis

Autor:

Blanca Vara Miranda

Coautores:

Silvia Pestaña Mendoza, Francisco Sánchez Cruz, Mauricio Santamaría Ferreira

Institución:

Instituto Materno Infantil del Estado de México. Servicio de Medicina Materno Fetal

Objetivo: conocer la importancia de un diagnóstico oportuno durante el control prenatal por ultrasonido de fetos con defectos de la pared abdominal y valorar su manejo obstétrico. **Tipo de estudio:** retrospectivo, observacional, descriptivo. **Material y métodos:** expedientes de recién nacidos con defectos en pared abdominal anterior con resultados de ultrasonido del Servicio de Medicina Materno Fetal. **Resultados:** durante el periodo estudiado se reportaron 48 320 nacimientos, con una incidencia de 0.024% para fetos con defectos de pared abdominal anterior, pacientes con USG previo fueron 8 (66.6%) de los cuales sólo 6 (75%) tenían diagnóstico certero, se revisaron 12 casos encontrando 11 pacientes con gastrosquisis (91.6%) y 1 paciente con onfalocele (8.4%) con una incidencia en

el .002% para onfalocele y 0.22% para gastrosquisis, sólo 3 pacientes (25%) contaban con control prenatal adecuado en un 42% la resolución del embarazo fue vía abdominal, con una mortalidad del 50%. **Conclusiones:** los defectos de pared abdominal son patologías que pueden diagnosticarse a través de ecografía, la cual está encaminada a mejorar el pronóstico materno y fetal cuando las patologías son detectadas de manera precoz.

Cinta vaginal libre de tensión en el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo

Autor:

Francisco Javier Degollado Bardales

Coautores:

Joaquín Oliva Cristerna, Juan Solís Medrano, Alfredo Alaniz Sánchez

Institución:

Instituto Mexicano del Seguro Social

Objetivo: dar a conocer los resultados con la aplicación de la cinta vaginal libre de tensión (TVT) para el tratamiento quirúrgico de la incontinencia urinaria femenina. **Tipo de estudio:** prospectivo, transversal, descriptivo y observacional. **Material y métodos:** a 25 pacientes se le aplicó la cinta vaginal libre de tensión con la técnica de Ulmsten, en un periodo del 1 de Abril al 10 de Diciembre del año 2004, en el Hospital de Ginecología y Obstetricia Tlatelolco del Instituto Mexicano del Seguro Social. Se les realizó estudio de urodinamia unicanal, operando a 20 pacientes con incontinencia urinaria genuina de esfuerzo (80%) y 5 con incontinencia mixta (20%) de estas últimas, tres presentaron incontinencia recidivante: dos con antecedente de uretrosuspensión tipo Burch y una con plastía suburetral tipo Kelly. **Resultados:** a las 25 pacientes que se les aplicó la cinta TVT el 100% tienen continencia urinaria hasta el momento del corte para este reporte. El tiempo promedio para su aplicación fue de 32 min. La morbilidad transoperatoria fue de dos perforaciones vesicales (8%) y una uretral (4%). La postoperatoria inmediata en 3 pacientes (12%) con

retensión aguda de orina y la tardía en 15 pacientes (60%) con cistouretritis tratada con analgésicos-antiespasmódicos y en un caso se cortó la cinta de TVT por retensión aguda de orina. **Conclusiones:** la técnica quirúrgica es sencilla, ambulatoria y de baja morbilidad, altamente reproducible y con índice de continencia urinaria excelente e inmediata.

Desarrollo de trabajo de parto pretérmino y su asociación con cambios en el cuello uterino en el Servicio de Obstetricia del Hospital Universitario Dr. José E. González, en Monterrey, Nuevo León, México

Autor:

Linda Elizabeth Reyes Fernández

Coautores:

Wendy Edith Treviño Ledesma, Juan Antonio Soria López, José Luis Iglesias Benavides

Institución:

Hospital Universitario Dr. José E. González

Objetivo: evaluar los cambios cervicales durante el embarazo para establecer su asociación con el trabajo de parto pretérmino. **Tipo de estudio:** estudio observacional, longitudinal, comparativo, prospectivo, de cohortes, no ciego. **Material y métodos:** se incluyeron 165 pacientes en control prenatal en el Servicio de Obstetricia del Hospital Universitario, programándose tres ultrasonidos, por vía vaginal, entre las semanas 12 – 14, 20 – 22 y 28 – 30. Se recabaron los resultados perinatales, así como el antecedente o no de haber presentado TPP; para determinar los cambios ocurridos en el cérvix durante el embarazo por trimestre, así como su asociación con los antecedentes obstétricos, factores de riesgo y su relación con el desarrollo de trabajo de parto pretérmino. **Resultados:** al primer trimestre se observó una longitud cervical promedio de 40.2 mm; en el segundo trimestre de 39 mm y al tercer trimestre de 38 mm. El signo del embudo se presentó en el 1.8%. Sin encontrar relación estadísticamente significativa entre la edad materna y el desarrollo de trabajo de parto pretérmino, así como con la medición realizada durante el primero y segundo trimestre. Por el contrario, la medición

efectuada durante el tercer trimestre, mostró una disminución del 19% ($p = 0.004$) con respecto a la posibilidad de desarrollar trabajo de parto pretérmino. Se encontró relación estadísticamente significativa ($p = 0.005$) entre la presencia de factores de riesgo y el desarrollo de trabajo de parto pretérmino. **Conclusiones:** cuando se usan los antecedentes junto con la longitud cervicouterina, la combinación provee un predictor más potente que cualquiera de los dos solos.

Embarazo de 17 semanas con rotura uterina y placenta increta en útero bicornue

Autor:

Victoria Martínez Gaytán

Coautores:

Justino de Jesús Márquez Rocha, Gloria Azaldivar Alvarado, Miguel Eloy Torcida González

Institución:

IMSS, UMAE 23

Objetivo: presentar un caso de ruptura uterina con placenta increta en útero bicornue. **Tipo de estudio:** reporte de un caso. **Material y métodos:** paciente de 23 años acude con embarazo de 17.3 semanas y dolor abdominal en fosa iliaca derecha de 4 días de evolución, tratamiento previo ranitidina. Ecografía útero en AVF de 10x5.6 cm regular homogéneo vacío, línea endometrial de 14 mm producto único con FCF (+) 17 semanas por fetometría, con producto extrauterino en cavidad abdominal con líquido libre en fondo de saco de Douglas, laparotomía exploradora encontrando sangre libre en cavidad, útero bicornue con ruptura de útero rudimentario derecho con exposición de la placenta, producto de 17 semanas de gestación sin frecuencia cardíaca, se reseca útero rudimentario el cual comunicaba con útero izquierdo. **Resultados:** patología fragmento uterino con accretismo placentario (placenta increta) y cambios deciduales del miometrio y salpínge. Ruptura uterina secundaria. Placenta del segundo trimestre con degeneración fibrinoide vellositaria, amnios sin alteraciones, producto femenino de 18 semanas de gestación. **Conclusiones:** las anomalías uterinas pueden estar

presentes en pacientes con embarazos previos sin complicaciones y encontrarse como hallazgos quirúrgicos en casos que se presentan como urgencias obstétricas como embarazo ectópico, con características similares con ruptura de útero rudimentario donde el embarazo sobrepasa la capacidad de distensión uterina con la consecuencia de la ruptura uterina el tratamiento será la resección del rudimento uterino y que en su mayoría son úteros comunicantes.

Lectura crítica de informes de investigación clínica en estudiantes de pregrado de octavo semestre de tres escuelas de medicina en la UMAE, Hospital de Ginecología y Obstetricia Luis Castelazo Ayala del IMSS

Autor:

Sebastián Carranza Lira

Coautores:

Rosa María Arce Herrera, Félix Arturo Leyva González

Institución:

UMAE, Hospital de Ginecobstetricia Luis Castelazo Ayala, IMSS

Objetivo: evaluar el grado de desarrollo de la lectura crítica de informes de investigación clínica en estudiantes de pregrado. **Tipo de estudio:** observacional,

prospectivo, transversal, abierto, controlado. **Material y métodos:** en 65 estudiantes se aplicó un instrumento para la evaluación de la lectura crítica de informes de investigación clínica. Se analizaron 4 grupos de distintas universidades: UNAM grupo de excelencia académica (n=21), Universidad Anáhuac A (n=19) y B (n=12), Universidad Westhill (n=13). El instrumento validado quedó constituido por 150 reactivos, teniendo 50 reactivos para cada uno de los siguientes indicadores: interpretar, enjuiciar y proponer. Los reactivos fueron del tipo verdadero, falso y no sé, balanceados en la respuesta correcta (50% falsos y 50% verdaderos). Se analizó el grado de dominio global y por indicador. Análisis estadístico: se utilizó estadística no paramétrica. Análisis de varianza de Kruskal Wallis y U de Mann-Whitney. **Resultados:** en el grupo completo: la edad fue 22 (mediana) 20-28 (rango) años, género 56.9% mujeres y 43.1% varones, sin diferencias entre las cuatro universidades. La calificación global fue 50.5 (8 a 112). La UNAM tuvo resultados significativamente mayores tanto en el puntaje global como por indicador ($p < 0.001$) con respecto a las otras tres universidades. Según los indicadores interpretar, enjuiciar y proponer el grupo de la UNAM tuvo los representantes en los niveles mayores. **Conclusiones:** no existen estudios realizados en pregrado, los resultados de este estudio son equiparables a los realizados en médicos residentes. Se deben propiciar condiciones para desarrollar la lectura crítica de informes de investigación.

Presentación en video

TRATAMIENTOS QUIRÚRGICOS**Vaginoplastia tipo Hendren, con seguimiento de su evolución de 17 años****Autor:**

Arturo Molina Sosa

Coautor:

Víctor E. Molares García

N.N. 17 años estudiante, acude por deformación de genitales externos, a la exploración se observa ausencia de cicatriz umbilical se aprecia una tumoración ovoidea remitente de aproximadamente 10 cm. sobre área púbica; por laparoscopia se encuentra útero, ovarios y trompas normales. Se hace el diagnóstico de agenesia de tercio inferior de vagina; dos pequeños conductos uno se identifica como uretra y otro en que reporta salida de sangre menstrual. En estudios de gabinete se reporta lo siguiente: urografía excretora normal, se constata ausencia de hueso de pubis; cariotipo 46 xx. Técnica quirúrgica: se programa cirugía tipo Hendren, bajo los siguientes tiempos: Previa cateterización de orificios presentes con sonda foley, incisión de periné invertida en "U", se diseca colgajos, se separa uretra de recto, se hacen espacios paravaginales, con un dedo y doble guante se cuida no lesionarla estructura de recto, se separa uretra de pared vaginal anterior, separación de paredes laterales de vagina hasta liberar el tercio medio de vagina que existe, se retira sonda de foley y se constata presencia de cervix, se sutura vagina a los colgajos de piel y se coloca pen-rose en el espacio disecado, se sutura vagina, con puntos separados en los bordes de piel, se extirpa quiste observado en el pubis, probable de restos de Wolff. Un mes después se constata cicatrización de colgajos y seis meses después se extirpa piel de abdomen, se aproximan músculos y rectos anteriores del abdomen. Un año después se constata vagina funcional, sus ciclos menstruales son normales y 17 años después de la plastia se observa funcionalidad. Presenta ectopia cervical, tratada por crio-cirugía.

REPORTE DE CASOS RAROS**Embarazo corunual de 19 semanas****Autor:**

Jesús Sánchez Contreras

Coautores:

Francisco Hernández Aldana

Institución:

Hospital Juárez de México

Objetivo: Determinar la conducta a seguir en un embarazo patológico desarrollado en un cuerno accesorio de útero unicorne. **Tipo de estudio:** clínico.

Resultados: prevención de hemorragia aguda por ruptura del cuerno accesorio. **Conclusiones:** identificar las complicaciones de las principales anomalías mullerianas.

DEFECTOS DEL PISO PÉLVICO**Técnica novedosa para reparación del prolapso genital recidivante con malla****Autor:**

Eréndira Kunhardt Urquiza

Coautores:

Eutiquia Asunción Ramírez Melgar, Víctor Eduardo Hernández Zúñida

Institución:

Hospital Angeles Pedregal

Objetivo: ofrecer una mejor alternativa quirúrgica en pacientes con prolapso genital total recidivante, utilizando malla durante la cirugía vaginal reconstructiva.

Tipo de estudio: presentación de un caso representativo. **Material y métodos:** paciente de 80 años con antecedente de histerectomía total abdominal, colpografía anterior en Diciembre 2003, y dos cirugías por

prolapso de cúpula en Octubre 2004 y Mayo 2005 con recidivas en postoperatorio inmediato. Se efectúa Historia clínica y urodinámica multicanal con colocación de pesario sin evidenciar incontinencia urinaria oculta. Se establece el diagnóstico de prolapso genital recidivante estadio IV C. Con objeto de dar soporte a los tres niveles de suspensión vaginal de acuerdo a De Lancey, iniciamos cirugía efectuando insición en cúpula vaginal y corrección del saco herniario de enterocele. Localizamos ligamentos sacroespinosos para colocar sutura con material no absorbible a dos traveses de dedo entre espina ciática y músculo coxígeo, y se refieren bilateralmente. Utilizamos malla suave de prolene, en monofilamento con macroporo mayor a 75 micrones (Gynemesh PS). Cortamos la malla dejando un segmento transversal amplio de tal manera que la curvatura anterior llegue al cuello vesical y la posterior a 3 centímetros del introito vaginal, y dos brazos largos laterales de malla que se fijan a los ligamentos uterosacros con los hilos de sutura previamente referidos, procurando que la malla quede libre de tensión y pliegues. Se afrontan los ligamentos cardinales en la línea media y corrección de sitio específico de pared vaginal con técnica tradicional. **Resultados:** en el seguimiento a un año la paciente se encuentra asintomática. **Conclusiones:** la paciente tiene como factores de riesgo: edad avanzada, disfunción severa del piso pélvico y tres cirugías previas fallidas (Evidencia III). En estos casos el tejido conjuntivo dañado no puede crearse, por lo que la opción actual es colocar una malla para reforzar vagina, vejiga y recto. Se eligió malla de prolene por tener textura suave y macroporos, que ayuda a la angiogenesis, fibroblastos y colágena y su integración a los tejidos naturales. Es recomendable evitar pliegues y tensión en la malla para evitar erosión. La casuística en los mejores centros hospitalarios es pobre.

Uterosacropectia transabdominal

Autor:

Arnulfo Martínez Chapa

Coautores:

Irma Alyttet Balderas Cerda, José Rodrigo Martínez Villanueva, Juan Carlos Cerda Ramírez

Institución:

Hospital Regional Monterrey, ISSSTE

Objetivo: enunciar la técnica quirúrgica de uterosuspensión al sacro. **Tipo de estudio:** descriptivo de un caso de prolapso uterino etapa clínica III. **Material y métodos:** se ejemplifica la técnica de suspensión uterina fijando malla de polipropileno a los ligamentos uterosacros y cara posterior del cervix pasando malla a través de túnel retroperitoneal y fijando esta al ligamento anterior del sacro, con suturas permanentes, cerrando los defectos del compartimiento medio, realizando culdoplastia de Halban y reconstruyendo el ángulo uretrovesical como parte de los problemas agregados del prolapso uterino. **Resultados:** se muestra la evaluación postoperatoria de la reconstrucción. **Conclusiones:** se enuncia las indicaciones, la técnica y los problemas agregados reconstruyendo las estructuras a su posición anatómica normal en aquellos casos de preservación uterina.

Reconstrucción total vaginal con malla

Autor:

Arnulfo Martínez Chapa

Coautores:

Irma Alyttet Balderas Cerda, Juan Carlos Cerda Ramírez, Aracely Martínez Cruz

Institución:

Hospital Regional Monterrey, ISSSTE

Objetivo: ejemplificar la técnica de reconstrucción del compartimiento anterior, medio y posterior con malla con abordaje vaginal. **Tipo de estudio:** Descripción de una serie de casos de prolapso de órgano pélvico etapa clínicas II y III que fueron reconstruidos. **Material y métodos:** se describe el abordaje vaginal del compartimiento anterior con la reconstrucción de éste, utilizando malla fina de polipropileno y suturas de prolene colocadas de un arco tendinoso de la fascia pélvica al otro arco tendinoso contralateral, se reconstruye el compartimiento medio cerrando el fondo de saco de Douglas, y colocando cabestrillo intravaginal posterior para fijación de cúpula vaginal, colocación de

malla fina para compensar los defectos del compartimiento posterior, así como la miorrafia de los músculos elevadores. **Resultados:** se muestran los resultados a dos y cuatros meses clínicamente y con medios radiológicos. **Conclusiones:** con la utilización de malla fina de polipropileno y cabestrillo posterior intravaginal se logra compensar todos los defectos y reconstruir adecuadamente todos los compartimientos.

Complicación durante la colposacropexia en la cirugía para la reparación integral del prolapso vaginal total por vía abdominal

Autor:

Eréndira Kunhardt Urquiza

Coautor:

Víctor Eduardo Hernández Zúñiga

Institución:

Hospital Angeles del Pedregal

Objetivo: alternativas para suspensión de prolapso genital en los tres compartimentos por vía abdominal.

Tipo de estudio: descriptivo con seguimiento a 5 años.

Material y métodos: paciente que acude por prolapso genital. Etapa 4 C Vida sexual activa. Se realizó urodinámica multicanal por pesario para descartar incontinencia urinaria oculta. Mediante una incisión transversa abdominal, disección por planos hasta cavidad abdominal, se abre peritoneo sacro a nivel de S3, en ese momento se lesionan vasos presacros con presencia de hemorragia cuantificada de 700 ml, mostramos como resolvimos esta complicación. Al no poder ya suspender la cúpula a región sacra, esta se suspendió por vía retroperitoneal a aponeurosis de pared abdominal. Se realiza Moschowitz obliterando fondo de saco. Para suspender pared vaginal anterior se efectúa uracopexia técnica que consiste en suspender el uraco y ligamentos umbilicales laterales a aponeurosis de pared abdominal. Se efectuó seguimiento a cinco años, con evolución satisfactoria. **Resultados:** la paciente cursó con parestesias en miembro pélvico derecho y dolor a nivel vulvar que ameritó rehabilitación durante 18 meses. Logrando una corrección adecuada del prolapso genital en com-

partimiento anterior y medio con prolapso de pared vaginal posterior. Etapa 1Bp Actualmente con vida sexual normal. Con seguimiento a 5 años. **Conclusiones:** la maniobra compresiva-oclusiva atravesando con aguja completamente la aponeurosis sacra anterior por arriba del sitio de la hemorragia y anudando toda esa área permitió cohibir el sangrado. Con esta maniobra hemostática fue evidente la secuela neurológica reversible con rehabilitación por un año.

MANEJO QUIRÚRGICO DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO

Remeex. Una opción de cabestrillo

Autor:

Carlos Ramírez Isarraráz

Coautor:

Silvia Rodríguez Colorado

Institución:

Instituto Nacional de Perinatología

Objetivo: dar a conocer la técnica quirúrgica de la aplicación del dispositivo remeex, y los beneficios en el manejo terapéutico de las pacientes con incontinencia urinaria de esfuerzo. **Tipo de estudio:** presentación de técnica quirúrgica. **Material y métodos:** presentación de un caso. Paciente de 63 años, con antecedente de 2 cirugías antiincontinencia y diagnóstico urodinámico de IUE tipo III (deficiencia intrínseca del esfínter uretral), candidata a tratamiento quirúrgico de operación de cabestrillo. **Resultados:** se realizó la técnica quirúrgica, siguiendo los lineamientos de acuerdo a la publicación de la misma sin presentar complicaciones. La evolución de la paciente en el postoperatorio ha sido satisfactoria hasta el momento, actualmente, a un año de la cirugía, se encuentra continente. **Conclusiones:** es una excelente opción terapéutica en las pacientes con incontinencia urinaria de esfuerzo.

OTROS TEMAS DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO

Fístula vesicouterina

Autor:

Esther Silvia Rodríguez Colorado

Coautores:

Carlos Ramírez Isarraráz, Laura Escobar del Barco, Gerardo Quiróz Garza

Institución:

Instituto Nacional de Perinatología

Objetivo: presentación de la técnica quirúrgica. **Tipo de estudio:** video. **Material y métodos:** en el Instituto Nacional de Perinatología se ha presentado un caso en 13 años, se presenta el caso de fístula vesicouterina en paciente de 41 años de edad, posterior a la atención del parto distócico, en la que se intentó tratamiento conservador, presentó una fístula vesico-uterina, la cual se preparó para corrección quirúrgica. La técnica de fistulectomía sin histerectomía se realizó por laparotomía exploradora, sin complicaciones. La cual evoluciona satisfactoriamente y sin recidivas a 10 meses de evolución postoperatoria. **Resultados:** presentación de la técnica quirúrgica. **Conclusiones:** se envía a concurso.

REPRODUCCIÓN ASISTIDA

Transferencia embrionaria guiada por ultrasonido abdominal

Autor:

Roberto Santos Haliscak

Coautores:

Samuel Hernández Ayup, Pedro Galache Vega, María Lidia Arenas Montezco

Institución:

Instituto para el Estudio de la Concepción Humana

Objetivo: valorar la utilidad clínica del ultrasonido abdominal durante la realización de la transferencia embrionaria. **Tema:** los resultados en reproducción asistida dependen de diversos factores, incluyendo los protocolos de estimulación ovárica, el cultivo embrionario y las condiciones de laboratorio, la eficiente y rigurosa selección

embrionaria y como último paso crucial la técnica de transferencia embrionaria. La transferencia embrionaria guiada por ultrasonido abdominal ha sido utilizada en múltiples clínicas de reproducción para verificar un adecuado reemplazo embrionario y de esta forma mejorar las tasas de embarazo. No se ha demostrado efectos adversos en el uso de la asistencia del ultrasonido como coadyuvante durante la transferencia embrionaria y los primeros reportes mencionan ventajas en su uso. **Tipo de estudio:** retrospectivo. **Material y métodos:** el presente trabajo fue realizado de manera retrospectiva, analizando las grabaciones de las transferencias embrionarias guiadas por ultrasonido abdominal en un período comprendido de Enero 2004 a Mayo 2006. **Resultados:** la utilidad obtenida en la transferencia embrionaria guiada por ultrasonido abdominal en nuestro centro se ha visto reflejada en una mejor visualización durante la transferencia de los embriones en la cavidad uterina, lo que se refleja en un mejoramiento de las tasas de embarazo. **Conclusiones:** la transferencia embrionaria realizada bajo guía de ultrasonido abdominal es una herramienta clínica de gran ayuda para mejorar los resultados en un programa de reproducción asistida.

OTRAS CIRUGÍAS GINECOLÓGICAS POR LAPAROSCOPIA

Uso de láser para resección de endometriosis sobre uréter

Autor:

Rodolfo Treviño Alanis

Coautores:

Mauricio Treviño Garza, Gerardo Vela Antillón, Daniella Gómez Pue

Institución:

Hospital San José-Tec de Monterrey. Departamento de Ginecología y Obstetricia

Objetivo: mostrar el uso del láser CO₂ para resección de endometriosis de zonas peligrosas como el peritoneo sobre los ureteres. **Tipo de estudio:** video de técnica quirúrgica por laparoscopia. **Material y métodos:** para la realización de este video se editó una

cirugía de una paciente con dolor pélvico crónico, en la que se encontró endometriosis moderada, con un gran implante en la pared pélvica izquierda sobre gran parte del trayecto del uréter. Resultados: se realizó resección y vaporización de una zona extensa de endometriosis justo sobre el uréter izquierdo, lo anterior con acuadisección y uso de láser CO₂. **Conclusiones:** el láser CO₂ es el mejor instrumento para resección de implantes peritoneales de endometriosis, se trabaja con seguridad aun sobre zonas peligrosas.

Apendicectomía laparoscópica por endometriosis con uso de láser

Autor:

Rodolfo Treviño Alanís

Coautores:

Mauricio Treviño Garza, Ricardo López Narváez, Daniella Gómez Pue

Institución:

Hospital San José-Tec de Monterrey, Departamento de Ginecología y Obstetricia

Tipo de estudio: Video de técnica quirúrgica por laparoscopia. **Material y métodos:** Para la realización de este video se editó una cirugía de una paciente con dolor pélvico crónico, en la que se encontró endometriosis moderada, presentando endometriosis en apéndice cecal, con adherencias a salpínge derecha. **Resultados:** se realizó vaporización de endometriosis y adherenciólisis con uso de láser CO₂, sin lesionar la salpínge. Se realiza apendicetomía laparoscópica. **Conclusiones:** el láser CO₂ es un extraordinario instrumento para resección de implantes de endometriosis y adherenciólisis, se trabaja con gran precisión y prácticamente sin lesión a tejido sano.

HISTEROSCOPIA OPERATORIA Y DIAGNÓSTICA

Histeroscopia de consultorio: experiencia de un servicio de reproducción asistida

Autor:

Sergio Villalobos A

Coautores:

Juan C Rojas R, Ana C Molina M, Juan C Barros D, Víctor Sánchez S, Gerardo Barroso V, Fernando Gaviño G.

Institución:

Departamento de Reproducción Asistida, Instituto Nacional de Perinatología

Objetivo: evaluar la eficacia de la histeroscopia de consultorio, tanto diagnóstica como quirúrgica en Reproducción Asistida. **Tipo de estudio:** estudio descriptivo, retrospectivo. **Material y métodos:** se analizaron un total de 768 histeroscopias de consultorio realizadas desde enero 2000 - junio 2006, en pacientes del servicio de reproducción asistida. Se revisaron las patologías y complicaciones más frecuentes, así como, la técnica quirúrgica empleada en cada una de ellas. **Resultados:** se analizaron 768 histeroscopias de consultorio, encontrándose que el diagnóstico más frecuente fue cavidad uterina normal con 71.4%, seguido de pólipo endometrial con 7.9%, la sinequia uterina con 6.1% tabique uterino con 5.3%. La maniobra terapéutica más frecuente fue la resección de pólipo endometrial con un 28.6%. seguido por la resección de sinequias uterinas y tabique uterino con un 22.1% y 19.2% respectivamente. Existieron 3 complicaciones, 2 reflejos vagales (0.3%) y una perforación uterina (0.1%). **Conclusiones:** La histeroscopia de consultorio es un gran aliado en el diagnóstico y tratamiento de las lesiones intrauterinas, es un procedimiento ambulatorio y tiene bajo índice de complicaciones y alto de éxito.

Canulación tubaria asistida por ultrasonido

Autor:

José Alanís Fuentes

Coautor:

Jesús Sánchez Domínguez

Institución:

Hospital General Dr. Manuel Gea González

Objetivo: demostrar la técnica de canulación tubaria guiada por ultrasonido. **Tipo de estudio:** investiga-

ción clínica. **Material y métodos:** se presentan dos casos de pacientes una con canulación tubaria en la forma clásica con asistencia laparoscópica y otro caso se propone la realización del mismo procedimiento bajo control ultrasonográfico. **Resultados:** se aprecia la canulación exitosa con control ultrasonográfico. **Conclusiones:** alternativa terapéutica con menor costo y más accesible.

OBSTETRICIA GENERAL

Control del dolor con escenarios virtuales durante las contracciones uterinas en sala de labor, durante el bloqueo peridural durante el trabajo de parto en la sala de expulsión y durante la operación cesárea

Autor:

Verónica Lara Vaca*

Coautores:

Albert Skip Rizzo,** José Luis Mosso Vázquez,**
Brenda K. Wiederhold***

Institución:

* Hospital de Ginecología y Obstetricia Unidad Tlatelolco, IMSS

** Hospital de Infectología del CMNR, IMSS

***The Virtual Reality Medical Center of San Diego, CA, USA

****The Southern of Los Angeles CA, USA

Objetivo: el objetivo del proyecto es demostrar la utilidad de escenarios virtuales específicos para medicina para reducir el dolor durante las contracciones uterinas en sala de labor, en el bloqueo peridural y durante la operación cesárea. **Tipo de estudio:** Comparativo y observacional. **Material y métodos:** en junio de 2006 en sala de labor de la jornada acumulada del Hospital de Ginecología y Obstetricia de Tlatelolco del IMSS se seleccionaron a dos pacientes embarazadas de 19 y 20 años de edad con 40 semanas de embarazo y primigestas a las que se instaló el casco virtual para navegar en 4 escenarios virtuales diferentes a partir de los 4 hasta los 7-8 cms. de dilatación cervical, en el primer caso la paciente concluyó en parto eutócico y en el segundo en operación cesárea por falta de descenso

del producto. Se registraron la frecuencia cardiaca, la frecuencia respiratoria, la frecuencia cardiaca fetal y la intensidad del dolor de acuerdo a una escala del dolor. **Resultados:** en el primer caso la respuesta al dolor durante las contracciones sin HMD y sin bloqueo fue de 1 y de 5 con HMD. Una vez instalado el BPD y sin HMD fue de 3 y con HMD fue de 10, La FC fue de 102 sin HMD y sin BPD y de 90 con HMD y con BPD, la FR fue de 16 y 13 respectivamente. Para el segundo caso el dolor durante las contracciones sin HMD y sin bloqueo fue de 0 y de 8 con HMD. Una vez instalado el BPD y sin HMD fue de 10 y con HMD fue de 10. La FC sin HMD y sin BPD fue de 80 y disminuyó a 64 con HMD y con BPD. La FR fue de 48 sin HMD y sin BPD y 34 con HMD y con BPD, durante la operación cesárea y sin HMD la paciente mostró una TA de 136/69 mmHg, durante la cirugía la TA disminuyó a 112/49, la FC al inicio fue de 113 y durante la cirugía fue de 158, la saturación de oxígeno al inicio de la cirugía fue de 95 y durante de 97%. **Conclusiones:** se redujo el dolor de manera importante en ambas pacientes, sugerimos emplear escenarios virtuales mientras se conserve el bienestar fetal y la madre no se encuentre con situaciones que pongan en riesgo su vida. Recomendamos también el uso de HMD cuando a las pacientes no se les administre BPD. El escenario mayormente aceptado por los pacientes fue el bosque encantado. Son las primeras experiencias en Obstetricia a nivel mundial.

FISIOLOGÍA FETAL

Estudio anatómico de la placenta. Embarazos múltiples

Autor:

Paolo Di Castro Stringher

Institución:

Instituto Nacional de Perinatología

Objetivo: presentar una rutina para la revisión de la placenta en embarazos múltiples y correlacionar los hallazgos macroscópicos más trascendentes. **Tipo de estudio:** observacional, retrospectivo, longitudinal, descriptivo. **Material y métodos:** se filmó la realización

del estudio macroscópico de placentas gemelares que se integró con fotos fijas de las principales patologías.

Resultados: se comentan las indicaciones asistenciales mínimas para el estudio de la placenta gemelar. Se define un protocolo de estudio, ilustrando el abordaje morfológico para identificar el tipo de placenta gemelar y las alteraciones perinatales principales asociadas.

Conclusiones: el estudio macroscópico de la placenta gemelar se puede llevar a cabo con un mínimo de instrumentación, un protocolo de abordaje morfológico sencillo que permitirá recabar información importante sobre la cigocidad de los productos y las complicaciones que de ella derivan que se integrará con el historial clínico de la paciente y sus hijos.

Presentación en cartel

GINECOLOGÍA OPERATORIA**Histerectomía vaginal con biclamp, técnica innovadora****Autor:**

Francisco Javier Degollado Bardales

Coautores:

Luis Alberto Pérez Flores, Juan Solís Medrano, Oliva Oliva Cristerna

Institución:

Hospital de Ginecología y Obstetricia Tlatelolco del IMSS.

Objetivo: dar a conocer las ventajas y los beneficios con esta técnica. **Tipo de estudio:** descriptivo, observacional, retrospectivo. **Material y métodos:** se revisaron expedientes clínicos de pacientes sometidas a histerectomía vaginal con Biclamp, de octubre 2004 a enero 2006. (N= 154). 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 154 pacientes de 30 a 69 años, el 90% con cirugías previas. **Diagnóstico preoperatorio:** miomatosis uterina 100 (64%), hemorragia uterina anormal 32 (20.7%), prolapso uterino 15 (9.7%), hiperplasia de endometrio 6 (3.8%) cáncer Cervico uterino 1 (.6%). Anestesia 98% bloqueo peridural. Tiempo quirúrgico promedio 73 min. Sangrado operatorio promedio 200ml. Peso del útero de 75 a 600grs. Estancia hospitalaria 1 a 2 días. **Complicaciones:** hemorragia 3 (1.9%), Reintervención 5 (3.2%), lesión vesical 1 (.6%), lesión de recto 1 (.6%), absceso de cúpula 5 (3.2%), hematoma 2 (1.2%) tromboflebitis 1 (.6%). **Conclusiones:** esta técnica ofrece disminución del

tiempo quirúrgico, sangrado y morbilidad con personal entrenado, reduce estancia hospitalaria, tiempo de incapacidad y gastos hospitalarios, teniendo como requisito que no exista descenso uterino. La recuperación de la paciente es mucho más rápida, convirtiéndose en una técnica innovadora de mínima invasión sin cicatriz y rápida recuperación.

