

Ginecología y Obstetricia de México

Volumen 93 · Suplemento 1 · 2025

**73 CONGRESO MEXICANO DE
OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA**
CANCÚN, QUINTANA ROO. 26 AL 30 DE OCTUBRE 2025

Ciencia en acción por la vida y el bienestar de las mujeres



Indizada en: PubMed, SciELO, Índice Médico Latinoamericano, LILACS, Medline.

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

ISSN-0300-9041

ISSNe-2594-2034



GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DE MÉXICO

73 CONGRESO MEXICANO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

CANCÚN, QUINTANA ROO. 26 AL 30 DE OCTUBRE 2025

Ciencia en acción por la vida y el bienestar de las mujeres



Volumen 93, Suplemento 1, 2025

CONTENIDO

EDITORIAL

El testimonio de un congreso médico
Enrique Nieto Ramírez

OBSTETRICIA GENERAL

- S1 1. FullPIERS como predictor de complicación**
Martínez Gaytán Victoria, Peralta Medel Fernando, Hernández de la Cruz Carlos Manuel, Pérez Zapata Jorge
- S1 2. Riesgo de trombosis en el puerperio**
Victoria Martínez Gaytán, María Cristina Guerrero de León, Fernanda Coronado Rodríguez
- S2 3. Patógenos: ruptura prematura de membranas**
Karine Yolanda Herrera Flores, Juan Carlos de la Cerda Ángeles
- S2 4. Modificación de sutura compresiva tipo B**
Molina Soto Mario Alberto, Rosales Ortiz Sergio, Regalado Guerra Cynthia Ximena, Roaro Figueroa María Fernanda, Mancera Andrade José
- S3 5. Acretismo placentario fúndico**
Misael Guerrero Valdez, María Sarahi Cervin Baez
- S3 6. Síndrome de Cornelia de Lange: Caso clínico**
Iris C. Martínez Facio, Alvaro Gómez Peña, Maribel Lara Chavarría, Mariana L. Sánchez Reyna
- S4 7. 25(OH)D₃ y primer trimestre**
Rafael Soto Gámez, María Fernanda Lozano Martínez, Dalia Gutiérrez González, Andrea Vallejo María Elena Romero Ibarguengoitia
- S4 8. Mioma subseroso gigante en embarazo**
García Escoto Víctor Salvador, Gómez Herrera Alejandra Guadalupe, Navarro Gutiérrez Víctor Alfonso, Gómez Landero Aurelio, Montañó Villalpando Zoara Irais

- S5 9. Acretismo placentario y mioma uterino**
García Escoto Víctor Salvador, Pérez Díaz Miriam Chantal, Vázquez Recendez Abdías, Velázquez Sosa Daniel, Sierra Herrera Vania Yuridia
- S5 10. Fascitis necrotizante en el puerperio**
García Escoto Víctor Salvador, Avila Maribel, Villaseñor Corona Ana María de la Paz López Sánchez Gisell Cristina, Enríquez Torres Leslie
- S6 11. Embarazo ectópico tubárico posterior a histerectomía**
Sheila De la Cruz Aragón, Diana Elizabeth Lara Barragán Singh, Karla Paloma Tejeda Martínez Jorge Sebastián Gorordo Muñoz, Leonel Pedraza González
- S6 12. Embarazo en los extremos de la vida**
Candy Athanahi Rodríguez Aguilar, Rogelio Castillo Luna
- S7 13. Hipertensión gestacional y adolescencia**
Itzel Guzman Benavides
- S7 14. Cardiopatía compleja materna y embarazo**
Oscar Rubén Treviño Montemayor, Abel Guzmán López, Hilda Guadalupe Guzmán Pérez, Andrea Isabel Piña García, Tomás Ignacio Guzmán Pérez
- S7 15. Seguimiento ecográfico fetal**
José Raúl Escorcía Reyes
- S8 16. Embarazo heterotópico**
Evelyn Lizbeth Flores Vazquez, Bernardo Aguirre Fernandez, Rogelio Castillo Luna
- S8 17. Bioética y objeción de conciencia en aborto**
Flores-Acosta, Clara del Carmen Gutiérrez-Aguirre, César Homero Guzman-López, Abel Ploneda-Espinosa de los Monteros, Paola B. Eglá E. Barrera-Landa
- S9 18. Embarazo heterotópico resuelto, utopía.**
Tania Noemí Reza Hernández, Vismark Rivera García, Juan Ocadiz Vieyra

- S9 19. Desenlaces materno-fetales**
De la Puente Gomez AZ, Vielma Crespo, K, Arrese Igor Vicuña, A, Vergel Cervantes N, Ramírez Santes V
- S9 20. Metahemoglobinemia y trabajo de parto**
Óscar Rubén Treviño Montemayor, Garcés Cañizalez Ricardo José, Clara del Carmen Flores Acosta, Abel Guzmán López, Viviane Borrayo Garza
- S10 21. Eclampsia a las 18 semanas de embarazo**
Andrés Murillo Mendoza, Patricia Dorie Jaen Anieves, Rodrigo Esaú García Arriaga, Kenny Itzel Chavar Ramírez, Abel Guzmán López
- S10 22. Síndrome de Williams y embarazo**
Juan Antonio Soria Lopez, Gustavo Iñaki Guajardo Aspiazu, Roberto Ambríz López, Abel Guzmán López, Oscar Rubén Treviño Montemayor
- S11 24. Acretismo placentario. Reporte de caso**
César Alejandro Hernández Govea, Laird Alejandro Hernández Martínez
- S11 25. Cardiopatías y embarazo: caso clínico**
Tania Noemí Reza Hernández, Vismark Rivera García, Itzel Alejandra Díaz Cruz, Juan Ocádiz Vieyra
- S11 26. Hipotiroidismo agudo en el tercer trimestre del embarazo**
Mayé Guadalupe Flores Trejo, Ivonne Hermenegildo Flores, Herbert Nudding Martínez, Xicotecatl González Uresti
- S12 27. Torsión uterina en embarazo**
Eduardo Cruz Hernández, Gerardo Manzanares Carrillo, Elier Raúl Castro López, Israel Calderón Bello, Víctor Contreras González
- S12 28. Espectro de placenta acreta-percreta**
Vanessa J. Meraz Pinales, Berenice Herrera Pecina, Jorge Luis León González, María Teresa Tijerina Ortega, Abigail Ramírez Dávila
- S13 29. El embarazo ectópico roto con choque hipovolémico IV**
Maribel Lara Chavarría, Marcela Queiko Seo Mendoza, Iris Celeste Martínez Facio, Mariana Lizeth Sánchez Reyna
- S13 30. Violencia obstétrica. Revisión narrativa**
Verónica Hernández Hernández, Adriana Laura Arteaga Santa María, Ana Betzabee Torres Munguía, Amalia Hernández Rodríguez
- S14 31. Embarazo cornual: reporte de caso**
Esthefany Alejandra Salazar González, Rashid Sadek Azar, Jahel Vásquez Pacheco
- S14 33. Miastenia gravis y embarazo**
Jesús Emanuelle Nieves Avilés, Mildred Karina Castellanos Campos, Eunice Díaz Cruz
- S14 34. Embarazo y leucemia promielocítica aguda**
Miriam del Socorro Fierros Cadenas, Beatriz Cruz Muñoz, Hilda Socorro Valadez Hernández, Ana Carolina Cerda Chávez, Lina María Álvarez González
- S15 35. Embarazo ectópico abdominal**
Tania Alí Sánchez Torres, Sofía Calvache Benavides, Sandy Bell Hernández Hernández, Marcos Jesús Rodolfo Hernández Fierro
- S15 37. Rotura uterina: reporte de caso**
Andrea Martínez Riquelme, Dave Pérez Lemus, Elizabeth Gil López
- S15 38. Sirenomelia**
Omar Jahaziel Martínez Ponce, Gabriela Itzel Magdaleno Muñoz
- S16 39. Hidrops fetal**
Edson Fortozo Andrade, Raña Pohls Erika Raña
- S16 40. Embarazo ectópico intraligamentario**
Dafne Astrid Díaz Piña, Emily María Ojeda Gaxiola
- S17 41. Placenta acreta en útero sin cicatrices**
Ricardo Jiménez Jiménez, Daniela Mendoza Mendoza, Jorge Arturo Parra Montoya, Oscar Arturo Becerril López, Julio Maciel Mercado
- S17 42. Mola hidatiforme: reporte caso**
Diana Vanessa Jurado Chávez, Bernardo Octavio Enriquez Guillén, Arely Yaneth Chávez Loya, Alberto Balderas Mercado, Diego Maynez Faudoa
- S17 43. Incompetencia cervical: desafío clínico**
Alberto Balderas Mercado, Luis Daniel Hernández Mendoza, Diego Máinez Faudoa, Diana Vanessa Jurado Chávez, Yaneth Arely Chávez Loya
- S17 44. Hemorragia masiva secundaria a acretismo**
Karine Yolanda Herrera Flores, Natalia Rivera Elizarrarás, Claudia Gabriela Torres Jurado, Linda Yocelyn Ley Silva, Edgar Omar Uribe Zapata
- S18 45. Miastenia gravis y embarazo**
Valeria Calvo Jiménez, Roberto Cabrera Cariño
- S18 48. Síndrome retinoide fetal**
Alejandra Corona Rodríguez, Martha Asunción Nava Díaz, Leticia Regueira Rodríguez, Carmen Jacqueline González Gómez, Yuritzi Adelina Legorreta Mejía
- S19 49. Espectro placenta acreta: reporte de caso**
María Fernanda Huerta Pérez, Miguel Ángel Bonaparte Pimentel, Dayana Fernanda Espinoza Montes, Verónica Denise de Alba Hernández, Jose Luis Rodríguez Chávez
- S19 51. Rol de la amniocentesis en el cerclaje**
Alejandra Berenice Rodriguez Romero, Héctor Alexandro Moreno Plata, Hugo Alfredo Rangel Nava, María Fernanda Zalapa Gómez
- S19 52. Correlacion Capurro y medidas ecograficas**
Andrea San Germán Morales, Daniel Alejandro Cadena Zamudio, Jacaranda Herrera Gutiérrez, Elena Alicia López Parra, Flor Gabriela Lucas Cristóbal
- S20 53. Bocio fetal: un reto perinatal**
Elizabeth Viridiana García Santana, Diana Jiménez González, Luis Felipe Coyotecatl Ramos
- S20 54. Embarazo molar con feto vivo**
Karen Jazmín García Martínez, Paul Miguel Ortega Martínez, Cecilia Alejandra Rodarte Sánchez, Edson Gibran Oropeza Saucedo, Claudia Itzel Ramírez Acevedo
- S21 56. Prevalencia de enfermedad por reflujo gastroesofágico en mujeres embarazadas**
Allison Mariana Coterio Robles, Francisco Javier Castro Apodaca, José Ángel Uriarte Valenzuela, Valeria Baéz López, Joel Murillo Llanes



- S21 57. Efectividad del modelo fullPIERS**
Samali Monserrat Arciniega Martínez
- S21 58. Útero de Couvelaire secundario a desprendimiento prematuro de placenta normoinsera**
Exequiel Salmeron Hilario, Samali Monserrat Arciniega Martínez, Xama Andrea Lara Martín
- S22 59. Embarazo ectópico abdominal. Reporte de caso**
María José Herrera Saldaña, María Carolina Becerra Iñiguez, Alberto Bañuelos Franco, Fernando Javier Madrigal Tejeda, José Luis Rodríguez Chávez
- S22 60. Comparación de la técnica Tovar-Montiel**
Mario Eduardo González Godínez, Ignacio Ronson Pérez
- S22 61. Acretismo placentario y miomatosis**
Angélica Joanna Madera Álvarez
- S23 62. Embarazo ectópico en cicatriz de cesárea**
Yessica Janett Mota Argandona, Nydia Andrea Garcia Bezares, Karla Solano Diaz, Wendy Azaret Joshua Barbosa Hernández, Katia Alva Chávez
- S23 63. Medición de IP AU para preeclampsia**
Linda Yocelyn Ley Silva
- S23 64. Embarazo gemelar ectópico cornual roto**
María Fernanda González Méndez Padilla, Paul Alejandro García Chávez, Claudia Alejandra Ramírez Medrano
- S24 65. GCHβ como predictor en embarazo ectópico**
Itzel Altamirano Mendoza, Flor Gabriela Lucas Cristóbal, Yarebeli Sujey Dávalos Segundo, Rogelio Chávez Pasos, Arelly Peñaloza Nolasco
- S24 66. Meningioma en el embarazo**
Carolina Yañez Morales, Jorge Abraham Blanco Lares, Diana Martha Correa Uribe, Gerardo Hurtado Gallardo, María Fernanda Arroniz Corro
- S25 67. Útero didelfo y evolución obstétrica**
Karina Mata de la Rosa, Liliana Alejandra Coronado Rodríguez, Daniela Díaz Hernández, Carlos Alejandro Maldonado Carrizalez, Ivonne Aidee Vargas Segura
- S25 68. ¿Es el umbral de 5 cm siempre necesario?**
Mónica Karina Sánchez Zenteno, Magaly Mendez Águila, Sandybell Hernández Hernández, Miguel Ambriz Morales
- S25 69. Pancreatitis en el embarazo**
Natalia Rivera Elizarrarás, Alexa Paola Galván del Toro, Karine Yolanda Herrera Flores, Claudia Gabriela Torres Jurado, Linda Yocelyn Ley Silva
- S26 70. Tuberculosis peritoneal en una paciente embarazada**
Arelly Cruz Cardeño, Rogelio Castillo Luna, Fátima Dagmar León Herrera, Luis Francisco Larios Calderón
- S26 71. Embarazo extrauterino avanzado**
Natalia Rivera Elizarrarás, Griselda Yadira Martínez Aragón, Alexa Paola Galván del Toro, Juan Carlos de la Cerda Ángeles
- S26 72. Concentraciones séricas terapéuticas de sulfato de magnesio**
Corina Aidee Cruz, Alejandro Muñiz Madariaga, Fernando Germes Piña
- S27 73. Secuencia TRAP. Reporte de caso**
Alicia Eugenia Ramos Jordán, Juan Escobedo García, Jair Emmanuel Vázquez Medina, Mariel Zepeda Fong
- S27 75. Úlcera de Lipschütz: reporte de caso**
Luis Angel Roman Noyola, Ana Carolina Cerda Chávez
- S27 77. Secuencia de Potter**
Jennifer Amalia Toyos Rodríguez, Laura Elena López Saiz, María Paula Moreno Castillo, Alejandra Guadalupe Velarde Molina
- S28 78. Pas sin antecedentes quirúrgicos**
Hilda Viridiana Zamora Mejía, Damián López Rangel, Zuzanne Amie Hernandez Cordova
- S28 79. Cetoacidosis diabética en el embarazo**
Mónica Alejandra Olivares Herrera, Stefany Paola Chairez Rocha, Lizet Johanna Sáenz Santibáñez
- S28 80. Embarazo de localización incierta**
Liliani Citlali Lara Solano, Enoch Naranjo Rodríguez
- S29 81. Embarazo tetracorial-tetraamniótico**
Gabriela Carmona Martínez, Gabriel Enrique Castillo Martín del Campo, Paulo César Gómez Hernández, Emmanuel Bautista Perea, Antonio Jesús Briseño Sainz
- S29 82. Mola parcial**
Xochitl Franco Mojica, Natalia A Luna Martínez, Gabriel R Bass Almaguer, Jessica M Gómez Castellanos
- S29 83. Complicaciones quirúrgicas post-bypass**
Diana Aylin Martinez Acevedo, Maria Fernanda Roaro Figueroa, Carlos Emmanuel Alvarez Alcala
- S30 85. Embarazo abdominal de 23 semanas**
Azucena Marisol Silva Cruz, Gabriel Enrique Castillo Martín Del Campo, María Alejandra Castellon Acosta, Antonio Jesus Briseño Sainz, Nydia Castillo Guerrero
- S30 86. Pancreatitis aguda en el embarazo**
Namy Melissa Kim Morales, Isela Juliana Barrita Domínguez, Alejandra Herrera Ortiz, Danniela Niebla Cárdenas
- S30 87. Cerclaje de emergencia: caso clínico**
Adriana Jacqueline Mendoza Martinez, Miguel Ángel Mejía Martínez
- S31 88. Hemoglobina glucosilada en el primer trimestre del embarazo**
Luis Angel Roman Noyola, Hilda Socorro Valadez Hernández, Jorge Bravo Rubio, Saray Guadalupe Ornelas Hernández
- S31 89. Dengue y embarazo**
Paola Cristina Raygoza Murillo, Arturo Javier Torres Mercado, Miguel Angel Arrieta Casas, Susana Carolina de Anda González, Karen Marlen Ponce Quirarte
- S32 90. Acretismo placentario en el primer trimestre del embarazo**
Diana Laura Castro Pileño, Cynthia Chavira Anaya, Alvarado Mendéz José de Jesús, Aguilar Barajas Ernesto, Paola Monserrat Santana Hernández
- S32 91. Hemorragia obstétrica y miomectomía**
Jocelyn Andrea Almada Balderrama, Edgar Iván Mendoza Ríos, Fela Vanesa Morales Hernández,

- Myrna Souraye Godines Enríquez, Enrique Reyes Muñoz
- S32 **92. Embarazo ectópico cervical roto. Reporte de caso**
Axel Arellano Camacho, Estefany Lizeth Campos Zazueta, Francisco Javier Meza Garza
- S33 **93. Rickettsiosis en el embarazo**
Alejandra Guadalupe Velarde Molina, Jennifer Amalia Toyos Rodriguez
- S33 **94. Leiomioma con mitosis activa obstétrico**
Enrique Pérez Luna, Andrea Granados Alvarado, Alexis Bazán de la Cruz
- S33 **95. Desprendimiento crónico asintomático**
Diana Laura Aceves Cabrera, Jorge Arturo Parra Montoya, Daniela Mendoza Mendoza, García Torres Miguel Alejandro, Julio Maciel Mercado
- S34 **96. Factores de riesgo de aborto en el segundo trimestre del embarazo**
Claudia Gabriela Torres Jurado, Natalia Rivera Elizarrás, Karine Yolanda Herrera Flores
- S34 **97. Amelia y focomelia: Reporte de caso**
Karla Ortega Maceda, Ingrid Frutos Cervantes, Denisse Gonzalez Balleza, Alicia Lisvett Benavides Martinez, Eduardo Noé Nava Guerrero
- S35 **98. Embarazo en cicatriz de cesárea**
Karla Ortega Maceda, Adriana Vidimara Ramos Martínez, Alicia Lisvett Benavides Martínez, Cuahutemoc Gutiérrez Maldonado, Eduardo Noé Nava Guerrero
- S35 **99. Embarazo en cicatriz de cesárea previa**
Jocelyn Andrea Almada Balderrama, Edgar Iván Mendoza Ríos, Andrea Godínez Medina, Gabriel García Garnica, Stephanie Rubí Tobón Delgado
- S35 **100. Embarazo ectópico abdominal. Reporte de caso**
Jessica Coello Maldonado, María Fernanda Rodríguez Valdez, Yanie Cavazzini Cocconcelli, René Cortés Flores, Miguel Ángel González Nazar
- S36 **101. Embarazo ectópico glándula suprarrenal**
Reynol Emiliano Gonzalez Ibarra, Ana Gabriela Sepúlveda Argáez, Karla Ortega Maceda, Jorge Emiliano Báez Herrera, Jorge Aguilar Castillo
- S36 **102. Tormenta tiroidea inminente en embarazo**
Claudia Gabriela Torres Jurado, Karine Yolanda Herrera Flores, Natalia Rivera Elizarraras, Ismael Guzman Vargas
- S36 **103. Enfermedad cardíaca degenerativa en embarazo**
Verónica Ramírez Jaramillo, Israel Calderón Bello, Eduardo Cruz Hernández, Gloria Elena Ramirez Alonso
- S37 **104. Importancia en la valoración de finalización del embarazo**
Marcela Solís Montoya
- S37 **106. Embarazo en la adolescente y complicaciones**
Raúl Ernesto Martínez Román, Viani Elizabeth Gachúz Martínez
- S37 **107. Parálisis facial en el embarazo**
Diego Miguel Mejía Pérez, Jesús Ángel Quintero Ramírez
- S38 **108. Choque cardiogénico periparto**
Andrea Monserrat López Jiménez, María Itzel Pérez Martínez
- S38 **109. Corioangioma placentario gigante**
Amairani Del Rosario Urbina Soto, Francisco Javier Castro Apodaca, Emma Angelica Urrea Castro, Nancy Godoy Rodriguez
- S39 **110. Placenta previa e inserción anómala**
Raúl Ernesto Martínez Román, Roberto Camacho Castro, Laura Andrea Ruiz Vázquez
- S39 **111. Complicaciones materno-fetales con dengue**
Ana Paula Romo Mireles, Sofía Hurtado Arellano, Susana Carolina De Anda González, Hilda Valadez, Jorge Bravo Rubio
- S39 **112. Hemorragia retroperitoneal espontánea**
Lizette Geraldine Lizarraga Marín, Brenda Aurora Elizondo de Luna, Israel Castro Torres, César Daryl Castro Reyes Christus Muguera
- S40 **113. Trisomía 18. Reporte de caso clínico**
Jennifer Alexandra Quintana Loya, María Fernanda Arroniz Corro, Diana Martha Correa Uribe, Carolina Yáñez Morales
- S40 **114. Leiomioma de gigantes elementos que complica el embarazo**
Jesús Alexander Valdez Gámez, Verania Cabada Torres, Kharla Alexandra Langure
- S40 **115. Fémur corto aislado en ultrasonido**
Carolina Martínez, Verania Cabada, José Miguel Ramos, César Castillo
- S41 **116. Trombocitopenia gestacional**
Isabel Cristina Aguilar Moraila, Aislynn Guadalupe García Soto, Yetzali Zavala García, Melissa Isabel Sanchez Valdez, Juan Carlos Balcazar Rodriguez ISSSTE, Culiacán, Sinaloa.
- S41 **118. Magnesemia y Zuspan en preeclampsia**
Corina Aidee Cruz Chacón, Alejandro Muñiz Mada-riaga, Fernando Germes Piña
- S41 **119. Embarazo ectópico abdominal**
Héctor López Rodríguez, Rolando Arturo Cázares Garza, Fátima Yareli Zamarripa Ortiz, Jannete García Alvarado
- S42 **120. Ruptura hepática y síndrome de HELLP**
Laura Andrea Ruiz Vázquez, Wendy Balbina Márquez Hiraes, Raúl Ernesto Martínez Román
- S42 **121. Oclusión tubárica con técnica Uchida**
María Fernanda Roaro Figueroa, Diana Aylin Martínez Acevedo, Mario Alberto Molina Soto
- S42 **123. Cardiopatía congénita en embarazo**
Gloria Elena Ramírez Alonso, Eduardo Cruz Hernández
- S43 **124. Ruptura hepática**
Francisco Reyes César, Mariana Piñera Lizcano, Arlette Rodríguez Oseguera
- S43 **125. Embarazo en cicatriz de cesárea previa: reporte de casos**
Katherin Mabel Lopez Matute, Daniela Mendoza Mendoza, Jorge Arturo Parra Montoya, Felipe de Jesús Bustos Rodríguez, Julio Maciel Mercado



- S43 128. Displasia tanatofórica: del ultrasonido**
Zeus Antonio de La Cruz Vázquez, Víctor Romero Mejía, Jose Carlos Peñafort Zamora, Jairo Saúl Bautista Hernández
- S44 129. Microangiopatía trombótica**
Emiliano Ruiz Ramirez, Valeria Zorrero Noguez, Jessica Guadalupe Rodriguez Murguía, Román Reyes Chavez.
- S44 130. Rabdomioma cardíaco fetal**
Jazibeth Bañuelos Mayoral, Adelina Hernández Zarco, Jesús Alberto García Navarro
- S44 131. Muerte perinatal y su huella en la salud mental**
Alejandra Tellez Aguilera, Grecia Villa Cruz, Melchor Cantú Santos, Katy López Serna, Edna Elizabeth Montiel Labastida
- S45 132. Deficiencia congénita del factor VII como causa de hemorragia posparto**
Janine Russeth Hernández Zanata, Marco Antonio Gámez Garza, Eugenio Guerra Cárdenas, Ignacio Uriel Macías Paz
- S45 133. Prevalencia de factores de riesgo**
Berenice Lira Hernández, Mauricio Raúl Gutierrez Castañeda, Ricardo Chavez Avila, Maria del Carmen Guevara Lara, Alma Lizbeth Eugenio Gutierrez
- S45 134. Antecedente de trastornos hipertensivos del embarazo en mujeres con terapia de reemplazo renal**
Yomayra Deyanira Rivera Beltrán, Williams Castañeda Bautista, Lizbeth Lima Juárez
- S46 137. Reto diagnóstico de embarazo heterotópico**
Dulce Izveth Hernández Hernández, Humberto Carpintero Durán
- S46 138. Experiencia de nacimiento**
Renata Zavala Canales
- S46 139. Obesidad y preeclampsia**
Nazilli Patricia Aracil Morales
- S47 140. Sensibilidad de la escala de puntuación**
Eva Araceli Morales Dorantes
- S47 141. Uso concomitante de misoprostol y oxitocina**
Paloma Vázquez Estrada
- S47 142. Resultados perinatales en vasculitis IgA**
Edgar Iván Mendoza Ríos
- S48 143. Predicción de desenlaces perinatales adversos**
Deyanira Baca
- S48 144. Escala de fullPIERS**
Maria Socorro Núñez Osuna
- S48 145. Prematurez y latencia de corticoides**
Andrea Monserrat López Jiménez
- S49 146. Calculadora de riesgo de cesárea**
María Itzel Pérez Martínez
- S49 147. Obesidad y complicaciones perinatales**
Edith Jocelyn Hernández Sánchez
- S49 148. Circunferencia abdominal fetal**
Marco Vinicio Martínez Monroy
- S50 149. Seguimiento ecográfico de fetos pequeños para la edad gestacional**
José Raúl Escorcía Reyes
- S50 150. Embarazo tras hallazgo incidental de sarcoma uterino**

Reni Anahí Valdez Rivera, Luisa Evelyn Soto Morales, Adriana Cruz Vázquez, Evelia Rojas Perales, María Félix Águilar López

- S51 151. Cáncer y embarazo**
Silvia Gabriela Licea Contreras, Marsella Franco Jaramillo
- S51 152. Muerte fetal secundaria a hidrops fetal**
Mariana Lizeth Sanchez Reyna, Maribel Lara Chavarria, Iris Celeste Martinez Facio, Marcela Queiko Seo Mendoza
- S51 153. Hiperuricemia e hipertensión en el embarazo**
Victoria Martinez Gaytán, Maria Cristina Guerrero de León, Melany León Díaz, Cecilia Alejandra Torres Veloz, Luis Alberto Pugliese de la Fuente
- S52 156. Embarazo ectópico retroperitoneal**
Reynol Emiliano Gonzalez Ibarra, Ana Gabriela Sepúlveda Argáez, Karla Ortega Maceda, Jorge Emiliano Báez Herrera, Jorge Aguilar Castillo
- S52 157. Síndrome de HELLP y encefalopatía posterior reversible**
Andrea Beatriz Ramírez Figueroa, Wendy B. Márquez Hiraes
- S52 158. Embarazo ectópico cornual roto**
Celeste Alejandra Duarte Moreno, Emilio Modesto Treviño Salinas, Omar Alberto Hernández Barboza, Eglá Evelyn Barrera Landa Guzmán López
- S53 159. Embarazo molar y feto sano de 16 semanas**
Álvaro Pantle Espinoza, Ana Karen Cabrera Hernández, María Fernanda Muñoz Velázquez, Rogelio Castillo Luna
- S53 160. Endocarditis aguda post aborto**
Erika Lizette Rincón Flores, Edna Elizabeth Montiel Labastida, Cuauhtémoc Gutiérrez Maldonado, José Carlos Martínez Ramírez
- S53 163. Implantación ectópica en sigmoides**
Yesica Pérez López, Blanca Delia Carranza Sánchez, Ana Rosa Andrade del Toro Laura, Verónica Nava López
- S54 164. Frecuencia de las enfermedades hipertensivas**
Alicia Paola Morales Rodríguez

MEDICINA MATERO-FETAL

- S55 165. Factores asociados con muerte fetal en síndrome de transfusión feto-fetal**
José Antonio Ramírez Calvo, Dulce Guadalupe Villanueva Espinoza, Juan Manuel Gallardo Gaona, Sandra Acevedo Gallegos, Diana Yazmín Copado Mendoza
- S55 166. Alteraciones de la línea media**
Yazmin Copado Mendoza, Xochitl Anahi Morales Vergara, María José Rodríguez Sibaja, Mario Isaac Lumbreras Marquez, Yubia Amaya Guel
- S56 167. Cordocentesis: tendencias y desenlaces**
José Antonio Rodríguez Calvo, Emmanuel Martínez Rodríguez, Andrea Godínez Medina, Mario Isaac Lumbreras Márquez, Juan Manuel Gallardo Gaona

- S56 168. Gastrosquisis alteraciones de crecimiento**
Sandra Acevedo Gallegos, Juan Manuel Gallardo Gaona, Pamela Alejandra Fierros Orozco, Berenice Velázquez Torres, Yubia Amaya Guel
- S57 169. Embarazo con diabetes e hipotiroidismo**
Diana Yazmin Copado Mendoza, René Cisneros Radilla, Dulce Ma. A. Camarena Cabrera, Mario. I. Lumbreras Márquez, Yubia Amaya Guel
- S57 170. Tamizaje del primer trimestre y desenlaces**
Sandra Acevedo Gallegos, Berenice Velázquez Torres, Jorge Alberto Narváez Hernández, María José Rodríguez Sibaja, Dulce María Camarena Cabrera
- S58 171. Mioinositol en el embarazo para prevenir diabetes mellitus gestacional**
César Rodolfo Tawney Serrano, Mitzi Rivera Beltrán, Adán Morales Flores, Alberto Bañuelos Franco
- S58 172. Embarazo gemelar con malformación del tubo neural**
Clara del Carmen Flores-Acosta, Iván Dávila-Escamilla, Gabriel E Villagómez-Martínez, PAOLA B PLONEDA-ESPINOSA DE LOS MONTEROS, ERICK ISAÍAS PHILLIPS-ESPARZA
- S59 173. Embarazo gemelar en útero bicorne unicolis**
Clara del Carmen Flores-Acosta, Flavio Hernández-Castro, Oscar Rubén Treviño-Montemayor, Erick Isaías Phillips-Esparza, Paola B Ploneda-Espinosa de los Monteros
- S59 174. Anomalías discordantes en embarazos gemelares monocoriales biamnióticos**
José Antonio Ramírez Calvo, Andrea Godínez Medina, Edgar Iván Mendoza Ríos, Rodrigo Guadarrama Mora, Juan Manuel Gallardo Gaona
- S60 175. Agenesia del cuerpo calloso**
Ivan Vladimir Dávila Escamilla, Esthela Janet Trejo Guzmán, Roberto Ambríz López, Roberto Ramñon Morales Zepeda, María Celeste Esquivel Martín
- S60 176. Detección prenatal de producto con miocardiodiopatía**
Andrés Murillo Mendoza, Ilse Alejandra Chavarría Rodríguez, Lizbeth Angélica Ortega Mariscal, Tomás Ignacio Guzmán Pérez, José Alberto Villarreal Rodríguez
- S60 177. Hemorragia de la matriz germinal**
Iván Vladimir Dávila Escamilla, Nubia Alejandra Wong Arce, Piedad Omar Mendez Aguirre, Esthela Janet Guzmán Trejo, Luis Abel Guzmán Ochoa
- S61 178. Toracópagos en un embarazo triple**
Gabriel Edgar Villagomez Martínez, Roberto Ramon Morales Zepeda, María Celeste Esquivel Martín, Andrea Isabel Piña García, Celeste Alejandra Duarte Moreno
- S61 179. Corrección fetal intrauterina**
Gabriel Edgar Villagómez Martínez, Nubia Alejandra Wong Arce, Piedad Omar Mendez Aguirre, Luis Abel Guzmán Ochoa, Antonio Soria López
- S62 180. Transfusión fetal intrauterina**
Gabriel Edgar Villagómez Martínez, Eglá Evelyn Barrera Landa, Guillermo de la Cruz Villalobos, Luis Abel Guzmán Ochoa, Juan Antonio Soria López
- S62 181. Síndrome de heterotaxia. Diagnóstico prenatal**
Andrés Murillo Mendoza, Guillermo De La Cruz Villalobos, Eglá Evelyn Barrera Landa, Tomás Ignacio Guzmán López, Oscar Rubén Treviño Montemayor
- S62 182. Síndrome de regresión caudal**
Gabriel Edgar Villagómez Martínez, Iván Vladimir Dávila Escamilla, Luis Abel Guzmán Ochoa, Kenny Itzel Chavar Ramírez, Felipe Antonio Morales Cuellar
- S63 183. Arritmia fetal y trisomía 21**
Óscar Rubén Treviño Montemayor, Clara del Carmen Flores Acosta, Lilia Cano Hinojosa, Felipe Antonio Morales Cuéllar, Kenny Itzel Chavar Ramírez
- S63 184. Complejo de Fallot asociado a interrupción del arco aórtico**
Andrés Murillo Mendoza, Lizbeth Angélica Ortega Mariscal, Ilse Chavarría Rodríguez, Tomás I. Guzmán Pérez, José Villarreal Rodríguez
- S63 185. Aplicación clínica de marcadores blandos**
César Alejandro Alonso Tellez, Aldo Francisco Rodríguez Ruiz
- S64 186. Síndrome Fisher-Evans en el embarazo**
Grecia Paulina Pérez Ramírez, Anaíd Herrerías García, Luis Arturo Castaldi Bermudez
- S64 187. Tratamiento de paciente con cuello uterino corto en embarazo gemelar**
Maribel Lara Chavarría, Erika Giovanna Balderrama Ríos, Alan Gurrola Nájera
- S65 188. Diagnóstico por ultrasonido de gastrosquisis.**
Brianda Lizeth Maldonado Campos, Simón Castro Meléndez
- S65 189. Coartación aórtica en el feto: Caso clínico**
Telma Lizeth Casas Tlatuani, Irais Gabriela Trevilla Palma, Diana Jiménez González, Luis Felipe Coyotecatl Ramos
- S65 190. Espectro de acretismo placentario**
Michelle Arreola Lima, César Humberto Fregoso Ron
- S66 191. Hidrocefalia secundaria a parvovirus B19**
Itzel Alexandra López Castañeda, Ricardo Reza Villalobos
- S66 192. Diagnostico ultrasonográfico de holoprosencefalia**
Bianca Guadalupe Montoya López, Francisco Javier Castro Apodaca, Alan Hamid Gámez Meza, Nancy Godoy Rodríguez
- S66 193. Diagnóstico prenatal de ictiosis arlequín**
Verónica Denise De Alba Hernández, María Fernanda Huerta Pérez, Miguel Ángel Bonaparte Pimentel, Dayana Fernanda Espinoza Montes, Raúl García Hurtado
- S67 194. Síndrome de Body Stalk**
Jovelly Pérez Benitez, Ana Karen Ruiz Dionicio
- S67 195. Linfangioma quístico cervicodorsal**
Julia Isis Parada López
- S67 196. Síndrome de Edwards. Reporte de caso**
Liliana Kavanagh López, Francisco Jesús Leyva Fernández, Luis Alberto Pugliese De La Fuente
- S68 197. Diagnóstico prenatal de CAKUT por ultrasonido**



S68	Oscar Alejandro López Monterrubio, Isela Juliana Barrita Domínguez, Danniela Niebla Cárdenas 198. Obstrucción intestinal baja fetal Edgar Iván Mendoza Ríos, José Antonio Ramírez Calvo, Ana Gabriela Espinosa Reyes, Juan Manuel Gallardo Gaona, Berenice Velázquez Torres	S73	214. Vasculitis decidual en el embarazo Karla Rosario García Altamirano, María del Carmen Zamora Medina, María Fernanda López Torres, Martha Leticia Palafox Vargas, Diana Yazmín Copado Mendoza
S68	199. Síndrome de Cantrell: reporte de un caso POLETTE ALEJANDRA SOTO FLORES, DAFNE GEORGE REYES	S74	216. Defectos en el crecimiento fetal Ana Cristina López Velázquez, Alain Román Reyes Chávez, Mariana Pablo Roldán, César David Nieto Rufino
S69	200. Síndrome de microdelección 2q37 Carolina Contreras Gutiérrez, Paúl Alberto Sandoval Quiñonez, María Fernanda Olaya Reyes, Bárbara Brigitte Solano Sarabia	S74	217. Secuencia de perfusión arterial reversa Gema Sarahí Mendivil Moreno, Vanessa Rodríguez García, Irving Gael Torrez Coronel, María Graciela Patricia, Ley Torres Castellanos, César Enrique Favela Heredia
S69	201. Secuestro broncopulmonar extralobar infra-diafragmático Zamira Alexey Bustos Contreras, Laura Elena López Saiz, Lizbeth Jazmin Guerrero Soto	S74	218. Síndrome de Parry-Romberg y embarazo Andrés Iván Pérez González, Javier Ortiz Betancourt, Julio César Rodríguez Verduzco, Luis Gabriel Costa Figueroa, Luis Manuel Tapia Medina
S69	202. Megavejiga y anhidramnios Karina Mata de la Rosa, José Eduardo Cepeda Rodríguez, Daniela Díaz Hernández, Liliana Alejandra Coronado Rodríguez, Ivonne Aídee Vargas Segura	S75	219. Malformación fetal por bandas amnióticas Verónica Cortés Franco, Jorge Bravo Rubio
S70	203. Diagnóstico prenatal de truncus arterioso Gerardo Hernández Sánchez, Guille María Fernanda Lupercio Segoviano, María Carolina Becerra Íñiguez, Barincka Elsa Acosta Barajas	S75	220. Epignatus fetal: diagnóstico y desenlace Natalia Esther Briceño Ruiz, Mitzi Fernández Luna, Alfredo Santamaría Martínez, Estefanía Méndez Zapata, Sergio Hernández López
S70	204. Tuberculosis miliar en el embarazo Julio César Paz Carranza, Erika Raña Pohls, Rafael Aguilar Peña, Emily Muñoz Sarmiento	S75	221. Gemelos toracópagos Virginia Azucena Vázquez Arcos, Alba Adela Bohórquez López, Nuria Mayela Martínez Bandini
S70	205. Placenta percreta: diagnóstico prenatal Aideé Pamela Orduña Núñez	S76	222. Pentalogía de Cantrell: reporte de caso Karla Ortega Maceda, Denisse González Balleza, Ingrid Frutos Cervantes, Alicia Lisvett Benavides Martínez, Eduardo Noé Nava Guerrero
S71	206. Atresia duodenal Luis Manuel Tapia Medina, Alejandra Ivonne Sotres Guerrero, Julio César Rodríguez Verduzco, Fausto Moises Coronel Cruz, Javier Ortiz Betancourt	S76	223. Gemelos monocoriales toracocefalópagos Denisse González Balleza, Ingrid Frutos Cervantes, Karla Ortega Maceda, Alicia Lisvett Benavides Martínez, Eduardo Noé Nava Guerrero
S71	207. Secuencia acrania-exencefalia-anencefalia Ramón Yeshuad Sosa Flores, Fernanda Denisse Miranda Villareal, Rita Cigarroa Méndez, María Feéix Aguilar López, Adriana Cruz Vázquez	S76	224. Trisomía 21 en embarazo gemelar Sebastián Gorordo Muñoz, Laura Marcela Chávez Mata, Eufemia Teresa López Correa, César Saldaña Solorzano, Juan Ariel García González
S71	208. Síndrome de regresión caudal Daniela Cuéllar Rodríguez, Oscar Javier Coronado López, Miguel Ángel González Nazar, Pedro Abel Beltrán Peñaloza	S77	226. Diagnóstico ecográfico prenatal de anomalía de Ebstein Zaira Nayeli Vargas Ramón, Eduardo Isaías Torres Guerra, Daniela Abigail Lira Espíndola, Fausto Moisés Coronel Cruz, Luis Gabriel Costa Figueroa
S72	209. Pentalogía de Cantrell Lizbeth Jazmín Guerrero Soto, Laura Elena López Saiz, Zamira Alexey Bustos Contreras	S77	227. Síndrome de Dandy Walker. Reporte de caso Susana Carolina de Anda González, Jorge Rubio Bravo, Paulina Alvarado Martínez, Karen Marlen Ponce Quirarte
S72	210. Hernia escrotal fetal: Reporte de caso Sebastián Eduardo Puente Tobías, Gabriel Enrique Castillo Martín Del Campo, Antonio Jesús Briseño Sainz, Carmi Rosales Herrera, Laura Vázquez Padilla	S77	228. Embolia de líquido amniótico Julio César Rodríguez Verduzco, Andrés Iván Pérez González, Fausto Moisés Coronel Cruz, Samantha Daniela Arias Muñoz, Víctor Manuel Ochoa Alvarado
S72	211. Marcadores ecográficos tempranos María de los Ángeles Medina Almada, Erika Fernanda Raña Pohls, Laura Elena López Saiz	S78	229. Síndrome de Cornelia de Lange Julio César Rodríguez Verduzco, Jacqueline Torpey Isalas, Fausto Moisés Coronel Cruz, Pablo Cerda Flores, Víctor Manuel Ochoa Alvarado
S73	212. Encefalocele frontal: reporte de un caso Lucero Carro Reyes, Dafne Yesenia George Reyes	S78	230. Síndrome Karsch-Neugebauer trisomía 18 Hilda Andrea López Ramírez, Aldo Francisco Rodríguez Ruiz
S73	213. Cirugía prenatal en comparación con posnatal de mielomeningocele Karla Andrea Acosta Sánchez, Angélica Evangelista Pareja, Felipe Chavelas Ochoa, Rogelio Cruz Martínez, Christian Enrique Portugal Cruz		

- S78 231. Diagnóstico prenatal de anomalía de Ebstein**
Edith Jocelyn Hernández Sánchez, Zaira Nayeli Vargas Ramón, Stephanie Michelle Ochoa Valdovinos, Javier Ortiz Betancourt, Luis Gabriel Costa Figueroa
- S79 232. Displasia esquelética letal tanatofórica**
Mariana Cisneros García, Iván André Guzmán Amador
- S79 233. Resultados perinatales adversos asociados**
Sofía Hurtado Arellano, Ana Paula Romo Mireles, Ariadna Lourdes Lozano López, Jorge Bravo Rubio, Hilda Socorro Valadez Hernández
- S79 235. Epignathus**
Hector López Rodríguez, Jannete García Alvarado
- S80 236. Holoprosencefalia alobar. Reporte de caso**
Susana Carolina de Anda González, Hilda Socorro Valadez Hernández, Paulina Alvarado Martínez, Paola Cristina Raygoza Murillo, Efraín González Reyes
- S80 237. Enfermedad renal y embarazo**
Celia Ortega Santillán, Víctor Hugo Romero Mejía
- S80 238. Secuencia TRAP: predictores de insuficiencia**
Jacqueline Torpey Islas, Daniela Abigail Lira Espíndola, Julio César Rodríguez Verduzco, Andrés Iván Pérez González
- S81 239. Quiste renal fetal: diagnóstico prenatal**
María Alejandra Perea Arce, Laura Elena López Saiz
- S81 240. Calculadora FMF en población tamaulipeca**
Mayté Guadalupe Flores Trejo, Simón Castro Meléndez, Martín Segura Chico, Héctor Oviedo Cruz
- S82 241. Miocardiopatía no compactada**
María Paula Moreno Castillo, Laura Elena López Saiz, Saúl Antonio Madrigal Sánchez
- S82 242. Trisomía 18: Hallazgos prenatales y desenlaces**
Zaira Nayeli Vargas Ramón, Eduardo Isaías Torres Guerra, Jacqueline Torpey Islas, Laila Edizzeth Luna Oliveros, Fausto Moisés Coronel Cruz
- S82 243. Identificación ecográfica de hernia diafragmática**
Laila Edizzeth Luna Oliveros, Zaira Nayeli Vargas Ramón, Jacqueline Torpey Islas
- S83 244. Holoprosencefalia alobar**
Julio César Rodríguez Verduzco, Luis Gabriel Costa Figueroa, Fausto Moisés Coronel Cruz, Samantha Daniela Arias Muñoz, Víctor Manuel Ochoa Alvarado
- S83 245. Tamiz precoz de preeclampsia**
Brianda Lizeth Maldonado Campos, Simón Castro Meléndez, Martín Segura Chico, Héctor Oviedo Cruz
- S83 246. Corioangioma. Reporte de caso**
Brianda Lizeth Maldonado Campos, Julio César Saenz Nieto, Samantha González Valdez
- S84 247. Embarazo complicado con encefalitis viral**
Jessica Guadalupe Rodríguez Murguía, Damaris Jareni González Garduño, Isela Juliana Barrita Domínguez, Danniela Niebla Cárdenas, Alejandra Herrera Ortiz
- S84 248. Madre-hijo con gastrosquisis**
Zaira Nayeli Vargas Ramón

- S84 249. Doble sistema colector. Reporte de caso**
Luis Gabriel Costa Figueroa, Pamela Corvera Santillán, Andrés Iván Pérez González, Zaira Nayeli Vargas Ramón, Daniela Abigail Lira Espíndola

OBSTETRICIA CRÍTICA

- S85 250. Dispositivo intrauterino de vacío en hemorragia posparto**
Gerardo Narciso Barreto Lepe, Arnulfo Martínez Chapa, Germán Martínez Garza, Lucila Noyola de Santiago, Viridiana Romo Cepeda
- S85 251. Desafío quirúrgico del embarazo ectópico**
Edgar Mata Covarrubias, Adriana Arlin Ortega Juvera, Karen Montoya Vital
- S85 252. Preeclampsia y hipertensión reactiva**
Victoria Martínez Gaytán, María Cristina Guerrero de León, Jessica Daniela Ambríz García, Juan José Basaldúa Cruz, Oscar Antonio Rueda Cervantes
- S86 253. Tratamiento de paciente con cáncer de mama y embarazo**
Karen María Ugalde Carapia, Ximena Hernández Camacho, Ariel Zoilo de la Puente Gómez, Yoalli Danira Estevez Fuentes, Cintia María Sepúlveda Rivera
- S86 254. Síndrome de HELLP. Reporte de caso**
Brianda Lizeth Maldonado Campos, Daniel Ruvalcaba Hernández
- S87 255. Hígado graso agudo del embarazo**
Andrés Baca Hernández, Luis Fernando Lerma Alvarado, Hugo Alberto Chávez Vega
- S87 256. Pancreatitis aguda idiopática**
Berenice Herrera Pecina, Javier A. Ontiveros Garza, Jocelyn Cantú Vázquez, Vanessa J. Meraz Pinales, Maribel Lara Chavarria
- S87 257. Evento vascular cerebral hemorrágico asociado con preeclampsia**
Adriana Laura Arteaga Santa María, Ignacio Morales Álvarez, Maryjose Montserrat Ramírez González, Mariana Asali de Alba, Hugo Alejos Garduño
- S88 258. Percreetismo placentario en el primer trimestre del embarazo**
Lucila Noyola de Santiago, Viridiana Romo Cepeda, Melannie Paola Benavides Mier, René de León Salazar, Arnulfo Martínez Chapa
- S88 259. Tormenta tiroidea precipitada**
Cristopher Alejandro Macías Romero, José Luis Rodríguez Chávez, Miguel Ángel Bonaparte Pimentel
- S89 260. Resurgimiento de neuroinfección por tuberculosis**
María Fernanda Lupercio Segoviano Guille, José Luis Rodríguez-Chávez, María Carolina Becerra-Iñiguez, María José Herrera Saldaña
- S89 261. Embarazo ectópico abdominal. Reporte de caso**
Karen Montoya Vital, Adriana Arlin Ortega Juvera, Edgar Mata Covarrubias



- S89 262. Predicción de complicaciones postparto**
Luis Raúl García Tapia Prandiz, Mario Martínez Ruiz
- S90 263. Tromboembolia pulmonar masiva**
Alexa Paola Galván del Toro, Natalia Rivera Elizarraras
- S90 264. Insuficiencia hepática aguda asociada con dengue**
María Carolina Becerra Íñiguez, Berenice García Conzaález, José Luis Rodríguez Chávez
- S90 265. Efecto de pravastatina en preeclampsia**
Leopoldo Santiago Sanabria, Ricardo Esquiliano Raya, Ory Gal Or, Ximena González López
- S91 266. Embolia pulmonar bilateral más cor pulmonar**
Patricia Isabel Macías Carreón, Perla Patricia Torres Blancarte
- S91 267. Tormenta tiroidea en el puerperio**
Sergio Díaz Ramos, Estefanía Montserrat Martínez Montes, Sharon Gutiérrez Saucedo, Rogelio Castillo Luna
- S92 268. Causas de los ingresos a la UCIO**
Bianca Guadalupe Montoya López, Francisco Javier Castro Apodaca, María Graciela Torres Castellanos Ley, Joel Murillo Llanes
- S92 269. Síndrome de Weil en el embarazo**
Adán Morales Flores, Angel Avila Cervantes, Miltzi Rivera Beltrán, José Luis Rodríguez Chávez, Laura Victoria Monosalva Angelats
- S92 270. Cesárea perimortem**
Adan Morales Flores, Miltzi Rivera Beltrán, José Luis Rodríguez Chávez, María Carolina Becerra Íñiguez, Iván Morales Flores
- S93 271. Rabdomiólisis inducida por misoprostol**
Adán Morales Flores, Miltzi Rivera Beltrán, Rocío G, Sandoval Martínez, María Carolina Becerra Íñiguez, Leslie Michelle Ruiz Cázares
- S93 272. Preeclampsia severa-eclampsia**
Dayana Fernanda Espinoza Montes, Miguel Ángel Bonaparte Pimentel, María Fernanda Huerta Pérez, Verónica Denise de Alba Hernández, José Luis Rodríguez Chávez
- S93 273. Acretismo placentario**
Mariana Machado Bodarth, Daniel Zúñiga Fajardo, Sergio Esteban Beltran Urias, Paul González Quintero, Roberto Colin Peraza
- S94 275. Embarazo en estado vegetativo**
Maleni Martínez Rodríguez, Tania Lizbeth Avendaño García, Carlos Augusto Gutiérrez Santiago
- S94 276. Eclampsia y hemorragia cerebral**
Juan Antonio Soria López, Ricardo Jose Garces Cañizalez, Clara Del Carmen Flores Acosta, Lilia Cano Hinojosa, Viviane Borrayo Garza
- S95 279. Fibroadenoma gigante. Revisión de un caso**
Ana Cristina López Velázquez, Mariana Pablo Roldán, Alain Román Reyes Chávez, Luz María Hinojosa García
- S96 280. Prevalencia de citologías cervicales anormales**
René Zalapa Ríos, María Fernanda Zalapa Gómez
- S96 281. Inserción de DIU con técnica Contactless**
David Alejandro Laguna Pérez, Patricio R. Sanhueza Smith, Paulina Michelle Bravo Medel, Matías Enrique Sepúlveda Jara, Lilia Estephany Cruz Meza
- S96 282. Útero didelfo con hematócolpos bilateral**
Judith Abigail Alvarez Navarro, Ana Carolina Cerda, Alberto Ballesteros
- S97 283. Síndrome de ovario poliquístico y cáncer de endometrio**
Miguel Angel Bernal Davis, María Natividad Guzmán Tapia, Emmanuel Alejandro Cervantes Serrano, Danna Vettoretti Maldonado, Harwi Dayana Utrera Lara
- S97 284. Endometrioma. Reporte de un caso.**
Alma Delia Arce Romero
- S98 285. Cistoadenoma gigante**
Gabriela García Reyes, Lizbeth Fernanda Estala Peña, Evelynne Elena Arriaga Ramírez
- S98 287. Útero didelfo con miomatosis cervical**
Karol Sarait Luna Buendia, Ana Lucia Martínez Cermeño, Raúl González Bravo, Irving Giovanni Ortíz Salgado, Rita Cigarroa Méndez
- S99 288. Asociación de US Y RHP en sangrado uterino anormal**
David Espinoza Gutiérrez, Rogelio Castillo Luna, Taisa Sabrina Silva Pereira
- S99 289. Tormenta tiroidea en el puerperio**
Sergio Daniel Díaz Ramos, Rogelio Castillo Luna, Estefanía Montserrat Martínez Montes, Sharon Anel Gutiérrez Saucedo
- S100 290. Absceso de clótoris**
Mariana A. De Zorzi Jaspe, Emilio M. Treviño Salinas, Abel Guzmán López, Jesús H. Cervantes Casto, Ricardo J. Garcés Cañizalez
- S100 292. Cáncer cervicouterino epidermoide invasor con prolapso grado IV**
Diana Pérez Ugalde, Estefanía Cabello Quilantán, Michelle Alexa Figueroa López, María Félix Aguilar López, Adriana Cruz Vázquez
- S100 293. Labioplastia y cirugía vaginal estética**
Talina Ramíres Cano, Ignacio Morales Alvarez, María Adriana Laura Arteaga Santa, Montserrat Ramírez González, Victoria Galnares Carcoba
- S101 294. Coriocarcinoma uterino primario**
José Luis Bañuelos Ramírez, Jocelyn Cantú Vázquez, Anahí Jaramillo Luna
- S101 295. Mioma submucoso FIGO-1 abortado**
Diana Alejandra García Otero, Clemente Rodrigo Sierra García, Adriana Cruz Vázquez
- S101 296. Gigantomastia gestacional**
Marcela Queiko Seo Mendoza, José Luis Bañuelos Ramírez, Ana Miriam Martínez Orta, Javier Abisat Ontiveros Garza, Anahí Jaramillo Luna

GINECOLOGÍA GENERAL

- S95 277. Endometriosis perineal, reporte de un caso**
Erick Alfredo Avila Ortiz, Marcela Estefany Hernández Jiménez, José Jonatan Olvera Delgado, Jesús Armando Rivas Ochoa, Norma María Luisa Suárez López

- S102 297. Sarcoma del estroma endometrial**
Miriam del Socorro Fierros Cadenas, Luis Diego Barragán Loera
- S102 299. Síndrome de HAIR-AN**
José Andrés Rubio Cano, Larissa Álvarez Amador
- S102 300. Prevalencia de ectasia ductal**
Kenia Leticia León Abarca, José Luis López López
- S103 301. Enfermedad pélvica inflamatoria**
Lorena Ivette Ehuan Orozco, Hilda Socorro Valadez Hernández
- S103 302. Sangrado uterino anormal**
Lorena Ivette Ehuan Orozco, Hilda Socorro Valadez Hernández, Ana Carolina Cerda Chávez
- S104 303. Mastitis granulomatosa**
Karen Loaly Gómez López, Manuel Cortés Anguiano
- S104 304. Caso de insensibilidad a los andrógenos**
Kimberly Carol Esmeralda Martínez Casillas, Luis Claudio Erick Hernández Angeles
- S104 305. Resultados clínicos de la interrupción voluntaria del embarazo**
Parra-Téllez L, Campo-Suárez CH, Jácome-Navarro JA, Osma-Zambrano SE
- S105 306. Quiste hemorrágico gigante**
Andrea Isabel Piña García, Celeste Alejandra Duarte Moreno, Emilio Modesto Treviño Salinas, Omar Alberto Hernández Barboza, Abel Guzmán López
- S105 307. Tabique de introito vaginal**
Isabel Nayeli Espinoza Bello, Silvia Lilia Vergara Vidaña
- S106 308. Migración de implante a la arteria pulmonar**
Katty Montserrat López Serna, Edna Elizabeth Montiel Labastida, Carolina Chávez Villarreal, Valeria Bustillos Ponce, José Carlos Martínez Ramírez
- S106 309. Tumor seroso límite y embarazo**
Omar Alberto Hernández, Kenia Vallejo Fabián, Ricardo José Garces Cañizalez, Emilio Modesto Treviño Salinas, Abel Guzmán López
- S106 310. Suplementos coadyuvantes en el aclaramiento viral del VPH**
Samantha Jackson García
- S107 311. Sangrado uterino anormal en útero didelfo**
Montserrat Díaz Nava Miriam, Juana Antonio Domínguez García, Danitza Pérez López, Liliana Moyado Catalán
- S107 312. OM-89: IVUr y cirugía ginecológica**
José Tirán Saucedo, Rebeca Alejandra Ávila Cañedo
- S108 313. Angiomiofibroblastoma vulvar**
Alexa Elizabeth López González, Ana Cristina Cortés Mojaras, Julia Guadalupe Chávez Salas
- S108 314. Desafíos diagnósticos y terapéuticos en líquen vulvar**
Judith Abigail Álvarez Navarro, Mar Arámbula, Hilda Valadez
- S108 315. Procedimiento en un reto quirúrgico**
Julia Isis Parada López, Citlaly Martínez Jiménez
- S109 316. Terapia de presión negativa como estrategia**
Judith Abigail Álvarez Navarro, Hilda Valadez, Hugo González
- S109 317. Tumores de músculo liso de potencial maligno incierto: un reto en la práctica clínica**
Dulce Eliani Gutiérrez Santillán, Esmeralda Corpus López, Juan Alberto Reyes Perales, Rogelio Adrian Llanes González
- S110 318. Tumor phyllodes: Un reto clínico**
Francisco Javier Hernández Aldana, Itzel Samantha Garduño Sánchez, Betzabeth Hernández Zamudio, David Alejandro Roa Cazares
- S110 319. Angiomiofibroblastoma vaginal**
Paul Alejandro Chávez García, María Fernanda González Méndez Padilla, Jessica Mariane Gómez Castellanos, Isaac Gerardo Amorano Mares, Carlos Augusto Carballido Murguía
- S110 320. Síndrome paraneoplásico como inicio de cáncer**
Eunice Fernanda Díaz Cruz, Joshua Méndez Morales, Israel Castro Torres
- S111 321. Nivel de conocimiento del virus del papiloma humano**
María del Cielo González Ángeles, Rogelio Castillo Luna
- S111 322. Conflictos y comunicación en ginecología**
José Tirán Saucedo, Natalia Maida Méndez, Francisco Rafael Guadarrama Sánchez, Lizette Geraldine Lizárraga Marín, Rebeca Alejandra Ávila Cañedo
- S112 323. Tumor adenomatoide uterino**
Ana Gabriela Suárez Hidalgo, Mitzi Fernández Luna, Karla Margarita Martínez Castellanos, Jaime León Cabrera
- S112 325. Adenocarcinoma endometriode de ovario**
Emilio Torres Solorzano, José Antonio de la Rosa Rodríguez, Adriana Cruz Vázquez, María Félix Aguilar López
- S112 326. Dismenorrea: asociación con la edad e imc**
Miriam del Socorro Fierros Cadenas, Ana Carolina Cerda Chávez, Alberto Ballesteros Manzo, Hilda Socorro Valadez Hernández
- S113 327. Tuberculosis urogenital, diagnóstico y tratamiento**
Natalia A Luna-Martínez, Xóchitl Franco-Mojica, Jessica M. Gómez-Castellanos
- S113 328. Tuberculosis peritoneal y abdomen agudo**
Lucy Salum Rodríguez, Erika Lizette Rincón Flores, José Carlos Martínez Ramírez
- S113 329. Hemoperitoneo postcoital secundario**
Verónica Cortés Franco, Nayeli Nohemí Cabrera Díaz, Mar Izeth Arámbula Chavolla, Héctor Jonatan Hernández Guzmán
- S114 330. Caso de hidrometra postmisoprostol**
Viviane Berrayo Garza, Ricardo José Garces Cañizalez, Francisco Sosa Bravo, Emilio Modesto Treviño Salinas, Patsy Alejandrina Morales González
- S114 331. Masas anexiales y su diferencial**
María Sarahí Cervin Baez, Fred Morgan Ortiz, Criado Guzmán Abdul De Ocaña
- S114 333. Endometrioma en cicatriz de cesárea**
Verónica Cortés Franco, Nayeli Nohemí Cabrera Díaz, Hugo González Trejo



- S115 334. Angiofibrolipoma vulvar: reporte y revisión**
Marcela Estefany Hernández Jiménez, Erick Alfredo Ávila Ortiz, José Jonatan Olvera Delgado, Catherine Soto Ortega, Laura Lorena Farfán Muñiz
- S115 336. Pólipo fibroepitelial vulvar gigante**
Brenda Elizabeth Guendulain Ortiz, Marco Antonio Amoroso Hernández
- S115 337. Extracción vía laparoscópica de dispositivo**
Judith Abigail Álvarez Navarro, Sergio Bernal
- S116 338. Carcinoma urotelial papilar: reporte de caso**
Karen Ioaly Gómez López, Andrea Jazmin Gómez Andrade, Luis Diego Barragán Loera, Nancy Godoy Rodríguez, Hilda Socorro Valadez Hernández
- S116 339. Absceso mamario por histoplasmosis**
Mariana Cházaro Ceceña, Francisco Vega Ruiz
- S116 340. Decisión clínica de histerectomía en lesiones**
Mariana Medina Cruz, Michelle Alejandra García López, Borislav Edgar Muñoz Cano, Daniela Paredes Sandoval
- S117 341. Tasa de eficacia y efectos adversos de los corticosteroides**
Guadalupe Lizbeth Cruz Bahena, María Fernanda Salinas Salinas, Juan Carlos Villegas Andrade
- S117 342. Cáncer de mama en mujer transgénero: reporte de caso**
Alicia Paola Morales Rodríguez, Andrea Minerva Rodríguez Moreno, Alicia Marisela Gómez Vázquez
- S117 343. Neovascularización omental en un leiomioma**
Kharla Alexandra Languré Castañeda, Ariel Norberto Almeida Cano, Jesús Alexander Valdez Cámez, Francisco Vega Ruiz
- S118 344. Tumor phylloides maligno de mama**
Mariana Cházaro Ceceña, David Arnoldo Barceló Mancillas, Sergio Gutiérrez Candia
- S118 345. Encefalitis anti-NMDA y endometriosis**
Claudia Tellez-Cano, Jesús Cervantes-Castro, Emilio Treviño-Salinas, Diego Vidal-Torres, Mirka Segovia-Ozuna
- S118 346. Ooforitis xantogranulomatosa diferencial**
Berenice Lira Hernández, Mauricio Raúl Gutiérrez Castañeda, Herman Vásquez Guerra, Jimena Olimpia Peregrina Cajas, Keenia López Lucas
- S119 347. Absceso tubo-ovárico en paciente núbil**
Diana Marcela Enriquez Cadena, Hilda Socorro Valadez Hernández
- S119 348. Conocimiento y barreras sobre el VPH**
Rosalba Trujillo Martínez
- S119 349. Calidad de vida en sangrado uterino anormal en mujeres con DIU**
América Monserrath Arteaga Aguilar
- S120 350. Motivos y barreras en criopreservación**
Teresa Ángeles Cabrera, María Elizabeth Fraustro Ávila, Daniel Humberto Méndez Lozano, Nora Naranjo Ramírez, María Elena Camacho Moll
- S120 351. Microlitiasis testicular**
Martha Lidia Benavides Reyes, Fela Vanesa Morales Hernández

- S121 352. Transferencia embrionaria**
Pamela Nicole Mínguez Lorenzo, Juan Carlos Barros Delgadillo, Martha Lidia Benavides Reyes
- S121 353. Análisis de factores clínicos y reproductivos**
Perla Sofía Vera Hernández, Felipe Alejandro Gutiérrez Plascencia, Myrna Souraye Godines Enríquez, Fela Vanesa Morales Hernández, Enrique Reyes Muñoz
- S121 354. Pérdida recurrente del embarazo**
Janine Russeth Hernández Zanata, Lauro Saavedra Portales, Marco Antonio Robles Mejía, Heriberto Espinoza Rojas
- S122 355. Impacto psicosocial en parejas infértiles**
Jessica Annaís Mariñelarena Batista, María Ofelia Sordia Piñeyro, Ricardo José Garcés Cañizalez, Felipe Arturo Morales Martínez, Andrea Morales Leal
- S122 356. Fenotipos de síndrome de ovario poliquístico y efectos en infertilidad**
Jocelyn Andrea Almada Balderrama, Enrique Tulio Mancebo Salazar, Vanesa Morales Hernández, Araceli Montoya Estrada, Enrique Reyes Muñoz
- S123 357. Embarazo heterotópico: reporte de caso**
Ingrid Frutos Cervantes, Denisse González Balleza, Karla Ortega Maceda, Alicia Lisvett Benavides Martínez, Cuahutémoc Gutiérrez Maldonado
- S123 358. Gestación en útero didelfo como factor de riesgo**
Emily Priscila Muñoz Sarmiento, Julio César Paz Carranza, Gabriel Cortés Durán
- S123 359. Asociación de concentraciones de hormona antimüllerina en mujeres con síndrome de ovario poliquístico**
Karen Guzmán Ortega
- S124 360. Perfil genético de trombofilias en pérdida gestacional recurrente**

CLIMATERIO Y MENOPAUSIA

- S125 361. Insuficiencia ovárica primaria secundaria**
Rodrigo Guadarrama Mora, Arturo Arellano Eguiluz, Sarai Zamora Corona, Arnett Raquel González López
- S125 362. Vitamina D y sueño en menopausia**
Cristina Aide Ramirez Colunga, Arturo Morales Martínez, Mirka Segovia Osuna, Rodolfo E. Doblado Martínez, Selene M. García Luna
- S126 363. Efecto estrogénico y estado cognitivo**
Sara Stephanie González Cruz, Patricia Loranca Moreno