Fibroma vaginal. Reporte de un caso**Autor:**

Yoatzin Rodríguez Higuera

Coautores:

Guillermina Dupré Aramburu, Jesús Enrique Limón Rosales, Mariana Areli Hernández Ruiz

Institución:

Hospital Central Norte PEMEX.

Las neoplasias vaginales representan el 2% de los tumores del tracto genital y frecuentemente son lesiones benignas de origen mesenquimal. Los leiomiomas son los más comunes con una edad promedio de 44 años. Histológicamente tienen la apariencia de leiomiomas uterinos. Están constituidos por fascículos o bandas de células de músculo liso entrelazadas y dispuestas en palizadas. Se pueden observar áreas de edema, atipia celular y nuclear y figuras mitóticas escasas o ausentes. **Caso clínico:** femenino de 57 años de edad que durante su papanicolaou, se encuentra una masa vaginal, asintomática. Como antecedentes de importancia cuenta con meningioma parietal izquierdo con 2 años de evolución manejada con tamoxifeno, histerectomía a los 34 años por miomatosis uterina, sin terapia de reemplazo, Papanicolaou en el 2005 negativo y con datos de atrofia. A la exploración se aprecia tumoración que protruye a través del introito de 3 cm. de diámetro, pediculada, con base en la pared vaginal posterior en el tercio medio. Se extirpa tumoración y con reporte de patología de fibroma vaginal benigno. Con adecuada evolución postoperatoria, es egresada del servicio.

TRATAMIENTOS QUIRÚRGICOS

Lesiones ureterales como complicación de histerectomía por endometriosis profunda

Autor:

Ignacio Reyes Urrutia

Coautores:

Rafael Rodríguez Orozco, Guillermo Oropeza Rechy, Alejandra Vera Morales

Institución:

Hospital General de México

Objetivo: identificar lesiones ureterales en la cirugía ginecológica. **Conclusiones:** el tracto genital femenino y urinario están anatómicamente relacionados, por lo que el riesgo potencial de lesionar a uno deberá ser siempre considerado cuando se opera el otro. Las lesiones del tracto urinario tienen un estimado del 1 % de todos los procedimientos ginecológicos, incluidas las cesáreas. La clave para abordar estas lesiones y reconocerlas cuando estas ocurren es entendiendo la anatomía pertinente, mediante el empleo de técnica quirúrgica metódica y meticulosa con disección roma y gentil de los tejidos, manteniendo un alto índice de sospecha, así como el uso de cistoscopia transoperatoria para descartar cualquier evidencia de lesión. La reparación de una lesión reconocida del tracto urinario durante el mismo procedimiento tiene una buena respuesta la mayoría de las veces. En contraste, las lesiones no reconocidas, especialmente relacionados al ureter, reparada en un tiempo posterior tienen una pobre respuesta. La lesión ureteral no reconocida resulta en pérdida unilateral de la función renal en algunas instancias. Durante la cirugía, el cirujano ginecólogo deberá constantemente considerar la posibilidad de lesión de ureteros o vejiga. Si existe duda alguna, la paciente no deberá dejar la sala de quirófano antes de verificar la integridad y funcionalidad ureteral verificada por cistoscopia. Si ocurrió lesión alguna, deberá ser reparada bajo el mismo procedimiento anestésico.

Malformación adenomatoidea quística tipo I: diagnóstico prenatal

Autor:

Saúl Fernando Juárez Ramírez

Coautores:

Roberto Ambríz López, Gabriel Edgar Villagómez Martínez, Linda Elizabeth Reyes Fernández

Institución:

Hospital Universitario Dr. José E. González

Objetivo: reporte de un caso. **Conclusiones:** femenina de 30 años de edad, AHF: Abuela materna DM e HTA, tío materno trisomía 21, Menarquia 13 años, normorreglada. Acude cursando primer embarazo de 36 semanas, referida por lesión quística detectada por ultrasonido en pulmón derecho del producto asintomática, embarazo normoevolutivo, a la exploración física con signos vitales estables, abdomen con fondo uterino de 31 cm. Producto cefálico con frecuencia cardíaca de 145 por minuto, exámenes de laboratorio normales. Se realiza ultrasonido, producto único cefálico, edad gestacional promedio de 35 semanas, se observa imagen anecoica con un septo en su interior de 3 x 2.5 cm. a nivel de pulmón derecho que desplaza levemente silueta cardíaca diagnosticando MAQC tipo I, se realiza operación cesárea a las 38 semanas sin complicaciones obteniendo un producto masculino de 2850 gramos, apgar 7-9, permanece asintomático en UCIN sólo en observación y se realiza lobectomía parcial superior y media completa a los 15 días de vida extrauterina, evoluciona satisfactoriamente en postquirúrgico. Se recibe resultado de anatomía patológica diagnosticando malformación adenomatoidea quística tipo I.

Embarazo heterotópico

Autor:

Jorge Beltrán Montoya

Coautores:

Tomás Herreras Canedo, Christian Moreno Aburto, Alejandro Arellano Borja

Institución:

Instituto Nacional de Perinatología

Objetivo: identificar factores de riesgo para embarazo heterotópico y hacer diagnóstico oportuno. **Material y métodos:** la combinación de un embarazo intrauterino con uno extrauterino se conoce con el nombre de embarazo heterotópico. Son pocos los reportados en la literatura y la mayoría de ellos se asocia a fertilización asistida. Se han reportado varios sitios de implantación: Embarazo tubario bilateral, abdominal e intrauterino, gemelar tubario e intrauterino. También se ha reportado el embarazo intrauterino y tubario. Las opciones de tratamiento incluyen cirugía (Laparotomía o laparoscopia), tratamiento médico y manejo expectante. Debido a que el metotrexate puede ser teratogénico para el embarazo intrauterino y las prostaglandinas pueden inducir contracciones uterinas provocando un aborto, ninguna sustancia parece ser la mejor elección para inyectar en el embarazo ectópico. En contraste, la instilación de cloruro de potasio por guía ultrasonográfica ha sido utilizada exitosamente en algunos casos. El embarazo heterotópico por constituir una patología poco frecuente es habitualmente subdiagnosticado. Así mismo el hecho que su sintomatología es inespecífica dificulta aún mas su detección precoz. Sus manifestaciones clínicas no son las habituales para el embarazo ectópico. Su principal síntoma es el dolor abdominal. Sus diagnósticos diferenciales más frecuentes lo constituyen el síndrome de hiperestimulación ovárica, el cuerpo lúteo torcido, hemorrágico o roto, el cólico ureteral y la apendicitis aguda. Para afinar el diagnóstico es de vital importancia un estudio ecosonográfico adecuado. Se debe ser cauto con el diagnóstico ecosonográfico de un embarazo heterotópico puesto que la presencia de una imagen ecogénica intrauterina (pseudosaco o gestación inicial), la cual se observa entre 10 a un 20% de los embarazos ectópicos nos puede hacer errar. Sólo la anatomía patológica o la evolución de la paciente nos dará el diagnóstico de certeza. **Conclusiones:** el tratamiento del embarazo heterotópico es esencialmente quirúrgico, de preferencia laparoscópico si se cuenta con el recurso, puesto que el tratamiento médico con metotrexate está contraindicado dado la coexistencia de un embarazo intrauterino. Finalmente hay que destacar que esta patología, si bien es poco frecuente en mujeres

sin factores de riesgo, siempre debe ser considerada puesto que su diagnóstico precoz permite un buen resultado materno perinatal.

Abordaje integral de un caso de amenorrea primaria por agenesia cervical y vaginal

Autor:

Manuel Mota González

Coautores:

Silvia Rodríguez Colorado, Juan Carlos Avilez Cervasco

Institución:

Instituto Nacional de Perinatología

Objetivo: dar a conocer nuestra experiencia en el manejo de casos con agenesia cervical y de vagina.

Material y métodos: femenino de 18 años con amenorrea primaria por agenesia cervical y vaginal, la cual acudió al Instituto para su diagnóstico y tratamiento. La paciente presentaba síntomas de dolor abdominal intenso cíclico, amenorrea primaria. Se hizo diagnóstico de hematometra secundario a agenesia cervical y vaginal, por lo que se precedió a realizar Histerectomía Total Abdominal y Neo vagina con técnica de McIndoe. **Resultados:** la paciente evoluciono favorablemente y se dio de alta en buenas condiciones, se vio en consulta externa con alivio del dolor, y buena profundidad vaginal con injerto integro no estenosis. **Conclusiones:** en estas pacientes la posibilidad de fertilidad es nula ya que al no haber cervix no hay forma de drenar la menstruación mes con mes por lo que su unica opción de tratamiento es la que se realizo en este caso, sin embargo si se les puede ofrecer la posibilidad de tener función sexual normal con esta técnica reconstructiva vaginal mejorando asi la calidad de vida del paciente. Por otro lado es muy importante manejar estos casos en forma multidisciplinaria.

Cerclaje cervical transabdominal: reporte de un caso de incompetencia cervical resistente a cerclaje vaginal

Autor:

Gerardo Vela Antillón

Coautores:

Manuel Rolando García Martínez, Raúl Leal González,
Daniella Gómez Pue

Institución:

Hospital San José - Tec de Monterrey

Objetivo: reporte de un caso de incompetencia cervical resistente a cerclaje vaginal. **Material y métodos:** paciente femenino de 32 años de edad con antecedente de infertilidad primaria de 7 años. Se diagnostica Sd. de ovario poliquístico. Se realiza IIU en 4 ciclos con hiperestimulación ovárica sin lograr embarazo. Se realiza FIV obteniendo embarazo gemelar en la semana 16 se diagnostican membranas en "reloj de arena" colocándose cerclaje de urgencia el cual es vencido a los cuatro días perdiéndose el embarazo. Dos meses después se realiza transferencia de embriones congelados obteniéndose embarazo único. Se diagnostica aborto diferido a las 9 semanas de gestación realizándose legrado instrumentado. Se realiza nuevamente transferencia de embriones congelados obteniéndose embarazo gemelar. Uno de los sacos involuciona. Se coloca cerclaje McDonald en la semana 13 de gestación sin complicaciones. Presenta pérdida a las 17 semanas de gestación al fallar el cerclaje. **Resultados:** Se decide colocar cerclaje cervical por vía abdominal previo a transferencia de embriones. **Conclusiones:** El cerclaje abdominal es una buena opción terapéutica para las pacientes con incompetencia istmico-cervical resistente al tratamiento con cerclaje cervical por vía vaginal. En este caso en específico ya se había realizado un cerclaje por vía vaginal en dos ocasiones. Actualmente la paciente se encuentra en proceso de recuperación para posteriormente hacer una transferencia de embriones congelados. El pronóstico es favorable debido a que la paciente ha sido transferida en dos ocasiones lográndose embarazo en ambos casos.

REPORTE DE CASOS RAROS**Neurocisticercosis en el embarazo simulando enfermedad vascular cerebral, reporte de un caso****Autor:**

Jesús Jorge Beltrán Montoya

Coautores:

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

Institución:

Instituto Nacional de Perinatología

Objetivo: exponer que la neurocisticercosis siendo una entidad relativamente común en el país puede simular diversas entidades, incluyendo algunas relacionadas con eventos obstétricos. **Resumen:** primigrávida de 18 años, ingresa a la semana 24 por ultrasonido por urgencias, referida con diagnóstico de hiperemesis gravídica. En urgencias, sin deterioro neurológico, solamente deshidratación hiponatémica, se ingreso a terapia intensiva para rehidratación. Se egreso posteriormente sin alteraciones en su estancia hospitalaria. Presentó 4 consultas de seguimiento obstétrico sin alteraciones, no nuevos episodios de emesis. A la semana 33 en urgencias presentó hipertensión arterial de 140/100 mmHg alteraciones neurosenoriales, anisocoria y Glasgow de 13, no datos de lesión de neurona motora superior, ni inferior. Se realizó cesárea por probable enfermedad vascular cerebral de tipo hemorrágico. Paciente no clasificó para preeclampsia. Neurología realizó revisión de la paciente con punción lumbar normal, tomografía axial computada (TAC) con datos de neurocisticercosis. Se inicio tratamiento con praziquantel por 2 meses, suspensión de lactancia y TAC de control con neurocisticercos calcificados. Neonato con adecuada evolución. **Conclusiones:** la prevalencia de anticuerpos antineurocisticercos es del 10% de la población en México. Sin embargo la literatura mundial solamente existen 9 casos reportados de neurocisticercosis en embarazo. Los datos de alteraciones neurológicas y muy probablemente la hiperemesis gravídica fueron secundarios a la neurocisticercosis.

Reporte de un caso de pentalogía de Cantrell**Autor:**

José Antonio Luz de la Cruz Puente

Coautor:

Karla Isabel Velázquez Méndez

Institución:

Hospital General Regional de León

Objetivo: describir un caso de pentalogía de Cantrell.

Tipo de estudio: descriptivo. **Material y métodos:** presentación de un caso de pentalogía de Cantrell que se manejó en la unidad de Medicina Materno-fetal del Hospital. Se programa cesárea iterativa de paciente de 24 años, con tipo sanguíneo O negativo, no isoinmunizada, con control prenatal adecuado, cinco ultrasonidos realizados durante el embarazo fuera del hospital, reportados como normales, el sexto realizado en nuestra unidad reporta hidrotórax con herniación completa de corazón, hígado e intestino por defecto de pared abdominal y esternal sospechando una posible pentalogía de Cantrell. Se realiza cirugía obteniendo un producto único, vivo, de sexo femenino con peso de 2,600 g, apgar 5-7, capurro para 37 semanas, gran defecto de pared anterior con onfalocele y exposición de corazón, hígado y asas intestinales cubiertas por membrana transparente, no se identifica esternón, pasa inmediatamente a sala de cuidados intensivos neonatales en donde se le dio apoyo ventilatorio y nutricional durante 11 días. En el décimo día se rompe membrana exponiendo órganos mencionados. Finalmente fallece en el día 11 de vida extrauterina.

Resultados: se realiza reporte de un caso de pentalogía de Cantrell. **Conclusiones:** debe dársele importancia a la realización del ultrasonido morfológico desde el 1er trimestre a fin de poder identificar oportunamente alteraciones en el desarrollo de los productos y mejorar el pronóstico de acuerdo a su patología.

Miomatosis uterina de grandes elementos y embarazo ectópico

Autor:

Roberto Jurado Barrera

Coautores:

Erick García Cervantes, Rocío Guerrero Bustos

Institución:

Hospital General de México

Conclusiones: la asociación de leiomioma uterino y gestación se encuentra en el 0.09 al 3.9% de los embar-

zos, incrementándose en mujeres mayores de 30 años y primigestas. La mayoría de los casos se encuentra un mioma único en el 88% y mioma múltiple en 12%, presentándose complicaciones en 10% a cualquier edad gestacional como aborto espontáneo, embarazo ectópico, ruptura prematura de membranas, etc. La incidencia mundial de miomatosis uterina y embarazo ectópico por obstrucción de las salpinges alcanza un 39%. El diagnóstico se realiza mediante la exploración clínica, ecografía y determinación de HGC-b. En casos excepcionales resulta difícil el diagnóstico diferencial entre un mioma degenerado y un tumor ovárico maligno siendo de gran ayuda la resonancia magnética, de no contar con ella se realizará una laparoscopia o laparotomía exploradora. Conducta inicial debe ser conservadora a menos que aparezca alguna complicación. La miomectomía está indicada en aquellas pacientes que desean conservar la fertilidad. **Resumen:** paciente de 34 años de edad, G1E1, diagnóstico de ingreso de Sx. Doloroso abdominal, se realiza ultrasonido pélvico el cual reporta tumoración compleja con calcificaciones sin especificar si son de útero o anexos, se cuantifica HGC-b con resultado de 32,800 mUI/ml, es sometida a Laparotomía exploradora encontrándose como Hallazgos mioma fundido de 15 cms diámetro, peso de 700grs, útero de 10x6x6cms, tumoración de 4x4 cms, compatible con embarazo ectópico roto en región de tuba derecha, hemoperitoneo de 1200 cc, sangrado final de 2200 cc, se realiza salpingectomía derecha y miomectomía, paciente con evolución satisfactoria.

Adenomioma polipoide atípico. Reporte de un caso y revisión de la literatura

Autor:

Evelyn Garza Krause

Coautor:

Antonio Dávila Rivas

Institución:

Hospital San Jose - TEC de Monterrey

Objetivo: reporte de caso y revisión de la literatura.

Antecedentes: el adenomioma polipoide atípico es

una rara presentación de tumor endometrial, mas frecuentemente se presenta en mujeres entre 22 y 48 años, nulíparas, regularmente es localizado en la zona baja de cuerpo uterino e istmo, Se representa como, lesión benigna, con crecimiento focal en el útero y constituida por proliferación de glándulas endometriales irregulares con metaplasia escamosa, rodeadas por estroma de músculo liso. **Caso:** Paciente femenina 31 años con antecedentes de tumoración intracavitaria e irregularidades menstruales, en tratamiento con THR de manera irregular que inicia con un cuadro de sangrado transvaginal abundante, vómito y lipotimia, por lo que acude a urgencias, donde se practica BH y QS reportando Leucos de 7.4, Eritros 2.8, Hb, 7.9 y HCTO de 24.6, Na 140, K 3.38 y Cl 112. Se ingresa paciente para estudio, se realiza U-S transvaginal e histerosonograma, reportando lesión ecogénica de 2.9 cms en cavidad endometrial, con base ancha de 1cms. Se programa para histeroscopia diagnóstica y operatoria, resecando lesión y enviando espécimen a anatomía patológica, reportando adenomioma atípico. **Conclusión:** El adenomioma polipoide atípico es una rara entidad que aparentemente sigue un curso benigno, aunque es importante diferenciarlo de un proceso maligno. En algunas series en las que se les dio seguimiento a la paciente, se reportó que las pacientes a 13 meses se encontraban en buenas condiciones.

Síndrome de Klippel Feil y embarazo. Reporte de un caso

Autor:

Ignacio Reyes Urrutia

Coautores:

María Dolores Almaguer Flores, Fausto Coronel

Institución:

Hospital General de México

Objetivo: resultado perinatal de mujer portadora de síndrome de Klippel Feil. **Conclusiones:** la deformidad de Klippel-Feil es una anomalía del desarrollo que afecta comúnmente a las vértebras cervicales. La entidad se asocia por lo general con otras deformidades con anomalías o sin ellas tanto

del sistema nervioso como de otros sistemas de órganos. Se reporta un paciente adulto de 35 años de edad que sin antecedentes familiares o personales de enfermedades causantes de deformidades con anomalías óseas o sin ella se le diagnóstica la enfermedad de Klippel-Feil, con anomalías neurales en la resonancia magnética nuclear. Clínicamente presentaba síntomas y signos propios de la compresión medulocerebeloso por lo que se le realiza una craneotomía de fosa posterior con laminectomía de C1 y duroplastia. La evolución es satisfactoria con la desaparición de la mayoría de los síntomas. La entidad de Klippel-Feil se ha diagnosticado en ocasiones de forma incidental en un paciente que solo aqueja dolor cervical y donde el examen físico revela escoliosis. Por ello se ha informado que el desarrollo de los síntomas tiene relación con otros factores como la fusión de la unión cervicotorácico y la estenosis cervical congénita, esta última ocasiona con mayor frecuencia dolor radicular en miembros superiores. En estos pacientes se describen trastornos de la conciencia provocados por alteraciones vasculares, así como el desarrollo de aneurismas en la arteria vertebral extracraneal a consecuencia de trauma arterial crónico secundario por excesivo movimiento entre C1-C2, lo cual constituye un reto en la terapéutica quirúrgica. Aproximadamente 1/3 de los casos tienen déficit auditivo unilateral o bilateral por malformación del oído medio que puede verse asociado con otras anomalías como la ausencia de la ventana oval y/o redonda, un curso atípico del nervio facial y otras. Muchos autores consideran que la asociación tan frecuente de anomalías de cabeza y cuello con las anomalías vertebrales aunque obedecen a trastornos de la embriogénesis que conducen a anomalías estructurales, es un tema amplio, no concluso y en discusión. Ellos dan un potencial de asignación a los agentes teratogénicos y eventos mutantes que pueden ocurrir en la vida fetal. La existencia de anomalías faciales, particularmente la deformidad mandibular, puede ocasionar dificultad para la intubación endotraqueal en los pacientes con anomalía de Klippel-Feil, por este motivo algunos evitan la anestesia general, lo cual puede ser posible en intervenciones quirúrgicas realizadas en otras regiones corporales.

Embarazo ectópico crónico (informe de un caso)

Autor:

Donaji Luna Hernández

Coautores:

Pablo Alberto Gutiérrez Vega, Jaime López Cruz

Institución:

Secretaría de la Defensa Nacional, Clínica de Especialidades de la Mujer

Objetivo: considerar al embarazo ectópico crónico como una posibilidad diagnóstica en el estudio de masas pélvicas complejas en mujeres en edad fértil.

Resultados: se realizó una laparotomía exploradora encontrando masa anexial derecha compleja en fondo de saco de Douglas con adherencias firmes, irregular mal delimitada siendo reseca y se envía a estudio histopatológico transoperatorio informando ovario derecho con acentuado edema, necrosis cuagulativa extensa y quiste seroso con necrosis, sin identificar neoplasia, por lo que se da por terminada la cirugía. El diagnóstico histopatológico definitivo: embarazo ectópico ovárico crónico con vellosidades coriales hialinizadas, extensa necrosis coagulativa y fragmentos de cartílago en proceso de osificación, ovario residual con corteza activa, segmento de oviducto sin alteraciones histológicas. **Conclusiones:** 1. el embarazo ectópico crónico es una entidad poco frecuente que resulta del aborto espontáneo o pequeñas rupturas de un embarazo tubario con la consecuente respuesta inflamatoria, desarrollo de adherencias y masa pélvica. 2. Generalmente se diagnostican retrospectivamente por medio de una laparotomía y estudio histopatológico. 3. El EE crónico debe ser tomado en cuenta como diagnóstico diferencial en el estudio de la masa anexial en pacientes en edad reproductiva.

Peritonitis séptica durante el embarazo. Reporte de un caso inicialmente diagnosticado como probable infección intramniótica

Autor:

Jesús Jorge Beltrán Montoya

Coautores:

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

Institución:

Instituto Nacional de Perinatología

Objetivo: exponer mediante un caso clínico la dificultad del diagnóstico del abdomen agudo durante el embarazo. **Tipo de estudio:** reporte de un caso. Primigesta 19 años acude de primera vez a las 31.5 semanas por amenorrea a urgencias refiriendo actividad uterina regular, afebril, dolor en fosas renales y en ambos flancos, sin datos de irritación peritoneal. Se encontraba con tratamiento de ampicilina y paracetamol por indicación de médico particular. Laboratorios 9300 leucocitos, 740 bandas totales, examen general de orina con datos de infección de vías urinarias. En quirófano la actividad uterina aumenta y presentó pico febril, se establece diagnóstico de probable infección intramniótica. Se realiza cesárea, encontrándose sepsis abdominal, peritonitis difusa y apéndice lisada y sellada. Neonato sin complicaciones pasa a Se dejaron drenajes y puntos de contención para un total de 3 lavados abdominales. Paciente en terapia intensiva amerito 1 semana con ventilación mecánica asistida, presento datos de neumonía nosocomial. El cultivo ascitis positivo para *Enterococcus faecalis* y *Acinetobacter iwoffii*. En una estancia total de 4 semanas en terapia intensiva y con cierre secundario de la herida quirúrgica se egreso a la paciente. Se tomo una tomografía axial computada en hospital general sin imágenes reportadas, mencionando colecciones en abdominales pequeñas. Se continuó tratamiento ambulatorio por una semana. El neonato fue un femenino Apgar 4/9 1630 gramos, con hemocultivos negativos. **Conclusiones:** el tratamiento antimicrobiano injustificado en el embarazo puede ocultar infecciones serias durante el embarazo.

Hígado graso agudo en el embarazo. Reporte de un caso clave

Autor:

Leyza Angélica Nieto Galicia

Coautores:

Ricardo González Rosales, Miguel Ángel Cerón Saldaña, Leonardo Ramírez Arreola

Institución:

Hospital General de Matamoros, Tamaulipas, México

Objetivo: reportar un caso de hígado graso agudo en el embarazo que se atendió en nuestra institución.

Material y métodos: se analiza un caso de hígado graso agudo en el embarazo y se revisa la literatura existente.

Resultados: se trata de paciente femenino de 37 años, multigesta con emb. de 36.2 SDG x FUM, 2 cesárea previas, que presenta Ictericia de una semana de evolución, que refería actividad uterina irregular y motilidad fetal (+), negando sintomatología de vasoespasmio. Se realiza registro cardiotocográfico con resultado no reactivo. Signos Vitales a su ingreso: TA: 130/90, FC: 80 x', FR: 24 x', Temp: 36.3 °C. A la exploración física: Conciente, tranquila, orientada, regular estado de hidratación, palidez de tegumentos e ictericia (+++), sin compromiso cardiorrespiratorio aparente. Abdomen globoso por útero gestante con fondo uterino de 26 cm, con producto único, vivo, cefálico, longitudinal, FCF de 132 x'. Al tacto vaginal cérvix con 2 cm de dilatación, 80% de borramiento, membranas íntegras, sangrado transvaginal escaso, producto abocado, extremidades con edema de miembros inferiores (+), reflejos osteotendinosos normales. Laboratorios: Hb: 13.6, hiperbilirrubinemia total de 5.23 mg/dl, (directa: 4.00 mg/dl, Indirecta: 1.23mg/dl), hiperuricemia de 8.7 mg/dl, fosfatasa alcalina elevada: 642, TGO: 131 U/L, TGP: 217 U/L, DHL: 439; EGO: Albúmina: trazas, ultrasonido obstétrico: datos de retardo del crecimiento intrauterino y oligohidramnios. Se monitoriza bajo registro cardiotocográfico por 30 min, mostrando datos de insuficiencia feto-placentaria, con trazo silente, por lo que se realiza cesárea de urgencia bajo anestesia general, obteniendo producto óbito masculino de 1700 gr, de 37 SDG por Capurro, placenta de inserción baja, con 5% de desprendimiento, calcificada. Líquido amniótico meconial (++) antiguo. Presenta atonía uterina transquirúrgica sin respuesta a medicamentos, por lo que se realiza además histerectomía obstétrica. La paciente se ingresa a la UCI. Presenta paro cardiorrespiratorio a las 6 hrs del postquirúrgico, el cual se

revierte, posteriormente un 2° paro cardiorrespiratorio irreversible una hora después, secundario a una coagulación intravascular diseminada. La biopsia hepática postmortem reportó hígado graso. **Conclusiones:** patología rara, complicación grave del embarazo con 75% de desarrollar coagulación intravascular diseminada con una mortalidad materna del 8 % y de mas de 45% de mortalidad fetal.

Pentalogía de Cantrell: reporte de un caso**Autor:**

Sandra Pérez Silva

Coautores:

Mauro Alberto Ochoa Torres

Institución:

IMSS

Objetivo: presentación de un caso de pentalogía de Cantrell. **Caso clínico:** mujer de 27 años. Primigesta. Cursa con embarazo Nace el 6 Sep. 2005 Producto unico vivo alcanzando 38 sem, resolución del embarazo por cesárea, peso 3360 grs, talla 52 cm, Apgar 1 /3 fallece 1 hora con 10 minutos después, la autopsia demuestra: Las causas de la muerte son: ectopia cordis, onfalocele y Sx. Dismórfico de labio paladar hendido. **Conclusiones:** la pentalogía de Cantrell es un raro conjunto de cinco malformaciones congénitas, el complejo consiste en: defectos de la pared abdominal, el diafragma, esternón, pericardio y corazón. Toyarna clasifica estas anomalías en tres grupos: A) diagnóstico de certeza (cuando cumple los 5 componentes) B) diagnóstico probable cuando tiene cuatro de las cinco criterios e C) incompleta. En nuestro estudio se trata de una pentalogía con diagnóstico de certeza.

DIU abdominal: manejo laparoscópico**Autor:**

Zulema Martínez Trejo

Coautores:

Brenda Berenice Sandoval Siordia, José Manuel Zamarripa Leyva, Francisco Salas González

Institución:

Hospital Dr. Ignacio Morones Prieto

DIU abdominal: manejo laparoscópico 34 años, multipara, con antecedentes de colocación de DIU dos meses postparto, sin seguimiento. Acude dos años después para retiro del mismo por deseo de embarazo. A la especuloscopia no se visualizan hilos de DIU; se solicita placa simple de abdomen observándose dispositivo en fosa iliaca izquierda, ultrasonido pélvico, se descarta localización intrauterina se observa, imagen lineal ecogénica en flanco izquierdo, pseudoquistica a nivel de plica vesicouterina. Se programa para retiro quirúrgico realizándose cistoscopia, sin hallazgos, histeroscopia con cavidad libre y laparoscopia encontrándose adherencia de epiplón hacia pared abdominal anterior, la cual se libera e incidentalmente se drena colección fibrinopurulenta de flanco izquierdo en la cual se localiza el DIU que se retira sin complicaciones. El DIU es un método anticonceptivo ampliamente utilizado, seguro, de larga duración y reversible, el cual no esta exento de complicaciones durante su inserción, por lo que los ginecólogos o personal responsable de su aplicación deben de tener los conocimientos para aplicarlo y para reconocer y manejar oportunamente complicaciones como infección o perforación uterina. La incidencia de perforación uterina en la literatura es de 0.05 a 13:1000, sin embargo, es difícil estimar la incidencia real ya que muchos casos cursan asintomáticos y por lo tanto no se realiza un diagnostico adecuado posterior a la inserción del dispositivo.

Tumor filoides maligno**Autor:**

Luz Fabiola Jiménez Alemán

Coautores:

José Luis Barrera Azuara

Institución:

Hospital General de Tampico Dr. Carlos Canseco

Paciente femenino de 53 años de edad la cual cuenta con los siguientes antecedentes de importancia para su padecimiento actual: AHF: ambos padres con

hipertensión arterial. APNP: originaria de Veracruz, radica en Moralillo, Veracruz, soltera, toxicomanías negadas, trabaja en una congeladora de camarón. APP: Niega antecedentes, quirúrgicos, traumáticos, transfusionales y cronicodegenerativos. AGO: Menarca: 12a, Ritmo:30X4d. Gestas: 0, virgen, sin antecedente de uso de hormonales, FUM: a los 51a. PAP: no. Padecimiento Actual: inició 6 meses antes al notar aumento rápido de volumen de la mama izquierda, no doloroso; por lo que acude a médico el cual solicita mamografía la cual es reportada como bi-rads V y derivada a la clínica de mama. A la Exploración física se observan mamas asimétricas, mama izquierda con gran tumoración de aproximadamente 15cm, no doloroso, móvil, con cambios vasculares a nivel de la piel, sin retracción del pezón, sin secreción a través del mismo y sin ganglios axilares. Se solicitaron laboratorios prequirúrgicos y es programada a tumorectomía izquierda con IDX: tumor filoides, se envía pieza a patología una masa oval de 18x15cm, de 2300grs encapsulada, blanca, con áreas quísticas y áreas necróticas. Se recibe reporte de patología de tumor filoides maligno.

Coriocarcinoma. Presentación de un caso**Autor:**

Amanda Margarita García Morales

Coautores:

Rosalba Frago Paredes, Rocío Guerrero Bustos

Institución:

Hospital General de México

Material y métodos: áreas clínicas del servicio de ginecología y obstetricia, personal médico, archivo clínico. **Resultados:** paciente con 25 años con los siguientes antecedentes: soltera, madre con CaCU, tabaquismo ocasional por 9 años, inhaló cocaína 2 ocasiones, aparentemente sana. AGO: Menarca: 17 años Ritmo:30X3, FUM: Desconoce; IVSA: 22 años, 5 parejas sexuales; G I P I parto eutócico 5 meses previos a su ingreso, sin complicaciones aparentes. Inicia su padecimiento final 2 semanas previas a su ingreso con cefalalgia frontal intensa, palidez, palpitaciones, disnea, astenia y adinamia; a los 10

días se agrega vómito, melena y dolor abdominal intenso. A su ingreso se inicia tratamiento para anemia severa y sangrado de tubo digestivo alto. BH: hemoglobina 2.6g, Panendoscopia: hernial hiatal tipo I, gastritis erosiva; ultrasonido abdominal: líquido en cavidad; paracentesis: líquido hemático que no coagula; prueba de embarazo: positiva. Se sospecha embarazo ectópico roto, se realiza laparotomía exploradora: hemoperitoneo de 3000cc, tumor de ovario bilateral de 10 y 8cm, realiza ooforectomía bilateral. Evolución adecuada en el posoperatorio, continua hemotransfusión. Dos días después hay fiebre, dificultad respiratoria, taquicardia, taquipnea, oliguria y deterioro neurológico; sospecha tromboembolia pulmonar, continua con hipotensión, se piensa en sangrado activo el nuevo ultrasonido reporta líquido libre en cavidad y metástasis hepáticas; se realiza laparotomía exploradora: hemoperitoneo de 2700cc, por sangrado en tuba uterina, se repara. En la unidad de cuidados intensivos presenta asistolia 2 ocasiones, se dan medidas de reanimación, sin respuesta. Reporte de histopatología: coriocarcinoma gestacional metastásico en ovarios con implantes epiploicos. **Conclusiones:** se trata de un caso en el que podemos observar una muerte materna directa tardía por coriocarcinoma, en el que no se estableció un diagnóstico oportuno de la enfermedad, por ser una patología infrecuente, sobre todo por no tener antecedente de una enfermedad trofoblástica, sino solamente un embarazo aparentemente normo-evolutivo. Las complicaciones fueron tratadas de forma adecuada. Por lo anterior, se considera una muerte no previsible

Fibrolipoma vulvar (Molluscum pendulum). Reporte de un caso

Autor:

Flavio Hernández Castro

Coautores:

Otilia Lazcano Flores, Manuel Nava Bermea, Ernesto Muñoz Cardona

Institución:

IMSS, UMAE no. 23, Hospital Ignacio Morones Prieto

Objetivo: presentar un caso de tumor vulvar benigno poco frecuente. **Material y métodos:** paciente de 48 años, inicia padecimiento hace 4 años con sensación de cuerpo extraño en labio mayor derecho y nódulo menor de 1 cm en tercio inferior de éste que aumenta de tamaño progresivamente hasta dificultar deambulación, niega dolor u otra sintomatología. A la exploración: obesa, buen estado general, distribución de grasa y vello púbico ginecoides, tumor dependiente de labio mayor derecho de 12x8x8 cm, consistencia sólida, pediculado, no doloroso, sin cambios cutáneos. No sufre modificaciones con valsalva. Útero, anexos y vagina normales. Casada, escolaridad primaria. Menarca: 12 años, Ritmo 28x4, inició vida sexual: 19 años, G 6 P 6, Planificación familiar: OTB. Papanicolaou: nunca. Sin más antecedentes de interés. Se realiza diagnóstico de probable quiste de Nuck decidiéndose exéresis. **Resultados:** se resecó tumor de 400 grs, involucrando estroma de labio mayor derecho sin afectación de serosa u otras estructuras. Reporte histopatológico: Fibrolipoma de labio mayor derecho. Recuperación postoperatoria adecuada. **Conclusiones:** los fibrolipomas representan el 0.02% de todas las lesiones vulvares, existe poca literatura casi todos los casos-reportes, por lo que, los diagnósticos erróneos son frecuentes. Debe realizarse diagnóstico diferencial con hernias, lipomas, quistes de Nuck, quistes de Bartholin, linfedema. Son de origen mesodérmico, es rara la degeneración sarcomatosa. Es más común este grado de desarrollo en pacientes con difícil acceso a la atención médica o en aquellas con factores sociales agregados que conllevan a una atención tardía y morbilidad incrementada. El tratamiento primario es quirúrgico.

Síndrome de bandas amnióticas asociado a síndrome de Potter. Reporte de un caso

Autor:

Zulema Martínez Trejo

Coautores:

Brenda Berenice Sandoval Siordia, Patricia Padilla Zabalegui

Institución:

Hospital Dr. Ignacio Morones Prieto

Secundigesta, 24 años. Embarazo de 27 semanas de gestación, control prenatal regular, ecografía de las 16 semanas normal. Referida por hemorragia transvaginal, oligoamnios severo y restricción en el crecimiento. Ingresa con actividad uterina regular, clínicamente se descarta ruptura de membranas, se inician tocolíticos e inductores de madurez pulmonar, ante falta de respuesta a manejo se resuelve embarazo vía abdominal obteniéndose recién nacido de 1050 gramos, en anhidramnios, con genitales ambiguos, ano imperforado, amputación distal de miembro inferior derecho e implantación baja de pabellones auriculares. Apgar 4-6-8, evolución torpida con muerte neonatal temprana. Reporte de necropsia: síndrome de potter, agenesia renal bilateral, hipoplasia pulmonar, esbozo de genitales masculinos, atresia anal y ausencia parcial de miembro pélvico derecho. El síndrome de bandas amnióticas tiene una incidencia de 1:1200 a 1:15000. Es un complejo de anomalías congénitas caracterizado por la disrupción de un órgano o región corporal resultante de una interferencia externa en un proceso de desarrollo previamente normal. Se origina en una ruptura del amnios, con formación de bridas o bandas mesodérmicas, las cuales ocasionan anillos de constricción en los miembros y amputaciones distales asimétricas. El síndrome de potter es una secuencia de alteraciones debidas a oligoamnios severo secundario a agenesia renal bilateral y que se caracteriza por hipoplasia pulmonar, alteraciones faciales y defectos en extremidades. Tiene una incidencia de 1:3000 a 1:10000 recién nacidos y existen muy pocos casos en la literatura donde se asocian ambas patologías.

Cáncer de mama recidivante durante el embarazo. Reporte de un caso

Autor:

Ismael Madrigal García

Coautores:

Jorge Zepeda Zaragoza, Yoatzin Rodríguez Higuera, Joel Barrera Rodríguez

Institución:

Petróleos Mexicanos

Paciente de 37 años, Gesta 2 Aborto 1 para 1, con antecedente de cáncer de mama izquierda con mastectomía radical modificada tipo Patey en enero del 2002. Reporte histopatológico: carcinoma lobulillar infiltrante moderadamente diferenciado con invasión a tejido adiposo con metástasis a 2 de 12 ganglios axilares, receptores de estrógenos +++, progesterona +++ HER2-. Recibió quimioterapia y hormonoterapia hasta octubre del 2002, abandonando seguimiento en marzo del 2003. En abril del 2004 presenta retraso menstrual y se confirma embarazo de 9 semanas. Control prenatal irregular por falta de interés de la paciente. A las 32 semanas se observa engrosamiento de cicatriz tomando BAAF, reportando carcinoma mamario recidivante. Paciente decide esperar a resolución del embarazo tratamiento. Se realiza cesárea a las 37.3 semanas obteniendo producto femenino con peso de 3030gr sana. Se realiza TAC en noviembre del 2004 sin evidencia de lesión focal. Se inicia radioterapia ciclo mamario completo con dosis total de 60Gym en enero del 2005. Refiere molestias en pierna derecha, se toma gamagrama óseo en abril del 2005 observando patología metastásica.

Embarazo de alto orden fetal (quintillizas): Reporte de un caso

Autor:

Víctor Manuel Vázquez Zárate

Coautores:

Jorge Zepeda Zaragoza, Edgardo Bustillos Alamilla, Guillermina Dupré Aramburu

Institución:

Hospital Central Norte PEMEX.

La incidencia de embarazos múltiples es de: dobles 1:80, triples 1:6,400, cuádruples 1:512,000 y los quíntuples 1:64,000,000. Los embarazos de un producto duran en promedio 39 semanas; en dobles 36 semanas; triples 32 semanas; cuádruples 30 semanas; y quíntuples 29 semanas. **Resumen clínico:** paciente de 33 años con los siguientes antecedentes: AHF: negados. APNP: testigo de Jehová, grupo 0-positivo. APP: negados. AGO: gesta 3, para 2 normoevolutivos. Gesta

3 espontáneo y sin medicación previa, con embarazo quintuplo por ultrasonido a las 23-24 semanas. Enviada al Hospital Central Norte PEMEX para manejo multidisciplinario. A las 32.4 semanas previo esquema de madurez pulmonar, y por actividad uterina, se interrumpe gestación, obteniendo cinco productos vivos del sexo femenino con peso de A:1,260gr, B:1,325gr, C:1,200gr, D: 880gr, E:1,100gr. Ingresan a la UCIN con evolución satisfactoria, egresando a su domicilio 51 días después, sanas. Estudio histopatológico placentario reporta: Peso de 1,220gr, monocoriónica y penta-amniótica, con cinco cordones umbilicales.

Comentario: mundialmente, este caso se reporta como el número 23 en los últimos 100 años. Destaca la prolongación gestacional hasta las 32.4 semanas, casi 4 semanas más de lo que reporta la literatura.

Pénfigo vulgar y embarazo. Reporte de un caso

Autor:

Jorge Zepeda Zaragoza

Coautores:

Yoatzin Rodríguez Higuera, Jesús Enrique Limón Rosales, Carlos Humberto Briones Landa

Institución:

Departamento de Ginecología y Obstetricia. Hospital Central Norte PEMEX.

El pénfigo vulgar, es una enfermedad autoinmunitaria, con antígenos desmogleínas 1 y 3, caracterizada por ampollas intraepidérmicas; su evolución puede ser aguda, subaguda o crónica. Predomina entre los 40-60 años, tiene una frecuencia de 0.5-3.2/100000 habitantes y mortalidad de 17.7%. Existe predisposición genética, por antígeno HLA-DR14 y DR10. Se diagnostica exclusivamente por histopatología e inmunofluorescencia. El tratamiento es con prednisona, hasta la remisión o mejoría de un 50-75% por tiempo indefinido. La plasmaféresis se reserva para casos resistentes a corticoides. La vía de elección para resolución del embarazo es el parto, valorando riesgo-beneficio por traumatismo vaginal. La lactancia no se contraindica. **Caso clínico:** paciente de 34 años, con los siguientes antecedentes: AHF: negados APNP:

Grupo O negativo. APP: negados. AGO: Gesta IV, para IV normoevolutivos. Control prenatal normoevolutivo hasta la semana 25 iniciando con placas eczematosas y costras melicéricas en cara, tronco, mamas y vulva. Diagnóstico inicial compatible con lesión herpética, pero sin mejoría al manejo, se toma biopsia con inmunofluorescencia diagnosticando pénfigo vulgar con elevaciones de IGG e IGA. Manejada con prednisona 10 mg/Kg., presenta mejoría, obteniendo por eutocia producto, masculino de 3150gr. O negativo, sano. Se agrega aziatropina logrando remisión total en 2 semanas.

Linfangioleiomiomatosis pulmonar y embarazo. Presentación de un caso

Autor:

Jorge Zepeda Zaragoza

Coautores:

Yoatzin Rodríguez Higuera, Jesús Enrique Limón Rosales, Betzabeth Cadena Castillo

Institución:

Departamento de Ginecología y Obstetricia. Hospital Central Norte PEMEX.

La linfangioleiomiomatosis pulmonar es una patología rara que compromete el parénquima pulmonar de mujeres en edad reproductiva, se caracteriza por proliferación anormal de células de músculo liso y formación de quistes y bulas en el pulmón y mediastino, tiene una progresión hacia la destrucción del parénquima y falla pulmonar. Las manifestaciones más frecuentes son disnea, cianosis, hemoptisis, y neumotórax espontáneo (49%), hipertensión pulmonar y derrame pulmonar (13%). La radiografía de tórax muestra opacidades reticulares finas e imágenes quísticas con zonas de condensación, la tomografía evidencia quistes y bulas de pared fina, de morfología irregular. El caso que se presenta es de una mujer de 38 años, gesta-3, cesárea-1, partos-2, con antecedente de asma bronquial, tratada en forma convencional. En su última gestación, cursando con 32 semanas, presenta neumotórax espontáneo, requiriendo manejo con pleurodesis, a la semana 34 presenta estado

fetal no asegurable, requiriendo interrupción del embarazo por cesárea, posteriormente presenta falla respiratoria progresiva, requiriendo toracotomía con hallazgo de tumoración y reporte histopatológico de linfangioleiomiomatosis pulmonar. Evoluciona a la mejoría, sin embargo con una restricción importante en su función respiratoria.

Embarazo gemelar toracoonfalopago monocéfalo: reporte de un caso

Autor:

Patricia Padilla Zabalegui

Coautores:

Brenda Berenice Sandoval Siordia, Ramón Mendoza Mares, Zulema Martínez Trejo

Institución:

Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto

Primigesta de 37 años con diagnóstico de embarazo gemelar doble a las 27.1 semanas de gestación monocorial monoamniótico con fetos unidos: un cráneo normal, cara única con masa a nivel de maxilar inferior a expensas de tejidos blandos; cuello, tórax y abdomen unidos: dos columnas integra, cuatro extremidades superiores, un corazón con defecto septal ventricular, pared abdominal integra con inserción normal de un cordón umbilical con cuatro vasos, cámara gástrica única, un hígado, riñones no valorables; a nivel infraumbilical separación de ambos fetos: genitales femeninos, dos vejigas, cuatro extremidades inferiores. Cesárea electiva, obteniéndose gemelos dobles unidos de cuello a abdomen, cabeza única con doble proceso mandibular que obstruye vía aérea que conlleva al deceso en el postnatal inmediato. No se aceptó necropsia. El embarazo gemelar monocorial monoamniótico, es una condición rara, con una mortalidad perinatal de hasta 50%. Constituyen del 1 al 2% de los embarazos gemelares. Los gemelos unidos se originan por división incompleta del cigoto entre los días 7 y 13 postconcepcionales, tienen una incidencia de 1:33,000 a 1:100,000 nacimientos, con predominio femenino 3:1. La ecografía como medio diagnóstico constituye una herramienta imprescindible para la

detección prenatal, los gemelos toracópagos son una condición rara, de los cuales un 60% nacen vivos y el 35% presentan una mortalidad neonatal temprana. Es importante la presentación de este caso, debido a que es una anomalía rara, de la que no se encontró caso similar en la revisión de la literatura.

Homunculus (teratoma ovárico maduro de tipo fetiforme). Reporte de un caso

Autor:

Paolo di Castro Stringher

Coautores:

Arturo Torres Martínez, Luis Hernández López

Institución:

Instituto Nacional de Perinatología

Objetivo: presentar un tipo sumamente raro de teratoma ovárico maduro, donde las estructuras se organizan en una disposición "fetiforme". **Tipo de Estudio:** observacional, retrospectivo, longitudinal, descriptivo. **Material y métodos:** mujer de 20 años, nuligesta, quien cursó con distensión abdominal, dolor abdominal sin características específicas, irregular, no constante, de un año de evolución. La exploración física con abdomen globoso con masa de 20 x 15 cm, fija, consistencia dura, no dolorosa. El ultrasonido con imagen quística en anexo derecho de 17 x 10 x 12 cm, dependiente de ovario. Los marcadores tumorales (AgCE, Ca125) normales. Se realizó salpingooforectomía. **Resultados:** la pieza quirúrgica pesó 2450 gramos, constituida por ovario quístico de 24 x 22 x 15 cm, de superficie externa lisa, con adherida trompa uterina de 12 x 0.8 cm. Al corte cavidad quística única con líquido cetrino, pared de 0.3 cm de grosor, revestimiento liso, aperlado. En un extremo masa de 8 x 5 x 4 cm, con eje corporal, polo céfalico, esbozo de 4 extremidades, incluyendo manos. Al corte se apreciaron componentes óseos. La histología mostró elementos tisulares maduros. **Conclusiones:** los teratomas maduros muestran una gran variedad de tejidos somáticos, principalmente derivados de la piel, músculo liso, tejido nervioso, tejido adiposo, hueso, cartílago. Rara-

mente pueden identificarse órganos parcialmente desarrollados. Sólo hay 22 casos reportados donde los tejidos maduros de un teratoma se organizan en un eje somático con formación principalmente de extremidades inferiores y parte distales. Esta lesión fue descrita por Nicholson en 1935, quien acuñó el término "teratoma fetiforme".

Quiste de ovario con accidente de torsión y embarazo de siete semanas

Autor:

Guillermo Juárez Jiménez

Coautores:

Alma Leticia Cuevas Huerta, Adriana del Carmen López Carrillo

Institución:

IMSS

Introducción: la incidencia de embarazo y tumor de ovario a nivel internacional varía de 1 a 18, al 1 en 2500 nacidos vivos, la frecuencia de torsión anexial en el embarazo es de 12-18% entre la sexta y decimocuarta semana de gestación. La mayor parte de los quistes son funcionales y desaparecen espontáneamente; aquellos que persisten o sufren un síndrome pélvico doloroso deben ser removidos. **Objetivo:** presentación de un caso de accidente de torsión de quiste de ovario y embarazo de 7 semanas de gestación. **Descripción del caso:** paciente de 19 años de edad, acude por dolor súbito, tipo cólico, intenso en fosa iliaca derecha de 2 hrs. de evolución, incapacitante, fijo, afebril, no sintomatología urinaria, amenorrea de 7 semanas y prueba de embarazo positiva. E.F.: T/A: 90/60 ; F.C.: 95 x"; temp.: 36.7° C. ; abdomen con resistencia muscular, signo de descompresión positivo; cervix doloroso a la movilidad ; ultrasonido vaginal: presencia de saco gestacional intrauterino, lamina embrionaria de 6 mm, actividad hemodinámica positiva, quiste en anexo derecho de 7 cm. diámetro, paredes lisas, unilocular, ecogenicidad negativa, escaso liquido libre en cavidad .Se realiza laparotomía exploradora encontrando torsión de anexo derecho en donde incluye: ovario, salpínx, infundíbulo pélvico con datos isquémicos,

se realiza salpingo-ooforectomía derecha. **Comentarios:** el diagnóstico de torsión o ruptura quística y embarazo se basa en hallazgos clínicos y ecográficos; la cirugía laparoscópica ofrece excelentes resultados en el manejo de estas complicaciones, aunque la laparotomía es una técnica adecuada, práctica y sencilla cuando se realiza oportunamente.

Fibroma vulvar gigante

Autor:

Edgar Melo Samper Palacios

Coautores:

Susana Mercedes Canalizo Almeida, Rocío Guerrero Bustos

Institución:

Hospital General de México

Femenino de 19 años, estudiante, IVSA 18 años. La cual inicio su padecimiento hace 4 años con crecimiento progresivo de tumor vulvar. Son tumores mesenquimatosos benignos, también llamados fibromas péndulos, fibroma molluscum y acrocordón.. Suelen ser lesiones pediculadas, con pliegues superficiales, de aspecto arrugado, de color de la piel normal, de 3 a 5 mm de tamaño. Los de mayor tamaño pueden necrosarse parcial o totalmente si sufren torsión de su pedículo. Los múltiples, predominan en cuello y axilas; también pueden aparecer en pliegues submarios e ingles. La localización más frecuente del tipo péndulo es la parte baja del tronco; en los pliegues inguinales, en la cara externa de los labios mayores o en la región perineal y es asintomático. Cuando estas lesiones se irritan o traumatizan ocasionan dolor. Su número incrementa cuando el paciente aumenta de peso o durante el embarazo ya que se asocian con niveles elevados de hormonas. Promueven el factor de crecimiento epidérmico y el factor de necrosis tumoral α. Se han asociado con el VPH tipos 6 / 11 aunque raramente se malignizan. Así también se vinculan con presencia de Diabetes Mellitus, pólipos colónicos. Tienen mayor incidencia en el sexo femenino. Mas frecuentes en la quinta década de la vida. Histológicamente presentan un tallo de tejido conectivo laxo con

vasos dilatados, pocas células grasas, recubierto por una epidermis normal o hiperplásica. Su tratamiento es generalmente por cuestiones cosméticas y en caso de ser pequeños puede ser con electrodesecación, crioterapia. En este caso cirugía menor.

Angiofibroma vulvar: presentación de un caso clínico y revisión de la literatura

Autor:

Patricia Zulema Márquez Iribe

Coautores:

Alejandro Hernández Monje, Miguel Ángel Hernández Carbajal

Institución:

Hospital General Dr. Manuel Gea González

Objetivo: reportar el primer caso de angiofibroma vulvar en México y realizar una revisión de la literatura. **Tema:** el angiofibroma vulvar, una muy rara lesión mesenquimatosa benigna, descrita en 1996. Se han reportado menos de 30 casos, por cual se continúan describiendo sus manifestaciones clínicas y patológicas. Se presenta en la edad adulta, de los 40 a los 60 años. Su diámetro es pequeño, habitualmente menor de 30 mm con bordes bien delimitados. Es de crecimiento lento, usualmente de más de un año de evolución. Es imposible diferenciar por clínica o aspecto macroscópico de estas lesiones y solo es posible mediante características histopatológicas e inmunohistoquímicas. **Material y métodos:** se describe mujer de 36 años, la cuál acude a consulta por presentar una lesión vulvar de un año de evolución, con dolor una semana previa a su valoración. Posterior al análisis clínico y a los hallazgos histopatológicos, incluyendo vicentina, se diagnóstica como angiofibroma vulvar. **Resultados:** el presente caso se observó en una paciente joven, con un año de evolución. Respecto a las características macroscópicas, se observó un tamaño de 7 cm, consistencia blanda, móvil, localizada en labio mayor izquierdo y sin compromiso cutáneo. Los hallazgos histopatológicos consistieron en vasos sanguíneos con pared hialinizada, adipocitos maduros, tinción inmunohistoquímica para vimentina positivo,

vasos sanguíneos positivos. **Conclusiones:** el presente estudio describe un caso de este tumor poco usual de la vulva. Se observan similitudes respecto a la edad de presentación, al tiempo de evolución y a los hallazgos histopatológicos.

Obstrucción intestinal en una paciente gestante del tercer trimestre causado por divertículo de Meckel

Autor:

Leyza Angélica Nieto Galicia

Coautores:

Leonardo Ramírez Arreola, Miguel Ángel Cerón Saldaña, Javier Cisneros Sandoval

Institución:

Hospital General de Matamoros, Tamaulipas, México
Dr. Alfredo Pumarejo L, SSA

Objetivo: reporte de un caso y revisión de la literatura. **Material y métodos:** se presenta el caso de una paciente con embarazo de 31.4 semanas de gestación y obstrucción intestinal causado por divertículo de Meckel. **Resultados:** paciente femenino de 14 años, referida al Hospital General de Matamoros Dr. Alfredo Pumarejo L. por embarazo y amenaza de parto pretérmino, se detecta a la exploración física datos de obstrucción intestinal dados por sensación de plenitud, distensión abdominal, timpanismo, ausencia de evacuaciones y de canalización de gases, el rastreo ultrasonográfico reporta gran distensión de asas intestinales y producto intrauterino reactivo, placenta grado I corporal y líquido amniótico en cantidad normal, se pide valoración por servicio de Cirugía General y se realiza laparotomía exploradora encontrando obstrucción intestinal a nivel de íleo dado por banda mesodiverticular, necrosis intestinal a 5 cm distal y proximal al divertículo, se hace resección de íleo y anastomosis terminoterminal, se manejo con betemiméticos como tocolisis preventiva y evoluciona satisfactoriamente, se egresa al 6to día de posoperatorio sin complicaciones, se desembaraza al las 36.5 sdg al presentar trabajo de parto espontáneo y se obtiene producto femenino de 2150 g, capurro de 36 semanas apgar 7-9, la paciente es dada de alta al tercer

día de posoperatorio sin complicaciones, el producto es egresado al 6to día de vida sin complicaciones. **Conclusiones:** patología rara, en este caso con buen resultado materno-fetal, el divertículo de Meckel es una malformación frecuente en la población en general, asintomática generalmente, sus complicaciones mas frecuentes son sangrado, perforación y obstrucción.

Feto papiráceo: complicación de un embarazo gemelar. Presentación de un caso y revisión de la literatura

Autor:

Leonardo Ramírez Arreola

Coautores:

Leyza Angélica Nieto Galicia, Alfredo Escobar Valencia, Miguel Ángel Cerón Saldaña

Institución:

Hospital General de Matamoros Tamaulipas Dr. Alfredo Pumarejo L.

Objetivo: presentación de un caso y revisión de la literatura. **Material y métodos:** el término de feto papiráceo se utiliza para describir un feto momificado asociado a una gestación gemelar o múltiple. Se presenta un caso atendido en nuestra institución y se revisa la literatura existente. **Resultados:** secundigesta de 20 años que acude al servicio por dolor obstétrico de 4 hrs de evolución. Antecedentes ginecoobstétricos: menarca 12 años, ciclo irregular, 60 x 3, inicio de vida sexual activa 16 años, 2 compañeros sexuales, GII PI control prenatal irregular, administración de toxoide tetánico 2 dosis, 41.1 semanas de gestación por fecha de última regla. Se ingresa con 5 cm de dilatación y 80% de borramiento cervical para conducción de trabajo de parto; se conduce trabajo de parto a razón de 5 miliunidades por minuto, atendándose parto eutócico, obteniendo recién nacido el cual llora y respira al nacer, sexo masculino con peso de 3050 grs APGAR 8-9 y 42 semanas de gestación por método de valoración Capurro. En la atención del tercer periodo de trabajo de parto se obtiene feto papiráceo aprox 9 x 6 cm compactado de manera anteroposterior. Presenta hemorragia obstétrica, se realiza revisión de cavidad uterina bajo anestesia general endovenosa por sospecha de retención de restos, continua con

sangrado transvaginal cuantificándose pérdidas aprox de 1200 cc, con diagnóstico de choque hipovolémico por subinvolución uterina que no responde a tratamiento convencional se decide pasar a quirófano para histerectomía obstétrica, se realiza histerectomía total abdominal extrafacial sin eventualidades, se transfunde 2 unidades de paquete globular en el transquirúrgico, y 3 unidades en el postoperatorio, cursa en total 7 días de estancia intrahospitalaria y se egresa por mejoría con control de hemoglobina de 7.7 g/dL. El resultado histopatológico reporta: feto papiráceo con lisis generalizada, útero: cervicitis crónica, endometrio hipersecretor con decidua compacta, hipertrofia de miometrio. **Conclusiones:** complicación rara de los embarazos gemelares o múltiples; en nuestro caso no se determinó la causa de muerte fetal; las alteraciones hematológicas estuvieron determinadas por la hemorragia obstétrica por subinvolución uterina que determinaron el tratamiento quirúrgico realizado (histerectomía total abdominal extrafacial por causa obstétrica).

Placenta acreta en el primer trimestre de la gestación: reporte de un caso y revisión de la literatura

Autor:

Sergio Armando Varela Ortiz

Coautores:

Tomás Herreras Canedo, Luis Cardoza López, Luz María Alvarado Méndez

Institución:

Instituto Nacional de Perinatología

Objetivo: considerar esta entidad como diagnóstico diferencial de hemorragia del primer trimestre del embarazo, con diagnóstico y manejo oportuno. **Reporte del caso:** la placenta increta caracterizada por invasión de vellosidades coriales al miometrio, es una complicación de gran morbilidad en primer trimestre, generalmente diagnosticada con hemorragia poslegrado que requiere histerectomía de urgencia. Presentamos un caso que se manifestó como hemorragia uterina anormal. (HUA), post-aborto. Paciente de 24 años, G3 C2 A1, ingresa con HUA, laparotomía 3 semanas antes sospechando ectópico (patología: ovario izquierdo con

cuerpo luteo), a la exploración física, sangrado escaso, útero de 8x6cm, dolor en fosa iliaca derecha, resto normal, USG, útero de 8x5x3cm, cavidad engrosada, hipervascularizada de predominio ístmico anterior, anexo derecho quiste bilobulado de 3.5x3.8x5.8, izquierdo quiste simple de 1.6cm, hGC-B (1000 MUI/ml), realizando laparoscopia por probable ectópico, reportando saco gestacional de 1.5x2cm en anexo izquierdo, ovario derecho quiste simple, patología reporta quiste seroso simple, persiste 3 meses con hemorragia uterina anormal (HUA), sin respuesta a manejo médico. Acude con hemorragia activa, Hb 8.1g/l, hGC-B (92mUI/ml) USG útero de 9x5x4cm, pared uterina heterogénea e irregular, pérdida de la continuidad del miometrio ístmico anterior, hipervascularizado, realizando legrado hemostático, por probable enfermedad trofoblástica gestacional, presenta sangrado incoercible, se realiza histerectomía abdominal, hemorragia 2000cc, con evolución satisfactoria. Se reporta útero sin anexos de 110grs, embarazo de primer trimestre con acretismo placentario en el segmento corporal. **Conclusión:** el acretismo placentario del primer trimestre se puede sospechar por ultrasonido, debiendo considerarlo como diagnóstico diferencial, para disminuir la morbilidad secundaria a un manejo inadecuado.

Extracción de un dispositivo intrauterino traslocado al colon. Reporte de un caso

Autor:

María Eugenia González Morales

Coautores:

Jorge Torres, Gregorio Magaña Contreras

Institución:

Hospital General de México

Objetivo: presentar las imágenes de un caso de dispositivo intrauterino traslocado que se alojó dentro de la luz intestinal. **Material y métodos:** se presenta el caso de una paciente de 30 años que acude para extracción de Dispositivo Intrauterino traslocado desde hace 18 meses ya que en diversas ocasiones se le ha intentado retirar sin éxito en otras instituciones, incluso con legrado bajo anestesia. Se cuenta con las

imágenes de el estudio simple de Rx de abdomen y en la histerosalpingografía su localización intrapélvica pero extrauterina. Se programa para extracción laparoscópica y sin lograrlo se explora por laparotomía observando su localización en colon. Se realiza rectosigmoidoscopia y se extrae por esta vía con manejo conservador con preparación intestinal y antibiótico sin resecar el intestino. **Resultados:** se presentan imágenes ilustrativas de la ubicación del DIU. **Conclusiones:** la colocación del Dispositivo Intrauterino puede ser un procedimiento simple pero que debe ser un procedimiento supervisado por alguien con experiencia y nunca menospreciar el mismo ya que puede ser agresivo y con severa complicación. La colocación directa a colon puede darse con una excesiva anteversoflexión uterina y una pelvis reducida que exponga las estructuras viscerales en caso de perforación.

Embarazo ectópico cornual: reporte de un caso y revisión retrospectiva de cinco años

Autor:

Leonardo Ramírez Arreola

Coautores:

Leyza Angélica Nieto Galicia, Alfredo Escobar Valencia, Javier Cisneros Sandoval

Institución:

Hospital General de Matamoros, Tamaulipas Dr. Alfredo Pumarejo L.

Objetivo: presentación de un caso, revisión retrospectiva de 5 años en nuestro hospital y revisión de la literatura. **Material y métodos:** se revisó la lista de reportes histopatológicos con resultado de embarazo ectópico de enero del 2001 a mayo del 2006 encontrando 66 reportes emitidos, de los cuales solo 31 expedientes se encontraron de manera completa. **Resultados:** el rango de edad fue de 16 a 39 años con una media de 25.6 años y la moda de 21 años. El motivo de consulta fue sangrado transvaginal y dolor abdominal en 14 casos (45.1%), solo dolor abdominal en 12 casos (38.7%) y solo sangrado transvaginal en 5 casos (16.2%). La presentación clínica fue aguda en 19 casos (61.3%) y la presentación clínica insidiosa en 12 casos (38.7%). El

100% de los casos presentaban retraso menstrual. El diagnóstico se estableció por clínica en 12 casos (38.7%), por clínica con apoyo ultrasonográfico en 18 casos (58.1 %) y por clínica con culdocentesis en un solo caso (3.2 %). El sitio de localización del embarazo ectópico fue: ampular 24 casos (77.5 %), ístmico 4 casos (12.9 %), en fimbria 1 caso (3.2 %), ovárico 1 caso (3.2 %) y cornual 1 caso (3.2 %). En los hallazgos transoperatorios se encontró 27 casos (87 %) de embarazo ectópico roto y 4 casos (13 %) de embarazo ectópico no roto. No se encontraron casos de defunción. **Conclusiones:** el embarazo ectópico cornual representa el 1.5 % de las gestaciones ectópicas igual a lo reportado en la literatura.