UROGINECOLOGÍA

- S127 364. Resección miofibroblastoma suburetral**
Martha Susana Tinajero Vidales, Francisco Yúnior Carrillo Martínez, David Mijey Esquivel Izaguirre, Luis Fernando González Venegas, Jesús Antonio Salinas Salinas

- S127 365. Bartholinectomía: técnica quirúrgica**
José del Carmen Solís Sabido, Viridiana Gorbea Chávez, Verónica Granados Martínez, Jaime Ignacio Cevallos Bustillos, Ernesto Rodolfo Rivera Medina
- S127 366. Retiro de malla suburetral**
Karla Mariana Carmona Bravo, Viridiana Gorbea Chávez, Verónica Granados Martínez, Jaime Cevallos Bustillos, Ernesto Rodolfo Rivera Medina
- S128 367. Técnica abultantes para incontinencia urinaria de esfuerzo**
Kaomi Iksiu Solís Shimokawa, José del Carmen Solís Sabido
- S128 368. Técnica de Labioplastia y resultados**
Gabriela Alejandra Godínez Sierra, Viridiana Gorbea Chávez, Verónica Granados Martínez, Jaime Cevallos Bustillos, Ernesto Rodolfo Rivera Medina
- S129 369. Plasma rico en plaquetas en el síndrome genitourinario de la menopausia**
Raymundo Dankelly Rodríguez Velázquez, Verónica Granados Martínez, Jaime Cevallos Bustillos, Ernesto Rivera Medina, Viridiana Gorbea Chávez
- S129 370. Fistulectomía técnica Latzko modificada**
Georgina Elizondo Ochoa, Viridiana Gorbea Chávez, Verónica Granados Martínez, Jaime Cevallos Bustillos, Ernesto Rodolfo Rivera Medina
- S130 371. Neovagina: técnica McIndoe**
Amaranta Suazo Sánchez, Viridiana Gorbea Chávez, Verónica Granados Martínez, Jaime Cevallos Bustillos, Ernesto Rodolfo Rivera Medina
- S130 372. Uropatía obstructiva como complicación**
Martha Susana Tinajero Vidales, Jonathan David Meléndez Vázquez, Jesús Antonio Salinas Salinas, Francisco Yúnior Carrillo Martínez, Diana Yotzabel Deanda González
- S130 373. Colposacropexia laparoscópica: Reporte de caso**
Humyle Barrera Villavicencio, Chenenm Richy Madrid Cabañas, Víctor Hugo Ortega Pérez, Cain Calva
- S131 374. Leiomiomas vaginal. Reporte de caso**
Ana Karen Bernal Mercado, Jazmín Hernández Ríos, Diana Yotzabel Deanda González, David Mijey Esquivel Izaguirre
- S131 375. Injerto biológico en fístulas**
Jazmín Hernández Ríos, David Mijey Esquivel Izaguirre, Francisco Yúnior Carrillo Martínez, Fernando González Venegas, Diana Deanda González
- S131 376. Histerectomía vaginal reconstructiva con colpexia**
Víctor Manuel Ochoa Alvarado, Estefany Lizeth Campos Zazueta
- S132 377. Fístula vesico-peritoneal**
Paul Miguel Ortega Martínez, Cecilia Alejandra Rodarte Sánchez, Karen Jazmín García Martínez, Claudia Itzel Ramírez Acevedo, Luis Ángel Verde Aguilera
- S132 378. Calidad de vida en pacientes con incontinencia urinaria**
Ximena Ailyn Vega Garduño
- S133 379. Angiomiofibroblastoma de la vulva**
Yessica Janett Mota Argandona, Joel Ortiz García, Viridiana Isabel Navarrete Moreno, Wendy Azaret Joshua Barbosa Hernández, Katia Alva Chávez
- S133 380. Divertículo uretral**
Danitza Pérez López, Filiberto Martínez Cabrales, Alejandro Cazares González, Luisa F. Rivas Penilla, Diana Laura Osornio
- S133 389. Quiste de glándula de Skene**
Fátima Monserrat Ojeda García, David Fernando Taboada Lozano, Nelly Alejandra Galindo Rodríguez, Karla Solano Díaz, Agustín W Lira Portilla
- S134 390. Exposición de malla de Perigee®**
Anna Fernanda Montemayor Martínez, Valeria Ramírez González, Sergio Casque Gijón, José Gerardo Oviedo Ortega, Adara López Covarrubias
- S134 391. Sinequias vulvares**
Katia Alva Chávez, Nelly Alejandra Galindo Rodríguez, Jessica Janett Mota Argandona, Vanessa Flores Hernández
- S134 392. Leiomioma de uretra femenina**
Michelle Estephane de la Peña Anaya, Jenny Viridiana Chávez Padilla, José de Jesús Santillán Valderrama
- S135 393. Fístula uterina arteriovenosa traumática**
Itzel Alexandra López Castañeda, Ana Laura Turner Llaguno
- S135 394. Cáncer de mama en mujeres jóvenes**
Jessica Guadalupe Rodríguez Murguía, Alejandra Gutiérrez Castro, Valeria Zorrero Noguez, Alexandra Viviana Ramírez Castro, Luz María Hinojosa García
- S135 395. Complicaciones y reintervenciones tot**
Iván Humberto Merchán Martínez
- S136 396. Uso de plasma rico en plaquetas en síndrome genitourinario de la menopausia**
José Del Carmen Solís Sabido
- S136 397. Comparación en la eficacia de la estimulación eléctrica transcutánea unilateral vs bilateral**
Marcela Islas López

ONCOLOGÍA

- S137 398. Traquelectomía Radical Abdominal**
Gerardo Narciso Barreto Lepe, Arnulfo Martínez Chapa, Lucila Noyola de Santiago, Viridiana Romo Cepeda, Nelly Alonso Reyes
- S137 399. Características de las incapacidades**
Edson Alejandro Vega López
- S138 400. Tumor de Krukenberg: Reporte de caso**
María del Rocío Chilopa Rodríguez, Gicely Molina Gómez, Adrián Reyes Ayuso, Argelia Apodaca Flores
- S138 401. Tumor apocrino de glándula sudorípara en**
Hilda Socorro Valadez Hernández, Sergio Cervantes Ortiz, Efraín González Reyes, Nancy Godoy Rodríguez
- S139 402. Cáncer de endometrio y verde indocianina**
Laura Alejandra Rodríguez Moreno, Emilio Modesto Treviño Salinas, Abel Guzmán López, Diego Vidal Torres, Ricardo José Garcés Cañizalez



- S139 403. Cuando lo benigno inquieta**
Néstor Rafael Lorenzo Galván, María Vanessa Zepe-
da Franco, Gabriela Herrera Solís
- S140 404. Tumor Phyllodes maligno**
Katya Melina León Pérez, Leopoldo Santiago Sana-
bria, Andrés González González
- S140 405. El cáncer y el embarazo pueden coexistir**
María Fernanda Zalapa Gómez, Francis Sarahí Suárez
Ávila, Lucy Salum Rodríguez, Jessica Luna-Morán,
Cuitláhuac de Jesús Martínez de Alejandro
- S140 406. Hemorragia uterina secundaria a coriocarci-
noma**
Daniela Olivares Morales, Diana Alejandra García
Otero, Alejandra Patricia Garza Ramos, Adriana Cruz
Vázquez, María Felix Aguilar López
- S141 407. Sarcoma sinovial monofásico en hombro en**
Bernabé Sánchez Hernández, Alexander Porter
Magaña, César Iván Espadas Gutiérrez
- S141 408. Tumor de músculo liso de potencial maligno
incierto: Reporte de caso**
Mario Eduardo González Godínez, María del Rocío
Chillopa Rodríguez, Molina Gómez Gicely
- S141 409. Neoplasia uterina: Reporte de caso**
Issa Paulina Sáenz Cabrales, Héctor Alejandro Soto
Hernández, Adriana Cristina Quintana Vázquez,
Valentín Fernández Monge
- S142 410. Cáncer doble primario(mama y endometrio)**
Isabel Castro Soto, Lucila Noyola de Santiago, Ar-
nolfo Martínez Chapa
- S142 411. Carcinoma de células escamosas vulvares**
Leopoldo Santiago Sanabria, Berty Raffoul Figueroa
- S143 412. Factores pronósticos de carcinosarcomas**
Leopoldo Santiago Sanabria, Omar Enrique Quintero
Rodríguez, Carlos José Molina Pérez
- S143 413. Tumor de Krukenberg**
Jorge Luis Vega Cuevas, Yunnuen Leticia Contreras de
la Torre, María del Carmen Avella Arteaga, Adriana
López Bucio, Daphne Mónica Díaz Ayala
- S143 414. Oncoplastia extrema mediante sustitución**
Selene Rodríguez Gamiz, Guadalupe Estefanía Dzul
Canul, Fidel Omar García Estudillo, Omar Arturo
Gómez Quiñones
- S144 415. Carcinoma de mama ductal infiltrante**
Andrea San Germán Morales, Daniel Alejandro Ca-
dena Zamudio, Jorge Cadena Iñiguez, Itzen Aguiñiga
Sánchez, Edelmiro Santiago Osorio, Ernesto Romero
López
- S144 416. Melanoma vulvar, reporte de caso**
Daniela Olivares Morales, Diana González Bocane-
gra, Adriana Cruz Vázquez, Luis Daniel Hernández
Mendoza
- S145 418. Leiomiomas uterino. Reporte de caso**
Sarish del Real Ordóñez, Hilda Andrea López Ramí-
rez, Marlen Ramírez Puente, Yádira Lugo Guevara
- S145 419. Hamartoma mamario**
Javier Alvarez Payán, Manuel Arturo Acosta Alfaro,
Miriam Lisset Pulido Castro, Andrea Nathaly Peñue-
las Zavala, Daisy Álvarez Payán
- S145 420. Tumor phyllodes en adolescente**
Javier Álvarez Payán, Mauricio Israel Soriano Benitez,
Daisy Álvarez Payán, Jessica Sánchez Zavala, Andrea
Nathaly Peñuelas Zavala
- S146 422. Frecuencia y correlación entre los hallazgos
radiológicos BI-RADS 4-5**
Javier Alvarez Payán, Miriam Guadalupe Díaz Alba,
Isabel Cristina Aguilar Moraila, Aislyn Guadalupe
García Soto, Yetzali Zavala García
- S146 423. Estrategia quirúrgica en cáncer cervicouterino
en estadio IB2**
Aly Alejandra Gómez Morales, Jesús Humberto
Cervantes Castro, Emilio Modesto Treviño Salinas,
Diego Vidal Torres, Clariza Itzel Ayala Smith
- S146 425. Tumor abdominal gigante en embarazo**
Laura Karina Barrera Roman, Fernanda Lizeth Cas-
trejon Nava, Nancy Vergel Cervantes
- S147 426. Cáncer de mama asociado con el embarazo**
Claudia Itzel Ramírez Acevedo, Esmeralda Anguiano
Sánchez, Paul Miguel Ortega Martínez, Félix Antonio
Hernández Altamirano
- S147 427. Más allá del carcinoma primario de células
escamosas**
José Luis Meléndez Duarte, Olga Johnson Ponce,
Saul Torres Mendoza, Efraín Cruz Rodríguez, Manuel
Mendoza Huerta
- S147 428. Tumor de Krukenberg ovárico unilateral. Caso
clínico**
Gicely Molina Gómez, María del Rocío Chillopa
Rodríguez, Adrián Reyes Ayuso, Argelia Apodaca
Flores
- S148 429. Sarcoma de alto grado de malignidad**
Nadia Pamela Guerrero Medrano, Mildred Karina
Castellanos Campos, Marco Antonio Delgado Or-
dóñez, Ileana Ortiz Garza, Laura Marcela Chávez
Mata
- S148 431. Factores asociados con el cáncer de endome-
trio**
María Fernanda Segura Peñafiel, María Isabel Sollozo
Dupont, Cintia María Sepúlveda Rivera
- S148 432. Cáncer de vulva, tratamiento actual**
Tania Guadalupe Acevedo Flores, Juan Luis Aboites
Lucero
- S149 433. Lesiones BIRADS-4A en mujeres menores de
35 años**
Carolina García González, Denisse Alejandra Álva-
rez Roldán, Mónica Maya Velasco, Jesús González
García
- S149 434. Tumores retroperitoneales**
Estephano Fabian Ortiz Vázquez, Carlos Adrián
García Acuña, Daniel Fernando Sánchez Rodríguez,
Gustavo Adrián Medina Ávalos, Francisco Vázquez
López
- S150 435. Carcinoma epidermoide sincrónico**
Cecilia Alejandra Rodarte Saánchez, Karen Jazmín
García Martínez, Paul Miguel Ortega Martínez, Clau-
dia Itzel Ramírez Acevedo, Edson Gibran Oropeza
Saucedo

- S150 436. Sacrocolpopexia laparoscópica**
Jessica Guadalupe Rodríguez Murguía, Alexandra Ramírez Castro, Alejandra Gutierrez Castro, Beatriz Ramírez Castillo, Christian Choque Hidalgo
- S150 437. Pronóstico de cáncer de mama con expresión de HER-2**
Kimberly Carol Esmeralda Martínez Casillas

- S151 438. Asociación del índice de riesgo de malignidad**
María Ximena Vargas Luna
- S151 439. Correlación BI-RADS 4-5 e histopatología**
Jesús Manuel Torres Gallo
- S151 440. Receptor de estrógeno beta y pronóstico en cáncer de mama localmente avanzado**
Marlén Álvarez Durán



GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DE MÉXICO

Editores de Ginecología y Obstetricia de México; doctores:

Carlos D Guerrero
Manuel Urrutia Ruiz
Jorge Robario Jiménez
Alberto Alvarado Durán
Luis Noriega Guerra
José Antonio Aguilar
Eduardo Lowenberg
Luis Ricaud Rothiot (1984-1987)
Carlos Espinosa Flores (1987-1990)
Samuel Karchmer Krivitzky (1990-1993)
Efraín Vázquez Benitez (1993-1995)
José Roberto Ahued Ahued (1995-1998)
Carlos Fernández del Castillo Sánchez (1998-2014)
Alberto Kably Ambe (2014-2023)

La correspondencia debe dirigirse al Coordinador editorial: Enrique Nieto Ramírez
enieto@enieto.mx

Ginecología y Obstetricia de México. Nueva York 38, colonia Nápoles, Ciudad de México
03810. Teléfono: 555523-1664.

Registro ante la Dirección General de Correos 0540167 y de características 228241116.

Realizada, comercializada y distribuida por **Edición y Farmacia SA de CV** (Nieto Editores®).
Av. Chamizal 97, Colonia La Trinidad, Texcoco 56130, Estado de México.

Publicidad

Alejandra Nieto Sánchez
Ejecutiva de ventas

Celular: 5559664509
anieto@nietoeditores.mx

Registro de suscriptores: 9,800

Coordinación revisión por pares: Eduardo Aguirre Alanis

Diagramación: Elidé Morales del Río



Editada por la Federación Mexicana de Colegios de Obstetricia y Ginecología
Fundada por la Asociación Mexicana de Ginecología y Obstetricia en 1945

COEDITOR

JUAN CARLOS BARROS DELGADILLO

COEDITORES ASOCIADOS

Ginecología: Sergio Rosales Ortiz

Obstetricia: Osvaldo Miranda Araujo

Medicina materno fetal: Sandra Acevedo Gallegos

Uroginecología: Silvia Rodríguez Colorado

Revisión: José Niz Ramos

Coordinador editorial: Enrique Nieto Ramírez

CONSEJO EDITORIAL

Samuel Karchmer K
Roberto Ahued Ahued
René Bailón Uriza

Alberto Kably Ambe
José de Jesús Montoya Romero
Ernesto Castelazo Morales

Cuauhtémoc Celis González
Javier Gómezpedroso Rea

COMITÉ DE REVISORES

OBSTETRICIA

Armando Alberto Moreno Santillán
Leidy Marcela Martínez Adame
Ernesto Barrios Prieto
María del Consuelo Álvarez Cabrera
Karina Arroyo Álvarez

GINECOLOGÍA

Denys Elizabeth Delgado Amador
Ana Cristina Arteaga Gómez
Rogelio Robles Morales
Mario Chávez Zamudio
Gerardo Vela Antillón
Diana Vargas Zepeda
Rogelio Castillo Luna
Lilia Barragán Trevilla
Cristina Cevallos Duarte
Olivia Camacho Bustillo
Roberto Sánchez Hernández

BIOLOGÍA DE LA REPRODUCCIÓN

Emilio Valerio Castro
Roberto Santos Haliscak
Carlos Salazar López Ortiz
Víctor Saúl Vital Reyes

MEDICINA MATERNO FETAL

Juan Manuel Gallardo Gaona
Mayela Berenice Gómez Jaime
María José Rodríguez Sibaja
Mario Isaac Lumbreras Márquez
Diana Yazmin Copado
Roberto Arturo Castillo Reyter
Mónica Aguinaga Ríos
Berenice Velázquez Torres

UROGINECOLOGÍA

Patricia Velázquez Castellanos
Pilar Velázquez Sánchez
Viridiana Gorbea Chávez
Atziri Ramírez Negrín
Andrea Alicia Olguín Ortega

Ginecología y Obstetricia de México, año 93, Suplemento 1, 2025. Es una publicación mensual editada por la Federación Mexicana de Colegios de Obstetricia y Ginecología A. C., fundada por la Asociación Mexicana de Ginecología y Obstetricia A. C. Nueva York #38, colonia Nápoles, Ciudad de México, Delegación Benito Juárez, CP 03810. Teléfono: 5689-4320, <https://ginecologiyobstetricia.org.mx>, enieto@enieto.mx. Editor responsable: Enrique Nieto Ramírez. Reserva de derecho al uso exclusivo: 04-2017-080418390200-203. ISSN electrónico: 2594-2034 ambos otorgados por el Instituto Nacional de Derechos de Autor. Encargado de la última actualización: Edición y Farmacia S.A. de C.V. (Nieto Editores), fecha: Suplemento 1, 2025.



Agrupaciones federadas

Región	Región
Colegio Mexicano de Especialistas en 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
Colegio de Ginecología y Obstetricia de Ensenada, A.C.	II
Colegio de Ginecología y Obstetricia de Ciudad Obregón, A.C.	II
Colegio de Ginecología y Obstetricia de San Luis R.C. Sonora, A.C.	II
Colegio Sudcaliforniano de Ginecología y Obstetricia, A.C.	II
Colegio de Ginecobstetras 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
Colegio Sinaloense de Ginecología y Obstetricia, A.C.	III
Colegio de Ginecología y Obstetricia de Chihuahua, A.C.	III
Colegio de Ginecología y Obstetricia de Cd. Juárez, A.C.	III
Colegio de Ginecología y Obstetricia de Durango, A.C.	III
Colegio de Ginecología y Obstetricia de Mazatlán, A.C.	III
Colegio de Ginecología y Obstetricia de Los Mochis, A.C.	III
Sociedad Cuauhtemense de Ginecología, A.C.	III
Colegio de Gineco-Obstetras Guasave-Guamuchil, A.C.	III
Colegio de Ginecología y Obstetricia de Delicias, A.C.	III
Colegio de Ginecología y Obstetricia de Monterrey, A.C.	IV
Colegio de Ginecología y Obstetricia de la Laguna, A.C.	IV
Colegio de Ginecoobstetras de la Zona Sur de Tamaulipas, A.C.	IV
Colegio de Ginecología y Obstetricia de Monclova, A.C.	IV
Colegio de Ginecología y Obstetricia de Nuevo Laredo, A.C.	IV
Colegio de Ginecología y Obstetricia de Reynosa, A.C.	IV
Colegio de Ginecología y Obstetricia de Saltillo, A.C.	IV
Colegio Victorense de Ginecología y Obstetricia, A.C.	IV
Colegio de Ginecología y Obstetricia de Matamoros, Tamaulipas, A.C.	IV
Colegio de Ginecología y Obstetricia de Zacatecas, A.C.	IV
Colegio de Ginecología y Obstetricia de Río Verde, S.L.P., A.C.	IV
Colegio de Ginecología y Obstetricia de Cd. Valles, S.L.P. y Zona Huasteca, A.C.	IV
Asociación de Ginecología y Obstetricia de Matehuala, A.C.	IV
Colegio de Médicos Gineco-Obstetras del Estado de Jalisco, A.C.	V
Colegio de Ginecología y Obstetricia de León, A.C.	V
Colegio de Ginecólogos y Obstetras de Michoacán, A.C.	V
Colegio de Ginecología y Obstetricia de Aguascalientes, A.C.	V
Colegio de Ginecología y Obstetricia de Celaya, Gto., A.C.	V
Colegio Irapuatense de Ginecología y Obstetricia, A.C.	V
Colegio Potosino de Ginecología y Obstetricia, A.C.	IV
Colegio Colimense de Ginecología y Obstetricia, A.C.	V
Colegio de Especialistas en Ginecología y Obstetricia de la costa de Jalisco, A.C.	V
Colegio 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
Colegio de Ginecología y Obstetricia del Sur de Jalisco, A.C.	V
Colegio de Gineco-Obstetras de Uruapan, A.C.	V
Colegio de Ginecología y Obstetricia de los Altos de Jalisco, A.C.	V
Colegio de Ginecología y Obstetricia de Acámbaro, 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
Colegio Xalapeño de Ginecología y Obstetricia, A.C.	VI
Asociación de Ginecología y Obstetricia de Córdoba y Orizaba, A.C.	VI
Colegio Guerrerense de Gineco-Obstetras, A.C.	VI
Colegio Mexiquense de Ginecología y Obstetricia, A.C.	VI
Colegio Hidalguense de Especialistas en Ginecología y Obstetricia, A.C.	VI
Colegio de Médicos Especialistas en Ginecología y Obstetricia de Querétaro, A.C.	VI
Colegio de Ginecólogos de la Región Minatitlán Veracruz, A.C.	VI
Colegio de Ginecólogos y Obstetras de Tuxpam, 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 Pozarricense de Ginecología y Obstetricia, A.C.	VI
Colegio de Ginecología y Obstetricia de Yucatán, A.C.	VII
Colegio de Ginecología y Obstetricia del Estado de Tabasco, A.C.	VII
Colegio Oaxaqueño de Ginecología y Obstetricia, A.C.	VII
Colegio de Ginecólogas, Ginecólogos y Obstetras en Chiapas, A.C.	VII
Colegio de Obstetricia y Ginecología de Quintana Roo, A.C.	VII
Colegio de Ginecología y Obstetricia de Campeche, A.C.	VII
Colegio de Médicos Especialistas en Obstetricia y Ginecología de Coatzacoalcos, A.C.	VII
Colegio de Ginecología y Obstetricia de la Cuenca del Papaloapan, A.C.	VII
Colegio de Ginecólogos y Obstetras de Ciudad del Carmen, Campeche, A.C.	VII
Colegio de Ginecólogos de los Altos de Chiapas, A.C.	VII



GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DE MÉXICO

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

Fundada en 1960

Consejo Directivo 2023-2025

Paulo Felipe Meade Treviño
Presidente

Jorge Carlos Méndez Trujeque
Vicepresidente

Emilio Valerio Castro
Primer Secretario propietario

Verónica Gámez Santiago
Segunda Secretaria suplente

Irma Maricela Quintero Estrella
Primera Secretaria suplente

Francisco Javier Borrajo Carbajal
Subtesorero

Leonel Alfonso Pedraza González
Tesorero

Directores regionales 2024-2026

Víctor Saúl Vital Reyes
Región I

Octavio Zavala Soto
Región II

Julio César Soto Galindo
Región III

Leyza Angélica Nieto Galicia
Región IV

José Luis Elizarrarás Cendejas
Región V

Maricruz Pineda Vázquez
Región VI

Rómulo Cristobal Montes de Oca Rodríguez
Región VII

Afiliada a:



FLASOG
Federación Latinoamericana de Sociedades
de Obstetricia y Ginecología
Fundada en 1952



FIGO
International Federation of
Gynecology and Obstetrics
Fundada en 1954

Indizada en:

SCIELO, PUBMED, ÍNDICE MÉDICO LATINOAMERICANO, LILACS, MEDLINE,
SCIENCE CITATION INDEX, ULRICH, EBSCO.



GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DE MÉXICO

Niveles de Medicina Basada en la Evidencia

Niveles de evidencia para estudios sobre tratamientos/prevencción/etiología/daño

1a	Evidencia obtenida a partir de revisiones sistemáticas o de metanálisis de estudios aleatorizados y controlados
1b	Evidencia obtenida a partir de al menos un estudio aleatorizado y controlado
2a	Evidencia obtenida a partir de al menos un estudio controlado y sin aleatorización
2b	Evidencia obtenida a partir de al menos un estudio con cualquier otro diseño cuasi-experimental
3a	Evidencia obtenida a partir de estudios de casos y controles
3b	Evidencia obtenida a partir de estudios individuales de casos y controles, estudios no consecutivos o con inconsistencia en los estándares de referencia empleados o en poblaciones muy limitadas
4	Evidencia obtenida a partir de reportes de caso y estudios de casos y controles de calidad limitada
5	Evidencia obtenida a partir de la opinión de expertos sin un enfoque crítico explícito

Niveles de evidencia para relaciones observacionales

1	Evidencia de una muestra de población grande y representativa
2	Evidencia de una población pequeña, con un diseño adecuado, pero no necesariamente representativa
3	Evidencia de encuestas no representativas, reportes de caso
4	Evidencia obtenida a partir de reportes de comités de expertos o de experiencia clínica de autoridades

Grado de recomendación

A	Estudios consistentes con evidencia de nivel 1
B	Estudios consistentes con evidencia de nivel 2 o extrapolado a partir de estudios con evidencia de nivel 1
C	Estudios con evidencia de nivel 4 o extrapolado a partir de estudios con evidencia de nivel 2 o 3
D	Estudios con evidencia de nivel 5 o de estudios inconsistentes o no concluyentes con cualquier nivel de evidencia

Adaptado de Oxford Centre for Evidence-Based Medicine, Levels of Evidence (May 2001) <http://www.cebm.net/>



El testimonio de un congreso médico

Este suplemento, que compila los trabajos libres presentados en el 73 Congreso Mexicano de Obstetricia y Ginecología, reúne los resúmenes de la destacada actividad académica desarrollada durante esta importante reunión anual. Dichos resúmenes comprenden casos clínicos, investigaciones originales y revisiones temáticas, resultado del esfuerzo conjunto de médicos residentes y especialistas adscritos a diversos servicios de ginecología y obstetricia en hospitales públicos y privados de la República Mexicana.

El foro común del reporte de casos son las publicaciones periódicas de las distintas sociedades, colegios y federaciones de especialistas pero su presentación en carteles, videos y resúmenes en congresos son el sitio idóneo para la discusión directa y personal con sus autores. En esas actividades científicas anuales los autores de “trabajos libres”, lo mismo que los destacados maestros de los cursos pre y transcongreso se vuelven en la constancia de una participación activa en un congreso.

El reporte de un caso clínico poco común, o verdaderamente excepcional es, quizá, la forma más antigua de comunicación médica. A pesar de que el reporte de caso, en opinión de algunos, no de todos, tenga el nivel más bajo de evidencia, aporta información preliminar para futuras investigaciones que lleven a la práctica de la medicina basada en la evidencia.

El reporte de caso es, sin duda, el primer esfuerzo de varios médicos para intercambiar, entre una comunidad de médicos de atención primaria o de especialistas, el conocimiento de nuevas enfermedades, la forma en que se manifiestan afecciones de excepcional frecuencia, formas inusuales de las enfermedades comunes, las complicaciones de un tratamiento común o, bien, el efecto (benéfico o adverso) de un tratamiento habitual o de una modalidad innovadora de tratamiento con la finalidad de mejorar la calidad de atención de las pacientes.

Ese esfuerzo es la simiente, en gran parte de los casos, de proyectos de investigación más ambiciosos y sólidos que cambiarán la forma de establecer un diagnóstico, de tratar una enfermedad y de prevenirla.

Para la FEMECOG es motivo de orgullo la participación de tantos jóvenes médicos interesados en compartir sus experiencias y exponerlas al escrutinio de los más experimentados con el propósito secundario de que ese esfuerzo pase de un resumen a la presentación en extenso de sus proyectos que permita publicarse con la debida rigurosidad establecida para las investigaciones originales y el reporte de casos clínicos.

Enrique Nieto Ramírez



Obstetricia general

1. FullPIERS como predictor de complicación

VICTORIA MARTÍNEZ GAYTÁN, FERNANDO PERALTA MEDDEL, CARLOS MANUEL HERNÁNDEZ DE LA CRUZ, JORGE PÉREZ ZAPATA

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

Antecedentes: La preeclampsia con datos de severidad es una enfermedad del embarazo caracterizada por la elevación de la presión arterial, asociada con datos de vasoespasmo, alteraciones bioquímicas y complicaciones múltiples. Se presenta después de las 20 semanas de gestación. FullPIERS fue diseñada para predecir el riesgo de una complicación en la preeclampsia.

Objetivo: Evaluar la escala FullPIERS modificada como predictor de complicaciones en pacientes con preeclampsia con datos de severidad, en comparación con pacientes sin preeclampsia.

Materiales y métodos: Estudio descriptivo, transversal y comparativo efectuado en pacientes hospitalizadas para trabajo de parto y cesárea, con preeclampsia con datos de severidad y sin preeclampsia. Se replicó la escala FullPIERS que consideró un valor mayor de 30% para alto riesgo de complicaciones maternas.

Resultados: Se estudiaron 208 pacientes, se dividieron en grupo A con preeclampsia con datos de severidad, que presentaron complicaciones en un 44.2%, y grupo B sin preeclampsia, que presentaron complicaciones en un 17.3%, encontrando diferencias estadísticamente significativas ($p = 0.0005$). La complicación más frecuente en el grupo A fue el síndrome de HELLP

(47.8%), mientras que en el grupo B fueron la desproporción cefalopélvica y la falta de progresión del trabajo de parto (9.6%).

Conclusión: La escala FullPIERS fue un buen predictor para complicaciones en las pacientes con preeclampsia con datos de severidad, identificándose principalmente el síndrome de HELLP y la eclampsia. Además, discriminó adecuadamente las no complicaciones hipertensivas del grupo control sin preeclampsia.

2. Riesgo de trombosis en el puerperio

VICTORIA MARTÍNEZ GAYTÁN, MARÍA CRISTINA GUERRERO DE LEÓN, FERNANDA CORONADO RODRÍGUEZ

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

Antecedentes: El embarazo y el puerperio son factores de riesgo para la enfermedad tromboembólica venosa. El riesgo es hasta 60 veces mayor en el puerperio. Este riesgo aumenta por cambios fisiológicos como la hipercoagulabilidad y factores como obesidad y edad materna avanzada. Se recomienda evaluar el riesgo de trombosis para implementar tromboprofilaxis. En nuestro hospital utilizamos el Score de Caprini modificado.

Objetivo: Evaluar el riesgo de trombosis y el desarrollo de eventos tromboembólicos en pacientes púerperas.

Materiales y métodos: Estudio retrospectivo de pacientes con alto riesgo de trombosis venosa profunda por Índice de Caprini Modificado en el puerperio inmediato. Se formarán dos grupos: Grupo A (riesgo alto y muy alto, índice ≥ 5) y

Grupo B (riesgo bajo e intermedio, índice ≤ 4). Se analizarán las variables del índice de Caprini Modificado como edad, IMC y padecimiento de preeclampsia.

Resultado: En los grupos formados, se encontró que el grupo A (alto y muy alto riesgo) tuvo un porcentaje mayor de IMC elevado, con un 18.1% presentando un IMC mayor de 40 m/kg². Asimismo, el 36.3% eran mujeres multigestas y el 36.3% tenía antecedente de diabetes. De igual forma, el 27.7% de las mujeres se encontraban en el puerperio quirúrgico, factor que también suma riesgo.

Conclusión: La trombosis obstétrica es una causa relevante de morbilidad y mortalidad materna. La detección temprana, el tratamiento individualizado y el uso de profilaxis pueden prevenir complicaciones graves como la trombosis en el puerperio. La prevención primaria y secundaria tiene un impacto directo en la reducción de muertes maternas y complicaciones a largo plazo.

3. Patógenos: ruptura prematura de membranas

KARINE YOLANDA HERRERA FLORES, JUAN CARLOS DE LA CERDA ÁNGELES

Hospital de Especialidades Dr. Belisario Domínguez, Ciudad de México.

Antecedentes: La ruptura prematura de membranas predispone a una invasión por gérmenes ocasionando complicaciones perinatales, por lo que se considera importante identificar el agente patógeno más común en nuestro medio asociado a esta patología.

Objetivo: Determinar los agentes patógenos asociados a ruptura prematura de membranas en la población estudiada.

Materiales y métodos: Estudio observacional, prospectiva y descriptiva en pacientes embarazadas con ruptura prematura de membranas (RPM). Se analizaron las semanas de gestación, número de gestas, días de estancia hospitalaria, sensibilidad a antibióticos y complicaciones. Fue un estudio realizado en un entorno hospitalario de segundo nivel.

Resultados: Se seleccionaron 169 pacientes con RPM. El agente patógeno más frecuente fue *Gardnerella vaginalis* en 52 casos (30.8%), seguido de *Candida albicans* en 51 casos (30.2%). La sensibilidad al antibiótico más común fue a fluconazol y anfotericina B, y el antibiótico más empleado fue Cefotaxima en 40 pacientes (23.7%), evidenciando la necesidad de ajustar la antibioticoterapia al patógeno aislado.

Conclusión: Los agentes patógenos más asociados a ruptura prematura de membranas fueron *Gardnerella vaginalis* y *Candida albicans*. Se aislaron microorganismos de origen micótico en un porcentaje similar al bacteriano, lo que refleja una alta prevalencia de infecciones micóticas en pacientes con pobre control prenatal. Por lo que es importante identificar cuáles son los agentes patógenos prevalentes para guiar un tratamiento empírico más efectivo.

4. Modificación de sutura compresiva tipo B

MARIO ALBERTO MOLINA SOTO, SERGIO ROSALES ORTIZ, CYNTHIA XIMENA REGALADO GUERRA, MARÍA FERNANDA ROARO FIGUEROA, JOSÉ MANCERA ANDRADE
Hospital General Dr. Manuel Gea González, Ciudad de México.

Antecedentes: La hemorragia postparto (HPP) se define como una pérdida hemática mayor a la esperada que desencadena signos de hipovolemia. Ocurre en un 1-5% de los partos y es la primera causa de mortalidad materna en el mundo. Se clasifica en primaria (primeras 24 horas) y secundaria (hasta 12 semanas posparto).

Objetivo: Modificar una técnica de eficacia probada (sutura de B-Lynch), mejorando aspectos como el cierre en 3 planos y la disminución del riesgo de complicaciones.

Materiales y métodos: Tres casos clínicos en los que se aplicó la técnica de sutura de B-Lynch modificada para el control de la hemorragia. Las pacientes fueron atendidas en el Servicio de Obstetricia del Hospital Gea González, entre noviembre de 2024 y mayo de 2025.



Resultados: Se propusieron modificaciones a la técnica original de B-Lynch, encontrando ventajas como la reparación en 3 planos para disminuir adherencias, asegurar la sutura en el fondo para evitar estrangulamiento de asas intestinales y lograr una presión más uniforme. Las desventajas incluyen un mayor tiempo quirúrgico y la necesidad de mayor habilidad por parte del cirujano y su ayudante.

Conclusión: La técnica de B-Lynch tiene una eficacia probada para evitar la histerectomía obstétrica. Las modificaciones propuestas buscan cerrar la histerorrafia en 3 planos, disminuyendo el riesgo de adherencias, y asegurar una mayor tensión de las suturas para evitar el estrangulamiento de asas intestinales.

5. Acretismo placentario fúndico

MISAEEL GUERRERO VALDEZ, MARIA SARAHÍ CERVIN BAEZ
Hospital Civil de Culiacán, Sinaloa.

Antecedentes: El acretismo placentario incrementa la morbimortalidad materna. Poco se ha estudiado sobre el acretismo placentario fúndico y su relación con la atonía uterina. Su tratamiento podría ser más conservador que la histerectomía tradicional. El diagnóstico se basa en ultrasonido y resonancia magnética, pero la confirmación es histopatológica.

Objetivo: Determinar la correlación del acretismo placentario fúndico con la atonía uterina en el postparto inmediato, caracterizar al grupo de estudio, identificar antecedentes y describir hallazgos ultrasonográficos, así como cuantificar el sangrado asociado.

Materiales y métodos: Estudio observacional de casos y controles. Se incluyeron pacientes diagnosticadas con acretismo placentario fúndico por ultrasonido, cuyo embarazo fue interrumpido por vía abdominal en el Hospital Civil de Culiacán.

Resultados: Se estudiaron 64 pacientes en postparto inmediato, encontrando que en 58 de ellas la relación del acretismo placentario fúndico fue positiva, ya que al presentar el defecto, la atonía no revertía con el uso de uterotónicos.

Conclusión: El acretismo placentario fúndico es una entidad poco estudiada. Su adecuada identificación ahorra tiempo al realizar la técnica quirúrgica del punto HO-CHO modificado para la reversión de la atonía, ya que el defecto es reparado sin maniobras invasivas y sin el desperdicio de recursos como los uterotónicos.

6. Síndrome de Cornelia de Lange: Caso clínico

IRIS C. MARTÍNEZ FACIO, ALVARO GÓMEZ PEÑA, MARIBEL LARA CHAVARRÍA, MARIANA L. SÁNCHEZ REYNA
Clínica Lancet

Antecedentes: El síndrome de Cornelia de Lange (SCdL), es un trastorno multisistémico que se presenta con algunas características físicas y en el desarrollo neurológico. Se describió por primera vez en dos bebés en 1933 por la pediatra holandesa Cornelia de Lange. Su prevalencia oscila entre 1:10.000 y 1:30.000 nacidos vivos, sin diferencias entre grupos étnicos. El SCdL es una enfermedad multisistémica que afecta distintos órganos, lo que conlleva varias presentaciones clínicas, expresa características físicas, cognitivas y conductuales variables. Según el gen afectado, se relaciona con la gravedad de la enfermedad. Se necesita de un tratamiento multidisciplinario para la evaluación neonatal, pediátrica y en la vida adulta. En cuanto al pronóstico, en la actualidad suelen llegar hasta la vida adulta.

Caso clínico: Paciente de 29 años de edad segunda gesta con cesárea previa con hijo sano, acudió al servicio de medicina materno fetal para ultrasonido obstétrico a las 32 semanas, referido por su médico tratante por sospecha de anomalías fetales, específicamente en las extremidades superiores.

Conclusión: Este caso resalta la importancia de una sospecha diagnóstica mediante ecografía prenatal lo que permite una planificación adecuada del tratamiento y seguimiento. La atención médica y el apoyo continuo son fundamentales para mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

7. 25(OH)D₃ y primer trimestre

RAFAEL SOTO GÁMEZ, MARÍA FERNANDA LOZANO MARTÍNEZ, DALIA GUTIÉRREZ GONZÁLEZ, ANDREA VALLEJO, MARIA ELENA ROMERO IBARGUENGOITIA
Hospital Clínica Nova, Monterrey NL.

Antecedentes: La 25-hidroxivitamina D [25(OH)D₃] es decisiva para la función placentaria: participa en implantación, invasión del trofoblasto, angiogénesis y tolerancia inmune. A nivel mundial, 64% de las mujeres tienen concentraciones menores de 30 ng/mL; en el norte de México la prevalencia es de 26–61% pese a la alta exposición solar. Durante el embarazo, la deficiencia de 25(OH)D₃ se ha asociado con mayor riesgo de preeclampsia (79%), diabetes gestacional (41%), entre otros desenlaces adversos. Se desconoce si existe diferencia en las complicaciones ginecoobstétricas de las pacientes que inician el primer trimestre del embarazo con deficiencia de 25(OH)D₃ y que son suplementadas y llevadas a un nivel normal durante el embarazo, en comparación con las mujeres que inician el primer trimestre con concentraciones normales de 25(OH)D₃.

Objetivo: Evaluar si existen diferencias en desenlaces obstétricos y trastornos relacionados con el embarazo, comparando mujeres con y sin deficiencia de 25(OH)D₃ al inicio de la gestación.

Materiales y métodos: Cohorte comparativa retrospectiva en gestantes de 16-50 años atendidas en un hospital privado del Noreste de México (Hospital Clínica Nova) de enero 2022 a diciembre 2024. Estas pacientes recibieron atención prenatal completa, contaron con expedientes médicos disponibles y tuvieron al menos una medición de 25(OH)D₃ en el primer trimestre. Los criterios de exclusión comprendieron cualquier diagnóstico de enfermedad crónica previa al embarazo, entre otras condiciones que pudieran alterar los resultados.

Resultados: Se incluyeron 303 mujeres [edad media 29.3 (5.4) años], con 151 deficientes de 25(OH)D₃ y 152 no deficientes. El grupo con deficiencia presentó niveles basales de 25(OH)

D₃ de 20.2 (5.1) ng/mL en comparación con el grupo sin deficiencia el cual fue de 43.4 (10.1) ng/mL ($p < 0.0001$).

Conclusión: La suficiencia de 25(OH)D₃ en el primer trimestre reduce significativamente el riesgo de complicaciones obstétricas, incluso con suplementación estándar y alcanzando las concentraciones de suficiencia en el grupo deficiente, lo que resalta la importancia de la monitorización y corrección de esas concentraciones.

8. Mioma subseroso gigante en embarazo

VÍCTOR SALVADOR GARCÍA ESCOTO, ALEJANDRA GUADALUPE GÓMEZ HERRERA, VÍCTOR ALFONSO NAVARRO GUTIÉRREZ, AURELIO GÓMEZ LANDERO, ZOARA IRAI MONTAÑO VILLALPANDO

Unidad Médica de Alta Especialidad Centro Médico de Occidente Ginecología y Obstetricia, Guadalajara, Jalisco.

Antecedentes: Los miomas uterinos son los tumores más frecuentes del aparato reproductor femenino; se habla de tumores monoclonales benignos del músculo liso del útero, también denominados fibromas, leiomioma o fibroma, caracterizados por mutación celular, disfunción del factor de crecimiento y anomalías en la matriz extracelular. Pueden tener tamaño variables desde milímetros hasta gigantes (de varios kilos de peso). Se presenta en el 20-40 % de las mujeres, mientras que la incidencia estimada en el embarazo es del 0.1-3.9 %. El mioma uterino en el embarazo suele ser asintomático y se presentan complicaciones en el 10-30% de los casos y, dependiendo de su tamaño y localización, pueden originar abortos o partos prematuros, aunque la mayoría de estos terminan satisfactoriamente.

Caso clínico: Paciente con embarazo gemelar bicorial biamniótico con miomatosis uterina de gigantes elementos más iterativa más hipotiroidismo.

Conclusión: El tratamiento del mioma en caso de embarazadas depende de la sintomatología



y del tipo de mioma, si no hay sintomatología se mantienen en observación y controles ecográficos, si se descubren miomas subserosos que pueden complicar seriamente el parto, se puede realizar su extirpación quirúrgica dentro del primer trimestre, período en el que la intervención no resulta peligrosa para el buen resultado del embarazo.

9. Acretismo placentario y mioma uterino

VÍCTOR SALVADOR GARCÍA ESCOTO, MIRIAM CHANTAL PÉREZ DÍAZ, ABDÍAS VÁZQUEZ RECENDEZ, DANIEL VELÁZQUEZ SOSA, VANIA YURIDIA SIERRA HERRERA
Unidad Médica de Alta Especialidad, Ginecología y Obstetricia, Centro Médico de Occidente, Guadalajara, Jalisco.

Antecedentes: Los miomas uterinos son los tumores más frecuentes del aparato reproductor femenino; se habla de tumores monoclonales benignos del músculo liso del útero, también denominados fibromas, leiomioma o fibroma, caracterizados por mutación celular, disfunción del factor de crecimiento y anomalías en la matriz extracelular. Se clasifican en tres tipos: intramurales, subserosos y submucosos. Acretismo placentario como la adhesión anómala de la placenta estrechamente a la pared uterina con invasión del miometrio por parte de trofoblasto, según el grado de penetración se clasifica en accreta, increta y percreta.

Caso clínico: Paciente con 33 semanas de embarazo con placenta previa y acretismo placentario 6/6 con percretismo 3/3 más miomatosis uterina de grandes elementos y sangrado transvaginal. La finalización fue mediante cesárea-histerectomía programada, confirmando la invasión placentaria y la presencia de miomas, con un tratamiento exitoso que evitó complicaciones hemorrágicas mayores.

Conclusión: Este caso es importante debido a su rareza, transcendencia y baja incidencia. La incidencia de miomatosis es baja (menor a 5%), asociándose la placenta percreta que tiene la misma incidencia (menor a 5% de todos los

tipos de acretismo placentario). Los resultados maternos y fetales con placenta previa, vasa previa y placenta accreta han mejorado considerablemente con el diagnóstico prenatal.

10. Fascitis necrotizante en el puerperio

VÍCTOR SALVADOR GARCÍA ESCOTO, MARIBEL ÁVILA, ANA VILLASEÑOR CORONA, ANA MARÍA DE LA PAZ LÓPEZ, CRISTINA SÁNCHEZ GISELL, LESLIE ENRÍQUEZ TORRES
Unidad Médica de Alta Especialidad, Centro Médico Nacional de Occidente, Guadalajara, Jalisco.

Antecedentes: La fascitis necrotizante es una patología infrecuente y grave, definida por la rápida progresión de un proceso inflamatorio y de necrosis tisular que incluye piel, tejido subcutáneo y fascias. Suele ser etiología polimicrobiana. Los microorganismos más frecuentes aislados son grampositivos y gramnegativos aerobios. Entre los factores de riesgo principales destacan la diabetes mellitus, anemia, malnutrición, hipertensión, cirugía previa, obesidad, enfermedad vascular, inmunosupresión, alcoholismo, enfermedad renal y hábito tabáquico.

Caso clínico: Paciente en el puerperio quirúrgico tardío con una complicación de fascitis necrotizante. Se trató con aseos quirúrgicos, antimicrobianos de amplio espectro y colocación de sistema VAC. La fascitis necrosante se caracteriza por preservación relativa de la piel y el músculo en estadios iniciales. El origen suele ser polimicrobiano (76-82%). Es una infección poco frecuente de tejidos blandos, caracterizada por un proceso infeccioso agresivo y de rápida extensión.

Conclusión: La fascitis necrotizante es una rara alteración en la población obstétrica. La prevención primaria consiste en antibióticos preoperatorios, además de disminuir los factores de riesgo. El tratamiento de elección consiste en desbridamiento quirúrgico inmediato, lo que reduce de manera muy importante la tasa de morbilidad y mortalidad. En este caso se utiliza el sistema VAC para tratamiento de los tejidos

debridados y posteriormente afrontamiento de la herida quirúrgica.

11. Embarazo ectópico tubárico posterior a histerectomía

SHEILA DE LA CRUZ ARAGÓN, DIANA ELIZABETH LARA BARRAGÁN SINGH, KARLA PALOMA TEJEDA MARTÍNEZ, JORGE SEBASTIÁN GORORDO MUÑOZ, LEONEL PEDRAZA GONZÁLEZ

Hospital Español de Mexico, Ciudad de México.

Antecedentes: El embarazo ectópico luego de una histerectomía es un evento extremadamente raro, desde 1895 momento en que Wendeler describió el primer caso, al día de hoy sólo 106 casos se han reportado en la literatura mundial.

Caso clínico: Paciente de 41 años, con antecedentes de un embarazo y una cesárea, miomectomía laparoscópica en el 2021, cesárea con feto obtenido por fertilización in vitro e histerectomía total obstétrica secundario a acretismo placentario en el 2021. Acude a valoración el 24 de octubre del 2024 refiriendo dolor abdominal tipo punzante ardoroso en hipogastrio con irradiación a ambas fosas ilíacas de 7 días de evolución. El estudio histopatológico de la pieza quirúrgica reportó hematosalpinx, decidualización de la lámina propia con inflamación aguda y escasas vellosidades coriales del primer trimestre (embarazo ectópico roto). Los embarazos ectópicos se dividen en tempranos y tardíos según ocurran antes o después de la histerectomía.

Conclusión: El embarazo ectópico abdominal en pacientes con antecedente de histerectomía si bien es poco frecuente, se debe tener en cuenta como parte del diagnóstico diferencial en mujeres con dolor abdominal y dicho antecedente quirúrgico.

12. Embarazo en los extremos de la vida

CANDY ATHANAHI RODRÍGUEZ AGUILAR, ROGELIO CASTILLO LUNA

Centro de Salud, El Tunal, San Felipe del Progreso, Estado de México, Universidad de las Américas Puebla.

Antecedentes: El embarazo en los extremos de la vida reproductiva (adolescentes y mujeres >35 años) representa un reto para la salud pública por la elevada frecuencia de complicaciones. La adolescencia se asocia con anemia, infecciones y parto pretérmino. La edad materna avanzada se asocia a diabetes gestacional, hipertensión y malformaciones congénitas. La falta de acceso a servicios de salud agrava los riesgos. El análisis de estos factores es indispensable para generar estrategias preventivas y mejorar los resultados en salud materna y perinatal.

Objetivo: Analizar de manera integral los riesgos y complicaciones asociados al embarazo en mujeres que se encontraban en los extremos de la vida reproductiva, específicamente adolescentes entre 14 y 19 años y mujeres mayores de 35 años, atendidas en el Centro de Salud El Tunal, San Felipe del Progreso, con el fin de identificar patrones de riesgo específicos para cada grupo.

Materiales y métodos: Estudio retrospectivo basado en la revisión de expedientes clínicos de pacientes embarazadas atendidas en el Centro de Salud El Tunal, San Felipe del Progreso, Estado de México, durante el periodo 2020-2024. Se incluyeron pacientes en los extremos de la vida reproductiva, aquellas que llevaron a término su embarazo y contaban con expediente clínico completo.

Resultado: Se analizaron las complicaciones obstétricas más frecuentes en mujeres adolescentes y en edad materna avanzada. Los resultados mostraron que la mayoría de los embarazos correspondieron a adolescentes (66%). Las complicaciones más comunes en la población general fueron las infecciones de vías urinarias y los trastornos hipertensivos.

Conclusión: Se identificaron diferencias relevantes en las complicaciones obstétricas según la edad materna. En las adolescentes predominó la presencia de infecciones genitourinarias, mientras que en las mujeres mayores de 35 años se observaron complicaciones vinculadas al crecimiento y posición fetal. Estos hallazgos confirman que el embarazo en los extremos de la



vida reproductiva incrementa el riesgo materno y perinatal, subrayando la necesidad de un control prenatal diferenciado y oportuno.

13. Hipertensión gestacional y adolescencia

ITZEL GUZMAN BENAVIDES

Hospital de Especialidades Dr. Belisario Domínguez, Ciudad de México.

Antecedentes: La adolescencia (10-19 años) es una etapa de transición. Las adolescentes embarazadas son una población vulnerable con mayor riesgo de complicaciones obstétricas, como los trastornos hipertensivos. La inmadurez uterina puede limitar la remodelación de las arterias espirales, aumentando la probabilidad de una placentación deficiente. A nivel mundial, el 15% de los embarazos se complican con trastornos hipertensivos, responsables de casi el 18% de las muertes maternas. Estudiar la preeclampsia en adolescentes es crucial para diseñar estrategias preventivas y reducir complicaciones.

Objetivo: Estimar la incidencia de desarrollo de preeclampsia, eclampsia y síndrome de HELLP en mujeres adolescentes con diagnóstico previo de hipertensión gestacional.

Materiales y métodos: Estudio observacional, descriptiva, retrospectiva, longitudinal y unicéntrica. 8.2. Población de estudio: Pacientes adolescentes embarazadas atendidas en la unidad durante el periodo de estudio.

Resultados: Durante el periodo analizado de un año (2024), se revisó un total de 99 expedientes de embarazadas adolescentes. De ellas, 49 progresaron a complicaciones hipertensivas: 23 a preeclampsia, 24 a preeclampsia con criterios de severidad, 1 con eclampsia y 1 síndrome de HELLP.

Conclusión: El estudio evidenció que la hipertensión gestacional en adolescentes embarazadas representa un importante factor de riesgo para el desarrollo de complicaciones graves. Casi la mitad de las pacientes con hipertensión gestacional desarrollaron alguna de estas complicaciones, lo que demuestra una alta tasa de progresión a formas severas de la enfermedad.

14. Cardiopatía compleja materna y embarazo

OSCAR RUBÉN TREVIÑO MONTEMAYOR, ABEL GUZMÁN LÓPEZ, HILDA GUADALUPE GUZMÁN PÉREZ, ANDREA ISABEL PIÑA GARCÍA, TOMÁS IGNACIO GUZMÁN PÉREZ
Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, Nuevo León.

Antecedentes: La cantidad de mujeres embarazadas con cardiopatía ha aumentado. La cardiopatía congénita compleja representa el 20% de estos casos. Durante el embarazo, los cambios fisiológicos (aumento del volumen sanguíneo, gasto cardíaco, etc.) pueden llevar a complicaciones graves como insuficiencia cardíaca y arritmias, con alta mortalidad. La escala de riesgo de la OMS es la más utilizada para clasificar a estas pacientes, con un riesgo de eventos cardíacos del 40-100% en el grupo de mayor riesgo.

Caso clínico: Paciente de 28 años con antecedentes de un embarazo y un aborto, de diabetes pregestacional, hipertensión arterial, asma y cardiopatía compleja no especificada diagnosticada al nacimiento. Acude por primera vez al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González. Se realiza sesión multidisciplinaria concluyendo que la paciente presenta alto riesgo de mortalidad materna (mayor al 41%) al continuar el embarazo (CARPEG II 6 puntos y OMS IV). Se explica la situación a la paciente, quien acepta la decisión de realizar la interrupción del embarazo para salvaguardar su vida.

Conclusión: Los cambios hemodinámicos del embarazo suponen una carga adicional para el corazón. El embarazo no se recomienda en pacientes sin corrección quirúrgica cardíaca ni presión arterial pulmonar elevada, debido al alto riesgo de mortalidad materna.

15. Seguimiento ecográfico fetal

JOSÉ RAÚL ESCORCIA REYES

Unidad Médica de Alta Especialidad Ginecología y Obstetricia 4, IMSS, Ciudad de México.

Antecedentes: El diagnóstico de un feto pequeño para la edad gestacional (PEG) puede asociarse con un riesgo elevado de complicaciones perinatales. No hay estudios en México que reporten el seguimiento ecográfico y hemodinámico de fetos PEG para estimar cuántos evolucionan a restricción de crecimiento intrauterino (RCIU).

Objetivo: Conocer los hallazgos del seguimiento ecográfico del crecimiento y parámetros hemodinámicos a partir de las 32 SDG y hasta el nacimiento, así como la evaluación de los desenlaces perinatales en fetos diagnosticados como pequeños para la edad gestacional (PEG).

Materiales y métodos: Estudio observacional, analítico, longitudinal y ambispectivo, que incluyó todos los binomios madre/feto con diagnóstico de feto PEG hasta las 32 SDG en la UMAE HGO4, IMSS, en el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2024 y el 28 de febrero de 2025.

Resultados: Se incluyeron 249 madres e hijos. La media de edad de las mujeres fue de 28.21 años. La frecuencia de comorbilidades maternas fue de 42.60%. 43 fetos (17.2%) fueron diagnosticados con RCIU durante el primer periodo de seguimiento, evolucionando a restricción del crecimiento intrauterino (RCIU).

Conclusión: El seguimiento ecográfico y Doppler permite identificar oportunamente a los fetos PEG que evolucionan a RCIU, condición que presenta diferencias significativas en desenlaces perinatales. La menor frecuencia de diabetes en el grupo RCIU podría estar relacionada con otros factores de riesgo no evaluados.

16. Embarazo heterotópico

EVELYN LIZBETH FLORES VAZQUEZ, BERNARDO AGUIRRE FERNANDEZ, ROGELIO CASTILLO LUNA
Hospital General de Cholula, Puebla.

Antecedentes: El embarazo heterotópico es la coexistencia de un embarazo intrauterino y uno ectópico. Clínicamente, puede manifestarse con dolor abdominal o sangrado, pero a menudo se confirma por imagen. Los antecedentes de aborto y procedimientos como legrados son factores de

riesgo, ya que pueden alterar la fisiología reproductiva e incrementar el daño tubárico.

Caso clínico: Paciente de 36 años con antecedente de coagulopatía y 5 abortos previos. Inicia con sangrado transvaginal y dolor tipo cólico. A su llegada menciona antecedente de aborto espontáneo hace 2 semanas. La paciente de este caso tenía antecedente de abortos de repetición, un factor de riesgo importante. Asimismo, cuenta con antecedente de un legrado instrumentado, que es un factor directo para el desarrollo de un embarazo ectópico.

Conclusión: El diagnóstico oportuno de embarazo ectópico es vital para disminuir la morbimortalidad materna. La recolección adecuada de antecedentes y el seguimiento de posibles diagnósticos asociados a pérdida recurrente de la gestación es crucial. El seguimiento de niveles hormonales es clave.

17. Bioética y objeción de conciencia en aborto

CLARA DEL CARMEN FLORES ACOSTA, CÉSAR HOMERO GUTIÉRREZ AGUIRRE, ABEL GUZMÁN LÓPEZ, PAOLA LONEDA ESPINOSA DE LOS MONTEROS, EGLA E BARRERA LANDA

Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Nuevo León.

Antecedentes: El aborto voluntario sigue siendo un desafío de salud pública en México. Su despenalización ha generado un conflicto ético entre la autonomía de la mujer y los valores de los profesionales de la salud. La objeción de conciencia (OC) ha cobrado visibilidad en América Latina. Comprender su frecuencia y las posturas bioéticas que la sustentan en médicos en formación es esencial.

Objetivo: Identificar desde una perspectiva bioética, cual es la frecuencia de la objeción de conciencia frente al aborto voluntario entre estudiantes de medicina y residentes de ginecología.

Materiales y métodos: Estudio transversal y comparativo en la Facultad de Medicina de la UANL y el Hospital Universitario, entre febrero y diciembre de 2022. Se incluyeron 177 par-



tipicantes: 136 estudiantes de pregrado y 41 médicos residentes en ginecología y obstetricia.

Resultados: Se incluyeron 177 participantes con una media de edad de 24.8 años; el 56.5% de sexo femenino. 136 (76.8%) eran estudiantes de pregrado (EP) y 41 (23.2%) médicos residentes de Ginecología y Obstetricia (RGO). La mayoría reportó haber recibido previamente un curso de bioética (77.4%).

Conclusión: Los hallazgos de este estudio muestran que las actitudes hacia el aborto y la objeción de conciencia varían de manera significativa según factores sociodemográficos, académicos y de formación profesional.

18. Embarazo heterotópico resuelto, utopía.

TANIA NOEMÍ REZA HERNÁNDEZ, VISMAR RIVERA GARCÍA, JUAN OCADIZ VIEYRA
IMSS 221 Toluca, Estado de México.

Antecedentes: Paciente de 28 años, primigesta, en protocolo de reproducción asistida de baja complejidad. Enviada por hallazgo en ultrasonido de probable embarazo heterotópico. Se realiza USG endovaginal que reporta embarazo intrauterino y ectópico ampular derecho. Se realiza laparoscopia + salpingectomía derecha. El embarazo heterotópico se define como la coexistencia de un embarazo intrauterino y otro extrauterino. Su prevalencia se estima en 1 en 30,000 en ciclos naturales y 1 en 100 con técnicas de reproducción asistida.

Caso clínico: Paciente con embarazo heterotópico con tratamiento quirúrgico. El reporte de histopatología fue de salpinge derecha con decidualización, ruptura y hemorragia. Posteriormente, a las 40 semanas se le practicó cesárea por riesgo de pérdida de bienestar fetal, con desenlace favorable.

Conclusión: El diagnóstico de embarazo heterotópico sigue siendo uno de los mayores desafíos en las urgencias ginecológicas, por lo que el cuadro clínico de abdomen agudo, independientemente de la edad gestacional, debe incluir este diagnóstico diferencial.

19. Desenlaces materno-fetales

DE LA PUENTE GOMEZ AZ, VIELMA CRESPO, K, ARRESE IGOR VICUÑA, A, VERGEL CERVANTES N, RAMIREZ SANTES V
Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, Ciudad de México.

Antecedentes: La insuficiencia cervical es causa importante de pérdida gestacional y parto pretérmino. El cerclaje indicado por ultrasonido se recomienda en gestaciones únicas con antecedentes de parto prematuro y cérvix corto (≤ 25 mm) antes de las 24 semanas. En mujeres sin antecedentes, la progesterona vaginal es la intervención de elección para un cérvix corto (≤ 20 mm). Sin embargo, el cerclaje puede considerarse para un cérvix extremadamente corto (< 10 mm).

Objetivo: Evaluar los desenlaces maternos y perinatales en pacientes sometidas a cerclaje indicado por ultrasonido en el Instituto Nacional de Perinatología.

Materiales y métodos: Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo en 2024, incluyendo pacientes sometidas a cerclaje cervical con técnica Espinoza Flores Modificada INPer. Se analizaron variables demográficas y desenlaces perinatales.

Resultados: En nuestra cohorte, el cerclaje se colocó en promedio a las 22.3 semanas de gestación. El parto ocurrió en promedio a las 36.1 SDG, con 61% de nacimientos a término y solo 2.4% en extremo pretérmino, lo que respalda su utilidad, en concordancia con revisiones sistemáticas que confirman su beneficio.

Conclusión: En esta cohorte de 41 pacientes, el procedimiento se realizó en promedio a las 22.3 SDG y se logró una edad gestacional al parto de 36.1 SDG, con 61% de nacimientos a término. Los resultados sugieren la eficacia del cerclaje indicado por USG para prolongar la gestación.

20. Metahemoglobinemia y trabajo de parto

ÓSCAR RUBÉN TREVIÑO MONTEMAYOR, RICARDO JOSÉ GARCÉS CAÑIZALEZ, CLARA DEL CARMEN FLORES ACOSTA, ABEL GUZMÁN LÓPEZ, VIVIANE BORRAYO GARZA

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

Antecedentes: La metahemoglobinemia es un trastorno poco frecuente en el cual el hierro de la hemoglobina se oxida, volviéndose incapaz de transportar oxígeno. Esto produce hipoxia tisular y cianosis. Puede ser adquirida o congénita. En obstetricia, su presentación es excepcional. La metahemoglobinemia congénita puede simular patología cardiovascular grave. La cianosis intensa con baja saturación periférica puede generar alarma y derivar en intervenciones innecesarias. En este caso, la paciente ingresó en trabajo de parto cianótica, lo que inicialmente orientó hacia cardiopatía congénita.

Caso clínico: Paciente de 22 años, primigesta, con embarazo a término, fue referida por cianosis generalizada con saturación periférica de 50%, ingresando en trabajo de parto avanzado. Al examen físico, presentaba cianosis peribucal y acrocianosis, sin disnea. Este caso resalta la importancia del diagnóstico diferencial preciso, evitando intervenciones innecesarias y permitiendo un tratamiento seguro durante el embarazo y puerperio. Además, demuestra la necesidad de un enfoque multidisciplinario.

Conclusión: La metahemoglobinemia congénita debe considerarse en el diagnóstico diferencial de cianosis en el embarazo y puerperio, sobre todo cuando existe discrepancia entre la saturación de oxígeno y el estado clínico del paciente.

21. Eclampsia a las 18 semanas de embarazo

ANDRÉS MURILLO MENDOZA, PATRICIA DORIE JAEN ANIEVES, RODRIGO ESAÚ GARCÍA ARRIAGA, KENNY ITZEL CHAVAR RAMÍREZ, ABEL GUZMÁN LÓPEZ
Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, Monterrey, Nuevo León.

Antecedentes: La preeclampsia y la eclampsia suelen aparecer después de las 20 semanas. La eclampsia atípica puede presentarse antes, debutando con convulsiones sin hipertensión ni proteinuria previas, y se relaciona con con-

diciones como enfermedades trofoblásticas o lupus. Reconocer estas manifestaciones atípicas es esencial, ya que el tratamiento único es la finalización del embarazo.

Caso clínico: Paciente con eclampsia de inicio temprano (menos de 20 semanas) valorada durante una guardia con evolución clínica y los estudios realizados. No se conoce la incidencia de la eclampsia de inicio temprano. Una revisión sistemática de 2023 identificó 37 casos publicados, con una alta frecuencia de resultados adversos. Se reconoce que en su mayoría está asociada a enfermedades de origen autoinmune como el síndrome de anticuerpos antifosfolípidos.

Conclusión: Las enfermedades hipertensivas del embarazo son una de las principales causas de muerte materna en nuestro país. El caso presentado es una presentación poco frecuente de eclampsia en un embarazo de menos de 20 semanas asociada a síndrome de anticuerpos antifosfolípidos. Existe escasa literatura acerca de esta condición.

22. Síndrome de Williams y embarazo

JUAN ANTONIO SORIA LOPEZ, GUSTAVO IÑAKI GUAJARDO ASPIAZU, ROBERTO AMBRIZ LÓPEZ, ABEL GUZMÁN LÓPEZ, OSCAR RUBÉN TREVIÑO MONTEMAYOR
Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, Monterrey, Nuevo León.

Antecedentes: El síndrome de Williams-Beuren es una enfermedad genética rara, causada por una microdeleción en el cromosoma 7q11.23. Dentro de sus principales complicaciones destacan las alteraciones cardiovasculares. El embarazo en estas mujeres es un reto clínico, ya que la sobrecarga hemodinámica puede descompensar lesiones cardíacas preexistentes. La bibliografía respecto de la atención obstétrica a estas pacientes es limitada.

Caso clínico: Paciente embarazada, con diagnóstico de síndrome de Williams y cardiopatía congénita. Atendida en un hospital de tercer nivel, con un equipo multidisciplinario. El em-



barazó finalizó mediante cesárea electiva, con apoyo hemodinámico, sin complicaciones. En el puerperio inmediato permaneció en UCI por 24 horas, sin descompensación. El recién nacido tuvo evolución favorable, sin complicaciones inmediatas.

Conclusión: El embarazo en pacientes con síndrome de Williams-Beuren y cardiopatía congénita representa un desafío. La planificación individualizada, el trabajo interdisciplinario y la resolución obstétrica en un centro con experiencia son claves. Este caso ilustra la importancia de reconocer la vulnerabilidad hemodinámica de estas pacientes y resalta la viabilidad de un embarazo exitoso con tratamiento adecuado.

24. Acretismo placentario. Reporte de caso

CÉSAR ALEJANDRO HERNÁNDEZ GOVEA, LAIRD ALEJANDRO HERNÁNDEZ MARTÍNEZ
Clínica Santa Rosa, Uruapan, Michoacán.

Antecedentes: Las anomalías del espectro placenta acreta son aquellas en las que el trofoblasto se implanta de forma anormal al miometrio. Su mortalidad en pacientes no diagnosticadas es alta (hasta el 30%). El control prenatal adecuado, la identificación de factores de riesgo y un tratamiento oportuno son esenciales para disminuir la morbimortalidad.

Caso clínico: Paciente de 31 años, con antecedente de dos embarazos y una cesárea. En la semana 30 se encuentran datos ultrasonográficos sugerentes de acretismo placentario. Se continúa con control avanzado y se practica cesárea-histerectomía con la que se obtuvo un producto único vivo en buen estado, con un sangrado aproximado de 700 mL. Se extrajo el útero, sin anexos, con acretismo placentario.

Conclusión: El acretismo placentario, en cualquiera de sus presentaciones, puede cursar de forma asintomática, por lo que un adecuado control avanzado en todas las pacientes puede ayudar en su diagnóstico y **tratamiento** adecuados, y así mismo disminuir la morbi-mortalidad de la patología.

25. Cardiopatías y embarazo: caso clínico

TANIA NOEMÍ REZA HERNÁNDEZ, VISMAR RIVERA GARCÍA, ITZEL ALEJANDRA DÍAZ CRUZ, JUAN OCADIZ VIEYRA
IMSS 221 Toluca, Estado de México.

Antecedentes: Las cardiopatías en el embarazo constituyen una causa creciente de morbilidad y mortalidad materna, sobre todo en países con sistemas de salud fragmentados como México. La coexistencia de enfermedades cardíacas congénitas o adquiridas con las demandas fisiológicas del embarazo incrementa el riesgo de complicaciones graves si no se identifican y tratan oportunamente.

Caso clínico: Paciente de 28 años, con historial de tres embarazos, una cesárea y un aborto, en curso de las 36.4 semanas del embarazo actual, con cardiopatía congénita (CIA ostium secundum, estenosis valvular pulmonar moderada, coartación aórtica posductal). Acude a urgencias por disnea de medianos a pequeños esfuerzos, ortopnea, dolor precordial y edema. Se clasifica en estadio NYHA III. La enfermedad cardiovascular en gestantes tiene una prevalencia del 1 al 4% y causa 10 a 15% de la mortalidad materna. Las clasificaciones funcionales permiten planear el seguimiento y definir intervenciones tempranas, ya que el embarazo representa cambios estructurales cardíacos y vasculares. Se decide interrupción del embarazo vía abdominal por taquicardia fetal. Se obtiene recién nacido vivo de 2,450 gramos, 36 semanas, APGAR 8/9. Se realiza obstrucción tubárica bilateral con sangrado de 350 cc.

Conclusión: Es importante insistir en la orientación y consejo precvio a la concepción en todas las pacientes con cardiopatía en edad reproductiva. Además, mantener un cuidado multidisciplinario con hincapié en la participación del cardiólogo y ginecólogo es fundamental para el éxito del tratamiento.

26. Hipotiroidismo agudo en el tercer trimestre del embarazo

MAYÉ GUADALUPE FLORES TREJO, IVONNE HERMENEGILDO FLORES, HERBERT NUDDING MARTÍNEZ, XICOTECANTL GONZÁLEZ URESTI

Hospital General Ciudad Victoria, Tamaulipas.

Antecedentes: El hipotiroidismo es una de las disfunciones tiroideas más comunes durante el embarazo, con una prevalencia de hasta el 13%. Cuando no se trata, puede asociarse con complicaciones graves. Aunque la mayoría de las investigaciones se centran en el hipotiroidismo subclínico, el hipotiroidismo manifiesto representa un riesgo aún mayor, pudiendo desencadenar crisis mixedematosas y desenlaces obstétricos de alto riesgo. El hipotiroidismo severo manifiesto suele asociarse a infertilidad, por lo que la mayoría de la literatura es hipotiroidismo e infertilidad o hipotiroidismo y pérdida gestacional recurrente. Es poca la literatura que describe el estado mixedematoso en el tercer trimestre del embarazo, de ahí que nuestro objetivo es aportar nuestra experiencia clínica como un caso clínico interesante.

Caso clínico: Paciente con hipotiroidismo manifiesto grave no diagnosticado durante el control prenatal, que resultó con preeclampsia aguda y un estado mixedematoso en el puerperio, ilustrando la importancia del tamizaje y tratamiento oportuno. El hipotiroidismo manifiesto no tratado durante el embarazo puede desencadenar complicaciones graves como preeclampsia severa y disfunción multiorgánica.

Conclusión: Este caso demuestra que la suplementación oportuna con levotiroxina puede revertir estas alteraciones. Se destaca la importancia del tamizaje dirigido y la educación preconcepcional como pilares en la prevención. De haberse diagnosticado el hipotiroidismo severo y haber iniciado tratamiento con levotiroxina, probablemente se hubiera revertido la preeclampsia severa y el embarazo podría haber llegado a término. La preeclampsia severa fue una consecuencia del hipotiroidismo severo.

27. Torsión uterina en embarazo

EDUARDO CRUZ HERNÁNDEZ, GERARDO MANZANARES CARRILLO, ELIER RAÚL CASTRO LÓPEZ, ISRAEL CALDERÓN BELLO, VÍCTOR CONTRERAS GONZÁLEZ

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

Antecedentes: La torsión uterina es una urgencia obstétrica poco frecuente, definida como la rotación del útero sobre su eje longitudinal mayor a 45°. Se han descrito poco más de 200 casos en la literatura. Los factores predisponentes incluyen malformaciones uterinas, adherencias y tumores como leiomiomas. Se asocia a una mortalidad perinatal estimada entre 12% y 18%.

Caso clínico: Paciente de 24 años, con antecedente de un embarazo y el actual en curso de las 16.6 semanas. Acudió a consulta debido a un dolor abdominal súbito y datos de irritación peritoneal. La torsión uterina es más común en el tercer trimestre; su aparición en el segundo, como en este caso, es un reto diagnóstico. Los miomas gigantes son un factor predisponente importante. La miomectomía durante la gestación, tradicionalmente evitada, puede ser segura en casos seleccionados.

Conclusión: La torsión uterina es una urgencia rara que debe considerarse ante dolor abdominal agudo en gestantes. Los miomas de gran tamaño son un factor predisponente clave. La miomectomía en el embarazo, aunque infrecuente, puede realizarse con éxito en casos seleccionados, preservando la vida materna y la gestación.

28. Espectro de placenta acreta-percreta

VANESSA J. MERAZ PINALES, BERENICE HERRERA PECINA, JORGE LUIS LEÓN GONZÁLEZ, MARÍA TERESA TIJERINA ORTEGA, ABIGAIL RAMÍREZ DÁVILA
Hospital General Reynosa, Tamaulipas

Antecedentes: El espectro de placenta acreta se refiere a la adherencia placentaria anormal o al crecimiento invasivo en el miometrio. Su incidencia mundial es de 3/1000 embarazos. Los factores de riesgo incluyen cicatrices uterinas, cesáreas previas y placenta previa. La complicación más importante es la hemorragia posparto. El abordaje más aceptado es la histerectomía por cesárea.



Caso clínico: Paciente de 33 años, con historial de cinco embarazos, dos cesáreas, un aborto y embarazo actual en el tercer trimestre complicado con espectro de acretismo placentario y percretismo a vejiga, acude por dolor tipo obstétrico. Presentó ecografías previas con datos sugerentes de acretismo placentario. A la exploración física, abdomen globoso por útero gestante.

Conclusión: El acretismo placentario es una entidad desafiante por su baja frecuencia y alta morbimortalidad. El tratamiento es controversial; el tratamiento quirúrgico como la histerectomía está universalmente aceptado, y nuevas técnicas como el tratamiento conservador han ampliado las opciones terapéuticas. El tratamiento del espectro de placenta acreta es sumamente desafiante. La existencia de una gran cantidad de técnicas quirúrgicas refleja la ausencia de una técnica ideal; sin embargo, es un reto debido a la individualidad del estado hemodinámico de cada paciente.

29. El embarazo ectópico roto con choque hipovolémico IV

MARIBEL LARA CHAVARRÍA, MARCELA QUEIKO SEO MENDOZA, IRIS CELESTE MARTINEZ FACIO, MARIANA LIZETH SÁNCHEZ REYNA
Hospital General Reynosa, Tamaulipas.

Antecedentes: El embarazo ectópico ocurre en 1 al 2% de las gestaciones y es la principal causa de mortalidad materna en el primer trimestre, responsable incluso hasta del 75% de las muertes tempranas relacionadas con el embarazo. El antecedente de embarazo ectópico incrementa el riesgo de recurrencia hasta 13 veces. Tras una salpingectomía, el riesgo de recurrencia es cercano al 9.8%. El retraso diagnóstico es frecuente: hasta 50% de los embarazos ectópicos pueden ser mal clasificados en la primera atención.

Caso clínico: Paciente de 28 años, con antecedente de cinco embarazos, el previo ectópico, ingresó con dolor abdominal súbito y datos de choque hipovolémico grado IV. El ultrasonido

evidenció hemoperitoneo masivo. Se realizó laparotomía exploradora con salpingectomía izquierda y transfusión sanguínea. Evolucionó favorablemente.

Conclusión: El embarazo ectópico es una urgencia obstétrica que requiere un alto índice de sospecha clínica. La historia obstétrica previa (ectópicos, abortos, cesárea) incrementa el riesgo. El choque hipovolémico grado IV conlleva un alto riesgo de mortalidad si no se actúa de inmediato. La hemotransfusión masiva debe ser protocolizada.

30. Violencia obstétrica. Revisión narrativa

VERÓNICA HERNÁNDEZ HERNÁNDEZ, ADRIANA LAURA ARTEAGA SANTA MARÍA, ANA BETZABEE TORRES MUNGUÍA, AMALIA HERNÁNDEZ RODRÍGUEZ
Centro Médico Dalinde, Ciudad de México.

Antecedentes: La violencia obstétrica es una forma de violencia de género e institucional que afecta los derechos humanos de las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio. En México se ha documentado su alta prevalencia y el impacto negativo que genera.

Objetivo: Analizar la violencia obstétrica en México, sus causas, manifestaciones, factores predisponentes y el marco normativo existente, con el fin de visibilizar la problemática y promover estrategias de prevención y atención respetuosa.

Materiales y métodos: Revisión narrativa de la bibliografía en bases de datos científicas, documentos normativos y encuestas nacionales, priorizando artículos de los últimos 10 años y normativas oficiales mexicanas.

Resultado: La violencia obstétrica se manifiesta en formas físicas, verbales, psicológicas, y negligencia. Factores como bajo nivel socioeconómico y embarazo no planeado aumentan el riesgo. La ENDIREH 2021 reportó que más del 30% de las mujeres experimentaron maltrato obstétrico en los últimos cinco años.

Conclusión: La violencia obstétrica en México es una problemática estructural vinculada a

desigualdades y deficiencias en el sistema de salud. Se requiere fortalecer la capacitación con perspectiva de género y consolidar marcos legales que protejan los derechos reproductivos de las mujeres.

31. Embarazo cornual: reporte de caso

ESTHEFANY ALEJANDRA SALAZAR GONZÁLEZ, RASHID SADEK AZAR, JAHEL VÁSQUEZ PACHECO
Hospital General de Especialidades Dr. Javier Buenfil Osorio, Campeche, Campeche.

Antecedentes: El embarazo ectópico es una de las principales emergencias ginecológicas. El embarazo cornual o intersticial representa entre el 2 al 6% de los ectópicos, pero se asocia a una mortalidad materna 2 a 3 veces mayor debido a la alta vascularización y a la presentación tardía.

Caso clínico: Paciente de 29 años, con antecedente de dos embarazos que acudió al hospital debido a un dolor abdominal y sangrado. A su llegada a urgencias presentaba hipotensión y datos de abdomen agudo. Los estudios confirmaron un embarazo ectópico en anexo izquierdo con ruptura cornual y líquido libre. El embarazo cornual es un reto diagnóstico, ya que suele manifestarse más tardíamente que otros ectópicos, con rupturas que ocurren entre las 7 y 12 semanas. La ecografía transvaginal con los criterios de Timor-Tritsch es la herramienta de elección, con una sensibilidad de hasta el 80%.

Conclusión: El embarazo cornual es una variante poco frecuente pero potencialmente letal de embarazo ectópico. Su morbimortalidad se relaciona con el diagnóstico tardío y la elevada probabilidad de ruptura. El diagnóstico temprano mediante ecografía, sumado a un abordaje terapéutico individualizado, constituye la base del tratamiento actual.

33. Miastenia gravis y embarazo

JESÚS EMANUELLE NIEVES AVILÉS, MILLDRED KARINA CASTELLANOS CAMPOS, EUNICE DÍAZ CRUZ
Hospital Regional de Monterrey, ISSSTE.

Antecedentes: La miastenia gravis es una enfermedad neuromuscular autoinmune. Afecta predominantemente a mujeres en edad fértil. Durante la gestación, la miastenia gravis puede exacerbarse, especialmente en el primer trimestre y el puerperio. El tratamiento debe ser seguro para el binomio. El tratamiento del parto debe ser individualizado, prefiriendo la vía vaginal.

Caso clínico: Paciente de 24 años, primigesta, con embarazo de 34.4 semanas, es referida por presentar ptosis palpebral, diplopía, debilidad muscular y disnea, compatibles con crisis miasténica. Tiene antecedente de miastenia gravis seropositiva en tratamiento. La paciente fue ingresada a cuidados intensivos. Ante el riesgo de crisis, se inició tratamiento urgente con inmunoglobulina intravenosa. Se ajustó el tratamiento antihipertensivo y se realizó maduración pulmonar fetal. La evolución clínica fue favorable, sin deterioro neuromuscular.

Conclusión: La paciente tuvo una crisis miasténica y preeclampsia severa. El tratamiento fue exitoso con fármacos ajustados, inmunoglobulina y control antihipertensivo. Dada su estabilidad, se optó por un parto vaginal asistido, para evitar los riesgos adicionales de una cesárea.

34. Embarazo y leucemia promielocítica aguda

MIRIAM DEL SOCORRO FIERROS CADENAS, BEATRIZ CRUZ MUÑOZ, HILDA SOCORRO VALADEZ HERNÁNDEZ, ANA CAROLINA CERDA CHÁVEZ, LINA MARÍA ÁLVAREZ GONZÁLEZ

Hospital Civil Fray Antonio Alcalde, Guadalajara, Jalisco.

Antecedentes: La leucemia promielocítica aguda (LPA) es generada por el gen de fusión PML-RARα. La incidencia durante la gestación se estima en 1 de cada 75-100,000 embarazos. Su identificación oportuna y el tratamiento con tretinoína (ATRA) y antraciclinas otorgan una remisión del 90-95%. Sin embargo, la decisión terapéutica es complicada por los efectos teratogénicos y el riesgo de hemorragia. El tratamiento



de pacientes con leucemia promielocítica aguda se basa en la combinación de tratamiento con tretinoína y quimioterapia. Desafortunadamente, estos fármacos tienen una alta incidencia de teratogenicidad entre las 3-5 semanas de gestación. Sin embargo, la combinación de tratamiento con tretinoína con daunorrubicina ha demostrado mejores resultados.

Caso clínico: Paciente de 33 años, con antecedentes de dos embarazos y una cesárea en curso de las 20.6 semanas del embarazo actual, gingivorragia y pancitopenia severa (Hb 3.87, Plt 19.4 mil, Leu 0.49).

Conclusión: El tratamiento de la leucemia promielocítica aguda en el embarazo representa un reto debido al riesgo trombótico, hemorrágico y de teratogenicidad. En este caso se describe el éxito del tratamiento, de ahí la importancia de la atención en un centro con equipo multidisciplinario para un desenlace materno-fetal exitoso.

35. Embarazo ectópico abdominal

TANIA ALÍ SÁNCHEZ TORRES, SOFÍA CALVACHE BENAVIDES, SANDY BELL HERNÁNDEZ HERNÁNDEZ, MARCOS JESÚS RODOLFO HERNÁNDEZ FIERRO
Hospital Juárez de México, Ciudad de México.

Antecedentes: El embarazo ectópico abdominal es una de las localizaciones menos frecuentes (0.5-1.4% de los ectópicos) y tiene un alto riesgo de complicaciones graves como lesión a órganos y hemorragias masivas. Se clasifica en primario y secundario. Es una entidad poco frecuente, por lo cual su diagnóstico y tratamiento resultan ser un reto. El embarazo ectópico abdominal tiene una incidencia estimada de 1 por cada 10,000 a 30,000 embarazos. En el Hospital Juárez de México es el primer caso de implantación abdominal en los últimos cinco años.

Caso clínico: Paciente de 39 años, con antecedente de cinco embarazos, con amenorrea de 1.5 semanas y uso de anticonceptivos orales combinados. Acude con dolor abdominal y sangrado.

Conclusión: El tratamiento del embarazo ectópico abdominal con placenta in situ es una situación crítica que exige un enfoque conservador. El metotrexato puede ser una herramienta útil, pero su uso debe individualizarse, siempre teniendo en cuenta que la prioridad es preservar la vida materna.

37. Rotura uterina: reporte de caso.

ANDREA MARTÍNEZ RIQUELME, DAVE PÉREZ LEMUS, ELIZABETH GIL LÓPEZ
Hospital Materno Infantil Inguarán, Ciudad de México.

Antecedentes: La rotura uterina es la separación completa de la pared uterina. Tiene una incidencia de 0.2% en pacientes con cesárea previa. Es importante conocer los factores de riesgo, como cicatriz uterina, inducción del parto, macrosomía fetal y múltiples cesáreas previas. El adecuado asesoramiento a las pacientes sobre los procedimientos obstétricos y la relevancia del control prenatal es un pilar en la prevención. Factores sociales y conductuales, como las adicciones, representan un desafío adicional. La detección temprana de estas condiciones es esencial.

Caso clínico: Paciente de 27 años, con antecedente de dos embarazos y una cesárea. Antecedentes personales no patológicos: tabaquismo (20 cigarrillos/día), alcoholismo semanal y toxicomanías positivas (último consumo hace 2 meses). Antecedentes gineco-obstétricos; no recuerda la fecha de la última menstruación, ritmo: 35 x 5.

Conclusión: La rotura uterina es una emergencia obstétrica con alta morbilidad. El aumento de cesáreas obliga a identificar factores de riesgo y fortalecer el control prenatal. La medición ecográfica del grosor de la cicatriz uterina debe integrarse como herramienta diagnóstica accesible en todas las unidades médicas.

38. Sirenomelia

OMAR JAHAZIEL MARTÍNEZ PONCE, GABRIELA ITZEL MAGDALENO MUÑOZ

Hospital General Tulancingo, IMSS Bienestar, Hidalgo.

Antecedentes: La sirenomelia es un síndrome multisistémico extremadamente infrecuente, caracterizado por la fusión de las extremidades pélvicas. Se considera generalmente letal debido a graves malformaciones viscerales asociadas. Se ha observado una posible asociación con factores como diabetes materna. Se distingue del síndrome de regresión caudal por la presencia de una sola arteria umbilical.

Objetivo: Analizar las características clínicas y factores de riesgo asociados a la sirenomelia, a través de la revisión de la bibliografía y la presentación de un caso clínico, con el fin de contribuir al conocimiento y diagnóstico diferencial de esta rara malformación.

Materiales y métodos: Estudio observacional basado en una revisión bibliográfica y se analizó el caso de una paciente de 26 años, primigesta con embarazo de 31.3 semanas, quien presenta un óbito con características de sirenomelia en el Hospital General Tulancingo.

Resultado: Se analizó el caso de una paciente de 26 años, primigesta, con control prenatal deficiente, quien ingresa en trabajo de parto pretérmino, obteniéndose un óbito vía vaginal con las características descritas.

Conclusión: La sirenomelia es una malformación congénita muy rara y letal, que se caracteriza por la fusión de las extremidades pélvicas y alteraciones del aparato genitourinario y gastrointestinal.

39. Hidrops fetal

EDSON FORTOZO ANDRADE, ERIKA RAÑA POHLS
Hospital Integral de la Mujer del Estado de Sonora, Hermosillo, Sonora.

Antecedentes: El hidrops fetal es la acumulación patológica de líquido en tejidos blandos y cavidades serosas. La incidencia va de 1/1,700-3,000 embarazos. Las anomalías cardiovasculares son la causa más común (20%), seguidas de anomalías cromosómicas (13%) y causas hematológicas (12%).

Caso clínico: Paciente con diagnóstico de aborto del segundo trimestre, con sífilis, infección por citomegalovirus e hidrops fetal. Se ingresa para expulsión inducida con misoprostol y tratamiento con penicilina benzatínica. Previo a la expulsión se obtuvo un feto de 160 r y 17 cm. Se trasladó a la sala de quirófano para revisión de cavidad, sin datos de bajo gasto.

Conclusión: El feto hidrópico no es difícil de diagnosticar mediante ecografía. El reto diagnóstico es establecer la etiología y determinar el tratamiento adecuado, lo cual incluye descartar enfermedades tratables y trastornos genéticos con riesgo de recurrencia.

40. Embarazo ectópico intraligamentario

DAFNE ASTRID DÍAZ PIÑA, EMILY MARÍA OJEDA GAXIOLA
Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital General de Zona 38, San José del Cabo, Baja California.

Antecedentes: El diagnóstico del embarazo ectópico intraligamentario suele realizarse durante el procedimiento quirúrgico. Es una emergencia obstétrica con una alta tasa de mortalidad (hasta 10-20%). Por lo tanto, el diagnóstico prematuro puede reducir la morbilidad y aumentar la preservación de la fertilidad.

Caso clínico: Paciente con diagnóstico de embarazo ectópico intraligamentario de 12.2 semanas de gestación. El resultado del estudio histopatológico reportó un feto de 32 gramos y 9 cm, sin malformaciones macroscópicas visibles, vellosidades coriales del segundo trimestre y cordón umbilical trivascular. El tratamiento de elección fue la laparotomía exploradora con la escisión del feto, placenta y saco. El sitio de inserción placentaria debe ser examinado ampliamente antes de removerla, ya que puede ser causa de hemorragias masivas.

Conclusión: El embarazo ectópico intraligamentario es una causa importante de mortalidad materna y puede causar dificultades en la fertilidad a futuro, por lo que es de gran relevancia realizar un diagnóstico temprano del mismo.



41. Placenta acreta en útero sin cicatrices

RICARDO JIMÉNEZ JIMÉNEZ, DANIELA MENDOZA MENDOZA, JORGE ARTURO PARRA MONTOYA, OSCAR ARTURO BECERRIL LÓPEZ, JULIO MACIEL MERCADO
Hospital Civil Dr Juan I Menchaca, Guadalajara, Jalisco.

Antecedentes: El espectro del acretismo placentario es una causa importante de hemorragia obstétrica grave. Aunque históricamente se creía que su origen principal eran las deficiencias de la decidua, estudios recientes apuntan a otros factores.

Caso clínico: Paciente de 25 años, con antecedentes de tres embarazos, dos partos, sin antecedentes quirúrgicos, ingresó en periodo expulsivo. Tras el parto, se administra oxitocina sin control del sangrado. A pesar del uso de más uterotónicos y revisión de cavidad, el sangrado continúa, con una pérdida estimada de 2,000 cc. Se realiza laparotomía exploradora, evidenciando hipervascularidad, y se procede a histerectomía obstétrica.

Conclusión: El resultado histopatológico fue: espectro de acretismo placentario: FIGO 2 (invasión 0.3 cm del miometrio) en segmento uterino medio posterior con un porcentaje máximo de invasión del 11.5%.

42. Mola hidatiforme: reporte caso

DIANA VANESSA JURADO CHÁVEZ, BERNARDO OCTAVIO ENRIQUEZ GUILLÉN, ARELY YANETH CHÁVEZ LOYA, ALBERTO BALDERAS MERCADO, DIEGO MAYNEZ FAUDOA
Hospital Central del Estado de Chihuahua.

Antecedentes: La enfermedad trofoblástica gestacional incluye formas premalignas (mola hidatiforme) y malignas. La mola completa se origina de un óvulo vacío, mientras que la parcial resulta de la fecundación por dos espermatozoides. El diagnóstico ha pasado de la semana 16 a las 10-12 semanas gracias a la ecografía. El tratamiento consiste en aspiración y vigilancia posterior de la hCG.

Caso clínico: Paciente de 24 años, ingresada por dolor pélvico y sangrado transvaginal, con

desconocimiento de la fecha de la última menstruación y si cursaba con una gestación, atendida en el servicio de Ginecología y Obstetricia, quien ingresó con síntomas sugerentes de enfermedad trofoblástica gestacional. Se recopilaron los datos clínicos del expediente electrónico y mediante interrogatorio directo.

Conclusión: Este caso clínico subraya la relevancia del diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno en la enfermedad trofoblástica gestacional. El hecho de que la paciente desconociera su estado de gravidez dificultó precisar la edad gestacional al momento del diagnóstico.

43. Incompetencia cervical: desafío clínico

ALBERTO BALDERAS MERCADO, LUIS DANIEL HERNÁNDEZ MENDOZA, DIEGO MÁYNEZ FAUDOA, DIANA VANESSA JURADO CHÁVEZ, YANETH ARELY CHÁVEZ LOYA
Hospital Central del Estado, Chihuahua, Chih.

Caso clínico: Paciente en edad materna avanzada, primigesta, con antecedente de infertilidad primaria y miomectomía. En la semana 22 de gestación se identificó la insuficiencia cervical con 3 cm de dilatación. Se llevó a cabo un cerclaje de urgencia exitoso a la semana 22.3. Se logró llegar a la semana 36, obteniendo un recién nacido de 3130 g, Apgar 8/9.

Conclusión: El diagnóstico de insuficiencia cervical en el segundo trimestre, diagnosticada tardíamente y tratada exitosamente con cerclaje de urgencia, logrando un desenlace favorable con un producto vivo a las 36 semanas. Este caso resalta la importancia de considerar el cerclaje incluso en escenarios límite, cuando se cuenta con condiciones clínicas favorables y experiencia quirúrgica adecuada.

44. Hemorragia masiva secundaria a acretismo

KARINE YOLANDA HERRERA FLORES, NATALIA RIVERA ELIZARRARÁS, CLAUDIA GABRIELA TORRES JURADO, LINDA YOCelyn LEY SILVA, EDGAR OMAR URIBE ZAPATA
Hospital de Especialidades de la Ciudad de México Dr. Belisario Domínguez, Secretaría de Salud del Gobierno de la Ciudad de México

Antecedentes: El espectro de placenta acreta se produce cuando la placenta se adhiere a una zona pobremente decidualizada de la cavidad uterina. La morbilidad asociada incluye un elevado riesgo de hemorragia masiva, necesidad de transfusiones y lesión de órganos vecinos, con una mortalidad materna de hasta el 7%.

Caso clínico: Paciente de 33 años, con antecedente de tres embarazos y dos cesáreas, ingresada con 38 semanas y diagnóstico de cesárea iterativa para iniciar protocolo de placenta acreta. Se solicitó la interconsulta con los urólogos. En la unidad de cuidados intensivos se hizo el rastreo ultrasonográfico que encuentra líquido libre en cavidad. Se realiza tacto vaginal, obteniendo 500 mL de líquido hemático. Debido al aumento agudo del gasto de los drenajes, se activa código mater y se ingresa a quirófano para cirugía de control de daños. En el postquirúrgico, la TAC de abdomen y pelvis reporta riñón izquierdo con aumento de volumen, dilatación pielocalicial y del uréter izquierdo. Ausencia de útero por histerectomía.

Conclusión: En los últimos 40 años, el parto mediante cesárea ha aumentado exponencialmente. Esta situación se ha acompañado de un aumento simultáneo, de hasta 10 veces, en la incidencia de esta patología.

45. Miastenia gravis y embarazo

VALERIA CALVO JIMÉNEZ, ROBERTO CABRERA CARIÑO
Hospital General de Tuxtepec, Oaxaca.

Antecedentes: La miastenia gravis es una enfermedad autoinmune que produce anticuerpos IgG dirigidos contra los receptores nicotínicos de acetilcolina del músculo estriado. Su presentación en el embarazo es excepcional. Desde el punto de vista clínico se caracteriza por fatigabilidad fluctuante de los músculos oculares, faciales, orofaríngeos y extremidades.

Caso clínico: Paciente de 39 años, con diagnóstico de miastenia gravis desde hace 14 años, en tratamiento con piridostigmina. Con dos embarazos y un parto, antecedente de recién

nacido fallecido por hipertensión pulmonar. En curso de las 34.5 semanas de gestación del embarazo actual de una paciente asintomática hasta la semana 38, cuando tuvo agudización de síntomas por lo que se procedió a la cesárea de urgencia. Se reconocieron las probables complicaciones maternas y neonatales. Se concluyó que no existe contraindicación absoluta para embarazarse cursando con esta patología, ni para la resolución del embarazo o la lactancia.

Conclusión: La mayoría de los embarazos en mujeres con miastenia gravis son exitosos gracias a un enfoque multidisciplinario. Las complicaciones neonatales pueden incluir miastenia gravis neonatal transitoria. Un control cuidadoso y una planificación pregestacional son cruciales para asegurar el bienestar materno y fetal.

48. Síndrome retinoide fetal

ALEJANDRA CORONA RODRÍGUEZ, MARTHA ASUNCIÓN NAVA DÍAZ, LETICIA REGUEIRA RODRÍGUEZ, CARMEN JACQUELINE GONZÁLEZ GÓMEZ, YURITZI ADELINA LE-GORRETA MEJÍA

Hospital General Regional 46, IMSS, Guadalajara, Jalisco

Antecedentes: La isotretinoína es un derivado retinoide indicado para el tratamiento de pacientes con acné. Interfiere en la embriogénesis al alterar las células de la cresta neural cefálica, lo que puede llevar a la muerte celular a través de daño en la membrana y aumento de radicales libres.

Objetivo: Reportar un caso de embriopatía retinoide y describir los hallazgos ultrasonográficos, revisar los mecanismos teratogénicos y resaltar la importancia de la consejería preconcepcional y la prevención de embarazos durante el tratamiento.

Materiales y métodos: Estudio descriptivo tipo reporte de caso de una gestante atendida en el Hospital General Regional 46 del IMSS, con antecedente de exposición a isotretinoína durante el primer trimestre. Paciente de 21 años, con antecedentes de dos embarazos, un parto, y de 17.3 semanas de la gestación actual. Ante-



cedente de tratamiento con isotretinoína hasta las 12 semanas. Ultrasonido particular reporta múltiples malformaciones. Ultrasonido estructural confirma rizomelia severa en las cuatro extremidades con agenesia de huesos largos.

Conclusión: La embriopatía retinoide es una consecuencia grave de la exposición a isotretinoína durante el embarazo. El caso presentado destaca la importancia del ultrasonido estructural como herramienta diagnóstica para la detección temprana de anomalías esqueléticas severas.

49. Espectro placenta acreta: reporte de caso

MARÍA FERNANDA HUERTA PÉREZ, MIGUEL ÁNGEL BONAPARTE PIMENTEL, DAYANA FERNANDA ESPINOZA MONTES, VERÓNICA DENISE DE ALBA HERNÁNDEZ, JOSE LUIS RODRÍGUEZ CHÁVEZ
Hospital General de Occidente, Zapopan, Jalisco.

Antecedentes: El espectro de placenta acreta se refiere a un grupo de condiciones obstétricas caracterizadas por una adherencia anormal de la placenta al útero, lo que puede causar hemorragias agudas y complicaciones en la madre.

Caso clínico: Paciente de 32 años, con antecedentes de cuatro embarazos, un parto, una cesárea y un aborto en quien se estableció el diagnóstico de placenta percreta mediante ultrasonido y escalas multiparamétricas como el PAI Score, con un puntaje de 6 (alto riesgo), que permitió una adecuada estratificación del riesgo y la planificación de un procedimiento quirúrgico multidisciplinario.

Conclusión: La placenta previa oclusiva total asociada a espectro de acretismo placentario grado 3 representa una de las complicaciones obstétricas de mayor riesgo, con alta morbilidad materno-fetal, especialmente en pacientes con antecedentes de cesárea y multiparidad. El diagnóstico prenatal preciso del espectro de placenta acreta, mediante ultrasonido especializado y la aplicación del Placenta Accreta Index (PAI) permiten tomar decisiones más ajustadas a la realidad y minimizar el riesgo de complicaciones.

51. Rol de la amniocentesis en el cerclaje

ALEJANDRA BERENICE RODRIGUEZ ROMERO, HÉCTOR ALEXANDRO MORENO PLATA, HUGO ALFREDO RANGEL NAVA, MARÍA FERNANDA ZALAPA GÓMEZ
Tecnológico de Monterrey, Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud, Monterrey, NL.

Antecedentes: La dilatación cervical asintomática con protrusión de membranas representa un escenario de alto riesgo para parto pretérmino extremo. El cerclaje de emergencia ha sido propuesto como una opción terapéutica. La presencia de infección o inflamación intraamniótica subclínica podría comprometer los desenlaces.

Objetivo: Determinar los factores a considerar en la selección de pacientes, evaluando los resultados perinatales en aquellas con cerclaje de emergencia precedido de una amniocentesis negativa para infección y/o inflamación intraamniótica.

Materiales y métodos: Estudio retrospectivo en pacientes a las que se colocó cerclaje de emergencia entre 2014 y 2024. Se realizó amniocentesis previa al procedimiento. Se excluyeron aquellas con evidencia de infección intraamniótica.

Resultado: El periodo de latencia promedio fue de 63 ± 44 días, con una edad gestacional media al nacimiento de 32.2 ± 5.6 semanas. El Apgar a los 5 minutos fue de 10 en el 75% de los casos. La morbilidad neonatal fue del 15%. Las tasas de endometritis y hemorragia posparto fueron del 7.6%.

Conclusión: El cerclaje de emergencia, precedido por amniocentesis diagnóstica, puede ofrecer resultados perinatales favorables incluso en pacientes con protrusión de membranas, siempre que se realice una adecuada selección. La amniocentesis se posiciona como una herramienta útil para mejorar la seguridad en este contexto.

52. Correlacion Capurro y medidas ecograficas

ANDREA SAN GERMÁN MORALES, DANIEL ALEJANDRO CADENA ZAMUDIO, JACARANDA HERRERA GUTIÉRREZ, ELENA ALICIA LÓPEZ PARRA, FLOR GABRIELA LUCAS CRISTÓBAL

Instituto Mexicano del Seguro Social, Unidad Medica de Alta Especialidad de Ginecología y Obstetricia 4 Luis Castelazo Ayala, Ciudad de México.

Antecedentes: La datación de la gestación mediante ecografía de primer trimestre (longitud cráneo-caudal, LCC) es el estándar de oro. Al nacer, la escala de Capurro es un método clínico ampliamente utilizado. Este estudio busca evaluar la correlación entre estos métodos en pacientes con hipotiroidismo.

Objetivo: Evaluar las estimaciones de edad gestacional obtenidas por Capurro, FUM, LCC y diámetro biparietal (DBP), y determinar cuál método ecográfico de primer trimestre se aproxima más a la estimación postnatal por Capurro en pacientes con hipotiroidismo.

Materiales y métodos: Estudio de cohorte retrospectivo en la UMAE HGO Luis Castelazo Ayala. La muestra fue de 57 mujeres con diagnóstico de hipotiroidismo y gestación única resuelta.

Resultado: El análisis con coeficientes de correlación de Spearman mostró que la estimación por Capurro presentó una correlación significativa moderada con la FUM ($p = 0.574$, $p < 0.001$) y el DBP ($p = 0.569$, $p < 0.001$).

Conclusión: En este estudio se observó que la longitud cráneo-caudal mostró la mayor correlación con la escala de Capurro en comparación con el diámetro biparietal y la FUM, confirmando su papel como biometría de referencia. Capurro estimó en promedio 0.75 semanas más que la longitud cráneo-caudal y 1.03 semanas más que el diámetro biparietal.

53. Bocio fetal: un reto perinatal

ELIZABETH VIRIDIANA GARCÍA SANTANA, DIANA JIMÉNEZ GONZÁLEZ, LUIS FELIPE COYOTECATL RAMOS
Hospital Regional de Alta Especialidad ISSSTE Bicentenario de la Independencia, Tultitlán, Estado de Méxio.

Antecedentes: El bocio es la manifestación clínica de la disfunción tiroidea fetal (1:50,000

nacidos vivos). Se diagnostica por ecografía, pero es fundamental determinar el estado tiroideo fetal mediante amniocentesis o cordocentesis. Los efectos pueden ser mecánicos (compresión esofágica/traqueal) o bioquímicos (retraso mental).

Caso clínico: Paciente de 22 años, primigesta, ingresa con embarazo de 27.2 semanas, amenaza de parto pretérmino y restricción del crecimiento intrauterino.

Conclusión: Es fundamental el diagnóstico oportuno del bocio fetal para orientar el tratamiento y prevenir complicaciones del neurodesarrollo. Es importante continuar reportando estos casos para fortalecer la escasa evidencia disponible y optimizar la atención del binomio, que en este caso se vio afectada por las condiciones de la paciente y el desconocimiento del estado fetal previo.

54. Embarazo molar con feto vivo

KAREN JAZMÍN GARCÍA MARTÍNEZ, PAUL MIGUEL ORTEGA MARTÍNEZ, CECILIA ALEJANDRA RODARTE SÁNCHEZ, EDSON GIBRAN OROPEZA SAUCEDO, CLAUDIA ITZEL RAMÍREZ ACEVEDO

Hospital de la Mujer Zacatecana, Hospital de Guadalupe, Zacatecas.

Antecedentes: La enfermedad trofoblástica gestacional es un grupo de enfermedades que se derivan de una proliferación trofoblástica anormal. Alrededor del 80% corresponde a mola hidatiforme, 15% a mola invasiva y 5% a coriocarcinoma.

Caso clínico: Paciente con embarazo molar con feto vivo en quien se finalizó la gestación a las 31.5 semanas de embarazo, con obtención de un recién nacido vivo masculino de 1810 gramos. Se realiza histerectomía total abdominal, con resultado de patología de mola hidatiforme parcial.

Conclusión: El embarazo molar coexistente con feto vivo es una entidad poco frecuente y de gran complejidad. Su evolución se asocia a un incremento de morbilidad materna, particularmente por preeclampsia de inicio temprano e hipertiroidismo. La decisión de continuar o interrumpir el embarazo debe individualizarse.



56. Prevalencia de enfermedad por reflujo gastroesofágico en mujeres embarazadas

ALLISON MARIANA COTERO ROBLES, FRANCISCO JAVIER CASTRO APODACA, JOSÉ ÁNGEL URIARTE VALENZUELA, VALERIA BÁEZ LÓPEZ, JOEL MURILLO LLANES
Hospital de la Mujer, Culiacán, Sinaloa.

Antecedentes: La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) se presenta hasta en el 80% de los embarazos. Los factores de riesgo incluyen edad materna avanzada, aumento de la presión abdominal y obesidad. El diagnóstico puede ser sintomático o mediante cuestionarios como el ERGE-Q.

Objetivo: Determinar la prevalencia de la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) en gestantes por medio del cuestionario ERGE-Q.

Materiales y métodos: Estudio prospectivo y transversal en 225 pacientes embarazadas del Hospital de la Mujer (septiembre-diciembre de 2023). Se aplicó el cuestionario ERGE-Q, considerándose un punto de corte diagnóstico de más de 8 puntos.

Resultado: Se estudiaron 225 embarazadas, con una edad de 25.6 ± 6.7 años. El 32.89% (74/225) fue diagnosticada con ERGE. La media de semanas de gestación fue de 31.

Conclusión: El 32.89% de las gestantes atendidas presentaron ERGE, una cifra menor a lo reportado en otros estudios. El tratamiento debe ser escalonado y basado en la seguridad de los fármacos. Se recomienda la aplicación del cuestionario ERGE-Q a toda mujer embarazada para realizar un diagnóstico oportuno.

57. Efectividad del modelo fullPIERS

SAMALI MONSERRAT ARCINIEGA MARTÍNEZ
Hospital de Especialidades Dr. Belisario Domínguez, Servicios de Salud del Gobierno de la Ciudad de México.

Antecedentes: Los trastornos hipertensivos del embarazo son un problema de salud pública. El modelo FullPIERS valora el riesgo de complicaciones en las primeras 48 horas para guiar las decisiones clínicas.

Objetivo: Determinar la sensibilidad y especificidad del modelo FullPIERS en la predicción de complicaciones perinatales en pacientes con preeclampsia en el Hospital de Especialidades de la Ciudad de México Dr. Belisario Domínguez de enero a octubre de 2024.

Materiales y métodos: Estudio retrospectivo, transversal y observacional en pacientes con embarazo ≥ 20 semanas y diagnóstico de preeclampsia. Se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia.

Resultado: Se incluyeron 106 expedientes. Se obtuvieron para el modelo FullPIERS: sensibilidad de 39.4%, especificidad de 80.8%, valor predictivo positivo de 48.1% y valor predictivo negativo de 74.7%, con un área bajo la curva de 0.60.

Conclusión: El rendimiento predictor del modelo FullPIERS fue moderado, lo que indica una capacidad discriminativa limitada para complicaciones perinatales en pacientes con diagnóstico de preeclampsia, aunque es útil como herramienta complementaria.

58. Útero de Couvelaire secundario a desprendimiento prematuro de placenta normoinserta

EXEQUIEL SALMERON HILARIO, SAMALI MONSERRAT ARCINIEGA MARTÍNEZ, XAMA ANDREA LARA MARTÍN
Hospital de Especialidades Dr. Belisario Domínguez, Ciudad de México.

Antecedentes: El desprendimiento prematuro de placenta normoinserta (DPPNI) se debe a la hemorragia de una arteria espiral rota, lo que puede provocar sangrado, dolor y disfunción fetal. El útero de Couvelaire es un hallazgo de infiltración sanguínea en el miometrio, que ocurre debido a un hematoma retroplacentario masivo.

Caso clínico: Paciente de 33 años, secundigesta, con embarazo de 38.2 semanas, acude por aumento de actividad uterina y disminución de movimientos fetales. Se pasa a quirófano para resolución del embarazo, encontrándose un óbito, desprendimiento de placenta del 80% y útero de Couvelaire. Por presentar útero atónico

previo tratamiento farmacológico, se procede a realizar histerectomía obstétrica.

Conclusión: El desprendimiento prematuro de placenta normoinserta con útero de Couvelaire representa una complicación obstétrica grave que demanda diagnóstico temprano y **tratamiento** multidisciplinario. La identificación de factores de riesgo y la implementación de protocolos nacionales son claves para disminuir la morbilidad materna y perinatal.

59. Embarazo ectópico abdominal. Reporte de caso

MARÍA JOSÉ HERRERA SALDAÑA, MARÍA CAROLINA BECERRA IÑIGUEZ, ALBERTO BAÑUELOS FRANCO, FERNANDO JAVIER MADRIGAL TEJEDA, JOSÉ LUIS RODRÍGUEZ CHÁVEZ Hospital General de Occidente, Guadalajara, Jalisco.

Antecedentes: El embarazo ectópico abdominal (EEA) es la implantación del blastocisto en la cavidad peritoneal. Es una manifestación extremadamente rara (10 de cada 100,000 embarazos ectópicos), pero con una mortalidad materna hasta 90 veces superior a un embarazo intrauterino.

Caso clínico: Paciente con embarazo ectópico abdominal, revisar los criterios diagnósticos, enfoques terapéuticos y complicaciones, destacando su tratamiento médico y quirúrgico.

Conclusión: El embarazo ectópico abdominal representa una forma infrecuente pero potencialmente letal de implantación extrauterina, con una incidencia estimada entre 1:10,000 a 1:30,000 embarazos y una mortalidad materna hasta 90 veces mayor que la del embarazo intrauterino. El embarazo ectópico abdominal es una entidad infrecuente pero potencialmente mortal, requiriendo diagnóstico oportuno con imágenes avanzadas. La cirugía abierta sigue siendo el estándar en casos inestables. La monitorización post tratamiento con β -hCG es esencial para descartar tejido trofoblástico residual.

60. Comparación de la técnica Tovar-Montiel

MARIO EDUARDO GONZÁLEZ GODÍNEZ, IGNACIO RONSÓN PÉREZ

Hospital de Especialidades Dr. Belisario Domínguez, Iztapalapa, Ciudad de México.

Antecedentes: La hemorragia obstétrica sigue siendo una causa líder de mortalidad materna. Las suturas compresivas (B-Lynch, Hayman) han demostrado altas tasas de éxito. En este contexto, la técnica Tovar-Montiel, diseñada en México, aporta simplicidad y rapidez, sin requerir abrir la cavidad uterina, lo que teóricamente reduce el sangrado y facilita su adopción.

Objetivo: Comparar y estimar la tasa de efectividad de la técnica Tovar-Montiel con las técnicas convencionales B-Lynch y Hayman.

Materiales y métodos: Estudio retrospectivo, descriptivo y comparativo en 37 pacientes; 11 con Tovar-Montiel y 26 con B-Lynch/Hayman. Se analizaron variables como efectividad clínica, histerectomía, sangrado y complicaciones.

Resultados: La efectividad global fue del 97.3%. En el grupo Tovar-Montiel, el control del sangrado fue del 100% (11/11), con 0 histerectomías. La preservación uterina global fue del 89.2%.

Conclusión: La técnica Tovar-Montiel es altamente efectiva y segura para hemorragia obstétrica. La elección de la técnica y la etiología impactan los desenlaces clínicos. La técnica es simple, reproducible y potencialmente escalable a distintos niveles de atención.

61. Acretismo placentario y miomatosis

ANGÉLICA JOANNA MADERA ÁLVAREZ

Hospital de la Mujer de Culiacán, Sinaloa.

Antecedentes: Acretismo placentario es un trastorno de adherencia placentaria anormal. La miomatosis uterina son tumores benignos del músculo liso miometrial.

Objetivo: Analizar la relevancia de la miomatosis uterina en el espectro de acretismo placentario y sus posibles consecuencias al no ser diagnosti-



cado previamente y con antecedentes mínimos de procedimientos quirúrgicos.

Materiales y métodos: Estudio observacional tipo reporte de caso en el Hospital de la Mujer de Culiacán en agosto de 2025. Se incluyó a una paciente multigesta de 39 años con diagnóstico de placenta previa total, miomatosis y sospecha de acretismo.

Resultado: El acretismo placentario es una de las principales causas de hemorragia obstétrica grave. Su riesgo se incrementa con placenta previa, cesáreas previas y cirugías uterinas. La coexistencia de miomatosis puede distorsionar la anatomía y favorecer una implantación anormal.

Conclusión: El caso presentado resalta la importancia del diagnóstico oportuno, la sospecha clínica basada en factores de riesgo y la planificación multidisciplinaria, elementos fundamentales para reducir complicaciones y mejorar el pronóstico materno-fetal.

62. Embarazo ectópico en cicatriz de cesárea

YESSICA JANETT MOTA ARGANDONA, NYDIA ANDREA GARCIA BEZARES, KARLA SOLANO DIAZ, WENDY AZARET JOSHUA BARBOSA HERNÁNDEZ, KATIA ALVA CHÁVEZ
Hospital General de Tláhuac Dra. Matilde Petra Montoya Lafragua, ISSSTE.

Antecedentes: El embarazo ectópico se define como una gestación que no se localiza a nivel endocavitario. La localización en cicatriz de cesárea ocurre en menos del 1% de los casos. El mayor factor de riesgo se asocia con antecedentes de embarazo ectópico o cirugía tubárica.

Caso clínico: Paciente de 30 años, con antecedentes de tres embarazos, un aborto y una cesárea que acudio al hospital debido a un sangrado transvaginal y dolor pélvico. Ultrasonido reporta embarazo de 10.1 semanas implantado en el istmo, con adelgazamiento miometrial a nivel de la histerorrafia. Se observó embarazo ectópico en istmo de aproximadamente 5 x 2 cm. Se realizó histerotomía, sin complicaciones.

Conclusión: El embarazo ectópico en cicatriz de cesárea es una entidad poco frecuente, pero con riesgo elevado de complicaciones graves. El ultrasonido transvaginal es fundamental para el diagnóstico precoz. El tratamiento individualizado debe considerar la estabilidad hemodinámica y el deseo reproductivo.

63. Medición de IP AU para preeclampsia

LINDA YOCELYN LEY SILVA

Hospital de Especialidades Dr. Belisario Domínguez, Ciudad de México.

Antecedentes: La preeclampsia es una de las complicaciones obstétricas más frecuentes, con una incidencia global del 2-8%. El uso del estudio Doppler para la detección del riesgo ha mostrado resultados diversos, generando dudas sobre el momento más adecuado para su realización.

Objetivo: Evaluar la capacidad predictiva del Índice de Pulsatilidad (IP) de las arterias uterinas medido entre las semanas 11 y 24 para la detección de preeclampsia temprana, determinar los percentiles asociados y analizar su efectividad.

Materiales y métodos: Estudio prospectivo, con muestreo no probabilístico. Se incluyeron mujeres con gestación única entre 11 y 24 semanas, que acudieron a consulta en el hospital de referencia.

Resultados: Los datos se distribuyeron de manera normal, lo que permitió aplicar la prueba estadística de manera adecuada y confiable.

Conclusión: En este estudio se pudo concluir que el índice de pulsatilidad (IP) de las arterias uterinas, medido entre las semanas 11 y 24 de gestación, sí se relaciona con el desarrollo de preeclampsia antes de las 34 semanas, definiendo una preeclampsia temprana.

64. Embarazo gemelar ectópico cornual roto

MARÍA FERNANDA GONZÁLEZ MÉNDEZ PADILLA, PAUL ALEJANDRO GARCÍA CHÁVEZ, CLAUDIA ALEJANDRA RAMÍREZ MEDRANO

Nuevo Hospital Civil Dr. Juan I. Menchaca, Guadalajara, Jalisco.

Antecedentes: El embarazo ectópico se caracteriza por una implantación aberrante. La localización cornual es excepcional (2-4% de los ectópicos), pero con una mortalidad del 2-3%.

Caso clínico: Paciente de 37 años con antecedentes de cuatro embarazos, dos cesáreas y un aborto quien acudió al hospital debido a un dolor abdominal intenso e inestabilidad hemodinámica. Se sospechó abdomen agudo de origen ginecológico. En el transquirúrgico se obtuvieron 3000 cc de hemoperitoneo y rotura uterina de cuerno derecho. Se realiza reparación del defecto. Se encuentra un segundo producto de la concepción en la corredera parietocólica derecha.

Conclusión: Los embarazos ectópicos cornuales son poco frecuentes e implican un reto diagnóstico y terapéutico por sus complicaciones hemorrágicas. Es indispensable el tratamiento oportuno, con opción de conducta conservadora para preservar la función reproductiva.

65. GCHβ como predictor en embarazo ectópico

ITZEL ALTAMIRANO MENDOZA, FLOR GABRIELA LUCAS CRISTÓBAL, YARIBELI SUJEY DÁVALOS SEGUNDO, ROGELIO CHÁVEZ PASOS, ARELY PEÑALOZA NOLASCO
Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de Gineco Obstetricia 4 Luis Castelazo Ayala, IMSS, Ciudad de México.

Antecedentes: El embarazo ectópico es la principal causa de mortalidad materna durante el primer trimestre. Su prevalencia ha aumentado debido al incremento de factores de riesgo. El tratamiento médico con metotrexato es una alternativa no invasiva al tratamiento quirúrgico. Hasta ahora, no existen marcadores predictivos de la eficiencia de esta terapia.

Objetivo: Evaluar el papel de la concentración de la hormona gonadotropina coriónica humana (GCHβ) como predictor de la eficiencia del tratamiento con metotrexato.

Materiales y métodos: Estudio retrospectivo con datos de la Plataforma de Hospitalización del

IMSS de la UMAE HGO No. 4 durante 2024-2025.

Resultado: Se incluyeron 10 pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico tratadas con metotrexato. Se formaron dos grupos: tratamiento exitoso (n=7) y fracaso (n=3). La edad media fue de 24.7 y 25.3 años, respectivamente.

Conclusión: Se podría determinar la eficiencia del tratamiento con metotrexato mediante el monitoreo de la GCHβ durante los primeros 7 días, con lo cual se podría prevenir la mortalidad materna. Sin embargo, aún se requieren estudios más grandes que prueben la eficiencia de este posible predictor.

66. Meningioma en el embarazo

CAROLINA YAÑEZ MORALES, JORGE ABRAHAM BLANCO LARES, DIANA MARTHA CORREA URIBE, GERARDO HURTADO GALLARDO, MARÍA FERNANDA ARRONIZ CORRO
Hospital General Regional Lic. Ignacio Garcia Tellez, Mérida, Yucatán.

Antecedentes: Los meningiomas son tumores extramedulares, a su vez con un crecimiento intradural, extradural o de ambos compartimientos. Se originan usualmente de las células de la capa aracnoidea de las meninges, aunque también pueden originarse de los fibroblastos de la pia y duramadre.

Caso clínico: Paciente de 34 años con antecedentes de tres embarazos, dos cesáreas y un aborto, con control prenatal adecuado, sin alteraciones estructurales en los ultrasonidos previos, en curso de las 34.5 semanas del embarazo actual. Acudió al hospital debido a cefalea intensa de nueva aparición, de 2 meses de evolución, acompañada de alteraciones neurológicas como bradilalia y bradipsiquia. Al ser un hospital de segundo nivel, sin acceso a estudios de imagenología avanzada, se decide interrupción vía abdominal del embarazo, sin complicaciones. Se obtiene recién nacido femenino, vivo, a las 36 semanas de gestación, con un peso de 2460 gr y Apgar 8/8.

Conclusión: La resonancia magnética cerebral confirmó la lesión expansiva compatible con



un meningioma, un tumor que es sensible a las hormonas gestacionales. El diagnóstico temprano permitió una planificación coordinada del parto (cesárea) y una transición fluida hacia el tratamiento neuroquirúrgico, evitando complicaciones severas.

67. Útero didelfo y evolución obstétrica

KARINA MATA DE LA ROSA, LILIANA ALEJANDRA CORONADO RODRÍGUEZ, DANIELA DÍAZ HERNÁNDEZ, CARLOS ALEJANDRO MALDONADO CARRIZALEZ, IVONNE AIDEE VARGAS SEGURA

Hospital Universitario de Saltillo. Dr. Gonzalo Valdés Valdés, Saltillo, Coahuila.

Antecedentes: Las anomalías müllerianas son malformaciones congénitas con una prevalencia de 0.5-6.7%. El útero didelfo (prevalencia de 0.1-0.5%) se asocia con aborto espontáneo, parto pretérmino y malpresentación fetal.

Caso clínico: Paciente de 32 años con antecedentes de tres embarazos (dos a término), un parto y una cesárea indicada por situación transversa del feto. En 2023, durante su segundo embarazo, se diagnosticó útero didelfo en ultrasonido de tamizaje a las 13.6 semanas. El embarazo se resolvió mediante cesárea por producto en situación transversa, obteniéndose recién nacido sano.

Conclusión: El útero didelfo puede cursar con embarazos a término con alteración en la estática fetal debido a factores mecánicos que obstaculizan la rotación normal del feto; sin embargo, se puede culminar con un nacimiento exitoso tras una vigilancia prenatal estrecha.

68. ¿Es el umbral de 5 cm siempre necesario?

MÓNICA KARINA SÁNCHEZ ZENTENO, MAGALY MENDEZ ÁGUILA, SANDYBELL HERNÁNDEZ HERNÁNDEZ, MIGUEL AMBRIZ MORALES

Hospital Juárez de México, Ciudad de México.

Antecedentes: La vasa previa es una afección en la que los vasos fetales atraviesan las membranas cerca del orificio cervical interno, con una in-

cidencia de 1/2500 embarazos. Existe riesgo de ruptura de estos vasos durante el parto, lo que conlleva una alta mortalidad fetal (50-75%) si no hay diagnóstico prenatal.

Caso clínico: Paciente de 31 años con antecedentes de tres embarazos en curso de las 37.5 semanas del embarazo actual, sin control prenatal institucional ni diagnóstico previo de vasa previa. Durante la maniobra de Praga en la sala de expulsión se observó la vasa previa. Ingresó con trabajo de parto y ruptura de membranas. Hallazgos clave: ecografía Doppler con reporte de arteria umbilical única.

Conclusión: El screening ecográfico sistemático con Doppler color en el segundo trimestre es crucial para prevenir muertes perinatales secundarias a la hemorragia de Benckiser, que ocurre tras el desgarro de los vasos fetales desprotegidos durante el parto o la ruptura de membranas.

69. Pancreatitis en el embarazo

NATALIA RIVERA ELIZARRARÁS, ALEXA PAOLA GALVÁN DEL TORO, KARINE YOLANDA HERRERA FLORES, CLAUDIA GABRIELA TORRES JURADO, LINDA YOCELYN LEY SILVA
Hospital de Especialidades Dr. Belisario Domínguez, Ciudad de México.

Antecedentes: La pancreatitis aguda en embarazadas ocurre con una frecuencia de 1/1000 a 1/5000 embarazos. La principal causa es de origen biliar. La aparición aguda y la dificultad en el diagnóstico amenazan significativamente la salud materna y fetal.

Caso clínico: Paciente de 24 años, primigesta quien acudió al hospital debido a un dolor transflíctico en el epigastrio y hallazgos ecográficos de coleditis, sugiriendo una etiología biliar. La elevación de enzimas pancreáticas y bilirrubinas confirmó el diagnóstico.

Conclusión: Este caso subraya la importancia del reconocimiento temprano, la evaluación continua del estado materno-fetal y la toma de decisiones basada en riesgos y beneficios, con el objetivo de preservar la vida y salud de ambos pacientes.

70. Tuberculosis peritoneal en una paciente embarazada

ARELY CRUZ CARDEÑO, ROGELIO CASTILLO LUNA, FÁTIMA DAGMAR LEÓN HERRERA, LUIS FRANCISCO LARIOS CALDERÓN

Hospital General de Cholula IMSS Bienestar y Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.

Antecedentes: La tuberculosis (TB) en el embarazo es un reto diagnóstico. Se estima que en 2011 hubo más de 200,000 embarazadas con TB activa. Su diagnóstico es difícil porque los síntomas se confunden con los de la gestación, lo que retrasa el tratamiento.

Caso clínico: Paciente de 27 años, en puerperio inmediato tras cesárea por síndrome HELLP. Se documentaron hallazgos clínicos, de laboratorio, y se realizó análisis de líquido ascítico con determinación de adenosina deaminasa (ADA). La paciente evolucionó con intolerancia a la vía oral, diarrea y ascitis progresiva. La paracentesis con ADA elevada (49.48 U/L) fue sugestiva de tuberculosis peritoneal. Los estudios diferenciales para otras patologías fueron negativos.

Conclusión: La tuberculosis es una enfermedad infecciosa que puede afectar cualquier órgano. En gestantes, es un reto diagnóstico. La determinación de ADA en líquido ascítico >30 U/L es un marcador sensible para tuberculosis peritoneal, aunque el cultivo sigue siendo el estándar de oro.

71. Embarazo extrauterino avanzado

NATALIA RIVERA ELIZARRARÁS, GRISELDA YADIRA MARTÍNEZ ARAGÓN, ALEXA PAOLA GALVÁN DEL TORO, JUAN CARLOS DE LA CERDA ÁNGELES

Hospital de Especialidades Dr. Belisario Domínguez, Ciudad de México.

Antecedentes: El embarazo ectópico se refiere a la implantación fuera de la cavidad uterina. La localización abdominal es rara (1.3% de los ectópicos) y puede ser temprana (menos de 20 semanas) o tardía (más de 20 semanas). Una vez diagnosticado, se debe realizar una intervención quirúrgica inmediata.

Caso clínico: Paciente de 20 años con antecedente de cesárea previa, acudió con reporte ultrasonográfico de embarazo de 27.6 semanas y óbito fetal, asintomática. El embarazo abdominal a término es un evento raro. La supervivencia fetal se ha reportado en solo el 20-40% de los embarazos abdominales avanzados, y las tasas de mortalidad perinatal se han acercado al 95% en algunas series.

Conclusión: Este caso resalta la necesidad de considerar esta posibilidad diagnóstica en mujeres con antecedentes de cesárea y hallazgos ecográficos anormales. La cesárea previa facilitó la reimplantación del embarazo en la cavidad abdominal, lo que demuestra la importancia del uso de estudios de imagen y la pronta intervención quirúrgica.

72. Concentraciones séricas terapéuticas de sulfato de magnesio

CORINA AIDEE CRUZ, ALEJANDRO MUÑOZ MADARIAGA, FERNANDO GERMES PIÑA
Hospital General Dr. Salvador Zubirán Anchondo, Chihuahua.

Antecedentes: La enfermedad hipertensiva del embarazo es una causa mayor de morbimortalidad materna. El sulfato de magnesio (MgSO_4) es el fármaco de elección para prevenir eclampsia; el esquema Zuspan es ampliamente utilizado, con un rango terapéutico sérico de 4.8–8.4 mg/dL.

Objetivo: Determinar si con el esquema de Zuspan se alcanzan niveles séricos terapéuticos de sulfato de magnesio en pacientes con preeclampsia con criterios de severidad.

Materiales y métodos: Estudio observacional, prospectivo en 49 pacientes. Se midió el Mg sérico al ingreso y a las 4 horas tras iniciar el esquema Zuspan.

Resultado: Se incluyeron 49 pacientes. La edad media fue de 23.6 años y el IMC medio de 33.21 kg/m^2 . El criterio diagnóstico más frecuente fue $\text{TA} > 160/110$ mmHg.

Conclusión: Con el esquema Zuspan, solo un bajo porcentaje de pacientes (12.24%) alcanzó



niveles séricos terapéuticos a las 4 horas. Se sugiere la medición de magnesio sérico tras la dosis de carga y a las 4 horas para considerar ajustes individualizados en la dosis de mantenimiento.

73. Secuencia TRAP. Reporte de caso

ALICIA EUGENIA RAMOS JORDÁN, JUAN ESCOBEDO GARCÍA, JAIR EMMANUEL VÁZQUEZ MEDINA, MARIEL ZEPEDA FONG
Instituto Mexicano del Seguro Social

Antecedentes: La secuencia de perfusión arterial revertida de gemelos (TRAP) consiste en la presencia de un gemelo "bomba" que bombea sangre hacia un gemelo anormal (acardio). Ocurre en 1 de cada 35,000 nacimientos. El gemelo acardio pone en riesgo al gemelo bomba por aumento del volumen intrauterino, insuficiencia cardíaca e hipoxia crónica.

Caso clínico: Paciente de 21 años con antecedente de dos embarazos y un parto. Durante el control ecográfico a la semana 16, se reportó embarazo gemelar con óbito de segundo gemelo. La paciente acude a urgencias a las 28.2 semanas de gestación.

Conclusión: El gemelo acardio es la máxima manifestación de la secuencia TRAP. El tratamiento expectante, en nuestro caso, fue propuesto ante la imposibilidad de realizar una oclusión del cordón umbilical o ablación intrauterina, debido a la falta de recursos técnicos y a la ausencia de signos de descompensación cardíaca en el gemelo normal.

75. Úlcera de Lipschütz: reporte de caso

LUIS ANGEL ROMAN NOYOLA, ANA CAROLINA CERDA CHÁVEZ
Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, Guadalajara, Jalisco.

Antecedentes: La úlcera de Lipschütz se define como una ulceración genital aguda, dolorosa y no transmitida sexualmente, que afecta predominantemente a adolescentes. Es crucial

distinguir la de las ITS. Clínicamente, se manifiesta con la aparición súbita de una o múltiples úlceras dolorosas. Se ha asociado con infecciones virales como el virus de Epstein-Barr.

Caso clínico: Paciente femenina de 16 años inicia su padecimiento hace dos semanas con dolor y ardor en el labio mayor derecho, seguido de una lesión ulcerosa. Cuenta con antecedente de gripe común hace tres semanas. En el cultivo se demostró la existencia de *Escherichia coli*. El reporte histopatológico determinó un infiltrado inflamatorio con datos clínicos que sugieren úlcera de Lipschütz.