Angiomixoma agresivo de periné y pelvis

Autor:

Enrique Corona Esquivel

Coautores:

Juan Manuel Hernández Quintero, Josué Rafael González Hernández, Ricardo Mondragón Sánchez

Institución:

Centro Médico ISSEMYM

Objetivo: presentar un caso de angiomixoma agresivo (AA) de periné y pelvis, tratamiento y revisión bibliográfica. **Material y métodos:** se presenta un caso de AA, imágenes clínicas y radiológicas, tratamiento quirúrgico y evolución postoperatoria. Revisión de la literatura relacionada. **Discusión:** el AA, desde su descripción por Stepper y Rosai, se define como una neoplasia de crecimiento lento, infiltración local y diagnóstico complejo por ser poco frecuente. No clara su génesis, se ha involucrado al gen HMGIC del cromosoma 12. Se presenta como una masa sólida, no encapsulada, pudiendo alcanzar grandes dimensiones. Histológicamente se caracteriza por células miofibroblásticas, fibras de colágeno e importante vascularidad en un estroma mixoide. Afecta tejidos blandos de la pelvis, vagina, vulva, nalgas, pudiendo extenderse hasta retroperitoneo y región inguinal. Pocos casos se han descrito en varones. Es frecuente un diagnóstico erróneo inicial (patología de las glándulas de Bartholini, abscesos o hematomas

vulvares, hernia perineal) con diagnóstico definitivo por inmunohistoquímica: positividad a vimentina, desmina y actina músculo específica. El tratamiento es la resección quirúrgica completa, difícil debido a la invasión local y la vecindad con estructuras pélvicas. Las expectativas de terapéutica médica, incluyendo de la recurrencia, postulan al manejo hormonal, ya que este tumor expresa receptores para estrógenos y progestágenos. Por su bajo índice mitótico, la quimioterapia o radioterapia no se consideran útiles. **Conclusiones:** el AA, es una neoplasia poco frecuente, que debe ser considerada como diagnóstico diferencial de los tumores de periné y pelvis.

Mucocele apendicular como diagnóstico diferencial de masa anexial derecha

Autor:

Rafael Briceño Hernández

Coautores:

Pablo Alberto Gutiérrez Vega, Arturo Herrera Avilés, Jaime López Cruz

Institución:

Clínica de Especialidades de la Mujer

Objetivo: mostrar el caso de una paciente con diagnóstico de mucocele apendicular como diagnóstico diferencial de masa anexial derecha. Paciente de 57 años referida de segundo nivel de atención con diagnóstico de masa anexial derecha. Evolución de un año con astenia, adinamia, dolor en hipogastrio y fosa iliaca derecha. A la exploración tumoración pélvica derecha de 10x8 cm. Estudios de laboratorio con marcadores tumorales normales. Ultrasonido y tomografía describieron una tumoración en fosa iliaca derecha. Colonoscopia y rectosigmoidoscopia normales. El diagnóstico preoperatorio fue de masa anexial derecha (Hidrosalpinx versus tumoración dependiente de colon). Se realizó laparoscopia diagnóstica y posterior hemicolectomía derecha con íleo-transverso-anastomosis laparoscópica. El diagnóstico final correspondió a un mucocele apendicular. **Tipo de estudio:** reporte de un caso. **Resultados:** resección de mucocele apendicular mediante cirugía de mínima

invasión sin complicaciones. **Conclusiones:** considerar dentro de los diagnósticos diferenciales de masa anexial derecha al mucocoele apendicular. La cirugía de mínima invasión es una alternativa segura para el tratamiento. Indispensables la adecuada historia clínica, los estudios de laboratorio, gabinete y manejo multidisciplinario.

Angiofibroma celular de la vulva: reporte de caso y revisión de la literatura

Autor:

Patricia Zulema Márquez Iribe

Coautores:

Alejandro Hernández Monge, Miguel Hernández Carvajal

Institución:

Hospital General Manuel Gea González

Objetivo: reportar el primer caso de angiofibroma vulvar en México y realizar una revisión de la literatura. El angiofibroma vulvar, una muy rara lesión mesenquimatosa benigna, descrita en 1996. Se han reportado menos de 30 casos, por cual se continúan describiendo sus manifestaciones clínicas y patológicas. Se presenta en la edad adulta, de los 40 a los 60 años. Su diámetro es pequeño, habitualmente menor de 30 mm con bordes bien delimitados. Es de crecimiento lento, usualmente de mas de un año de evolución. Es imposible diferenciar por clínica o aspecto macroscópico de estas lesiones y solo es posible mediante características histopatológicas e inmunohistoquímicas. **Tipo de estudio:** reporte de caso y revisión de la literatura. **Material y métodos:** reporte de caso. Se describe mujer de 36 años, la cuál acude a consulta por presentar una lesión vulvar de un año de evolución, con dolor una semana previa a su valoración. Posterior al análisis clínico y a los hallazgos histopatológicos, incluyendo vicentina, se diagnóstica como angiofibroma vulvar. **Resultados:** el presente caso se observó en una paciente joven, con un año de evolución. Respecto a las características macroscópicas, se observó un tamaño de 7 cm, consistencia blanda, móvil, localizada en labio mayor

izquierdo y sin compromiso cutáneo. Los hallazgos histopatológicos consistieron en vasos sanguíneos con pared hialinizada, adipocitos maduros, tincion inmunohistoquímica para vimentina positivo, vasos sanguíneos positivos. **Conclusiones:** el presente estudio describe un caso de este tumor poco usual de la vulva. Se observan similitudes respecto a la edad de presentación, al tiempo de evolución y a los hallazgos histopatológicos.

Teratoma inmaduro de crecimiento rápido en el embarazo. Reporte de un caso

Autor:

Daniella Gómez Pue

Coautores:

Héctor Borboa Olivares, Alfonso Sosa Guillaumin

Institución:

Hospital San José Tec de Monterrey

Objetivo: reporte de un caso de teratoma inmaduro de crecimiento rápido en el embarazo. **Material y métodos:** paciente femenino de 31 años de edad G2C1 + embarazo de 22sdg x FUM. CPN regular y US sin alteraciones. Inicia su padecimiento 2 meses previos a su ingreso al presentar cuadro de distensión abdominal progresiva, sensación de plenitud y dolor en cuadrantes superiores del abdomen. En exploración física a su ingreso: FU de 38 cm. y FCF de 145/min. US de abdomen que reporta embarazo de 21sdg por fotometría, sin alteraciones y una masa quística de 19 cm con componentes sólidos en su interior, no se puede determinar origen. En RM se reporta probable cistadenoma seroso vs. mucinoso. Ca-125 84.8 u/ml y ACE 0.4ng/ml. **Resultados:** se realiza ooforectomía derecha por laparotomía, patología reporta teratoma inmaduro de 5.7 kg. Continuó con su embarazo, y en la semana 38 se realizó cesárea + cirugía estadiadora, no se encontró metástasis de la enfermedad. Seguimiento con monitorización ultrasonográfica y medición de marcadores tumorales, sin evidencia de enfermedad a 12 meses. **Conclusiones:** las neoplasias ováricas se presentan rara vez durante el embarazo con una incidencia de 1 en 1000 aproximadamente. Al

momento de su diagnóstico es muy importante decidir el tratamiento óptimo, se recomienda un manejo conservador y terminar el tratamiento hasta concluir el embarazo, sin embargo esto dependerá de la edad gestacional en la que se diagnostica y las características propias de la neoplasia.

Carcinoma primario de trompa de Falopio. Reporte de un caso

Autor:

Flavio Hernández Castro

Coautores:

Vicente Martínez Ramos, Raúl Cortés Flores, Manuel Nava Bermea

Institución:

IMSS, UMAE no. 23, Hospital Ignacio Morones Prieto

Objetivo: presentar un caso del menos frecuente de los carcinomas primarios ginecológicos. **Material y métodos:** femenino de 50 años acude por Incontinencia urinaria mixta y miomatosis uterina, programada para Histerectomía abdominal total y operación de Burch. Niega sintomatología diferente a la urinaria, nunca sangrado transvaginal anormal ni dolor abdominal. Menarca a los 14 y menopausia a los 49 años, una pareja sexual, G 4 C 1 P 3. Nunca Terapia hormonal sustitutiva. Nunca planificación familiar. Papanicolaou: NIC I, Mamografía: Birads 1. Ultrasonido transvaginal preoperatorio reporta imagen sacular de 35x27 mm en anexo derecho pudiendo corresponder a hidrosalpix, resto de estructuras pélvicas normales. Ultrasonido tomado 3 meses antes reporta quiste ovárico izquierdo y resto de estructuras normales. **Resultados:** Se inicia Laparotomía observándose tumor de salpínx derecha de 10x5x4 cm, con ruptura de pared tubaria, ocupado por material trabecular café claro, semifirme, sin identificarse base de implantación. Se decide histerectomía y salpingooforectomía bilateral. **Reporte histopatológico:** Adenocarcinoma tubario derecho seroso moderado a poco diferenciado, útero, ovarios y salpínx izquierda negativos a malignidad. **Conclusiones:** Representa el 0.18 a 1.16% de las neoplasias del aparato genital fe-

menino. Presentándose principalmente en la 6ª década de la vida. La hemorragia transvaginal es su principal manifestación. Lo común es que su diagnóstico sea un hallazgo inesperado. No tiene imágenes ultrasonográficas características. La citología es positiva en 20%. El 92% es tubario, siendo bilateral en 20%. La gran mayoría son tipo seroso. El tratamiento quirúrgico es de primera línea agregándose quimioterapia y radioterapia en estadios avanzados.

Embarazo ectópico cervical en el segundo trimestre. Reporte de un caso

Autor:

José Alfredo Fernández Lara*

Coautores:

Alejandro Méndez Pimentel,** Elisa Vázquez Govea,** Francisco Israel García Guerrero**

Institución:

* Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto

** Hospital Materno Infantil Dr. Alberto López Hermosa

Objetivo: reportar un caso mas de un embarazo ectópico cervical, entidad médica rara cuyo diagnóstico y tratamiento oportuno es importante. **Material y métodos:** paciente de 35 años gesta 3, parto 1, cesárea 1, usuaria de DIU, amenorrea de 16 semanas, con sangrado transvaginal, se diagnosticó embarazo ectópico cervical. **Resultados:** la paciente fue sometida a legrado, presentó hemorragia importante posterior, por lo que se realizó histerectomía. El reporte histopatológico corroboró nuestro diagnóstico. **Conclusiones:** la incidencia del embarazo ectópico cervical reportada varía desde 1:2500 hasta 1:12422, cuyo diagnóstico clínico es difícil, incluso con la ayuda de ultrasonido, el tratamiento depende de los deseos de fertilidad futura de la paciente y de las complicaciones. En este caso se intentó preservar la fertilidad, sin embargo, la homorragia posterior fue importante por lo que se realizó histerectomía con buenos resultados.

Diagnóstico prenatal de pentalogía de Cantrell asociada a labio hendido bilateral

Autor:

Flavio Hernández Castro

Coautores:

Mauro Alberto Ochoa Torres, Ricardo Hernández Herrera, Sergio Luna García

Institución:

IMSS, UMAE no. 23, Hospital Ignacio Morones Prieto

Objetivo: presentar un caso de pentalogía de Cantrell (PC) asociada a labio hendido diagnosticada prenatalmente por ultrasonido. **Material y métodos:** paciente primigesta de 27 años referida al Departamento por detectarse en ultrasonido a las 25 semanas de gestación feto con ectopia cordis y onfalocelo además de labio hendido, sospechándose PC. El embarazo había cursado sin complicaciones. Se repitió ultrasonido a las 35, 36 y 38 semanas, confirmándose hallazgos y agregándose en último examen probable ventrículo único. Se decide cesárea obteniéndose masculino de 3360 gramos, 54 cm de longitud, Apgar 3-3, fallece a los 30 minutos de nacido. **Resultados:** la autopsia reportó: Labio hendido bilateral, agenesia esternal, disrupción de tegumentos a nivel preesternal medio continuando hasta región supraumbilical, exposición de timo, corazón, lóbulo hepático izquierdo, con defecto en pericardio parietal. Disgenesia de porción anterior de diafragma, disrupción de pleura y peritoneo parietales. Dilatación de cavidades cardíacas derechas, comunicación interventricular asociada con agenesia de aparato valvular mitral. Aurícula y ventrículo izquierdo hipoplásicos. Persistencia del conducto arterioso. El puerperio fue normal y la madre egresó asintomática. **Conclusiones:** la PC es reportada en 1:100 000 nacimientos en países desarrollados, afectando al sexo masculino 2:1. Hay en la bibliografía menos de 90 casos y menor número como en nuestro reporte presentan la forma completa. Debido al pobre pronóstico fetal y las condiciones legales del país, el diagnóstico prenatal es importante para ofrecer al paciente el tratamiento adecuado en casos de defectos leves y a la madre concientizarla del pronóstico y de vía de nacimiento ideal.

UROGINECOLOGÍA**Nefrostomía percutánea en ginecología y obstetricia.****Experiencia institucional****Autor:**

Laura Escobar del Barco

Coautores:

Jaime Morales Arce, Silvia Rodríguez Colorado, Juan Carlos Avilez Cevalco

Institución:

Instituto Nacional de Perinatología

Introducción: la nefrostomía percutánea es una técnica bien establecida que permite la rápida resolución de la obstrucción ureteral y la recuperación de la función renal en pacientes con uropatía obstructiva.

Objetivos: demostrar la necesidad de conocer la técnica en centros de Ginecología y Obstetricia y presentar la experiencia en el InperIER. **Material y métodos:** evaluamos en forma retrospectiva la experiencia acumulada en un período de 14 años en la clínica de Uroginecología del InperIER. Se incluyeron 5 pacientes con diagnóstico de estenosis u obstrucción ureteral con hidronefrosis, secundarias a cirugías obstétricas o ginecológicas, sometidas a nefrostomía percutánea. **Resultados:** se revisaron 5 casos en un período comprendido de 1992 a 2006, con diagnósticos: 2 casos de estenosis ureteral secundarias a histerectomía obstétrica y por histerectomía total abdominal y 3 casos de oclusión total ureteral por histerectomía obstétrica, presentando hidronefrosis, realizándoles nefrostomía percutánea, con guía ultrasonográfica y fluoroscópica, con intervención multidisciplinaria de los servicios de radiología, anestesia y uroginecología. No se presentaron complicaciones mayores, el seguimiento promedio fue de 2 a 8 meses, realizando neoimplantación tipo Boari en 2 pacientes, neoimplantación uretero vesical en una paciente. Actualmente 2 pacientes se preparan para programación quirúrgica para su tratamiento definitivo. **Conclusiones:** el diagnóstico y tratamiento oportuno de la uropatía obstructiva son elementos claves en la preservación de la función renal. Es

importante la interacción entre el servicio de radiodiagnóstico y las distintas unidades hospitalarias para mejorar la calidad de atención de nuestras pacientes.

Controversias en la práctica uroginecológica cotidiana

Autor:

Heriberto Lizaola Díaz de León

Coautores:

Silvia Rodríguez Colorado, Laura Escobar del Barco, Carlos Ramírez Isarraráz

Institución:

Clínica de Urología Ginecológica, Instituto Nacional de Perinatología

Objetivo: exponer las enormes variaciones que existen en la realización de procedimientos e intervenciones cotidianas en el campo de la uroginecología en México. **Tipo de estudio:** Prospectivo. En base a encuesta anónima. **Material y métodos:** a través de una encuesta electrónica enviada a médicos con práctica uroginecológica se interrogó intencionadamente sobre condiciones en los que en la literatura universal no existen aun valores estandarizados. **Resultados:** se encontraron variaciones significativas respecto a mediciones y conductas de utilización habitual. (Medición de volumen urinario residual o de micción espontánea, sondeo transquirúrgico, conductas previas a retiro de sonda vesical, utilización de ejercicios de Kegel, sistema de medición de POP, realización de estudios urodinámicos, etc. **Conclusiones:** el inicio relativamente nuevo de la practica uroginecológica y el desarrollo reciente de técnicas, metodología y conocimiento con respecto al tema, contribuyen a que no se tengan estandarizados mediciones o conductas de utilización habitual y la decisión de utilizarlas recae en el juicio del medico tratante mas que del conocimiento científico. Esto justifica y establece la necesidad de continuar el desarrollo de investigación que responda a estas interrogantes y sirva como sustento firme para la implementación de una medicina uroginecológica basada en evidencias.

Biorretroalimentación. Una técnica de fisioterapia en la reeducación del periné

Autor:

Gerardo Quiroz Garza

Coautores:

Silvia Esther Rodríguez Colorado, Carlos Ramírez Izarraráz, Laura Guadalupe Escobar del Barco

Institución:

Instituto Nacional de Perinatología

El propósito del presente cartel es el de mostrar, el equipo, técnica y protocolo, que se utiliza en el Instituto. En cualquier método que se sigue para la rehabilitación del piso pélvico el primer problema radica en la selección de la paciente adecuadamente, así como el análisis de los resultados por paciente y grupos similares, más la dificultad de evaluación estadística ya que los grupos incluidos suelen ser muy heterogéneos. La enseñanza del control mediante contracción del piso pélvico se puede volver una dificultad para el clínico si solo lo pretende hacer de forma verbal. Kegel pensaba que la explicación verbal no era el medio ideal de aprendizaje de la contracción de la musculatura del periné, la contracción de los elevadores se debía efectuar bajo control palpatorio intravaginal. Se refiere que entre el 30 y 50% de las mujeres son incapaces de contraer correctamente la musculatura del periné con simples instrucciones verbales y/o escritas. Bump bajo control urodinámico, el 51% de las mujeres no son capaces de realizar esta contracción. El tratamiento manual intravaginal es obligatorio como medio optimo de aprendizaje de la contracción de la musculatura del periné. El tratamiento con biorretroalimentación, debe de incluir tres etapas, conciencia muscular, cualidades musculares y la integración a la vida diaria. Se presenta equipo el cual se utiliza mediante electrodos intravaginales mismo que trabajan mediante electromiografía de contacto, utilizando dos canales de aprendizaje para la paciente que son el visual y el auditivo. En conclusión las terapias de rehabilitación del piso pélvico, en este caso la biorretroalimentación, deben formar parte importante dentro del armamento terapéutico dirigi-

do a la atención de la paciente con patología del piso pélvico. Sumado a métodos adecuados de selección y evaluación, son parte de todo tratamiento integral.

Prevalencia de agentes etiológicos en infección de vías urinarias en pacientes con disfunción del piso pélvico

Autor:

Rosa Lucía Álvarez Mercado

Coautores:

Blanca Vara Miranda, Francisco Javier Anaya Torres, Micaela Antonia Domínguez Salazar

Institución:

Instituto Materno Infantil del Estado de México

Objetivo: conocer los agentes etiológicos más frecuentemente aislados por urocultivo en pacientes con disfunción del piso pélvico. **Tema:** infección de vías urinarias es la presencia y multiplicación de microorganismos con invasión a los tejidos adyacentes, que forman parte del aparato genitourinario, la invasión del mismo está determinada por las características de la bacteria, el tamaño del inóculo y las alteraciones en los mecanismos de defensa del huésped. **Tipo de estudio:** retrospectivo, observacional, descriptivo. **Material y métodos:** urocultivo por cateterización de chorro, medio de cultivo, antibiograma. **Resultados:** durante el período de estudio, la toma anual de urocultivos en el hospital fue de 536, correspondiendo 136 (32%) al servicio de uroginecología con la técnica antes descrita, se encontró que los gérmenes aislados con mayor frecuencia fueron *E. coli* en un 72%, *Gardnerella vaginalis* 8% y *Candida albicans* en un 6%, los cuales a su vez se asociaron a prolapso genital E I anterior, a quienes se les administro tratamiento de acuerdo a sensibilidad del antibiograma, teniendo como resultado respuesta con urocultivo negativo, posterior a primer tratamiento 71%, segundo tratamiento 20% y un tercero 9%. **Conclusiones:** la aplicación de un tratamiento adecuado en la IVU esta relacionado con el patrón de sensibilidad de los diferentes agentes etiológicos encontrados en pacientes con disfunción del piso pélvico, es importante reconocer que al realizar un estudio adecuado con antibiograma y dar de primera instancia el tratamiento de mayor sensibilidad nos disminuye la

resistencia a los diferentes agentes etiológicos y da la eficacia en el tratamiento.

DEFECTOS DEL PISO PÉLVICO

Sacrocolpopexia con malla. Experiencia en el Instituto Nacional de Perinatología

Autor:

Laura Escobar del Barco

Coautores:

Silvia Rodríguez Colorado, Verónica Flores Rueda, Juan Carlos Avilez Cevalco

Institución:

Instituto Nacional de Perinatología

Introducción: el envejecimiento y el soporte inadecuado de la cúpula vaginal después de la histerectomía son dos factores que favorecen al prolapso de la cúpula vaginal. La sacrocolpopexia es la técnica ideal para aliviar los síntomas restableciendo la anatomía y el funcionamiento normal de la vagina. **Objetivo:** describir nuestra experiencia en la sacrocolpopexia utilizando malla de polipropileno. **Material y métodos:** se revisaron expedientes de pacientes que se les realizaron sacrocolpopexia con malla vía abdominal, en forma retrospectiva, en el período del 2003 al 2006, valorando su evolución, comparando los resultados con la literatura nacional e internacional. **Resultados:** se incluyeron 7 pacientes con edad promedio de 48 años (33-63), con prolapso de cúpula, con antecedente de histerectomía total abdominal, con multiparidad y sensación de cuerpo extraño en vagina en 7, con incapacidad a la vida sexual en 4 e incontinencia urinaria de esfuerzo en 3. Se utilizó malla de polipropileno, se realizó Operación de Burch en 3, culdoplastía de Halban en 2, culdoplastía de Moschowitz en 3, y colporrafía posterior con esfinteroplastía en 1. No hubo complicaciones transquirúrgicas, mediatas o tardías. Se les dio seguimiento desde 3 meses a 3 años con mejoría significativa. **Conclusiones:** la sacrocolpopexia tiene más del 90% de posibilidades de éxito en este padecimiento y el uso de la malla provee buena integración y tolerancia tisular. En nuestra experiencia la sacrocolpopexia nos demuestra una buena opción para el tratamiento del prolapso de cúpula.

Prevalencia de agentes etiológicos en infección de vías urinarias en pacientes con disfunción del piso pélvico

Autor:

Rosa Lucía Álvarez Mercado

Coautores:

Blanca Vara Miranda, Francisco Javier Anaya Torres, Micaela Antonia Domínguez Salazar

Institución:

Instituto Materno Infantil del Estado de México. Servicio de Uroginecología

Objetivo: conocer los agentes etiológicos más frecuentemente aislados por urocultivo en pacientes con disfunción del piso pélvico. **Tipo de estudio:** retrospectivo, observacional, descriptivo. **Material y métodos:** urocultivo por cateterización de chorro, medio de cultivo, antibiograma. **Resultados:** durante el período de estudio, la toma anual de urocultivos en el hospital fue de 536, correspondiendo 136 (32%) al servicio de uroginecología con la técnica antes descrita, se encontró que los gérmenes aislados con mayor frecuencia fueron *E. coli* en un 72%, *Gardnerella vaginalis* 8% y *Candida albicans* en un 6%, los cuales a su vez se asociaron a prolapso genital E I anterior, a quienes se les administro tratamiento de acuerdo a sensibilidad del antibiograma, teniendo como resultado respuesta con urocultivo negativo, posterior a primer tratamiento 71%, segundo tratamiento 20% y un tercero 9%. **Conclusión:** La aplicación de un tratamiento adecuado en la IVU esta relacionado con el patrón de sensibilidad de los diferentes agentes etiológicos encontrados en pacientes con disfunción del piso pélvico, es importante reconocer que al realizar un estudio adecuado con antibiograma y dar de primera instancia el tratamiento de mayor sensibilidad nos disminuye la resistencia a los diferentes agentes etiológicos y da la eficacia en el tratamiento.

MANEJO QUIRÚRGICO DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO

Cinta vaginal libre de tensión en el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo

Autor:

Joaquín Oliva Cristerna

Coautores:

Juan Solís Medrano, Alfredo Alaniz Sánchez, Luis Alberto Pérez Flores

Institución:

IMSS

Objetivo: dar a conocer los resultados en la aplicación de la cinta vaginal libre de tensión (TVT) para el tratamiento quirúrgico de la incontinencia urinaria femenina. **Tipo de estudio:** prospectivo, transversal, descriptivo y observacional. **Material y métodos:** a 25 pacientes se les colocó la cinta vaginal libre de tensión con la técnica de Ulmsten, en un periodo del 1 de Abril al 10 de Diciembre del año 2004, en el Hospital de Ginecología y Obstetricia Tlatelolco del Instituto Mexicano del Seguro Social. Se les realizó estudio de urodinamia unicanal, operando a 20 pacientes con incontinencia urinaria genuina de esfuerzo (80%) y 5 con incontinencia mixta (20%) de estas últimas, tres presentaron incontinencia recidivante: dos con antecedente de uretrosuspensión tipo Burch y una con plastía suburteral tipo Kelly. **Resultados:** de las 25 pacientes a las que se les aplicó la TVT el 100% tienen continencia urinaria hasta el momento del corte para este reporte. Se presentó morbilidad transoperatoria de dos perforaciones vesicales (8%) y una uretral (4%). La postoperatoria inmediata en 3 pacientes (12%) con retención aguda de orina y la tardía en 15 pacientes (60%) con sintomatología de cistouretritis tratada con analgésicos y antiespasmódicos resueltos, y en un caso se cortó la cinta de TVT por retención aguda de orina. **Conclusiones:** la técnica quirúrgica es fácil, ambulatoria de morbilidad baja, altamente reproducible y con índice de continencia urinaria excelente e inmediata.

Aplicación de la cinta vaginal libre de tensión transobturador: técnica dentro-fuera

Autor:

Esther Silvia Rodríguez Colorado

Coautores:

Juan Carlos Avilez Cevalco, Carlos Ramírez Isarraraz, Laura Escobar del Barco

Institución:

Instituto Nacional de Perinatología

Objetivo: presentar la técnica de aplicación de cinta vaginal libre de tensión transobturador para la corrección de incontinencia urinaria de esfuerzo. **Material y métodos:** se presentan fotografías y texto con la secuencia de la aplicación de cinta vaginal. La cinta vaginal libre de tensión transobturador técnica dentrofuera ofrece una excelente alternativa para el manejo quirúrgico de la incontinencia urinaria de esfuerzo, con la ventaja adicional de reducir el riesgo de lesión vesical al no tener pasaje retropúbico por el espacio de Retzius. **Conclusiones:** se considera una excelente opción quirúrgica para el tratamiento de los pacientes con incontinencia urinaria de esfuerzo.

Tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo con cinta libre de tensión: sistema obturador

Autor:

Felipe de Jesús Flores Ramírez*

Coautores:

Héctor Hernández García,** Alfredo Alaniz Sánchez*

Institución:

* Hospital de Ginecología y Obstetricia Tlatelolco, IMSS

** Coordinación Universitaria del Hospital Civil, Universidad Autónoma de Sinaloa

Objetivo: mostrar el resultado preliminar del tratamiento de incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE), colocando la cinta libre de tensión con sistema obturador. (TVTO). **Tipo de estudio:** descriptivo, observacional, retrospectivo. **Material y métodos:** se revisaron expedientes clínicos de pacientes, tratadas con TVTO para IUE. De diciembre 2004 a Diciembre 2005. (N= 31). Utilizando una cinta de polipropileno no absorbible TVTO, Gynecare de Ethicon, Jhonson

& Jhonson. Recabando información en hoja de datos a investigar edad, gestas, diagnóstico, índice de masa corporal, anestesia, sangrado operatorio, tiempo quirúrgico, complicaciones, estancia hospitalaria, seguimiento valorando continencia. Utilizando porcentajes, promedios y medidas de tendencia central.

Resultados: estudiamos 31 pacientes, edad promedio 48 años (30-77 años). Gestas promedio 3. Diagnóstico 16 con IUE (51%), IUE y cistocèle 10 (32%), IUE recidivante 5 (16%), peso normal 16 (51%), sobrepeso 11 (35%), obesidad 4 (12%). El 100% se aplicó Bloque peridural. Tiempo quirúrgico promedio 24 minutos (15-40 min.). Sangrado operatorio promedio 30 ml. Complicaciones retención urinaria 1 (3.2%), Equimosis de muslo 1 (3.2%). Estancia hospitalaria 1 día. Seguimiento 7 y 30 días, continencia urinaria 100%, 3 meses continencia 100%, 6 meses continencia urinaria 96 %, a 12 meses 96 % de continencia urinaria.

Conclusiones: esta técnica TVTO reduce morbilidad, tiempo quirúrgico, estancia hospitalaria, incapacidad, incorporando a sus actividades más rápido y mejorando su calidad de vida, comparado con el estándar de oro. Con médicos entrenados el tiempo quirúrgico es de 15 minutos.

OTROS TEMAS DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO

Fístula vesicouterina. Presentación de un caso

Autor:

Esther Silvia Rodríguez Colorado

Coautores:

Primo Roberto Martínez Chavarría, Laura Escobar del Barco, Carlos Ramírez Isarraraz

Institución:

Instituto Nacional de Perinatología

Objetivo: presentar el tratamiento quirúrgico de una fistulectomía por vía abdominal sin histerectomía. **Material y métodos:** historia clínica. Paciente de 41 años de edad G5C1A2P2 con antecedentes de 2 legrados uterinos y una cesárea con probable incisión uterina corporal. Ingresa al servicio de urgencias a las 39.3 se-

manas de gestación en fase activa del trabajo de parto, se realiza atención de parto distócico con aplicación de fórceps Kjielland por presentación fetal occipito transversa derecha persistente, presenta distocia de hombros la cual se resuelve con maniobra de McRoberts. A las 24 horas post presenta dolor abdominal generalizado, ausencia de peristalsis, distensión abdominal, hematuria macroscópica, dehiscencia parcial de episiorrafia. 48 post parto presenta íleo adinámico y pérdida involuntaria continua de orina por vía vaginal, se decide manejo conservador y tratamiento de Infección urinaria por *E. coli*. A los 2 meses se realiza estudio cistoscópico que revela fístula 6 mm a 2 cm. de barra interuretral y colorante azul de metileno positivo a través del cervix; urografía excretora y cistografía retrograda no se observa trayecto fistuloso, con paso de material a cavidad uterina y vagina. Se decide programar para intervención quirúrgica 4 meses posterior al nacimiento, fistulectomía y probable histerectomía vía abdominal. **Resultados:** se realizó fistulectomía vía abdominal y cierre de útero con aplicación de colgajo libre de peritoneo. Con buena evolución y sin complicaciones. **Conclusiones:** Se debe considerar que al realizar la corrección quirúrgica de éste padecimiento no se aconseja realizar histerectomía cuando el útero se encuentra sano.

Urodinámica: hallazgos anormales y artefactos

Autor:

Laura Escobar del Barco

Coautores:

Silvia Rodríguez Colorado, Juan Carlos Avilez Cevalco

Institución:

Instituto Nacional de Perinatología

Introducción: la valoración urodinámica se encuentra en constantes cambios. Valora el estado fisiológico y patológico de la vejiga y uretra durante la fase de llenado y vaciamiento. **Objetivo:** difundir la terminología, describir hallazgos anormales e interpretación del estudio. Describir artefactos para evitar interpretaciones erróneas. Recopilar en un solo texto los

valores anormales. Facilitar la enseñanza de médicos residentes de Gineco-obstetricia y Uroginecología. **Material y métodos:** revisión de literatura actualizada: Sociedad Internacional de Continencia, y de autores internacionales líderes en el tema. Ilustración de gráficas de nuestra propia experiencia. Perfilometría: presión máxima de cierre uretral, mecanismo incompetente del cierre uretral, transmisión de presión y mediciones de presión uretral. Fase De Almacenamiento. Actividad del detrusor: hiperactivo fásico o terminal con/sin incontinencia, detrusor hiperactivo neurogénico, detrusor hiperactivo idiopático. Sensaciones vesicales: Incrementada, reducida, ausente, no específicas, dolor vesical. Función uretral: Relajación uretral no inhibida con/sin incontinencia, incontinencia urodinámica de esfuerzo, puntos de pérdida abdominal y del detrusor, deficiencia intrínseca del esfínter. Flujo urinario: detrusor: hipoactivo, acontractil uretral: vaciamiento disfuncional, disinergia detrusor esfínter, falta de relajación uretral y obstrucción del esfínter uretral. Artefactos: mecánicos o fisiológicos. Mala calibración, catéteres inadecuados, falla en los transductores, ruptura del balón de presión, peristaltismo rectal, falso contacto de electrodos, etc. **Conclusión:** el conocimiento de los hallazgos anormales, entendimiento de sus principios físicos, trampas potenciales y su estandarización nos ayuda a realizar diagnósticos precisos cuando se integra con la clínica, ofreciendo así el tratamiento ideal, favoreciendo el éxito terapéutico y evitando problemas médico legales.