Conclusión: La úlcera de Lipschütz representa un desafío diagnóstico en ginecología, especialmente en adolescentes. Su etiología, aunque incierta, se asocia con infecciones virales, sugiriendo una patogénesis multifactorial que involucra respuestas inmunitarias complejas.

77. Secuencia de Potter

JENNIFER AMALIA TOYOS RODRÍGUEZ, LAURA ELENA LÓPEZ SAIZ, MARÍA PAULA MORENO CASTILLO, ALEJANDRA GUADALUPE VELARDE MOLINA
Hospital Infantil del Estado de Sonora, Hermosillo, Sonora.

Antecedentes: La secuencia de Potter implica múltiples hallazgos secundarios a un oligohidramnios causado por agenesia renal. En el caso presentado, el diagnóstico prenatal identificó varias alteraciones compatibles, las cuales se confirmaron postnatalmente.

Caso clínico: Paciente de 23 años, primigesta, con embarazo de 16.1 semanas y diagnóstico de diabetes pregestacional. Ultrasonido reporta anhidramnios. Valorada por Medicina Materno Fetal, se reportan alteraciones compatibles con secuencia de Potter y cardiopatía congénita. Se recomienda la interrupción del embarazo. Ecografía por Médico Materno Fetal reportó: comunicación interventricular, arteria subclavia derecha aberrante, hipoplasia pulmonar, agenesia renal bilateral, pie equino varo y anhidramnios.

Conclusión: El tamizaje en el primer y segundo trimestre es una herramienta fundamental para la detección de embarazos de alto riesgo y malformaciones estructurales, con el fin de brindar un diagnóstico y tratamiento oportuno, permitiendo orientar el tratamiento obstétrico y un adecuado consejo genético.

78. Pas sin antecedentes quirúrgicos

HILDA VIRIDIANA ZAMORA MEJIA, DAMIÁN LÓPEZ RANGEL, ZUZANNE AMIE HERNANDEZ CORDOVA
Hospital de la Paciente, Tepic, Nayarit.

Antecedentes: El espectro de placenta acreta (PAS) se define como la implantación anómala de la placenta. Tradicionalmente, los principales factores de riesgo son cesáreas previas y placenta previa. Sin embargo, existen casos en mujeres sin dichos antecedentes. El diagnóstico prenatal oportuno es fundamental para disminuir la morbilidad.

Caso clínico: Paciente de 28 años, primigesta, sin antecedentes. Los estudios de imagen mostraron hallazgos compatibles con placenta percreta con compromiso vesical. Se realizó cesárea-histerectomía a las 33.6 semanas, obteniendo un recién nacido masculino vivo de 2,500 g.

Conclusión: El caso presentado resalta la relevancia del diagnóstico prenatal del PAS incluso en pacientes sin factores de riesgo clásicos. La identificación temprana de criterios ecográficos permitió planificar una resolución quirúrgica segura. La histerectomía obstétrica continúa siendo el tratamiento de elección en casos de placenta percreta.

79. Cetoacidosis diabética en el embarazo

MÓNICA ALEJANDRA OLIVARES HERRERA, STEFANY PAOLA CHAIREZ ROCHA, LIZET JOHANNA SÁENZ SANTIBÁÑEZ
Hospital Amparo Papé, Secretaría de Salud.

Caso clínico: Paciente de 25 años con diabetes tipo 1 de 15 años de evolución, acude por vómitos y síntomas de descompensación. Se ingresa a UCIA con diagnóstico de cetoacidosis

diabética severa y embarazo de 19 semanas. La cetoacidosis diabética es una complicación aguda y potencialmente mortal. Su reconocimiento temprano y tratamiento oportuno son fundamentales. Durante el embarazo, representa una emergencia médica tanto para la madre como para el feto.

Conclusión: La cetoacidosis diabética en el embarazo es una emergencia obstétrica y metabólica. El reconocimiento temprano de los signos clínicos y paraclínicos es fundamental para evitar complicaciones graves, ya que el estado fetal puede deteriorarse incluso antes de que los signos maternos sean evidentes.

80. Embarazo de localización incierta

LILIAN CITLALI LARA SOLANO, ENOCH NARANJO RODRÍGUEZ
Hospital Regional General 17 IMSS

Antecedentes: El embarazo de localización incierta (ELI) se refiere a una prueba de embarazo positiva sin evidencia de gestación intra o extrauterina en el ultrasonido. Aunque el riesgo de complicaciones suele ser bajo, es fundamental realizar un seguimiento hasta obtener un diagnóstico definitivo.

Objetivo: Se define como embarazo de localización incierta cuando la paciente cuenta con una prueba de embarazo positiva, sin evidencia de gestación intrauterina ni extrauterina mediante estudios de imagen.

Caso clínico: Paciente de 33 años, con antecedente de seis embarazos, un parto, cuatro abortos y cuatro legrados. Acudió al hospital debido a sangrado escaso y amenorrea de 7.2 semanas, con β -hCG de 1961 mUI/mL. Ultrasonido inicial no muestra saco gestacional intrauterino. La importancia de este caso radica en que la paciente cumplía con la definición de ELI. El seguimiento mediante determinaciones seriadas de β -hCG fue fundamental.

Conclusión: El embarazo de localización incierta representa un reto diagnóstico que requiere un seguimiento estrecho con mediciones seriadas



de β -hCG y estudios de imagen, a fin de establecer oportunamente la localización y viabilidad de la gestación.

81. Embarazo tetracorial-tetraamniótico

GABRIELA CARMONA MARTÍNEZ, GABRIEL ENRIQUE CASTILLO MARTÍN DEL CAMPO, PAULO CÉSAR GÓMEZ HERNÁNDEZ, EMMANUEL BAUTISTA PEREA, ANTONIO JESÚS BRISEÑO SAINZ

Hospital de la Niñez y la Paciente Dr. Alberto López Hermosa, San Luis Potosí, SLP.

Antecedentes: Los embarazos múltiples se asocian con tasas de prematuridad mayores al 40%. Los embarazos cuádruples espontáneos son extremadamente raros (1 por cada 500,000–700,000 gestaciones). La forma tetracorial–tetraamniótica se relaciona con mayor morbilidad materna y perinatal.

Caso clínico: Paciente de 23 años, con dos embarazos previos, último con cesárea indicada por preeclampsia. Acudió a urgencias por vómito. Ultrasonido inicial: embarazo tetracorial–tetraamniótico de 13.6 SDG, cuello del útero de 38 mm. Tratamiento preventivo: ácido acetilsalicílico y progesterona vaginal desde el primer control. A las 20 SDG: anatomía normal en los cuatro fetos. Fetos de sexo femenino; el primero de 1030 g, el segundo de 1610 g, el tercero de 1400 g y el cuarto, de sexo masculino, de 1596 g. Evolución de la madre: puerperio sin complicaciones. Evolución neonatal: hospitalización en la unidad de cuidados intensivos neonatales durante 52 días, y dado de alta del hospital con buena evolución.

Conclusión: El embarazo cuádruple tetracorial–tetraamniótico es una condición excepcional y de alto riesgo. El internamiento anticipado favoreció la vigilancia intensiva y la oportunidad de maduración pulmonar. El tratamiento en una unidad de alto riesgo optimiza los resultados materno-perinatales.

82. Mola parcial

XOCHITL FRANCO MOJICA, NATALIA A LUNA MARTÍNEZ, GABRIEL R BASS ALMAGUER, JESSICA M GÓMEZ CASTELLANOS

Nuevo Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I. Menchaca, Guadalajara, Jalisco.

Antecedentes: La mola parcial con un feto vivo coexistente es un fenómeno raro que se asocia con desenlaces adversos maternos y fetales, como trastornos hipertensivos y prematuridad. Ante su sospecha, es crucial realizar un diagnóstico diferencial con otras condiciones como la displasia mesenquimal para asegurar un correcto tratamiento.

Caso clínico: Paciente de 31 años, con historial de dos embarazos y un parto, en evolución de las 27.1 semanas de la gestación actual. Con hallazgo en el ultrasonido de “tejido placentario con múltiples imágenes quísticas”. Se envía a valoración a servicio de Medicina Materno Fetal.

Conclusión: La incidencia de mola parcial es de 3 por cada 1,000 embarazos; la probabilidad de embarazo molar con feto viable se estima en 1 en 22,000 - 100,000 nacimientos. El embarazo molar forma parte del espectro de enfermedad trofoblástica gestacional y su identificación temprana es decisiva.

83. Complicaciones quirúrgicas post-bypass

DIANA AYLIN MARTINEZ ACEVEDO, MARIA FERNANDA ROARO FIGUEROA, CARLOS EMMANUEL ALVAREZ ALCALA Hospital General Dr Manuel Gea González, Ciudad de México.

Antecedentes: La cirugía bariátrica es la intervención más efectiva para la pérdida de peso sostenida. Pacientes con antecedente de esta cirugía presentan modificaciones anatómicas que pueden dar lugar a complicaciones durante la gestación. El dolor abdominal es una manifestación frecuente y desafiante, que puede indicar desde condiciones benignas hasta emergencias quirúrgicas graves.

Caso clínico: Paciente de 34 años, con dos embarazos previos y una cesárea, con antecedente de síndrome de HELLP en el embarazo previo, hipertensión arterial sistémica, bypass gástrico en Y de Roux en 2018, y plastia de hernia de pared

abdominal en 2021. El embarazo tras una cirugía bariátrica requiere vigilancia estrecha. La hernia interna es una de las complicaciones más graves. El diagnóstico es complejo, ya que los síntomas pueden confundirse con molestias propias del embarazo. La TAC es el estudio de elección.

Conclusión: La hernia interna post-bypass gástrico en el embarazo es una complicación rara pero con alta morbilidad. La sospecha clínica y el abordaje quirúrgico oportuno son determinantes para preservar la vida materno-fetal. El embarazo en mujeres con antecedente de cirugía bariátrica debe considerarse de alto riesgo.

85. Embarazo abdominal de 23 semanas

AZUCENA MARISOL SILVA CRUZ, GABRIEL ENRIQUE CASTILLO MARTÍN DEL CAMPO, MARÍA ALEJANDRA CASTRELLON ACOSTA, ANTONIO JESUS BRISEÑO SAINZ, NYDIA CASTILLO GUERRERO

Hospital de la Niñez y la Mujer Dr Alberto López Hermosa, San Luis Potosí, SLP.

Antecedentes: Los embarazos ectópicos representan el 1-2% de los embarazos. Los abdominales son un raro subtipo (1% de los ectópicos). La detección temprana es clave, ya que la mortalidad materna alcanza un 20% y la perinatal supera el 40%. La adecuada utilización de estudios de imagen y la alta sospecha clínica son esenciales.

Caso clínico: Paciente de 24 años, con tres embarazos previos, dos cesáreas, sin control prenatal, quien acudió al hospital debido a un sangrado transvaginal y galactorrea, con desconocimiento del embarazo actual, con 23 semanas. En la laparotomía se encuentra un saco gestacional adherido a epiplón y pared uterina. Se observa un istmocele con protrusión del saco, el cual se extrae con feto y placenta completa. Posteriormente se realiza histerectomía subtotal.

Conclusión: El embarazo abdominal es una entidad poco frecuente, con elevada morbilidad materna y perinatal. En este caso, el diagnóstico se estableció en la semana 23, confirmándose un embarazo abdominal avan-

zado con producto óbito. El peso del producto confirma la RCIU y el mal pronóstico fetal.

86. Pancreatitis aguda en el embarazo

NAMY MELISSA KIM MORALES, ISELA JULIANA BARRITA DOMÍNGUEZ, ALEJANDRA HERRERA ORTIZ, DANNIELA NIEBLA CÁRDENAS

Hospital General Dr. Manuel Gea González, Ciudad de México

Antecedentes: La pancreatitis aguda durante el embarazo es poco frecuente pero de alto riesgo. Su incidencia varía, y la causa más común es de origen biliar. La mayoría de los episodios se desarrollan en el tercer trimestre. Los síntomas son inespecíficos y la ecografía es la herramienta de elección para el diagnóstico.

Objetivo: Evaluar los desenlaces perinatales en mujeres mexicanas con diagnóstico de pancreatitis aguda en el embarazo, describiendo sus características clínicas, momento de presentación, tratamiento recibido, comorbilidades maternas y severidad del cuadro.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio observacional retrospectivo de mujeres embarazadas hospitalizadas con diagnóstico de pancreatitis aguda, cuya resolución obstétrica se llevó a cabo en el mismo hospital, entre enero de 2020 y julio de 2025.

Resultado: Se revisaron diecinueve expedientes clínicos, de los cuales nueve cumplieron con los criterios de inclusión. La edad promedio fue de 26 años, con un rango de 16 a 40.

Conclusión: En esta serie de casos, la pancreatitis aguda durante el embarazo se presentó únicamente de origen biliar. La mayoría de las pacientes requirió tratamiento intervencionista (colecistectomía o CPRE), lo que refleja la complejidad del tratamiento y demuestra que estas intervenciones pueden realizarse de forma segura en embarazadas.

87. Cerclaje de emergencia: caso clínico

ADRIANA JACQUELINE MENDOZA MARTINEZ, MIGUEL ÁNGEL MEJÍA MARTÍNEZ



Hospital General ISSSTE Saltillo, Coahuila.

Antecedentes: En México, nacen aproximadamente 200,000 bebés prematuros cada año. En el caso de la insuficiencia cervical, no existen criterios diagnósticos universalmente aceptados. El cerclaje de emergencia se define como aquel que se coloca en pacientes con una dilatación cervical >2 cm, con o sin prolapso de membranas.

Objetivo: Fomentar la detección oportuna de la incompetencia cervical con el objetivo de reducir la incidencia de partos prematuros y, en consecuencia, las complicaciones asociadas.

Caso clínico: Paciente de 24 años, con 23.2 semanas de embarazo, complicado por incompetencia ístmico-cervical, con antecedente de pérdida perinatal, con de cerclaje de urgencia colocado en la semana 20. Se realizó la colocación de cerclaje sin complicaciones. Posteriormente se identificó una longitud cervical de 24 mm en promedio. Se logró la viabilidad fetal y hasta el momento la paciente se encuentra en la semana 28 de gestación sin complicaciones aparentes.

Conclusión: El cerclaje de urgencia es un tratamiento que se utiliza como última opción para la incompetencia cervical. Se deberá protocolizar adecuadamente a las pacientes candidatas para disminuir los riesgos y complicaciones, y así lograr el mejor resultado perinatal posible.

88. Hemoglobina glucosilada en el primer trimestre del embarazo

LUIS ANGEL ROMAN NOYOLA, HILDA SOCORRO VALADEZ HERNÁNDEZ, JORGE BRAVO RUBIO, SARAY GUADALUPE ORNELAS HERNÁNDEZ

Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, Guadalajara, Jalisco.

Antecedentes: La diabetes gestacional (DMG) es una intolerancia a los carbohidratos diagnosticada por primera vez durante el embarazo, con una prevalencia de hasta el 17.7% en México. Su diagnóstico oportuno es fundamental. Se ha

propuesto la hemoglobina glucosilada (HbA1c) en el primer trimestre como un posible predictor temprano.

Objetivo: Determinar si el valor de hemoglobina glucosilada en el primer trimestre del embarazo $\geq 5.9\%$ es predictivo para diabetes mellitus gestacional.

Materiales y métodos: Estudio observacional, descriptivo, transversal y prospectivo en 342 embarazadas en el primer trimestre. Se midió HbA1c en la primera consulta y se realizó curva de tolerancia a la glucosa (CTOG) entre las semanas 24-28.

Resultado: Los resultados de este estudio sugieren que la HbA1c en el primer trimestre puede ser un factor predictivo para DMG. Aunque en la bibliografía se ha propuesto un punto de corte de 5.9%, nuestros hallazgos muestran que un valor de 5.2% ofrece una mayor sensibilidad (82%).

Conclusión: Nuestro estudio sugiere que el valor de HbA1c en el primer trimestre con un punto de corte $\geq 5.9\%$ ofrece baja sensibilidad y alta especificidad. Nosotros obtuvimos un punto de corte $\geq 5.2\%$, el cual podría ayudar a predecir la DMG al presentar una sensibilidad alta.

89. Dengue y embarazo

PAOLA CRISTINA RAYGOZA MURILLO, ARTURO JAVIER TORRES MERCADO, MIGUEL ANGEL ARRIETA CASAS, SUSANA CAROLINA DE ANDA GONZÁLEZ, KAREN MARLEN PONCE QUIRARTE

Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, Guadalajara, Jalisco.

Antecedentes: El dengue es una enfermedad viral transmitida por el mosquito *Aedes aegypti*. Durante el embarazo, la inmunosupresión fisiológica aumenta la vulnerabilidad. Se asocia a desenlaces adversos como aborto espontáneo, parto prematuro y RCIU. La evidencia científica es contradictoria sobre la relación entre dengue y complicaciones obstétricas.

Objetivo: Determinar los desenlaces maternos, así como las complicaciones y su asociación con los diferentes serotipos de dengue.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio descriptivo, observacional y retrospectivo en el Hospital Civil de Guadalajara, con expedientes de mujeres embarazadas diagnosticadas con dengue entre agosto y diciembre de 2024.

Resultado: Se examinaron 74 casos de pacientes embarazadas. La edad media del grupo fue de 21-25 años.

Conclusión: En países endémicos, las embarazadas están expuestas a la transmisión de dengue. La identificación de serotipos predominantes puede orientar la vigilancia. Conocer el impacto de esta infección en los desenlaces obstétricos permitirá: Establecer protocolos de seguimiento más estrictos. Orientar políticas de salud pública para disminuir la morbilidad. Generar evidencia científica aplicable a contextos locales.

90. Acretismo placentario en el primer trimestre del embarazo

DIANA LAURA CASTRO PILEÑO, CYNTHIA CHAVIRA ANAYA, JOSÉ DE JESÚS ALVARADO MÉNDEZ, ERNESTO AGUILAR BARAJAS, PAOLA MONTSERRAT SANTANA HERNÁNDEZ
Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital General de Zona No 33. Tepic, Nayarit.

Antecedentes: El acretismo es la adherencia anormal de la placenta al miometrio y es la segunda causa de hemorragia obstétrica. La incidencia es de 3 casos por 1000 embarazos. Factores de riesgo incluyen cesáreas previas, miomectomía y placenta previa. La ecografía es la principal modalidad para el diagnóstico, aunque es más difícil en el primer trimestre.

Caso clínico: Paciente de 28 años, con antecedente de dos cesáreas y amenorrea de 6 semanas, con sangrado transvaginal y hCG-b de 4932.59 mUI/mL. El acretismo placentario suele diagnosticarse durante el segundo y tercer trimestre; sin embargo, su detección en etapas tempranas constituye un reto clínico importante.

Conclusión: La identificación temprana de factores de riesgo para acretismo placentario permite una búsqueda intencionada de signos ultrasonográficos, facilitando un abordaje tera-

péutico integral que contribuye a disminuir la morbilidad materna y fetal.

91. Hemorragia obstétrica y miomectomía

JOCELYN ANDREA ALMADA BALDERRAMA, EDGAR IVÁN MENDOZA RÍOS, FELA VANESA MORALES HERNÁNDEZ, MYRNA SOURAYE GODINES ENRÍQUEZ, ENRIQUE REYES MUÑOZ

Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, Ciudad de México.

Antecedentes: La miomatosis uterina es el tumor ginecológico benigno más frecuente. La miomectomía es el tratamiento de elección en pacientes que desean preservar la fertilidad. Sin embargo, en embarazos posteriores se ha asociado a mayor riesgo de complicaciones maternas como hemorragia obstétrica y ruptura uterina.

Objetivo: Describir el riesgo de hemorragia obstétrica y complicaciones quirúrgicas en pacientes con antecedente de miomectomía que resolvieron su embarazo en el Instituto Nacional de Perinatología.

Materiales y métodos: Estudio observacional, transversal, retrospectivo. Se incluyeron mujeres que resolvieron su embarazo del 01 de enero de 2018 al 31 de diciembre de 2023.

Resultado: Se incluyeron 242 pacientes, 122 en el grupo de casos y 120 en el grupo control. De los casos, el abordaje de la miomectomía fue en 72.7% por laparotomía y 20.9% por laparoscopia. Se reportó ingreso a cavidad endometrial en el 21.4%.

Conclusión: Las pacientes con antecedente de miomectomía presentan mayor riesgo de hemorragia obstétrica y complicaciones quirúrgicas, como acretismo placentario, adherencias, histerectomía y lesión vesical, en comparación con pacientes sin antecedente de miomectomía.

92. Embarazo ectópico cervical roto. Reporte de caso

AXEL ARELLANO CAMACHO, ESTEFANY LIZETH CAMPOS ZAZUETA, FRANCISCO JAVIER MEZA GARZA



Hospital Materno Infantil de Mexicali, Baja California Norte.

Antecedentes: El embarazo ectópico cervical es una forma infrecuente de implantación, con una incidencia de 1 en 1,000 a 18,000 embarazos. Representa un desafío por su localización y el elevado riesgo de hemorragia masiva. En casos complicados, la histerectomía es a menudo necesaria.

Caso clínico: Paciente de 22 años, ingresó a urgencias por sangrado transvaginal de tres semanas de evolución, exacerbado con dolor pélvico intenso y síntomas de bajo gasto. A la exploración: hipotensión, taquicardia y sangrado activo. hCG: 7170 mUI/mL, Hb 8.9 g/dL. El embarazo ectópico cervical es una entidad rara, con una incidencia menor al 1% de todos los ectópicos, pero asociada a elevada morbilidad debido al riesgo de hemorragia masiva.

Conclusión: El embarazo ectópico cervical, aunque infrecuente, representa una urgencia con alto riesgo de hemorragia. El diagnóstico temprano puede permitir tratamientos conservadores, pero en casos complicados con sangrado masivo, la histerectomía abdominal constituye la medida definitiva y de salvamento.

93. Rickettsiosis en el embarazo

ALEJANDRA GUADALUPE VELARDE MOLINA, JENNIFER AMALIA TOYOS RODRIGUEZ
Hospital Infantil del Estado de Sonora, Hermosillo.

Caso clínico: Paciente de 27 años, con antecedente de dos embarazos y un aborto, con 31.2 semanas de la gestación actual, diabetes gestacional y fiebre en estudio. Acudió al hospital debido a fiebre, dolor lumbar y escalofríos. Se integra diagnóstico de pielonefritis. Durante su hospitalización, presenta inestabilidad hemodinámica. Se decide la interrupción de la gestación. Reporte de los estudios de laboratorio: leucocitos 10.0, plaquetas 232. 17/06/25 Leucocitos 8.9, Plaquetas 77. 18/06/25 PCR positivo. 25/06/25 IFI 1:64. La fiebre manchada

de las montañas rocosas, o rickettsiosis, es una enfermedad que tiene como agente etiológico la bacteria *Rickettsia rickettsii* y como vector la garrapata. Fisiopatológicamente, la bacteria invade células endoteliales, causa vasculitis y puede provocar daño a órganos.

Conclusión: En estados con alta prevalencia de rickettsiosis, el diagnóstico oportuno en embarazadas es esencial. Debido a que los síntomas iniciales son inespecíficos, la sospecha clínica temprana y el inicio de tratamiento empírico deben prevalecer sobre la espera de confirmación serológica.

94. Leiomioma con mitosis activa obstétrico

ENRIQUE PÉREZ LUNA, ANDREA GRANADOS ALVARADO, ALEXIS BAZÁN DE LA CRUZ
Hospital de Alta Especialidad de Veracruz.

Antecedentes: Un leiomioma mitóticamente activo es una entidad histológica poco frecuente, que consiste en una tumoración de músculo liso uterino con un índice mitótico aumentado, pero sin atipia ni necrosis.

Caso clínico: Paciente de primera vez con embarazo de término y múltiples miomas. Al ultrasonido se observó un mioma en fondo uterino de 20 x 16 cm. Se ingresa para interrupción por vía abdominal. De la cesárea se obtuvo un recién nacido femenino de 3,420 gramos. Se realiza miomectomía en el mismo evento, obteniéndose una tumoración de 30x16 cm, con un peso de 2,800 gramos.

Conclusión: De acuerdo con la bibliografía actual sobre tumores de músculo liso uterino, el tratamiento del leiomioma con aumento de la actividad mitótica se basó en cirugía (miomectomía o histerectomía).

95. Desprendimiento crónico asintomático

DIANA LAURA ACEVES CABRERA, JORGE ARTURO PARRA MONTAÑA, DANIELA MENDOZA MENDOZA, MIGUEL ALEJANDRO GARCÍA TORRES, JULIO MACIEL MERCADO
Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I. Menchaca, Guadalajara, Jalisco.

Antecedentes: El útero de Couvelaire es la extravasación de sangre en el miometrio y se asocia a DPPNI y preeclampsia. La placenta acreta es la adherencia anormal al miometrio.

Caso clínico: Paciente de 32 años, con cinco gestaciones previas, tres cesáreas y un aborto, con placenta previa y alto riesgo de acretismo (PAI score 8). A las 32.2 semanas de la gestación actual refirió dinámica uterina. Se evidencia longitud cervical de 17 mm y sludge, sospechándose triple I. Durante la hospitalización, con reactantes de fase aguda negativos. El estudio histopatológico reportó placenta increta y músculo miometrial con isquemia, edema y hemorragia, compatible con apoplejía utero-placentaria.

Conclusión: El útero de Couvelaire es una complicación rara y severa de DPPNI. Resulta interesante que, ante la ausencia de sangrado transvaginal, el sludge se adjudicó a triple I, sin embargo, en menor frecuencia también se asocia a un proceso hemorrágico como en este caso.

96. Factores de riesgo de aborto en el segundo trimestre del embarazo

CLAUDIA GABRIELA TORRES JURADO, NATALIA RIVERA ELIZARRARÁS, KARINE YOLANDA HERRERA FLORES
Hospital de Especialidades Dr. Belisario Domínguez, Ciudad de México.

Antecedentes: El aborto del segundo trimestre (13-22 semanas) es un evento obstétrico con importantes implicaciones. Se asocia con mayor riesgo de complicaciones maternas. En México, su atención sigue siendo un desafío, especialmente donde existen barreras de acceso a servicios de salud.

Objetivo: Conocer las causas más frecuentes de aborto del segundo trimestre en pacientes del Hospital de Especialidades Dr. Belisario Domínguez.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio observacional, retrospectivo y analítico. Se recolectaron datos clínicos y obstétricos de mujeres con diagnóstico de aborto del segundo trimestre,

evaluando condiciones maternas, infecciosas y fetales.

Resultado: Se encontró una alta frecuencia de infección de vías urinarias (19.4%) y aborto incompleto (40.8%). Se identificó una asociación significativa entre hipertensión materna y tipo de aborto ($p = 0.050$), así como entre malformación fetal y aborto del segundo trimestre ($OR = 5.561$; $p = 0.025$).

Conclusión: Los resultados sugieren que el aborto del segundo trimestre está vinculado a diversos factores clínicos y sociales, siendo un problema de salud pública. Es necesario fortalecer los programas de prevención y el control prenatal oportuno.

97. Amelia y focomelia: Reporte de caso

KARLA ORTEGA MACEDA, INGRID FRUTOS CERVANTES, DENISSE GONZALEZ BALLEZA, ALICIA LISVETT BENAVIDES MARTINEZ, EDUARDO NOÉ NAVA GUERRERO
Tecnológico de Monterrey, Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud, Monterrey, Nuevo León.

Antecedentes: La amelia es la ausencia completa de una extremidad, mientras que la focomelia es la falta de segmentos proximales. Son anomalías poco frecuentes. Aunque la talidomida fue el teratógeno clásicamente asociado, en la mayoría de los casos actuales no se identifica una causa específica. El diagnóstico prenatal mediante ultrasonido es fundamental.

Caso clínico: Paciente de 37 años, originaria de Honduras, acudió a su primera consulta de control prenatal a las 29 semanas de gestación. Antecedente de hipertensión arterial crónica en quien se diagnosticó prenatalmente amelia de miembro superior mediante ultrasonido. El hallazgo se corroboró al nacimiento. El embarazo evolucionó sin complicaciones maternas mayores y el recién nacido tuvo adaptación neonatal adecuada.

Conclusión: Este caso resalta la importancia del diagnóstico prenatal y la vigilancia perinatal. La ausencia de anomalías internas en nuestro paciente contrasta con la mayoría de los reportes



revisados entre 2000 y 2024, donde se describen malformaciones múltiples y elevada mortalidad neonatal.

98. Embarazo en cicatriz de cesárea

KARLA ORTEGA MACEDA, ADRIANA VIDIMARA RAMOS MARTÍNEZ, ALICIA LISVETT BENAVIDES MARTÍNEZ, CUAHUTEMOC GUTIÉRREZ MALDONADO, EDUARDO NOÉ NAVA GUERRERO

Tecnológico de Monterrey, Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud, Monterrey, Nuevo León.

Antecedentes: El embarazo en cicatriz de cesárea es un tipo de ectópico muy poco frecuente (1 en 2,000 embarazos). Es una condición muy seria que aumenta significativamente la morbilidad si no se diagnostica a tiempo. El ultrasonido transvaginal es el estudio de elección. No existen lineamientos de tratamiento establecidos.

Objetivo: Presentar un caso de embarazo ectópico en cicatriz de cesárea tratado con cirugía conservadora, logrando adecuados resultados para el deseo reproductivo de la paciente.

Caso clínico: Paciente de 26 años, con antecedentes de tres embarazos, un aborto y una cesárea quien acudió a consulta debido a un sangrado transvaginal y dolor pélvico. El análisis de laboratorio reportó: β -hCG en 2139 UI/L. Se documentó un caso con antecedente de cesárea previa, en quien se identificó mediante ultrasonido la implantación gestacional en la cicatriz uterina. El diagnóstico se confirmó con resonancia magnética. Se decidió la interrupción del embarazo como tratamiento definitivo.

Conclusión: El embarazo ectópico en cicatriz de cesárea es una forma grave de gestación ectópica. El diagnóstico precoz es fundamental. La elección del tratamiento debe individualizarse considerando la edad gestacional, el grosor del miometrio, la sintomatología y el deseo reproductivo.

99. Embarazo en cicatriz de cesárea previa

JOCELYN ANDREA ALMADA BALDERRAMA, EDGAR IVÁN MENDOZA RÍOS, ANDREA GODÍNEZ MEDINA, GABRIEL GARCÍA GARNICA, STEPHANIE RUBÍ TOBÓN DELGADO

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

Antecedentes: El embarazo ectópico en cicatriz de cesárea se define como la implantación del saco gestacional en el miometrio de una cicatriz previa. Es el tipo de embarazo ectópico más raro, con una incidencia de 1 en cada 1880-2216 embarazos.

Materiales y métodos: Revisión de expediente electrónico y de la bibliografía.

Caso clínico: Paciente de 38 años, con cinco embarazos previos, dos cesáreas y dos abortos con hallazgo ultrasonográfico compatible con embarazo ectópico en cicatriz de cesárea. Éste es un padecimiento potencialmente mortal y un reto diagnóstico y terapéutico. Es esencial una alta sospecha clínica en pacientes con factores de riesgo para realizar un diagnóstico oportuno. El tratamiento aún está por determinarse.

100. Embarazo ectópico abdominal. Reporte de caso

JESSICA COELLO MALDONADO, MARÍA FERNANDA RODRIGUEZ VALDEZ, YANIE CAVAZZINI COCCONCELLI, RENÉ CORTÉS FLORES, MIGUEL ÁNGEL GONZÁLEZ NAZAR
Hospital de Ginecología y Obstetricia de Monterrey, IMSS, Monterrey, NL.

Antecedentes: El embarazo ectópico abdominal tiene menos del 1% de incidencia y ocurre en la cavidad peritoneal sin involucrar útero, ovarios o trompas. Las pacientes tienen los mismos factores de riesgo que otros ectópicos. El diagnóstico definitivo es histopatológico.

Caso clínico: Paciente de 35 años, con dos embarazos y dos cesáreas, con sangrado y dolor abdominal sin sospecha de embarazo. Acudió a consulta, y el ultrasonido transvaginal se reportó aparentemente normal. Se envía muestra para prueba de β -hCG que se reportó en 1630 UI/L, con aumento una semana después a 4180 UI/L. El estudio de patología reportó: embarazo ectópico en serosa uterina.

Conclusión: El embarazo ectópico abdominal en serosa uterina tiene una incidencia del 24%

dentro del 1% de los abdominales. Su diagnóstico y abordaje oportuno son importantes por el alto riesgo de hemorragia debido a la adherencia de la placenta al tejido circundante.

101. Embarazo ectópico glándula suprarrenal

REYNOL EMILIANO GONZALEZ IBARRA, ANA GABRIELA SEPÚLVEDA ARGÁEZ, KARLA ORTEGA MACEDA, JORGE EMILIANO BÁEZ HERRERA, JORGE AGUILAR CASTILLO
Tecnológico de Monterrey, Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud, Monterrey, Nuevo León.

Antecedentes: El embarazo ectópico abdominal o retroperitoneal es extremadamente raro (1 en 10,000 embarazos). En México, no se han identificado reportes de implantación en la glándula suprarrenal, lo que confiere a este caso un carácter excepcional.

Objetivo: Reportar un caso inédito de embarazo ectópico con implantación en la glándula suprarrenal, resaltando los retos diagnósticos y la importancia del abordaje multidisciplinario para un desenlace favorable.

Caso clínico: Paciente de 43 años, con antecedentes de dos embarazos, un parto y un aborto y miomectomía. Acudió a urgencias por dolor súbito en el flanco izquierdo. Cuenta con un ultrasonido abdominal que revela una colección perirrenal izquierda. No se encontraron reportes previos de implantación en la glándula suprarrenal, lo que subraya la excepcionalidad del presente caso y refuerza la importancia de mantener un alto índice de sospecha en escenarios clínicos atípicos.

Conclusión: Este caso demuestra que, aun en escenarios clínicos poco frecuentes, la identificación temprana y la toma de decisiones oportunas pueden modificar significativamente el pronóstico. Además, resalta el valor del trabajo conjunto entre diferentes especialidades.

102. Tormenta tiroidea inminente en embarazo

CLAUDIA GABRIELA TORRES JURADO, KARINE YOLANDA HERRERA FLORES, NATALIA RIVERA ELIZARRARAS, ISMAEL GUZMAN VARGAS

Hospital de Especialidades Dr. Belisario Domínguez, Ciudad de México.

Antecedentes: Se define tirotoxicosis como un síndrome clínico de hiperactividad e hipermetabolismo. La tormenta tiroidea es la complicación más rara y grave del hipertiroidismo, y aumenta significativamente las complicaciones durante el embarazo, tanto a nivel materno como fetal.

Caso clínico: Paciente de 26 años, con tres embarazos previos y en curso de las 26.5 semanas de embarazo, sin control prenatal. Acudió debido al inicio de palpitaciones, cefalea y dolor abdominal. A la exploración se encontró con exoftalmos, bocio difuso, taquicardia e hipertensión. Perfil tiroideo con TSH 0.0, T4L 4.85. La tormenta tiroidea representa la forma más grave de tirotoxicosis. A pesar de su baja frecuencia, se asocia con una elevada tasa de mortalidad. Su diagnóstico es predominantemente clínico.

Conclusión: La identificación oportuna de hipertiroidismo en gestantes con factores de riesgo es una medida preventiva clave. Ante la sospecha de esta emergencia, es fundamental instaurar un tratamiento inmediato, coordinado por un equipo multidisciplinario.

103. Enfermedad cardíaca degenerativa en embarazo

VERÓNICA RAMÍREZ JARAMILLO, ISRAEL CALDERÓN BELLO, EDUARDO CRUZ HERNÁNDEZ, GLORIA ELENA RAMÍREZ ALONSO
Práctica privada

Antecedentes: La enfermedad degenerativa del sistema de conducción cardíaco es rara en mujeres jóvenes, pero puede manifestarse durante el embarazo con bloqueo auriculoventricular (AV) completo y bradicardia extrema. La colocación de marcapasos definitivo es el tratamiento de elección, aunque su aplicación en gestantes es poco reportada.

Caso clínico: Paciente con fatiga progresiva y disnea en el segundo trimestre. El Holter evi-



denció bradicardia extrema y bloqueo aurículo ventricular de tercer grado. A las 33 semanas se le implantó un marcapasos definitivo, sin complicaciones, con mejoría clínica franca.

Conclusión: El bloqueo AV completo secundario a enfermedad degenerativa del sistema de conducción en el embarazo constituye un reto clínico poco frecuente. El implante de marcapasos definitivo durante la gestación es factible y seguro en centros con enfoque multidisciplinario, favoreciendo la evolución materno-fetal.

104. Importancia en la valoración de finalización del embarazo

MARCELA SOLÍS MONTOYA

Hospital General de Saltillo ISSSTE, Coahuila.

Antecedentes: La preeclampsia afecta del 2-8% de los embarazos y sigue siendo una de las principales causas de mortalidad materna y perinatal. En México, las enfermedades hipertensivas son la primera causa de mortalidad materna. Es importante individualizar la terminación del embarazo en pacientes con preeclampsia con datos de severidad que se encuentren en constante monitorización, para así dar oportunidad y mejorar la morbilidad fetal, especialmente en embarazos prematuros moderados.

Caso clínico: Paciente de 25 años, con 32.5 semanas de gestación, con hipertensión arterial crónica, síndrome antifosfolipídico y obesidad grado III, con diagnóstico inicial de preeclampsia sin criterios de severidad. Se obtuvo un recién nacido femenino de 2500 g, Apgar 9/9, que ingresó a UCIN. La madre tuvo una evolución posoperatoria favorable con descenso de transaminasas.

Conclusión: En preeclampsia con datos de severidad, la decisión sobre el momento de la finalización debe balancear el riesgo materno contra el riesgo fetal por prematuridad. En casos asintomáticos, se puede mantener vigilancia estrecha para disminuir la morbimortalidad fetal, sin poner en riesgo a la madre.

106. Embarazo en la adolescente y complicaciones

RAÚL ERNESTO MARTÍNEZ ROMÁN, VIANI ELIZABETH GACHÚZ MARTÍNEZ

Hospital General Juan María de Salvatierra, IMSS Bienestar, La Paz, Baja California Sur.

Antecedentes: El embarazo en adolescentes es el que ocurre en menores de 20 años. Representa un problema obstétrico y de salud pública. En México, la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA) busca reducir a la mitad la tasa de fecundidad en adolescentes de 15 a 19 años y erradicar los nacimientos en niñas de 10 a 14 años para 2030.

Objetivo: Dar a conocer la prevalencia del embarazo en adolescentes y las complicaciones obstétricas más frecuentes en un hospital de referencia del estado de Baja California Sur de 2022-2023.

Materiales y métodos: Estudio descriptivo, transversal y retrospectivo. Se obtuvieron datos de adolescentes embarazadas en el periodo de 2022-2023 que ingresaron al servicio de tococirugía.

Resultado: Se incluyeron 641 pacientes. La prevalencia de embarazo adolescente en el hospital fue del 21.3% en 2022 y del 21.6% en 2023.

Conclusión: Los datos de esta investigación reportan un aumento en la prevalencia, por lo cual se sugiere accionar con mayor énfasis los objetivos de la ENAPEA para la prevención del embarazo adolescente. Secundariamente, es importante fortalecer el control prenatal para disminuir las complicaciones.

107. Parálisis facial en el embarazo

DIEGO MIGUEL MEJÍA PÉREZ, JESÚS ÁNGEL QUINTERO RAMÍREZ

Hospital General Dra. Columba Rivera Osorio, ISSSTE, Pachuca, Hidalgo.

Antecedentes: La parálisis facial periférica o de Bell afecta a personas de diferentes edades y sexos, con una incidencia anual que oscila entre 11.5 y 53.3 por cada 100,000 personas.

Objetivo: Identificar las principales causas de parálisis facial en el embarazo, así como los mecanismos fisiológicos que favorecen su aparición.

Materiales y métodos: Se realizó la búsqueda en Pubmed, Cochrane, MEDLINE y Science Direct, usando la combinación de palabras: Bell's palsy pregnancy.

Resultado: La parálisis facial en el embarazo surge de un abanico de múltiples causas, por lo que deben evaluarse y descartarse aquellas que puedan complicar la evolución del embarazo.

Conclusión: El tratamiento estandarizado se basa en la administración de esteroides, siendo la prednisona la primera elección. Sin embargo, es importante reconocer que hasta un 30% de las pacientes pueden persistir con debilidad muscular, por lo que la rehabilitación temprana es esencial.

108. Choque cardiogénico periparto

ANDREA MONSERRAT LÓPEZ JIMÉNEZ, MARÍA ITZEL PÉREZ MARTÍNEZ
Instituto Mexicano del Seguro Social

Antecedentes: El choque cardiogénico en el periparto es una complicación rara pero de alta mortalidad. Puede presentarse secundario a taquiarritmias, miocardiopatía periparto, o embolismo pulmonar. El diagnóstico oportuno y el tratamiento multidisciplinario son fundamentales.

Objetivo: Describir el caso de una paciente en el periparto que desarrolló choque cardiogénico secundario a taquiarritmia supraventricular, destacando la importancia del diagnóstico temprano y el traslado oportuno a una unidad de tercer nivel.

Caso clínico: Paciente de 27 años, con historial de tres embarazos, un parto y una cesárea con 39.1 semanas de la gestación actual, con diabetes mal controlada y exposición a humo de leña. Ingresó al hospital debido al dolor obstétrico, con taquicardia que progresa a 170 lpm, dolor precordial, disnea y desaturación.

Se indicó la interrupción del embarazo por vía cesárea. Se intenta cardioversión farmacológica sin éxito. Se requiere intubación y soporte con norepinefrina. En el postquirúrgico, persiste la taquicardia, requiriendo cardioversión eléctrica sin respuesta, por lo que se inicia infusión de amiodarona.

Conclusión: El choque cardiogénico en el periparto debe sospecharse ante taquiarritmia persistente e inestabilidad hemodinámica. La cesárea de urgencia, el soporte multiorgánico y la cardioversión son intervenciones críticas. El pronóstico mejora con diagnóstico temprano y tratamiento integral.

109. Corioangioma placentario gigante

AMAIRANI DEL ROSARIO URBINA SOTO, FRANCISCO JAVIER CASTRO APODACA, EMMA ANGELICA URREA CASTRO, NANCY GODOY RODRIGUEZ
Hospital de la Paciente Culiacán, Sinaloa.

Antecedentes: El corioangioma placentario es un tumor vascular benigno, presente en el 1% de los embarazos. Cuando alcanzan tamaños mayores de 5 cm (gigantes), pueden asociarse a complicaciones maternas (trastornos hipertensivos, hemorragia) y fetales (hidropesía, anemia, muerte).

Materiales y métodos: Estudio de diseño transversal descriptivo, realizado en el Hospital de la Paciente de Culiacán, bajo firma de consentimiento informado de la paciente.

Caso clínico: Paciente de 23 años, con 32.6 semanas de gestación, con feto en presentación pélvica, trabajo de parto activo y una masa tumoral placentaria, con síndrome de HELLP secundario a corioangioma placentario gigante. Se indicó cesárea de urgencia.

Conclusión: En el abordaje de pacientes con embarazo y tumoraciones placentarias, debemos tener en mente el corioangioma placentario, especialmente si debutan con un trastorno hipertensivo, ya que el diagnóstico y tratamiento oportunos son la clave para salvar la vida de nuestras pacientes.



110. Placenta previa e inserción anómala

RAÚL ERNESTO MARTÍNEZ ROMÁN, ROBERTO CAMACHO CASTRO, LAURA ANDREA RUIZ VÁZQUEZ
Hospital General Juan María de Salvatierra, IMSS Bienestar, La Paz, Baja California Sur.

Antecedentes: El espectro anómalo de placentación se define como una adherencia anormal de la placenta, con invasión de vellosidades coriónicas dentro del miometrio. Su incidencia ha aumentado en los últimos años. La placenta previa con cesárea anterior es el principal factor de riesgo.

Objetivo: Dar a conocer la resolución del embarazo en un caso de paciente con placenta previa sangrante y sospecha de espectro anómalo de placentación.

Caso clínico: Paciente de 36 años, con seis embarazos previos, tres partos, un aborto y una cesárea. Acudió a consulta en la semana 18 por sangrado transvaginal; el ultrasonido reportó placenta de inserción baja. Para la atención de pacientes con espectro anómalo de placentación se recomienda el uso de ultrasonido como primera opción. La resonancia magnética se recomienda en caso de ultrasonido no concluyente.

Conclusión: En México, la hemorragia obstétrica es la principal causa de muerte materna; por lo que es importante realizar un adecuado control prenatal para detectar factores de riesgo y realizar una búsqueda intencionada de los espectros anómalos de placentación.

111. Complicaciones materno-fetales con dengue

ANA PAULA ROMO MIRELES, SOFIA HURTADO ARELLANO, SUSANA CAROLINA DE ANDA GONZÁLEZ, HILDA VALADEZ, JORGE BRAVO RUBIO
Antiguo Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, Guadalajara, Jalisco.

Antecedentes: El dengue es una enfermedad viral autolimitada. Cuando se presenta durante el embarazo, se observa un curso clínico

más agresivo, asociado a mayor mortalidad materno-fetal, probablemente relacionado con la inmunosupresión materna.

Objetivo: Evaluar los desenlaces materno-fetales en pacientes con dengue atendidas entre agosto y diciembre de 2024 en el Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, para identificar causas graves y prevenir complicaciones.

Materiales y métodos: Se revisaron 74 casos de pacientes embarazadas con diagnóstico de dengue que se atendieron en el Hospital Civil Viejo de Guadalajara, Fray Antonio Alcalde, durante el periodo de agosto a diciembre del 2024.

Resultado: Se analizaron 74 embarazadas con Dengue (edad mediana 21–25 años, mediana de 3 gestas). Las comorbilidades más frecuentes fueron tabaquismo y anemia. La confirmación diagnóstica incluyó detección de antígeno NS1, ELISA IgM/IgG y PCR.

Conclusión: El tratamiento oportuno del Dengue es clave para reducir complicaciones, especialmente en embarazadas, quienes presentan mayor riesgo. Es fundamental promover acciones de control prenatal temprano y gestión ambiental para prevenir la transmisión del vector.

112. Hemorragia retroperitoneal espontánea

LIZETTE GERALDINE LIZARRAGA MARÍN, BRENDA AURORA ELIZONDO DE LUNA, ISRAEL CASTRO TORRES, CÉSAR DARYL CASTRO REYES
Christus Muguerza, Hospital Conchita, Monterrey, Nuevo León.

Antecedentes: El síndrome de Wunderlich es una afección poco común que se caracteriza por la presencia de hemorragia perirrenal espontánea no traumática. Hasta el 50% se asocia a angiomiolipomas. El síntoma más común es el dolor abdominal.

Caso clínico: Paciente de 35 años, con un embarazo previo, en curso de las 38.2 semanas de gestación quien acudió al servicio de Obstetricia por inicio de dolor en el flanco derecho y fosa renal ipsilateral.

Conclusión: Durante el embarazo, el riesgo de ruptura de un angiomiolipoma incrementa, ocasionando shock hipovolémico. El tratamiento estará influenciado por el estado hemodinámico de la madre, el tamaño del tumor y la edad gestacional. Deberá ofrecerse un tratamiento multidisciplinario.

113. Trisomía 18. Reporte de caso clínico

JENNIFER ALEXANDRA QUINTANA LOYA, MARÍA FERNANDA ARRONIZ CORRO, DIANA MARTHA CORREA URIBE, CAROLINA YÁÑEZ MORALES
Hospital de Ginecoobstetricia 15 IMSS.

Antecedentes: Es un trastorno genético en el cual una persona tiene una tercera copia del material del cromosoma 18, en lugar de las 2 copias normales. En casos poco frecuentes, el material extra puede adherirse a otro cromosoma (translocación). En la mayoría de los casos no se transmite de padres a hijos. En cambio, los problemas que producen esta afección ocurren en el espermatozoide o el óvulo que forma el feto.

Caso clínico: Paciente de 39 años, con dos embarazos previos y un parto, con embarazo pretérmino de 29.1 semanas, complicado con malformaciones fetales compatibles con trisomía 18. Paciente con antecedente de hipotiroidismo primario, quien acude a valoración por ruptura prematura de membranas.

Conclusión: La trisomía 18 es una aneuploidía grave caracterizada por múltiples malformaciones y un pronóstico vital adverso. El diagnóstico prenatal oportuno permite orientar el **tratamiento** multidisciplinario, brindar consejería genética y apoyar la toma de decisiones informadas.

114. Leiomioma de gigantes elementos que complica el embarazo

JESÚS ALEXANDER VALDEZ GÁMEZ, VERANIA CABADA TORRES, KHARLA ALEXANDRA LANGURE
Hospital del Niño y la Mujer del Estado de Sonora, HIMES, Hermosillo, Sonora.

Antecedentes: Los fibromas uterinos son la neoplasia benigna más común en edad reproductiva,

con una incidencia que aumenta con la edad, alcanzando el 70-80% a los 50 años.

Caso clínico: Paciente con embarazo de 30 semanas referida por tumoración anexial izquierda en estudio. El ultrasonido reportó la existencia de un tumor de 20 x11 x 11 cm, clasificado como O-RADS 5. Marcadores tumorales con bajo riesgo para malignidad. Se programó para cesárea a las 37.1 semanas. Al llegar a cavidad, se observa tumoración en segmento anterior de cuerpo uterino de 20x20 cm, con adherencias a vejiga. Se procede a realizar miomectomía.

Conclusión: Una de las características de este caso que contribuye a la ausencia de complicaciones fetales es que el mioma, a pesar de ser de gigantes elementos, se encontraba subseroso y con una proporción intramural menor al 50%, sin estar en contacto con la cavidad uterina o placenta.

115. Fémur corto aislado en ultrasonido

CAROLINA MARTÍNEZ, VERANIA CABADA, JOSÉ MIGUEL RAMOS, CÉSAR CASTILLO
Hospital Integral de la Paciente del Estado de Sonora, Hermosillo, Sonora.

Antecedentes: Se considera fémur corto cuando está por debajo del percentil 5 para la edad gestacional. Aunque puede asociarse con RCIU o aneuploidías, hasta un 61% de los casos aislados resultan en recién nacidos sanos. El reto es diferenciar si se trata de un marcador cromosómico, un signo de RCIU o una displasia ósea.

Caso clínico: Paciente de 21 años, con embarazo previo y con 39.4 semanas de la gestación actual. Ingresó con trabajo de parto, feto pequeño y oligohidramnios; con hallazgo de fémur corto aislado; destaca el reto clínico de diferenciar entre un marcador menor de cromosomopatía, un signo de restricción de crecimiento intrauterino o una displasia esquelética. Si bien es un marcador menor de aneuploidías (T21), su valor predictivo positivo es bajo cuando se presenta de manera aislada.



Conclusión: Aunque el hallazgo de un fémur corto aislado suele dirigir la sospecha hacia trisomía 21, limitar la interpretación a este escenario puede ser un error. Este marcador puede ser también la primera pista de una displasia esquelética congénita, cuyo diagnóstico temprano permite orientar el seguimiento.

116. Trombocitopenia gestacional

ISABEL CRISTINA AGUILAR MORAILA, AISLYNN GUADALUPE GARCIA SOTO, YETZALI ZAVALA GARCIA, MELISSA ISABEL SANCHEZ VALDEZ, JUAN CARLOS BALCAZAR RODRIGUEZ ISSSTE, Culiacán, Sinaloa.

Antecedentes: La trombocitopenia en el embarazo es una condición común que se define como un recuento plaquetario menor de $150 \times 10^9/L$, y su prevalencia varía entre el 6.6% y el 11.6% de las gestantes.

Caso clínico: Paciente de 30 años, con embarazo de 25 semanas de gestación y trombocitopenia severa (descenso hasta $11,000/\mu L$). Se administró tratamiento de primera línea (esteroides) con respuesta insuficiente; de segunda línea (inmunoglobulina) con respuesta parcial; y de tercera línea (inmunoglobulina y romiplostim) con mejoría plaquetaria progresiva.

Conclusión: La trombocitopenia gestacional es la causa más frecuente de trombocitopenia en el embarazo. Aunque su curso es benigno, requiere una evaluación minuciosa para descartar entidades de mayor morbilidad como preeclampsia severa, síndrome HELLP o púrpura trombocitopénica inmune.

118. Magnesemia y Zuspan en preeclampsia

CORINA AIDEE CRUZ CHACÓN, ALEJANDRO MUÑOZ MADARIAGA, FERNANDO GERMES PIÑA Hospital General de Chihuahua Dr. Salvador Zubirán Anchondo, Chihuahua.

Antecedentes: La enfermedad hipertensiva del embarazo es una de las principales causas de morbilidad materna. El objetivo del presente estudio fue determinar si el esquema de Zuspan

logra alcanzar niveles séricos terapéuticos de $MgSO_4$ en mujeres con preeclampsia severa.

Objetivo: Determinar si con el esquema de Zuspan se alcanzan niveles séricos terapéuticos de $MgSO_4$ en mujeres con preeclampsia con criterios de severidad.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio observacional, longitudinal y prospectivo en 49 pacientes. Se midió el Mg sérico al ingreso y a las 4 horas tras iniciar el esquema Zuspan (4 g IV de carga; 1 g/h de mantenimiento).

Resultado: La edad media de las pacientes fue de 23.6 años y el IMC medio de 33.21 kg/m^2 . El magnesio sérico al ingreso fue de 2.04 mg/dL y a las 4 horas fue de 3.48 mg/dL , valores que se encuentran por debajo del rango terapéutico esperado en la mayoría de las pacientes.

Conclusión: Con el esquema Zuspan, solo el 12.24% de las pacientes alcanzó niveles séricos terapéuticos a las 4 horas. Se sugiere la medición de magnesio sérico tras la dosis de carga y a las 4 horas para considerar ajustes de mantenimiento individualizados.

119. Embarazo ectópico abdominal

HÉCTOR LÓPEZ RODRÍGUEZ, ROLANDO ARTURO CÁZARES GARZA, FÁTIMA YARELI ZAMARRIPA ORTÍZ, JANNETE GARCÍA ALVARADO Hospital General de Saltillo, Coahuila.

Antecedentes: Un embarazo ectópico se refiere a la implantación del blastocisto fuera de la cavidad uterina. La variante abdominal se caracteriza por la implantación en la cavidad peritoneal y tiene una prevalencia de 1 en 5000 embarazos ectópicos.

Caso clínico: Paciente de 32 años, atendida en el Hospital General de Saltillo, con dolor abdominal agudo y sangrado transvaginal en el primer trimestre del embarazo. Con diagnóstico de embarazo ectópico abdominal es el único tipo de ectópico que puede desarrollarse durante más tiempo. Es una causa importante de morbilidad por el alto riesgo de hemorragia y lesión a estructuras urológicas o intestinales.

Conclusión: El embarazo ectópico abdominal constituye una urgencia de alto riesgo. Este caso resalta la importancia del diagnóstico temprano y la intervención quirúrgica oportuna, que en algunos casos puede preservar la integridad uterina y reproductiva de la paciente.

120. Ruptura hepática y síndrome de HELLP

LAURA ANDREA RUIZ VÁZQUEZ, WENDY BALBINA MÁRQUEZ HIRALES, RAÚL ERNESTO MARTÍNEZ ROMÁN
Hospital General con Especialidades Juan María de Salvatierra, IMSS Bienestar, La Paz, Baja California Sur.

Antecedentes: La ruptura hepática espontánea es una complicación rara presente en menos del 2% de las pacientes que cursan con síndrome de HELLP, con presentación clínica inespecífica y una alta tasa de mortalidad.

Caso clínico: Paciente primigesta de 35 años, con síntomas de preeclampsia severa, que evoluciona a síndrome de HELLP y ruptura hepática. Es importante conocer el cuadro clínico sugestivo de las enfermedades hipertensivas en el embarazo, complementar la sospecha con estudios de laboratorio e imagen y realizar un enfoque de tratamiento individualizado, ya sea conservador o un abordaje invasivo con laparotomía exploradora, como en el caso presentado.

Conclusión: Es importante conocer la existencia de esta patología poco frecuente, pero con alta tasa de morbilidad, y realizar un diagnóstico oportuno, pues de esto depende la sobrevida, la evolución clínica y el pronóstico de la paciente y el producto.

121. Oclusión tubárica con técnica Uchida

MARÍA FERNANDA ROARO FIGUEROA, DIANA AYLIN MARTÍNEZ ACEVEDO, MARIO ALBERTO MOLINA SOTO
Hospital General Dr. Manuel Gea González, Ciudad de México.

Antecedentes: La oclusión tubárica bilateral es uno de los métodos de anticoncepción definitiva más eficaces. La técnica de Uchida destaca por

su alta eficacia y bajo índice de fallos. El abordaje transumbilical ofrece ventajas como menor invasividad y mejor resultado estético.

Caso clínico: Paciente de 32 años, con cuatro embarazos previos, en curso de las 39 semanas de la gestación actual. Ingresó al hospital por actividad uterina. La técnica Uchida minimiza la manipulación de estructuras adyacentes y reduce el riesgo de sangrado intraoperatorio, factor clave en pacientes con alto riesgo obstétrico por pérdida hemática previa. Se procedió a la oclusión tubárica bilateral mediante técnica Uchida, a través de un abordaje transumbilical en una paciente con hemorragia obstétrica posparto.

Conclusión: La combinación de la técnica Uchida y el acceso transumbilical demuestra ser especialmente ventajosa en contextos clínicos complejos como la hemorragia obstétrica. Al ser un procedimiento relativamente sencillo, es accesible para cirujanos con experiencia básica.

123. Cardiopatía congénita en embarazo

GLORIA ELENA RAMÍREZ ALONSO, EDUARDO CRUZ HERNÁNDEZ

Instituto Materno Infantil del Estado de México

Antecedentes: La anomalía de Ebstein representa menos del 2% de las cardiopatías congénitas y se asocia a insuficiencia tricuspídea y riesgo de insuficiencia cardíaca. El embarazo incrementa estas complicaciones.

Caso clínico: Paciente con anomalía de Ebstein grave y embarazo a término. Se realizó un proceso clínico integral. Ante el antecedente de cardiopatía, se activó Código Mater. Se decidió la interrupción del embarazo mediante cesárea, priorizando la estabilidad hemodinámica materna. Se obtuvo un recién nacido femenino de 3290 g, Apgar 8/9, con evolución favorable. La paciente permaneció hemodinámicamente estable. El ecocardiograma postoperatorio mostró anomalía de Ebstein grave con insuficiencia tricuspídea moderada.

Conclusión: A diferencia de lo reportado en la bibliografía, la paciente no presentó com-



plicaciones cardiovasculares ni neonatales. La activación temprana de protocolos de emergencia y el tratamiento multidisciplinario fueron determinantes para el éxito del caso.

124. Ruptura hepática

FRANCISCO REYES CÉSAR, MARIANA PIÑERA LIZCANO, ARLETTE RODRÍGUEZ OSEGUERA
HRAEBI ISSSTE

Antecedentes: La ruptura hepática espontánea en el embarazo es una complicación rara pero grave, asociada a enfermedades hipertensivas del embarazo como el síndrome de HELLP. Esta condición puede presentarse con una alta mortalidad materna y fetal, y requiere un diagnóstico temprano y un manejo agresivo.

Caso clínico: Paciente de 39 años, primigesta, con embarazo de 34.3 semanas. Antecedentes de hipertensión gestacional. Se practicó cesárea por preeclampsia severa. Complicaciones: dehiscencia de histerorrafia (requirió histerectomía), hemoperitoneo, ruptura hepática grado II y choque séptico. Recién nacido femenino de 2590 g, Apgar 9/9. Evolución materna: múltiples reintervenciones quirúrgicas, disfunción multiorgánica y tratamiento intensivo prolongado con recuperación gradual. La preeclampsia severa requiere vigilancia estrecha. La dehiscencia de histerorrafia y la ruptura hepática son complicaciones raras pero potencialmente mortales. El tratamiento multidisciplinario es decisivo para la supervivencia.

Conclusión: La preeclampsia grave puede complicarse con hemorragia y insuficiencia orgánica multisistémica. Es fundamental el diagnóstico temprano, el tratamiento quirúrgico oportuno y el soporte en terapia intensiva.

125. Embarazo en cicatriz de cesárea previa: reporte de casos

KATHERIN MABEL LOPEZ MATUTE, DANIELA MENDOZA MENDOZA, JORGE ARTURO PARRA MONTOYA, FELIPE DE JESÚS BUSTOS RODRÍGUEZ, JULIO MACIEL MERCADO

Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I. Menchaca, Guadalajara, Jalisco.

Antecedentes: La incidencia de placentación anormal aumenta constantemente. Los embarazos en cicatriz de cesárea en el primer trimestre se consideran una condición precursora del espectro de acretismo placentario (PAS).

Caso clínico: Paciente de 34 años, con antecedente de tres embarazos, dos cesáreas, con dolor abdominal. El ultrasonido reportó embarazo ectópico de 7.4 semanas en cicatriz de cesárea, con embrión sin FCF. Se realizó histerectomía total. El embarazo ectópico en cicatriz de cesárea previa sucede cuando el saco gestacional se implanta en el miometrio. La tasa de cesáreas ha mostrado un aumento constante en las últimas décadas.

Conclusión: La incidencia del embarazo ectópico en cicatriz de cesárea y del espectro de acretismo placentario ha aumentado. El ultrasonido transvaginal con Doppler es el método de elección para ambas entidades, permitiendo identificar tempranamente alteraciones y reducir riesgos.

128. Displasia tanatofórica: del ultrasonido

ZEUS ANTONIO DE LA CRUZ VÁZQUEZ, VÍCTOR ROMERO MEJÍA, JOSE CARLOS PEÑAFORT ZAMORA, JAIRO SAÚL BAUTISTA HERNÁNDEZ
Hospital General Tulancingo, Hidalgo.

Antecedentes: La displasia tanatofórica es la displasia ósea letal más frecuente (1 por cada 20,000–50,000 nacidos vivos). Se caracteriza por acortamiento severo de huesos largos, macrocefalia y tórax estrecho. El diagnóstico prenatal es posible desde el primer trimestre mediante ultrasonido.

Caso clínico: Paciente multigesta, con embarazo de 31.1 semanas, con hallazgos compatibles con displasia tanatofórica y restricción del crecimiento intrauterino en estadio I. No existe tratamiento curativo. Las guías internacionales recomiendan un enfoque multidisciplinario, que incluye consejería genética, opciones de interrupción legal del embarazo y cuidados paliativos neonatales.

Conclusión: Aunque la displasia tanatofórica es una condición letal, su prevención se centra en la detección temprana. El ultrasonido estructural, complementado con ecografía 3D y resonancia magnética, permite un diagnóstico oportuno que facilita la consejería a los padres.

129. Microangiopatía trombótica

EMILIANO RUIZ RAMIREZ, VALERIA ZORRERO NOGUEZ, JESSICA GUADALUPE RODRIGUEZ MURGUIA, ROMÁN REYES CHAVEZ.

Hospital General Dr. Manuel Gea González, Ciudad de México.

Antecedentes: La microangiopatía trombótica (TMA) se caracteriza por anemia hemolítica, trombocitopenia y daño a órganos diana. El embarazo y el posparto son contextos de alto riesgo para su desarrollo. Se reconocen cuatro formas principales, incluyendo púrpura trombocitopénica trombótica (TTP) y síndrome HELLP.

Objetivo: Diseñar un algoritmo diagnóstico práctico para el abordaje diferencial de las microangiopatías trombóticas en el embarazo, a partir de una revisión de la bibliografía y guías internacionales.

Materiales y métodos: Se realizó una búsqueda de artículos de revisión, sistemáticas y metaanálisis publicados en los últimos cinco años.

Resultado: Se identificaron 74 artículos. Tras la evaluación, 4 reunieron las cualidades para su inclusión como evidencia de alta calidad. Se elaboró un algoritmo diagnóstico-terapéutico integrando la evidencia disponible.

Conclusión: Esta revisión crítica, guiada por CASPe, identificó 4 revisiones sistemáticas de calidad, lo que permitió desarrollar un algoritmo práctico para el abordaje de las microangiopatías trombóticas en el embarazo.

130. Rabdomioma cardíaco fetal

JAZIBETH BAÑUELOS MAYORAL, ADELINA HERNÁNDEZ ZARCO, JESÚS ALBERTO GARCÍA NAVARRO

Hospital de Ginecoobstetricia 4 Dr. Luis Castella Ayala, IMSS, Ciudad de México.

Antecedentes: El rabdomioma cardíaco es el tumor cardíaco benigno más frecuente en la infancia (hasta el 79% de los tumores cardíacos pediátricos). Su hallazgo tiene gran relevancia por su fuerte asociación con la esclerosis tuberosa (50-86% de los casos).

Caso clínico: Paciente de 21 años, primigesta, con embarazo de 37.6 semanas. Se realizó ultrasonido estructural con hallazgo de rabdomiomas cardíacos, por lo que es valorada por cardiología fetal, quienes confirman el hallazgo y sospechan esclerosis tuberosa.

Conclusión: El caso clínico expuesto resalta la relevancia del diagnóstico prenatal de rabdomiomas cardíacos, por su asociación con esclerosis tuberosa, para lograr una atención multidisciplinaria y permitir una intervención oportuna. La valoración integral permitió establecer la sospecha sindrómica y condujo al hallazgo de esclerosis tuberosa en el padre del recién nacido.