Urodinámica: hallazgos normales

Autor:

Juan Carlos Avilez Cevalco

Coautores:

Laura Escobar del Barco, Silvia Rodríguez Cevalco

Institución:

Instituto Nacional de Perinatología

Introducción: el diagnóstico de incontinencia urinaria puede completarse en consultorio en el 85% de las pacientes, sólo 15% requerirá adicionalmente estudios

urodinámicos. La urodinámica valora el estado fisiológico y patológico de la vejiga y de la uretra, teniendo mucho valor en la práctica clínica. **Objetivo:** difundir la terminología, técnica, hallazgos e interpretación del estudio normal de acuerdo a la Sociedad Internacional de Continencia (ICS) y de la literatura internacional. Recopilar en un solo texto valores normales de cada uno de los parámetros para contar así con material valioso en la enseñanza y formación de nuestros médicos residentes de gineco-obstetricia y uroginecología. **Material y métodos:** se realizó revisión de la literatura actualizada, tomando como base: Estandarización de la ICS, medicina basada en evidencia y literatura de autores internacionales líderes en el tema, empleando imágenes de estudios urodinámicos de nuestra propia experiencia. Las pruebas urodinámicas valoran las fases de llenado, almacenamiento y fase de vaciamiento. Los primeros se hacen para establecer diagnóstico de incontinencia urinaria. La valoración de la micción se realiza en la fase de vaciamiento. Las modalidades que se han convertido en el estándar de la valoración urodinámica son: flujometría espontánea, perfilometría de presión uretral, cistometría, estudio de flujo presión y estudios especiales: puntos de pérdida y electromiografía. **Conclusión:** la urodinámica es el método auxiliar diagnóstico más valioso en uroginecología cuando se integra con la clínica. Es indispensable que el médico tenga conocimientos confiables y actualizados para tener decisiones terapéuticas acertadas y por consiguiente resultados exitosos.

BIOLOGÍA DE LA REPRODUCCIÓN

Características de las pacientes que asisten a la clínica de planificación familiar del Hospital General de México

Autor:

María Eugenia González Morales

Coautores:

Judith Espinoza, Elvira Espinoza, Gregorio Magaña Contreras

Institución:

Hospital General de México

Objetivo: presentar las características epidemiológicas y reproductivas de las usuarias de planificación familiar que asistieron desde febrero 2005 a febrero 2006 a la Clínica de Planificación Familiar del Hospital General de México. **Material y métodos:** mediante registro en la visita subsecuente de usuarias de métodos anticonceptivos, se recopilan las características personales de edad, escolaridad, estado civil, número de embarazos y partos previos, método anticonceptivo usado, efectos secundarios y método alternativo en su caso. De 600 pacientes registradas como asistentes, solo se incluyeron para análisis 450 ya que el resto carecía de información completa. Se realizó estudio en base a frecuencias, promedios y porcentajes evaluando estadísticamente los resultados. **Resultados:** se presentan datos y gráficas que ilustran la edad de la población promedio de 31.2 años, así como sus preferencias anticonceptivas: Dispositivo intrauterino en el 49% de los casos, oclusión tubaria 40%, hormonales orales e inyectables 10% y otros 1%. Los efectos secundarios inherentes al uso del método más frecuente fueron de acuerdo al método: dolor pélvico, trastornos menstruales, cefalea, acné y otros no graves. Se presentan en forma gráfica las características de escolaridad y estado civil de las usuarias. **Conclusiones:** las características de la población que acude al hospital por ser una población flotante, únicamente referida para la resolución de su evento obstétrico hace que se reflejen en el estudio, intentando recopilar las experiencias de las usuarias así como sus necesidades anticonceptivas para poder ofrecer servicios de mejor calidad a la usuaria.

Transferencias de 2 vs 3 embriones en el día 3 de desarrollo en pacientes menores de 36 años. Resultados clínicos

Autor:

Israel Maldonado Rosas

Coautores:

José Juan Luna, Edgar González Tovar, José Gaytán Melicoff

Institución:

Instituto Valenciano de Infertilidad México

Introducción: la multigestación es una consecuencia directa del número de embriones transferidos así como de la edad de la mujer. La tasa de multigestación en pacientes sometidas a ciclos de reproducción asistida en América latina es del 50% donde el 33.3% son gemelares, 11.7% son triples y 1.3% cuádruples. En el embarazo único como en el gemelar no suelen presentarse grandes riesgos para la madre y para los hijos en términos de tasa de abortos, muertes intra-uterinas, mayor morbilidad neonatal, así como partos prematuros en comparación con los embarazos triples o cuádruples. La prematuridad y las complicaciones neonatales producen en muchos casos, severas secuelas para los nacidos de gestaciones triples y más. Una alternativa a este problema, es disminuir el número de embriones a transferir para lograr una menor tasa multigestacional así como los riesgos inherentes a dicha práctica. **Objetivo:** evaluar el impacto en la tasa de gestación, implantación, aborto, y multigestación cuando transferimos 2 o 3 embriones electivos y no electivos en día 3 de desarrollo embrionario. **Materiales y métodos:** se realizó un estudio retrospectivo de doscientos cuarenta y siete ciclos de reproducción asistida con transferencia embrionaria de 2 o 3 embriones electivos y no electivos a pacientes menores de 36 años entre 01/01/03 al 01/05/06 en el Instituto Valenciano de Infertilidad México.

58 ciclos con transferencia de 2 embriones electivos con al menos 1 embrión para congelar el día de la transferencia (grupo A). 57 ciclos con transferencia de 2 embriones no electivos donde ningún embrión se criopreservó por mala calidad (grupo B), 69 ciclos con transferencia de 3 embriones electivos con al menos 1 embrión para congelar el día de la transferencia (grupo C) 58 ciclos con transferencia de 3 embriones no electivos donde ningún embrión se criopreservó por mala calidad (grupo D). Las variables analizadas y comparadas fueron: edad, embriones transferidos, tasa de gestación e implantación y multigestación. Para el análisis estadístico se utilizó χ^2 y medias con desviación estándar. **Resultados:** cuando comparamos la media de edad, tasa de gestación, implantación, aborto, implantación única y doble entre los grupos A B, C, y D, no se observó una diferencia significativa $p < 0.01$, pero cuando comparamos la tasa de implantación entre los grupos B y D se observa una diferencia estadística significativa $p < 0.05$ siendo mayor la implantación en el grupo A que en el grupo B. En los grupos C y D tienen un porcentaje estadísticamente mayor de triples implantaciones que en los grupos A y B. **Conclusiones:** la tasa de embarazo no aumenta conforme aumentamos el número de embriones a transferir cuando estas se realizan en el día 3 de desarrollo embrionario y en pacientes menores de 36 años, los resultados nos muestran como solamente el porcentaje de implantación de 3 embriones aumenta considerablemente cuando transferimos 3 embriones. Una alternativa eficaz para reducir la tasa de gestaciones triples sin poner en riesgo la tasa de gestación en este grupo de pacientes, es la transferencia de máximo 2 embriones en cada ciclo de reproducción asistida que se realice reduciendo así el porcentaje de embarazos múltiples y aumentando los embarazos únicos.

Microscopía electrónica espermática en pacientes con astenozoospermia severa y características clínicas asociadas

Autor:

Armando Juárez Bengoa

Coautores:

Marco González Jiménez, Evaristo Martínez Barrios, Christian Moreno Aburto

	Transferencia de 2 embriones Grupo a		Transferencia de 3 embriones Grupo b		Grupo c	
	Si	No	Si	Grupo d		P
Criopreservación embrionaria						
Ciclos	58	57	69	No		
Edad	¹ 31.40	² 31.16	¹ 30.1	58		
	$\pm$ 2.41	$\pm$ 2.64	$\pm$ 3.12			
% Gestación	¹ 60.3	² 55.54	¹ 58.3	² 31.3	¹ ns	
				$\pm$ 2.58	² ns	
% Implantación	¹ 37.9	² 39.6	¹ 34.2	² 45.7	¹ ns	
					² ns	
Tasa de aborto	¹ 10	² 15	¹ 14.2	² 24.8	¹ ns	
					² $p < 0.05$	
% Únicos	¹ 63.3	² 68.75	¹ 50	² 14.29	¹ ns	
					² ns	
% Dobles	¹ 36.6	² 28.12	¹ 28.5	² 62.9	¹ ns	
					² ns	
% Triples	¹ 0	² 0	¹ 21.4	² 22.2	¹ ns	
					² ns	

Institución:

Instituto Nacional de Perinatología

Objetivo: correlacionar los hallazgos observados en microscopía electrónica con características clínicas en pacientes con astenozoospermia severa. **Material y métodos:** se realizó una revisión de 20 pacientes con astenozoospermia severa con edades en rango de 23 a 41 años, correlacionando los volúmenes testiculares, hormonas (FSH, testosterona). **Resultados:** entre los hallazgos mas frecuentes en microscopía electrónica, se encontraron espermatozoides con cabezas deformes, alteración o ausencia del acrosoma, membranas alteradas y estructura alterada del axonema. Cuatro casos con hipotrofia testicular, dos con disminución de la testosterona (<8.0), en siete casos se asociaron con alteraciones morfológicas severas. **Conclusiones:** la microscopía electrónica es un recurso diagnóstico para detectar alteraciones estructurales espermáticas que no son posibles detectar en el examen de microscopía de luz convencional.

La administración del antagonista cetorelix simplifica la estimulación ovárica de las donantes de óvulos sin afectar los resultados

Autor:

José Alberto Ramírez Angulo

Coautores:

Carlos Navarro Álvarez, Arturo Valdés Carrillo, José E. Gaytan Melicoff

Institución:

Instituto Valenciano de Infertilidad

Objetivo: reportar nuestra experiencia de la eficacia del uso del antagonista Cetorelix en la simplificación de la estimulación ovárica en donantes de óvulos sin afectar los resultados en la tasa de gestación e implantación de las receptoras. **Material y métodos:** se analizaron los ciclos de estimulación ovárica de las donantes de óvulos, donde se utilizó el Cetorelix para la inhibición del pico prematuro de la LH en el Instituto Valenciano de Infertilidad México del 1/05/2005 al 1/05/2006. Se realizaron un total de 182 ciclos. Todos

los ciclos de estimulación fueron iniciados a partir del segundo día de menstruación con 225 U de Gonal F y se administró Cetorelix 0,25 mg diariamente a partir del 6to día de estimulación o cuando había un folículo igual o mayor de 14 mm hasta el día de la hCG. Los datos analizados fueron: edad de las donantes, edad de las receptoras, días de estimulación ovárica, dosis total de FSH, numero de ampollas de Cetorelix, ovocitos donados, tasa de fecundación, tasa de implantación y tasa de gestación. Para el análisis estadístico fue empleado el test de ANOVA y desviación estándar. **Resultados:** la edad de las donantes fue $23,0 \pm 2,2$ y la edad de las receptoras $37,2 \pm 4,7$. El numero promedio de días de estimulación fue 8 (7-11), la dosis total de FSH y ampollas de Cetorelix fue 2154 ± 483 y 5 (3-6). El número de ovocitos donados fue de $16,7 \pm 4,7$, la tasa de fecundación 71,8%. La tasa de gestación e implantación fue 36,4% y 64,2% respectivamente. **Conclusiones:** el uso del antagonista de la GnRH, Cetorelix, durante los ciclos de estimulación ovárica en donantes de óvulos, es seguro, reduce la duración del tratamiento al disminuir los días de estimulación ovárica, teniendo un mejor efecto costo-beneficio, simplificando el manejo de las donantes en el programa de donación de óvulos y mantiene una alta tasa de gestación e implantación en las receptoras.

OTRAS CIRUGÍAS GINECOLÓGICAS POR LAPAROSCOPIA

Resección laparoscópica de recto sigmoides por endometriosis

Autor:

Julio César Rosales de León

Coautores:

Daniella Gómez Pue, Carlos Félix Arce, Raúl Leal González

Institución:

Hospital San José-Tec de Monterrey

Objetivo: mostrar la técnica para resección laparoscopia de intestino afectado por endometriosis basándose en el reporte de un caso. **Material y métodos:** repor-

tamos un caso de una paciente premenopáusica con dolor pélvico crónico, que en laparoscopia presenta endometriosis severa, con implantes intestinales profundos. En la laparoscopia se realiza resección y anastomosis de recto sigmoides. Se explica la técnica quirúrgica y revisión de la literatura. **Resultados:** evolución post-quirúrgica satisfactoria. **Conclusiones:** en el pasado, la endometriosis intestinal diagnosticada en laparoscopia generalmente requería conversión a laparotomía. El tratamiento de la endometriosis colórectal, aun en etapas avanzadas es factible y segura en manos expertas.

HISTEROSCOPIA OPERATORIA Y DIAGNÓSTICA

Histeroscopia quirúrgica ambulatoria en consultorio

Autor:

José Alanís Fuentes

Coautores:

Salvador Rodríguez Rangel, Martel Martínez Gutiérrez

Institución:

Hospital General Dr. Manuel Gea González

Objetivo: 1. Valorar la utilidad del equipo en pacientes del Hospital General Dr. Manuel Gea González. 2. Definir el potencial de indicaciones en pacientes ambulatorias. 3. Valorar las limitaciones del equipo. **Material y métodos:** pacientes que acuden a la clínica de histeroscopia del Hospital General Dr. Manuel Gea González. Se les realiza histeroscopia diagnóstica con la técnica moderna y con el principio de ver y tratar, todos los procedimientos se realizaron sin anestesia. **Resultados:** se realizaron un total de 5425 histeroscopias en un periodo comprendido entre noviembre de 1997 a diciembre de 2003, en las cuales en 1230 (22.7%) se realizó algún procedimiento quirúrgico histeroscópico en el mismo momento del diagnóstico, se analizan los procedimientos realizados. **Conclusiones:** es de trascendencia económica y social el establecimiento de la cirugía histeroscópica en el consultorio en hospitales de segundo nivel, ya que tienen gran demanda de atención y una capacidad

de hospitalización con un alto número de cantidad de cirugía diferida.

Tumor “evanescente” intrauterino después del tratamiento farmacológico. Presentación de un caso

Autor:

Pablo Garza Ríos C

Coautores:

Julio de la Jara D, Paolo Di Castro S, Oliver Cruz Orozco

Institución:

Instituto Nacional de Perinatología

Presentamos caso de paciente de 27 años Gesta II Abortos II e infertilidad secundaria. Se detectó hipotiroidismo Iatrogénico por I-131, hiperinsulinemia, anovulación, miomatosis uterina de medianos y grandes elementos reportándose HSG con defecto de llenado en cuerno derecho. Histerosonografía tumoración cornual derecha de 19.2mm compatible con mioma submucoso. Se trató con dieta de reducción, metformin y terapia de sustitución tiroidea. Se programó cirugía para extirpar la tumoración por histeroscopia y miomectomía por laparotomía. Preparación endometrial con Danazol 600mg diarios por 6 semanas. El procedimiento histeroscópico demostró una cavidad normal, ambos ostiums visibles y ausencia de la tumoración. La miomectomía se llevó a cabo sin incidentes y una histerosalpingografía realizada 4 meses después del procedimiento quirúrgico reportó cavidad uterina normal sin defectos de llenado y permeabilidad tubaria bilateral. Toda paciente infértil con patología uterina intracavitaria debe tratarse de preferencia por histeroscopia antes de intentar cualquier terapia específica de infertilidad. Los miomas submucosos no suelen desaparecer con tratamiento médico, no así los pólipos sobre todo de pequeño tamaño. Cuando se hace diagnóstico de miomas submucosos los Agonistas GnRH pueden ser muy efectivos, tratamiento que no pudo realizar la paciente. Inferimos que la tumoración “evanescente” pudo tratarse de pólipo endometrial o tumoración proveniente de miometrio subendometrial que pueden confundirse con miomas submucosos

del miometrio intramural. Se originan de estructura distinta especializada, con cambios cíclicos por ser sensitivos a efectos de hormonas ováricas. Características ultrasonográficas de pólipos y miomas submucosos: Pólipos: hipoeocogenicos, interfase miometrio endometrio conservada, pediculados, vascularidad en zona de implantación (doppler color), no distorsionan contorno de cavidad uterina. Miomas: isoecoicos, interfase miometrio endometrio perdida, sésiles con porcentaje variable de invasión intracavitaria y distorsión del contorno de cavidad. Los miomas submucosos provenientes de pared uterina deben de estudiarse para conocer su grado de porción intracavitara. Los originados en la unión miometrio endometrio y los de pared uterina son dos entidades clínicas distintas.

Histeroscopia: una nueva alternativa en el tratamiento del embarazo ectópico cornual

Autor:

María José Chiriboga

Coautor:

Miriam Negrin

Institución:

Hospital Ángeles del Pedregal

Objetivo: considerar a la histeroscopia como una buena alternativa en el tratamiento del embarazo ectópico cornual, en pacientes que desean conservar su fertilidad. **Material y métodos:** mujer de 35 años multigesta, sin antecedentes de importancia; que cursa con embarazo de 8 sdg, la cual presenta dolor abdominal intenso, sangrado vaginal escaso rutilante de 24 horas de evolución. Se realiza un control ultrasonográfico USG, donde que demuestra saco gestacional único localizado en el cuerno izquierdo vivo, con una pared miometrial en el polo del embarazo de 3mm. embarazo corresponde a 7.4 sdg. Se administra una dosis de metotrexate intramuscular. Nuevo control USG en dos días, feto sin FCF. Se programa para tratamiento histeroscópico bajo control laparoscópico. **Resultados:** la listeroscopia demostró saco gestacional cornual, embrión integro sin FCF, el cual se reseca, sin complicaciones. Se realiza posterior legrado uterino

instrumental complementario. **Conclusiones:** el embarazo intersticial o cornual tiene una incidencia de 1 a 4 por cada 100 embarazos, con una mortalidad de 2 al 3%. El diagnóstico temprano es crucial, ya que permite tener opciones de tratamiento conservador, menos invasivas, con el objetivo de conservar la fertilidad futura. La histeroscopia es una buena alternativa que debe considerarse en el tratamiento de pacientes con embarazo ectópico cornual, hemodinamicamente estables. Con la ventaja de ser una cirugía de menor invasión, técnica de bajo riesgo, menor estancia hospitalaria y por mantener la fertilidad futura.

OTROS PROCEDIMIENTOS ENDOSCÓPICOS

Manejo laparoscópico de embarazo ectopico cornual. Reporte de un caso

Autor:

Daniella Gómez Pue

Coautores:

Georgina Ruvalcaba Ortiz, Carlos Félix Arce, Raúl Leal González

Institución:

Hospital San José-Tec de Monterrey

Objetivo: reporte de un caso de manejo conservador laparoscópico de embarazo ectópico cornual. **Material y métodos:** paciente femenino de 30 años de edad, con embarazo ectópico cornual no roto de 7.3 sdg por FUM. β -HCG 81 000mUI/ml. En ultrasonido vaginal presenta cavidad uterina vacía. Se realiza laparoscopia diagnóstica encontrando protuberancia de 2 cm en cuerno derecho. Se infiltra vasopresina. Se realiza incisión en el cuerno y el saco gestacional es removido. Se sutura el defecto con 3 puntos extracorpóreos. **Resultados:** patología reporto vellosidades coriales consistentes con embarazo ectópico. Postquirúrgico con evolución satisfactoria, la paciente fue seguida hasta presentar β -HCG de 0 mUI/ml. **Conclusiones:** el embarazo ectópico cornual es generalmente tratado con histerectomía o escisión cornual por laparotomía en el mejor de los casos, hay pocos casos reportados de un manejo

mas conservador en donde se preserve la anatomía y funcionalidad del útero permitiendo futura fertilidad, el manejo conservador laparoscópico es factible en casos seleccionados bajo manes expertas.

Cerclaje laparoscópico en embarazo

Autor:

Daniella Gómez Pue

Coautores:

Gerardo Vela Antillón, Horacio Alvarado, Luis Carlos Paez Lobeira

Institución:

Hospital San José-Tec de Monterrey

Objetivo: mostrar la técnica laparoscópica de cerclaje en una paciente cursando un embarazo en segundo trimestre. **Tipo de estudio:** cerclaje laparoscópico en embarazo. Reporte de caso y revisión de la literatura. **Material y métodos:** reportamos un caso de una paciente con antecedentes de perdidas fetales por incompetencia cervical, con historia de cerclaje vaginal fallido en la que se realiza la colocación del cerclaje por vía laparoscópica. **Resultados:** explicación de la técnica quirúrgica y revisión de la literatura. **Conclusiones:** el cerclaje cervical fue introducido en 1955 por V.N. Shidokar. Utilizado en embarazos de pacientes con historia de insuficiencia cervical o incompetencia cervical que es la inhabilidad del cuello uterino para retener un embarazo en ausencia de contracciones dolorosas. Actualmente se realiza cerclaje abdominal y cerclaje laparoscópico en pacientes con cerclaje vaginal fallido. Las ventajas de un cerclaje por laparoscopia son: no necesidad de hospitalización, menos dolor postoperatorio y recuperación rápida. Además es mínima la manipulación y la disección uterina. Los resultados son iguales al cerclaje por laparotomía.

COLPOSCOPIA Y PATOLOGÍA CERVICAL

Cáncer cervicouterino microinvasor y embarazo

Autor:

Carlos Guzmán Nava

Coautores:

María Guadalupe González González, Ismael Padilla Ponce, Lilia Hernández Nava

Institución:

Hospital General Vasco de Quiroga, ISSSTE

Paciente 33 años, casada, antecedentes: madre y hermana con CaCu, tabaquismo positivo desde 18a, IVSA 18 años, 2 parejas sexuales, sexo genital, anal y oral, G: 3, P: 2, utilizó DIU durante 5 años. A su ingreso con embarazo de 16.2 semanas y reporte de biopsia de medio privado con CaCu microinvasor 3 mm de invasión. Colposcopia: cambios deciduales y datos sugestivos de LEIAG. Se realizó cono cervical en domo, sin complicaciones. Reporte histopatológico: 24 cortes: carcinoma cervicouterino epidermoide, microinvasión de aproximadamente 300 micras; células grandes, no queratinizante, sin permeación linfovascular, bordes del cono con LEIAG. Se establece manejo conservador, control colposcópico bimensual. A las 37.2 sdg se realizó cesárea por oligohidramnios moderado y RCIU, obteniendo PUVI de 2400 gr. 8 semanas postcesárea se realizó cono cervical con asa diatérmica de 15 x 10 mm, reporte Histopatológico: CaCu in situ; no referidos y evaluados bordes quirúrgicos. Se realizó HTA Piver II sin complicaciones, histopatológico del cérvix: LEIBG en 2 cuadrantes. Bordes quirúrgicos libres de lesión. Queda en control citocolposcópico c/4 meses durante 4 años. La incidencia del Ca Cu y embarazo se reporta en 1/ 2020, el cono cervical durante el embarazo se justifica solo en casos para corroborar diagnóstico. En los estadios de invasión mínima son importantes los factores histopronóstico para instituir terapéutica, En invasión incipiente el cono cervical puede ser terapéutico, dado el crecimiento por continuidad y escasa posibilidad de invasión ganglionar del 0.2% en estadio I a1.

ESTUDIOS COLPOSCÓPICOS

Oligohidramnios severo del segundo trimestre secundario a estenosis subglótica materna

Autor:

Juan Bautista de J Basto May

Coautores:

Raúl Agustín Paz Heredia, Mónica Geraldine Castillo Medellín, María Teresa Tovar Villegas

Institución:

UMAE 190, IMSS, Mérida, Yucatán

Objetivo: presentación del primer caso a nivel nacional de esta patología específica y revisión de la literatura. Paciente de 25 años de edad, AGO, G 2 P 1 opsomenorreica, FUR 27/ago/05 USG 1er, Trimestre del 29 Nov 05 con reporte de Embarazo. 9.3 semanas. Padecimiento Actual. Inicia tres meses previos a su ingreso, con tos seca irritativa que posteriormente se vuelve productiva. Al mes se añade fiebre no cuantificada y disnea progresiva hasta ser de mínimos esfuerzos, manejada como cuadro asmático sin respuesta favorable, con compromiso ventilatorio importante. Valorada por UCIA se solicita IC a ORL, quien practica laringoscopia directa, Dx estenosis subglótica 80%, tributaria a traqueostomía de urgencia, la cual se realiza. Evaluación obstétrica inicial USG Embarazo. 23.2sem. oligo severo Phelan 2 ecografía Doppler color, descarta malformación renal y/o alteraciones vasculares Se inicia medidas de asistencia fetal, oxigenoterapia, orciprenalina y ASA Se logra reversión del oligohidramnios hasta un índice Phelan 10. A la semana. 34 x USG del 1er. Trimestre desencadena actividad, se efectúa cesárea por producto en situación transversa, Pb. RCIU Asimétrico, peso 1,680 gr, capurro 35 sem. Apgar de 7/8. **Comentario:** el pensar en la posibilidad de una RCIU asimétrico secundario a un fenómeno hipóxico importante en etapa temprana de la gestación, nos permitió dar un manejo conservador y avanzar la gestación 10 semanas más con reversión del oligohidramnios. En la revisión de la literatura, no existe caso igual, solo se habla, de RCIU asimétrico en el tercer trimestre secundario a neumopatías crónicas.

Evaluación colposcópica cervical en mujeres programadas para histerectomía por patología benigna del útero, con reporte citológico normal

Autor:

Jaime Ayala Barragán

Coautores:

Blanca Yesenia Domínguez Rivera, José Antonio Ramírez Torres

Institución:

Facultad de Medicina de la Universidad Juárez del Estado de Durango

La histerectomía es la cirugía ginecológica más frecuente. La evaluación preoperatorio implica el descartar patología premaligna o maligna cervical. **Objetivo:** conocer el resultado de la evaluación colposcópica cervical en mujeres con citología cervical normal, así como las variables sociodemográficas, de las pacientes programadas para histerectomía por patología benigna del útero. **Diseño:** estudio prospectivo, descriptivo, observacional, transversal. **Material y métodos:** se estudiaron 73 pacientes que fueron programadas para histerectomía total abdominal con patología benigna del útero y con citología cervical (Papanicolaou) negativo a malignidad, que aceptaron participar en el estudio, realizándose cuestionario de variables sociodemográficas, así como colposcopia y en caso de reporte de alguna lesión, toma de biopsia dirigida. El análisis fue realizado por estadística descriptiva con porcentajes pruebas de tendencia central y dispersión. **Resultados:** la edad promedio de las pacientes 44 ± 8.6 años (rango 27-44 años). Tenían unión estable 78% de las pacientes. Escolaridad primaria el 55%, dedicándose al hogar el 90%. Inicio de vida sexual activa antes de los 20 años en 57% de las pacientes (19.7 ± 4.2 años). Tuvieron lesión premaligna o maligna cervical 18 pacientes (24.7%) teniendo diagnóstico de CaCu invasor una paciente. **Conclusiones:** de acuerdo a los resultados es recomendable estudio colposcópico de pacientes sometidas a histerectomía ya que hasta en un 25% de las pacientes con citología normal se encontró patología premaligna o maligna del cérvix, lo cual se corroboró histopatológicamente en la pieza quirúrgica. Esto permitirá realizar un plan quirúrgico para valorar la técnica quirúrgica a realizar.

ONCOGINECOLOGÍA

Ruptura espontánea de leiomioma uterino: reporte de un caso y revisión de la literatura

Autor:

Patricia Gaona Luviano

Coautores:

Heriberto Medina Franco, Daniel Borja Cacho, Carmen Lome Maldonado

Institución:

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Objetivo: reportar un caso de ruptura espontánea de leiomioma uterino. **Material y métodos:** revisión de expediente clínico y de la literatura mundial. **Resultados:** se reporta femenino de 41 años de edad, sin antecedentes de importancia, gesta cero. Padecimiento de tres meses de evolución con hiperpolimenorrea, con evaluación inicial por ultrasonido que demostró miomatosis uterina de pequeños y medianos elementos. A lo anterior se agregan datos progresivos de síndrome anémico y crecimiento del perímetro abdominal. Acude a la consulta de Urgencias por dolor abdominal agudo de 12 horas de evolución, acompañado de náusea y mareo. En la evaluación inicial se encuentra con taquicardia, normotensa, con datos de irritación peritoneal y crecimiento del fondo uterino 4 cm por arriba de la cicatriz umbilical. Exámenes de laboratorio demostraron Hb de 7.1 g/dL sin otras alteraciones. Se realizó laparotomía de urgencia encontrando hemoperitoneo de 500 mL y útero con gran tumoración rota y sangrante en el fondo del mismo. Se realizó histerectomía con ooforectomía unilateral por involucro de un anexo por el tumor. La evolución postoperatoria fue satisfactoria. El reporte de patología fue de leiomioma sarcoma de alto grado con más de 10 mitosis por 50 campos de alto poder y grandes áreas de necrosis. La paciente recibirá quimio-radioterapia adyuvante. En la literatura se han reportado únicamente 4 casos previos de ruptura espontánea de leiomioma uterino. **Conclusiones:** el leiomioma uterino es un tumor poco frecuente, siendo extraordinaria su presentación con ruptura espontánea y hemoperitoneo.

Tumor maligno mixto mulleriano con diferenciación neuroendocrina: tratamiento mediante histerectomía vaginal radical asistida por laparoscopia. Reporte de un caso

Autor:

César Hernández Álvarez

Coautores:

Carlos Leal Meléndez, Eduardo Luevano Flores

Institución:

Hospital Christus Muguerza del Parque

Marco de referencia: los tumores malignos mixtos mullerianos son tumores poco comunes agresivos y recurrentes. En etapas tempranas se han tratado de manera tradicional con histerectomía radical abdominal con salpingooforectomía bilateral con o sin radio-quimioterapia adyuvantes. A continuación se presenta un caso de un tumor mixto mesodérmico con diferenciación neuroendocrina, que se trató con histerectomía radical vaginal asistida por laparoscopia y quimioterapia adyuvante con resultado satisfactorio.

Caso: se trata de femenina de 57 años de edad que inició con cuadro clínico de sangrado uterino anormal posmenopáusico, acudió al consultorio donde durante la exploración se encontró una lesión polipoide cervical de la que se tomó biopsia. Ésta se reportó como carcinoma indiferenciado neuroendocrino del cérvix. Se decidió hospitalizar para tratamiento quirúrgico mediante una histerectomía radical vaginal asistida por laparoscopia con salpingooforectomía bilateral, obteniéndose espécimen que diagnosticó como de carcinoma polipoide del endometrio con extensas zonas de carcinoma indiferenciado de células pequeñas con invasión miometrial, ganglios negativos y lavados peritoneales positivos. Se hicieron estudios de inmunohistoquímica haciéndose el diagnóstico final de tumor mixto mesodérmico con diferenciación neuroendocrina. En base a la estadificación el servicio de oncoginecología inició terapia adyuvante mediante quimioterapia con cisplatino e ifosfamida. Actualmente la paciente se encuentra sin evidencia de enfermedad recurrente. **Conclusión:** los tumores malignos mixtos mullerianos son agresivos y recurrentes que si se diagnostican en etapas tempranas responden satisfactoriamente con cirugía y terapia adyuvante, en este caso el tratamiento quirúrgico fue una histerectomía vaginal asistida por laparoscopia y sus ventajas parecen ser una buena alternativa.