131. Muerte perinatal y su huella en la salud mental

ALEJANDRA TELLEZ AGUILERA, GRECIA VILLA CRUZ, MELCHOR CANTÚ SANTOS, KATY LÓPEZ SERNA, EDNA ELIZABETH MONTIEL LABASTIDA

Tecnológico de Monterrey, Monterrey, Nuevo León.

Antecedentes: La pérdida perinatal es una experiencia altamente estresante. Existe un vacío en la evidencia respecto a sus repercusiones emocionales en la salud pública en México. En este trabajo se exploró la problemática utilizando la Escala de Duelo Perinatal (EDP).

Objetivo: Cuantificar la proporción de mujeres con puntajes en la EDP compatibles con riesgo de morbilidad psiquiátrica.

Materiales y métodos: Estudio observacional, descriptivo y transversal en 27 mujeres con antecedentes de muerte perinatal. Se utilizó la Escala de Duelo Perinatal como instrumento validado.

Resultado: La puntuación total en la EDP mostró una mediana cercana a 90 puntos. 14 de 27 mujeres (52%) alcanzaron o superaron el punto



de corte de 90, considerado indicador de riesgo de morbilidad psiquiátrica.

Conclusión: Más de la mitad de las mujeres evaluadas presentaron riesgo de morbilidad psiquiátrica. Factores sociodemográficos y obstétricos pueden modular la intensidad del duelo. La evidencia resalta la necesidad de apoyo psicológico estructurado dentro de los servicios de salud materna.

132. Deficiencia congénita del factor VII como causa de hemorragia posparto

JANINE RUSSETH HERNÁNDEZ ZANATA, MARCO ANTONIO GÁMEZ GARZA, EUGENIO GUERRA CÁRDENAS, IGNACIO URIEL MACÍAS PAZ

Antecedentes: La hemorragia obstétrica es una de las principales causas de morbimortalidad materna. Los trastornos de la coagulación como etiología son poco frecuentes (menos de 1%).

Caso clínico: Paciente de 24 años, sin antecedentes de sangrado, con deficiencia congénita del factor VII como causa de hemorragia postparto resistente a los uterotónicos. Se consideró la posibilidad de una coagulopatía subyacente. Los estudios iniciales mostraron una prolongación aislada del tiempo de protrombina.

Conclusión: Es fundamental incluir los trastornos de la coagulación en el diagnóstico diferencial de hemorragias obstétricas atípicas. Asimismo, se refuerza el valor de una evaluación multidisciplinaria para prevenir complicaciones potencialmente mortales.

133. Prevalencia de factores de riesgo

BERENICE LIRA HERNÁNDEZ, MAURICIO RAÚL GUTIERREZ CASTAÑEDA, RICARDO CHAVEZ ÁVILA, MARIA DEL CARMEN GUEVARA LARA, ALMA LIZBETH EUGENIO GUTIERREZ Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

Antecedentes: La preeclampsia es una patología de origen desconocido y alta incidencia, caracterizada como una hipertensión gestacional multisistémica.

Objetivo: Identificar el factor de riesgo más frecuente en pacientes con factores de riesgo para desarrollo de preeclampsia.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio observacional, longitudinal y retrospectivo de agosto de 2024 a febrero de 2025. Se incluyeron pacientes con al menos un factor de riesgo para preeclampsia.

Resultado: El 72% de las pacientes tuvo una resolución a término. El 32% desarrolló al menos un criterio de severidad. El factor de riesgo más frecuente fue la nuliparidad. El 100% de la resolución del embarazo se realizó por cesárea.

Conclusión: La preeclampsia aumenta la incidencia de complicaciones neonatales. En los factores de riesgo se debe tener en cuenta la población demográfica y geográfica, ya que influyen en su aparición.

134. Antecedente de trastornos hipertensivos del embarazo en mujeres con terapia de reemplazo renal

YOMAYRA DEYANIRA RIVERA BELTRÁN, WILLIAMS CASTAÑEDA BAUTISTA, LIZBETH LIMA JUÁREZ Hospital de Especialidades Dr. Belisario Domínguez, Ciudad de México.

Antecedentes: Los trastornos hipertensivos del embarazo (THE) son causa principal de morbimortalidad materna y aumentan 2–3 veces el riesgo de enfermedad renal crónica. Este estudio evalúa su asociación con enfermedad renal crónica en mujeres menores de 45 años en terapia de reemplazo renal (TRR).

Objetivo: Evaluar la asociación entre el antecedente de trastornos hipertensivos del embarazo y el desarrollo de enfermedad renal crónica en mujeres menores de 45 años en terapia de reemplazo renal.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo mediante la revisión de 95 expedientes clínicos de mujeres en terapia de reemplazo renal entre enero de 2023 y junio de 2025. Se excluyeron 13 casos, quedando una muestra final de 82 pacientes.

Resultado: Del total de la muestra ($n = 82$), el 22% (18 pacientes) presentó antecedentes de THE. La prevalencia de HAS fue del 97%, con una asociación estadísticamente significativa con los THE ($p = 0.038$).

Conclusión: Los trastornos hipertensivos del embarazo se asocian significativamente con el desarrollo de enfermedad renal crónica en mujeres jóvenes en terapia de reemplazo renal. Este antecedente debe considerarse un marcador de riesgo que justifica la implementación de protocolos de seguimiento nefrológico.

137. Reto diagnóstico de embarazo heterotópico

DULCE IZVETH HERNÁNDEZ HERNÁNDEZ, HUMBERTO CARPINTERO DURÁN
Hospital General Tacuba, ISSSTE, Ciudad de México.

Antecedentes: El embarazo heterotópico es la coexistencia de un embarazo intrauterino y otro extrauterino. Es una condición rara (1 de cada 30,000 embarazos espontáneos) y un reto diagnóstico. Es potencialmente mortal y requiere un tratamiento inmediato.

Caso clínico: Paciente de 27 años, con antecedente de tres embarazos y dos abortos, con tabaquismo ocasional. El embarazo heterotópico es de difícil diagnóstico y alta relevancia clínica. En este caso no se conocían factores de riesgo, ya que se trataba de una concepción espontánea y sin antecedentes de infecciones o cirugías pélvicas.

Conclusión: Todas las mujeres embarazadas que presentan dolor abdominal o sangrado vaginal deben ser sospechosas de un embarazo ectópico y/o heterotópico, incluso en casos de concepción espontánea. La mayoría de los embarazos heterotópicos son asintomáticos, lo que puede dificultar el diagnóstico.

138. Experiencia de nacimiento

RENATA ZAVALA CANALES
Hospital Ángeles Lomas, Huixquilucan, Estado de México.

Antecedentes: La experiencia del parto es la percepción subjetiva que tiene una mujer de los eventos y sentimientos relacionados con el proceso del nacimiento. Afecta múltiples aspectos de la salud materna y la planificación familiar futura. La OMS la considera un aspecto crítico de la atención materna de alta calidad. Una experiencia positiva puede empoderar a la madre, mientras que una negativa se asocia con depresión posparto y TEPT. Factores como el tipo de parto, el apoyo recibido y las intervenciones médicas influyen en la percepción de satisfacción. A pesar de su importancia, se sabe poco sobre qué incluyen las mujeres en su calificación general de la experiencia, lo que complica el diseño de mejoras en los servicios.

Objetivo: Evaluar los factores asociados a la experiencia de nacimiento en un hospital privado, identificando elementos que contribuyen a una percepción positiva.

Materiales y métodos: Se realizaron encuestas a 170 mujeres en el Hospital Angeles Lomas, utilizando estadística descriptiva e inferencial para el análisis de los datos.

Resultado: El 93.52% de las participantes calificó su experiencia como satisfactoria, mientras que la inducción del parto se asoció con experiencias negativas.

Conclusión: La experiencia del parto no depende solo del resultado clínico, sino de la calidad de la atención y la percepción de control durante el proceso.

139. Obesidad y preeclampsia

NAZILLI PATRICIA ARACIL MORALES
Hospital Regional 1º de Octubre, ISSSTE, Ciudad de México.

Antecedentes: La obesidad es un grave problema de salud pública en México con gran impacto en la morbilidad y mortalidad. En mujeres gestantes, el sobrepeso y la obesidad se han asociado a un mayor número de complicaciones durante el embarazo, destacando entre ellas las enfermedades hipertensivas.



Objetivo: Determinar la relación de la obesidad como un factor de riesgo para el desarrollo de trastornos hipertensivos que se presentan durante el embarazo.

Materiales y métodos: Estudio retrospectivo, transversal y analítico de expedientes de pacientes gestantes con obesidad y trastornos hipertensivos del Hospital "1º de Octubre".

Resultado: La hipertensión crónica con obesidad tipo I se presentó en el 48.1% de los casos, y la preeclampsia severa con obesidad tipo II en el 13.5% del total.

Conclusión: La atención de primer nivel es fundamental para evitar la obesidad gestacional, ya que constituye un riesgo para el desarrollo de trastornos hipertensivos.

140. Sensibilidad de la escala de puntuación

EVA ARACELI MORALES DORANTES

Hospital Regional de Alta Especialidad Centenario de la Revolución Mexicana ISSSTE

Antecedentes: La placenta acreta es una condición patológica asociada a un inadecuado proceso de placentación que genera un embarazo de alto riesgo, ocasionando hemorragia obstétrica severa durante la resolución de la gestación, lo que pone en peligro la vida de la madre.

Objetivo: Analizar la sensibilidad de la escala de puntuación para espectro de placenta acreta en pacientes con antecedente de cesárea iterativa entre 2018 y 2023.

Materiales y métodos: Estudio retrospectivo de pruebas diagnósticas, donde se analizó la sensibilidad de la escala para EPA, utilizando pruebas T de student y chi cuadrada.

Resultado: En 90 expedientes evaluados, la escala de puntuación para EPA por ultrasonido tuvo una sensibilidad del 85% y una especificidad del 96% ($p < 0.0001$).

Conclusión: La ecografía prenatal es el método ideal para diagnosticar el EPA (S: 85%, E: 96%), aunque su precisión final depende de la experiencia del operador.

141. Uso concomitante de misoprostol y oxitocina

PALOMA VÁZQUEZ ESTRADA

Hospital Ángeles Lomas, Huixquilucan, Estado de México.

Antecedentes: La inducción del trabajo de parto es un procedimiento cada vez más común. Las guías actuales respaldan la inducción electiva entre las semanas 39 y 41 en embarazos de bajo riesgo. Se utilizan fármacos como el misoprostol, que promueve la maduración cervical, y la oxitocina, que estimula las contracciones uterinas. Estudios han sugerido que el uso concomitante de ambos podría ser más eficaz para lograr el parto vaginal.

Objetivo: Describir la seguridad y eficacia del uso concomitante de misoprostol y oxitocina durante la inducción del trabajo de parto en un hospital de tercer nivel.

Materiales y métodos: Estudio retrospectivo de cohorte en pacientes que recibieron misoprostol y oxitocina de manera concomitante para inducción del parto en el Hospital Ángeles Lomas.

Resultado: De 136 pacientes, el 73.5% logró un parto. El 26.5% requirió cesárea, principalmente por falta de progresión en el trabajo de parto (63.9%).

Conclusión: La correcta selección del método de inducción, basada en las condiciones cervicales y clínicas, favorece resultados obstétricos positivos y es un protocolo seguro.

142. Resultados perinatales en vasculitis IgA

EDGAR IVÁN MENDOZA RÍOS

Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, Ciudad de México.

Antecedentes: La vasculitis por IgA (V-IgA) es una vasculitis sistémica que afecta principalmente en la edad pediátrica. Existe información limitada sobre los desenlaces perinatales de pacientes con antecedente de esta enfermedad, y no se han evaluado los hallazgos placentarios

en esta población específica, lo que justifica la necesidad de investigarlo.

Objetivo: Comparar los desenlaces obstétricos y neonatales, así como los hallazgos placentarios, en pacientes con vasculitis por IgA frente a un grupo control sano.

Materiales y métodos: Estudio retrospectivo de casos y controles (enero 2017 a noviembre 2024), pareando 3:1 a 20 pacientes con V-IgA con 60 controles sanas por edad, paridad e IMC.

Resultado: No se encontraron diferencias significativas en trastornos hipertensivos, parto pretérmino, RCF o en los hallazgos placentarios entre ambos grupos de estudio.

Conclusión: Las mujeres con antecedente de vasculitis por IgA tienen desenlaces perinatales favorables, comparables con los controles sanos, y sin mayor frecuencia de anomalías.

143. Predicción de desenlaces perinatales adversos

DEYANIRA BACA

Hospital General de México Dr Eduardo Liceaga, Ciudad de México.

Antecedentes: El parto pretérmino es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad neonatal a nivel mundial y en México. Los métodos actuales de predicción, basados en factores clínicos aislados, tienen limitaciones en su precisión. Este trabajo evaluó el uso de inteligencia artificial para integrar múltiples variables y generar un modelo predictivo más preciso para identificar tempranamente los embarazos en riesgo.

Objetivo: Validar un modelo predictivo con inteligencia artificial para identificar el riesgo de parto pretérmino usando datos clínicos y bioquímicos del primer trimestre.

Materiales y métodos: Estudio retrospectivo de 1014 expedientes clínicos (2020-2025). Se utilizaron algoritmos de machine learning como regresión LASSO y Random Forest.

Resultado: El modelo de IA mostró un desempeño discriminativo sobresaliente, con un área

bajo la curva (AUC) de 0.937 en la cohorte de validación interna del estudio.

Conclusión: La integración de datos del primer trimestre en un modelo de IA demostró ser una herramienta efectiva para la identificación oportuna del riesgo de parto pretérmino.

144. Escala de fullPIERS

MARIA SOCORRO NÚÑEZ OSUNA

Hospita de Ginecología y Obstetricia 15 Chihuahua, Chihuahua.

Antecedentes: Las enfermedades hipertensivas son la complicación más frecuente durante el embarazo y pueden generar secuelas a largo plazo. Se ha desarrollado la escala FullPIERS, la cual valora el riesgo de complicaciones potencialmente mortales relacionadas con la preeclampsia en las primeras 48 horas tras el ingreso hospitalario o el diagnóstico.

Objetivo: Analizar la escala de FullPIERS como una herramienta predictora de complicaciones en pacientes con diagnóstico de preeclampsia durante el periodo 2024-2025.

Materiales y métodos: Estudio observacional transversal en 95 pacientes de 18 a 35 años con diagnóstico clínico de preeclampsia, atendidas en el HGO 15 del IMSS.

Resultado: La escala alcanzó una sensibilidad del 73.33% y una especificidad del 92.31%, con un valor predictivo positivo (VPP) del 81.48% y un VPN del 88.24%.

Conclusión: La escala de FullPIERS es una herramienta eficaz y confiable para la predicción de complicaciones maternas a corto plazo en pacientes con preeclampsia.

145. Prematurez y latencia de corticoides

ANDREA MONSERRAT LÓPEZ JIMÉNEZ

Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Ginecoobstetricia 4, IMSS.

Antecedentes: El uso de corticoides prenatales es una estrategia clave para disminuir la morbilidad asociada al parto pretérmino. Su efectividad



se ha demostrado en la reducción de complicaciones como el síndrome de dificultad respiratoria y la hemorragia intraventricular, especialmente cuando se administra entre 24 horas y 7 días antes del nacimiento. Sin embargo, la mayoría de los estudios se han enfocado en esquemas completos, existiendo menos evidencia sobre esquemas incompletos o tiempos de latencia más cortos.

Objetivo: Comparar la frecuencia de complicaciones por prematuridad en recién nacidos que recibieron esquemas de corticoides prenatales (completo vs. incompleto y latencia).

Materiales y métodos: Estudio retrospectivo y comparativo de todos los binomios madre/recién nacido pretérmino en la UMAE HGO4 durante el año 2024, usando prueba Chi cuadrada.

Resultado: El esquema completo se asoció con menor frecuencia y riesgo de uso de surfactante (OR 0.419, $p = 0.015$) y de sepsis neonatal (OR 0.192, $p = 0.006$).

Conclusión: El esquema completo reduce el uso de surfactante y la sepsis, mientras que una latencia mayor de 24 h parece favorecer la reducción de ingresos a la UCIN.

146. Calculadora de riesgo de cesárea

MARÍA ITZEL PÉREZ MARTÍNEZ

Instituto Mexicano del Seguro Social

Antecedentes: La inducción del trabajo de parto y la cesárea son prácticas obstétricas comunes para reducir resultados adversos. Sería de gran utilidad contar con una herramienta de predicción confiable que sea aplicable y se centre en las características específicas de la población mexicana atendida en el IMSS para optimizar la toma de decisiones.

Objetivo: Evaluar y validar el uso de una calculadora de riesgo de cesárea en mujeres que son sometidas a la inducción del trabajo de parto con dinoprostona.

Materiales y métodos: Estudio de casos y controles anidado en una cohorte prospectiva. Se utilizó un modelo de regresión logística multivariada para elaborar la herramienta.

Resultado: La primiparidad, la obesidad y un puntaje de Bishop <3 se asociaron con la finalización del embarazo por cesárea. El modelo tuvo una S de 0.93 y E de 0.54.

Conclusión: La primiparidad, la obesidad y un Bishop bajo se asocian a falla de inducción. El modelo pronóstico propuesto puede ser una herramienta útil en la toma de decisiones.

147. Obesidad y complicaciones perinatales

EDITH JOCELYN HERNÁNDEZ SÁNCHEZ

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

Antecedentes: La obesidad se define como una acumulación anormal de grasa perjudicial para la salud. Esta condición durante el embarazo se asocia con un aumento significativo del riesgo de complicaciones tanto maternas como fetales, incluyendo trastornos hipertensivos, diabetes gestacional, macrosomía y complicaciones en el parto, representando un importante problema de salud pública.

Objetivo: Desarrollar y validar un modelo de predicción con inteligencia artificial para identificar los principales factores de riesgo y complicaciones en mujeres con obesidad.

Materiales y métodos: Estudio observacional y retrospectivo en una cohorte de mujeres con obesidad ($\text{IMC} \geq 30 \text{ kg/m}^2$) y un grupo control. Se usó un modelo de machine learning Elastic Net.

Resultado: Las mujeres con obesidad presentaron mayor incidencia de preeclampsia, hemorragia obstétrica, y sus neonatos tuvieron más SDR, taquipnea transitoria y sepsis.

Conclusión: El modelo de IA identificó al IMC como la variable con mayor peso predictivo, sugiriendo que a mayor IMC, mayor es el riesgo de complicaciones perinatales.

148. Circunferencia abdominal fetal

MARCO VINICIO MARTÍNEZ MONROY

Hospital General de Saltillo, Coahuila.

Antecedentes: La evaluación del crecimiento fetal por ultrasonido es fundamental para planificar

la vía de nacimiento y prevenir complicaciones asociadas al crecimiento excesivo. En México, la prevalencia de macrosomía varía entre 4.7% y 16.4%. La circunferencia abdominal (CA) fetal representa el depósito energético y suele ser el primer parámetro en alterarse ante un crecimiento anormal, ya sea por restricción o por exceso.

Objetivo: Determinar la eficacia de la circunferencia abdominal (CA) fetal ≥ 35 cm por ultrasonido para predecir macrosomía en embarazos de 37 a 42 semanas.

Materiales y métodos: Estudio observacional, analítico y transversal en pacientes con embarazos únicos a término que acudieron a resolución de su embarazo en un hospital general.

Resultado: La CA > 35 cm tuvo una sensibilidad del 75% y una especificidad del 77.4% para PEG, con un alto valor predictivo negativo (97%) para descartar la condición.

Conclusión: La CA ≥ 35 cm es una herramienta útil para descartar macrosomía (VPN 98.5%), a pesar de su bajo valor predictivo positivo. Es un parámetro valioso y accesible.

149. Seguimiento ecográfico de fetos pequeños para la edad gestacional

JOSÉ RAÚL ESCORCIA REYES

Unidad Médica de Alta Especialidad Ginecología y Obstetricia 4.

Antecedentes: El diagnóstico de un feto pequeño para la edad gestacional (PEG) se asocia con un riesgo elevado de complicaciones perinatales. En México, no existen estudios que reporten el seguimiento ecográfico y hemodinámico que permita estimar cuántos de estos fetos, diagnosticados inicialmente como PEG, evolucionan a una restricción del crecimiento intrauterino (RCIU) durante el embarazo.

Objetivo: Conocer los hallazgos del seguimiento ecográfico (crecimiento y hemodinámica) y los resultados neonatales en fetos diagnosticados como pequeños para la edad gestacional (PEG).

Materiales y métodos: Estudio longitudinal y ambispectivo que incluyó a todos los binomios

madre/feto con diagnóstico de feto PEG antes de las 32 SDG en la UMAE HGO4.

Resultado: El 17.2% de los fetos diagnosticados como PEG desarrollaron RCIU durante el seguimiento. Estos casos mostraron mayor frecuencia de cesáreas y menor peso al nacer.

Conclusión: El seguimiento ecográfico y Doppler permite identificar oportunamente a los fetos PEG que evolucionan a RCIU, lo que optimiza la toma de decisiones y los resultados.

150. Embarazo tras hallazgo incidental de sarcoma uterino

RENI ANAHÍ VALDEZ RIVERA, LUISA EVELYN SOTO MORALES, ADRIANA CRUZ VÁZQUEZ, EVELIA ROJAS PERALES, MARÍA FÉLIX ÁGUILAR LÓPEZ

Hospital Regional PEMEX de Ciudad Madero, Tamaulipas

Antecedentes: El embarazo en pacientes con antecedente de sarcoma uterino es un reto por el alto riesgo de recurrencia. El sarcoma del estroma endometrial de bajo grado es una neoplasia poco frecuente y de crecimiento lento, pero con potencial de recurrencia. Su crecimiento acelerado durante el embarazo incrementa el riesgo de hemorragia y parto pretérmino.

Objetivo: Analizar la evolución clínica y obstétrica en una paciente embarazada con antecedente de sarcoma del estroma endometrial de bajo grado, enfatizando los retos diagnósticos y terapéuticos que conlleva este escenario.

Materiales y métodos: Expediente clínico, estudios de imagenología y histopatología.

Resultado: Describimos el seguimiento clínico y ecográfico de esta paciente. Se identificó un crecimiento acelerado de 61 mm en una imagen sugestiva de mioma intramural. A pesar del riesgo teórico de degeneración tumoral, la evolución clínica ha sido favorable, sin que se haya documentado recurrencia tumoral.

Conclusión: El embarazo en pacientes con antecedente de sarcoma uterino es un desafío que requiere un abordaje multidisciplinario. Se debe valorar la resolución obstétrica mediante cesárea



corporal y la necesidad de histerectomía en el mismo procedimiento. La vigilancia estrecha es esencial para minimizar riesgos maternos y optimizar la viabilidad fetal.

151. Cáncer y embarazo

SILVIA GABRIELA LICEA CONTRERAS, MARSELLA FRANCO JARAMILLO
Hospital General León, Guanajuato.

Antecedentes: Las comorbilidades diagnosticadas durante el embarazo exigen una detección oportuna, un abordaje multidisciplinario y un tratamiento adecuado para proporcionar un mejor pronóstico para el binomio.

Objetivo: Dar a conocer los resultados obstétricos, oncológicos y perinatales de pacientes con cáncer y embarazo atendidas del 1 de enero del 2021 al 31 de diciembre del 2024 en un Hospital de segundo nivel de Guanajuato.

Materiales y métodos: Estudio de prevalencia de corte transversal. Se analizaron la totalidad de las pacientes con diagnóstico de cáncer durante su embarazo en el periodo de estudio, utilizando un muestreo no probabilístico por casos consecutivos.

Resultado: Se encontró una prevalencia de 0.089 e incidencia de 0.072 pacientes con cáncer en el embarazo. Los tipos de cáncer más frecuentes fueron: óseo, cervicouterino, de mama, linfoma de Hodgkin y leucemia. 17 pacientes fueron diagnosticadas por primera vez y en 4 se trató de una recaída.

Conclusión: La atención médica de la paciente con cáncer y embarazo requiere un equipo multidisciplinario. Para mejorar el pronóstico del binomio no se debe posponer el tratamiento oncológico; dicho tratamiento deberá instaurarse de manera temprana, buscando el equilibrio entre el bienestar materno y fetal.

152. Muerte fetal secundaria a hidrops fetal

MARIANA LIZETH SANCHEZ REYNA, MARIBEL LARA CHAVARRIA, IRIS CELESTE MARTINEZ FACIO, MARCELA QUEIKO SEO MENDOZA

Hospital General Reynosa, Tamaulipas.

Antecedentes: La hidropesía fetal no inmune es una condición grave, poco frecuente y multifactorial. Se asocia a alta mortalidad perinatal y puede ser secundaria a diversas causas, entre ellas cardiopatías congénitas complejas. La identificación prenatal es clave para establecer un pronóstico.

Caso clínico: Muerte fetal intrauterina en contexto de hidropesía fetal. La causa principal se atribuyó a una cardiopatía congénita compleja. El caso resalta la dificultad diagnóstica y la falta de alternativas terapéuticas efectivas en fases avanzadas.

Conclusión: La hidropesía fetal es un signo de mal pronóstico, especialmente cuando se asocia a cardiopatías congénitas graves. La detección prenatal temprana y el abordaje multidisciplinario son fundamentales. Este caso enfatiza la importancia de fortalecer las estrategias de diagnóstico prenatal y de asesoría a los padres.

153. Hiperuricemia e hipertensión arterial en el embarazo

VICTORIA MARTINEZ GAYTÁN, MARIA CRISTINA GUERRERO DE LEÓN, MELANY LEÓN DÍAZ, CECILIA ALEJANDRA TORRES VELOZ, LUIS ALBERTO PUGLIESE DE LA FUENTE
Unidad Medica de Alta Especialidad 23 de Ginecología y Obstetricia Dr. Ignacio Morones Prieto, Monterrey, Nuevo León.

Objetivo: Determinar si la hiperuricemia es un factor asociado a resultados perinatales adversos con hipertensión en el embarazo en la UMAE 23.

Materiales y métodos: Estudio de tipo cohorte, retrospectivo y observacional, en el que participaron 70 pacientes con diagnóstico de enfermedad hipertensiva del embarazo que ingresaron a la Unidad Medica de Alta Especialidad 23 de Ginecología y Obstetricia Dr. Ignacio Morones Prieto en Monterrey, Nuevo León, de enero a junio de 2022.

Resultado: Los resultados obtenidos por nuestro estudio en general son consistentes con los hallazgos reportados por una gran parte de la

bibliografía nacional e internacional que ha abordado la misma línea de investigación desde distintas perspectivas. Hay suficiente evidencia para asentar que la hiperuricemia es un factor asociado y predictivo de trastornos hipertensivos del embarazo, especialmente preeclampsia.

Conclusión: Dado que la hiperuricemia es un factor predictivo confiable, útil y sencillo asociado a preeclampsia también lo es para las complicaciones materno-fetales asociadas a este trastorno hipertensivo del embarazo. Así lo sugieren también los resultados obtenidos en nuestro estudio.

156. Embarazo ectópico retroperitoneal

REYNOL EMILIANO GONZALEZ IBARRA, ANA GABRIELA SEPÚLVEDA ARGÁEZ, KARLA ORTEGA MACEDA, JORGE EMILIANO BÁEZ HERRERA, JORGE AGUILAR CASTILLO
Tecnológico de Monterrey, Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud.

Antecedentes: El embarazo ectópico abdominal o retroperitoneal es una entidad extremadamente rara (1 en 10,000 embarazos). Generalmente se localiza en estructuras como epiplón, hígado o bazo. Hasta 2022, la bibliografía reportaba solo 33 casos en inglés, sin haberse documentado previamente una implantación en la glándula suprarrenal.

Caso clínico: Paciente de 43 años, con antecedente de dos embarazos ingresada a urgencias debido a un dolor súbito en flanco izquierdo. En los estudios de laboratorio y ultrasonido se detectaron concentraciones elevadas de hCG y ausencia de saco gestacional intrauterino. El procedimiento quirúrgico transcurrió sin complicaciones. La paciente permaneció tres días en la UCI, con descenso progresivo de hCG y egreso al quinto día. El reporte histopatológico confirmó embarazo ectópico en la glándula suprarrenal izquierda.

Conclusión: Este caso demuestra que, aun en escenarios clínicos poco frecuentes, la identificación temprana y la toma de decisiones oportunas pueden modificar significativamente el pronósti-

co. Además, resalta el valor del trabajo conjunto entre diferentes especialidades para optimizar la recuperación y el seguimiento de la paciente.

157. Síndrome de HELLP y encefalopatía posterior reversible

ANDREA BEATRIZ RAMÍREZ FIGUEROA, WENDY B. MÁRQUEZ HIRALES

Benemérito Hospital General con Especialidades Juan María de Salvatierra, IMSS Bienestar, La Paz, Baja California Sur.

Antecedentes: El síndrome de encefalopatía posterior reversible y el síndrome de HELLP son afecciones poco comunes que pueden presentarse durante el embarazo o puerperio. Su concurrencia simultánea se ha reportado en contadas ocasiones.

Caso clínico: Paciente de 19 años, toxicómana, presenta crisis convulsiva tónico-clónica en domicilio. En el hospital, detectan cifra tensional de 180/120 mmHg y se decide terminar el embarazo gemelar. Se obtiene un óbito y un recién nacido vivo. En UCI se confirma HELLP con plaquetas de 50 mil, TGO de 78 y TGP de 28. El caso refleja cómo el síndrome de PRES asociado con HELLP puede presentarse en el puerperio inmediato. Es posible que la asociación entre ambas entidades sea poco reconocida debido a que el cuadro clínico de las formas más leves no es suficientemente específico.

Conclusión: La coexistencia de síndrome de HELLP y PRES es una asociación inusual. Su reconocimiento temprano a través de recursos como la tomografía es fundamental para brindar un tratamiento oportuno y multidisciplinario que permita reducir la morbilidad materna y fetal.

158. Embarazo ectópico cornual roto

CELESTE ALEJANDRA DUARTE MORENO, EMILIO MODESTO TREVIÑO SALINAS, OMAR ALBERTO HERNÁNDEZ BARBOZA, EGLA EVELYN BARRERA LANDA GUZMÁN LÓPEZ
Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, Monterrey, Nuevo León.



Antecedentes: El embarazo ectópico es una de las principales emergencias gineco-obstétricas. El embarazo ectópico cornual representa menos del 4%, pero se asocia con una elevada morbilidad por riesgo de ruptura y hemorragia masiva. El diagnóstico es un reto, ya que la localización intersticial retrasa la identificación.

Caso clínico: Paciente de 34 años, con dos embarazos previos y una cesárea, quien acudió a urgencias debido a un dolor abdominal súbito. Se identifica inestabilidad hemodinámica y se procede a laparotomía de urgencia.

Conclusión: El embarazo ectópico cornual es una entidad poco frecuente pero de alto riesgo vital. Su diagnóstico tardío suele condicionar ruptura y hemorragia masiva. La reanimación hemodinámica inmediata y la resolución quirúrgica son los pilares del **tratamiento**. La sospecha clínica y el uso oportuno de imagen son claves para mejorar el pronóstico.

159. Embarazo molar y feto sano de 16 semanas

ÁLVARO PANTLE ESPINOZA, ANA KAREN CABRERA HERNÁNDEZ, MARÍA FERNANDA MUÑOZ VELÁZQUEZ, ROGELIO CASTILLO LUNA

Hospital General de Cholula IMSS Bienestar, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, Puebla.

Antecedentes: La enfermedad trofoblástica gestacional es una complicación poco común caracterizada por la proliferación anormal del tejido trofoblástico. Histológicamente, los embarazos molares se caracterizan por vellosidades quísticas y sobreexpresión del gen paterno. Las molas parciales pueden exhibir partes fetales.

Caso clínico: Paciente de 20 años, con dos embarazos previos, en quien el ultrasonido de ingreso reportó un embarazo de 16.4 semanas, sin vitalidad y placenta con imágenes quísticas, sugerentes de displasia mesenquimal o mola. El reporte histopatológico: placenta monocorial de 12 cm de diámetro con enfermedad trofoblástica gestacional compatible con mola hidatiforme

parcial, con vellosidades hidrópicas y formación de cisternas.

Conclusión: La mola hidatiforme es el tipo más común de enfermedad trofoblástica gestacional. El diagnóstico se realiza principalmente con ecografía y hCG cuantitativa; sin embargo, el diagnóstico definitivo se lleva a cabo mediante estudio histopatológico.

160. Endocarditis aguda post aborto

ERIKA LIZETTE RINCÓN FLORES, EDNA ELIZABETH MONTIEL LABASTIDA, CUAUHTÉMOC GUTIÉRREZ MALDONADO, JOSÉ CARLOS MARTÍNEZ RAMÍREZ

Tecnológico de Monterrey, Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud, Monterrey, Nuevo León.

Antecedentes: La endocarditis infecciosa es una infección del endocardio. En el contexto obstétrico y ginecológico, es una complicación poco común pero documentada tras procedimientos invasivos. Debe mantenerse un alto índice de sospecha ante fiebre persistente o síntomas neurológicos en mujeres sometidas a procedimientos gineco-obstétricos recientes.

Caso clínico: Paciente de 32 años, con embarazo gemelar de 14.2 semanas, quien acudió por sangrado, con diagnóstico de endocarditis bacteriana aguda. Se indicó legrado uterino instrumentado. Al ingreso se documentó anemia y leucocitosis, permaneciendo afebril, y fue egresada.

Conclusión: Este caso ejemplifica una presentación atípica de endocarditis bacteriana aguda posterior a un procedimiento gineco-obstétrico. La evolución con manifestaciones neurológicas, anemia severa y lesiones cutáneas refuerza la importancia de mantener un alto índice de sospecha en mujeres con fiebre persistente tras un legrado o aborto incompleto.

163. Implantación ectópica en sigmoides

YESICA PÉREZ LÓPEZ, BLANCA DELIA CARRANZA SÁNCHEZ, ANA ROSA ANDRADE DEL TORO, LAURA VERÓNICA NAVA LÓPEZ

Hospital General Silao, Guanajuato.

Antecedentes: El embarazo abdominal representa el 1% de todos los ectópicos y puede causar morbilidad significativa. La implantación colónica es una forma muy rara que supone un reto para el clínico. El tratamiento debe ser individualizado y a menudo requiere un enfoque multidisciplinario.

Caso clínico: Paciente de 16 años, que acude a urgencias por amenorrea, dolor abdominal y sangrado. Se sospecha embarazo ectópico y se procede a un abordaje quirúrgico. Los estudios de laboratorio reportaron prueba de embarazo positiva. El ultrasonido pélvico reportó un saco gestacional extrauterino sugerente dependiente de anexo derecho. Se realiza laparotomía exploradora encontrando útero y anexos normales, con implantación de embarazo en colon sigmoides. Se realiza tratamiento conjunto con cirugía general para resección del mismo y se envía a patología, sin mayores eventualidades.

Conclusión: El embarazo abdominal en colon es una presentación extremadamente rara. Es importante un diagnóstico eficaz y oportuno, así como un tratamiento multidisciplinario para evitar posibles complicaciones. En este caso se realizó un trabajo en conjunto con cirugía general logrando un resultado favorable.

164. Frecuencia de las enfermedades hipertensivas

ALICIA PAOLA MORALES RODRÍGUEZ

Hospital con Especialidades Juan María Salvatierra, IMSS Bienestar, La Paz, Baja California Sur.

Antecedentes: Existe una elevada prevalencia de obesidad y su relación con complicaciones en el embarazo. Estudios señalan una fuerte relación entre un IMC $>30 \text{ kg/m}^2$ y la aparición de enfermedades hipertensivas del embarazo (EHE), con un riesgo hasta 7.5 veces mayor. Las alteraciones metabólicas de la obesidad pueden provocar disfunción placentaria, lo que explica su asociación con preeclampsia. Aunque esta relación está bien documentada internacionalmente, no se ha determinado con certeza en el Hospital General Juan María de Salvatierra, lo que justifica la necesidad de estudios locales.

Objetivo: Estimar la frecuencia de enfermedades hipertensivas del embarazo en pacientes con obesidad (IMC $>30 \text{ kg/m}^2$) en un hospital general entre 2019 y 2023.

Materiales y métodos: Estudio cuantitativo, observacional, de corte transversal y retrospectivo, comparando embarazadas con y sin enfermedades hipertensivas y con IMC $>30 \text{ kg/m}^2$.

Resultado: De 658 pacientes con obesidad, el 20.5% desarrolló alguna enfermedad hipertensiva, siendo la preeclampsia con criterios de severidad la más prevalente.

Conclusión: Se encontró que la preeclampsia severa es la enfermedad hipertensiva más común en la población de pacientes embarazadas con diagnóstico de obesidad.



Medicina Materno-fetal

165. Factores asociados con muerte fetal en síndrome de transfusión feto-fetal

JOSÉ ANTONIO RAMÍREZ CALVO, DULCE GUADALUPE VILLANUEVA ESPINOZA, JUAN MANUEL GALLARDO GAONA, SANDRA ACEVEDO GALLEGOS, DIANA YAZMÍN COPADO MENDOZA

Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, Ciudad de México.

Antecedentes: El síndrome de transfusión feto-fetal (STFF) es una complicación de embarazos gemelares monocoriales que, sin tratamiento, puede conducir a muerte fetal o daño neurológico. La fotocoagulación láser fetoscópica es el tratamiento de elección, con tasas de supervivencia de hasta el 90% para al menos un feto. Sin embargo, persiste un riesgo de muerte fetal intrauterina. Es necesario identificar con precisión los factores prenatales asociados a este desenlace, excluyendo variables postnatales para evitar sesgos.

Objetivo: Evaluar los factores prenatales prequirúrgicos y transquirúrgicos asociados a muerte fetal intrauterina en embarazos gemelares monocoriales con STFF tratados con fotocoagulación láser.

Materiales y métodos: Se evaluaron retrospectivamente los factores que influyeron en la muerte intrauterina de gemelos monocoriales biamnióticos postoperados con fotocoagulación láser por síndrome de transfusión feto-feto de enero de 2022 a enero de 2025, analizando factores prequirúrgicos y transquirúrgicos.

Resultado: Se incluyeron 39 pacientes, de las cuales 22 (56%) presentaron muerte fetal en al

menos un feto. La mediana de edad gestacional a la intervención fue de 21.5 semanas. La clasificación de Quintero predominó en estadios II y III (41% cada uno). Al comparar los grupos con y sin evento fetal, se observó menor supervivencia post cirugía (media 1.84 vs 11.47 semanas), lo que sugiere un impacto significativo de los factores de riesgo analizados.

Conclusión: Se observaron tendencias clínicas relevantes. La etapa avanzada de Quintero, la localización placentaria y la discordancia en el crecimiento fetal emergen como factores de especial atención. La exclusión de variables postnatales permitió una valoración más precisa del riesgo prenatal. Se recomienda incrementar el tamaño muestral y emplear modelos multivariados más robustos para validar estos hallazgos.

166. Alteraciones de la línea media

YAZMIN COPADO MENDOZA, XOCHITL ANAHI MORALES VERGARA, MARÍA JOSÉ RODRÍGUEZ SIBAJA, MARIO ISAAC LUMBRERAS MARQUEZ, YUBIA AMAYA GUEL

Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, Ciudad de México.

Antecedentes: Los defectos congénitos del sistema nervioso central son una de las malformaciones fetales más frecuentes y la segunda causa de discapacidad neurológica infantil. Las alteraciones de la línea media supratentorial, como la holoprosencefalia y las agenesias del cuerpo calloso, son particularmente relevantes por su impacto funcional. Este estudio tiene como objetivo describir la prevalencia y dis-

tribución de estas alteraciones diagnosticadas prenatalmente en el Instituto Nacional de Perinatología entre 2019 y 2024.

Objetivo: Describir la prevalencia y distribución de las alteraciones estructurales de la línea media supratentorial diagnosticadas prenatalmente en el Departamento de Medicina Materno-Fetal del Instituto Nacional de Perinatología durante 2019–2024.

Materiales y métodos: Estudio observacional, retrospectivo y transversal en el Instituto Nacional de Perinatología. Se incluyeron pacientes embarazadas con diagnóstico prenatal de alteraciones supratentoriales de la línea media confirmado mediante neurosonografía o resonancia magnética fetal. Se analizaron los datos con frecuencias, porcentajes y prevalencias por 1,000 nacimientos.

Resultado: Se identificaron 60 casos, con una prevalencia global de 3.91 por cada 1,000 nacimientos. La edad gestacional mediana al diagnóstico fue de 22 semanas. Las alteraciones del cuerpo calloso fueron las más frecuentes (46.6%), seguidas de la holoprosencefalia (38.3%). Con menor frecuencia se reportaron quiste interhemisférico, displasia septo-óptica y agenesia del cavum septum pellucidum (3.3%).

Conclusión: Las alteraciones supratentoriales de la línea media, aunque poco frecuentes, representan un problema clínico significativo. Los hallazgos subrayan la utilidad de la evaluación sistemática del SNC y la confirmación mediante neurosonografía y RMN fetal. Estos resultados aportan evidencia epidemiológica nacional y refuerzan la necesidad de estrategias diagnósticas integrales para mejorar la atención de estas anomalías.

167. Cordocentesis: tendencias y desenlaces

JOSÉ ANTONIO RODRÍGUEZ CALVO, EMMANUEL MARTÍNEZ RODRÍGUEZ, ANDREA GODÍNEZ MEDINA, MARIO ISAAC LUMBRERAS MÁRQUEZ, JUAN MANUEL GALLARDO GAONA
Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, Ciudad de México.

Antecedentes: La cordocentesis es una técnica diagnóstica y terapéutica guiada por ecografía utilizada en patologías fetales desde los años 80. Es una alternativa a la amniocentesis y la biopsia de vellosidades coriónicas, y es clave en transfusiones intrauterinas. Estudios multicéntricos reportan tasas de complicaciones bajas (0.6-1.6%), y datos en México confirman su seguridad. Nuestra muestra incluyó vigilancia hasta dos semanas post-procedimiento, permitiendo identificar desenlaces diferidos.

Objetivo: Evaluar y describir los desenlaces clínicos y las posibles complicaciones asociadas a la cordocentesis, realizada en un hospital de tercer nivel de atención en un periodo de tiempo definido.

Materiales y métodos: Estudio transversal en el Instituto Nacional de Perinatología. Se revisaron los expedientes de pacientes con embarazos únicos a quienes se les realizó cordocentesis entre el 1 de enero de 2017 y el 28 de julio de 2025. Se consideraron indicaciones tanto diagnósticas como terapéuticas.

Resultado: Se incluyeron 36 pacientes en las que se realizaron 41 procedimientos. La edad gestacional media al procedimiento fue de 27.6 semanas. Las principales indicaciones incluyeron: anomalías estructurales (56.1%), hidrops fetal no inmune (34.1%) y necesidad de transfusión fetal (29.3%). Los estudios genéticos solicitados (no mutuamente excluyentes) incluyeron cariotipo y microarreglos.

Conclusión: La cordocentesis, realizada en una población seleccionada dentro de un hospital de tercer nivel, demostró ser una herramienta útil. Las anomalías estructurales, el hidrops fetal y la necesidad de transfusión fueron las causas más frecuentes. La frecuencia de complicaciones es similar a la reportada en la literatura internacional, confirmando su seguridad en manos expertas.

168. Gastrosquisis y alteraciones de crecimiento

SANDRA ACEVEDO GALLEGOS, JUAN MANUEL GALLARDO GAONA, PAMELA ALEJANDRA FIERROS OROZCO, BERENICE VELÁZQUEZ TORRES, YUBIA AMAYA GUEL



Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, Ciudad de México.

Antecedentes: La gastrosquisis es una malformación de la pared abdominal que permite la salida de asas intestinales. Una complicación frecuente es el retraso del crecimiento intrauterino (RCIU). Las causas del RCIU incluyen disfunción placentaria, pérdida proteica fetal y factores maternos como edad joven y consumo de tóxicos.

Objetivo: Describir los factores de riesgo presentes en las gastrosquisis y los resultados perinatales, con el fin de optimizar el tratamiento y asesoramiento.

Materiales y métodos: Estudio transversal descriptivo de 122 pacientes con diagnóstico de gastrosquisis, atendidas entre 2018 y 2024 en un hospital de tercer nivel. Se incluyeron pacientes diagnosticadas en el departamento de medicina materno-fetal.

Resultado: Se analizó una muestra de 122 pacientes. La edad materna promedio fue de 20.8 años. El 22.13% refirió exposición a factores ambientales como drogas o tabaco. Respecto al peso, el 17.21% se clasificó como pequeño para la edad gestacional y el 51.63% como restricción de crecimiento fetal, confirmando una alta incidencia de alteraciones del crecimiento en esta población.

Conclusión: Las alteraciones del crecimiento en fetos con gastrosquisis muestran una incidencia muy alta; sin embargo, el porcentaje de complicaciones al nacimiento es bajo, con una tasa de supervivencia mayor al 95%, lo que sugiere que un tratamiento especializado y oportuno es clave para obtener resultados favorables.

169. Embarazo con diabetes e hipotiroidismo

DIANA YAZMIN COPADO MENDOZA, RENÉ CISNEROS RADILLA, DULCE MARÍA CAMARENA CABRERA, MARIO I LUMBRERAS MÁRQUEZ, YUBIA AMAYA GUEL
Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, Ciudad de México.

Antecedentes: Las enfermedades hormonales como el hipotiroidismo y la diabetes mellitus

(DM) durante el embarazo afectan la salud materna y fetal. El hipotiroidismo se ha vinculado con abortos y partos prematuros, mientras que un mal control de la DM se asocia con macrosomía y preeclampsia. La coexistencia de ambas condiciones aumenta los riesgos. Una evaluación completa es fundamental. Este estudio tiene como objetivo comparar los resultados perinatales en pacientes diabéticas con y sin hipotiroidismo.

Objetivo: Comparar los resultados perinatales en pacientes diabéticas con (DM+hT) y sin hipotiroidismo (DMs).

Materiales y métodos: Estudio de casos y controles de enero de 2017 a enero de 2025 en la clínica de diabetes de un hospital de tercer nivel, durante el periodo de estudio.

Resultado: De 1916 pacientes, 370 (19.3%) tenían DM+hT. Se observó una mayor prevalencia de obesidad en este grupo. El peso fetal estimado $\geq p90$ fue más frecuente en el grupo DM+hT (21.3% vs 16.5%). No hubo diferencias significativas en tasas de prematuridad o preeclampsia. El ingreso a UCIN fue mayor en el grupo DM+hT. La positividad de anticuerpos tiroideos fue de 39.7% en el grupo con hipotiroidismo.

Conclusión: La detección oportuna y el control estricto de la función tiroidea y de la glucosa, junto con una vigilancia multidisciplinaria, son esenciales para disminuir la morbilidad y mejorar los resultados perinatales en esta población de alto riesgo.

170. Tamizaje del primer trimestre y desenlaces

SANDRA ACEVEDO GALLEGOS, BERENICE VELÁZQUEZ TORRES, JORGE ALBERTO NARVÁEZ HERNÁNDEZ, MARÍA JOSÉ RODRÍGUEZ SIBAJA, DULCE MARÍA CAMARENA CABRERA
Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, Ciudad de México.

Antecedentes: El tamizaje del primer trimestre, diseñado para la detección de aneuploidías, se ha extendido a la predicción de preeclampsia, RCIU y parto pretérmino usando algoritmos de la FMF. Su rendimiento varía entre poblaciones,

por lo que es necesario validarlos localmente. En México, estas complicaciones son un problema prioritario de salud pública. Es fundamental evaluar la capacidad predictiva del tamizaje en población mexicana para identificar sus fortalezas y limitaciones.

Objetivo: Evaluar el rendimiento del tamizaje de primer trimestre para desenlaces perinatales adversos (preeclampsia, RCIU y PP) en una cohorte retrospectiva de embarazos únicos atendidos en un centro de tercer nivel en México.

Materiales y métodos: Estudio observacional, de cohorte retrolectiva, entre 2019 y 2024 en un centro de referencia de tercer nivel en México. Se tamizaron 1,632 gestantes y se incluyeron 769 embarazos únicos con información completa del tamizaje y desenlace perinatal. Se excluyeron embarazos múltiples y anomalías congénitas mayores.

Resultado: Se incluyeron 769 pacientes. La incidencia fue: preeclampsia 4.0%, RCIU 11.1% y PP 16.0%. El modelo FMF mostró sensibilidades de 16.1% para preeclampsia, 38.3% para RCIU y 26.8% para PP. La especificidad fue alta para los tres desenlaces (94.1%, 75.6% y 80.7%, respectivamente). Los valores predictivos negativos fueron elevados (85–96%), mientras que los valores predictivos positivos fueron bajos, indicando una limitada capacidad para confirmar los casos.

Conclusión: El tamizaje de primer trimestre basado en algoritmos FMF mostró baja sensibilidad, pero alta especificidad y valores predictivos negativos consistentes para preeclampsia, RCIU y PP en esta cohorte mexicana. Estos hallazgos respaldan su utilidad como estrategia de descartar. Sin embargo, sus limitaciones para identificar casos positivos subrayan la necesidad de validar y ajustar los algoritmos en población local.

171. Mioinositol en el embarazo para prevenir diabetes gestacional

CÉSAR RODOLFO TAWNEY SERRANO, MITZI RIVERA BELTRÁN, ADÁN MORALES FLORES, ALBERTO BAÑUELOS FRANCO

Hospital General de Occidente, Guadalajara, Jalisco.

Antecedentes: El mioinositol es un poliol que mejora la sensibilidad a la insulina, disminuyendo la incidencia de diabetes gestacional, especialmente en mujeres con factores de riesgo. En México, la prevalencia de diabetes gestacional es del 14.3%, siendo una patología con alto potencial de complicaciones. Evaluar estrategias para disminuir su incidencia es importante para reducir la morbilidad materna y perinatal.

Objetivo: Evaluar la suplementación dietética con mioinositol para la prevención de diabetes mellitus gestacional durante el embarazo en pacientes con factores de riesgo.

Materiales y métodos: Ensayo clínico aleatorizado, de febrero de 2023 a junio de 2024. Se incluyeron pacientes con factores de riesgo para desarrollar diabetes gestacional, como familiar de primer grado con diabetes, antecedente de neonato ≥ 4000 g, o diabetes gestacional previa.

Resultado: Se incluyeron un total de 50 mujeres. Las características de las pacientes entre ambos grupos no mostraron diferencias significativas en edad, peso, talla, IMC y número de factores de riesgo para desarrollar diabetes gestacional.

Conclusión: Los resultados del presente estudio demostraron que la suplementación con mioinositol 1,200 mg más α -lactoalbúmina 46.16 mg al día, dividido en dos dosis desde la semana 12 de gestación, redujo significativamente la incidencia de diabetes gestacional en el grupo de tratamiento.

172. Embarazo gemelar con malformación del tubo neural

CLARA DEL CARMEN FLORES-ACOSTA, IVÁN DÁVILA-ESCAMILLA, GABRIEL E VILLAGÓMEZ-MARTÍNEZ, PAOLA B PLONEDA-ESPINOSA DE LOS MONTEROS, ERICK ISAÍAS PHILLIPS-ESPARZA
GINE-FETAL/FETALE, Monterrey, Nuevo León

Antecedentes: La discordancia de malformaciones congénitas en embarazos gemelares



monocoriales es un fenómeno poco frecuente. Aunque comparten material genético, entre el 1–2% presentan malformación fetal discordante. Los defectos del tubo neural (DTN), como el mielomeningocele, son raramente discordantes en gemelos monocigóticos.

Caso clínico: Paciente de 39 años, con antecedente de dos embarazos y una cesárea, con un segundo embarazo espontáneo gemelar monocorial, biamniótico. Durante la vigilancia prenatal se identificó en el feto 1 mielomeningocele lumbosacro, ventriculomegalia severa y signos compatibles con malformación de Chiari tipo II. La malformación fetal discordante (MFD) es una condición poco frecuente en embarazos monocoriales, donde factores ambientales, epigenéticos o postcigóticos parecen jugar un papel clave. La literatura señala que la concordancia para mielomeningocele es más común en gemelos dizigóticos, lo que cuestiona un rol puramente genético.

Conclusión: La manifestación discordante de mielomeningocele en un embarazo gemelar monocorial sugiere que, además del componente genético, existen influencias ambientales o epigenéticas. La vigilancia prenatal intensiva y el abordaje obstétrico individualizado permitieron optimizar los resultados perinatales, priorizando el bienestar del feto sano sin complicaciones adicionales.

173. Embarazo gemelar en útero bicorne unicollis

CLARA DEL CARMEN FLORES-ACOSTA, FLAVIO HERNÁNDEZ-CASTRO, OSCAR RUBÉN TREVIÑO-MONTEMAYOR, ERICK ISAÍAS PHILLIPS-ESPARZA, PAOLA B PLONEDA-ESPINOSA DE LOS MONTEROS
GINE-FETAL/FETALE, Monterrey, Nuevo León.

Antecedentes: Las malformaciones uterinas congénitas, como el útero bicorne unicollis, se asocian con un mayor riesgo de complicaciones obstétricas como parto prematuro. Esta entidad es extremadamente rara, con menos de 20 casos reportados en la literatura. Presentamos el caso

de un embarazo gemelar bicorial biamniótico en un útero bicorne unicollis, que además desarrolló colestasis intrahepática, destacando las intervenciones obstétricas realizadas para lograr un desenlace favorable.

Caso clínico: Paciente de 32 años, con antecedente de un embarazo, con útero bicorne unicollis y embarazo gemelar espontáneo en curso. A las 16 semanas se advirtió el cuello uterino corto, por lo que se le colocó un cerclaje y un pesario. A las 28 semanas se diagnosticó colestasis intrahepática, con tratamiento con respuesta adecuada.

Conclusión: El embarazo gemelar en útero bicorne unicollis es extremadamente infrecuente y conlleva un riesgo elevado de complicaciones. La asociación con colestasis intrahepática añade un reto adicional en la atención clínica. Este caso ilustra la relevancia de la detección temprana y el tratamiento integral de un embarazo gemelar en útero bicorne unicollis. La incorporación de estrategias de prevención del parto prematuro, el tratamiento oportuno de la colestasis y la coordinación multidisciplinaria fueron determinantes para un resultado exitoso. La publicación de este tipo de casos es fundamental.

174. Anomalías discordantes en embarazos gemelares monocoriales biamnióticos

JOSÉ ANTONIO RAMÍREZ CALVO, ANDREA GODÍNEZ MEDINA, EDGAR IVÁN MENDOZA RÍOS, RODRIGO GUADARRAMA MORA, JUAN MANUEL GALLARDO GAONA
Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, Ciudad de México.

Antecedentes: Los embarazos monocoriales tienen mayor riesgo de anomalías estructurales congénitas, siendo discordantes en más del 80% de los casos. La coexistencia de un feto sano y otro afectado implica un desafío clínico por el riesgo de muerte fetal y secuelas neurológicas en el gemelo sano. Las opciones de tratamiento incluyen conducta expectante, oclusión selectiva del cordón o interrupción del embarazo.

Objetivo: Evaluar el tratamiento prenatal y los desenlaces perinatales en embarazos gemelares monocoriales biamnióticos (MCBA) con anomalías estructurales discordantes en un centro de tercer nivel.

Materiales y métodos: Se realizó una serie de casos en un centro de tercer nivel en la Ciudad de México. Se revisaron expedientes clínicos electrónicos de pacientes entre el 1 de enero de 2017 y el 12 de septiembre de 2025. Se incluyeron embarazos monocoriales con anomalías estructurales discordantes.

Resultado: Se incluyeron 9 pacientes. La edad materna media fue de 28.4 años, con embarazos espontáneos en el 100% de los casos. Únicamente 2 pacientes presentaron comorbilidades: hipotiroidismo y síndrome de anticuerpos antifosfolípidos.

Conclusión: Los embarazos gemelares monocoriales biamnióticos con anomalías estructurales discordantes representan un alto riesgo de complicaciones fetales, constituyendo un desafío clínico. En esta serie, las malformaciones afectaron con mayor frecuencia la pared abdominal, el sistema nervioso y el corazón.

175. Agenesia del cuerpo calloso

IVÁN VLADIMIR DÁVILA ESCAMILLA, ESTHELA JANET TREJO GUZMÁN, ROBERTO AMBRIZ LÓPEZ, ROBERTO RAMÓN MORALES ZEPEDA, MARÍA CELESTE ESQUIVEL MARTÍN
Hospital Universitario José Eleuterio González, Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, Nuevo León.

Antecedentes: La agenesia del cuerpo calloso es una de las malformaciones congénitas cerebrales más comunes. Se origina por un mal desarrollo neuronal entre la semana 7 a 20 y puede presentarse de forma aislada o asociada a cromosomopatías, infecciones o teratógenos.

Caso clínico: Paciente de 20 años, con antecedente de dos embarazos y una cesárea. Acudió a control prenatal a la semana 31 y en el ultrasonido obstétrico se detectó la ausencia del cuerpo calloso. La neurosonografía a las dos semanas confirmó el diagnóstico.

Conclusión: La agenesia del cuerpo calloso es una malformación frecuente del SNC con pronóstico variable. El uso combinado de ultrasonido, neurosonografía y resonancia magnética fetal es fundamental para un diagnóstico preciso.

176. Detección prenatal de producto con miocardiopatía

ANDRÉS MURILLO MENDOZA, ILSE ALEJANDRA CHAVARRÍA RODRÍGUEZ, LIZBETH ANGÉLICA ORTEGA MARISCAL, TOMÁS IGNACIO GUZMÁN PÉREZ, JOSÉ ALBERTO VILLARREAL RODRÍGUEZ

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

Antecedentes: Las miocardiopatías fetales son enfermedades raras con pronóstico desfavorable. La miocardiopatía dilatada se caracteriza por la dilatación y deterioro de la función ventricular. Su diagnóstico prenatal se asocia a una mortalidad general que alcanza el 70%.

Caso clínico: Paciente de 46 años con antecedentes de cuatro embarazos, dos cesáreas y un aborto referida al Hospital Universitario por cardiopatía fetal no especificada. El ultrasonido de las 34 semanas evidenció una franca cardiomegalia, con índice cardiorrástico de 0.66 y discrepancia de cavidades a expensas de ventrículo izquierdo con pared hipocontráctil.

Conclusión: Este caso de miocardiopatía dilatada fetal subraya la importancia de la ecocardiografía prenatal para el diagnóstico precoz de patologías con pronóstico adverso. La detección de disfunción sistólica severa (FEVI 35%) permitió un adecuado asesoramiento familiar y un tratamiento clínico multidisciplinario, enfocado en la vigilancia del bienestar fetal.

177. Hemorragia de la matriz germinal

IVÁN VLADIMIR DÁVILA ESCAMILLA, NUBIA ALEJANDRA WONG ARCE, PIEDAD OMAR MENDEZ AGUIRRE, ESTHELA JANET GUZMÁN TREJO, LUIS ABEL GUZMÁN OCHOA
Servicio de Medicina Materno Fetal, Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, Nuevo León.



Antecedentes: La hemorragia intracraneal neonatal es una complicación común en cerebros inmaduros, aunque puede ocurrir prenatalmente. Cuando se diagnostica prenatalmente, existe un alto riesgo de mortalidad y trastornos del desarrollo neurológico. Los factores predisponentes in útero incluyen trastornos de coagulación, traumatismos e infecciones. El pronóstico neonatal se asocia al grado de hemorragia.

Caso clínico: Paciente de 20 años, primigesta, con diagnóstico de hemorragia de la matriz germinal en el tercer trimestre, referida a las 32.4 semanas por hallazgo en ultrasonido de ventriculomegalia. El seguimiento confirmó la hemorragia y su evolución.

Conclusión: Su hallazgo en el tercer trimestre permite preparar la atención neonatal y dar consejería familiar. La vía de nacimiento no está establecida, pero debe individualizarse según el caso.

178. Toracópagos en un embarazo triple

GABRIEL EDGAR VILLAGOMEZ MARTÍNEZ, ROBERTO RAMON MORALES ZEPEDA, MARÍA CELESTE ESQUIVEL MARTÍN, ANDREA ISABEL PIÑA GARCÍA, CELESTE ALEJANDRA DUARTE MORENO

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

Antecedentes: El embarazo múltiple es un desafío clínico por el incremento en la morbilidad. Los embarazos triples espontáneos son raros (1 en 8000). Aún más excepcional es la presencia de gemelos toracópagos (1 en 200,000), caracterizados por la fusión torácica con órganos compartidos. El pronóstico para los nacidos vivos es malo debido a las anomalías congénitas.

Caso clínico: Paciente de 24 años con antecedentes de tres embarazos y dos partos, con control prenatal adecuado. En la semana 13 se diagnosticó embarazo múltiple triple (Feto A y B toracópagos y feto C único).

Conclusión: La coexistencia de un embarazo triple con un par de gemelos toracópagos es un

evento extraordinario. La ecografía de alta resolución permite identificar de manera temprana las malformaciones estructurales y planificar el tratamiento.

179. Corrección fetal intrauterina

GABRIEL EDGAR VILLAGÓMEZ MARTÍNEZ, NUBIA ALEJANDRA WONG ARCE, PIEDAD OMAR MENDEZ AGUIRRE, LUIS ABEL GUZMÁN OCHOA, ANTONIO SORIA LÓPEZ
Servicio de Medicina Materno Fetal, Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, Nuevo León.

Antecedentes: La disrafia espinal es la más común de las anomalías congénitas del SNC compatibles con la vida. La forma más frecuente es el mielomeningocele, que produce discapacidad de por vida, incluyendo malformación de Arnold-Chiari II, hidrocefalia, y disfunción motora y vesical. La mortalidad neonatal es de aproximadamente el 10%.

Objetivo: Describir la evolución prenatal, quirúrgica y postnatal de una serie de casos intervenidos mediante mieloplastia abierta intrauterina en fetos con diagnóstico de disrafia espinal abierta tipo mielomeningocele y mielosis.

Materiales y métodos: Se trata de un estudio observacional, retrospectivo, de 4 pacientes con embarazo único y diagnóstico prenatal de disrafia espinal abierta, intervenidos mediante mieloplastia abierta entre las 25 y 27 semanas de gestación en 2024 - 2025. Se evaluaron hallazgos de neurosonografía, resonancia magnética fetal y resultados postnatales.

Resultado: Se incluyeron 4 pacientes. En el diagnóstico prenatal, todos presentaron signos indirectos (cráneo en limón, cerebelo en banana) y disrafia espinal abierta. Se asociaron a Arnold-Chiari II y ventriculomegalia.

Conclusión: La reparación prenatal abierta de mielomeningocele puede mejorar el pronóstico neurológico y reducir la necesidad de derivación ventricular neonatal. Es crucial el tratamiento oportuno y el tipo de acceso uterino, ya que pue-

de afectar los resultados obstétricos y neonatales después de la reparación fetal.

180. Transfusión fetal intrauterina

GABRIEL EDGAR VILLAGÓMEZ MARTÍNEZ, EGLA EVELYN BARRERA LANDA, GUILLERMO DE LA CRUZ VILLALOBOS, LUIS ABEL GUZMÁN OCHOA, JUAN ANTONIO SORIA LÓPEZ

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

Antecedentes: El Parvovirus B19 (B19V) es un virus que durante el embarazo puede ocasionar complicaciones fetales graves como anemia severa, hidropesía e incluso muerte fetal. Se estima que hasta el 5% de las embarazadas se infectan y el 30% lo transmiten al feto, lo que resalta la importancia del diagnóstico, seguimiento y opciones terapéuticas para reducir la morbilidad perinatal.

Caso clínico: Paciente de 23 años, primigesta, asintomática, en adecuado control prenatal. En seguimiento se detectan signos de anemia fetal severa secundaria a infección por Parvovirus B19, y el tratamiento mediante transfusión intrauterina.

Conclusión: El diagnóstico prenatal oportuno de la infección por Parvovirus B19 es clave para implementar intervenciones que puedan reducir significativamente el riesgo de complicaciones fetales graves. Asimismo, la educación y sensibilización de las mujeres embarazadas respecto a los riesgos de esta infección son fundamentales.

181. Síndrome de heterotaxia. Diagnóstico prenatal

ANDRÉS MURILLO MENDOZA, GUILLERMO DE LA CRUZ VILLALOBOS, EGLA EVELYN BARRERA LANDA, TOMÁS IGNACIO GUZMÁN LÓPEZ, OSCAR RUBÉN TREVIÑO MONTEMAYOR

Hospital Universitario José Eleuterio González, Monterrey, Nuevo León.

Antecedentes: El síndrome de heterotaxia, o situs ambiguus, es una anomalía en la disposición

de los órganos torácicos y abdominales. Se ha clasificado en isomerismo derecho (asplenia) e izquierdo (poliesplenia). El pronóstico depende principalmente de las malformaciones cardíacas asociadas.

Caso clínico: Paciente de 25 años, con antecedentes de dos embarazos y una cesárea en curso de las 36.4 semanas del embarazo actual, sin adecuado control prenatal. Un ultrasonido externo a la semana 34 reportó cardiopatía no especificada, por lo que es referida a nuestra institución para estudio detallado.

Conclusión: El diagnóstico de heterotaxia es complejo. En el isomerismo derecho, el 50-100% suelen presentar ventrículos únicos, lo cual disminuye la supervivencia, estimando una supervivencia del 64% a los 5 años, con tratamiento adecuado.