Prevalencia de cáncer de endometrio en la UMAE 23, Monterrey, NL

Autor:

María Guadalupe Gamiño López

Coautores:

Fernando Carlos Hernández Garza, Juan Pablo Esparza Cano, Victoria Martínez Gaytán

Institución:

IMSS

Objetivo: definir la prevalencia de cáncer de endometrio por grupo etáreo de acuerdo a la etapificación, estirpe histológica y frecuencia de metástasis a anexos en UMAE 23. **Material y métodos:** revisión de expedientes en pacientes con diagnóstico histopatológico de cáncer de endometrio que recibieron tratamiento quirúrgico en el servicio de Oncología de la UMAE 23 del 1° de enero del 2002 al 31 de diciembre del 2005. Las variables estudiadas fueron edad, etapa, estirpe y grado histológico y metástasis a anexos. **Resultados:** se registraron 175 casos en los cuales la edad promedio fue 52 años, se dividieron en 4 grupos de edad, el primer grupo menores de 40 años (n = 22), el segundo grupo de 40 a 50 años (n=28), el tercer grupo de 50 a 60 años (n =69), el cuarto grupo mayores de 60 años (n=56). 126 casos (72%) correspondieron a etapa I, de los cuales 17 casos pertenecieron al grupo I, 25 al 2, 48 al 3 y 36 al 4. En cada grupo el grado histológico más frecuente fue el moderadamente diferenciado. La Estirpe histológica de mayor frecuencia en todos los grupos correspondió al adenocarcinoma subtipo endometriode. En 18 casos se encontró afección de anexos, de los cuales fueron 12 con metástasis, 5 con doble primario y 1 con triple primario. **Conclusiones:** esta patología se encuentra en pacientes cada vez más jóvenes por lo que es importante pensar en su diagnóstico, para un reconocimiento precoz e implementar un tratamiento oportuno.

ENFERMEDADES MALIGNAS DE LA MAMA

Angiosarcoma mamario. Reporte de dos casos

Autor:

Carlos Spencer Niño Cantú

Coautores:

Oscar Arturo Verdugo Cisneros, Ricardo Franco Medina, Luis Carlos Frías López

Institución:

IMSS

Objetivo: reportar dos casos de angiosarcoma mamario. **Material y métodos:** caso 1 Femenino de 36 años. Antecedente de resección amplia de glándula mamaria derecha (GMD) por tumor phylloides. Acude por presentar nódulos en GMD y mastalgia leve. Se palpan en cuadrante superior externo de GMG múltiples nodulaciones duras, móviles, fibrosas, sin cambios de coloración cutánea, dolor o secreción por pezón. Axilas negativas. Biopsia reporta hemangioma. Se efectúa mastectomía simple por recurrencia de tumor phylloides y hemangioma de mama derecha. Reporte histopatológico: hemangiosarcoma bien diferenciado sin tumor residual en bordes ni lecho quirúrgico. Actualmente sin actividad tumoral. Caso 2 femenino de 26 años. Con antecedente de fibrolipoma en GMD hace dos años. Referida nuevamente, por presentar tumor de 10X10 centímetros, irregular, de consistencia mixta, de tipo vascular, sobre areola y bajo cicatriz previa. No adenomegalias. Biopsia de Trucut reporta angiosarcoma mamario. Se programa mastectomía radical modificada (MRM) siendo su reporte de angiosarcoma de bajo grado de malignidad. Posteriormente reingresa por presentar tumor en mama izquierda de 10X10 centímetros, firme, móvil, bien delimitado, con axilas negativas. Biopsia por aspiración concluye angiosarcoma mamario, se programa MRM, con reporte definitivo de hemangiosarcoma grado I, con bordes quirúrgicos libres. Actualmente sana. **Conclusiones:** el angiosarcoma de la glándula mamaria representa menos del 1% de los sarcomas mamarios primarios, pero se destaca por su comportamiento clínico agresivo y en algunos casos, un aspecto histológico engañosamente inocuo. La variedad de alto grado se asocia a alta mortalidad. La incidencia de angiosarcoma mamario en nuestro hospital es muy similar a reportada en la literatura hasta el momento.

OBSTETRICIA GENERAL

Alternativas terapéuticas en la resolución del embarazo ectópico

Autor:

Oswaldo Gutiérrez Cruz

Coautores:

Mario Sergio Cristo Aguirre, Claudio Serviere Zaragoza, José Toribio Pineda Fernández

Institución:

Hospital Ángeles México

Objetivo: mostrar las alternativas terapéuticas del embarazo ectópico en el Hospital Ángeles México durante el 2003. **Material y métodos:** estudio retrospectivo, observacional del 01 de enero al 31 de diciembre del 2003. Se revisaron 33 expedientes, analizando síntomas y tratamiento.- Criterios de inclusión: Ingreso a Urgencias labor del Hospital Ángeles México con diagnóstico de probable embarazo ectópico. Se analizó la información con medidas de tendencia central. **Resultados:** de 33 expedientes sólo en 19 casos se confirmó el diagnóstico. La edad promedio fue 29.6 años, las SDG promedio fue de 7.3. El 10.5% (2) con antecedente de un embarazo ectópico previo. El 21% (4) utilizaba DIU. El lado izquierdo fue afectado en 57.8% (11) y 42.1% (8) el derecho. El 84.2% (16) tenía dolor abdominal y el 73.6% (14) STV. La resolución del embarazo fue en un 84.2% (16) por laparotomía de las cuales se realizó salpingectomía en un 68.4% (13), salpingooforectomía en 18.4% (3) y salpingectomía así como LUI en 12.5% (2), el restante 15.7% (3) por laparoscopia. En ninguno se utilizó metrotexate. **Conclusiones:** en la revisión realizada en el Hospital Ángeles México la vía de abordaje más frecuente fue la laparotomía en la que se realizó salpingectomía. La laparoscopia aún es limitada. Ninguna paciente utilizó metrotexate.

Ruptura uterina espontánea por placenta percreta

Autor:

Carlos Méndez Rodríguez

Coautores:

Arturo Verdugo Cisneros, Carlos Hiram López Jiménez, Nadia Figueroa Medrano

Institución:

IMSS

Objetivo: presentar un caso de ruptura uterina por acretismo placentario en útero intacto. **Material y métodos:** paciente de 32 años G:4; P:3 quien acude a esta unidad con un de 26 semanas de gestación con dolor lumbar, hipo motilidad fetal y actividad uterina. Se diagnostica muerte fetal y presenta sangrado transvaginal intenso por lo que se realiza histerotomía evacuada por datos de desprendimiento prematuro de placenta normo inserta. Encontrando hemoperitoneo de aproximadamente 1000 ml, útero infiltrado, ruptura uterina en cara posterior y fondo con producto único muerto en cavidad abdominal junto con placenta, por lo que se procede a la histerectomía. Se manda la pieza a patología reportándose útero gestacional de 26 semanas, con tejido placentario que invade toda la pared uterina; acretismo placentario. **Conclusiones:** se trata de una patología poco frecuente, que a diferencia de lo descrito en la literatura se presentó en la cara posterior, con hemoperitoneo y sin antecedentes de cicatriz uterina previa.

PUERPERIO NO COMPLICADO

Anticoncepción posevento obstétrico en mujeres VIH+/SIDA

Autor:

Roger Lara Ricalde

Coautores:

Norma Velázquez Ramírez, Elizabeth Pérez Martínez, Martín Rivera Montes Alfredo

Institución:

INPER-IER

Objetivo: conocer los métodos de planificación familiar aceptados por pacientes VIH + pos evento obstétrico, atendidas en el INPER. **Material y método:**

dos: se incluyeron a todas las pacientes VIH+/SIDA que resolvieron su embarazo en el INPER-IER del 1 enero 2000-30 abril 2006, se revisaron sus expedientes y los del recién nacido, obteniendo datos socio-demográficos y relacionados con la infección VIH. **Resultados:** del 1 enero 2000-30 abril 2006 se atendieron 82 pacientes VIH+ y 7 con SIDA. Promedio edad 25.6 ± 5.7 años (15-38), paridad 2.7 ± 1.2 (1-6), escolaridad 8.3 ± 4.0 años, IVSA 17.1 ± 3.5 años, número de parejas sexuales 2.3 ± 1.4 , pareja sexual infectada 59 casos (66.3%), consultas prenatales 3.6 ± 2.0 (0-9), método anticonceptivo previo: preservativo 15 (16.9%), DIU 10 (11.2%), AOC 2 (2.2%), inyectables 3 (3.4%), ninguno 59 (66.3 %). **Resolución obstétrica:** un aborto espontáneo, practicándose LUI y 88 cesáreas (98.9%). Métodos anticonceptivos pos evento obstétrico: AOC 3 (3.4%), DIU y barrera 1 (1.1%) respectivamente, OTB 80 (89.9%) y ninguno 4 pacientes (4.5%). Seguimiento: se localizó a 18 pacientes (20.2%), en 46 (51.7%) teléfono incorrecto, y 25 (28.0%) sin forma de localización. Solo un producto resultó VIH+. **Conclusiones:** la tasa de anticoncepción pos evento obstétrico de 95.5% demuestra una adecuada consejería y aceptación por éstas mujeres. De las mujeres con OTB 56.2% la solicitaron por el diagnóstico VIH+, 12.5% por paridad satisfecha y 31.3% por ambos. Una paciente continua con AOC con buena tolerancia y otra no utiliza método por deseo de embarazo. No se conoce de complicaciones relacionadas con los métodos.

OPERATORIA OBSTÉTRICA

Miomatosis uterina de grandes elementos asociada al embarazo con feto vivo: presentación de un caso y revisión de la literatura

Autor:

Antonio Sifuentes Álvarez

Coautores:

Wendy Berenice Martínez Soto

Institución:

Universidad Juárez de Durango y Hospital General de la Secretaría de Salud de Durango

Presentación del caso: femenino de 34 años de edad, multigesta con FUR 19 de Febrero del año 2006, acude el 3 de mayo del 2006 al servicio de tococirugía por presentar dolor abdominal intenso, localizado en fosa iliaca derecha; a la exploración física con signos vitales normales, con datos clínicos de irritación peritoneal, a la exploración bimanual cervix posterior formado y cerrado, doloroso a la movilización, útero de 10 cm aproximadamente y en fondo de saco lateral derecho se palpa una masa de aproximadamente de 12 cm, fija, de bordes regulares y consistencia blanda. Se realiza ultrasonido el cual reporta embarazo intrauterino de características normales y una masa en fosa iliaca derecha de 92X93X76 mm, hipocogénica con ecos en su interior correspondiente a quiste anexial derecho. Se establece el diagnóstico de dolor abdominal por probable quiste torcido de ovario. Se realiza laparotomía exploradora encontrando una masa de aproximadamente 12 cm dependiendo de útero, blanda y vascularizada que corresponde a un mioma el cuál no presenta datos de degeneración ni hemorragia, por lo que se decide dejarlo y establecer manejo conservadora. Se da por terminado el acto quirúrgico, sutura por planos en forma habitual y se instala manejo conservador. **Conclusiones:** se han sobrestimado las complicaciones obstétricas debido a la asociación con fibromas y embarazo, gracias a la ecografía se conoce mejor su frecuencia diagnóstico y tratamientos oportunos; siendo la evolución favorable en la mayoría de los casos, deberá siempre prever complicaciones hemorrágicas y evitar la miomectomía durante el embarazo.

Hemorragia masiva transquirúrgica por placenta percreta con invasión a vejiga y parametrios. Reto a la destreza quirúrgica del ginecoobstetra

Autor:

Fausto Moisés Coronel Cruz

Coautores:

María del Rocío Chillopa Rodríguez, Alejandro Vásquez

Institución:

Hospital Regional de Zona Ignacio Zaragoza, ISSSTE

Objetivo: evaluar dificultad técnica, complicaciones quirúrgicas, estrategias de resolución en percreetismo placentario con invasión a tejidos adyacentes. **Material y métodos:** paciente 32 años, G4, AI, CII, sana, embarazo actual 38 semanas, programada para cesárea, salpingoclasia. ultrasonografía. Placenta previa total, vasos retroplacentarios tomando contacto con pared vesical posterior, ambos parametrios, con doppler color. **Resultados:** hallazgos operatorios. Placenta previa total simétrica, percreta, invasión vesical (cara posterior), parametrial; realizamos cesárea corporal más histerectomía, cistectomía, cistorrafía, ligadura de hipogástricas, aplicación Mikulicks, sangrado 12,000 ml.; manejo en terapia intensiva para compensación metabólica y de volemia. Retiro Mikulicks 3 días después. Egresó en 12 días con adecuado estado de salud. Producto. Femenino, 2,975 grs., 8/9, 40 semanas. **Conclusiones:** frecuencia de placenta previa es 1 cada 200 nacimientos, acompañándose de acretismo, 1 cada 75 casos, contribuyendo en 23 % a mortalidad materna por sangrado. Factores de riesgo: cesárea(s), previa(s), legrado uterino instrumental, multiparidad, madre añosa, etc. La habilidad del cirujano, como el buen manejo de líquidos y disposición de hemoderivados, son fundamentales para lograr el éxito deseado. Esta entidad cada día es más común secundario al aumento desmedido de operación cesárea, debiendo estar capacitado para su atención. Debe implementarse el manejo en estos casos con dejar placenta in situ, seguido de embolización vascular y/o aplicación de Metrotexate y cirugía posterior, según evolución y condiciones.

MEDICINA MATERNO FETAL

Síndrome de Prune Belly: presentación de un caso

Autor:

Judith Reynaga Hernández

Coautores:

Mauro Ochoa Torres

Institución:

IMSS

Objetivo: presentar un caso de síndrome de Prune Belly con diagnóstico e intervención prenatal. **Material y métodos:** femenino de 15 años gesta 1, sin antecedentes de importancia, que fue referida por tumor abdominal fetal, se realiza ultrasonido encontrando embarazo de 21 semanas por ecografía, producto vivo y pélvico con oligohidramnios, megavejiga, hidrouréter, hidronefrosis y pie equinovaro bilateral. Se realiza amniotomía paraumbilical y vesicocentesis drenando 250cc de orina fetal; a los 15 días se coloca catéter vesicoamniótico con diagnóstico de valvas uretrales posteriores evolucionando satisfactoriamente, al mes presenta fístula vesicoperitoneal y ascitis fetal por lo que se coloca catéter peritoneoamniótico; se resuelve por cesárea a las 35 semanas debido a oligohidramnios severo, se administraron previamente inductores de madurez pulmonar. Se obtuvo recién nacido masculino de 2.640 Kg, FCF:80x, APGAR: 6-8, con diagnóstico Síndrome de Prune Belly e hipoplasia pulmonar, muere a los 45 días de nacido por complicaciones respiratorias. **Conclusiones:** la frecuencia de presentación de esta entidad es rara, sin embargo es importante establecer un diagnóstico precoz para estar en posibilidad de establecer si es tributario de manejo intrauterino y definir su pronóstico para otorgar información oportuna a la pareja.

Esclerosis tuberosa y embarazo. Presentación de un caso y revisión de la literatura

Autor:

Beatriz Elena Santos Salazar

Coautores:

Fausto Coronel Cruz

Institución:

Hospital General de México

Objetivo: presentación de caso. **Material y métodos:** áreas clínicas del servicio de ginecología y obstetricia, personal médico, Archivo Clínico. **Resultados:** paciente con 20 años con los siguientes antecedentes: Esclerosis tuberosa diagnosticada a los 6 años de edad, acompañada de crisis convulsivas tónico clónico generalizadas sin presencia de las mismas desde hace

10 años, actualmente sin manejo, elevación de cifras tensionales ocasional e infección de vías urinarias de repetición. AGO: menarca: 11 años Ritmo: 28X8, FUM: Desconoce; IVSA: 20 años; G I con control prenatal en Centro de Salud. Ingresa con embarazo de 33.6 SDG por USG, Producto único vivo intrauterino, sin trabajo de parto, Enfermedad hipertensiva asociada al embarazo a clasificar, Esclerosis tuberosa para vigilancia y protocolo de estudio en el servicio de perinatología. Exploración física: Lesiones dérmicas en nariz y región malar tipo verrugas, FU 28 cm, PUVI, LCD, FCF 140x', tacto vaginal cérvix posterior reblandecido con orificio cervical externo dehisciente con leucorrea moderada, resto normal. Egresada con hidralazina 50 mg VO c/8 hrs., control en consulta externa de perinatología. Control semanal con RCTG fetal. Reingresa el 23/07/05 con Embarazo de 38.6 SDG en trabajo de parto, realizando conducción del mismo, obteniendo por eutocia femenino, 3450 gramos, apgar 8/9, capurro de 39 SDG, ingresando al cunero de transición para vigilancia por antecedentes maternos. La madre va al servicio de cuidados intensivos diagnosticando preeclampsia severa y con manejo propio para el padecimiento, adecuada evolución siendo egresada con seguimiento en consulta externa. El producto con adecuada evolución egresando con la madre. **Conclusiones:** en este caso se puede observar que la evolución de la paciente resultó ser favorable, no se observaron alteraciones en el producto por lo menos al momento del nacimiento sabiendo que posee un riesgo de hasta 50% de heredar el trastorno materno. Se observó la asociación con Preeclampsia ya que la paciente poseía una patología renal de base que pudo ayudar a condicionar la misma. No se encontraron revisiones específicas en la literatura que muestren la asociación entre lo antes mencionado ni la evolución de las pacientes con este tipo de padecimiento, lo cual nos llevó a la presentación del mismo y la investigación más a fondo y seguimiento de la paciente para que en caso de localización de casos nuevos valorar el manejo y seguimiento de las mismas.

Embarazo de alto orden fetal: manejo conservador con feto vivo y dos papiráceos

Autor:

Roberto Jurado Barrera

Coautores:

Elvira Villa Rivera, Gregorio Magaña

Institución:

Hospital General de México

Objetivo: manejo conservador. **Conclusiones:** la muerte fetal intrauterina es una complicación difícil de enfrentar en obstetricia. La gestación múltiple tiene una incidencia de morbilidad de 0.54- 6.8%. La muerte de un producto en el primer trimestre es relativamente frecuente y en el segundo o tercer trimestre incrementa el riesgo materno y fetal presentándose coagulación intravascular diseminada en un 25%. En gestaciones monocoriónicas con anastomosis arterio-arterial y/o arterio-venosa el paso de material trombotico del gemelo muerto a la circulación del vivo ocasionando mortalidad perinatal en el 26% comparado con las bicoriónicas del 9% ocasionando que uno de los productos muera y sea comprimido por el feto restante El objetivo del manejo conservador es alcanzar la madurez pulmonar del producto vivo con vigilancia del perfil biofísico y estado materno. Resumen: paciente de 26 años de edad, G3P2, quien ingresa al servicio de perinatología con diagnóstico de embarazo de alto orden fetal de 31.6 semanas, 2 productos óbitos, 1 producto vivo con amenaza de parto pretérmino, con un óbito fetal por ultrasonido doppler de la semana 24. Se realizó manejo conservador con perfil biofísico, esquema de madurez pulmonar, útero inhibición con sulfato de magnesio, exámenes de laboratorio normales, por lo que se egresa para vigilancia ambulatoria. Ingresa nuevamente con embarazo 33.1 semanas en trabajo de parto, interrumpiéndose vía cesárea, obteniendo GI óbito masculino de 75 gr. GII masculino de 2100 gr. APGAR 8/9, Capurro 34.2, GIII óbito masculino de 85 gr. Bicoriónicos-triamnióticos, el producto vivo pasa a UCIN por prematuridad, egresando 15 días después por mejoría.

COMPLICACIONES MÉDICAS DEL EMBARAZO

Inducción de estrés oxidativo por homogenados placentarios de pacientes preeclámpicas: aumento de la reducción endotelial *in vitro* de MTT

Autor:

Lenka Patricia Pimentel Velázquez

Coautores:

Felipe Vadillo Ortega, Gilberto Tena Álvarez, Alejandro Zentella Dehesa

Institución:

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Objetivo: identificar los factores de homogenados placentarios de pacientes preeclámpticas implicados en el daño endotelial mediado por estrés oxidativo. **Material y métodos:** se agregaron diferentes concentraciones de homogenados placentarios de pacientes con preeclampsia y normotensas, a cultivos endoteliales primarios derivados de vena de cordón umbilical humano de eutocias sin ninguna patología asociada. Se midió la reducción de MTT como reflejo del estrés oxidativo en células cultivadas en presencia de homogenado placentario a concentraciones de 5, 10 y 15 mg proteína /ml durante 4, 8, 12, 16, 20, 24, 48 y 72 horas a 37°C. La reducción basal de MTT se determinó en células cultivadas sin homogenado placentario, y fue considerada como 100% de reducción. Las significancias entre las variables se analizaron con prueba de Chi cuadrada. **Resultados:** los homogenados placentarios de pacientes normotensas y preeclámpticas produjeron aumento de la reducción de MTT. Éste se incrementó hasta 75% con respecto a los controles en las células tratadas con 10 mg/ml de proteína de extracto de pacientes preeclámpticas a las 8 h de exposición. El promedio $\pm$ desviación estándar de reducción de MTT fue de $256 \pm 13\%$ para las preeclámpticas, en las normotensas la reducción aumentó $146 \pm 8.8\%$. Los valores resultaron estadísticamente significativos ($p < 0.001$). **Conclusiones:** los extractos placentarios de preeclámpticas tienen actividad biológica que provoca aumento de la reducción de MTT con respecto a los controles, lo que sugiere aumento del estrés oxidativo que podría contribuir al efecto citotóxico observado en el endotelio de pacientes con preeclampsia. Como la reducción de MTT usualmente refleja especies reactivas del oxígeno de la cadena de transporte de electrones, postulamos

que hay participación de las deshidrogenasas mitocondriales en el proceso.

Teratoma quístico y embarazo. Reporte de un caso**Autor:**

Eric Vázquez Camacho

Coautores:

Gabriel Rafael Sánchez Herrera, Alejandra Guerra Frese, Felipe Alfán Guzmán

Institución:

Hospital Ángeles México

Paciente de 29 años Gesta 2 Cesárea 1 con embarazo de 17.6 semanas por fecha de última menstruación, acude al servicio por presentar dolor abdominal intenso tipo cólico de 12 horas de evolución, en fosa iliaca derecha, irradiado hacia miembro pélvico derecho. Por medio de ultrasonido se encuentra embarazo intrauterino de 17 semanas por organometría y la presencia de un quiste derecho de aspecto heterogéneo. Por la persistencia de la sintomatología se decide intervenir quirúrgicamente, encontrando una tumoración dependiente de ovario derecho de 6.8×5.5 cm, e histológicamente con la presencia de epitelio de tipo respiratorio y de tipo inestinal, así como estructuras pilosas primitivas, compatible con un teratoma quístico benigno. Teratoma (del griego teratos = monstruo; onkoma = hinchazón). Es un tumor constituido simultáneamente por las tres hojas embrionarias: ectodermo, mesodermo y endodermo. La incidencia de formaciones anexiales en el embarazo es de 1:1000, pasando generalmente inadvertidas, siendo más frecuente su hallazgo debido a torsión entre la semana 8 a 16 de gestación. Presentan una malignización solamente en un 1 a 3% de los casos. **Conclusiones:** el hallazgo de un teratoma en el embarazo es un hecho poco frecuente, y menos frecuente aún la presencia de sintomatología asociada a la presencia de la tumoración o al crecimiento del mismo. Por lo que consideramos, que éste caso tuvo relevancia en nuestra formación y así lo quisimos compartir.

Resultados perinatales en pacientes con trombosis venosa profunda y embarazo tratadas con acenocumarina

Autor:

Enrique Reyes Muñoz

Coautores:

Nayeli Elizabeth Martínez Huerta, Samuel Vargas Trujillo, Carlos Neri Méndez

Institución:

Instituto Nacional de Perinatología

Objetivo: comunicar los resultados perinatales en 41 casos de trombosis venosa profunda (TVP) y embarazo manejados con acenocumarina entre las 12 y 37 semanas de gestación (SDG). **Tipo de estudio:** observacional, retrospectivo, descriptivo. Serie de casos.

Material y métodos: se revisaron los expedientes de los casos con diagnóstico de TVP y embarazo, de enero de 2000 a diciembre de 2005. Se incluyeron pacientes cuyo diagnóstico de TVP fue realizado en el INPerIER, que recibieron acenocumarina entre las 12 y 37 SDG, con control prenatal y resolución en el INPerIER. **Resultados:** se describen 41 casos con los siguientes resultados (promedios): Edad: 31.5 años (rango: 19-40), índice de masa corporal: 27.6 (rango: 20.1-36.7). Factores de riesgo (casos y %): obesidad: 10 (24.3%), antecedente de TVP: 9 (21.9%), síndrome antifosfolípido 2 (4.8%), epilepsia 2 (4.8%). Momento del diagnóstico por trimestre: primero; 18 (44%), segundo; 14 (34%) y tercero; 9 (22%). Miembro pélvico afectado: izquierdo 29 (71%), derecho: 12 (29%). Dosis semanal de acenocumarina: 11.8mg (rango: 8-22), Tiempo de protrombina durante el tratamiento: 25.98" (rango:17.5-34.6"), INR promedio: 2.33 (rango:1.6-3.4), complicaciones hemorrágicas: 4 casos (9.7%) (3 equimosis y epistaxis y 1 hematuria macroscópica). Resolución: parto; 16 (39%), cesárea; 25(61%), peso del recién nacido promedio: 3038 grs. (rango:1070-3660), Apgar ≤ 6 al minuto: 1 caso (2.4%) y a los 5 minutos (ninguno), en ningún recién nacido se encontraron malformaciones. **Conclusiones:** el empleo de acenocumarina entre las 12 y 37 SDG, en pacientes con TVP durante el embarazo, es una excelente alternativa en la profilaxis de recurrencia, es de bajo costo, fácil administración y monitorización, baja morbilidad materna y sin repercusiones perinatales aparentes.

Incidencia y complicaciones más frecuentes de colocación de filtro de vena cava en embarazadas con trombo-sis venosa profunda en el servicio de ginecoobstetricia del Hospital General de México

Autor:

Bruno Ivan Grifaldo Maldonado

Coautores:

Manuel Villegas Martínez, Gregorio Magaña Contreras, Araceli Rosas Álvarez

Institución:

Hospital General de México

Objetivo: conocer la incidencia y complicaciones más frecuentes de colocar Filtro de Vena Cava (FVC) en embarazadas del primer trimestre con Trombosis Venosa Profunda (TVP) atendidas en el SGO del HGM. **Material y método:** pacientes que les fue colocado FVC por TVP en el primer trimestre de embarazo del SGO del HGM, en el periodo de enero del 2005 a junio del 2006. Variables: complicaciones locales, de colocación y obstétricas por el procedimiento. **Resultados:** de 5 pacientes con seguimiento hasta la fecha, solo un caso presentó complicación local (neumotórax), el tipo de filtro fue tipo Gunther Tulip que se resolvió en la terapia intensiva de este servicio, sin necesidad de retirar filtro. La vía transyugular fue la utilizada en estas pacientes, sin complicaciones de colocación ni obstétricas. **Conclusiones:** es segura la aplicaciones de FVC en pacientes embarazadas del primer trimestre con TVP a pesar de complicaciones locales que no impide retirar el filtro, ni repercusión en el curso del embarazo en las pacientes atendidas en el SGO del HGM.

Embarazo gemelar con un óbito (feto papiráceo)

Autor:

Alfredo González Cortés

Coautores:

Jesús Hernández Hernández, Martha León Alcántara, Roberto Jurado Barrera

Institución:

Hospital General de México

Objetivo: presentar el reporte de un caso de un embarazo gemelar con uno de los fetos óbito y el control prenatal del mismo. La muerte de un gemelo en un embarazo monocorial constituye una situación de alto riesgo para el sobreviviente; con porcentaje de 1.1% en gemelos de diferente sexo y hasta 2.6%, en los del mismo sexo. Al nacimiento se pueden identificar “fetus compresos” o aplanado por la pérdida de líquido y parte de tejido blando “feto papiráceo”. Los daños en el gemelo sobreviviente, son debidas a eventos tromboembólicos feto fetales, por depósito masivo de fibrina en la placenta, lo que lleva a disminución del fibrinógeno. La pronta interrupción del embarazo ha sido propuesta como una medida eficaz para evitar la progresión del daño; sin embargo, eso es imposible en gestaciones alejadas del periodo de viabilidad fetal. Paciente de 18 años, con control prenatal en centro de Salud hasta las 25 semanas de gestación, cuando se detecta mediante ultrasonido la muerte de un producto, acude al HGM el 7 de Febrero del 2006, donde se corrobora el diagnostico y es internada, se realizan estudios para descartar Síndrome de Feto Muerto y es egresada a los 2 días, continua control prenatal en el servicio de Alto Riesgo, con USG y estudios de laboratorio. Se realiza cesárea el 11-04-06 obteniéndose gemelo 1 a las 10:03 am, vivo masculino, Apgar 7/8, Capurro: 37.6 SDG, peso: 2650 gr., Gemelo 2: sexo indiferenciado, peso: 60 gr., monocorionico, biamniotico, sangrado tras operatorio: 500 cc. Dada de alta a la madre el 13-04-06, y al producto el 15-04-06 sin alteraciones.

Diferencias de estrés oxidativo a través del 8-isoprostano en embarazadas con o sin preeclampsia

Autor:

Ma. Antonia Basavilvazo Rodríguez

Coautores:

José Guadalupe Santillán Morales, Marcelino Hernández Valencia, Roberto Lemus Rocha

Institución:

IMSS

Objetivo: determinar y comparar estrés oxidativo en embarazadas con y sin preeclampsia a través del 8-

isoprostano sérico. **Material y métodos:** se realizó un estudio transversal comparativo, y analítico, en donde se estudiaron embarazadas entre 28 a 34 semanas con y sin preeclampsia, tomando muestra venosa para medir 8-Isoprostano sérico. Las variables de estudio fueron: medición de 8-isoprostano por RIA en sangre, edad gestacional, APGAR y peso fetal al nacimiento. Se capturaron los resultados en SPSS, utilizando promedios, DS, proporciones Chi cuadrada y correlación. **Resultados:** se estudiaron 35 pacientes, 10 con preeclampsia (28.6%) y 25 sin preeclampsia (71.4%), la media de 8 isoprostano en pacientes con preeclampsia fue de 699pg/dl y sin preeclampsia de 113.9 pg/dl, la edad gestacional 32.10 y de 35.16, el peso al nacimiento de 1880 y 2787. Del nacimiento fue el mismo en el grupo con y sin preeclampsia respectivamente. Se encontró P significativa de 0.01 por chi cuadrada entre ambos grupos en relación a estrés oxidativo. **Conclusiones:** se encontraron diferencias clínicas y estadísticas en los niveles de 8-isoprostano en ambos grupo, no habiendo correlación entre los resultados peri natales en ambos grupos según el nivel de 8-isoprostano, sin embargo si hubo diferencias clínicas en relación a los pesos fetales al nacimiento. Nuestro estudio coincide con la literatura de que existe mayor estrés oxidativo en pacientes con pre-eclampsia, siendo lo anterior el fundamento del uso de antioxidantes en el manejo de pre-eclampsia para contrarrestar mayor daño tisular y obtener mejor pronóstico.

Colocación de filtros de vena cava en pacientes embarazadas con trombosis venosa profunda

Autor:

Blanca Estela Manroy Lozano

Coautores:

Raúl Serrano Loyola, Gustavo Fink Josephi, Rocío Gómez López

Institución:

Hospital Ángeles Lomas

Objetivo: demostrar la segura y efectiva aplicación de filtro cava en embarazadas con trombosis venosa profunda. **Material y métodos:** embarazadas con

trombosis venosa profunda y requerimiento de aplicación de filtro de vena cava entre enero de 1997 y junio de 2005, analizando edad, indicación, vía de abordaje, trimestre de embarazo, tiempo de fluoroscopia, volumen de medio de contraste administrado, presencia o no de trastornos hematológicos, complicaciones de la técnica y complicaciones obstétricas secundarias al procedimiento. **Resultados:** 84 casos, 58 por trombo pedicular iliofemoral, trombo pedicular iliofemoral con antecedente de embolismo pulmonar en 15 y retrombosis a pesar de tratamiento anticoagulante adecuado en 11. nueve en el 1er trimestre, 13 en el 2° y los restantes 63 en el 3er trimestre. Se utilizó la vía transfemorales 63 casos y la transyugular en 21, no se presentaron complicaciones mayores, la mortalidad materna fue cero y se tuvo una pérdida de producto en primer trimestre de gestación, no existió ningún caso de TEP posterior al procedimiento, la comparación entre las dos vías de abordaje no tuvo diferencia estadísticamente significativa. La exposición al tiempo de radiación y la cantidad de material de contraste administrado no repercutieron en la madre o producto. **Conclusiones:** la aplicación de filtro de vena cava en pacientes embarazadas con TVP o TEP es segura y eficaz.