182. Síndrome de regresión caudal

GABRIEL EDGAR VILLAGÓMEZ MARTÍNEZ, IVÁN VLADIMIR DÁVILA ESCAMILLA, LUIS ABEL GUZMÁN OCHOA, KENNY ITZEL CHAVAR RAMÍREZ, FELIPE ANTONIO MORALES CUELLAR

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

Antecedentes: El síndrome de regresión caudal es una anomalía congénita rara caracterizada por agenesia o hipoplasia del sacro y la columna lumbar, con alteraciones neurológicas, genitourinarias y gastrointestinales. Su etiología es multifactorial, asociada clásicamente a diabetes materna, aunque existen casos esporádicos.

Caso clínico: Paciente de 29 años, con antecedentes de tres embarazos, un parto y un aborto. En la semana 22.6, el ultrasonido evidenció defecto lumbosacro compatible con mielomeningocele. La neurosonografía confirmó el disrafismo espinal y sugirió ausencia del sacro.

Resultado: El síndrome de regresión caudal abarca un espectro de anomalías que afectan la función motora, urológica y gastrointestinal. Aunque se asocia a diabetes materna, este caso resalta su presentación aislada en una paciente



sin factores de riesgo, confirmando su etiología multifactorial.

Conclusión: El síndrome de regresión caudal puede presentarse sin factores de riesgo clásicos. La imagenología avanzada es esencial para el diagnóstico diferencial y el correcto asesoramiento familiar.

183. Arritmia fetal y trisomía 21

ÓSCAR RUBÉN TREVIÑO MONTEMAYOR, CLARA DEL CARMEN FLORES ACOSTA, LILIA CANO HINOJOSA, FELIPE ANTONIO MORALES CUÉLLAR, KENNY ITZEL CHAVAR RAMÍREZ

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

Antecedentes: Las arritmias fetales se presentan en el 1–2% de los embarazos. El diagnóstico diferencial puede ser desafiante, en particular entre bloqueo AV y bigeminismo atrial bloqueado. Aunque la mayoría son benignas, algunas se han asociado a alteraciones cromosómicas como la trisomía 21.

Caso clínico: Paciente de 19 años, con antecedentes de tres embarazos y un aborto quien ingresó a las 29.6 semanas de la gestación actual con bradicardia fetal. El ultrasonido mostró frecuencia ventricular de 80–85 lpm, interpretado como bigeminismo atrial bloqueado vs bloqueo AV de segundo grado. La ecocardiografía fetal documentó corazón estructuralmente normal.

Conclusión: Este caso resalta la complejidad diagnóstica. La arritmia fetal se interpretó prenatalmente como un bigeminismo atrial bloqueado, entidad generalmente benigna, lo que permitió un tratamiento expectante. La sospecha inicial de bloqueo AV de segundo grado se descartó tras el seguimiento ecocardiográfico. El diagnóstico de arritmia fetal representa un reto. Este caso demuestra que no todas las bradicardias corresponden a bloqueo AV. El seguimiento longitudinal y la correlación prenatal–postnatal son esenciales para el diagnóstico definitivo. La asociación con cromosomopatías debe considerarse.

184. Complejo de Fallot asociado a interrupción del arco aórtico

ANDRÉS MURILLO MENDOZA, LIZBETH ANGÉLICA ORTEGA MARISCAL, ILSE CHAVARRÍA RODRÍGUEZ, TOMÁS I. GUZMÁN PÉREZ, JOSÉ VILLARREAL RODRÍGUEZ
Hospital Universitario José Eleuterio González, Monterrey, Nuevo León.

Antecedentes: El complejo de Fallot es la cardiopatía cianógena más común, pero su coexistencia con la interrupción del arco aórtico es una combinación rara (2 por cada 100,000 nacidos vivos). Esta asociación presenta importantes desafíos diagnósticos y terapéuticos en el periodo prenatal.

Caso clínico: Paciente de 46 años, con antecedentes de cuatro embarazos, dos cesáreas y un aborto, referida al hospital por restricción del crecimiento intrauterino y cardiopatía fetal. A las 26.4 semanas se realiza ultrasonido que evidencia comunicación interventricular amplia y aorta cabalgada. La paciente continuó su control prenatal; sin embargo, a las 32.1 semanas se evidencia ausencia de frecuencia cardíaca fetal, por lo que se decide la interrupción del embarazo.

Conclusión: El diagnóstico prenatal de esta cardiopatía compleja es un hallazgo de gran relevancia, ya que se trata de una cardiopatía poco frecuente, con elevada morbilidad. Aunque el riesgo es alto, el diagnóstico intrauterino mejora significativamente el pronóstico al posibilitar una planificación del tratamiento postnatal.

185. Aplicación clínica de marcadores blandos

CÉSAR ALEJANDRO ALONSO TELLEZ, ALDO FRANCISCO RODRÍGUEZ RUIZ
Hospital General Saltillo, Saltillo, Coahuila.

Antecedentes: Los marcadores blandos son hallazgos ecográficos sutiles detectados en el segundo trimestre, que no son malformaciones pero pueden asociarse a anomalías cromosómicas. Su evaluación sistemática es esencial para una atención obstétrica de calidad.

Caso clínico: Paciente de 35 años quien acude a valoración ultrasonográfica referida por encontrar edad gestacional menor por longitud de fémur. La exploración ultrasonográfica se realizó con equipo Voluson.

Conclusión: Se destacan diversos hallazgos, entre ellos un defecto cardíaco (comunicación interventricular), signo de "doble burbuja" en abdomen y acortamiento de huesos largos. Los hallazgos ultrasonográficos, defecto cardíaco, signo de "doble burbuja", acortamiento de huesos largos, pie en sandalia, arteria umbilical única e hipoplasia nasal, constituyen un conjunto de marcadores fuertes de aneuploidía, particularmente trisomía 21 (síndrome de Down), con un riesgo específico elevado de 1 en 5.8, calculado mediante la fórmula de Age Adjusted Ultrasound Risk.

186. Síndrome Fisher-Evans en el embarazo

GRECIA PAULINA PÉREZ RAMÍREZ, ANAID HERRERÍAS GARCÍA, LUIS ARTURO CASTALDI BERMUDEZ
Hospital General León, Guanajuato.

Antecedentes: El síndrome de Fisher-Evans es una enfermedad autoinmune que se presenta con dos o más citopenias (anemia hemolítica autoinmune, trombocitopenia inmunitaria y, en ocasiones, neutropenia). Su prevalencia se estima entre 0.8% y 4%, es más común en mujeres y su diagnóstico es de exclusión.

Caso clínico: Paciente en la quinta década de la vida, con 30.3 semanas de embarazo, con cuadro de diarrea de seis días previos, remitido a su llegada. Refiere diagnóstico de colitis ulcerativa crónica, diabetes e hipotiroidismo en 2022. Se solicitan laboratorios y panel inmunológico, con anticuerpos anti-peroxidasa positivos. Se comienza tratamiento con bolos de dexametasona. Al no presentar la mejoría esperada, se indica prednisona 100 mg VO. Se egresa con mejoría y esquema de reducción paulatina. Un mes después, la paciente ingresa para resolución del embarazo por ruptura de membranas.

Conclusión: El síndrome de Evans es un padecimiento poco común. Su transcurso en la gestación es extremadamente raro. Su diagnóstico oportuno es clave para prevenir la alta morbilidad e incluso una mortalidad de hasta el 30% en el año siguiente al diagnóstico.

187. Tratamiento de paciente con cuello uterino corto en embarazo gemelar

MARIBEL LARA CHAVARRÍA, ERIKA GIOVANNA BALDERRAMA RÍOS, ALAN GURROLA NÁJERA
Secretaría de Salud

Antecedentes: El embarazo gemelar presenta un mayor riesgo de parto pretérmino. La detección de un cuello uterino corto y la colocación de un pesario vaginal pueden mejorar el pronóstico. Estudios han demostrado una reducción del parto pretérmino con menos de 34 semanas de embarazo al utilizar pesario frente al tratamiento expectante. Estos casos ilustran su utilidad.

Casos clínico: Paciente de 29 años, con antecedentes de un embarazo y una cesárea, con embarazo gemelar. A las 25 semanas de gestación se identificó cuello uterino de 5 mm con membranas abombadas. Ante la amenaza de parto pretérmino y con un cultivo vaginal positivo para *Enterobacter* spp., se inició tratamiento antibiótico.

Conclusión: El cuello corto es el principal predictor de prematuridad. Cuando la progesterona falla, el cerclaje puede ser una opción. El pesario constituye una alternativa conservadora y mínimamente invasiva. El pesario de Arabin modifica el ángulo del cuello uterino, reduciendo la presión y el riesgo de dilatación prematura. Este caso evidencia que el uso oportuno del pesario puede retrasar el parto pretérmino incluso en cuellos críticos. La colocación de pesario es una opción eficaz para prolongar la gestación en embarazos gemelares con acortamiento cervical. El tratamiento multidisciplinario permitió un control adecuado del crecimiento fetal, la función tiroidea y el riesgo obstétrico.



188. Diagnóstico por ultrasonido de gastrosquisis.

BRIANDA LIZETH MALDONADO CAMPOS, SIMÓN CASTRO MELÉNDEZ

Hospital General Dr. Norberto Treviño Zapata, Ciudad Victoria, Tamaulipas.

Antecedentes: La gastrosquisis es el defecto congénito de pared abdominal más frecuente. El 95% de los defectos se sitúa a la derecha del cordón umbilical. Las asas expuestas no están protegidas por una membrana peritoneal. La prevalencia es de 4.9 casos por cada 10,000 nacimientos.

Caso clínico: Paciente de 16 años quien acudió al hospital para inicio de control prenatal a las 24.5 semanas de embarazo. Niega antecedentes de tabaquismo, etilismo o toxicomanías. Al ultrasonido se observa un feto único vivo con un defecto en la pared abdominal de aproximadamente 1.5 cm, con protrusión de asas intestinales en contacto con el líquido amniótico, sin observarse membrana que la recubra.

Conclusión: Son conocidas las complicaciones prenatales en este tipo de casos, tales como restricción del crecimiento fetal y muerte fetal, así como complicaciones postnatales como sepsis, enterocolitis necrotizante y síndrome de intestino corto, entre otras.

189. Coartación aórtica en el feto: Caso clínico

TELMA LIZETH CASAS TLATUANI, IRAIS GABRIELA TREVILLA PALMA, DIANA JIMÉNEZ GONZÁLEZ, LUIS FELIPE COYOTECATL RAMOS

Hospital Regional de Alta Especialidad Bicentenario de la Independencia, ISSSTE, Tultitlán, Estado de México.

Antecedentes: La coartación de la aorta es una cardiopatía congénita que se describió por primera vez en el siglo XVIII. La hipoplasia del arco aórtico en diversos grados es una característica acompañante común. La falta de un diagnóstico fiable prenatalmente o al nacer es una preocupación, ya que los neonatos pueden presentar

un colapso repentino. Tras el nacimiento y el cierre ductal, una coartación crítica provocará mala perfusión y puede desencadenar un shock circulatorio.

Caso clínico: Paciente de 39 años con antecedente de dos embarazos y un aborto con diagnóstico fetal de coartación de la aorta.

Conclusión: La coartación de la aorta, aunque es una patología conocida, su detección diagnóstica es difícil. Es de vital importancia, ya que el desenlace puede ser mortal, asociándose a muerte súbita o hipertensión arterial sistémica, que puede generar diversas complicaciones a largo plazo.

190. Espectro de acretismo placentario

MICHELLE ARREOLA LIMA, CÉSAR HUMBERTO FREGOSO RON

Hospital de la Mujer Nayarit, Tepic, Nayarit.

Antecedentes: El espectro de placenta se refiere al rango de adherencia patológica de la placenta. Se produce cuando la placenta se adhiere a una zona pobremente decidualizada. Los factores de riesgo más comunes son cesáreas previas y placenta previa. La morbilidad y mortalidad materna pueden ocurrir debido a hemorragia grave.

Caso clínico: Paciente de 28 años, primigesta, sin control prenatal, en quien el ultrasonido reportó un feto de 33.5 semanas de gestación, con placenta previa y datos de acretismo placentario, incluyendo lagos placentarios irregulares, vasculatura en la interfaz vesico-uterina y adelgazamiento del miometrio. Hallazgos al nacimiento: recién nacido vivo de 2500 g. Hallazgos quirúrgicos: se observa "cabeza de medusa" en la pared anterior y vejiga sugerentes de percreta. Hallazgos histopatológicos: placenta percreta.

Conclusión: El acretismo placentario constituye una de las principales causas de hemorragia obstétrica grave y morbimortalidad materna. Su incidencia ha aumentado, principalmente asociada al incremento de cesáreas previas. En el caso presentado, no se identificaron los factores

de riesgo determinantes descritos en la literatura, lo cual lo hace relevante.

191. Hidrocefalia secundaria a parvovirus B19

ITZEL ALEXANDRA LÓPEZ CASTAÑEDA, RICARDO REZA VILLALOBOS

Hospital General Salvador Zubirán Anchondo, Chihuahua, Chihuahua.

Antecedentes: La ventriculomegalia es la dilatación del diámetro cerebral ≥ 10 mm. Puede tener múltiples etiologías. El parvovirus B19, si se transmite transplacentariamente, puede tener consecuencias graves, como anemia fetal severa que puede evolucionar a hidrops fetal no inmune.

Caso clínico: Primigesta con adecuado control prenatal. A las 36.3 semanas se hace el hallazgo de hidrocefalia fetal bilateral. El perfil TORCH resulta positivo para parvovirus B19. Se interrumpe el embarazo a las 37 semanas, obteniéndose un producto con datos francos de hidrocefalia. Se comprueba por PCR la positividad a Parvovirus B19.

Conclusión: La hidrocefalia debe investigarse de forma holística. El cribado serológico en casos sugestivos es esencial para orientar el diagnóstico.

192. Diagnóstico ultrasonográfico de holoprosencefalia

BIANCA GUADALUPE MONTOYA LÓPEZ, FRANCISCO JAVIER CASTRO APODACA, ALÁN HAMID GÁMEZ MEZA, NANCY GODOY RODRÍGUEZ

Hospital de la Mujer, Culiacán, Sinaloa.

Antecedentes: La holoprosencefalia es una malformación que involucra una falta de separación de la línea media de los hemisferios cerebrales. Su prevalencia es de 11.34 casos por cada 10,000 nacimientos. Muchos casos de holoprosencefalia presentan anomalías craneofaciales asociadas, como ciclopía, etmocefalia y labio leporino.

Caso clínico: paciente de 18 años, con antecedente de un embarazo en curso de la 28.1

semanas de la gestación actual. En ultrasonido estructural del segundo trimestre se documentó la existencia de un feto único, con holoprosencefalia alobar y múltiples malformaciones faciales, incluyendo ciclopía y probóscide.

Conclusión: Los estudios ultrasonográficos del primer y segundo trimestre son fundamentales para el diagnóstico de malformaciones congénitas. Los equipos avanzados permiten hacer diagnósticos oportunos, lo que facilita la toma de decisiones tempranas y el asesoramiento genético a los padres.

193. Diagnóstico prenatal de ictiosis arlequín

VERÓNICA DENISE DE ALBA HERNÁNDEZ, MARÍA FERNANDA HUERTA PÉREZ, MIGUEL ÁNGEL BONAPARTE PIMENTEL, DAYANA FERNANDA ESPINOZA MONTES, RAÚL GARCÍA HURTADO

Hospital General de Occidente, Guadalajara, Jalisco.

Antecedentes: La ictiosis arlequín es una genodermatosis autosómica recesiva poco frecuente (1 por cada 300,000 nacidos vivos), causada por mutaciones en el gen ABCA12. La enfermedad carece de tratamiento curativo y se asocia con alta mortalidad neonatal. El diagnóstico prenatal es fundamental, pero su confirmación intraútero sigue siendo limitada.

Objetivo: La ictiosis arlequín es una genodermatosis con elevada morbilidad neonatal. El diagnóstico prenatal resulta complejo, dado que los hallazgos ecográficos característicos suelen manifestarse en etapas tardías del embarazo.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio descriptivo tipo reporte de caso en el Hospital General de Occidente. La información se obtuvo de la historia clínica, exploración física y estudios de imagen.

Resultado: En el caso presentado, los hallazgos clínicos y ecográficos fueron consistentes con ictiosis arlequín. Durante la evaluación prenatal, el examen ecográfico reveló alteraciones faciales, contracturas de extremidades y pliegues cutáneos redundantes.



Conclusión: La ictiosis arlequín es una enfermedad genética rara con alta letalidad neonatal. Este caso evidencia cómo un control prenatal subóptimo, aun con la realización de ultrasonidos por personal sin experticia en Medicina Materno-Fetal, puede impedir la detección oportuna de malformaciones graves.

194. Síndrome de Body Stalk

JOVELLY PÉREZ BENITEZ, ANA KAREN RUIZ DIONICIO
Hospital de la Mujer

Antecedentes: El Síndrome de Body Stalk (SBS) es un defecto congénito severo que afecta la pared toracoabdominal, frecuentemente acompañado de anomalías en extremidades, columna y sistema genitourinario. La prevalencia varía entre 1 en 14,000 y 1 en 42,000 embarazos. Factores de riesgo asociados incluyen edad materna, consumo de cocaína y tabaquismo.

Caso clínico: Paciente de 22 años, con un embarazo, antecedentes de tabaquismo, alcoholismo y consumo de marihuana, cocaína y PVC.

Resultado: El síndrome de Body Stalk es un síndrome polimalformativo que resulta de una combinación de anormalidades del desarrollo. Sus características típicas lo hacen detectable por ecografía al final del primer trimestre, y su diagnóstico oportuno es imprescindible para el asesoramiento.

Conclusión: El síndrome de Body Stalk es un defecto congénito severo incompatible con la vida. Detectarlo a tiempo mediante ecografía permite tomar decisiones informadas, así como fortalecer la importancia de la prevención del consumo de sustancias en mujeres en edad fértil para promover embarazos más seguros.

195. Linfangioma quístico cervicodorsal

JULIA ISIS PARADA LÓPEZ
Hospital General de Zona 20, Tláhuac, Instituto Mexicano del Seguro Social, Ciudad de México.

Antecedentes: Los defectos congénitos son anomalías estructurales, funcionales o bioquímicas.

La OMS define el diagnóstico prenatal como todas las estrategias para identificar un defecto congénito durante la gestación. Aproximadamente el 2% de los nacimientos presentan algún tipo de defecto congénito.

Objetivo: Describir un caso clínico de linfangioma quístico cervicodorsal diagnosticado prenatalmente, asociado a hidrocefalia, cardiomegalia y nevo melanocítico congénito gigante, y analizar sus implicaciones clínicas y pronósticas.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio observacional, retrospectivo, en forma de reporte de caso, complementado con revisión de la literatura, a partir de la valoración prenatal, evolución clínica y hallazgos postnatales de un feto con linfangioma quístico cervicodorsal.

Resultado: El linfangioma quístico es una malformación congénita rara del sistema linfático (1:6,000 a 1:16,000 nacidos vivos). Hasta el 50% de los casos se asocian con síndromes genéticos como trisomía 21, 18, 13 y síndrome de Turner. La ecografía prenatal revela masas quísticas multilobuladas.

Conclusión: En este caso, la ecografía permitió el diagnóstico prenatal de linfangioma quístico asociado a malformaciones complejas. El hallazgo en el tercer trimestre limitó las opciones de tratamiento prenatal. La necropsia clínica corroboró y complementó las patologías fetales existentes.

196. Síndrome de Edwards. Reporte de caso

LILIANA KAVANAGH LÓPEZ, FRANCISCO JESÚS LEYVA FERNÁNDEZ, LUIS ALBERTO PUGLIESSE DE LA FUENTE
Unidad Médica de Alta Especialidad HGO #23 Monterrey, Nuevo León

Antecedentes: La trisomía 18 o síndrome de Edwards es la segunda aneuploidía autosómica más frecuente, caracterizada por elevada mortalidad y múltiples malformaciones. Su incidencia estimada es de 1 en 6,000 a 8,000 nacidos vivos.

Caso clínico: Paciente de 28 años con antecedente de dos embarazos y una cesárea. A las 20.3

semanas se documentó hipoplasia nasal, atresia duodenal e hipoplasia renal. Se practicó la cordocentesis a las 26.4 semanas, con diagnóstico citogenético de mosaicismo para trisomía 18. El resultado confirmó el mosaicismo. Se explicó a los padres el pronóstico reservado y se ofreció consejería genética multidisciplinaria.

Conclusión: El síndrome de Edwards tiene elevada mortalidad. El mosaicismo modifica el espectro clínico. Es esencial la consejería genética y el tratamiento multidisciplinario. El enfoque debe priorizar la calidad de vida y la comunicación clara con los padres.

197. Diagnóstico prenatal de CAKUT por ultrasonido

OSCAR ALEJANDRO LÓPEZ MONTERRUBIO, ISELA JULIANA BARRITA DOMÍNGUEZ, DANNIELA NIEBLA CÁRDENAS
Hospital General Dr. Manuel Gea González, Ciudad de México.

Antecedentes: Las anomalías congénitas renales y del tracto urinario (CAKUT) son un defecto raro al nacimiento. Los ultrasonidos durante el embarazo permiten diagnosticar más del 50% de los casos. El diagnóstico prenatal tiene un papel primordial para una intervención oportuna y tratamiento multidisciplinario.

Objetivo: Describir la utilidad del ultrasonido para clasificar el tipo de CAKUT y la posible asociación con otras anomalías, para dar un tratamiento interdisciplinario adecuado y disminuir la morbilidad neonatal.

Materiales y métodos: Se efectuó una búsqueda de artículos en bases de datos como PubMed, Nature y Clinical Key con las palabras clave "anomalías congénitas renales", "malformaciones renales" y "ultrasonido renal fetal".

Resultado: El ultrasonido es el método diagnóstico estándar de oro, con una tasa diagnóstica del 60 al 80% de los fetos, y aumenta su sensibilidad en el tercer trimestre, permitiendo un abordaje multidisciplinario temprano.

Conclusión: La prevalencia mundial de CAKUT es de 4 a 60 por cada 10,000 nacimientos. Esto

puede variar según el método diagnóstico, las diferencias étnicas y los factores de riesgo asociados que pueden influir en el desarrollo de estas alteraciones.

198. Obstrucción intestinal baja fetal

EDGAR IVÁN MENDOZA RÍOS, JOSÉ ANTONIO RAMÍREZ CALVO, ANA GABRIELA ESPINOSA REYES, JUAN MANUEL GALLARDO GAONA, BERENICE VELÁZQUEZ TORRES
Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, Ciudad de México.

Antecedentes: La obstrucción intestinal baja fetal es una estenosis o atresia del duodeno, yeyuno o íleon, con una prevalencia de 0.4 a 12.8 por cada 10,000. Aunque generalmente tienen un pronóstico favorable (supervivencia del 86.2%), estas anomalías requieren intervención quirúrgica neonatal. Hasta un 50% pueden cursar con otras anomalías y un tercio con trisomía 21.

Caso clínico: Paciente de 25 años, con antecedente de dos embarazos y una cesárea en evolución de las 32 semanas de la gestación actual y diagnóstico de obstrucción intestinal alta. Se valora por Medicina Materno-Fetal con hallazgo de polihidramnios severo (ILA 46.9 cm).

Conclusión: La obstrucción intestinal baja prenatal requiere vigilancia estrecha y tratamiento multidisciplinario. A pesar del buen pronóstico posquirúrgico, las anomalías asociadas condicionan los desenlaces perinatales.

199. Síndrome de Cantrell: reporte de un caso

POLETTE ALEJANDRA SOTO FLORES, DAFNE GEORGE REYES
Hospital General Tlaxcala, Hospital de la Mujer, Tlaxcala.

Antecedentes: La pentalogía de Cantrell es un conjunto de cinco anomalías congénitas de la línea media. Su incidencia es de entre 1:65,000 y 1:200,000 nacimientos. El pronóstico es desalentador. El diagnóstico temprano brinda la oportunidad de discutir las alternativas terapéuticas.



Caso clínico: Paciente de 36 años, con embarazo de 29.6 semanas. Con ultrasonido estructural tardío con estructura torácica anormal, por ectopia cordis y disrupción de la pared abdominal con protrusión del hígado.

Conclusión: La pentalogía de Cantrell tiene una baja incidencia. El diagnóstico prenatal por ecografía cobra gran utilidad para proporcionar a los padres la oportunidad de decidir sobre la continuación del embarazo.

200. Síndrome de microdeleción 2q37

CAROLINA CONTRERAS GUTIÉRREZ, PAÚL ALBERTO SANDOVAL QUIÑONEZ, MARÍA FERNANDA OLAYA REYES, BÁRBARA BRIGITTE SOLANO SARABIA

Centro de Diagnóstico fetal CDF, Los Mochis, Sinaloa.

Antecedentes: El síndrome por microdeleción 2q37 es una anomalía cromosómica poco frecuente, causada por la pérdida del brazo largo del cromosoma 2. Se asocia a un fenotipo heterogéneo que incluye retraso en el desarrollo, rasgos dismórficos y anomalías esqueléticas. El síndrome de microdeleción 2q37 representa un reto diagnóstico debido a su expresividad variable. La pérdida de genes clave en la región 2q37, como HDAC4, ha sido relacionada con la braquidactilia y los problemas de neurodesarrollo, lo que aporta bases moleculares al fenotipo.

Caso clínico: Paciente primigesta de 24 años. En ultrasonido de primer trimestre se encuentra arteria umbilical única e imagen de doble burbuja compatible con síndrome de microdeleción 2q37.

Conclusión: La baja prevalencia de este síndrome no debe restar importancia a su reconocimiento, ya que facilita la detección temprana de comorbilidades graves, como malformaciones cardíacas y problemas metabólicos, que pueden impactar significativamente la calidad de vida.

201. Secuestro broncopulmonar extralobar infradiafragmático

ZAMIRA ALEXEY BUSTOS CONTRERAS, LAURA ELENA LÓPEZ SAIZ, LIZBETH JAZMIN GUERRERO SOTO

Hospital Infantil Estado de Sonora, Hermosillo, Sonora

Antecedentes: El secuestro broncopulmonar es una anomalía congénita de baja frecuencia que consiste en tejido broncopulmonar no funcional. La incidencia se estima en 0.15-1.7%. La mayoría se identifica en la ecografía morfológica de rutina.

Caso clínico: Paciente primigesta de 33 años, con embarazo de evolución normal. En el ultrasonido del primer trimestre no se observaron alteraciones. En el ultrasonido se detectó un secuestro broncopulmonar extralobar. Éste es una variante extremadamente de baja frecuencia. Su origen se asocia con un brote accesorio del intestino anterior que desarrolla irrigación sistémica independiente, generalmente proveniente de la aorta abdominal.

Conclusión: El secuestro broncopulmonar extralobar infradiafragmático puede ser detectado durante la evaluación prenatal mediante ultrasonido y Doppler. El seguimiento ecográfico seriado permite valorar la evolución y descartar repercusiones hemodinámicas, lo que orienta hacia una conducta expectante en ausencia de complicaciones.

202. Megavejiga y anhidramnios

KARINA MATA DE LA ROSA, JOSÉ EDUARDO CEPEDA RODRÍGUEZ, DANIELA DÍAZ HERNÁNDEZ, LILIANA ALEJANDRA CORONADO RODRÍGUEZ, IVONNE AIDEE VARGAS SEGURA
Hospital Universitario de Saltillo, Saltillo, Coahuila.

Antecedentes: La megavejiga fetal se define en el primer trimestre como un diámetro vesical >7 mm. Puede asociarse a anomalías cromosómicas y síndromes genéticos, como el síndrome de megavejiga-microcolon-hipoperistalsis intestinal (MMIHS).

Caso clínico: Paciente de 21 años con antecedente de dos embarazos y una cesárea. A las 13.4 semanas del embarazo actual en el tamizaje prenatal se detectó la megavejiga fetal, con ries-

go aumentado deaneuploidías. La megavejiga se resolvió, espontáneamente, a la semana 15. A las 32.1 semanas de gestación se evidenció el anhidramnios y los genitales ambiguos. El perfil TORCH reportó IgG positiva para citomegalovirus (más de 500 U/mL).

Conclusión: La megavejiga fetal es un hallazgo poco frecuente. La resolución espontánea puede asociarse a evolución favorable; sin embargo, la aparición de anhidramnios sin criterios de obstrucción de vías urinarias debe hacer sospechar una causa genética o sindrómica.

203. Diagnóstico prenatal de troncus arterioso

GERARDO HERNÁNDEZ SÁNCHEZ, GUILLE MARÍA FERNANDA LUPERCIO SEGOVIANO, MARÍA CAROLINA BECERRA ÍÑIGUEZ, BARINCKA ELSA ACOSTA BARAJAS
Clínica Fetal Med&C, Ciudad de México.

Antecedentes: El tronco arterioso persistente es una anomalía cardíaca poco frecuente (1.6% de los defectos cardíacos congénitos). Se produce cuando hay una septación incompleta del tronco arterioso embrionario hacia la arteria pulmonar y la aorta.

Caso clínico: Latina de 32 años, primigesta, con embarazo de 24.2 semanas, remitida para un examen detallado por sospecha de anomalía cardíaca.

Conclusión: El ultrasonido obstétrico evidenció una cardiopatía congénita de tipo Troncus arteriosus tipo 1. A petición de los padres, se interrumpió el embarazo, con nacimiento de un óbito de 530 g. Si bien el diagnóstico intrauterino de tronco arterioso puede ser difícil, es posible detectar esta afección mediante una ecografía detallada.

204. Tuberculosis miliar en el embarazo

JULIO CÉSAR PAZ CARRANZA, ERIKA RAÑA POHLS, RAFAEL AGUILAR PEÑA, EMILY MUÑOZ SARMIENTO
Hospital Integral de la Mujer del Estado de Sonora.

Antecedentes: La tuberculosis miliar es una forma grave y diseminada de tuberculosis,

que representa del 1 al 2% de los casos activos y es particularmente letal en poblaciones vulnerables, como durante el embarazo. En todos los casos con sospecha de tuberculosis es importante analizar las características clínicas, diagnósticas y terapéuticas de un

Caso clínico: Paciente adolescente con tuberculosis miliar, embarazada; por lo tanto, con repercusiones en la placentación, restricción del crecimiento intrauterino y riesgo de preeclampsia.

Conclusión: El principal mecanismo desencadenante de las complicaciones maternas y fetales subyace en una respuesta inflamatoria sistémica, inmunosupresión y placentación anómala. La tuberculosis miliar durante el embarazo es un reto diagnóstico. La inmunosupresión de la gestación favorece la diseminación del bacilo, conllevando complicaciones como restricción del crecimiento intrauterino, parto pretérmino y preeclampsia. La detección temprana y el inicio oportuno del tratamiento son determinantes.

205. Placenta percreta: diagnóstico prenatal

AIDEÉ PAMELA ORDUÑA NÚÑEZ

Secretaría de Salud, Hospital General Gómez Palacio, Durango.

Antecedentes: La placenta percreta es la forma más grave del espectro de acretismo placentario, asociada a hemorragia masiva, histerectomía periparto y alta morbilidad materna. El diagnóstico prenatal oportuno permite planificar la resolución en un entorno multidisciplinario.

Caso clínico: Paciente de 21 años, con antecedentes de un embarazo y una cesárea en curso de las 36 semanas de gestación. A la semana 30, el ultrasonido mostró signos sugerentes de placenta percreta. Se corroboró el diagnóstico mediante resonancia magnética.

Conclusión: El diagnóstico prenatal de placenta percreta permite una planeación quirúrgica adecuada y la preparación de recursos. La coordinación multidisciplinaria sigue siendo



determinante para reducir complicaciones en esta enfermedad de alto riesgo obstétrico.

206. Atresia duodenal

LUIS MANUEL TAPIA MEDINA, ALEJANDRA IVONNE SOTRES GUERRERO, JULIO CÉSAR RODRÍGUEZ VERDUZCO, FAUSTO MOISES CORONEL CRUZ, JAVIER ORTIZ BETANCOURT
Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga, Ciudad de México.

Antecedentes: El páncreas anular es una causa de atresia duodenal que ocasiona una compresión externa sobre el duodeno. Es importante comprender la atresia duodenal como malformación congénita, enfocándose en su diagnóstico prenatal mediante ultrasonido y su asociación con síndromes genéticos, con el fin de mejorar la detección temprana y la orientación médica perinatal.

Caso clínico: feto con diagnóstico prenatal de atresia duodenal diagnosticada mediante ultrasonido en el segundo trimestre. Los hallazgos ultrasonográficos mostraron el signo clásico de la “doble burbuja”, por dilatación del estómago y el duodeno.

Conclusión: Las dos características ultrasonográficas (cuando son hallazgos aislados) son la imagen en “doble burbuja” por dilatación del duodeno y el subsecuente polihidramnios.

207. Secuencia acrania-exencefalia-anencefalia

RAMÓN YESHUAD SOSA FLORES, FERNANDA DENISSE MIRANDA VILLAREAL, RITA CIGARROA MÉNDEZ, MARÍA FEÉIX AGUILAR LÓPEZ, ADRIANA CRUZ VÁZQUEZ
Hospital Regional Pemex Ciudad Madero, Tamaulipas.

Antecedentes: La secuencia acrania-exencefalia-anencefalia describe una secuencia letal en la que la ausencia de cráneo progresa a exencefalia y finalmente a anencefalia.

Caso clínico: Paciente de 28 años con antecedente de dos embarazos y una cesárea; el actual con embarazo gemelar monocorial-biamniótico de 13.3 semanas, con diagnóstico de secuencia

acrania-exencefalia-anencefalia en un gemelo.

Conclusión: La coexistencia de secuencia acrania-exencefalia-anencefalia en un gemelo incrementa el riesgo de complicaciones intergemelares: TTTS, TAPS, TRAP y restricción del crecimiento intrauterino. En embarazos monoamnióticos, se añade el riesgo de entrelazamiento de cordones. La acrania-exencefalia-anencefalia en gemelos sigue la misma progresión que en gestaciones únicas, pero el entorno monocoriónico agrega un alto riesgo vascular. La clave es la detección ecográfica precisa, la consejería temprana y, cuando corresponda, intervenciones fetoscópicas para salvaguardar al gemelo sano.

208. Síndrome de regresión caudal

DANIELA CUÉLLAR RODRÍGUEZ, OSCAR JAVIER CORONADO LÓPEZ, MIGUEL ÁNGEL GONZÁLEZ NAZAR, PEDRO ABEL BELTRÁN PEÑALOZA
Hospital Ginequito, Monterrey, Nuevo León.

Antecedentes: Reconocer la importancia de un buen control glucémico previo y durante el embarazo en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 implica buscar, intencionalmente, malformaciones en el ultrasonido cuando se sospecha de estas alteraciones.

Caso clínico: Paciente de 44 años con antecedente de dos embarazos y un aborto, con diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial crónica, con mal control metabólico y tensional previo y durante el embarazo. El ultrasonido estructural a las 22.4 semanas de embarazo reportó la existencia de un masculino con ILA menor de 3, sin visualización de riñones ni arterias renales, e hipoplasia pulmonar. Diagnóstico presuntivo: síndrome de Potter. Se continúa control prenatal por decisión de los padres. Cesárea a las 37.5 semanas de embarazo, obteniendo producto masculino de 2550 g. Ingres a unidad de cuidados intensivos neonatales por dificultad respiratoria.

Conclusión: El síndrome de regresión caudal, asociado con mal control glucémico hace hincapié en la importancia de un estricto control

metabólico antes y durante el embarazo. La hiperglucemia en la madre incrementa el riesgo de complicaciones y malformaciones congénitas graves.

209. Pentalogía de Cantrell

LIZBETH JAZMÍN GUERRERO SOTO, LAURA ELENA LÓPEZ SAIZ, ZAMIRA ALEXEY BUSTOS CONTRERAS
Hospital Infantil del Estado de Sonora, Hermosillo, Sonora

Antecedentes: La pentalogía de Cantrell es una malformación congénita de baja frecuencia (1 en 65,000 nacimientos) caracterizada por una combinación de cinco defectos: onfalocele, hendidura esternal, anomalías intracardíacas, defecto diafragmático y pericárdico. La presentación con ectopia cordis es aún más de baja frecuencia, con una supervivencia del 5%.

Caso clínico: Paciente de 27 años, primigesta, acude a ecografía de primer trimestre, identificándose un embarazo de 18.0 semanas. La pentalogía de Cantrell con ectopia cordis es extremadamente de baja frecuencia. Es una alteración embrionaria provocada por una migración alterada del mesodermo, con desarrollo anormal del corazón y grandes vasos entre los 14-18 días de gestación.

Conclusión: La pentalogía de Cantrell es una malformación con pronóstico letal. Su diagnóstico prenatal mediante ecografía es fundamental para el adecuado asesoramiento y la toma de decisiones clínicas. La detección temprana permite orientar a los padres y realizar un abordaje multidisciplinario.

210. Hernia escrotal fetal. Reporte de caso

SEBASTIÁN EDUARDO PUENTE TOBIÁS, GABRIEL ENRIQUE CASTILLO MARTÍN DEL CAMPO, ANTONIO JESÚS BRISEÑO SAINZ, CARMÍ ROSALES HERRERA, LAURA VÁZQUEZ PADILLA
Hospital de la Niñez y la Mujer Dr. Alberto López Hermosa, San Luis Potosí, SLP.

Antecedentes: La hernia inguinal es una afección quirúrgica pediátrica común (hasta 4% en

bebés a término). Sin embargo, la hernia inguinoescrotal se diagnostica raramente durante el embarazo. Es esencial examinar los testículos del feto durante las ecografías a partir de las 32 semanas de gestación.

Caso clínico: Paciente de 22 años con antecedente de un embarazo y el actual en curso de las 32.2 semanas. Control prenatal con siete consultas y cuatro ultrasonidos reportados como normales. Se inició la inducción del trabajo de parto y se obtuvo un recién nacido masculino de 2480 g, de 34.5 semanas de gestación por Capurro.

Conclusión: El diagnóstico prenatal de la hernia inguinoescrotal es un desafío. La ecografía es la principal herramienta diagnóstica, y la detección de peristalsis intestinal dentro de la masa escrotal es crucial para la confirmación. El seguimiento ecográfico estricto es el tratamiento prenatal recomendado.

211. Marcadores ecográficos tempranos

MARÍA DE LOS ÁNGELES MEDINA ALMADA, ERIKA FERNANDA RAÑA POHLS, LAURA ELENA LÓPEZ SAIZ
Hospital Infantil del Estado de Sonora, Hermosillo, Sonora.

Antecedentes: La trisomía 13 y 18 son aneuploidías poco frecuentes, con incidencias de 1/10,000 y 1/6,000 respectivamente. Ambas se caracterizan por múltiples malformaciones y elevada mortalidad perinatal. El ultrasonido de tamizaje del primer trimestre es fundamental para la identificación temprana de marcadores de alta sospecha.

Caso clínico: Paciente de 31 años, con 12.3 semanas de embarazo en quien en el tamizaje del primer trimestre se encontraron múltiples marcadores ecográficos sugerentes de trisomía 13/18, entre ellos quiste de cordón, labio y paladar hendido y megavejiga. Las trisomías 13 y 18 tienen alta mortalidad perinatal, con una tasa de mortalidad fetal del 50% antes de las 20 semanas de gestación.

Conclusión: El tamizaje del primer trimestre es un método fundamental que permite identificar



fetos con alto riesgo de aneuploidías graves. Esta detección temprana permite realizar estudios confirmatorios y facilita la toma de decisiones informadas, brindando así un asesoramiento oportuno.

212. Encefalocele frontal: reporte de un caso

LUCERO CARRO REYES, DAFNE YESENIA GEORGE REYES
Hospital General Tlaxcala, Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer, Tlaxcala.

Antecedentes: El encefalocele es una enfermedad causada por la separación incompleta del ectodermo del neuroectodermo; se caracteriza por una protrusión del contenido intracraneal debido a alteraciones del cierre del tubo neural. Representa el 12% de los casos. La ecografía sigue siendo la herramienta de elección para detectar anomalías en el desarrollo del sistema nervioso central, debiendo demostrar el defecto del cráneo para el diagnóstico de encefaloceles.

Caso clínico: Paciente de 26 años, con hipertensión arterial crónica, con antecedente de un embarazo y una cesárea. El embarazo actual se diagnosticó a las tres semanas, con consumo de folatos desde el primer trimestre. Se diagnosticó encefalocele frontal. A la exploración se visualizó una fisura interhemisférica, sin advertir en el cavo del septo pellucidum.

Conclusión: El diagnóstico prenatal del encefalocele fetal es fundamental para visualizar la ubicación anatómica y el contenido neural implicado, estableciendo así el pronóstico postnatal. El tratamiento requiere un equipo multidisciplinario para ofrecer una toma de decisiones informada a los padres respecto al futuro del embarazo.

213. Cirugía prenatal en comparación con postnatal de mielomeningocele

KARLA ANDREA ACOSTA SÁNCHEZ, ANGÉLICA EVANGELISTA PAREJA, FELIPE CHAVELAS OCHOA, ROGELIO CRUZ MARTÍNEZ, CHRISTIAN ENRIQUE PORTUGAL CRUZ
Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer, Querétaro, Qro.

Antecedentes: El mielomeningocele es una malformación causada por anomalías del cierre neural, que condiciona riesgo de daño motor, incontinencia e hidrocefalia. La publicación del estudio MOMS en 2011 demostró que la cirugía fetal disminuye las complicaciones asociadas. En este trabajo se realizó un estudio comparativo de los pacientes operados por cirugía postnatal y cirugía prenatal en el Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer.

Objetivo: Dar a conocer los beneficios de la cirugía fetal para la corrección de mielomeningocele, así como demostrar los resultados de presentación de complicaciones a largo plazo en comparación con la reparación quirúrgica postnatal.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio comparativo de tipo cohorte en el que se analizan los resultados de los pacientes operados por cirugía postnatal de mielomeningocele y cirugía prenatal en el Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer a partir de 2016. Los parámetros a estudiar son: hidrocefalia, regresión amigdalina, motricidad, control de esfínteres y neurodesarrollo.

Resultado: En el Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer se han practicado 140 cirugías prenatales abril de 2016 a la fecha, de las que se han efectuado comparaciones en cuanto a complicaciones y resultados de la reparación intrauterina vs la reparación extrauterina.

Conclusión: El mielomeningocele es una falla en la neurulación primaria que ocurre durante la tercera o cuarta semana de gestación. La mayoría de los casos son aislados con causas multifactoriales.

214. Vasculitis decidual en el embarazo

KARLA ROSARIO GARCÍA ALTAMIRANO, MARÍA DEL CARMEN ZAMORA MEDINA, MARÍA FERNANDA LÓPEZ TORRES, MARTHA LETICIA PALAFOX VARGAS, DIANA YAZMÍN COPADO MENDOZA
Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, Ciudad de México

Antecedentes: Las vasculitis asociadas a ANCA (AAV) son enfermedades poco frecuentes que pueden complicar el embarazo. La literatura sobre casos activos durante la gestación es escasa, en particular respecto al uso de rituximab y a los hallazgos placentarios.

Caso clínico: Paciente de 34 años, nuligesta, con vasculitis ANCA-PR3. En 2021 cursó con un embarazo espontáneo; a las 11 semanas tuvo recaída con deterioro renal.

Resultado: Este caso refleja el impacto de la actividad de AAV en los desenlaces materno-fetales, incluyendo preeclampsia y restricción del crecimiento intrauterino. La observación histológica de vasculitis decidual aporta evidencia de compromiso inflamatorio directo de la unidad fetoplacentaria.

Conclusión: La AAV activa durante la concepción y el embarazo representa un reto clínico mayor. Este es el primer caso reportado de vasculitis placentaria en una paciente con AAV.

216. Defectos en el crecimiento fetal

ANA CRISTINA LÓPEZ VELÁZQUEZ, ALAIN ROMÁN REYES CHÁVEZ, MARIANA PABLO ROLDÁN, CÉSAR DAVID NIETO RUFINO

Hospital General Dr. Manuel Gea González, Ciudad de México.

Antecedentes: La evaluación del crecimiento fetal es una directriz del control prenatal, ya que su alteración puede asociarse a infecciones, aneuploidías o insuficiencia placentaria. Se distinguen la restricción del crecimiento fetal (RCF) y los fetos pequeños para la edad gestacional (FPEG).

Objetivo: Determinar la incidencia de casos con diagnóstico de defectos del crecimiento fetal (FPEG/RCF) detectados en el servicio de urgencias del Hospital General Dr. Manuel Gea González. Comparar con la estadística reportada a nivel nacional e internacional.

Materiales y métodos: Se revisaron las notas de todas las pacientes obstétricas atendidas en el servicio de urgencias del Hospital General Dr. Manuel Gea González.

Resultado: Se valoraron 3762 pacientes obstétricas, de las cuales 113 (3.00%) cumplieron con algún defecto del crecimiento fetal; 0.77% corresponde a RCF y 2.23% a FPEG.

Conclusión: La incidencia de defectos del crecimiento fetal en nuestro hospital fue menor a la reportada en la bibliografía. Sin embargo, se debe tomar en cuenta que son casos diagnosticados en un servicio de urgencias, muchos de ellos aunque no fueran la causa de consulta.

217. Secuencia de perfusión arterial reversa

GEMA SARAHÍ MENDIVIL MORENO, VANESSA RODRÍGUEZ GARCÍA, IRVING GAE TORREZ CORONEL, MARÍA GRACIELA PATRICIA, LEY TORRES CASTELLANOS, CÉSAR ENRIQUE FAVELA HEREDIA

Hospital de la Mujer, Culiacán, Sinaloa.

Antecedentes: La secuencia de perfusión arterial reversa (TRAP) es una complicación de baja frecuencia de los embarazos monocoriales, caracterizada por un feto malformado (acardio) perfundido por un gemelo "bomba". Ocurre en 1 de cada 35,000 embarazos. La historia natural es la muerte del gemelo bomba por fallo cardíaco en 35-55% de los casos.

Caso clínico: Paciente f de 18 años, primigesta, referida a las 30 semanas por hallazgo ultrasonográfico de masa intrauterina compatible con probable gemelo papiráceo en contexto de embarazo gemelar monocorial. La información se obtuvo a partir del expediente médico electrónico.

Conclusión: La secuencia TRAP es una complicación poco frecuente pero potencialmente grave. Su evolución natural puede conducir a la muerte fetal del gemelo bomba en un alto porcentaje de casos si no se detecta y trata oportunamente.

218. Síndrome de Parry-Romberg y embarazo

ANDRÉS IVÁN PÉREZ GONZÁLEZ, JAVIER ORTIZ BETANCOURT, JULIO CÉSAR RODRÍGUEZ VERDUZCO, LUIS GABRIEL COSTA FIGUEROA, LUIS MANUEL TAPIA MEDINA
Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga, Ciudad de México.



Antecedentes: El síndrome de Parry-Romberg es un trastorno craneofacial infrecuente, caracterizado por atrofia hemifacial progresiva. Su causa es incierta, aunque se ha propuesto un origen autoinmune. La asociación con embarazo ha sido reportada en muy pocos casos.

Caso clínico: Paciente de 24 años, con diagnóstico de síndrome de Parry-Romberg, con 30.6 semanas de embarazo. Ingresó al hospital debido a un cuadro respiratorio y se documenta tromboembolia pulmonar. Se integró diagnóstico de restricción del crecimiento intrauterino temprano (estadio I).

Conclusión: El síndrome de Parry-Romberg es una enfermedad de baja frecuencia cuya asociación con el embarazo ha sido escasamente documentada. Nuestro caso destaca por ser, hasta donde tenemos conocimiento, el primero en reportar complicaciones relevantes como restricción del crecimiento intrauterino, preeclampsia y tromboembolia pulmonar en este contexto.

219. Malformación fetal por bandas amnióticas

VERÓNICA CORTÉS FRANCO, JORGE BRAVO RUBIO
Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, Guadalajara, Jalisco.

Antecedentes: El síndrome de bandas amnióticas es una afección congénita caracterizada por el atrapamiento de partes fetales por bandas fibrosas, causando deformidades. Su incidencia varía entre 1:1,200 y 1:15,000 nacidos vivos. El diagnóstico es complejo debido a su variabilidad clínica.

Caso clínico: Paciente con crisis convulsivas y deterioro clínico progresivo en su domicilio, con cese de las funciones vitales. La causa de muerte fue registrada como malformación congénita del encéfalo no especificada. Recién nacida mediante cesárea, a quien se le diagnostican múltiples malformaciones craneofaciales mediante ecografía a las 30 semanas. Nació con diagnóstico de síndrome dismórfico, meningoencefalocele frontal y holoprosencefalia alobar.

Conclusión: Subrayar la importancia del diagnóstico prenatal temprano y el tratamiento multidisciplinario en neonatos con SBA, así como la necesidad de los cuidados paliativos neonatales para optimizar la calidad de vida y brindar soporte emocional a las familias en casos de pronóstico limitado.

220. Epignatus fetal: diagnóstico y desenlace

NATALIA ESTHER BRICEÑO RUIZ, MITZI FERNÁNDEZ LUNA, ALFREDO SANTAMARÍA MARTÍNEZ, ESTEFANÍA MÉNDEZ ZAPATA, SERGIO HERNÁNDEZ LÓPEZ
Hospital General Dr. Agustín O'Horán, Mérida, Yucatán.

Antecedentes: El epignatus es un teratoma congénito raro del paladar duro, que se presenta en 1 de cada 4000 nacidos vivos. La complicación más grave es la obstrucción de la vía aérea, con una mortalidad neonatal de 80 al 100%.

Caso clínico: Paciente embarazada, en quien el ultrasonido estructural reportó la existencia de un feto de 25 semanas, con polihidramnios agudo y tumor orofaríngeo heterogéneo de 6.4 x 7.5 x 5.7 cm, con protrusión a la cavidad oral. Se encuentran hallazgos de hidropesía fetal.

Conclusión: El epignatus es un tumor congénito raro, de elevada mortalidad por obstrucción de la vía aérea. El diagnóstico prenatal es esencial para detectar complicaciones. Determinar el tamaño y extensión del tumor es clave para valorar procedimientos avanzados como la técnica EXIT, que puede mejorar la sobrevida neonatal.

221. Gemelos toracópagos

VIRGINIA AZUCENA VÁZQUEZ ARCOS, ALBA ADELA BOHÓRQUEZ LÓPEZ, NURIA MAYELA MARTÍNEZ BANDINI
Hospital de la Mujer Puebla, Puebla.

Antecedentes: Los siameses son una anomalía del desarrollo embrionario de baja incidencia (1 por cada 100,000 embarazos). Se originan por una división incompleta del embrión monocigótico. El grado y extensión de la fusión definen su

clasificación y pronóstico. La ecografía prenatal es el método diagnóstico de elección.

Caso clínico: Paciente de 21 años, con embarazo gemelar toracópago diagnosticado mediante ultrasonido de alta resolución. El ultrasonido a la semana 20.2 identificó un embarazo gemelar toracópago con fusión de tórax y abdomen, corazón y hígado compartidos, y ascitis. Se indicó interrupción legal del embarazo por mal pronóstico.

Conclusión: La ecografía es fundamental para la detección temprana de anomalías como los gemelos toraco-onfalópagos, orientando la consejería parental y el tratamiento multidisciplinario.

222. Pentalogía de Cantrell: reporte de caso

KARLA ORTEGA MACEDA, DENISSE GONZÁLEZ BALLEZA, INGRID FRUTOS CERVANTES, ALICIA LISVETT BENAVIDES MARTÍNEZ, EDUARDO NOÉ NAVA GUERRERO
Tecnológico de Monterrey, Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud.

Antecedentes: La pentalogía de Cantrell es un conjunto de cinco malformaciones congénitas: onfalocele, hendidura esternal, anomalías intracardiacas, defecto diafragmático y pericárdico. Es una anomalía poco frecuente (1 en 65,000 nacimientos). La realización de ultrasonidos tempranos es fundamental para su detección.

Caso clínico: Paciente f de 28 años, con antecedente de dos embarazos, sin control prenatal, acudió para la práctica de ultrasonido del primer trimestre con hallazgos descritos de mal pronóstico fetal. La paciente decidió la interrupción del embarazo y acudió al Centro de Aborto Seguro para iniciar el trámite del mismo.

Conclusión: La pentalogía de Cantrell, pese a su etiología desconocida, puede identificarse mediante diagnóstico prenatal, lo que permite orientar la toma de decisiones. Las pacientes deben recibir consejería integral respecto a la elevada morbilidad y las limitadas tasas de supervivencia.

223. Gemelos monocoriales toraco-onfalópagos

DENISSE GONZÁLEZ BALLEZA, INGRID FRUTOS CERVANTES, KARLA ORTEGA MACEDA, ALICIA LISVETT BENAVIDES MARTÍNEZ, EDUARDO NOÉ NAVA GUERRERO
Tecnológico de Monterrey, Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud

Antecedentes: El embarazo gemelar siamés es un tipo de embarazo monocorial monoamniótico, con una incidencia de 1 en 50,000 a 100,000 nacimientos. Se cree que ocurre por una falla en la división completa del óvulo fecundado. El 40% de estos fetos mueren prenatalmente.

Caso clínico: Paciente femenina de 24 años, con dos embarazos previos sin complicaciones. Inicia control prenatal a las 12.3 semanas de embarazo, donde es referida para US de primer trimestre en el que se advirtió el embarazo triple bicorial biamniótico. El ultrasonido evidenció dos placentas y tres fetos: uno independiente y dos gemelos monocoriales toraco-onfalópagos compartiendo un solo corazón.

Conclusión: En embarazos de trillizos con siameses, la experiencia con los múltiples tratamientos es limitada. El diagnóstico prenatal temprano de los siameses y la determinación de la corionicidad son cruciales para las opciones de tratamiento individualizadas y el pronóstico del feto normal.

224. Trisomía 21 en embarazo gemelar

SEBASTIÁN GORORDO MUÑOZ, LAURA MARCELA CHÁVEZ MATA, EUFEMIA TERESA LÓPEZ CORREA, CÉSAR SALDAÑA SOLORZANO, JUAN ARIEL GARCÍA GONZÁLEZ
ISSSTE Sección 50

Antecedentes: Los embarazos gemelares monocoriales biamnióticos (MCBA) presentan mayor riesgo de complicaciones. La incidencia de trisomía 21 en embarazos gemelares es baja, y la afectación simultánea de ambos fetos en gestaciones monocigóticas es excepcional. Cuando se asocia a malformaciones mayores, el pronóstico se agrava.



Caso clínico: Paciente de 40 años con antecedentes de tres embarazos, un parto y un aborto, con embarazo gemelar monocorial biamniótico. Ambos fetos fueron diagnosticados con alto riesgo de trisomía 21, hidrocefalia severa, cardiopatía congénita y restricción del crecimiento intrauterino, que culminó en muerte fetal intrauterina. La ecografía anatómica fetal previa reportaba diámetro biparietal de 74.9 mm, ventriculomegalia severa y tetralogía de Fallot en el feto A, así como restricción del crecimiento intrauterino severa en el feto B.

Conclusión: Los embarazos monocoriales biamnióticos con afectación estructural y genética simultánea en ambos fetos son eventos excepcionalmente raros. La coexistencia de trisomía 21, hidrocefalia, cardiopatía congénita y restricción del crecimiento intrauterino demuestra la necesidad de un diagnóstico prenatal oportuno y un abordaje multidisciplinario.

226. Diagnóstico ecográfico prenatal de anomalía de Ebstein

ZAIRA NAYELI VARGAS RAMÓN, EDUARDO ISAÍAS TORRES GUERRA, DANIELA ABIGAIL LIRA ESPÍNDOLA, FAUSTO MOISÉS CORONEL CRUZ, LUIS GABRIEL COSTA FIGUEROA
Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga, Ciudad de México.

Antecedentes: La anomalía de Ebstein es una cardiopatía congénita caracterizada por el desplazamiento apical de las valvas de la válvula tricúspide. Representa el 1% de todas las cardiopatías congénitas y tiene una incidencia de 1 por cada 200,000 nacidos vivos.

Caso clínico: Paciente de 27 años, con antecedente de un embarazo, en curso de las 35 semanas del embarazo actual. El ultrasonido del tercer trimestre reportó un índice cardiorácico de 0.81, con importante dilatación de la aurícula derecha y atrialización del ventrículo derecho. Se le dio seguimiento y se finalizó el embarazo mediante cesárea a las 36 semanas por feto pélvico y trabajo de parto pretérmino, con obtención de un recién nacido de 2400 g, Apgar 5-8.

Conclusión: El ecocardiograma fetal permite identificar el grado de desplazamiento de las valvas, el tamaño de las cavidades y la severidad de la insuficiencia tricuspídea. La identificación temprana favorece el consejo genético y la preparación del entorno perinatal. La atención multidisciplinaria es decisiva para mejorar las posibilidades de supervivencia y calidad de vida postnatal.

227. Síndrome de Dandy Walker. Reporte de caso

SUSANA CAROLINA DE ANDA GONZÁLEZ, JORGE RUBIO BRAVO, PAULINA ALVARADO MARTÍNEZ, KAREN MARLEN PONCE QUIRARTE
Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, Guadalajara, Jalisco.

Antecedentes: El síndrome de Dandy-Walker (DWS) es una malformación congénita cerebral caracterizada por agenesia del vermis cerebeloso, dilatación quística del cuarto ventrículo y ventriculomegalia. Su incidencia es de 1 cada 25,000-30,000 nacimientos y es un factor de riesgo para anomalías cromosómicas.

Caso clínico: Paciente de 25 años, con embarazo de 30 semanas y antecedente de dos cesáreas, acude a urgencias sin haber tenido control prenatal. Es referida por diagnóstico de anhidramnios.

Conclusión: El caso muestra un diagnóstico tardío de síndrome de Dandy-Walker no aislado. La falta de control prenatal limitó la intervención anticipada. Como se describe en la literatura, los casos no aislados tienen mal pronóstico. La interrupción del embarazo fue decidida por mal pronóstico fetal. La detección mediante ecografía de alta resolución en el primer y segundo trimestre permite identificar signos característicos. Ante la sospecha de esta malformación, es imprescindible realizar estudios genéticos prenatales, dada la alta asociación con anomalías cromosómicas.

228. Embolia de líquido amniótico

JULIO CÉSAR RODRÍGUEZ VERDUZCO, ANDRÉS IVÁN PÉREZ GONZÁLEZ, FAUSTO MOISÉS CORONEL CRUZ,

SAMANTHA DANIELA ARIAS MUÑOZ, VÍCTOR MANUEL OCHOA ALVARADO
Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga, Ciudad de México.

Antecedentes: La embolia de líquido amniótico es una de las emergencias obstétricas más catastróficas. Es una condición de baja frecuencia, con una incidencia de 1 en 40,000 embarazos. Debido a la falta de consenso en los criterios diagnósticos, las tasas de incidencia y mortalidad varían ampliamente.

Caso clínico: Paciente de 38 años, con antecedente de seis embarazos, el actual en curso de las 40.2 semanas. Se inició conducción del trabajo de parto. Tres horas después tuvo ruptura espontánea de membranas, seguida de agitación, dificultad respiratoria y paro cardiorrespiratorio inmediato.

Conclusión: El diagnóstico de embolia de líquido amniótico es clínico. La presentación típica incluye una tríada de hipoxia repentina e hipotensión, seguida en muchos casos por coagulopatía. Esto puede ocurrir durante el trabajo de parto o inmediatamente después de la resolución.

229. Síndrome de Cornelia de Lange

JULIO CÉSAR RODRÍGUEZ VERDUZCO, JACQUELINE TORPEY ISALAS, FAUSTO MOISÉS CORONEL CRUZ, PABLO CERDA FLORES, VÍCTOR MANUEL OCHOA ALVARADO
Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga, Ciudad de México.

Antecedentes: El síndrome de Cornelia de Lange es una enfermedad de baja frecuencia con una prevalencia de 1 por cada 100,000 recién nacidos. Es resultado de mutaciones que afectan el complejo de cohesión, implicado en la segregación cromosómica y la regulación génica.

Caso clínico: Paciente de 26 años, sin antecedentes médicos relevantes, con antecedente de tres embarazos.

Conclusión: Respecto a los hallazgos ecográficos sugerentes se han reportado un aumento en la

translucencia nuchal, restricción del crecimiento intrauterino, micrognatia, puente nasal aplanado, labio y paladar hendido, acortamiento de extremidades, cardiopatías y hernia diafragmática.

230. Síndrome Karsch-Neugebauer trisomía 18

HILDA ANDREA LÓPEZ RAMÍREZ, ALDO FRANCISCO RODRÍGUEZ RUIZ
Hospital General de Saltillo, Coahuila.

Antecedentes: El síndrome de Karsch-Neugebauer, o ectrodactilia del pie, es una alteración genética autosómica dominante que puede iniciarse de forma aislada o asociada con otras malformaciones, es congénita y de baja frecuencia, caracterizada por aplasia-hipoplasia de falanges y metatarsianos. Su prevalencia es de 1 caso por cada 90,000 a 1,000,000 recién nacidos.

Caso clínico: Paciente de 29 años, con antecedente de dos embarazos y un parto, acudió a su primera consulta de control prenatal a las 21.4 semanas, sin tamizaje del primer trimestre con diagnóstico de síndrome de Karsch-Neugebauer relacionado con defectos en el desarrollo embrionario y con síndromes como displasia ectodérmica y trisomías 13q y 18.

Conclusión: La confirmación genética mediante estudio de ADN fetal puede demostrar la asociación con trisomía 18, en cuyo caso el tratamiento puede incluir la interrupción legal del embarazo, como ocurrió a las 22 semanas en el caso descrito.

231. Diagnóstico prenatal de anomalía de Ebstein

EDITH JOCELYN HERNÁNDEZ SÁNCHEZ, ZAIRA NAYELI VARGAS RAMÓN, STEPHANIE MICHELLE OCHOA VALDIVINOS, JAVIER ORTIZ BETANCOURT, LUIS GABRIEL COSTA FIGUEROA
Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga, Ciudad de México.

Antecedentes: El síndrome de Ebstein es una cardiopatía congénita poco frecuente (1% de las



malformaciones cardíacas). Se caracteriza por la inserción anómala de la válvula tricúspide. El diagnóstico prenatal es posible mediante ecocardiografía y permite identificar marcadores de severidad como cardiomegalia y regurgitación tricúspidea.

Caso clínico: Paciente de 27 años, con antecedente de un embarazo, del actual referida al Hospital General de México el ecocardiograma fetal reveló un desplazamiento apical de la válvula tricúspide y dilatación de la aurícula derecha, hallazgos consistentes con la anomalía de Ebstein. La función ventricular se mantuvo conservada durante el seguimiento.

Conclusión: El diagnóstico prenatal de la Anomalía de Ebstein es crucial para la planificación del parto en un centro de tercer nivel con capacidad de atención cardiológica y quirúrgica neonatal, mejorando así el pronóstico del recién nacido.

232. Displasia esquelética letal tanatofórica

MARIANA CISNEROS GARCÍA, IVÁN ANDRÉ GUZMÁN AMADOR

Instituto Mexicano del Seguro Social

Antecedentes: La displasia tanatofórica es la displasia esquelética letal más frecuente, causada por mutaciones en el gen FGFR3. Se caracteriza por micromelia severa, macrocefalia y tórax estrecho. El diagnóstico prenatal se fundamenta en hallazgos ecográficos.

Caso clínico: Paciente de 21 años con diabetes pregestacional, referida a las 32.4 semanas por sospecha de displasia esquelética. El ultrasonido mostró cráneo elíptico, tórax en campana y extremidades cortas con fémures arqueados.

Conclusión: Este caso resalta la importancia del control prenatal y del ultrasonido para la detección temprana de anomalías esqueléticas letales. Incluso sin confirmación genética, la integración de hallazgos ecográficos y clínicos permite establecer diagnósticos de alta certeza y brindar asesoramiento reproductivo integral.

233. Resultados perinatales adversos asociados con enfermedad renal

SOFIA HURTADO ARELLANO, ANA PAULA ROMO MIRELES, ARIADNA LOURDES LOZANO LÓPEZ, JORGE BRAVO RUBIO, HILDA SOCORRO VALADEZ HERNÁNDEZ
Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, Guadalajara, Jalisco.

Antecedentes: La enfermedad renal en el embarazo incrementa el riesgo de complicaciones maternas y perinatales. En México se requieren estudios que definan su magnitud y puntos de corte de creatinina (CrS) útiles para predecir desenlaces adversos.

Objetivo: Describir los resultados perinatales adversos asociados con enfermedad renal durante el embarazo y determinar un punto de corte de creatinina sérica predictor de dichos eventos.

Materiales y métodos: Estudio de cohorte ambispectiva, descriptiva y analítica, realizado entre marzo de 2018 y noviembre de 2021. Se analizó la curva ROC de creatinina de ingreso frente al desenlace perinatal adverso.

Resultados: Se incluyeron 72 pacientes con enfermedad renal y embarazo. La creatinina de ingreso fue en promedio 2.82 mg/dL. Se documentó PEG en 62.5%, parto pretérmino en 56.1% y óbito en 15.1%. La curva ROC mostró un punto de corte para la creatinina de ingreso ≥ 1.16 mg/dL, que predice un desenlace perinatal adverso.

Conclusión: Un valor de creatinina de ingreso ≥ 1.16 mg/dL identifica embarazos con mayor riesgo y puede apoyar la estratificación y la toma de decisiones clínicas.

235. Epignathus

HECTOR LÓPEZ RODRÍGUEZ, JANNETE GARCÍA ALVARADO
Hospital General de Saltillo, Coahuila.