DIAGNÓSTICO PRENATAL

Displasia tanatofórica

Autor:

Margarita Camacho Díaz

Coautores:

Ignacio Ronson Pérez, Fernando Escobedo Aguirre, Tomás de Jesús Mendoza Martínez

Institución:

Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE

Objetivo: caso clínico. **Resumen:** paciente de 26 años, originaria del Estado de México. AHF: Dos primos paternos uno con hidrocefalia y otro con Síndrome de Down. APNP: Toxicomanías negados. AGO: GII CI, menarca a los 12 años, FUM 07/Julio/2004, FPP 14/Abril/2005, embarazo de 28.1 semanas. EF: Signos

vitales normales; cardiopulmonar sin alteración; útero gestante FU de 27 cm, extremidades sin alteración. Ultrasonido: producto único, vivo, ILA 14.1, placenta anterior G II, peso fetal 943 grs. Fetometría: DBP 77.5 mm., CA 37.6 cm.2, fémur 26.7 mm., húmero 19.5 mm. Dx. Displasia tanatofórica. **Comentario:** Displasia ósea letal. Se caracteriza por micromelia severa con piel redundante, cabeza con frente prominente y caja torácica estrecha. Existe desorganización del cartílago de crecimiento con persistencia de tejido símil mesenquimatoso. Malformaciones asociadas: riñón en herradura, comunicación ínterauricular, ano imperforado, etc. Etiología: mutaciones del gen receptor del factor de crecimiento fibroblástico (FGFR3). Herencia: autosómico dominante. Incidencia: 0.24–0.69/10000. Diagnóstico ultrasonográfico: cráneo con prominencia frontal; columna vertebral con platispondilia; acortamiento severo de los huesos largos, que no afecta la partes blandas; tórax en forma de campana, y polihidramnios. Tratamiento obstétrico: Interrupción del embarazo con diagnóstico confirmado. Pronóstico: Malo para la vida y la función, los niños que nacen vivos, mueren en el periodo neonatal, por la hipoplasia pulmonar. Riesgo de recidiva 2%. **Conclusión:** entidad congénita que compromete el desarrollo de huesos largos, con pronóstico pobre para la vida y la función. El diagnóstico definitivo es posible cuando se dispone de técnicas de bioquímica molecular.

Tetralogía de Fallot

Autor:

Margarita Camacho Díaz

Coautores:

Erika Cuevas Benítez, Tomás de Jesús Mendoza Martínez, José Martín Hilton Cáceres

Institución:

Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE

Resumen: femenino de 25 años, G: 2, A: 1 del 1er trimestre con legrado instrumentado sin complicaciones, no se realizó cariotipo de vellosidades coriales. En el actual embarazo se detectó polihidramnios de 20 cm las 24 semanas, 7 semanas después se observó

una comunicación interventricular membranosa, cabalgamiento de aorta y estenosis pulmonar así como ventriculomegalia, megacisterna magna y microcefalia. Enviada a este servicio con 37 semanas de gestación y cardiopatía fetal tipo Tetralogía de Fallot. Se confirmó el diagnóstico por medio de un ecocardiograma fetal. Se realizó cesárea programada obteniendo: masculino de 2,392 gr., talla 48cm, Apgar 6/8, Capurro 37.5 semanas, Ingreso a UCIN ameritando intubación orotraqueal, se corroboró la patología por nuevo ecocardiograma a las 48 horas de vida extrauterina. Falleció a los 21 días por complicaciones secundarias a la patología de base. **Comentario:** las malformaciones cardiovasculares son las mas frecuentes, de éstas, la Tetralogía de Fallot ocupa el 10%, y es alteración cardiaca cianógena más frecuente. Puede corregirse quirúrgicamente. La arritmia cardiaca y muerte súbita son dos de las complicaciones más comunes después de la corrección quirúrgica. Por tal motivo se ha tratado de realizar una selección adecuada de estos pacientes y clasificarlos en bajo y alto riesgo, y establecer un plan de manejo oportuno. **Conclusión:** patología poco común, mortal hasta en 78% cuando no se ofrece tratamiento oportuno. Sobrevida de 94% a 20 años después del tratamiento quirúrgico. El pronóstico puede mejorar cuando se llega al diagnóstico oportunamente, con participación interdisciplinaria pronta.

Síndrome de Prune Belly: reporte de dos casos

Autor:

Margarita Camacho Díaz

Coautores:

Armando Borja Flores, Fernando Escobedo Aguirre, Tomás de Jesús Mendoza Martínez

Institución:

Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE

Objetivo: presentación de dos casos de síndrome de Prune Belly. Caso 1: paciente de 33 años, GIV, PII, AI, embarazo de 25 semanas, se diagnosticó hidronefrosis, megavejiga y poliquistosis renal bilateral. Se obtuvo en, eutocia un producto óbito, masculino con 850 gr

con criptorquidia, ausencia de músculos abdominales, y megavejiga, estudio anatomopatológico Síndrome de Prune Belly. Caso 2: paciente de 43 años GIV, PIII, embarazo de 30.6 semanas, feto con malformaciones urinarias, y oligohidramnios se diagnosticó por USG megavejiga, se colocaron 2 catéteres doble "J", se practicó amnioinfusión en 2 ocasiones. Se aplicó dexametasona en dos esquemas como inductores de madurez pulmonar. Operación cesárea a las 34 semanas: producto masculino de 1869 gr con hipoplasia pulmonar, micropene, criptorquidia, ausencia de músculos abdominales, megavejiga, falleció 36 días después. **Comentario:** la traducción literal de este término es "abdomen en ciruela pasa" (deficiencia de músculos abdominales), por el aspecto externo típico. Puede asociarse a patologías diferentes, incluso como parte integral de trisomía 13, 18 y 21, la obstrucción de las vías urinarias es una de las causas de oligohidramnios, y del reflujo que comenzara por distender la vejiga urinaria y acabara por afectar los riñones. A medida que transcurre el tiempo la acumulación de líquido en el aparato urinario, será cada vez más importante y podrá dar lugar a un Prune Belly letal. **Conclusiones:** la importancia del ultrasonido dentro del control prenatal es indispensable para la detección oportuna de malformaciones. Se recomienda una búsqueda intencionada de alteraciones en etapas tempranas de la gestación.

Cariotipo en aborto de primer trimestre. Criterios clínicos y citogenéticos

Autor:

Dora Gilda Mayen Molina

Coautores:

Ricardo Meléndez Hernández, José Luis Saucedo Hernández, Eva Ramírez Arroyo

Institución:

Hospital Ángeles de Las Lomas

Objetivo: discutir los resultados obtenidos en relación al futuro reproductivo de las parejas y los factores que intervienen en el éxito de un cultivo y análisis adecuado del tejido embrionario. **Material y métodos:**

el tejido de aborto se colocó en medio de cultivo con antibiótico; luego se procesó con digestión enzimática y por explante. Una vez observada la formación de colonias, se procedió a la cosecha para la obtención de metafases. Se realizó el análisis cromosómico con bandas GTG y lectura estándar de 25 metafases con un grado de elongación de 450 a 650 bandas por genoma haploide; en caso de sospecha de mosaicismo cromosómico, se aumentó la lectura de 50 a 75 células. **Resultados:** durante el periodo comprendido del 1° de Julio de 2003 al 30 de Junio de 2006, se recibieron en la Unidad de Genética 174 muestras de tejido de aborto de primer trimestre. De estas, 10 no presentaron crecimiento (5.7%); en el resto, el tiempo de entrega de resultado tuvo un promedio de 11.4 días. El rango de edad gestacional fue de 4 a 12.4 semanas. Noventa y ocho casos fueron normales (83 fueron XX y 15 fueron XY) y 66 muestras (40.2%) presentaron una anomalía cromosómica. Del total de estudios analizados, 15 presentaron un polimorfismo cromosómico de manera constitutiva y en un sólo caso en forma de mosaico. **Conclusiones:** el estudio cromosómico en tejido de aborto debe considerarse como parte integral del estudio en parejas con pérdida gestacional con el fin de proporcionar un pronóstico reproductivo y una explicación al evento de pérdida. Existen diversos factores que influyen en el éxito de un estudio citogenético: el número de células viables, la contaminación con células maternas, la toma de muestra y conservación y el procesamiento de ésta, todo ello con el objetivo de adecuar un particular asesoramiento genético a la pareja en riesgo.

Trisomía 14 en mosaico detectada en líquido amniótico. Presentación de un caso y revisión de la literatura

Autor:

Dora Gilda Mayen Molina

Coautores:

Ricardo Meléndez Hernández, Ma. Teresa Leis Marques, Carlos Quesnel

Institución:

Hospital Ángeles de Las Lomas

Objetivo: describir hallazgos prenatales, postnatales y citogenéticos y relacionarlos con lo descrito en la literatura. **Material y métodos:** se reporta madre de 33 años, originaria del D.F. y padre de 41 años, originario de Madrid, España. Este primer embarazo mostró Triple Marcador en Suero materno con uE3 disminuido, por lo que se realizó ultrasonido de alta definición a las 18 SDG y se encontró fetometría una semana menor a la amenorrea, oligohidramnios y onfalocelo. Se efectuó amniocentesis a las 20.2 SDG sin complicaciones para conocer el cariotipo fetal. Se realizó análisis cromosómico con bandas GTG y lectura estándar de 25 metafases; así mismo se obtuvieron muestras de sangre periférica, piel fetal y biopsia de vellosidades coriales para estudio citogenético. **Resultados:** el análisis citogenético con banda GTG de cinco cultivos primarios y cariotipificado con el analizador de imágenes Cytovisión, mostró dos líneas celulares diferentes, una con 46 cromosomas y complemento sexo cromosómico XX y la otra con la presencia de un cromosoma extra del par 14. También se obtuvieron los cariotipos de los demás tejidos, a excepción de sangre periférica, el cual se hizo estudio de FISH y confirmándose la trisomía 14 en estado de mosaico. **Conclusiones:** como Mecanismo de origen de la trisomía 14 en mosaico se ha propuesto la disomía uniparental. Se discute la posibilidad de este mecanismo en el presente caso, dado que éste explica también la severidad del cuadro clínico y en algunos casos la letalidad del mismo.

Síndrome de Turner. Presentación de un caso

Autor:

Norma Angélica Aguayo Chávez

Coautores:

Guillermo Romero Morón, Guadalupe Ortega Medina, Karina Ledesma González

Institución:

Hospital de la Mujer de Morelia, Departamento de Medicina Materno Fetal

Objetivo: presentación de un caso de Síndrome de Turner. **Material y métodos:** paciente 17 años de

edad, primigrávida, con gestación de 16 semanas por amenorrea, sospecha ultrasonográfica de lesión quística en cuello fetal y severo edema subcutáneo. Realizamos ultrasonido estructural fetal, encontrándose fetometría promedio 18-19 semanas, tejido celular subcutáneo edematoso, imágenes quísticas de gran tamaño paracervicales septadas, fosa posterior 4.4 mm, pliegue nuchal 4mm, derrame pleural, ascitis importante, líquido amniótico discretamente incrementado para esta edad gestacional. Practicamos amniocentesis citogenética, reportándose cariotipo 45XO. Resolución del embarazo en semana 27-28 con muerte neonatal inmediatamente al nacer. Histopatología: Sexo femenino, 750 gramos, implantación baja de pabellones auriculares, cuello corto, higroma quístico tabicado 16x12 cm, involución aguda del timo, agenesia uterina y ovárica. **Resultados y conclusiones:** el Síndrome de Turner es una aneuploidía originada por falta de disyunción meiótica en el 60% de los casos donde el cromosoma presente es de origen materno; otro 20% es causa de alguna anomalía estructural de uno de los cromosomas X; el restante 20% presentan mosaico. Incidencia 1 en 5000 nacidas vivas. Constituye el 10% de los abortos del primer trimestre. Diagnóstico prenatal por ultrasonografía: higroma quístico multiseptado en cuello fetal, puede asociarse con hidrops generalizado, anomalías cardíacas y gonadales. Nuestro caso presentó un higroma quístico septado gigante, cuadro severo de hidrops fetal, agenesia uterina y ovárica. El diagnóstico prenatal es importante, para la conducta terapéutica durante la gestación, la asesoría genética de los padres sobre las causas y determinar riesgo de recurrencia.

Anomalía del tallo corporal: diagnóstico prenatal a las 15 semanas de gestación con ultrasonido tridimensional en tiempo real. Reporte de un caso y revisión de la literatura

Autor:

Ricardo Esparza Pérez

Coautores:

Héctor González Lozano, Arturo Eduardo Dowell Delgado

Institución:

Instituto de Medicina Materno Fetal - Centro de Ginecología y Obstetricia de Monterrey

Objetivo: presentación de un caso de Anomalía del Tallo Corporal. Valoración del uso de ultrasonido bidimensional, doppler y reconstrucciones tridimensionales en el diagnóstico prenatal de esta condición. Revisión de los criterios diagnósticos y de la literatura sobre el tema. **Material y métodos:** se trata de una paciente de 31 años, sana, con antecedente de un aborto, con 15 semanas de gestación, al momento de ser referida para su valoración por un probable onfalocele. Descripción en detalle del caso utilizando equipos de ultrasonido bidimensional (2D) y tridimensional en tiempo real (3D-4D). **Resultados:** se realiza ultrasonido 2D encontrando un producto vivo, con acraña, un gran defecto de pared toraco-abdominal anterior fijo a la placa corial, cordón umbilical corto, y saco amniótico presente. Se realiza ultrasonido 3D-4D, logrando realizar reconstrucciones tridimensionales que detallan los hallazgos descritos, así como la presencia de las 4 extremidades que se encuentran deformadas por la limitación del movimiento fetal. Se corrobora el diagnóstico de Anomalía del Tallo Corporal. **Conclusiones:** el término de anomalía del tallo corporal se refiere a una disrupción de la línea media en etapas tempranas del embarazo que condiciona un defecto de la pared tóraco-abdominal anterior y un cordón umbilical corto que fija la posición del producto en contigüidad a la placa coriónica. Su frecuencia se estima de 1 en 10,000 fetos. Se trata de una anomalía letal, de aparición esporádica y de etiología aún no bien determinada.

El enfoque del asesoramiento genético perinatal

Autor:

Ma. del Rocío Báez Reyes

Institución:

Instituto Nacional de Perinatología

El asesoramiento genético es un proceso de comunicación por el cual se pretende dar a los individuos y los familiares que tienen una enfermedad genética

o que tienen riesgo de padecerla, la información sobre su condición, permitiendo a las parejas con riesgo, tomar decisiones reproductivas con suficiente conocimiento de causa. Sin embargo; está implícita una “pérdida”, sea anatómica o funcional, la cual repercute a nivel personal, de pareja, familiar o social. Motivo por el cual toda persona con un defecto o enfermedad genética realiza un proceso de duelo por aquello que ya no tiene y es deber del asesor “acompañar” en ese proceso, en el cual estará más o menos involucrado de acuerdo al área en que se desarrolle. De este modo en la actualidad a todas las pacientes embarazadas que acuden con nosotros por algún factor de riesgo a la consulta de Diagnóstico Prenatal, además de ofrecerles los estudios invasivos y no invasivos con los que contamos, se les apoya de acuerdo a si ya han tenido la pérdida de un hijo con alguna alteración o si el feto del embarazo actual está en riesgo de fallecer por defectos incompatibles con la vida. Si tiene ya el antecedente o es el primer evento, se canaliza a terapia psicológica, se sigue la evolución del embarazo actual hasta el nacimiento, valoración del recién nacido y seguimiento posterior para explicar el evento, disipar dudas, entregarles información con referencia al acontecimiento, se habla sobre los riesgos de recurrencia y se envía a terapia para la elaboración del duelo hasta llegar a la aceptación del mismo. Todo esto se ha logrado con la elaboración de material didáctico para la población, de talleres de pérdida y la creación de un lugar para la entrega de los recién nacidos fallecidos con defectos congénitos. En el ámbito médico con la preparación de profesionistas que pueden dar un asesoramiento de primer nivel, tomando los cursos afines y participando con el genetista para lograr involucrarse en esta área, también los talleres de manejo del estrés y el seguimiento de los decálogos para profesionistas, empezando de esta forma a dar un giro en el asesoramiento genético con el fin de proporcionar a la población una Medicina de calidad y calidez, una Medicina humanizada.

Óbito de un gemelo

Autor:

Norma Angélica Aguayo Chávez

Coautores:

Alfredo Steven Morales Marín, David Samuel Flores Macías, Julia Isabel López Benítez

Institución:

Hospital de la Mujer de Morelia

Objetivo: presentación de un caso. Óbito de un gemelo. **Material y métodos:** paciente 25 años, gestaciones 4, parto 1, cesárea1, aborto1, con embarazo gemelar doble espontáneo 22.4 semanas por amenorrea. Hallazgos ultrasonográficos: Embarazo gemelar biamniótico bicorial. Gemelo A, fetometría 14.6 semanas, anhidramnios, sin FCF. Gemelo B, fetometría 22-23 semanas, FCF 167 lpm, oligohidramnios severo. Hematoma subamniótico de 15%. Decidimos manejo conservador con monitorización materna mediante perfil hemorriológico, coagulograma y vigilancia fetal. Presenta ruptura prematura de membranas espontánea del gemelo B a las 27-28 semanas, realizamos cesárea, gemelo A sexo masculino 120 gramos muerto macerado. Gemelo B sexo femenino 900 gramos Apgar 6-8. **Resultados y conclusiones:** embarazo gemelar, frecuencia 1 por 89 partos y aumenta por edad materna, paridad, gonadotropina sérica, inductores de la ovulación. Se menciona un factor hereditario de carácter recesivo. La muerte anteparto de un gemelo se reporta 1:184 nacimientos gemelares, el pronóstico para el feto vivo depende de la causa de muerte del primero, la edad gestacional, el tipo de anastomosis vasculares placentarias, el estado hemorriológico materno, lapso entre la muerte de un feto y el nacimiento del otro. Nuestro caso se llevó hasta 27-28 semanas del gemelo “B”, con vigilancia del perfil hemorriológico y coagulograma materno, además de seguimiento del bienestar fetal de forma semanal, para identificar oportunamente las principales complicaciones de estos casos, como son la coagulación intravascular diseminada del feto sobreviviente, muerte del otro feto, sepsis materna, nacimiento pretérmino del gemelo sobreviviente.

Diagnóstico por ultrasonido de gastrosquisis

Autor:

Blanca Vara Miranda

Coautores:

Silvia Pestaña Mendoza, Francisco Sánchez Cruz,
Mauricio Santamaría Ferreira

Institución:

Instituto Materno Infantil del Estado de México. Ser-
vicio de Medicina Materno Fetal

Objetivo: conocer la importancia de un diagnóstico oportuno durante el control prenatal por ultrasonido de fetos con defectos de la pared abdominal y valorar su manejo obstétrico. **Tipo de estudio:** retrospectivo, observacional, descriptivo. **Material y métodos:** expedientes de recién nacidos con defectos en pared abdominal anterior con resultados de ultrasonido del Servicio de Medicina Materno Fetal. **Resultados:** durante el periodo estudiado se reportaron 48 320 nacimientos, con una incidencia de 0.024% para fetos con defectos de pared abdominal anterior, pacientes con USG previo fueron 8 (66.6%) de los cuales solo 6 (75%) tenían diagnóstico certero, se revisaron 12 casos encontrando 11 pacientes con gastrosquisis (91.6%) y 1 paciente con onfalocele (8.4%) con una incidencia en el .002% para onfalocele y 0.022% para gastrosquisis, sólo 3 pacientes (25%) contaban con control prenatal adecuado en un 42% la resolución del embarazo fue vía abdominal, con una mortalidad del 50%. **Conclusiones:** los defectos de pared abdominal son patologías que pueden diagnosticarse a través de ecografía, la cual está encaminada a mejorar el pronóstico materno y fetal cuando las patologías son detectadas de manera precoz.

GENÉTICA**Diez años de experiencia de la Clínica de Genética de la Reproducción en el Instituto Nacional de Perinatología****Autor:**

Ma. del Rocío Báez Reyes

Coautor:

Gema Noceda Rivera

Institución:

Instituto Nacional de Perinatología

La fertilidad es la capacidad de reproducirse que tienen los organismos vivos y los factores genéticos desempeñan un papel fundamental en la reproducción humana. Estudios realizados en clínicas de esterilidad han mostrado que 33% de los casos corresponden a patología genética. El conocimiento de estos procesos es de extraordinario interés para el médico en su sistemática de orientación diagnóstica. Se presenta la experiencia de la Clínica de Genética de la Reproducción del INPer en un período de Enero de 1996 a Junio del 2006, en donde se han otorgado un total de 9969 consultas, siendo las principales causas de asistencia: pérdida gestacional recurrente 6069, hijo(s) previos con defecto(s) congénito(s) 2118, edad materna mayor de 35 años 1308, esterilidad 136 y otras 338. Los pacientes fueron enviados de la consulta de riesgo pregestacional, biología de la reproducción o por entrada directa y previa historia clínica genética, árbol genealógico y exploración física, se solicitaron 3900 estudios de cariotipo con resultados normales en 3708 (95.07%) y anormales en 192 (4.93%). Se muestra el flujograma de atención para el manejo integral de la pareja en forma simultánea, el ingreso a los protocolos para este tipo de pacientes y los resultados, así como posterior al diagnóstico, el abordaje en cuanto al asesoramiento genético con la canalización a los servicios interconsultantes y el apoyo institucional en base a la alteración para la planeación futura y las opciones reproductivas.

Aspectos bioéticos del diagnóstico prenatal**Autor:**

Ma. del Rocío Báez Reyes

Institución:

Instituto Nacional de Perinatología

La bioética constituye un gran espacio de debate racional, plural y crítico de los problemas morales, surgidos en torno a la vida, al presente y al futuro de la vida, o al entorno del cuerpo, ya que la vida y cuerpo son realidades indisolublemente unidas. De esta forma el abordaje del Diagnóstico Prenatal con esta disciplina trata de orientar al personal de salud a un mejor entendimiento del feto como paciente, del feto como

observador de nuestro acertado o erróneo proceder. La aceptación o rechazo de un individuo, una pareja, un grupo o una sociedad hacia el diagnóstico y la interrupción de embarazos con fetos que presentan patologías no compatibles con la vida, está determinada por las respuestas a las siguientes preguntas: ¿en qué momento de la concepción se considera al concebido como una persona con derechos? ¿Cuál es la importancia relativa de los derechos del feto comparados con los de la madre? ¿Es la vida (cualquiera que sea su calidad) mejor que la ausencia de la misma? De acuerdo a lo anterior se integran los aspectos médicos, éticos, legales y morales y se propone la formación de Comités de Daño Perinatal en cada uno de los hospitales de Gineco-obstetricia, ver hasta donde debería de llegar el Estado revisando los tipos de legislación existentes y sus médicos como agentes en el entendimiento de que el pluralismo moral no es posible sin la aceptación del principio de la tolerancia.

FISIOLOGÍA FETAL

Selección de esteroides antenatales: cuáles y por qué usarlos

Autor:

Cizani Meneses Núñez

Coautores:

Luis Eduardo Romero Nava, Alex Antonio Rico Padrón

Institución:

Hospital Ángeles del Pedregal

Objetivo: demostrar efecto benéfico de algunos esteroides antenatales **Conclusiones:** los esteroides antenatales son moléculas de 21 átomos de carbono. Para su actividad biológica requieren dos grupos cetona en C3 y C20, tres grupos hidroxilo en C11, C21 y C17 (glucocorticoide) o C18 (mineralocorticoide) y un doble enlace en C3-C4. Sus modificaciones reducen la actividad mineralocorticoide y mejoran su capacidad antiinflamatoria. La inserción de flúor en la posición 9 intensifica la potencia y prolonga su vida media. La betametasona (9a-fluoro-16b-metilprednisolona) y la

dexametasona (9a-fluoro-16b-betametasona) son 33 veces más potentes que la cortisona y 25 veces más que el cortisol. Los corticosteroides estimulan la síntesis de ácido palmítico en el pulmón fetal y el glucógeno en el neumocito II, mejorando las reservas del surfactante; también promueven el crecimiento pulmonar fetal y la alveolarización. Estudios comparativos con diversos corticosteroides indican ventajas farmacológicas de los compuestos fluorados (betametasona y dexametasona), por cruzar fácilmente la placenta y persistir de manera activa por un mayor periodo que los corticosteroides endógenos (cortisol o prednisona). Se recomiendan cualquier corticosteroide para la terapéutica, pero hay mayor evidencia de que la betametasona es el agente preferido. Es controversial el repetir esquemas de maduración semanalmente, pero no se han demostrado complicaciones graves (fiebre materna, corioamnioítis, supresión adrenal neonatal, sepsis o mortalidad neonatal). Asimismo se discute su uso en embarazos complicados (hipertensión, diabetes gestacional, ruptura de membranas o embarazos múltiples), sin embargo los hallazgos proporcionan bases racionales para su uso con la intención de acelerar la maduración pulmonar fetal y la mejoría de la función respiratoria, y así propiciar la supervivencia de los neonatos pretérmino.

OBSTÉTRICO

Diagnóstico por ultrasonido de gastrosquisis

Autor:

Blanca Vara Miranda

Coautores:

Silvia Pestaña Mendoza, Francisco Sánchez Cruz, Mauricio Santamaría Ferreira

Institución:

Instituto Materno Infantil del Estado de México

Objetivo: conocer la importancia de un diagnóstico oportuno durante el control prenatal por ultrasonido de fetos con defectos de la pared abdominal y valorar su manejo obstétrico. **Material y métodos:** Expedientes de recién nacidos con defectos en pared

abdominal anterior con resultados de ultrasonido del Servicio de Medicina Materno Fetal. Tipo de estudio. Retrospectivo, observacional, descriptivo. **Resultados:** durante el periodo estudiado se reportaron 48 320 nacimientos, con una incidencia de 0.024% para fetos con defectos de pared abdominal anterior, pacientes con USG previo fueron 8 (66.6%) de los cuales solo 6 (75%) tenían diagnóstico certero, se revisaron 12 casos encontrando 11 pacientes con gastrosquisis (91.6%) y 1 paciente con onfalocele (8.4%) con una incidencia en el .002% para onfalocele y .022% para gastrosquisis, sólo 3 pacientes (25%) contaban con control prenatal adecuado en un 42% la resolución del embarazo fue vía abdominal, con una mortalidad del 50%. **Conclusiones:** los defectos de pared abdominal son patologías que pueden diagnosticarse a través de ecografía, la cual está encaminada a mejorar el pronóstico materno y fetal cuando las patologías son detectadas de manera precoz.

Nacimiento vaginal después de una cesárea previa

Autor:

Alfredo Alaniz Sánchez

Coautores:

Marisol Morales Ballinas, Alma Briseida Aragón Santos, Francisco Javier Degollado Bardales

Institución:

Instituto Mexicano del Seguro Social

Objetivo: determinar la eficacia y seguridad de atender el nacimiento vaginal en pacientes que tuvieran una sola operación cesárea, con insición uterina segmentaria transversal baja y con mas de un año y seis meses de haberse realizado. **Material y métodos:** ingresaron a sala de labor 50 pacientes con embarazos de término, con producto único, vivo en presentación cefálica y con el antecedente de una sola operación cesárea, dejándose a evolución espontánea y en caso necesario regulando el trabajo de parto con oxitocina y atendiendo los nacimientos por vía vaginal. **Resultados:** los embarazos en las 50 pacientes se resolvieron con nacimiento vaginal exitoso en el 100% de los casos, la media de tiempo del antecedente de la cesárea pre-

via fue de 4 años y 5 meses. A 27 pacientes (54%) se les administro infusión de oxitocina, en 22 pacientes (44%) presentaron trabajo de parto espontáneo y en un caso (2%) se uso prostaglandina intracervical. El peso de los recién nacidos fue en promedio de 3,630 kg. con un rango de 2,200 a 3,910 Kg. La calificación de Apgar al nacimiento fue de 8/9 en 36 casos (72%); 7/8 en 4 casos (6%); 7/9 en 3 casos (6%); 8/8, 6/8, 6/7, y 5/8 en un caso (2%). La morbilidad materna con un caso de inversión uterina, con una hipotomía uterina, un desgarro vaginal de tercer grado y una punción de duramadre todos corregidos. La morbilidad del recién nacido presentada fue la circular de cordón en 3 casos (6%), que condiciono bajas calificaciones de Apgar al nacimiento. Se logro reducir en 1.5% con esta acción el índice de cesáreas en nuestro hospital. **Conclusiones:** la vigilancia y atención del parto con el antecedente de una sola operación cesárea previa, en las pacientes que cumplen los criterios de selección tienen bajo riesgo y se obtiene un nacimiento vaginal exitoso y satisfactorio.

Diagnóstico prenatal de un gemelo acárdico: reporte de un caso

Autor:

Nadia Josefina Figueroa Medrano

Coautor:

Mauro Ochoa Torres

Institución:

Instituto Mexicano del Seguro Social

Objetivo: presentar un caso de gemelo acardico diagnosticado prenatalmente, hallazgos, flujometrias, y la evolución del embarazo. **Material y métodos:** este caso reporte esta basado en el diagnostico prenatal ultrasonografico, así como en el examen físico al nacimiento en un embarazo gemelar monocorionico con un gemelo acardico diagnosticado en julio del 2005. **Resultados:** nuestro caso se trata de secundigesta, cesárea previa, con embarazo gemelar diagnosticado con gemelo acárdico a las 25 semanas de gestación a la cual se le dio seguimiento por el departamento de medicina fetal UMAE 23 en Monterrey, Nuevo León,

mostrando evidencia del flujo arterial retrogrado y malformaciones múltiples, no encontrando datos graves de insuficiencia cardíaca del gemelo bomba que haya requerido dar tratamiento in utero. Se dio seguimiento hasta su nacimiento. **Conclusiones:** la situación extrema de la gestación monocorial que combina malformaciones graves y problemas de transfusión feto-fetal, es el gemelo acardias, esta situación en particular definida en la literatura como secuencia twin reverse arterial perfusión (TRAP) se caracteriza por que el feto acardias recibe su sangre de una anastomosis arterioarterial directa procedente del cordón del feto sano convirtiéndose de esta forma en bomba del arcordias. En nuestro caso se demostró el flujo arterial retrogrado y el gemelo bomba no presentó datos severos de insuficiencia cardíaca como la mayoría de los casos.

SALUD PÚBLICA

Prevalencia de cesárea en el Hospital Central Norte. Un problema de salud pública

Autor:

Jorge Zepeda Zaragoza

Coautores:

Edgardo Bustillos Alamilla, Betzabeth Cadena Castillo, Omar Hernández Flores

Institución:

Petróleos Mexicanos

Objetivo: determinar la tendencia y causas de la operación cesárea. **Material y métodos:** estudio retrospectivo, observacional y descriptivo de censos nominales de nacimientos del H.C.N. del 2001-2005. **Resultados:** de un total de 1621 nacimientos, 916(56%) fueron partos y 705(43.4%) cesárea. Las causas de cesárea fueron: estado fetal no asegurable 140(19.8%), cesárea iterativa 95(13.47%), desproporción-céfalo-pélvica 81(11.48%) y RPM 78(11.06%). La edad promedio de las pacientes fue 29.5 años. La tasa de mortalidad materna es de 0:1000 nacidos vivos. Y la tasa de mortalidad perinatal fue de 22.20:1000 nacidos vivos. **Discusión:** el porcentaje de cesárea se encuentra por

encima de lo recomendado por la OMS (15%) y la NOM-007-SS2-1993 que propone 20% en hospitales de concentración. En relación con las indicaciones de cesárea, el estado fetal no asegurable se encuentra por encima de lo que reporta la literatura (10-15%) y la cesárea iterativa se aprecia en un periodo de gran actividad productiva. **Conclusiones:** la operación cesárea es una práctica en aumento que eleva costos hospitalarios. Una cirugía no justificada representa dispendio de recursos que podrían utilizarse en materia preventiva materno-infantil y educación en salud reproductiva.