Antecedentes: Un teratoma es un tumor raro que deriva de las tres capas germinales. Un epignathus es un tumor raro de cabeza y cuello que constituye el 1-9% de todos los teratomas, siendo el área cervical y la nasofaringe los sitios más comunes.

Objetivo: Describir la presentación clínica y ultrasonográfica de un feto con teratoma faríngeo, así como el pronóstico y viabilidad fetal.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio descriptivo tipo reporte de caso. Se documentó la evolución de una paciente de 22 años, atendida en el Hospital General de Saltillo, quien fue referida para interrupción legal del embarazo por malformación fetal.

Resultado: Los teratomas son derivados de células pluripotenciales. La incidencia del teratoma orofaríngeo es de aproximadamente el 2% del total de teratomas. Pueden afectar la cara, faringe, nariz, paladar y cuello.

Conclusión: Un epignathus diagnosticado en etapa prenatal suele implicar altos riesgos para el feto, principalmente respiratorios por obstrucción de la vía aérea. Si el tumor es grande, la viabilidad fuera del útero suele ser limitada incluso con intervención quirúrgica.

236. Holoprosencefalia alobar. Reporte de caso

SUSANA CAROLINA DE ANDA GONZÁLEZ, HILDA SOCORRO VALADEZ HERNÁNDEZ, PAULINA ALVARADO MARTÍNEZ, PAOLA CRISTINA RAYGOZA MURILLO, EFRAÍN GONZÁLEZ REYES

Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, Guadalajara, Jalisco.

Antecedentes: La holoprosencefalia (HPE) es un trastorno congénito caracterizado por la separación incompleta del prosencéfalo. Afecta a 1 de cada 5,000-10,000 nacidos vivos. Es una entidad compleja y aún no totalmente entendida. Las anomalías faciales se asocian con el grado de severidad; la ciclopía es la forma más severa, asociada a HPE alobar, y es incompatible con la vida. Las anomalías cromosómicas son las causas más frecuentes. El espectro clínico depende de los subtipos: lobar, semilobar y alobar, teniendo este último una mortalidad prenatal del 95%.

Caso clínico: Paciente de 27 años con antecedentes de cuatro embarazos, dos partos y un aborto en curso de las 25.3 semanas de la gestación actual. Acudió al hospital debido a las

alteraciones ultrasonográficas en las que se diagnosticó la existencia de un feto con restricción del crecimiento intrauterino y holoprosencefalia alobar.

Conclusión: En el caso reportado se logró establecer un diagnóstico antenatal morfológico; sin embargo, no se pudo concluir un diagnóstico genético postparto. El tratamiento, la evaluación y el asesoramiento genético integral siguen siendo cruciales para comprender las causas y abordar los riesgos en futuros embarazos.

237. Enfermedad renal y embarazo

CELIA ORTEGA SANTILLÁN, VÍCTOR HUGO ROMERO MEJÍA
Hospital General Tulancingo, Hidalgo.

Antecedentes: La enfermedad renal en el embarazo se determina según el aclaramiento de creatinina menos de 70 mL/min.

Objetivo: Presentar una serie de cinco casos de enfermedad renal y embarazo con sus resultados perinatales y complicaciones maternas.

Materiales y métodos: El embarazo puede influenciar la pérdida de función renal en mujeres con ERC, pudiendo disminuir el tiempo de progresión. La ERC es un factor de riesgo que aumenta la incidencia de resultados adversos.

Resultado: Restricción del crecimiento fetal, preeclampsia, daño permanente postparto, muerte perinatal y ERC terminal al año.

Conclusión: Entre las complicaciones maternas más frecuentes en nuestros casos fue la preeclampsia, y de las perinatales, el parto prematuro con muerte perinatal y restricción del crecimiento intrauterino. Además, en uno de nuestros casos la paciente continuó con enfermedad renal posterior a la resolución del embarazo.

238. Secuencia TRAP: predictores de insuficiencia

JACQUELINE TORPEY ISLAS, DANIELA ABIGAIL LIRA ESPÍNDOLA, JULIO CESÁREO RODRÍGUEZ VERDUZCO, ANDRÉS IVÁN PÉREZ GONZÁLEZ

Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga, Ciudad de México.



Antecedentes: La secuencia de perfusión arterial reversa es una complicación infrecuente de los embarazos monocoriales. En esta condición, el gemelo "bomba" irriga de forma retrógrada a un gemelo acárdico, lo que genera una sobrecarga circulatoria.

Caso clínico: Paciente de 36 años con antecedente de dos embarazos y un parto en evolución de las de 17.4 semanas de la gestación actual. En el tamizaje del primer trimestre se estableció insuficiencia cardíaca en el feto

Conclusión: La insuficiencia cardíaca fetal es la principal amenaza para el gemelo bomba en la secuencia perfusión arterial reversa. El Cardiovascular Profile Score y el cociente A/P son herramientas pronósticas fundamentales. La intervención invasiva, principalmente la ablación intrafetal, mejora la supervivencia en escenarios de alto riesgo. Es necesario fortalecer la detección temprana y la referencia a centros especializados.

239. Quiste renal fetal: diagnóstico prenatal

MARÍA ALEJANDRA PEREA ARCE, LAURA ELENA LÓPEZ SAIZ
Centro Prenatal Care, Ciudad de México

Antecedentes: Los quistes renales fetales son un hallazgo relativamente frecuente. Pueden representar desde variantes benignas hasta enfermedades renales hereditarias graves. La correcta identificación y caracterización ecográfica es crucial para el pronóstico fetal y la planificación del seguimiento.

Objetivo: Describir la fisiopatología y clasificación de los quistes renales fetales. Analizar los hallazgos ecográficos característicos. Evaluar el pronóstico y las opciones terapéuticas. Discutir el papel del diagnóstico diferencial y el consejo genético.

Método: Se hizo una búsqueda de la literatura en bases de datos como PubMed y Google Scholar, con los términos "Case reports", "Renal Cyst" y "long-term outcome".

Resultado: El diagnóstico inicial se realizó por Medicina Materno Fetal a las 23 semanas, con

sospecha de hipoplasia renal unilateral. A los 2 meses de edad, el ultrasonido confirmó hipoplasia renal izquierda.

Conclusión: Los quistes renales fetales pueden ser unilaterales o bilaterales. Su presentación depende de la etiología subyacente (displasia multiquística renal, enfermedad poliquística renal, quistes simples). El pronóstico varía desde benigno hasta reservado.

240. Calculadora FMF en población tamaulipeca

MAYTÉ GUADALUPE FLORES TREJO, SIMÓN CASTRO MELÉNDEZ, MARTÍN SEGURA CHICO, HÉCTOR OVIEDO CRUZ
Hospital General Dr. Norberto Treviño Zapata, Ciudad Victoria, Tamaulipas.

Antecedentes: Los recién nacidos pequeños o con restricción del crecimiento intrauterino tienen mayor riesgo de eventos perinatales adversos. Las dosis bajas de aspirina han probado ser eficaces para reducir el riesgo de restricción del crecimiento intrauterino. Por ello, las investigaciones se han enfocado en biomarcadores tempranos.

Objetivo: Validar la calculadora modificada de la Fetal Medicine Foundation (FMF) para tamizaje de recién nacidos pequeños para la edad gestacional en el primer trimestre en una población tamaulipeca.

Materiales y métodos: Estudio de cohorte en embarazos de feto único. Se aplicó la calculadora FMF adaptada a población mexicana, incluyendo historia, IP medio de las arterias uterinas y presión arterial media.

Resultado: Se incluyeron 151 embarazos, clasificándose 8 (5.3%) como neonatos pequeños para la edad gestacional. La prueba tuvo valor discriminativo solo para historia y presión arterial media [AUC = 0.69 (0.53 - 0.85)].

Conclusión: Se aconseja el uso de la calculadora FMF-2020 en población tamaulipeca, previa adaptación y con base en historia clínica más presión arterial media (excluyendo Doppler), como prueba de escrutinio para la predicción de neonatos pequeños para la edad gestacional.

241. Miocardiopatía no compactada

MARÍA PAULA MORENO CASTILLO, LAURA ELENA LÓPEZ SAIZ, SAÚL ANTONIO MADRIGAL SÁNCHEZ
Hospital Infantil del Estado de Sonora, Hermosillo, Sonora.

Antecedentes: La miocardiopatía no compactada (MNC) es una entidad de baja frecuencia caracterizada por la ausencia de compactación ventricular. Su incidencia estimada es de 0.8/100,000 en recién nacidos. El síndrome de Barth, un trastorno genético ligado al cromosoma X, se caracteriza por miocardiopatía, miopatía esquelética y neutropenia.

Caso clínico: Paciente de 34 años, con embarazo de 32.4 semanas y antecedente de una muerte perinatal con miocardiopatía no compactada asociada con el síndrome de Barth, diagnosticada como hallazgo en un ultrasonido de crecimiento del tercer trimestre. Posterior al nacimiento, la resonancia magnética corrobora ventrículo izquierdo con aumento de la trabeculación. Se sospecha de entidad genética por el antecedente de muerte perinatal, por lo que es valorado por Genética, quien realiza cariotipo.

Conclusión: La miocardiopatía no compactada es una entidad congénita de baja frecuencia que puede identificarse prenatalmente. Su hallazgo permite establecer un diagnóstico temprano y planificar el tratamiento. La asociación con síndrome de Barth debe considerarse en fetos masculinos con sospecha de miocardiopatía.

242. Trisomía 18: Hallazgos prenatales y desenlaces

ZAIRA NAYELI VARGAS RAMÓN, EDUARDO ISAÍAS TORRES GUERRA, JACQUELINE TORPEY ISLAS, LAILA EDIZZETH LUNA OLIVEROS, FAUSTO MOISÉS CORONEL CRUZ
Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga, Ciudad de México.

Antecedentes: La trisomía 18 es una aneuploidía con una incidencia de 1 por cada 6,000–8,000 nacidos vivos. El diagnóstico prenatal es fun-

damental, ya que la mayoría de los embarazos afectados se asocia con restricción del crecimiento intrauterino y malformaciones múltiples.

Caso clínico: Paciente de 24 años con antecedente de dos embarazos y una cesárea. En el ultrasonido practicado a las 22 semanas no reportó alteraciones estructurales evidentes. Se dio seguimiento al caso por afección fetal. Se realiza interrupción del embarazo, obteniendo un feto de 490 g a las 22 semanas.

Conclusión: El diagnóstico prenatal de trisomía 18 es posible mediante la integración de hallazgos ecográficos y pruebas genéticas. Los hallazgos más frecuentes incluyen restricción del crecimiento intrauterino, anomalías craneofaciales y defectos cardíacos.

243. Identificación ecográfica de hernia diafragmática

LAILA EDIZZETH LUNA OLIVEROS, ZAIRA NAYELI VARGAS RAMÓN, JACQUELINE TORPEY ISLAS
Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga, Ciudad de México.

Antecedentes: La hernia diafragmática congénita (HDC) ocurre en 1 a 4 por cada 10,000 nacidos vivos. El diagnóstico prenatal mediante ecografía es esencial para identificar casos con riesgo de hipoplasia pulmonar severa y planificar intervenciones intrauterinas.

Caso clínico: Paciente de 33 años con antecedente de un embarazo y una cesárea. El ultrasonido a las 21.5 semanas evidenció hernia diafragmática congénita izquierda. El LHR o/e fue de 24.7%, clasificando el caso como hipoplasia pulmonar severa.

Conclusión: El diagnóstico prenatal de hernia diafragmática congénita mediante ecografía y LHR o/e es esencial para estratificar el riesgo. La ausencia de herniación hepática mejora el pronóstico, pero no elimina el riesgo en casos con LHR o/e menor de 25%. La FETO es una opción terapéutica que debe considerarse en centros especializados.



244. Holoprosencefalia alobar

JULIO CÉSAR RODRÍGUEZ VERDUZCO, LUIS GABRIEL COSTA FIGUEROA, FAUSTO MOISÉS CORONEL CRUZ, SAMANTHA DANIELA ARIAS MUÑOZ, VÍCTOR MANUEL OCHOA ALVARADO
Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga, Ciudad de México.

Antecedentes: La holoprosencefalia resulta de una división incompleta del prosencéfalo. Es la malformación más común del desarrollo del prosencéfalo, con una incidencia de 1 por cada 250 embarazos, aunque la prevalencia al nacer es menor (1 por cada 8,000-16,000).

Objetivo: Evaluar la bibliografía disponible para ampliar los conocimientos sobre este tema, mejorar la capacidad para diagnosticar, asesorar y brindar atención integral a los fetos y recién nacidos afectados.

Materiales y métodos: Se realizó una búsqueda en la base de datos de Medline vía PubMed empleando los términos: "Holoprosencephaly", "Alobar holoprosencephaly", etc.

Conclusión: La holoprosencefalia es la malformación más común del desarrollo del prosencéfalo. La evidencia sugiere que puede presentarse de forma esporádica o tener una asociación sindrómica. Se han descrito diferentes fenotipos de esta malformación.

245. Tamiz precoz de preeclampsia

BRIANDA LIZETH MALDONADO CAMPOS, SIMÓN CASTRO MELÉNDEZ, MARTÍN SEGURA CHICO, HÉCTOR OVIEDO-CRUZ
Hospital General Dr. Norberto Treviño Zapata, Ciudad Victoria, Tamaulipas.

Antecedentes: El desempeño de las pruebas de tamiz precoz de preeclampsia ha resultado subóptimo en poblaciones diferentes de las que originaron el modelo. Se ha propuesto desarrollar métodos de escrutinio basados en los datos de la población diana.

Objetivo: Probar el algoritmo FMF 4.0 desarrollado en población londinense y otro método desarrollado en población mexicana.

Materiales y métodos: Estudio de cohorte en embarazos de feto único. Se aplicó la calculadora FMF adaptada a población mexicana.

Resultado: Se incluyeron 151 embarazos, de los cuales 14 (9.3%) desarrollaron preeclampsia. El área bajo la curva (AUC) del algoritmo FMF 4.0 no fue significativamente discriminante. El índice PAM/IMCt obtuvo un AUC de 0.81.

Conclusión: Un índice biofísico y la historia médica fueron superiores a una prueba de marcadores múltiples en la población tamaulipeca estudiada.

246. Corioangioma. Reporte de caso

BRIANDA LIZETH MALDONADO CAMPOS, JULIO CÉSAR SAENZ NIETO, SAMANTHA GONZÁLEZ VALDEZ
Medicina Fetal Avanzada, Centro de Diagnóstico y Terapia Materno Fetal, Guadalajara, Jalisco.

Antecedentes: El corioangioma es el tumor vascular no trofoblástico más frecuente de la placenta (1% de los embarazos). La mayoría son pequeños y asintomáticos, pero cuando alcanzan tamaños mayores de 4 a 5 cm, pueden asociarse a complicaciones maternas y fetales.

Caso clínico: Paciente de 32 años, con diagnóstico de corioangioma gigante, tratada en un centro de diagnóstico y terapia materno fetal. En los cortes histológicos de la placenta se encontró una proliferación de vasos pequeños, con áreas de necrosis isquémica focal que conformaron el diagnóstico de corioangioma gigante.

Conclusión: El corioangioma es el tumor placentario benigno más frecuente. Cuando supera los 4–5 cm, puede asociarse con resultados adversos. Su detección prenatal mediante ultrasonido es esencial para el diagnóstico y la vigilancia oportuna.

247. Embarazo complicado con encefalitis viral

JESSICA GUADALUPE RODRÍGUEZ MURGUÍA, DAMARIS JARENI GONZÁLEZ GARDUÑO, ISELA JULIANA BARRITA DOMÍNGUEZ, DANNIELA NIEBLA CÁRDENAS, ALEJANDRA HERRERA ORTIZ
Hospital Dr. Manuel Gea González, Ciudad de México.

Antecedentes: La encefalitis por herpes simple es una enfermedad aguda asociada a disfunción cerebral. En mujeres portadoras de VIH, debe haber una monitorización estrecha durante el embarazo. La presentación simultánea de estas entidades es poco reportada y constituye un desafío diagnóstico.

Caso clínico: Paciente con diagnóstico de VIH estadio C complicada con encefalitis viral por herpes simple, neumonía por influenza y restricción del crecimiento intrauterino estadio III, con el fin de resaltar la complejidad diagnóstica y la importancia del abordaje multidisciplinario.

Conclusión: Existen aún muchas mujeres con infección por VIH sin conocimiento del diagnóstico. Las infecciones oportunistas ocurren en la mayoría de los pacientes con un conteo de linfocitos CD4 menor a 200. La infección por VIH en estadio C durante el embarazo representa un reto clínico de alta complejidad, no solo por la inmunosupresión de la madre, sino también por las complicaciones infecciosas y el riesgo fetal.

248. Madre-hijo con gastrosquisis

ZAIRA NAYELI VARGAS RAMÓN
Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga, Ciudad de México.

Antecedentes: La gastrosquisis es una malformación congénita de origen multifactorial. En este estudio de casos y controles, se identificó una mayor frecuencia de alteraciones como mal perfusión materna en las placetas de los casos, lo que sugiere un entorno intrauterino desfavorable y respalda la hipótesis de una dis-

función placentaria como parte del mecanismo fisiopatológico.

Objetivo: Determinar la asociación entre el perfil clínico del binomio madre-hijo con gastrosquisis y los hallazgos histopatológicos encontrados en la placenta.

Materiales y métodos: Se analizó la asociación del perfil clínico y hallazgos histopatológicos placentarios en madre e hijo con diagnóstico confirmado de gastrosquisis.

Resultado: Se encontró una asociación significativa entre gastrosquisis y hallazgos como mal perfusión materna, corangiosis e infecciones placentarias en los casos.

Conclusión: Los hallazgos sugieren que la gastrosquisis podría estar relacionada con un entorno placentario que se presenta disfuncional y marcadamente inflamatorio.

249. Doble sistema colector. Reporte de caso

LUIS GABRIEL COSTA FIGUEROA, PAMELA CORVERA SANTILLÁN, ANDRÉS IVÁN PÉREZ GONZÁLEZ, ZAIRA NAYELI VARGAS RAMÓN, DANIELA ABIGAIL LIRA ESPÍNDOLA
Hospital General de México Eduardo Liceaga, Ciudad de México.

Antecedentes: El doble sistema colector es una de las anomalías congénitas más frecuentes de la vía urinaria. Su diagnóstico prenatal se ha facilitado gracias al ultrasonido. Se presenta el caso de una

Caso clínico: Paciente primigesta de 29 años, con 29-3 semanas de embarazo, con feto con dilatación pielocalicial izquierda de 8.8 mm, doble sistema colector izquierdo y megauréter izquierdo.

Conclusión: El diagnóstico prenatal de un doble sistema colector incompleto conlleva varias implicaciones. Primero, debe ser reconocido como un hallazgo mayoritariamente benigno, con un pronóstico excelente para la función renal del feto, lo que permite transmitir un mensaje de tranquilidad a la familia.



Obstetricia crítica

250. Dispositivo intrauterino de vacío en hemorragia posparto

GERARDO NARCISO BARRETO LEPE, ARNULFO MARTÍNEZ CHAPA, GERMÁN MARTÍNEZ GARZA, LUCILA NOYOLA DE SANTIAGO, VIRIDIANA ROMO CEPEDA
Hospital Regional Monterrey ISSSTE, Monterrey, NL.

Antecedentes: La atonía uterina es la forma más frecuente de hemorragia posparto y se han descrito múltiples opciones de tratamiento cuando las medidas médicas no han respondido.

Casos clínicos: Dos casos de atonía uterina (uno poscesárea y otro posparto) refractarias a tratamiento médico, donde se utilizó el dispositivo intrauterino de vacío. Describimos paso a paso la aplicación del dispositivo de la forma más didáctica para ser reproducido. En ambos casos, se logró contener el sangrado en alrededor de 4 minutos, requiriendo la transfusión de solo 2 unidades de paquete globular.

Conclusión: El dispositivo intrauterino de vacío es altamente efectivo en el control de la hemorragia posparto.

251. Desafío quirúrgico del embarazo ectópico

EDGAR MATA COVARRUBIAS, ADRIANA ARLIN ORTEGA JUVERA, KAREN MONTOYA VITAL
Unidad Medica de Alta Especialidad, Hospital de Gineco Obstetricia 23, Monterrey, Nuevo León.

Antecedentes: El embarazo ectópico se encuentra en más del 95% de los casos en la trompa de Falopio. Los casos raros (cervicales, ováricos, abdominales) se asocian con una morbilidad y

mortalidad significativas. El embarazo ectópico abdominal representa solo el 1%, pero tiene una tasa de mortalidad materna ocho veces mayor, por lo que su abordaje es de gran relevancia.

Objetivo: Dar a conocer el desafío del tratamiento quirúrgico de un caso de embarazo ectópico abdominal y la importancia del tratamiento multidisciplinario para su abordaje.

Materiales y métodos: Se realizó un análisis de un caso clínico de embarazo ectópico abdominal de 18 semanas, al cual se le dio un abordaje quirúrgico mediante laparotomía exploradora, siendo este un tratamiento multidisciplinario que contribuyó a disminuir la morbimortalidad de la paciente.

Resultado: Se realizó laparotomía exploradora, extracción fetal y placentaria, y salpingooforectomía izquierda, con la intervención de ginecobstetricia, cirugía vascular y cirugía general. Se documentó un hemoperitoneo de 2000 cc, requiriendo transfusión. La paciente cursó con 3 días de estancia postquirúrgica, manejada por la Unidad de Cuidados Intensivos, y fue egresada con adecuada evolución.

Conclusión: El embarazo ectópico abdominal es una condición de alta morbimortalidad y un desafío quirúrgico. La sospecha temprana, el uso de estudios de imagen y la intervención oportuna son fundamentales. Este caso resalta la necesidad de un alto índice de sospecha y de un abordaje multidisciplinario para optimizar los resultados.

252. Preeclampsia e hipertensión reactiva

VICTORIA MARTÍNEZ GAYTÁN, MARÍA CRISTINA GUERRERO DE LEÓN, JESSICA DANIELA AMBRIZ GARCÍA, JUAN JOSÉ BASALDÚA CRUZ, OSCAR ANTONIO RUEDA CERVANTES

Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Ginecología y Obstetricia 23 Dr. Ignacio Morones Prieto, Monterrey, Nuevo León.

Antecedentes: La preeclampsia es una de las principales complicaciones obstétricas, con consecuencias adversas maternas inmediatas como alteraciones hepáticas, renales y de la coagulación y también a largo plazo como el Infarto al miocardio y evento vascular cerebral. La hipertensión reactiva, caracterizada por elevaciones transitorias de la presión arterial, ha sido propuesta como posible predictor temprano de preeclampsia, aunque su papel aún no está claramente establecido.

Objetivo: Evaluar el riesgo de preeclampsia en pacientes con hipertensión reactiva durante la gestación.

Materiales y métodos: Estudio observacional, transversal, analítico y retrospectivo de pacientes con registros de hipertensión reactiva así como de su estado de salud para identificar el desarrollo de preeclampsia.

Resultado: Se incluyeron los registros de 71 pacientes de 29 a 32 años. Se identificó presión arterial sistólica de 143.04 ± 3.55 mmHg y presión arterial diastólica de 93.07 ± 3.95 mmHg, con HR en el 100.0% de los casos. Se observó que aquellas con cifras sistólicas >145 mmHg presentaron más del doble de riesgo de desarrollar preeclampsia (OR 2.21, IC 95% 0.80 - 6.06, $p=0.001$).

Conclusión: Se observó que las pacientes con hipertensión reactiva desarrollaron preeclampsia en casi el 50% de los casos, lo que subraya la relevancia de esta condición como un factor de riesgo importante. Además, se identificó que una presión arterial sistólica mayor de 145 mmHg puede considerarse un valor predictor significativo, ya que se asoció con un incremento de 2.21 veces más riesgo de evolucionar a preeclampsia.

253. Tratamiento de paciente con cáncer de mama y embarazo

KAREN MARÍA UGALDE CARAPIA, XIMENA HERNÁNDEZ CAMACHO, ARIEL ZOILO DE LA PUENTE GÓMEZ, YOALLI

DANIRA ESTEVEZ FUENTES, CINTIA MARÍA SEPÚLVEDA RIVERA

Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, Ciudad de México.

Antecedentes: El cáncer de mama es el más común a nivel mundial. El cáncer complica aproximadamente uno de cada 1000 embarazos. Los retrasos en la maternidad y las crecientes tasas de cáncer de aparición temprana han aumentado su incidencia durante el embarazo. El diagnóstico y tratamiento en esta etapa plantean desafíos importantes, ya que debe considerarse tanto el bienestar materno como el fetal, requiriendo un enfoque multidisciplinario.

Caso clínico: Paciente de 21 años, con auto-detección de tumor en mama izquierda. El ultrasonido y la biopsia reportaron carcinoma ductal infiltrante, triple negativo, Ki67 80%. Se refirió al Instituto Nacional de Cancerología en febrero de 2023.

Conclusión: El tratamiento oncológico durante el embarazo debe ser multidisciplinario; sin embargo, esto sigue siendo un desafío que requiere la colaboración de oncólogos, obstetras y perinatólogos para optimizar los resultados materno-fetales.

254. Síndrome de HELLP. Reporte de caso

BRIANDA LIZETH MALDONADO CAMPOS, DANIEL RUVALCABA HERNÁNDEZ

Hospital General Dr. Norberto Treviño Zapata, Ciudad Victoria, Tamaulipas.

Antecedentes: El síndrome de HELLP es la primera causa de microangiopatía trombótica del embarazo. Ocurre en aproximadamente el 0.5% al 1% de todos los embarazos. La tasa de mortalidad materna asociada se estima en 1.1%, mientras que la perinatal se ha reportado entre el 7% y el 34%.

Objetivo: Presentar el caso clínico de un embarazo complicado con síndrome de HELLP diagnosticado en el tercer trimestre de gestación.



Caso clínico: Paciente de 27 años quien acudió a urgencias debido a epigastralgia y cefalea severa, con cifras tensionales de 160/110 mmHg. A la exploración física con dolor en epigastrio y cuello uterino cerrado. Se decide su pase a quirófano para resolución de la gestación, donde se obtiene un recién nacido masculino de 2895 gramos. Se decide su traslado a una unidad de tercer nivel al no observarse mejora en cifras tensionales y por deterioro clínico.

Conclusión: El síndrome de HELLP es una de las afecciones más graves del embarazo, con una alta carga de complicaciones. Su curso clínico impredecible y la posibilidad de deterioro rápido exigen un reconocimiento temprano y una intervención oportuna. La implementación de un enfoque multidisciplinario es esencial para disminuir la tasa de morbilidad.

255. Hígado graso agudo del embarazo

ANDRÉS BACA HERNÁNDEZ, LUIS FERNANDO LERMA ALVARADO, HUGO ALBERTO CHÁVEZ VEGA
Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer, Querétaro.

Antecedentes: El hígado graso agudo del embarazo es una complicación obstétrica con alta morbilidad, caracterizada por insuficiencia hepática aguda. Su incidencia es de 1 en 15,000 con una mortalidad del 10%. La patogénesis sigue siendo incierta, pero hay evidencia de una base genética relacionada con la betaoxidación defectuosa de ácidos grasos en el feto.

Caso clínico: Paciente de 26 años, primigesta, en curso de las 31.5 semanas de embarazo, ingresó al hospital con vómito, náusea, prurito, mialgias y dolor abdominal de 5 días de evolución. La paciente se hospitalizó con diagnóstico de hígado graso agudo del embarazo.

Conclusión: El hígado graso agudo del embarazo representa una emergencia obstétrica de difícil diagnóstico por su superposición con otras patologías como el síndrome de HELLP. Diferenciar ambas entidades es crucial, ya que el retraso en el diagnóstico de AFLP puede

resultar en falla hepática fulminante y muerte materno-fetal.

256. Pancreatitis aguda idiopática

BERENICE HERRERA PECINA, JAVIER A. ONTIVEROS GARZA, JOCELYN CANTÚ VÁZQUEZ, VANESSA J. MERAZ PINALES, MARIBEL LARA CHAVARRIA

Hospital General de Reynosa, Tamaulipas.

Antecedentes: La pancreatitis en mujeres embarazadas ocurre con una frecuencia de 1/1000 a 1/5000 embarazos. La principal causa es de origen biliar (66%). Las causas más frecuentes incluyen colelitiasis, hipertrigliceridemia y, en menor medida, etiología idiopática (5-10%). El diagnóstico oportuno y el abordaje multidisciplinario son esenciales.

Caso clínico: Paciente de 34 años, con antecedente de seis embarazos, sin control prenatal, acudió a consulta debido a una epigastralgia súbita, vómito y dolor abdominal intenso. A la exploración tuvo dolor epigástrico, deshidratación y embarazo de 32.4 semanas. Las categorías de diagnóstico y gravedad de la pancreatitis aguda idiopática en el embarazo (APIP) se establecieron de acuerdo con los Criterios de Atlanta y la guía de práctica clínica.

Conclusión: La pancreatitis aguda durante el embarazo es una entidad infrecuente pero potencialmente grave. Este caso ilustra la importancia del diagnóstico diferencial ante dolor epigástrico persistente. El uso de biomarcadores pancreáticos y escalas pronósticas, junto a un tratamiento conservador con vigilancia intensiva, es fundamental.

257. Evento vascular cerebral hemorrágico asociado con preeclampsia

ADRIANA LAURA ARTEAGA SANTA MARÍA, IGNACIO MORALES ÁLVAREZ, MARYJOSE MONTSERRAT RAMÍREZ GONZÁLEZ, MARIANA ASALI DE ALBA, HUGO ALEJOS GARDUÑO

Centro Médico Dalinde, Ciudad de México

Caso clínico: Paciente de 36 años en puerperio mediato ingresa a urgencias inconsciente, tras

referir cefalea intensa y presentar una convulsión. A su ingreso, TA de 180/100, anisocoria y Glasgow 6/10. La TAC muestra una hemorragia intraparenquimatosa con diagnóstico de hemorragia intracerebral secundaria a eclampsia durante el puerperio, resaltando el tratamiento interdisciplinario oportuno y correcto. La supervivencia de la paciente se debió principalmente a la atención multidisciplinaria y oportuna que recibió, lo que permitió un tratamiento adecuado y evitó mayores complicaciones.

Conclusión: Durante el embarazo y el puerperio, las cifras tensionales pueden elevarse a tal grado de causar complicaciones mortales como la hemorragia intracraneal. Los prestadores de servicios de salud deben estar preparados para prevenir, diagnosticar y tratar esta enfermedad oportunamente y así mejorar el pronóstico.

258. Percretismo placentario en el primer trimestre del embarazo

LUCILA NOYOLA DE SANTIAGO, VIRIDIANA ROMO CEPEDA, MELANNIE PAOLA BENAVIDES MIER, RENÉ DE LEÓN SALAZAR, ARNULFO MARTÍNEZ CHAPA
ISSSTE

Antecedentes: El percretismo placentario es una enfermedad poco frecuente. La etiología se debe a un defecto en la interfaz endometrial/miometrial que permite una infiltración anómala del trofoblasto. Suele diagnosticarse en el segundo y tercer trimestre en pacientes con factores de riesgo como placenta previa y cesáreas previas. Presentamos un caso de percretismo placentario en un embarazo de 7 semanas.

Caso clínico: Paciente de 37 años con antecedente de dos embarazos y una cesárea, con sangrado transvaginal abundante asociado con un aborto incompleto con falla del tratamiento médico. Los estudios paraclínicos relevantes fueron: anemia y hCG-B de 22,198.32 mUI/mL.

Resultado: El percretismo es la forma más grave del espectro de acretismo placentario. Su diagnóstico en etapas tempranas, especialmente en localizaciones atípicas, es infrecuente y repre-

senta un gran desafío clínico, por lo que se deben tomar en cuenta los hallazgos ultrasonográficos y los factores de riesgo.

Conclusión: Este caso resalta la importancia de considerar el espectro del acretismo placentario como diagnóstico diferencial en etapas precoces del embarazo. Se deberá realizar ecografía detallada o resonancia magnética, además de un abordaje multidisciplinario, para optimizar los resultados y evitar complicaciones catastróficas.

259. Tormenta tiroidea precipitada

CRISTOPHER ALEJANDRO MACÍAS ROMERO, JOSÉ LUIS RODRÍGUEZ CHÁVEZ, MIGUEL ÁNGEL BONAPARTE PIMENTEL
Hospital General de Occidente, Guadalajara, Jalisco.

Antecedentes: La tormenta tiroidea es una urgencia endocrina infrecuente y con elevada mortalidad, especialmente de baja frecuencia en el embarazo. Las infecciones graves, como la corioamnionitis, constituyen desencadenantes potenciales. Su diagnóstico en obstetricia es complejo debido al solapamiento con cambios fisiológicos gestacionales.

Objetivo: Describir un caso de tormenta tiroidea secundaria a triple I y urosepsis en una paciente con embarazo de 21 semanas, resaltando la importancia del diagnóstico oportuno, el tratamiento multidisciplinario y la revisión de la literatura disponible.

Materiales y métodos: Estudio retrospectivo de un caso clínico atendido en el Hospital General de Occidente, con revisión narrativa de bibliografía internacional y guías clínicas.

Resultado: La asociación de tormenta tiroidea con triple I y urosepsis en el embarazo es excepcional. El diagnóstico debe basarse en escalas clínicas, dado que los síntomas pueden confundirse con sepsis obstétrica. La atención multidisciplinaria y el inicio temprano del tratamiento antitiroideo son determinantes para la supervivencia de la madre.

Conclusión: La tormenta tiroidea debe sospecharse en pacientes obstétricas con sepsis



refractaria y taquicardia desproporcionada. Este caso subraya la importancia de un tratamiento coordinado entre obstetricia, endocrinología y cuidados intensivos, así como la difusión de reportes que fortalezcan la evidencia en escenarios críticos.

260. Resurgimiento de neuroinfección por tuberculosis

MARÍA FERNANDA LUPERCIO SEGOVIANO GUILLE, JOSÉ LUIS RODRÍGUEZ-CHÁVEZ, MARÍA CAROLINA BECERRA-ÍÑIGUEZ, MARÍA JOSÉ HERRERA SALDAÑA
Hospital General de Occidente, Guadalajara, Jalisco.

Antecedentes: La tuberculosis meníngea es poco frecuente, pero implica una morbilidad elevada. El diagnóstico puede ser retardado por las múltiples pruebas moleculares que se requieren. La eclampsia también presenta alta morbilidad, por lo que su desarrollo coadyuvante con una neuroinfección aumenta el riesgo.

Objetivo: Determinar una causa y asociación para un tratamiento dirigido y una evolución óptima puede ser complejo cuando coexisten dos etiologías con alta morbilidad. Además, se busca valorar la respuesta al esquema de antibióticos.

Materiales y métodos: Se realizó resonancia magnética de cráneo, TAC de cráneo, electroencefalograma, perfil TORCH, serologías, GeneXpert y citología de líquido cefalorraquídeo.

Resultado: El estatus epiléptico en el tercer trimestre se asocia a un mayor índice de morbilidad materna, principalmente relacionado con eclampsia. No obstante, existen otras etiologías como trastornos convulsivos, infecciosas o desequilibrios metabólicos.

Conclusión: La coexistencia de neuroinfección por tuberculosis meníngea resistente y eclampsia destaca la importancia de un tratamiento multidisciplinario, con múltiples pruebas de laboratorio e imagen para determinar la etiología

infecciosa y vascular en conjunto y así dirigir los tratamientos.

261. Embarazo ectópico abdominal. Reporte de caso

KAREN MONTOYA VITAL, ADRIANA ARLIN ORTEGA JUVERA, EDGAR MATA COVARRUBIAS

Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Gineco Obstetricia 23, IMSS; Ciudad de México.

Antecedentes: El embarazo ectópico se implanta fuera de la cavidad uterina, siendo la trompa de Falopio el sitio más frecuente. La localización abdominal (menos del 1% de los casos) es de diagnóstico complejo y tardío, conllevando un elevado riesgo de morbilidad materna por hemorragia masiva.

Caso clínico: Paciente de 36 años, asintomática, con diagnóstico de embarazo ectópico abdominal de 18 semanas. Se realizó laparotomía, extracción fetal y placentaria, y salpingooforectomía izquierda. Se documentó un hemoperitoneo de 2000 cc, que requirió transfusión.

Conclusión: El embarazo ectópico abdominal es una entidad poco frecuente pero con alto riesgo vital para la madre. Su diagnóstico requiere alta sospecha clínica y uso de estudios de imagen. El abordaje quirúrgico debe realizarse con un equipo multidisciplinario preparado para el control de hemorragia masiva.

262. Predicción de complicaciones postparto

LUIS RAÚL GARCÍA TAPIA PRANDIZ, MARIO MARTÍNEZ RUIZ

Hospital Ángeles México, Ciudad de México.

Antecedentes: La cirugía ginecológica mínimamente invasiva (CGI) ofrece ventajas sobre los procedimientos abiertos, pero las complicaciones siguen siendo relevantes. Existen pocos instrumentos validados para cuantificar el riesgo quirúrgico individual en ginecología. La Calculadora de Riesgo Quirúrgico del Colegio Americano de Cirujanos (ACS NSQIP) fue desarrollada para estimar la probabilidad de resultados adversos.

Objetivo: Evaluar la validez diagnóstica de la Calculadora de Riesgo Quirúrgico ACS para predecir morbilidad y mortalidad en pacientes sometidos a CGI, y evaluar su validez predictiva para los días de estancia hospitalaria.

Materiales y métodos: Estudio observacional retrospectivo que recolectó datos de octubre de 2023 a marzo de 2025 en el Hospital Ángeles México. La información se obtuvo del expediente clínico completo de cada paciente.

Resultado: Se analizaron los datos de 301 pacientes sometidas a CGI. Los procedimientos más frecuentes fueron la histerectomía laparoscópica con salpingooforectomía (44.85%) y la fulguración de lesiones peritoneales (27.9%).

Conclusión: La calculadora NSQIP-SRC de la ACS, aunque validada en cirugía general, mostró una capacidad predictiva limitada para estimar complicaciones a 30 días en CGI. La baja incidencia de eventos adversos y la falta de variables específicas pueden explicar su discreto rendimiento en este contexto.

263. Tromboembolia pulmonar masiva

ALEXA PAOLA GALVÁN DEL TORO, NATALIA RIVERA ELIZARRARAS

Hospital Materno Perinatal Mónica Pretelini Sáenz, Toluca, Estado de México.

Antecedentes: La tromboembolia pulmonar es una de las principales causas de mortalidad materna. La forma masiva constituye una emergencia con mortalidad de hasta el 30% sin tratamiento oportuno.

Caso clínico: Paciente de 34 años, con antecedente de tres embarazos y tres cesárea, con puerperio quirúrgico y reposo absoluto durante 25 días por práctica cultural de "cuarentena". Inició súbitamente con disnea, mareo y somnolencia, motivo por el cual ingresó al área de cuidados intensivos.

Conclusión: El puerperio poscesárea y la inmovilización prolongada, como la "cuarentena", incrementan el riesgo trombótico. El diagnóstico temprano mediante ECG, ecocardiografía

y angio-TC es fundamental. En tromboembolia pulmonar masiva, la trombólisis sistémica con tenecteplasa en bolo único constituye una alternativa eficaz y segura.

264. Insuficiencia hepática aguda asociada con dengue

MARÍA CAROLINA BECERRA ÍÑIGUEZ, BERENICE GARCÍA GONZAÁLEZ, JOSÉ LUIS RODRÍGUEZ CHÁVEZ
Hospital General de Occidente, Guadalajara, Jalisco.

Antecedentes: El dengue en embarazadas puede tener complicaciones tanto para la madre como para el bebé, como parto prematuro, bajo peso al nacer, e incluso, en casos graves, muerte fetal.

Caso clínico: Paciente con 29.5 semanas de embarazo, con un diagnóstico de dengue grave que derivó en insuficiencia hepática aguda. El caso evidencia la gravedad potencial del dengue durante el embarazo, así como su capacidad de desencadenar insuficiencia hepática aguda con afectación multiorgánica. La detección temprana, el tratamiento obstétrico oportuno y la atención médica intensiva y multidisciplinario son decisivas

Conclusión: Es indispensable fomentar el tamizaje viral oportuno en las embarazadas con síntomas febriles en zonas endémicas, así como fortalecer la cobertura de control prenatal para detectar condiciones de riesgo de manera anticipada.

265. Efecto de pravastatina en preeclampsia

LEOPOLDO SANTIAGO SANABRIA, RICARDO ESQUILIANO RAYA, ORY GAL OR, XIMENA GONZÁLEZ LÓPEZ
Unidad Médica de Alta Especialidad 4 Luis Castelazo Ayala, IMSS, Ciudad de México.

Antecedentes: La preeclampsia es un trastorno hipertensivo que complica del 2% al 8% de las gestaciones. Su fisiopatología se caracteriza por placentación anormal y disfunción endotelial. Las estatinas han surgido como una terapia potencial. La pravastatina, por su perfil hidrofílico,



presenta un perfil de seguridad más favorable en el embarazo.

Objetivo: Esta revisión evalúa la evidencia disponible sobre el uso de pravastatina como terapia adyuvante en mujeres diagnosticadas con preeclampsia severa de inicio temprano o pretérmino, en tratamiento conservador.

Materiales y métodos: Se realizó una revisión de la bibliografía en la base de datos PubMed, utilizando una estrategia de búsqueda con los términos "preeclampsia" y "pravastatin".

Resultado: De los 10 estudios incluidos, se identificó la postura respecto al uso de pravastatina. Se evaluaron tres parámetros: disminución de biomarcadores endoteliales, mejoría en desenlaces clínicos y seguridad. La evidencia sobre pravastatina en preeclampsia muestra un contraste entre resultados traslacionales y clínicos.

Conclusión: Si bien la pravastatina ejerce efectos sobre la disfunción endotelial, su traducción a beneficios clínicos claros en preeclampsia severa ya establecida es limitada. El momento de inicio de la terapia parece crucial: la profilaxis temprana muestra resultados alentadores, mientras que el tratamiento tardío no ha demostrado eficacia.

266. Embolia pulmonar bilateral más cor pulmonar

PATRICIA ISABEL MACÍAS CARREÓN, PERLA PATRICIA TORRES BLANCARTE

Hospital General de Durango, Durango.

Antecedentes: El tromboembolismo pulmonar durante el embarazo es una causa significativa de morbilidad materna. Su presentación puede ser crítica cuando se acompaña de compromiso hemodinámico del ventrículo derecho (corazón pulmonar agudo).

Caso clínico: Paciente de 24 años con antecedente de dos embarazos y un parto, tromboembolismo pulmonar en el puerperio anterior. Acudió a consulta debido a la disnea súbita y taquicardia. Las escalas de estratificación (Wells, PESI, Ginebra) indicaban probabilidad moderada a intermedia. Se logró el control del tromboembolismo con

resolución clínica y ecocardiográfica progresiva. Se evitó el colapso hemodinámico mediante una intervención escalonada (anticoagulación-resolución obstétrica-trombectomía mecánica) y se logró un desenlace perinatal favorable.

Conclusión: El tromboembolismo pulmonar en el embarazo requiere el establecimiento de un diagnóstico temprano y atención multidisciplinaria. La heparina de bajo peso molecular es el tratamiento de elección, pero cuando hay afectación hemodinámica, las intervenciones avanzadas como la trombectomía mecánica pueden salvar vidas. La atención médica, en conjunto con el cardiólogo, obstetra e intensivista es fundamental para lograr resultados materno-fetales óptimos.

267. Tormenta tiroidea en el puerperio

SERGIO DÍAZ RAMOS, ESTEFANIA MONTSERRAT MARTÍNEZ MONTES, SHARON GUTIÉRREZ SAUCEDO, ROGELIO CASTILLO LUNA

Hospital General de Cholula IMSS Bienestar, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.

Antecedentes: La tormenta tiroidea es una emergencia médica infrecuente, caracterizada por un estado hipermetabólico. Se presenta en el 1% de las mujeres con hipertiroidismo no tratado durante el embarazo y presupone un alto riesgo de falla cardíaca, con una mortalidad materna de hasta el 25%.

Caso clínico: Paciente de 38 años, con embarazo previo y en curso de las 36 semanas de la gestación actual y antecedente de hipertiroidismo en tratamiento con tiamazol. Inició con edema bilateral de miembros pélvicos y cefalea súbita.

Conclusión: La paciente de este estudio tenía antecedente de muerte fetal y preeclampsia en un embarazo previo, lo que pudo relacionarse con hipertiroidismo no diagnosticado. El feto puede padecer hipertiroidismo, ya que los anticuerpos maternos pueden cruzar la placenta. El diagnóstico temprano y el tratamiento de las alteraciones tiroideas durante el embarazo son esenciales. El hipertiroidismo no es común en

el embarazo, pero el ginecólogo debe ser capaz de diagnosticarlo oportunamente. La evaluación de la función tiroidea debe realizarse mediante evaluación clínica y medición de TSH y hormonas tiroideas libres.

268. Causas de los ingresos a la UCIO

BIANCA GUADALUPE MONTOYA LÓPEZ, FRANCISCO JAVIER CASTRO APODACA, MARIA GRACIELA TORRES CASTELLANOS LEY, JOEL MURILLO LLANES
Hospital de la Mujer, Culiacán, Sinaloa.

Antecedentes: Algunas pacientes obstétricas presentan complicaciones potencialmente mortales que requieren ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). La hemorragia obstétrica y los trastornos hipertensivos son las dos principales causas de ingreso. En México, las principales causas son preeclampsia, hemorragia y sepsis.

Objetivo: Identificar los principales motivos de ingreso a la UCI obstétrica de un centro de atención terciaria en Sinaloa, México, del 1 de enero al 31 de diciembre de 2023.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal. Se incluyeron 83 registros de pacientes ingresadas en la UCI del Hospital de la Mujer de Sinaloa en 2023.

Resultado: La edad media fue de 24 ± 7.25 años. El 65% de los embarazos había sido interrumpido por parto y el 72.2% por cesárea. El 27.7% de los casos no había recibido atención prenatal. La estancia media en la UCI fue de 3.1 días.

Conclusión: Las principales causas de ingreso en la UCI de nuestro hospital fueron los trastornos hipertensivos del embarazo y sus complicaciones, seguidas de la hemorragia obstétrica. La formación continua en estos temas es clave para reducir la mortalidad materna.

269. Síndrome de Weil en el embarazo

ADÁN MORALES FLORES, ÁNGEL ÁVILA CERVANTES, MILTZI RIVERA BELTRÁN, JOSÉ LUIS RODRÍGUEZ CHÁVEZ, LAURA VICTORIA MONOSALVA ANGELATS
Hospital General de Occidente, Zapopan, Jalisco.

Antecedentes: La leptospirosis es una enfermedad zoonótica. En el embarazo, es poco frecuente pero de gran importancia debido a su presentación inespecífica y al riesgo de complicaciones maternas y fetales, con una mortalidad de hasta el 40%. Su diagnóstico representa un desafío clínico.

Caso clínico: Paciente de 19 años, primigesta, procedente de zona rural, acude en la semana 17.3 por dolor abdominal, vómito, fiebre y mialgias. A su ingreso presenta hipotensión, taquicardia, ictericia y desaturación.

Conclusión: La leptospirosis en el embarazo es poco frecuente, pero con consecuencias maternas y fetales graves. Aunque poco común, la leptospirosis en el embarazo debe sospecharse ante cuadros febriles con ictericia en áreas endémicas. El diagnóstico temprano y el inicio oportuno de antibióticos son fundamentales para reducir complicaciones.

270. Cesárea perimortem

ADÁN MORALES FLORES, MILTZI RIVERA BELTRÁN, JOSÉ LUIS RODRÍGUEZ CHÁVEZ, MARÍA CAROLINA BECERRA IÑIGUEZ, IVÁN MORALES FLORES
Hospital General de Occidente, Zapopan, Jalisco.

Antecedentes: La cesárea perimortem es un procedimiento de emergencia indicado en mujeres embarazadas en paro cardiorrespiratorio, cuyo objetivo es aliviar la compresión aortocava y mejorar la supervivencia materno-fetal. Su incidencia es baja (1/30,000 embarazos) y la tasa de supervivencia reportada es del 6.9%.

Caso clínico: Paciente de 28 años, con antecedente de dos embarazos y un parto, con diagnóstico de diabetes mellitus gestacional en descontrol, acude por dificultad respiratoria y náuseas. Se activa código mater. La paciente presenta paro cardiorrespiratorio y se inicia reanimación.

Conclusión: La cesárea perimortem tiene escasa experiencia en la literatura. Si bien los resultados para el binomio varían, una intervención oportuna puede mejorar la supervivencia. La decisión



de iniciarla está influenciada por la causa del paro, la edad gestacional y los recursos disponibles. La cesárea perimortem es un procedimiento de emergencia vital para la supervivencia de la madre y el feto en situaciones de paro cardíaco materno, que debe ser realizado rápidamente y por personal entrenado siguiendo los lineamientos establecidos.

271. Rabdomiólisis inducida por misoprostol

ADÁN MORALES FLORES, MILTZI RIVERA BELTRÁN, ROCIO G, SANDOVAL MARTÍNEZ, MARÍA CAROLINA BECERRA IÑIGUEZ, LESLIE MICHELLE RUIZ CÁZARES

Hospital General de Occidente, Zapopan, Jalisco.

Antecedentes: La hemorragia posparto es responsable del 20.4% de las muertes maternas en México. El uso de misoprostol es una herramienta eficaz para su tratamiento, aunque puede generar efectos adversos. La rabdomiólisis es una complicación extremadamente rara y potencialmente letal, con menos de cinco casos reportados.

Caso clínico: Paciente de 25 años, con un embarazo y parto en el puerperio inmediato complicado por hemorragia obstétrica, manejada con oxitocina, carbetocina, ergonovina, dos dosis de misoprostol sublingual y balón de Bakri.

Conclusión: El misoprostol se asocia con efectos adversos como escalofríos y fiebre. La mayoría de los casos cursan con fiebre leve y autolimitada, aunque episodios de hiperpirexia mayor de 40 °C pueden presentarse de manera infrecuente. La detección temprana y el tratamiento oportuno con reposición hídrica y monitoreo electrolítico permiten la recuperación y disminuyen el riesgo de complicaciones sistémicas. Este caso resalta la importancia de vigilar las posibles complicaciones relacionadas al uso de misoprostol.

272. Preeclampsia severa-eclampsia

DAYANA FERNANDA ESPINOZA MONTES, MIGUEL ÁNGEL BONAPARTE PIMENTEL, MARÍA FERNANDA HUERTA PÉREZ, VERÓNICA DENISE DE ALBA HERNÁNDEZ, JOSÉ LUIS RODRÍGUEZ CHÁVEZ

Hospital General de Occidente, Zapopan, Jalisco.

Caso clínico: Paciente de 33 años, con cesárea a las 38.5 semanas. En el puerperio mediano presentó cefalea postural, que evolucionó a cifras tensionales elevadas, diagnosticándose preeclampsia severa de inicio tardío. Al tercer día, presentó una convulsión tónico-clónica, con hallazgo en TAC de hemorragia subaracnoidea. Fue manejada con sulfato de magnesio y levetiracetam, con evolución favorable. La evolución clínica de la paciente fue de cefalea, hipertensión, convulsión y HSA plantea un escenario clínico complejo. La bibliografía actual ofrece contrastes en relación a casos conocidos.

Conclusión: La preeclampsia-eclampsia en su forma tardía es una entidad de alto riesgo que exige un umbral bajo de sospecha ante la aparición de síntomas neurológicos, particularmente cefalea persistente, alteraciones visuales o cualquier evento convulsivo.

273. Acretismo placentario

MARIANA MACHADO BODARTH, DANIEL ZÚÑIGA FAJARDO, SERGIO ESTEBAN BELTRAN URIAS, PAUL GONZÁLEZ QUINTERO, ROBERTO COLIN PERAZA

Hospital de la Mujer Culiacán, Sinaloa.

Antecedentes: El espectro de acretismo placentario se caracteriza por una adhesión anormal de la placenta al miometrio. Se asocia con considerable morbilidad materna. La insuficiencia placentaria es una falla en la remodelación vascular que provoca placentación deficiente, resultando en hipoxemia fetal.

Objetivo: Resaltar los mecanismos fisiopatológicos implicados y su impacto en el desenlace neonatal adverso, con el fin de contribuir al reconocimiento temprano y la prevención de complicaciones materno-fetales.

Materiales y métodos: Revisión de la bibliografía y análisis fisiopatológico.

Resultado: La identificación temprana de esta combinación es un reto, ya que el diagnóstico

prenatal suele centrarse en la invasión placentaria. Diversos estudios han señalado que los factores de riesgo compartidos, como la multiparidad y las cesáreas previas, pueden explicar la asociación entre ambas entidades.

Conclusión: El acretismo placentario puede coexistir con insuficiencia útero-placentaria, aumentando el riesgo de desenlaces neonatales adversos. La detección temprana y la vigilancia multidisciplinaria son clave para reducir complicaciones. La documentación de casos como este contribuye a la evidencia clínica y a la concientización sobre el tratamiento integral en embarazos de alto riesgo.

275. Embarazo en estado vegetativo

MALENI MARTÍNEZ RODRÍGUEZ, TANIA LIZBETH AVENDAÑO GARCÍA, CARLOS AUGUSTO GUTIÉRREZ SANTIAGO
Hospital General zona Norte Bicentenario de la Independencia, Puebla.

Caso clínico: Paciente de 20 años, primigesta, con embarazo de 18 semanas, con un traumatismo craneoencefálico grave que la deja en estado vegetativo persistente. El tratamiento incluyó la participación de un neurólogo, un neurocirujano, un intensivista, un obstetra, un médico materno fetal y un neonatólogo. El soporte hemodinámico fue fundamental para mantener una adecuada perfusión uteroplacentaria. Previa valoración de equipo multidisciplinario, se procedió a la cesárea programada a las 34.4 semanas, obteniendo un recién nacido femenino de 2150 g, con buena evolución del puerperio. El recién nacido presentó síndrome de dificultad respiratoria y sepsis neonatal, con estancia en la unidad de cuidados intensivos neonatales.

Conclusión: La bibliografía acerca del embarazo en estado vegetativo persistente es escasa y antigua. No se cuenta con protocolos para su tratamiento multidisciplinario, por ser casos especiales.

276. Eclampsia y hemorragia cerebral

JUAN ANTONIO SORIA LÓPEZ, RICARDO JOSÉ GARCES CAÑIZALEZ, CLARA DEL CARMEN FLORES ACOSTA, LILIA CANO HINOJOSA, VIVIANE BORRAYO GARZA
Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, Monterrey, Nuevo León.

Antecedentes: La eclampsia es una de las complicaciones más graves del embarazo y conlleva una alta morbilidad y mortalidad. Se define como la aparición de convulsiones tónico-clónicas en mujeres con un trastorno hipertensivo del embarazo.

Caso clínico: Paciente de 17 años, con dos embarazos previos, y el actual en las 34 semanas, atendida por eclampsia, con múltiples crisis convulsivas, hipertensión severa y síndrome de HELLP. Se inició tratamiento con sulfato de magnesio y se decidió interrupción del embarazo vía cesárea por estado crítico materno.

Resultado: La eclampsia puede evolucionar a complicaciones neurológicas severas como edema cerebral, hemorragia intracerebral y síndrome de encefalopatía posterior reversible. La eclampsia y el síndrome de HELLP representan entidades graves. Aunque el parto es la medida definitiva, este no siempre garantiza una recuperación inmediata y sin secuelas.

Conclusión: El tratamiento exitoso de esta entidad requiere de una estrategia multidisciplinaria, combinando terapéutica obstétrica, neurológica e intensivista para optimizar los resultados maternos y fetales.



Ginecología General

277. Endometriosis perineal, reporte de un caso

ERICK ALFREDO AVILA ORTIZ, MARCELA ESTEFANY HERNÁNDEZ JIMÉNEZ, JOSÉ JONATAN OLIVERA DELGADO, JESÚS ARMANDO RIVAS OCHOA, NORMA MARÍA LUISA SUÁREZ LÓPEZ
Hospital General de Zona 36, Pachuca, Hidalgo.

Antecedentes: La endometriosis es una patología benigna caracterizada por la presencia de tejido endometrial fuera de la cavidad uterina. La ubicación más frecuente es la cavidad pélvica. La endometriosis perineal es una localización extrapélvica. La endometriosis perineal es una variable rara de endometriosis, con una incidencia de 0.01-0.06% posterior a parto vaginal, en relación con trauma obstétrico o episiotomía.

Caso clínico: Paciente de 41 años, con endometriosis perineal y múltiples recurrencias, con tratamiento quirúrgico definitivo. En el seguimiento posquirúrgico se evaluó la continencia fecal, síntomas de prolapso, dolor perineal y vida sexual, encontrando una evolución satisfactoria, sin síntomas de incontinencia ni prolapso, y sin dolor perineal.

Conclusión: La endometriosis perineal es un tipo poco frecuente en la que coexisten factores como trauma obstétrico o episiotomía. Los síntomas se relacionan con el ciclo menstrual de manera cíclica. En el protocolo diagnóstico es imprescindible el uso de estudios de imagen para valorar la relación con estructuras perineales y mejorar el abordaje quirúrgico.

279. Fibroadenoma gigante. Revisión de un caso

ANA CRISTINA LÓPEZ VELÁZQUEZ, MARIANA PABLO ROLDÁN, ALAIN ROMÁN REYES CHÁVEZ, LUZ MARÍA HINOJOSA GARCÍA
Hospital General Dr. Manuel Gea González, Ciudad de México.

Antecedentes: El fibroadenoma es el tumor benigno de mama más frecuente en mujeres en edad reproductiva. Su importancia radica en la necesidad de establecer un diagnóstico diferencial con lesiones malignas. El abordaje incluye valoración clínica, imagen y, en ocasiones, biopsia. La mayoría pueden manejarse de forma conservadora.

Caso clínico: Paciente de 22 años, sin antecedentes de importancia, quien acude por aumento en el tamaño de la mama derecha de años de evolución. Entre los tumores benignos de mama existen presentaciones menos comunes, como los fibroadenomas gigantes, que se caracterizan por crecimiento rápido y tamaño superior a 5 cm. Estos casos suelen requerir escisión quirúrgica por motivos estéticos, sintomáticos o diagnósticos.

Conclusión: El fibroadenoma constituye una entidad benigna y frecuente. A pesar de su bajo potencial de malignización, su adecuado diagnóstico y seguimiento son fundamentales. Las variantes atípicas, como el fibroadenoma gigante, requieren un abordaje individualizado.

280. Prevalencia de citologías cervicales anormales

RENÉ ZALAPA RÍOS, MARÍA FERNANDA ZALAPA GÓMEZ
Hospital Fray Juan de San Miguel, Uruapan,
Michoacán.

Antecedentes: El cáncer cervicouterino es un importante problema de salud pública. Dada su larga fase preinvasora, el tamizaje con citología cervical (Papanicolaou) ha sido la estrategia fundamental para reducir la carga de la enfermedad.

Objetivo: Determinar la prevalencia de citologías cervicales anormales en una población mexicana del occidente del país y analizar su distribución etaria, así como factores de riesgo asociados.

Materiales y métodos: Estudio prospectivo, transversal y observacional entre enero de 2009 y junio de 2025 en un hospital privado de Michoacán. Se incluyeron 12,728 pacientes ≥ 21 años sometidas a citología cervical con base líquida. Se analizaron variables demográficas, reproductivas y de riesgo mediante estadística descriptiva y regresión lineal.

Resultado: La prevalencia global de citologías anormales fue de 3.56% (453 casos). La mayor proporción de LIEBG se observó en mujeres de 21-30 años (40.4%), mientras que las LIEAG predominaron en el grupo de 31-40 años (40.42%). El antecedente de tabaquismo se asoció con un riesgo relativo de citología anormal de 1.71 (IC95%: 1.16-2.61).

Conclusión: El Papanicolaou sigue siendo un método accesible y costo-efectivo para la prevención secundaria del cáncer cervicouterino. Si bien las pruebas de VPH han mostrado mayor sensibilidad, la citología sigue teniendo un papel clave para reducir la mortalidad por esta enfermedad prevenible. Es fundamental continuar con los esfuerzos de tamizaje en la población.

281. Inserción de DIU con técnica Contactless

DAVID ALEJANDRO LAGUNA PÉREZ, PATRICIO R. SANHUEZA SMITH, PAULINA MICHELLE BRAVO MEDEL, MATÍAS ENRIQUE SEPÚLVEDA JARA, LILIA ESTEPHANY CRUZ MEZA

DKT México, Ciudad de México.

Antecedentes: El dispositivo intrauterino (DIU) es un anticonceptivo muy efectivo, pero su inserción puede asociarse con dolor, limitando su aceptación. Las técnicas convencionales incluyen el pinzamiento del cérvix, que aumenta la incomodidad. Para mejorar la experiencia, desarrollamos la técnica Contactless, que prescinde de estas maniobras y utiliza ultrasonido abdominal como guía.

Objetivo: Evaluar la seguridad, factibilidad y percepción del dolor asociada a la técnica Contactless de inserción de DIU, así como comparar la experiencia de dolor con inserciones previas.

Materiales y métodos: Estudio prospectivo entre septiembre de 2023 y marzo de 2025 con 417 mujeres. La técnica Contactless consistió en la inserción sin pinzamiento cervical, guiada por ultrasonido. Tras la colocación, las participantes evaluaron el dolor con la Escala Visual Analógica (EVA, 0 = sin dolor, 10 = máximo dolor imaginable) y la percepción del dolor en comparación con sus expectativas.

Resultado: La mediana de dolor reportada fue de 5 en la escala EVA. El 86.8% de las usuarias consideró que el dolor fue igual o menor al esperado. Entre las 141 mujeres con inserciones previas, el 63.1% reportó menor dolor que en procedimientos anteriores. No se encontraron diferencias significativas por edad ni entre usuarias de primera vez y aquellas con inserciones subsecuentes.

Conclusión: La técnica Contactless es factible, segura y bien aceptada. Se asocia con niveles de dolor tolerables y menores a lo esperado. Estos resultados sugieren que la técnica puede contribuir a disminuir barreras asociadas al dolor y favorecer la elección y continuidad del DIU como método anticonceptivo.

282. Útero didelfo con hematocolpos bilateral

JUDITH ABIGAIL ALVAREZ NAVARRO, ANA CAROLINA CERDA, ALBERTO BALLESTEROS
Hospital Civil Fray Antonio Alcalde, Guadalajara, Jalisco.



Caso clínico: Paciente de 13 años, con útero didelfo, hematocolpos e himen imperforado corregido quirúrgicamente, con un cuadro de 2 años de evolución con dolor abdominal cíclico e intenso cada mes, con alivio parcial luego de la toma de analgésicos. En el ultrasonido el útero se visualizó didelfo, con hematometra bilateral, duplicación cervical, tabique vaginal con hematocolpos y ovarios normales. Se realizó tratamiento quirúrgico, describiendo la técnica de incisión de la cúpula vaginal, drenaje, dilatación progresiva y sutura de los bordes himeniales. El útero didelfo es una malformación mülleriana poco frecuente. Suele diagnosticarse en la adolescencia por dolor cíclico y hematocolpos. En este caso, la asociación con una malformación anorrectal previa aumenta la sospecha. El ultrasonido fue clave para el diagnóstico. La cirugía permitió el drenaje del hematocolpos y la resolución del dolor.

Conclusión: El dolor abdominal cíclico en adolescentes con antecedentes quirúrgicos debe motivar la búsqueda de malformaciones müllerianas. El diagnóstico temprano previene complicaciones como endometriosis e infertilidad. El tratamiento quirúrgico debe individualizarse, buscando siempre preservar la fertilidad futura. La colaboración multidisciplinaria mejora el pronóstico.

283. Síndrome de ovario poliquístico y cáncer de endometrio

MIGUEL ANGEL BERNAL DAVIS, MARÍA NATIVIDAD GUZMÁN TAPIA, EMMANUEL ALEJANDRO CERVANTES SERRANO, DANNA VETTORETTI MALDONADO, HARWI DAYANA UTRERA LARA

Universidad Veracruzana, Facultad de Medicina Xalapa, Veracruz.

Antecedentes: El síndrome de ovario poliquístico es el trastorno endocrino más común en mujeres en edad reproductiva. Se caracteriza por anovulación crónica, hiperandrogenismo y alteraciones metabólicas, lo que aumenta el riesgo de hiperplasia y cáncer de endometrio.

Su fisiopatología destaca la secreción irregular de GnRH, hipersecreción de LH y resistencia a la insulina. El tratamiento es integral y depende del deseo reproductivo.

Objetivo: Subrayar la implicación del síndrome de ovario poliquístico como factor de riesgo en el proceso patogénico del cáncer de endometrio. Además, se enfoca en el paradigma de las enfermedades endocrinas y metabólicas que inducen la proliferación endometrial.

Materiales y métodos: Se realizó una revisión narrativa de artículos científicos (2019-2024) de bases de datos como PubMed y SciELO. Se emplearon las palabras clave "Polycystic Ovary Syndrome" y "endometrial cancer". Se incluyeron metaanálisis, revisiones sistemáticas y estudios observacionales.

Resultado: Los casos reportados y la evidencia disponible respaldan que el síndrome de ovario poliquístico es un factor de riesgo importante para la hiperplasia y el cáncer de endometrio. Esta asociación está relacionada con los desórdenes hormonales y metabólicos de la enfermedad. En México, la falta de actualización en las guías clínicas dificulta un diagnóstico y tratamiento oportunos.