EPIDEMIOLOGÍA

Reacción cutánea severa secundaria a la nevirapina. Revisión de un caso

Autor:

Indalecio Gustavo Martínez Velasco

Coautores:

Javier Sada Tamayo, Josefina Medina Guerrero, Armando Tejo Moreno

Institución:

Hospital Civil Dr. José Macías Hernández

Objetivo: se presenta la revisión del caso clínico de una paciente embarazada infectada por el virus de la inmunodeficiencia humana en la cual se prescribió terapia antirretroviral a base de zidovudina + lamivudina + nevirapina como tratamiento antirretroviral desarrollando reacción cutánea severa a la nevirapina durante la primera semana de administración. **Material y métodos:** femenina de 25 años, la cual fue detectada VIH positiva a las 24 semanas de gestación con embarazo único. Su carga viral era de 66,000 copias/ml y su cuenta de cd4 fue de 310 cel/UI. Sus pruebas sanguíneas y de funcionamiento hepático fueron normales. La paciente presentó al séptimo día del inicio de su tratamiento angioedema severo al nivel de boca y párpados, posteriormente presenta aparición de lesiones maculopulvares localizadas a nivel de cara, región anterior y posterior de tórax y abdomen así como en extremidades superiores con prurito intenso

y fiebre. Se suspende inmediatamente la nevirapina y se inicia manejo con esteroides y antihistamínicos resolviéndose el cuadro favorablemente, se cambia la nevirapina por nelfinavir. **Resultados:** el efecto mas importante de la nevirapina es el rash cutáneo el cual se presenta hasta en el 37.3% de los casos y el cual puede ser severo hasta un 7% de los casos, habiéndose reportado casos en la literatura de síndrome de Stevens-Johnson asociado a la nevirapina. **Conclusiones:** en las pacientes embarazadas infectadas por el VIH en las que se administre nevirapina se debe de tener cuidado especialmente en la detección oportuna de su principal efecto adverso: la reacción cutánea, la cual amerita la suspensión inmediata del medicamento.

ESTADÍSTICA Y FRECUENCIA DE ENFERMEDADES

Morbi-mortalidad del recién nacido hijo de madre con preeclampsia

Autor:

Areli Reyes González*

Coautores:

Samuel Alejandro Liévano Torres,** Isela Santos Vera**

Institución:

* Hospital de la Mujer, SSA Puebla

** IMSS UMAE de Ginecología y Obstetricia No. 3, La Raza

Objetivo: determinar la morbi-mortalidad del recién nacido hijo de madre con preeclampsia. **Tipo de estudio:** epidemiológico, transversal, observacional. **Material y métodos:** se analizaron los expedientes de los recién nacidos hijo de madre con preeclampsia que ingresaron a la Unidad de Cuidados Intensivos de la UMAE Hospital de Ginecología y Obstetricia No 3 IMSS, para atención y resolución del embarazo, cuando estos se encontraron completos, en un periodo de 6 meses. Se utilizaron medidas de tendencia central. **Resultados:** se analizaron 218 expedientes de recién nacidos, encontrando que el 26.14% presentó bajo peso, el 12.84% retardo en el crecimiento intrauterino, con un promedio de 1891gr. El 78.44%

fueron prematuros, con 33.6 semanas de gestación en promedio. El 19.7% presentó defectos al nacimiento, el más frecuente fue la persistencia del conducto arterioso. El 58.12% presentó hiperbilirrubinemia, el 54% síndrome de distrés respiratorio, el 45.3% síndrome de adaptación pulmonar, el 27% desarrolló sepsis, el 22 % presentó hemorragia intraventricular, el 22% anemia, el 18% neumonía, el 17.43% desarrolló enterocolitis necrosante, el 12.3% presentó sangrado de tubo digestivo, alteraciones hidroelectrolíticas, ácido-base y del metabolismo estuvieron presentes. El 5% falleció, el 45% por prematurez, el resto por alteraciones respiratorias e infecciosas. **Conclusiones:** el retardo en el crecimiento intrauterino fue el 40% del reportado, la prematurez y sus complicaciones como las alteraciones respiratorias, enterocolitis necrosante, hemorragia intraventricular, persistencia del conducto arterioso, se presentaron en un porcentaje mayor al esperado siendo las principales causas de morbi-mortalidad en la unidad.

MISCELÁNEOS

El Dr. George Papanicolaou en la filatelia y numismática

Autor:

Paolo Di Castro Stringher

Institución:

Instituto de Esterilidad y Salud Reproductiva, S.C.

Objetivo: presentar el reconocimiento a la labor del Dr. George Papanicolaou en la filatelia y numismática.

Tipo de estudio: observacional, retrospectivo, transversal, descriptivo **Material y métodos:** se revisó el material perteneciente a una colección privada y el disponible en subastas en Internet. **Resultados:** tres países emitieron timbres sobre el Dr. Papanicolaou: USA (1978), Grecia en dos ocasiones (1973, 1983) y Chipre (1984). Los 3 primeros muestran únicamente al Dr. y el último lo retrata con su esposa. Del timbre norteamericano existe una réplica en oro. Grecia emitió en 1995 un billete de 10 mil dracmas, la más alta denominación, con su efigie en el anverso. Hay enorme variedad de sobres norteamericanos (alrededor de 50) con matasellos del primer día de emisión (FDC) con

ilustraciones relativas al Dr. Papanicolaou, con toda una gama que va desde fotos, alegorías, etc., de calidad gráfica y artística muy variada. Algunos de estos sobres han sido utilizados para recolectar autógrafos de personalidades de la Medicina como premios Nobel y otros. En ocasiones el timbre del Dr. Papanicolaou ha sido cancelado en forma conjunta con los otros dos timbres emitidos por los USA sobre el cáncer de mama. Aunque no se refieren directamente a él, su método ha sido mencionado en un timbre de Argentina (2004) y otro de Croacia (1996). **Conclusiones:** ha sido relativamente pobre la trayectoria del Dr. Papanicolaou en la filatelia mundial, comparada con otros médicos (Pasteur, Koch, por ejemplo), probablemente debido a la falta de identificación entre su método tan conocido y su historia personal relativamente ignorada.

El cáncer cervicouterino y de mama en la filatelia mundial

Autor:

Paolo Di Castro Stringher

Institución:

Instituto de Esterilidad y Salud Reproductiva, S.C.

Objetivo: presentar la labor preventiva del cáncer cervicouterino y de la mama en la filatelia mundial. Tipo

de Estudio: observacional, retrospectivo, transversal, descriptivo **Material y métodos:** se revisó el material perteneciente a una colección privada y el disponible en subastas en Internet. **Resultados:** aunque desde 1920 la filatelia ha promovido las campañas contra el cáncer, ha sido reciente la mención directa a las dos neoplasias más importantes del aparato reproductor femenino. Para el CaCU sólo se han emitido timbres en Croacia (1996) y Argentina (2004). El cáncer de mama ha sido tema en Rusia (1960), China (1989), Australia (1990, 1997), Brasil (1993), Croacia (1995), Italia (2000, 2002), Argentina e India (2001), Grecia (2003), Francia, Macedonia y Rumania (2005). Los USA han realizado dos emisiones (1996, 1998), la segunda con 8 centavos de sobreprecio destinados a fondos para la investigación. Del timbre de 1996 existe réplica en hoja de oro. En los USA se han realizado más de 50 tipos de sobres con dibujos o ilustraciones relacionados, que han sido utilizados para cancelar el timbre en el día de emisión (FDC). También ha sido prolífica la variedad de matasellos conmemorativos de los eventos dedicados a la recaudación de fondos, básicamente carreras deportivas. **Conclusiones:** es evidente el impacto que el cáncer de mama ha tenido en la filatelia mundial, principalmente a partir de la década de los 90. A pesar de que el correo postal está sucumbiendo al correo electrónico, en muchos países un sello postal sigue siendo un medio válido de concientización y difusión de la prevención.

Índice onomástico

A

Aguayo Chávez Norma Angélica S52, S124, S126
 Aguirre Ramos Marco Antonio S57
 Alanís Fuentes José S30, S77, S109
 Alaniz Sánchez Alfredo S70, S103, S104, S129
 Alfán Guzmán Felipe S119
 Alfaro Rodríguez Héctor Javier S59
 Almaguer Flores María Dolores S85
 Almaraz Gómez Mayra S32
 Alvarado Azaldivar Gloria S66, S67
 Alvarado Esquivel Cosme S44
 Alvarado Horacio S111
 Alvarado Méndez Luz María S21, S95
 Álvarez Mercado Rosa Lucía S102, S103
 Álvarez Solís Luis Jesús S57
 Ambriz López Roberto S51, S81
 Anaya Coeto Héctor S1, S2
 Anaya Torres Francisco Javier S102, S103
 Anta Jaen Everardo S22
 Aragón Santos Alma Briseida S129
 Aranda Flores Carlos Eduardo S38, S40
 Arce Herrera Rosa María S72
 Arechavaleta Velasco Fabián S58
 Arellano Borja Alejandro S81
 Arenas Montezco María Lidia S12, S15, S16, S76
 Argüelles Guzmán José Pablo S19
 Avila Vázquez Agustín S10
 Aviles Cabrera Ricardo S15
 Avilez Cevalco Juan Carlos S82, S100, S102, S103, S105
 Axtle Corvera Ricardo S62
 Ayala Barragán Jaime S112
 Azaldivar Alvarado Gloria S71
 Azar Silvera Jorge Eblem S28

B

Báez Barraza Josefina S41
 Báez Reyes María del Rocío S125, S127
 Balderas Cerda Irma Alyttet S7, S8, S74

Baños Hernández Karina S53
 Bañuelos Flores Joel S37, S38
 Barrera Azuara José Luis S88
 Barrera Rodríguez Joel S90
 Barros Delgadillo Juan Carlos S18, S77
 Barroso V Gerardo S77
 Basavilvazo Rodríguez María Antonia S25, S26, S121
 Bassol Mayagoitia Susana S39
 Basto May Juan Bautista de J S111
 Bautista Gómez Esperanza Josefina S50
 Beltrán Montoya Jesús Jorge S46, S47, S48, S49, S81, S83, S86
 Bermúdez Salazar Guadalupe S69
 Bernal Davish Miguel Angel S3, S33
 Bernal Martínez Sergio S28
 Bezzzerri Colonna Marzia S4, S5
 Borboa Olivares Héctor S98
 Borges Ibañez Manuel S4
 Borja Cacho Daniel S112
 Borja Flores Armando S123
 Bracho Ugarte Marco Antonio S27
 Briceño Hernández Rafael S97
 Briones Landa Carlos Humberto 91
 Briones Martínez Alejandra Mayela S3
 Bustillos Alamilla Edgardo S90, S130

C

Cabrera Viveros Rigoberto S35
 Cáceres Sáenz José Armando S54, S58
 Cadena Castillo Betzabeth S91, S130
 Cajiga Mata Felipe S53
 Calderón Contreras Aldo Juan Carlos S35
 Calderón García Fernando Javier S66
 Calderon Saldaña María Cecilia S20
 Calymayor Manuel S47
 Camacho Díaz Margarita S58, S61, S64, S122, S123
 Canales Muñoz José Luis S43
 Canalizo Almeida Susana Mercedes S93
 Canche Caballero Reynaldo S54

Cano Ríos Pedro S39
 Cantón Romero Juan Carlos S29
 Capiro León Pablo Julián S43
 Capurso García Marino S39, S41
 Caraveo Real Alejandro S57
 Carballo Mondragón Esperanza S15, S16, S17
 Cardoza López Luis S95
 Carranza Lira Sebastián S25, S72
 Carreto Chávez Germán S64
 Casanova Román Gerardo S69
 Castañeda Díaz Marisela S26, S36
 Castelazo Morales Ernesto S5, S16
 Castillo Medellín Mónica Geraldine S111
 Celaya José Antonio S68
 Cerda López Jorge Alejandro S6
 Cerda Ramírez Juan Carlos S8, S74
 Cerón Saldaña Miguel Ángel S55, S86, S94, S95
 Cervantes Chávez José Francisco S4
 Chávez Mercado Leonora S35
 Chillopa Rodríguez María del Rocío S31, S47, S48, S116
 Chiriboga Zambrano María José S59, S69, S110
 Cisneros Sandoval Javier S94, S96
 Córdova López Martín S54, S58
 Córdova Portillo Raúl S53
 Corona Esquivel Enrique S97
 Coronel Cruz Fausto Moisés S31, S47, S48, S62, S64, S85, S116, S117
 Cortés Flores Raúl S13, S36, S42, S54, S66, S67, S99
 Cortés Flores René S13
 Cortés Sanabria Laura S43, S45
 Cristo Aguirre S115
 Cruz César S12
 Cruz Orozco Oliver S109
 Cuetos Martínez Constatino B S45, S46
 Cuevas Benítez Erika S122
 Cuevas de la Mora Astrid S16
 Cuevas Huerta Alma Leticia S93

D

Dávila Escamilla Iván Vladimir S63
 Dávila Rivas Antonio S84
 De Bengoechea Huerta Lorena S16
 De la Garza Quintanilla Carlos S62
 De la Jara D Julio S109
 De la Rosa Galindo Gabriel S60

Degollado Bardales Francisco Javier S70, S80, S129
 Delgadillo Barros Juan Carlos S21
 Delgado Amador Denys S18
 Di Castro Stringher Paolo S4, S5, S20, S78, S92, S109, S131, S132
 Díaz García Juan Humberto S44
 Díaz Spíndola Pablo S14, S16, S17
 Domínguez López Pablo Enrique S58
 Domínguez Rivera Blanca Yesenia S112
 Domínguez Salazar Micaela Antonia S102, S103
 Domínguez Sarmiento Erika S34
 Dowell Delgado Arturo Eduardo S125
 Dueñas García Omar Felipe S6, S61, S83, S86
 Dupré Aramburu Guillermina S80, S90
 Durán Monterosas Leonor S16

E

Elizarrarás Cendejas José Luis S38
 Elizarraras Zendejas José Luis S61
 Elorriaga García Enrique S29, S30, S46
 Escobar del Barco Laura Guadalupe S9, S10, S11, S75, S100, S101, S102, S103, S104, S105
 Escobar Valencia Alfredo S95, S96
 Escobedo Aguirre Fernando S53, S58, S60, S122, S123
 Esparza Cano Juan Pablo S114
 Esparza Pérez Ricardo S125
 Espejel Núñez Aurora S49
 Espinoza Elvira S106
 Espinoza Judith S106
 Estévez González Sergio S13, S14, S16, S17, S18
 Estrada Díaz Guadalupe S47
 Estrada Gutiérrez Guadalupe S46

F

Félix Arce Carlos S62, S68, S108, S110
 Fernández Lara José Alfredo S99
 Fernández Reyes Ileana S31, S63
 Figueroa Medrano Nadia Josefina S51, S115, S129
 Fink Josephi Gustavo S121
 Flores Rueda Edith Verónica S9
 Flores Acosta Clara del Carmen S36, S68
 Flores Carreras Oscar Francisco S11
 Flores García Hilario S58
 Flores Macías David Samuel S126
 Flores Pliego Arturo S48
 Flores Ramírez Felipe de Jesús S9, S104

Flores Rueda Verónica S102
 Flores Sánchez Gerardo S57, S66
 Flores Sánchez Ignacio S12
 Font López Karla Cecilia S17
 Forsbach Sánchez Gerardo S42
 Fragoso Dávila Jennifer S25
 Fragoso Paredes Rosalba S88
 Franco Medina Ricardo S114
 Franco Solís Manuel S4
 Frías López Luis Carlos S114
 Fuentes Albuero Alfonso S40

G

Galache Vega Pedro S14, S17, S76
 Gamiño López María Guadalupe S114
 Gaona Luviano Patricia S112
 García Cavazos Ricardo S40, S65
 García Cervantes Erick S84
 García Guerrero Francisco Israel S99
 García Martínez Manuel Rolando S82
 García Morales Amanda Margarita S88
 García Nava Amparo S47
 García Palma Alejandro S52
 García Villafaña Genaro S23
 Garza Garza Eduardo Ivan S3
 Garza Krause Evelyn S62, S68, S84
 Garza Ríos C Pablo S109
 Gaviño Ambriz Salvador S12
 Gaviño Gaviño Fernando S18, S21, S77
 Gaytán Melicoff José E S21, S23, S106, S108
 Geonis González Manuel Ismael S36
 Godínez Enríquez Mirna S49
 Godoy Rodríguez Nancy S11
 Gómez García Elibelleth S6
 Gómez López Nardhy S47
 Gómez López Rocío S121
 Gómez Navarro Héctor S48
 Gómez Pue Daniella S62, S68, S76, S77, S82, S98, S108, S110, S111
 González Baez Enrique Javier S19, S20, S22
 González Cortés Alfredo S120
 González Gómez Carmen Jaqueline S7, S36
 González González María Guadalupe S111
 González Hernández Josué Rafael S97
 González Izquierdo Igor S65
 González Jiménez Marco S107

González López Nelly Judith S26
 González Lozano Héctor S125
 González Martínez Epigmenio S53
 González Morales María Eugenia S96, S106
 González Rosales Ricardo S55, S86
 González Sosa Erick Dagoberto S51
 González Tapia José Inés S52
 González Tovar Edgar S106
 Gorbea Chávez Viridiana S21, S44
 Granillo Cedeño Isela S65
 Grifaldo Maldonado Bruno Ivan S120
 Guerra Frese Alejandra S119
 Guerra Ulloa Patricio S24
 Guerrero Bustos Rocío S84, S88, S93
 Guerrero González Geraldina S31
 Gutiérrez Cruz Oswaldo S115
 Gutiérrez Najar Alfonso S69
 Gutiérrez Vega Pablo Alberto S86, S97
 Guzmán Ibarra María de los Ángeles S25
 Guzmán López Abel S63
 Guzmán Nava Carlos S35, S111
 Guzmán Tapia María Natividad S3, S33

H

Haghenbeck Altamirano Francisco Javier S5
 Hernández Aldana Francisco S73
 Hernández Álvarez César S113
 Hernández Ayup Samuel S12, S16, S76
 Hernández Carbajal Miguel Ángel S94
 Hernández Carvajal Miguel S98
 Hernández Castro Flavio S42, S89, S99
 Hernández Flores Omar S130
 Hernández García Héctor S104
 Hernández Garza Fernando Carlos S42, S114
 Hernández Hernández Jesús S120
 Hernández Herrera Ricardo S42, S52, S99
 Hernández Higareda Salvador S43, S45
 Hernández López Luis S92
 Hernández Monge Alejandro S98
 Hernández Monje Alejandro S94
 Hernández Nava Lilia S35, S111
 Hernández Pacheco José Antonio S6
 Hernández Quintero Juan Manuel S97
 Hernández Ruiz Mariana Areli S80
 Hernández Valencia Alberto S3, S33
 Hernández Valencia Marcelino S56, S121

Hernández Vega Carmen C S45
Hernandez Zúñida Víctor Eduardo S73, S74
Herrera Aviles Arturo S97
Herrerías Canedo Tomas S81, S83, S86, S95
Hilton Cáceres José Martín S53, S60, S61, S64, S122
Hinojosa Canseco Carlos Enrique S15
Hinojosa Cruz Juan Carlos S63

I

Ibargüengoitia Ochoa Francisco S1
Ibarra Chavarría Valentín S1
Iglesias Benavides José Luis S71
Infante Salinas Roberto de Jesús S13

J

Jaramillo Juárez Fernando S56
Jiménez Alemán Luz Fabiola S88
Juárez Bengoa Armando S19, S107
Juárez Jiménez Guillermo S93
Juárez Ramírez Saúl Fernando S81
Jurado Barrera Roberto S84, S118, S120

K

Kably Ambe Alberto S5, S13, S14, S15, S16, S17, S18, S22
Karchmer Krivitzky Samuel S18
Karnakis Georgios S12
Kunhardt Urquiza Erendira S73, S74

L

Lara Avila Leticia S41
Lara Ricalde Roger S115
Lara Vaca Verónica S33, S43, S78
Laredo Rodríguez Alfredo S42
Lazcano Flores Otilia S14, S89
Leal González Raúl S82, S108, S110
Leal Manzanares Sara Elisa S8
Leal Meléndez Carlos S113
Ledesma González Karina S124
Leis Marques María Teresa S124
Lemus Rocha Roberto S25, S26, S121
León Alcántara Martha S120
Leroy López Lionel S28
Leyva González Félix Arturo S72
Liévano Torres Samuel Alejandro S131
Limón Rosales Jesus Enrique S80, S91

Lira Plascencia Josefina S1, S2
Livas Rodríguez Salvador S68
Lizaola Díaz de León Heriberto S101
Llamas Viramontes Javier S56
Llanos Arriaga Víctor S52
Lome Maldonado Carmen S112
López Aguilar Martiniano S26
López Benítez Julia Isabel S126
López Carrillo Adriana del Carmen S93
López Cruz Jaime S86, S97
López Jiménez Carlos Hiram S42, S66, S115
López Narváez Ricardo S77
López Valle Miguel Ángel S58
López Verdugo Francisco S7
López Zepeda Marco Antonio S29, S30
Luevano Flores Eduardo S113
Luna García Sergio Arturo S51, S54, S66, S99
Luna Hernández Donaji S86
Luna José Juan S106
Luna Macías Miguel Angel S8
Luz de la Cruz Puente José Antonio S83

M

Madrigal García Ismael S90
Magaña Contreras Gregorio S96, S106, S118, S120
Maldonado Rosas Israel S106
Mancera Roque Helios S65
Manroy Lozano Blanca Estela S121
Marín Medina Rafael S19, S20, S22, S27
Márquez Acosta Gonzalo S40
Márquez Iribe Patricia Zulema S94, S98
Márquez Rocha Justino de Jesús S66, S71
Martín de Alba José Alfonso S28
Martínez Flores Alfonso S49
Martínez Abundis Guadalupe S39
Martínez Aguirre Ricardo S2
Martínez Barrios Evaristo S107
Martínez Chapa Arnulfo S3, S7, S8, S74
Martínez Chavarria Primo Roberto S104
Martínez Cruz Aracely del Carmen S8, S74
Martínez Garza German S7
Martínez Gaytán Victoria S50, S51, S52, S54, S66, S67, S71, S114
Martínez Gutiérrez Martell S30, S109
Martínez Huerta Nayeli Elizabeth S119
Martínez Ramos Vicente S99

Martínez Soto Wendy Berenice S116
 Martínez Trejo Zulema S87, S89, S92
 Martínez Velasco Indalecio Gustavo S57, S66, S130
 Martínez Villanueva José Rodrigo S3, S74
 Mata Miranda Pilar S30
 Mayen Molina Dora Gilda S123, S124
 Maytorena Córdova Germán S37, S38
 Medel Teodoro S4
 Medellín Moreno Marcela Guadalupe S51, S63, S68
 Medina Ávalos Juan S57, S66
 Medina Franco Heriberto S112
 Medina Frayre Luis Eugenio S17
 Medina Guerrero Josefina S130
 Medina Romero Gladys S35
 Meléndez Hernández Ricardo S123, S124
 Melo Samper Palacios Edgar S93
 Méndez Pérez Armando S3, S33
 Méndez Pimentel Alejandro S99
 Méndez Rodríguez Carlos S42, S115
 Mendoza Mares Ramón S92
 Mendoza Martínez Tomás de Jesús S53, S58, S60, S61, S64, S122, S123
 Mendoza Ramírez Pedro S19
 Meneses Nuñez Cizani S128
 Meraz Avila Diego S10, S40
 Meraz Cruz Noemí S46
 Merino Ruíz Martha S19, S20, S22
 Miranda Murillo Juan S24
 Molaes García Víctor E. S73
 Molina Munguía Ana Cecilia S18, S77
 Molina Sosa Arturo S73
 Molinar Horcasitas María de Lourdes S5
 Mondragón Sánchez Ricardo S97
 Montañó Uzcanga Armando S48
 Montesano Villamil Mireya S54, S58
 Morales Arce Jaime S100
 Morales Ballinas Marisol S129
 Morales Marín Alfredo Steven S126
 Morales Martínez Felipe Arturo S19, S20, S22, S26, S27
 Moreno Aburto Christian S44, S81, S107
 Morgan Ortiz Fred S29, S30, S41, S45, S46, S60
 Mosso Vázquez José Luis S33, S43, S78
 Mota García Jesús Alberto S66
 Mota González Manuel S1, S2, S38, S82
 Mota González Marco Antonio S1, S2

Muñoz Cardona Ernesto S89

Muñoz Cortés Sergio S62

N

Nájera Cerda Deyanira S23

Narro Duarte Sergio Guadalupe S44

Nava Bermea Manuel S7, S89, S99

Navarro Álvarez Carlos S23, S108

Negrin Miriam S110

Neri Méndez Carlos S119

Nieto Galicia Leyza Angélica S6, S55, S86, S94, S95, S96

Niño Cantú Carlos Spencer S50, S67, S114

Noceda Rivera Gema S127

Nuñez Jaroslav Jorge S69

O

Ochoa Torres Mauro Alberto S50, S52, S87, S99, S117, S129

Olaya Guzmán Emilio José S38

Oliva Cristerna Joaquín S2, S9, S70, S103

Oliva Cristerna Oliva S80

Oropeza Rechy Guillermo S81

Orozco García Eduardo S11

Ortega Aguilar Alicia S49

Ortega Medina Guadalupe S124

Ortega Montoya Carlos S64

Ortiz Ibarra Federico Javier S69

Ortiz Pavón Arturo S62, S64

Oviedo Cruz S1

P

Pacheco de O Marina S54

Padilla Ponce Ismael S111

Padilla Zabalegui Patricia S89, S92

Páez Angulo José Antonio S56

Paez Lobeira Luis Carlos S111

Pagaza García Gustavo S14

Panduro Barón J. Guadalupe S28

Paz Heredia Raúl Agustín S111

Pérez Cueto Suárez Hugo Roberto S61

Pérez Flores Luis Alberto S2, S9, S80, S103

Pérez Lavaniegos Rodrigo S67

Pérez Martínez Elizabeth S115

Pérez Ochoa Elizabeth S33

Perez Silva Sandra S13, S52, S87

Pestaña Mendoza Silvia S70, S126, S128
 Pile Trujillo Roberto S5, S13, S22
 Pimentel Velázquez Lenka Patricia S118
 Pineda Fernández José Toribio S115
 Plata López Erik S53
 Pliego Aguilar Mariel S28
 Pluma Pérez Rocío S37
 Polanco García Julio César S55
 Posadas del Río Francisco Aníbal S56
 Puello Tamara Edgardo S63

Q

Quesnel Carlos S14, S15, S124
 Quevedo Castro Everardo S45, S46
 Quiroz Garza Gerardo S75, S101

R

Ramírez Alapizco César Gustavo S60
 Ramírez Angulo José Alberto S23, S108
 Ramírez Arreola Leonardo S6, S86, S94, S95, S96
 Ramírez Arroyo Eva S123
 Ramírez Isarraraz Carlos S9, S10, S11, S75, S101, S103, S104
 Ramírez Melgar Eutiquia Asunción S73
 Ramírez Torres José Antonio S112
 Rangel Solorio J Ignacio S65
 Reveles Vázquez Juan Antonio S45
 Reyes Díaz Gerardo de Jesús S65
 Reyes Fernández Linda Elizabeth S71, S81
 Reyes Garza Diana I S51
 Reyes González Areli S131
 Reyes Muñoz Enrique S119
 Reyes Paredes Norberto S55
 Reyes Urrutia Ignacio S81, S85
 Reyna Amaya Horacio S37, S38
 Reynaga Hernández Judith S7, S36, S117
 Rico Olvera Hugo S6, S61, S83, S86
 Rico Padrón Alex Antonio S128
 Rivera Montes Alfredo Martín S56, S115
 Rocha Cárdenas Francisco S21
 Rocha Márquez Justino de Jesús S67
 Rodríguez Bosch Mario Roberto S6, S50, S61
 Rodríguez Calderón Ricardo S21
 Rodríguez Cevalco Silvia S105
 Rodríguez Colorado Esther Silvia S9, S10, S11, S75, S82, S100, S101, S102, S103, S104, S105

Rodríguez Cuevas Sergio S39, S41
 Rodríguez Higuera Yoatzin S80, S90, S91
 Rodríguez Orozco Rafael S81
 Rodríguez Rangel Salvador S109
 Rojas Ruiz Juan Carlos S18, S19, S77
 Rojas Sánchez Teresita María del Rosario S32, S35
 Roldán Reyes Roberto S25
 Romano Lagunas Gabriela Liliana S24, S58
 Romero Morón Guillermo S124
 Romero Nava Luis Eduardo S128
 Romo Martínez Sonia Laura S34
 Ronson Pérez Ignacio S122
 Rosales de León Julio Cesar S108
 Rosales Hernández Francisco J. S39
 Rosas Álvarez Araceli S120
 Ruiz Muñoz Saul S23
 Ruvalcaba Limón Eva S40, S41
 Ruvalcaba Ortiz Georgina S110

S

Sada Tamayo Javier S130
 Salas González Francisco S87
 San Luis Miranda Raúl S63
 Sánchez Contreras Jesús S73
 Sánchez Cruz Francisco S70, S126, S128
 Sánchez Domínguez Jesús S77
 Sánchez Herrera Gabriel Rafael S119
 Sánchez S Víctor S77
 Sandoval Siordia Brenda Berenice S87, S89, S92
 Santamaría Ferreira Mauricio S70, S126, S128
 Santiago Carballo Margarita S32, S33
 Santillán Morales José Guadalupe S121
 Santos Haliscak Roberto S15, S23, S76
 Santos Pacheco Eduardo S33, S43
 Santos Salazar Beatriz Elena S117
 Santos Vera Isela S131
 Saucedo Hernández José Luis S123
 Segura Romero Luis S39, S41
 Sepúlveda Gonzalez José S14, S15, S17, S23
 Serrano Loyola Raúl S121
 Serratos Garduño José Eduardo S39
 Serviere Zaragoza Claudio S115
 Sesman Bernal Mayra Antonieta S10, S11
 Sifuentes Álvarez Antonio S116, S24, S44
 Silva Barragán Ileana S58
 Skip Rizzo Albert S78

Solís Medrano Juan S2, S70, S80, S103
 Sordia Hernández Luis Humberto S26, S27
 Soria López Juan Antonio S71
 Soriano Becerril Diana Mercedes S69
 Soriano Benítez Mauricio S41
 Sosa Fajardo María de los Ángeles S60
 Sosa Guillaumin Alfonso S98
 Soto Pineda Juan Manuel S30, S45, S60
 Stern Colin y Núñez Jorge Jaroslav S69

T

Talamantes Cabrera Orlando S24
 Tejo Moreno Armando S130
 Téllez Serna María de Lourdes S50
 Tena Álvarez Gilberto S118
 Terronbes Saldívar María del Carmen S56
 Torcida González Miguel Eloy S51, S71
 Torres Jorge S96
 Torres Martínez Arturo S92
 Torres Salas Esther S32
 Tovar Villegas María Teresa S111
 Treviño Alanis Rodolfo S76, S77
 Treviño Garza Mauricio S76, S77
 Treviño Ledesma Wendy Edith S71
 Treviño Salinas Emilio Modesto S31, S36

V

Vadillo Ortega Felipe S46, S47, S48, S49, S118
 Valdés Carrillo Arturo S108
 Valdez Contreras Manuel S64
 Valle Gay Armando S31
 Vara Miranda Blanca S70, S102, S103, S126, S128
 Varela Ortiz Sergio Armando S95
 Vargas López Carlos S56
 Vargas Trujillo Samuel S119
 Vásquez Alejandro S116
 Vázquez Camacho Eric S119

Vázquez Govea Elisa S99
 Vázquez Lopez Alejandro S24
 Vázquez Méndez Juana S26, S27
 Vázquez Zárate Joel S90
 Vázquez Zarate Víctor Manuel S27
 Vela Antillón Gerardo S76, S82, S111
 Vela Chávez Teresa S40
 Velasco Sánchez María Guadalupe S4
 Velázquez Castellanos Patricia S11
 Velázquez Méndez Karla Isabel S83
 Velázquez Ramírez Norma S115
 Veloz Martínez María Guadalupe S63
 Vera Gaspar Drusso S32, S33, S34, S35, S65
 Vera Morales Alejandra S81
 Verdugo Cisneros Oscar Arturo S114, S115
 Vidal Gutiérrez Oscar S19, S20, S22, S31, S36, S68
 Villa Rivera Elvira S118
 Villa Velázquez Sandra Patricia S7
 Villa Villagrana Francisco S28
 Villagómez Martínez Gabriel Edgar S81
 Villalobos A Sergio S77
 Villegas Martínez Manuel S120

W

Wiederhold Brenda K. S78

Y

Yáñez Espinoza José Arturo S13

Z

Zamarripa Leyva José Manuel S87
 Zamora Escudero Rodrigo S22
 Zárate Grande Margarita S20
 Zeferino Toquero Moisés S37, S38
 Zentella Dehesa Alejandro S118
 Zepeda Zaragoza Jorge S90, S91, S130

NOTA DEL EDITOR

Debido a que la mayor parte de los trabajos se recibieron en una página web, la interpretación de los símbolos no siempre pudo reproducirse correctamente, en estos casos aparecen caracteres ilegibles.