Conclusión: El síndrome de ovario poliquístico es una causa prevalente de infertilidad y tiene un alto riesgo de secuelas como el cáncer de endometrio. La historia natural de este trastorno, caracterizado por anovulación crónica e hiperandrogenismo, establece una realidad hormonal alterada que continúa generando estrona y proliferación endometrial sin oposición.

284. Endometrioma. Reporte de un caso

ALMA DELIA ARCE ROMERO

Medio Privado

Antecedentes: La población de mujeres con endometriosis es heterogénea, y se pueden observar diversos fenotipos de pacientes en el entorno clínico, lo que dificulta establecer un diagnóstico temprano como en este caso, en el que no hubo sintomatología relevante; aunado

a la falta de acceso a servicios de salud en poblaciones rurales de nuestro país. Además, el tratamiento clínico de la endometriosis puede ser un desafío debido a esta heterogeneidad.

Caso clínico: Paciente de 48 años, habitante de una zona rural, con embarazo a los 30 años. Acudió a consulta debido a menstruaciones abundantes en el último año, que le provocaron anemia con Hb 8 Hto 25. Niega dismenorrea así como dolor pélvico crónico. Entre sus antecedentes patológicos: diabética con mal control metabólico y dislipidemia.

Conclusión: La endometriosis es una enfermedad inflamatoria dependiente de estrógenos. La dydrogesterona, actuando como progesterona, puede ejercer su efecto en el sitio de la lesión, reduciendo la proliferación hormono-dependiente e induciendo la atrofia del endometrio ectópico mediante la promoción de las vías apoptóticas, desde luego prescribiéndolo oportunamente. Avances en la nanotecnología combinada con dydrogesterona podrían ofrecer futuras alternativas terapéuticas.

285. Cistoadenoma gigante

GABRIELA GARCÍA REYES, LIZBETH FERNANDA ESTALA PEÑA, EVELYNE ELENA ARRIAGA RAMÍREZ
Hospital General de Lerdo, Durango, Durango.

Antecedentes: El cistoadenoma seroso de ovario es una neoplasia benigna derivada del epitelio celómico superficial, siendo el tipo más común entre los tumores epiteliales ováricos. Los quistes ováricos gigantes se definen como aquellos con un diámetro mayor a 10 cm, siendo poco frecuentes. En el caso del cistoadenoma seroso gigante, su crecimiento lento y asintomático puede ocasionar presentación con síntomas por compresión de órganos vecinos. La relevancia del estudio radica en que, pese a su benignidad, estos quistes pueden dar lugar a complicaciones graves y requieren abordaje oportuno.

Caso clínico: Paciente de 45 años, nuligesta, con retraso psicomotor, que acudió a consulta debido

a un aumento progresivo del volumen abdominal durante un año y pérdida de peso involuntaria. En la exploración física reportó presión arterial 100-60 mmHg, frecuencia cardíaca 67 lpm, frecuencia respiratoria 24 rpm, consciente y sin compromiso cardiopulmonar. El reporte de patología fue de estructura quística identificada como ovario derecho, con dimensiones de 35.0 cm x 30.0 cm, con una superficie lisa, de color gris translúcido. Al corte, se observa salida de líquido citrino; la pared mide 0.1 cm y la superficie interna es lisa, con la presencia de escasas formaciones papilares de 0.1 cm.

Conclusión: El cistoadenoma seroso gigante es un tumor benigno de crecimiento lento, con buen pronóstico tras la cirugía. Su tratamiento requiere un diagnóstico preciso para evitar intervenciones innecesarias y prevenir complicaciones. La presencia de un equipo multidisciplinario es fundamental para asegurar un resultado exitoso.

287. Útero didelfo con miomatosis cervical

KAROL SARAÍT LUNA BUENDÍA, ANA LUCÍA MARTÍNEZ CERMEÑO, RAÚL GONZÁLEZ BRAVO, IRVING GEOVANNI ORTÍZ SALGADO, RITA CIGARROA MÉNDEZ
Hospital Central Sur de Alta Especialidad Pemex, Ciudad de México.

Antecedentes: Los leiomiomas son las neoplasias benignas más comunes en mujeres en edad reproductiva. Su principal manifestación es la hipermenorrea y síntomas compresivos. Los leiomiomas cervicales son muy raros (1-2% del total) y su tratamiento depende del deseo de preservar la capacidad reproductiva y del tamaño del tumor. Para tumores grandes y sintomáticos, se opta por la histerectomía, que conlleva una alta dificultad técnica.

Caso clínico: Paciente de 44 años, con hipertensión arterial e hipotiroidismo en control, con historial de dos embarazos, dos cesáreas y obstrucción tubárica bilateral. Ciclos regulares con hipermenorrea (uso de hasta 12 toallas nocturnas por día).



Resultado: Los leiomiomas cervicales se categorizan en subserosos e intracervicales. Nuestro caso consistió en un mioma intracervical. Existen distintos tipos de abordaje para esta etiología, como la histerectomía o la miomectomía, con presencia de mayores riesgos quirúrgicos en comparación con abordajes menos invasivos.

Conclusión: La dificultad quirúrgica en tumores de estas dimensiones y localización radica desde el abordaje abdominal, ya que es fácil la lesión vesical y, por otro lado, la extirpación del cuello en donde está perdida su anatomía normal, lo que dificulta la disección.

288. Asociación de US Y RHP en sangrado uterino anormal

DAVID ESPINOZA GUTIÉRREZ, ROGELIO CASTILLO LUNA, TAISA SABRINA SILVA PEREIRA
Universidad de Las Américas Puebla, Hospital General de Cholula, Puebla.

Antecedentes: El sangrado uterino anormal afecta a un 10 a 30% de mujeres en edad reproductiva y hasta un 70% en la perimenopausia. La FIGO creó el sistema de clasificación PALM-COEIN. La ecografía es el método diagnóstico de primera línea, pero la confirmación requiere histopatología. Es importante identificar asociaciones entre ultrasonido e histopatología para mejorar la precisión diagnóstica.

Objetivo: Establecer la asociación entre hallazgos ultrasonográficos y el reporte histopatológico en pacientes con sangrado uterino anormal.

Materiales y métodos: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal. Se realizó una revisión de expedientes de pacientes atendidas en el servicio de ginecología en un hospital de segundo nivel en Puebla, del 1 de enero del 2023 al 30 de junio del 2024.

Resultado: La muestra final se integró de 76 expedientes. La media de edad fue de 41.78 ± 5.17 años. Se encontró una alta tendencia a exceso de peso (82.9%). Ninguna presentó antecedente de infertilidad.

Conclusión: Se observó una asociación entre el tamaño de la lesión identificada mediante ultrasonido con el diagnóstico de leiomiomas, siendo la mayoría lesiones de 18.5 a 56 milímetros. No obstante, respecto a las demás variables como el patrón de vascularidad y ecogenicidad no se logró identificar una asociación estadísticamente significativa.

289. Tormenta tiroidea en el puerperio

SERGIO DANIEL DIAZ RAMOS, ROGELIO CASTILLO LUNA, ESTEFANÍA MONTSERRAT MARTÍNEZ MONTES, SHARON ANEL GUTIÉRREZ SAUCEDO
Hospital General de Cholula, Puebla.

Antecedentes: La tormenta tiroidea es una emergencia médica infrecuente caracterizada por un estado hipermetabólico. Se presenta en 1% de mujeres con hipertiroidismo no tratado durante el embarazo y tiene una mortalidad materna de hasta el 25%. Es relevante considerarla en mujeres durante el embarazo, parto y puerperio con antecedentes de hipertiroidismo y síntomas como fiebre inexplicable, alteraciones del estado mental y arritmia cardíaca.

Caso clínico: Paciente de 38 años, con embarazo de 36 semanas, con antecedente de hipertiroidismo en tratamiento con tiamazol 5 mg al día. Inició con edema de los miembros pélvicos y cefalea súbita. Sin control prenatal, lo que pudo relacionarse con hipertiroidismo no diagnosticado. El feto puede padecer hipertiroidismo con signos de restricción del crecimiento intrauterino y taquicardia, ya que los anticuerpos maternos pueden cruzar la placenta y estimular la tiroides fetal.

Conclusión: Este estudio permitió identificar las complicaciones obstétricas asociadas con el hipertiroidismo descontrolado. El tamizaje para hipertiroidismo en pacientes embarazadas es la mejor medida preventiva. Ante sospecha de tormenta tiroidea, se debe emplear un tratamiento multidisciplinario y un control continuo del bienestar fetal.

290. Absceso de clótoris

MARIANA A. DE ZORZI JASPE, EMILIO M. TREVIÑO SALINAS, ABEL GUZMÁN LÓPEZ, JESÚS H. CERVANTES CASTO, RICARDO J. GARCÉS CAÑIZALEZ

Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, Nuevo León.

Antecedentes: El absceso del capuchón del clótoris es una entidad ginecológica poco frecuente. Su etiología es indeterminada, pero puede asociarse a traumatismos. En los últimos años se han publicado muy pocos reportes sobre esta condición. El abordaje combina incisión, drenaje y antibioticoterapia, pero la mayoría de los casos carecen de información microbiológica.

Caso clínico: Paciente de 27 años, nuligesta, que acudió a valoración debido a un dolor vulvar de 10 días de evolución, localizado en la región superior al clótoris. Se realizó un drenaje puntual inferior, obteniéndose 3 cc de material purulento, con alivio inmediato. La paciente continuó en tratamiento con cefalexina, con evolución favorable y completa desaparición de los síntomas.

Conclusión: Las repercusiones sobre la salud reproductiva futura son inciertas. Se busca enfatizar la importancia de identificar los microorganismos para guiar el tratamiento. El aislamiento de *Streptococcus constellatus* contribuye a la caracterización de patógenos poco reportados, además de demostrar la eficacia de combinar el drenaje del absceso con antibioticoterapia.

292. Cáncer cervicouterino epidermoide invasor con prolapso grado IV

DIANA PÉREZ UGALDE, ESTEFANÍA CABELLO QUILANTÁN, MICHELLE ALEXA FIGUEROA LÓPEZ, MARÍA FÉLIX AGUILAR LÓPEZ, ADRIANA CRUZ VÁZQUEZ

Hospital Regional de Ciudad Madero, Tamaulipas.

Antecedentes: El prolapso de órganos pélvicos es prevalente en mujeres mayores. Su coexistencia con cáncer cervicouterino es infrecuente, pero plantea dilemas diagnósticos y terapéuticos por la distorsión anatómica, que dificulta la estadificación y la administración de braquiterapia.

Caso clínico: Paciente de 90 años con antecedente de ocho embarazos e igual cantidad de partos, valorada debido a la aparición de un prolapso uterino grado IV, con ulceración extensa y anemia. La biopsia reportó carcinoma epidermoide de células grandes, bien diferenciado e invasor. El diagnóstico de cáncer cervicouterino en el contexto de prolapso avanzado puede distorsionar el cuello uterino y desplazarlo fuera de la pelvis, lo que complica la toma de biopsias y la valoración parametrial.

Conclusión: La asociación de prolapso uterino grado IV y cáncer cervicouterino invasor es poco frecuente. En pacientes de edad avanzada con comorbilidades, el **tratamiento** paliativo quirúrgico puede ser la mejor alternativa. La toma de decisiones debe priorizar la calidad de vida sobre tratamientos curativos agresivos.

293. Labioplastia y cirugía vaginal estética

TALINA RAMÍRES CANO, IGNACIO MORALES ALVAREZ, MARÍA ADRIANA LAURA ARTEAGA SANTA, MONTSERRAT RAMÍREZ GONZÁLEZ, VICTORIA GALNARES CARCOBA
Centro Médico Dalinde, Ciudad de México.

Antecedentes: La cirugía genital estética y reconstructiva en ginecología ha aumentado significativamente, generando debates sobre su naturaleza cosmética, riesgos, beneficios y la influencia de estándares sociales.

Objetivo: Analizar el panorama actual de las afecciones vulvares estéticas, las técnicas quirúrgicas disponibles y las perspectivas de expertos y sociedades médicas.

Materiales y métodos: Revisión de la bibliografía actual reunida en la base de datos de PubMed, Google Scholar, Scopus y Dimensions. De 84 artículos identificados, se seleccionaron 20 tras una evaluación de acuerdo con los criterios de inclusión y exclusión.

Resultado: Se identificaron cinco tipos principales de afecciones vulvares estéticas, muchas asociadas con alteraciones funcionales. Se reportan alrededor de 8 procedimientos quirúrgicos estandarizados. Persisten opiniones



contradictorias entre sociedades ginecológicas sobre la seguridad y relevancia de estos procedimientos.

Conclusión: Estos procedimientos son cada vez más frecuentes, pero mantienen controversia. Es fundamental que sean realizados por especialistas experimentados para garantizar resultados óptimos. La práctica segura puede mejorar la calidad de vida. Las investigaciones futuras deben enfocarse en desarrollar directrices éticas y criterios de selección de candidatos.

294. Coriocarcinoma uterino primario

JOSÉ LUIS BAÑUELOS RAMÍREZ, JOCELYN CANTÚ VÁZQUEZ, ANAHÍ JARAMILLO LUNA
Hospital General de Reynosa, Tamaulipas.

Antecedentes: El coriocarcinoma es un tipo raro de tumor trofoblástico gestacional. Se origina principalmente a partir de un embarazo molar, pero también puede desarrollarse tras un aborto o un embarazo normal. En su mayoría, se diagnostica durante el seguimiento postparto o después de un aborto.

Caso clínico: Paciente de 21 años, con antecedente de embarazo molar, con hCG inicial de 230,299.2 mUI/mL. Se realiza legrado uterino, con descenso de hCG a 17,806.68. El reporte de patología confirma mola hidatiforme. El coriocarcinoma puede simular otras condiciones ginecológicas. En casos como el de coriocarcinoma tubárico o extrauterino, el diagnóstico es aún más desafiante, ya que puede ser confundido con un embarazo ectópico.

Conclusión: El pronóstico de los pacientes con coriocarcinoma gestacional depende de la localización del tumor, la respuesta al tratamiento y la rapidez de la detección. La detección temprana es fundamental. En general, la quimioterapia ha mostrado buenos resultados, con tasas de curación que superan el 90%.

295. Mioma submucoso FIGO-1 abortado

DIANA ALEJANDRA GARCÍA OTERO, CLEMENTE RODRIGO SIERRA GARCÍA, ADRIANA CRUZ VÁZQUEZ

Hospital Civil de Ciudad Madero, Tamaulipas.

Antecedentes: Los miomas uterinos son las neoplasias benignas más frecuentes del aparato reproductor femenino. Los miomas submucosos pueden provocar síntomas de metrorragia, dismenorrea o infertilidad. En ciertos casos, la histerectomía puede ser la opción terapéutica más adecuada si la paciente ha cumplido su deseo reproductivo.

Objetivo: Describir el procedimiento clínico-quirúrgico de un caso de mioma FIGO-1 prolapsado en una paciente manejada con histerectomía total abdominal, destacando las consideraciones diagnósticas y terapéuticas que guiaron la toma de decisiones.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio observacional de tipo reporte de caso, basado en la revisión clínica y quirúrgica de una paciente atendida en el Hospital Civil de Ciudad Madero, documentando antecedentes, hallazgos clínicos, tratamiento y evolución.

Resultado: Los miomas submucosos FIGO 1 suelen generar síntomas significativos como sangrado uterino anormal. Aunque existen técnicas menos invasivas, su indicación depende del tamaño tumoral, los recursos institucionales y el deseo reproductivo.

Conclusión: El tratamiento de miomas submucosos pediculados debe individualizarse. Aunque existen alternativas menos invasivas, la histerectomía total abdominal sigue siendo una opción segura y eficaz en contextos clínicos específicos. Este caso resalta la importancia de una evaluación preoperatoria adecuada y una intervención oportuna.

296. Gigantomastia gestacional

MARCELA QUEIKO SEO MENDOZA, JOSÉ LUIS BAÑUELOS RAMÍREZ, ANA MIRIAM MARTÍNEZ ORTA, JAVIER ABISAÍ ONTIVEROS GARZA, ANAHÍ JARAMILLO LUNA
Hospital General Reynosa, Tamaulipas.

Antecedentes: La gigantomastia gestacional es excepcional (1 por cada 28,000 a 100,000

embarazos) de fisiopatología no del todo esclarecida, aunque se ha relacionado con una respuesta anormal del tejido mamario a las hormonas. Este crecimiento masivo puede generar complicaciones como ulceraciones, necrosis y dolor severo.

Caso clínico: Paciente de 20 años, con historial de cuatro embarazos, antecedentes de resección de fibroadenoma a los 10 años y consumo de tóxicos. Acudió a consulta debido a la aparición de edema, eritema y crecimiento progresivo de ambas mamas, acompañado de lumbalgia y disnea. La gigantomastia gestacional es una condición poco común, caracterizada por un crecimiento excesivo y acelerado de las mamas. Aunque su causa no se conoce del todo, se cree que está relacionada con una hipersensibilidad a las hormonas del embarazo, principalmente prolactina y estrógenos.

Conclusión: La gigantomastia gestacional es una entidad que puede generar complicaciones físicas y emocionales de gran impacto, lo que exige una visión clínica amplia. Este caso pone en evidencia la necesidad de un tratamiento integral, que no solo aborde el crecimiento mamario, sino también las repercusiones sistémicas y psicosociales.

297. Sarcoma del estroma endometrial

MIRIAM DEL SOCORRO FIERROS CADENAS, LUIS DIEGO BARRAGÁN LOERA

Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, Guadalajara, Jalisco.

Antecedentes: Los tumores del estroma endometrial son tumores mesenquimales uterinos que se asemejan a las células estromales del endometrio. Representan <1% de todos los tumores uterinos y ocurren en mujeres entre 40-55 años, siendo más del 50% premenopáusicas.

Caso clínico: Paciente de 44 años, con antecedente de un embarazo, anemia y obesidad. Acudió a consulta debido a la aparición de sangrado uterino anormal y dolor pélvico de año y medio de evolución. A la exploración, se

encuentó un útero de aproximadamente 15 cm, con cuello no móvil e indurado, sin delimitar bordes. Algunos de los diagnósticos de sarcoma del estroma endometrial se establecen de manera fortuita después de una miomectomía o histerectomía. La supervivencia general es de 5 a 10 años en el 98% de los casos.

Conclusión: Es importante el diagnóstico temprano y acertado, así como un tratamiento oportuno, con el uso de nuevas terapias y marcadores inmunohistoquímicos que permitan ofrecer una mayor supervivencia a las pacientes con esta enfermedad.

299. Síndrome de HAIR-AN

JOSÉ ANDRÉS RUBIO CANO, LARISSA ÁLVAREZ AMADOR
Hospital de Ginecoobstetricia 4, IMSS, Ciudad de México.

Antecedentes: El síndrome de HAIR-AN es una entidad clínica subdiagnosticada en mujeres jóvenes con obesidad. Su identificación temprana previene el desarrollo de diabetes tipo II y patología cardiovascular. La base del tratamiento son los anticonceptivos orales y reducir la marcada resistencia a la insulina.

Caso clínico: Paciente de 20 años, con antecedente de ooforectomía derecha, quien acudió a consulta debido a amenorrea secundaria, clínicamente con datos de resistencia a la insulina e hiperandrogenismo. Los estudios de laboratorio reportaron: Hb 13.9, glucosa 88.8, insulina 97, HOMA 21.5, testosterona 0.99, DHEAS 309. El aumento de la leptina disminuye las concentraciones de GnRH y FSH, altera los pulsos de LH, y existe saturación de estrógenos por aromatización periférica, con aumento en la síntesis de andrógenos e inhibición en la producción de globulina fijadora de hormonas sexuales.

Conclusión: Su tratamiento requiere un enfoque multidisciplinario por parte de nutrición, ginecología y endocrinología.

300. Prevalencia de ectasia ductal

KENIA LETICIA LEÓN ABARCA, JOSÉ LUIS LÓPEZ LÓPEZ



Hospital de Gineco Obstetricia 3 Dr. Víctor Manuel Espinosa De Los Reyes Sánchez, Centro Médico Nacional La Raza, IMSS, Ciudad de México

Antecedentes: La ectasia ductal se suele presentar como una tumefacción retroareolar. La prevalencia de ectasia ductal como causa de secreciones patológicas del pezón se ha estimado en 40% en 2017 y 18.24% en otro estudio. La causa exacta es desconocida, pero se han identificado factores como procesos autoinmunes y anomalías congénitas.

Objetivo: Determinar la prevalencia de la ectasia ductal en pacientes con diagnóstico inicial de BIRADS 4, en el Hospital Gineco Obstetricia No. 3, en un periodo de enero 2022 a enero 2024.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo, transversal y analítico, mediante la revisión de expedientes de pacientes con diagnóstico inicial de BIRADS 4, correspondientes a un periodo de evaluación de enero 2022 a enero 2024.

Resultado: Se incluyeron 90 expedientes. Las pacientes tenían una edad media de 45.75 ± 15.95 años. Se registró que el 7.8% (n=7) de las pacientes presentaron ectasia ductal, mientras que el 92.2% (n=83) no.

Conclusión: En nuestra población de estudio, la ectasia ductal representa una minoría dentro de las causas asociadas a hallazgos radiológicos sospechosos (BI-RADS 4). La prevalencia de ectasia ductal en pacientes con diagnóstico inicial de BI-RADS 4 en este hospital fue baja (7.8%).

301. Enfermedad pélvica inflamatoria

LORENA IVETTE EHUAN OROZCO, HILDA SOCORRO VALADEZ HERNÁNDEZ

Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, Guadalajara, Jalisco.

Antecedentes: La enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) es prevalente, infradiagnosticada e infratratada. Representa un desafío diagnóstico, ya que puede simular un abdomen agudo. Dentro del diagnóstico diferencial se deben

considerar patologías extragenitales, como las del tracto gastrointestinal.

Objetivo: Explorar la importancia de considerar patologías intestinales en el diagnóstico diferencial de la enfermedad pélvica inflamatoria, con el propósito de contribuir a un diagnóstico más preciso y evitar errores clínicos.

Materiales y métodos: Paciente femenina de 40 años consulta por dolor abdominal de 22 días de evolución que no mejora con analgésicos, asociado a náuseas, vómito y fiebre. Cuenta con antecedente de cesárea y colocación de DIU hace 10 años.

Resultado: El cáncer colorrectal (CCR) es una de las neoplasias más comunes. Su presentación clínica puede incluir dolor pélvico y alteraciones del tránsito intestinal, síntomas que pueden confundirse fácilmente con los de la EPI en etapas iniciales.

Conclusión: El cáncer colorrectal puede simular clínicamente una EPI, lo que dificulta su diagnóstico precoz. El conocimiento de esta posible presentación atípica es clave para evitar tratamientos erróneos y retrasos en el diagnóstico oncológico. Un enfoque clínico multidisciplinario es esencial.

302. Sangrado uterino anormal

LORENA IVETTE EHUAN OROZCO, HILDA SOCORRO VALADEZ HERNÁNDEZ, ANA CAROLINA CERDA CHÁVEZ
Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, Guadalajara, Jalisco.

Antecedentes: El sangrado menstrual abundante es una complicación frecuente de la anticoncepción (hasta en 70% de las mujeres). La terapia hormonal es el tratamiento de primera línea, siendo el sistema intrauterino de levonorgestrel el más eficaz. En mujeres que requieren anticoagulación a largo plazo, se deben considerar terapias quirúrgicas, siendo la histerectomía la solución de último recurso.

Objetivo: Valorar las opciones de tratamiento para el sangrado menstrual abundante en la mujer anticoagulada.

Materiales y métodos: El tratamiento del sangrado uterino anormal en pacientes con necesidad de anticoagulación representa un reto, debido al riesgo de trombosis. Por lo anterior, se deben considerar múltiples terapias, incluyendo la histerectomía como última instancia.

Resultado: Paciente femenina de 31 años, sin embarazos ni partos, con antecedente de colocación de válvula protésica mecánica y en tratamiento con anticoagulación. Refiere iniciar con sangrado uterino anormal abundante posterior a la expulsión espontánea de un dispositivo intrauterino.

Conclusión: La paciente anticoagulada continúa siendo un reto en el tratamiento médico. Aunque existe una amplia gama de tratamientos, se debe considerar el riesgo-beneficio de los mismos, así como la necesidad de un tratamiento definitivo en aquellas pacientes que requieren anticoagulación a largo plazo.

303. Mastitis granulomatosa

KAREN LOALY GÓMEZ LÓPEZ, MANUEL CORTÉS ANGUIANO

Hospital Civil de Guadalajara, Jalisco.

Antecedentes: La mastitis granulomatosa es una enfermedad inflamatoria de la mama que se presenta como un tumor mal definido y doloroso, que puede simular cáncer de mama. Su frecuencia es de 2.4 por cada 100,000 mujeres, con mayor prevalencia en mujeres hispanas.

Objetivo: Presentar el caso clínico de una paciente con abscesos mamarios bilaterales recurrentes, diagnosticada con mastitis granulomatosa, en quien se realizó mastectomía bilateral como tratamiento definitivo.

Materiales y métodos: Se realizó la descripción de un caso clínico de una paciente con abscesos mamarios bilaterales. Se realizó mastectomía, se envió la muestra a patología y se continuó tratamiento con antibioticoterapia y corticoides.

Resultado: Paciente femenina de 34 años, con antecedente de drenaje múltiple de absceso en mama derecha y lactancia materna de 2 años. A

la exploración física, presenta una tumoración dura de 6x7 cm.

Conclusión: La mastitis granulomatosa está infra-diagnosticada, afectando la calidad de vida de las pacientes. Su diagnóstico oportuno permite mejorar la evolución y disminuir los costos. Al ser de difícil diagnóstico, es importante fomentar su discusión en foros clínicos y académicos.

304. Inestabilidad a los andrógenos. Caso clínico

KIMBERLY CAROL ESMERALDA MARTÍNEZ CASILLAS, LUIS CLAUDIO ERICK HERNÁNDEZ ANGELES

Hospital de Gineco Obstetricia 4 Luis Castelazo Ayala, IMSS, Ciudad de México.

Antecedentes: Femenino de 15 años referida por ausencia congénita de ovario. Antecedente de hernioplastia inguinal bilateral a los 7 años. Menarca negada. USG pélvico muestra ausencia de útero. Laboratorios con testosterona libre 21.45, LH 30.10, FSH 10.40. Cariotipo reporta 46, XY.

Objetivo: Paciente de 15 años de edad que fue enviada para valoración por ausencia congénita de ovario.

Materiales y métodos: Reportar un caso de insensibilidad a los andrógenos y revisar la bibliografía al respecto.

Resultado: Se realizó gonadectomía bilateral por laparoscopia. El resultado de patología fue: gónadas bilaterales, con feminización testicular completa (síndrome de insensibilidad a los andrógenos). Se planea continuar con estradiol transdérmico y seguimiento por ginecoendocrinología.

Conclusión: Es necesario tener en cuenta como diagnóstico diferencial de la amenorrea primaria el síndrome de insensibilidad a los andrógenos, especialmente en mujeres con antecedente de hernias inguinales. Es necesario un equipo multidisciplinario para brindar un abordaje completo y temprano.

305. Resultados clínicos de la interrupción voluntaria del embarazo

PARRA-TÉLLEZ L, CAMPO-SUÁREZ CH, JÁCOME-NAVARRO JA, OSMA-ZAMBRANO SE



Hospital Universitario de Santander, Universidad Industrial de Santander, Colombia.

Antecedentes: La interrupción voluntaria del embarazo (IVE) es un componente esencial de la salud sexual y reproductiva. A pesar del marco normativo vigente en Colombia, persisten barreras que afectan la calidad y seguridad del procedimiento. El 90% de las IVE se realizan en el primer trimestre; sin embargo, las complicaciones tienden a concentrarse en gestaciones avanzadas.

Objetivo: Caracterizar los desenlaces clínicos de la IVE según el trimestre gestacional, evaluando eficacia, seguridad y uso de anticoncepción pre y postaborto.

Materiales y métodos: Estudio de cohorte prospectiva en el Hospital Universitario de Santander, en 136 mujeres que solicitaron IVE. Se recolectaron datos sociodemográficos, clínicos y del tratamiento, con seguimiento a 30 días. Se aplicaron análisis estadísticos y el estudio fue aprobado por el comité de ética.

Resultado: La mediana de edad fue de 24 años y la edad gestacional de 14 semanas. El 21% eran migrantes. Se identificaron 66 IVE en el primer trimestre (48.5%) y 70 en el segundo (51.5%).

Conclusión: La IVE en este estudio fue segura, eficaz y oportuna. Las complicaciones tempranas se relacionaron con gestaciones avanzadas y técnicas quirúrgicas como el legrado. Es importante garantizar el acceso temprano y fortalecer la analgesia. La alta adopción de anticoncepción postaborto resalta la eficacia de la consejería integrada.

306. Quiste hemorrágico gigante

ANDREA ISABEL PIÑA GARCÍA, CELESTE ALEJANDRA DUARTE MORENO, EMILIO MODESTO TREVIÑO SALINAS, OMAR ALBERTO HERNÁNDEZ BARBOZA, ABEL GUZMÁN LÓPEZ Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, Monterrey, Nuevo León.

Antecedentes: Los quistes hemorrágicos de ovario son lesiones funcionales poco frecuentes

durante el embarazo. En casos excepcionales pueden complicarse con torsión o ruptura, generando un abdomen agudo que requiere intervención quirúrgica, lo que representa un reto diagnóstico en la gestación.

Objetivo: Reportar un caso de quiste hemorrágico gigante complicado con torsión en el embarazo temprano en un hospital de tercer nivel.

Materiales y métodos: Reporte de caso clínico basado en hallazgos clínicos, imagenológicos y quirúrgicos.

Resultado: Paciente de 38 años, con embarazo de 6 semanas, dolor abdominal agudo y hallazgos ecográficos de quiste hemorrágico de 13.5x12x8 cm. Se realizó laparotomía urgente, confirmando torsión anexial izquierda con hemoperitoneo. El embarazo continuó viable.

Conclusión: El diagnóstico oportuno y el tratamiento quirúrgico inmediato en quistes complicados durante el embarazo son vitales para preservar la vida materna y fetal.

307. Tabique de introito vaginal

ISABEL NAYELI ESPINOZA BELLO, SILVIA LILIA VERGARA VIDAÑA

Hospital General Zona Norte Puebla, Puebla, Pue.

Antecedentes: La extrofia vesical congénita es un defecto poco frecuente del cierre de la pared abdominal, que afecta el sistema muscular y esquelético. En mujeres, lo más frecuente es la separación de labios genitales y clítoris bífido; menos frecuente es un tabique en el himen o la vagina.

Objetivo: Compartir las particularidades anatómicas, clínicas y postquirúrgicas de pacientes con extrofia vesical, así como la importancia de un enfoque integral que considere la calidad de vida a largo plazo, en el cual se busca preservar la función sexual y reproductiva.

Materiales y métodos: Se solicitó tomografía para identificar los órganos. Una vez que no se reportaron alteraciones en útero, anexos y

vejiga, se procedió a la resección del tabique en el introito vaginal, con mejoría considerable y mejor calidad de vida postquirúrgica.

Resultado: El resultado en el aspecto psicológico fue el esperado respecto a la percepción física; en la parte anatómica y funcional, se ha reportado verbalmente funcionalidad física y sexual.

Conclusión: Existen diversas patologías que requieren tratamiento multidisciplinario. Se ha observado la pérdida del enfoque sexual y funcional, por lo que como ginecólogos debemos asegurarnos de preservar la calidad de vida en todas las mujeres.

308. Migración de implante a la arteria pulmonar

KATTYA MONTSERRAT LÓPEZ SERNA, EDNA ELIZABETH MONTIEL LABASTIDA, CAROLINA CHÁVEZ VILLARREAL, VALERIA BUSTILLOS PONCE, JOSÉ CARLOS MARTÍNEZ RAMÍREZ
Hospital Metropolitano, Ciudad de México.

Antecedentes: El implante subdérmico de etonogestrel es un método anticonceptivo seguro y eficaz. En raras ocasiones puede migrar fuera del sitio de inserción. Se han documentado episodios excepcionales de migración intravascular con embolización a la arteria pulmonar, una complicación potencialmente grave.

Objetivo: Resaltar la importancia de una correcta técnica de inserción, seguimiento clínico y uso oportuno de estudios de imagen ante la ausencia de palpación del implante anticonceptivo.

Caso clínico: Paciente de 22 años, con antecedente de colocación de implante subdérmico en 2021. Acude referida por ausencia de palpación del dispositivo. La paciente refería disnea de grandes esfuerzos desde hacía un año.

Conclusión: La migración intravascular de implantes subdérmicos de etonogestrel es un evento infrecuente pero clínicamente relevante. El estudio nacional francés aportó la mejor estimación de incidencia (1.3–3.17 por cada 100,000 implantes) y confirmó la arteria pulmonar como el sitio más frecuente de localización.

309. Tumor seroso límite y embarazo

OMAR ALBERTO HERNÁNDEZ, KENIA VALLEJO FABIÁN, RICARDO JOSÉ GARCES CAÑIZALEZ, EMILIO MODESTO TREVIÑO SALINAS, ABEL GUZMÁN LÓPEZ
Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, Monterrey, Nuevo León.

Antecedentes: Las masas anexiales durante el embarazo son poco frecuentes. La mayoría son benignas, pero entre 1 y 6% pueden ser malignas. El cáncer de ovario es la neoplasia ginecológica maligna más común en este contexto. Aunque infrecuentes, las masas anexiales en el embarazo requieren una adecuada evaluación para descartar malignidad.

Objetivo: Se presenta el caso de una paciente de 25 años, con embarazo de 15.5 semanas, en quien se identificó de manera incidental una tumoración anexial derecha. Ante el hallazgo, se decidió completar el protocolo diagnóstico con estudios de imagen.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio descriptivo de caso clínico en el Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González". Se recopiló información clínica, antecedentes, resultados de imagen, laboratorio y seguimiento postoperatorio.

Resultado: Los tumores ováricos limítrofes son neoplasias de bajo potencial maligno. La determinación del marcador CA-125 no resulta confiable en la mayoría de los casos. La ecografía transvaginal es la principal herramienta de imagen para evaluar la masa anexial.

Conclusión: Las masas anexiales detectadas durante el embarazo son hallazgos poco frecuentes y mayormente benignos. No obstante, un pequeño porcentaje puede corresponder a neoplasias malignas o tumores limítrofes. Dentro de los tumores limítrofes, los tumores serosos borderline constituyen la forma más frecuente.

310. Suplementos coadyuvantes en el aclaramiento viral del VPH

SAMANTHA JACKSON GARCÍA
Universidad Anáhuac Cancún, Quintana Roo.



Antecedentes: La infección por VPH es la ITS más frecuente a nivel mundial. En la mayoría de los casos, el sistema inmune logra la eliminación espontánea. Sin embargo, en un subgrupo de mujeres la infección persiste, favoreciendo la progresión a neoplasia. No existe una terapia antiviral específica, lo que ha impulsado la investigación de alternativas coadyuvantes, como los suplementos nutricionales.

Objetivo: Analizar la evidencia científica disponible sobre el papel de los suplementos nutricionales como coadyuvantes en el aclaramiento viral del VPH, resaltando su potencial en la prevención de la progresión de la infección.

Materiales y métodos: Se realizó una revisión bibliográfica en bases de datos como PubMed, Scielo y Cochrane Library, utilizando los términos "HPV", "Viral clearance" y "Supplements". Se incluyeron publicaciones de 2021-2025.

Resultado: Los suplementos actúan modulando el sistema inmunitario y reduciendo el estrés oxidativo. La vitamina B12 y el ácido fólico funcionan como agentes de metilación que pueden bloquear la proliferación del VPH. La vitamina D3 mostró efectos benéficos en la reducción de la recurrencia de lesiones CIN.

Conclusión: La suplementación con micronutrientes muestra potencial como estrategia coadyuvante en el tratamiento de la infección por VPH.

311. Sangrado uterino anormal en útero didelfo

MIRIAM MONSERRAT DÍAZ NAVA, JUAN ANTONIO DOMÍNGUEZ GARCÍA, DANITZA PÉREZ LÓPEZ, LILIANA MOYADO CATALÁN

Hospital Regional General Ignacio Zaragoza, ISSSTE, Ciudad de México.

Antecedentes: Un útero didelfo forma parte de las anomalías müllerianas, tras una falla de fusión de los conductos paramesonéfricos. Su prevalencia es del 5%. La mayor parte de los reportes disponibles corresponden a casos clínicos aislados, centrados en complicaciones

obstétricas, pero no existen series que analicen sistemáticamente la fisiopatología del sangrado disfuncional en esta malformación.

Caso clínico: Paciente en quien en la resonancia magnética se encontró útero bicornis bicollis con leiomiomatosis. Biopsia de endometrio reporta hiperplasia endometrial simple. Se propone tratamiento con DIU de levonorgestrel sin mejoría, procediendo a realizar histerectomía total abdominal. Se encontraron dos hemiúteros de aproximadamente 7x5 cm. Se encontró un tabique fibroso transversal de aproximadamente 3 cm entre ambos hemiúteros.

Conclusión: El sangrado uterino anormal en pacientes con útero didelfo representa un desafío diagnóstico y terapéutico poco explorado en la literatura médica. Por lo tanto, se puede afirmar que esta condición está insuficientemente estudiada, lo que limita la generación de guías de tratamiento claras.

312. Infecciones urinarias recurrentes y cirugía ginecológica

JOSÉ TIRÁN SAUCEDO, REBECA ALEJANDRA ÁVILA CAÑEDO
Universidad de Monterrey, Hospital Christus Muguerza-Instituto Mexicano de Infectología Ginecológica y Obstetricia, Monterrey, Nuevo León.

Antecedentes: Las infecciones urinarias recurrentes (IUR) son un problema frecuente en mujeres con antecedente de cirugía ginecológica. El liofilizado bacteriano OM-89 ha mostrado eficacia profiláctica, aunque su desempeño en esta población no está completamente determinado.

Objetivo: Comparar la necesidad de múltiples ciclos de tratamiento con OM-89 entre mujeres con IUR con y sin antecedentes de cirugía ginecológica.

Materiales y métodos: Estudio retrospectivo con 313 pacientes tratadas con OM-89. Se dividieron en dos grupos: un ciclo (226 pacientes) y múltiples ciclos (≥ 2 , 87 pacientes). Se analizó la proporción de pacientes con cirugía ginecológica previa en cada grupo.

Resultado: En el grupo con un solo ciclo, el 83.2% presentaba antecedente quirúrgico. En el grupo con múltiples ciclos, el 86.2% también lo presentaba. La diferencia no fue estadísticamente significativa ($p = 0.391$).

Conclusión: Las pacientes con antecedentes de cirugía ginecológica no presentaron un mayor requerimiento de retratamiento con OM-89. Este tratamiento demostró una eficacia comparable y sostenida, independientemente del historial quirúrgico.

313. Angiomiofibroblastoma vulvar

ALEXA ELIZABETH LÓPEZ GONZÁLEZ, ANA CRISTINA CORTÉS MOJARRAS, JULIA GUADALUPE CHÁVEZ SALAS
Hospital General Regional 1, IMSS.

Antecedentes: El angiomiofibroblastoma (AMFB) es un tumor mesenquimal benigno de baja incidencia, predominante en la región vulvovaginal de mujeres de mediana edad. Su presentación clínica es asintomática. El tratamiento consiste en escisión completa. Es fundamental su diferenciación de entidades como el angiomixoma agresivo.

Objetivo: Presentar el caso clínico de un angiomiofibroblastoma vulvar, un tumor infrecuente, para describir sus características y resaltar la importancia del diagnóstico diferencial con otras neoplasias de la región.

Caso clínico: Paciente con tumoración vulvar mediante la revisión de la historia clínica, exploración física, estudios de imagen y análisis histopatológico de la pieza quirúrgica. Se reporta una tumoración vulvar de 15 x 20 cm, indolora y de evolución crónica. La tomografía reveló una lesión sin infiltración a estructuras adyacentes. Se realizó escisión quirúrgica, confirmándose el diagnóstico mediante estudio histopatológico.

Conclusión: La identificación temprana del angiomiofibroblastoma permite un abordaje conservador, reduce la morbilidad quirúrgica, evita diagnósticos erróneos con tumores agre-

sivos y asegura un pronóstico favorable con mínima intervención.

314. Desafíos diagnósticos y terapéuticos en líquen vulvar

JUDITH ABIGAIL ÁLVAREZ NAVARRO, MAR ARÁMBULA, HILDA VALADEZ

Hospital Civil Fray Antonio Alcalde, Guadalajara, Jalisco.

Antecedentes: El líquen vulvar es una enfermedad inflamatoria crónica que afecta la región genital. Sus formas más frecuentes son el líquen escleroso, plano y simple crónico. Produce prurito intenso, dispareunia y alteraciones anatómicas, asociándose en algunos casos con riesgo de transformación maligna.

Objetivo: Describir la presentación clínica de una paciente con diagnóstico de líquen vulvar. Analizar los hallazgos clínicos e histopatológicos. Exponer el tratamiento y evolución clínica. Revisar la literatura reciente sobre el tratamiento y complicaciones.

Caso clínico: Paciente de 52 años, quien presenta prurito y ardor intenso en la vulva que se exacerbaba al orinar, de 6 meses de evolución, multitratada sin mejoría. El líquen vulvar representa un reto diagnóstico por su similitud con otras dermatosis. El diagnóstico debe confirmarse mediante biopsia. El tratamiento estándar son los corticoides tópicos, pero nuevas opciones como dupilumab han mostrado eficacia en casos refractarios.

Conclusión: Es importante conocer las manifestaciones del líquen vulvar, ya que es una enfermedad con alto impacto en la calidad de vida de las pacientes. Un diagnóstico temprano y un tratamiento oportuno son esenciales para un mejor pronóstico.

315. Procedimiento en un reto quirúrgico

JULIA ISIS PARADA LÓPEZ, CITLALY MARTÍNEZ JIMÉNEZ
Instituto Mexicano del Seguro Social



Antecedentes: Los tumores anexiales engloban lesiones en ovarios y estructuras adyacentes. La coexistencia de teratoma ovárico y miomatosis uterina es un hallazgo inusual. El diagnóstico de estas lesiones representa un desafío, ya que pueden confundirse con masas complejas de origen oncológico, condicionando la planificación del tratamiento.

Objetivo: Presentar un caso de teratoma ovárico quístico maduro asociado a miomatosis uterina, identificado incidentalmente, con el propósito de describir sus hallazgos clínicos, de imagen e histopatológicos, y reflexionar sobre sus implicaciones.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo en modalidad de reporte de caso de una mujer de 46 años con antecedente de sangrado uterino anormal y anemia grave.

Resultado: La evolución postoperatoria fue favorable, con adecuada recuperación. La naturaleza histopatológica de los tumores, consistente en un teratoma quístico maduro y leiomiomas, indica un pronóstico benigno.

Conclusión: El sangrado uterino anormal asociado a síndrome anémico severo puede ser la manifestación inicial de una patología ginecológica compleja. La laparotomía exploradora con histerectomía y resección tumoral continúa siendo el tratamiento de elección en casos de tumores pélvicos de gran tamaño o con sospecha oncológica.

316. Terapia de presión negativa como estrategia

JUDITH ABIGAIL ÁLVAREZ NAVARRO, HILDA VALADEZ, HUGO GONZÁLEZ

Hospital Civil Fray Antonio Alcalde, Guadalajara, Jalisco.

Antecedentes: La gangrena de Fournier es una infección necrotizante de rápida evolución que afecta la región perineal y genital, con alta morbilidad. Aunque más frecuente en hombres, también puede presentarse en mujeres.

El desbridamiento quirúrgico, el soporte antibiótico y el uso de terapia de presión negativa (VAC) han mejorado la sobrevivencia.

Objetivo: Presentar el caso clínico de una paciente ginecológica con gangrena de Fournier. Describir el abordaje diagnóstico y terapéutico. Analizar el papel de la terapia VAC en la evolución clínica. Revisar la literatura reciente sobre el tratamiento multidisciplinario.

Caso clínico: Paciente de 49 años atendida en el servicio de ginecología con diagnóstico de gangrena de Fournier. Comorbilidades: Hipertensión y Diabetes mellitus tipo 2. La gangrena de Fournier es una urgencia quirúrgica. Es importante un tratamiento multidisciplinario. La terapia VAC favorece la cicatrización al promover la angiogénesis, reducir el edema, controlar la infección y facilitar el cierre de la herida.

Conclusión: La gangrena de Fournier es rara en ginecología, pero potencialmente mortal. El desbridamiento quirúrgico precoz y el soporte antibiótico son fundamentales. La terapia VAC constituye una herramienta útil para disminuir el tiempo de hospitalización y las complicaciones.

317. Tumores de músculo liso de potencial maligno incierto: un reto en la práctica clínica

DULCE ELIANI GUTIÉRREZ SANTILLÁN, ESMERALDA CORPUS LÓPEZ, JUAN ALBERTO REYES PERALES, ROGELIO ADRIAN LLANES GONZÁLEZ

Hospital General Saltillo, Coahuila.

Antecedentes: Los tumores de músculo liso de potencial maligno incierto (STUMP) son raros y no cumplen criterios de benignidad ni malignidad. Su incidencia es controversial (0.01% de cirugías por miomatosis). La recurrencia oscila entre 6.9% y 27%, pero los datos no son fiables debido al infradiagnóstico.

Objetivo: Exponer un caso de STUMP uterino diagnosticado en una paciente con inversión uterina y examinar los rasgos histopatológicos, el tratamiento y la vigilancia, tomando en cuenta su deseo genésico.

Caso clínico: Paciente de 36 años, nulípara, con dismenorrea moderada. En 2023, ecografía muestra mioma FIGO 2 de 2 cm. Un año después, el mioma mide 2.7 cm. En 2025 se agregan galactorrea y fibrosis mamaria.

El STUMP suele ser un hallazgo incidental. Para el diagnóstico de leiomioma se requieren dos de tres criterios: necrosis, actividad mitótica o atipia citológica. El STUMP solo satisface uno, lo que implica una potencial tasa de recaída maligna.

Conclusión: Los STUMP son tumores con un comportamiento clínico difícil de predecir. Un desafío clave es distinguirlos preoperatoriamente. No se encontró ningún factor de riesgo ni marcador ecográfico que permitiera predecir el diagnóstico. La escisión quirúrgica fue el principal tratamiento, con una alta tasa de supervivencia.

318. Tumor phyllodes: Un reto clínico

FRANCISCO JAVIER HERNÁNDEZ ALDANA, ITZEL SAMANTHA GARDUÑO SÁNCHEZ, BETZABETH HERNÁNDEZ ZAMUDIO, DAVID ALEJANDRO ROA CAZARES
Hospital Juárez de México, Ciudad de México.

Antecedentes: El tumor Phyllodes es un tumor fibroepitelial descrito en 1938. Se clasifica en benigno, borderline o maligno. Clínicamente se caracteriza por un tumor unilateral de rápido crecimiento, con alta tendencia a la recidiva. A pesar de sus aspectos distintivos, el diagnóstico diferencial solo se puede determinar por estudio anatomopatológico.

Objetivo: Presentar las características clínicas del tumor phyllodes para fomentar el diagnóstico y tratamiento oportuno desde la práctica diaria del ginecólogo.

Caso clínico: Paciente de 42 años de edad, sin antecedentes personales patológicos de importancia. Gesta 2, parto 1, cesárea 1, último evento obstétrico hace 17 años, lactancia materna durante 4 años.

Conclusión: El tumor phyllodes representa un reto clínico para el ginecólogo, ya que son tumo-

res de rápido crecimiento, poco frecuentes y de difícil diagnóstico. La biopsia es el diagnóstico definitivo, permitiendo un tratamiento individualizado y oportuno, así como su respectivo seguimiento.

319. Angiomiofibroblastoma vaginal

PAUL ALEJANDRO CHÁVEZ GARCÍA, MARÍA FERNANDA GONZÁLEZ MÉNDEZ PADILLA, JESSICA MARÍANE GÓMEZ CASTELLANOS, ISAAC GERARDO ZAMORANO MARES, CARLOS AUGUSTO CARBALLIDO MURGUÍA
Nuevo Hospital Civil Dr. Juan I. Menchaca, Guadalajara, Jalisco.

Antecedentes: Los angiomiofibroblastomas son tumores de células mesenquimales de predominio en el tracto genital femenino. Su incidencia es extraña, con 17 casos reportados. Representan un reto diagnóstico por su variante maligna, el "angiomixoma agresivo".

Caso clínico: Paciente de 45 años, con historial de cinco embarazos quien acudió a consulta debido a la advertencia de un "bulto vaginal" que aumentó de tamaño en el último año. A la exploración se evidenció un tumor liso, circunscrito y no doloroso en la pared vaginal anterior. Se diagnosticó como angiomiofibroblastoma vaginal.

Conclusión: Las tumoraciones vaginales pueden tener amplias posibilidades diagnósticas. Los angiomiofibroblastomas, por su componente de células mesenquimales, tienen capacidad de degeneración a neoplasia maligna.

320. Síndrome paraneoplásico como inicio de cáncer

EUNICE FERNANDA DÍAZ CRUZ, JOSHUA MÉNDEZ MORALES, ISRAEL CASTRO TORRES
Christus Muguerza Hospital Conchita, Monterrey, Nuevo León.

Antecedentes: Los síndromes paraneoplásicos neurológicos constituyen un compromiso del sistema nervioso mediado por mecanismos inmunológicos, permitiendo en algunos casos la detección temprana del cáncer subyacente.



Caso clínico: Paciente con síntomas inespecíficos con diagnóstico de carcinoma endometriode poco diferenciado ovárico bilateral.

Conclusión: El carcinoma endometriode de ovario representa entre el 10 y 15% de los cánceres de ovario. Sus síntomas pueden ir desde dolor abdominal hasta cambios en el patrón menstrual. Por la clínica tan inespecífica del cáncer de ovario, es complicado algunas veces llegar al diagnóstico.

321. Nivel de conocimiento del virus del papiloma humano

MARÍA DEL CIELO GONZÁLEZ ÁNGELES, ROGELIO CASTILLO LUNA

Centro de Salud Urbano de Atlixco, Universidad de la Américas, Puebla.

Antecedentes: Desde 1974, México incorporó la educación sexual en sus programas de educación básica. El VPH es la infección de transmisión sexual más común a nivel mundial. En México, el cáncer de cuello uterino es la segunda neoplasia más frecuente, y se ha reportado que los genotipos de VPH 16, 18, 31 y 45 son los más prevalentes. Se calcula que tres de cada cuatro personas sexualmente activas se infectarán en algún momento de su vida.

Objetivo: Analizar cuál es el nivel de conocimiento y las actitudes adoptadas hacia el VPH y sus métodos de prevención y evaluar la relación de estas variables en la población objetivo, así como proponer acciones de mejora en la educación para la salud.

Materiales y métodos: Estudio descriptivo, comparativo y transversal. Se aplicó un cuestionario validado titulado "HPV Knowledge Survey" a 50 mujeres de entre 25 y 35 años que acudieron al centro de salud.

Resultados: Tres grupos de edad (25, 26 y 27 años) conforman más del 60% del total. En relación con la vacunación contra el Virus del Papiloma Humano (VPH), el 28% de las participantes manifestó haber recibido la vacuna, mientras que el 38% indicó no haberla recibido.

Un 34% señaló no estar segura de haber sido vacunada.

Conclusión: Este estudio tuvo como objetivo analizar el nivel de conocimiento y las actitudes hacia el VPH en mujeres que acuden al Centro de Salud en Atlixco. A través de un cuestionario validado, se identificaron fortalezas y debilidades respecto a la comprensión de esta infección, sus formas de prevención, diagnóstico y vacunación. Los resultados mostraron que, aunque existe una base general de conocimiento, este es parcial y presenta conceptos erróneos.

322. Conflictos y comunicación en ginecología

JOSÉ TIRÁN SAUCEDO, NATALIA MAIDA MÉNDEZ, FRANCISCO RAFAEL GUADARRAMA SÁNCHEZ, LIZETTE GERALDINE LIZÁRRAGA MARÍN, REBECA ALEJANDRA ÁVILA CAÑEDO
Universidad de Monterrey, Christus Muguerza, Instituto Mexicano de Infectología, Ginecología y Obstetricia, Monterrey, Nuevo León.

Antecedentes: La ginecoobstetricia es una especialidad con alto riesgo de conflictos médico-paciente. La comunicación deficiente es un factor determinante en la aparición de quejas. Identificar las emociones y estrategias de prevención valoradas por los líderes de la especialidad es clave para fortalecer la relación médico-paciente.

Objetivo: Analizar las percepciones, emociones y estrategias de prevención de conflictos médico-paciente entre líderes de sociedades de Ginecología y Obstetricia en México.

Materiales y métodos: Estudio observacional, transversal y descriptivo en 157 líderes de sociedades de ginecología y obstetricia. La encuesta fue aplicada a través de la plataforma Mentimeter.

Resultado: La mayoría de los participantes se ubicó en el rango de 45 a 59 años. Las emociones más reportadas ante conflictos fueron preocupación, ansiedad y frustración. La empatía, la comunicación clara y el tiempo de consulta adecuado fueron percibidos como las herramientas más efectivas.

Conclusión: Los conflictos médico-paciente en ginecología y obstetricia generan un alto impacto emocional. La evidencia de este estudio confirma que la empatía, la comunicación efectiva y la escucha activa constituyen las estrategias más relevantes para la prevención de conflictos.

323. Tumor adenomatoide uterino

ANA GABRIELA SUÁREZ HIDALGO, MITZI FERNÁNDEZ LUNA, KARLA MARGARITA MARTÍNEZ CASTELLANOS, JAIME LEÓN CABRERA
Hospital General Agustín O'Horán, Mérida, Yucatán.

Antecedentes: El tumor adenomatoide es una neoplasia benigna poco frecuente de origen mesotelial. Su localización más común es la trompa de Falopio; en el útero su incidencia es baja y suele diagnosticarse como hallazgo incidental.

Caso clínico: Paciente de 48 años, nuligesta, con sangrado uterino anormal y diagnóstico inicial de mioma abortivo. Se realizó histerectomía total abdominal. La pieza quirúrgica mostró un tumor nodular de 3 cm, descrito histológicamente como tumor adenomatoide.

Conclusión: El tumor adenomatoide uterino es una lesión benigna rara, de hallazgo histopatológico. Su similitud macroscópica con leiomiomas dificulta el diagnóstico preoperatorio. La comunicación de casos amplía el conocimiento de esta entidad y subraya la importancia de la valoración histopatológica detallada.

325. Adenocarcinoma endometriode de ovario

EMILIO TORRES SOLORZANO, JOSÉ ANTONIO DE LA ROSA RODRÍGUEZ, ADRIANA CRUZ VÁZQUEZ, MARÍA FÉLIX AGUILAR LÓPEZ
Hospital Regional Ciudad Madero, Tamaulipas.

Antecedentes: Se distinguen cinco tipos principales de carcinoma de ovario, que representan más del 95% del total. El adenocarcinoma endometriode ovárico representa entre el 10–25% de los carcinomas epiteliales de ovario. Suele

diagnosticarse en estadios tempranos y se asocia con endometriosis. El diagnóstico temprano y el tratamiento quirúrgico son claves para un buen pronóstico.

Caso clínico: Paciente de 61 años, con hipertensión y obesidad. Sin antecedentes oncológicos, con reporte de un adenocarcinoma endometriode puro, moderadamente diferenciado, con hemorragia y necrosis secundarias a torsión. Se procedió al protocolo quirúrgico complementario, sin hallazgos de extensión cancerosa.

Conclusión: El adenocarcinoma endometriode de ovario, aunque suele presentarse en estadios tempranos, puede manifestarse de manera inusual como un abdomen agudo, tal como se evidenció en el caso presentado, donde la torsión ovárica motivó una intervención quirúrgica urgente.

326. Dismenorrea: asociación con la edad e IMC

MIRIAM DEL SOCORRO FIERROS CADENAS, ANA CAROLINA CERDA CHÁVEZ, ALBERTO BALLESTEROS MANZO, HILDA SOCORRO VALADEZ HERNÁNDEZ
Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, Guadalajara, Jalisco.

Antecedentes: La dismenorrea afecta entre el 16% y 91% de las mujeres en edad reproductiva. Su severidad puede estar modulada por factores como la edad y el índice de masa corporal (IMC). El análisis de los síntomas a través de dominios (físicos, emocionales, sexuales) y fases del ciclo permite comprender mejor su impacto.

Objetivo: Analizar la relación entre la edad e IMC y su asociación con los síntomas de dismenorrea en mujeres de 18–44 años.

Materiales y métodos: Estudio transversal en 100 mujeres mediante el cuestionario MEDI-Q (validado para síntomas físicos, emocionales y sexuales). Se recopilaron datos de edad, IMC y severidad de síntomas en distintas fases del ciclo.

Resultados: Conforme aumenta el IMC, la severidad de los síntomas de dismenorrea se incrementa, con el grupo de obesidad afectado hasta en un 31%. El dominio emocional es el más



afectado en mujeres con obesidad. La edad también se relaciona con variaciones: mujeres más jóvenes presentan mayor afectación emocional.

Conclusión: Los resultados confirman que el IMC es un factor modulador de la dismenorrea. La edad modula la percepción y el predominio de los síntomas. Se recomienda incluir estrategias de control del peso y un abordaje psicosocial como parte del **tratamiento** integral de la dismenorrea.

327. Tuberculosis urogenital, diagnóstico y tratamiento

NATALIA A LUNA-MARTÍNEZ, XÓCHITL FRANCO-MOJICA,
JESSICA M. GÓMEZ-CASTELLANOS
Nuevo Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I. Menchaca, Guadalajara, Jalisco.

Antecedentes: La tuberculosis extrapulmonar representa entre el 16 y el 20% de los casos globales. En México, la tuberculosis urogenital constituye del 30 al 40% de estos casos, y la genital femenina aproximadamente el 9%.

Caso clínico: Paciente de 40 años, con antecedentes de un embarazo y un aborto, tuberculosis pulmonar 17 años atrás. Acudió al hospital debido a una distensión abdominal, retención aguda de orina y amenorrea secundaria de seis meses. Luego de los estudios de gabinete se determinó el diagnóstico de tuberculosis genital, con afectación a múltiples órganos.

Conclusión: La tuberculosis genital femenina, aunque infrecuente, debe considerarse en el diagnóstico diferencial de mujeres con sintomatología ginecológica inexplicada, especialmente en zonas con carga moderada de tuberculosis como México. El diagnóstico oportuno evita complicaciones como infertilidad y cirugías innecesarias.

328. Tuberculosis peritoneal y abdomen agudo

LUCY SALUM RODRÍGUEZ, ERIKA LIZETTE RINCÓN FLORES,
JOSÉ CARLOS MARTÍNEZ RAMÍREZ
Tecnológico de Monterrey, Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud, Monterrey, Nuevo León.

Antecedentes: La tuberculosis extrapulmonar representa el 21% de los casos. La tuberculosis peritoneal (2%) suele confundirse con otras patologías abdominales. Este caso ilustra un diagnóstico inicial erróneo de perforación uterina.

Caso clínico: Paciente de 18 años, con antecedente de muerte fetal y tratamiento mediante AMEU. Dos semanas después, presentó distensión abdominal, fiebre y leucorrea fétida, con sospecha inicial de perforación uterina.

Conclusión: La tuberculosis peritoneal es una forma extrapulmonar infrecuente que representa un reto diagnóstico. Es esencial mantener una alta sospecha clínica en regiones endémicas. El ultrasonido puede orientar el diagnóstico, pero la confirmación se realiza por histopatología.

329. Hemoperitoneo postcoital secundario

VERÓNICA CORTÉS FRANCO, NAYELI NOHEMÍ CABRERA
DÍAZ, MAR IZETH ARÁMBULA CHAVOLLA, HÉCTOR JO-
NATAN HERNÁNDEZ GUZMÁN
Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Al-
calde, Guadalajara, Jalisco.

Antecedentes: Las lesiones postcoitales generalmente se relacionan con factores como embarazo, relaciones intensas, vaginismo o atrofia. El hemoperitoneo como resultado de lesiones postcoitales no asociadas a lesión vaginal es una condición extremadamente rara. El diagnóstico diferencial incluye ruptura de quiste de cuerpo lúteo o desgarros de ligamentos.

Caso clínico: Paciente de 42 años, multípara, con antecedente de quistectomía derecha. Refiere coito intenso, posterior al cual presenta dolor abdominal agudo. El hemoperitoneo postcoital secundario a desgarro de ligamentos anchos del útero es una entidad poco frecuente. Se ha descrito en la literatura la aparición de hematomas espontáneos del ligamento ancho luego de partos vaginales. El hemoperitoneo sin lesión vaginal es causado por fuerzas que ocurren durante el coito.

Conclusión: El hemoperitoneo postcoital secundario a desgarro de ligamentos anchos es

una entidad inusual, de difícil diagnóstico y alta sospecha clínica. La exploración quirúrgica continúa siendo el tratamiento de elección.

330. Caso de hidrometra postmisoprostol

VIVIANE BORRAYO GARZA, RICARDO JOSÉ GARCES CAÑIZALEZ, FRANCISCO SOSA BRAVO, EMILIO MODESTO TREVIÑO SALINAS, PATSY ALEJANDRINA MORALES GONZÁLEZ

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

Antecedentes: El embarazo anembriónico es la causa principal del 50% de los abortos espontáneos del primer trimestre. En mujeres mayores de 40 años, el hidrometra se asocia a inflamaciones endometriales, neoplasias o estenosis cervical.

Caso clínico: Paciente de 46 años con hidrometra posterior a la colocación de misoprostol, sin permeabilidad cervical, con diagnóstico previo de embarazo anembriónico. En la revisión bibliográfica se correlacionó que el tratamiento médico del embarazo anembriónico, la permeabilidad cervical y las causas de hidrometra en mujeres mayores de 40 años. No existe evidencia científica que relacione directamente el uso de misoprostol con el desarrollo de hidrometra. No obstante, se ha descrito la asociación del hidrometra con dolor pélvico exacerbado en pacientes con estenosis cervical.

Conclusión: Este caso sugiere una posible relación entre el uso de misoprostol y la formación de hidrometra en ausencia de estenosis cervical.

331. Masas anexiales y su diferencial

MARÍA SARAHÍ CERVIN BAEZ, FRED MORGAN ORTÍZ, CRIADO GUZMÁN ABDUL DE OCAÑA
Hospital Civil de Culiacán, Sinaloa.

Antecedentes: El mucocoele apendicular es la dilatación obstructiva del apéndice secundaria a la acumulación intraluminal de moco. Tiene una incidencia en apendicectomías de 0.2-0.7%,

más frecuente en mujeres mayores de 50 años. Puede ser benigno o neoplásico.

Caso clínico: Paciente de 41 años, acudió a consulta por infertilidad primaria. Durante la revisión con ultrasonido se detecta masa anexial compleja derecha. La resonancia magnética reportó una imagen quística adyacente a ovario izquierdo que se continúa hacia región paraovárica derecha. Durante la cirugía se encontró apéndice cecal aumentado de tamaño de 14 x 3 cm. Se procedió a seccionar el mesoapéndice, colocando endoloop y cortando con tijera.

Conclusión: El mucocoele apendicular no complicado incidental durante la laparoscopia se debe resolver en el mismo procedimiento, siendo seguro y eficaz por este abordaje en casos seleccionados, siguiendo los principios de cirugía para mucocoele apendicular.

333. Endometrioma en cicatriz de cesárea

VERÓNICA CORTÉS FRANCO, NAYELI NOHEMÍ CABRERA DÍAZ, HUGO GONZÁLEZ TREJO
Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, Guadalajara, Jalisco.

Antecedentes: La endometriosis es la presencia de tejido endometrial funcional fuera de la cavidad uterina. La endometriosis en la pared abdominal es una de sus variantes más frecuentes e infradiagnosticada, con una incidencia baja (0.03-3.5%). Se asocia a cirugías gineco-obstétricas previas, como la cesárea.

Caso clínico: Paciente de 27 años, con antecedente de dos cesáreas, acude a consulta por masa en el área de la cicatriz de dos años de evolución, con crecimiento progresivo y dolor durante la menstruación. El diagnóstico de endometriosis en pared abdominal es a menudo tardío y difícil. La presentación patognomónica es una tumoración dolorosa asociada al ciclo menstrual. El diagnóstico se apoya con ecografía y resonancia magnética.

Conclusión: Se trata de una patología que, a pesar de su baja incidencia, merece mayor conciencia debido a la prevalencia creciente



de cesáreas. Su diagnóstico desafiante lleva a un retraso entre la aparición de los síntomas y el diagnóstico final, confirmado por histopatología.

334. Angiofibrolipoma vulvar: reporte y revisión

MARCELA ESTEFANY HERNÁNDEZ JIMÉNEZ, ERICK ALFREDO ÁVILA ORTÍZ, JOSÉ JONATAN OLVERA DELGADO, CATHERINE SOTO ORTEGA, LAURA LORENA FARFÁN MUÑOZ
Hospital General de 36 Pachuca, Hidalgo.

Antecedentes: El angiofibrolipoma de vulva es una lesión mesenquimal poco frecuente. Se describió por primera vez en 1997. Suele presentarse como una lesión sólida de 3 a 7 cm en mujeres de la quinta década de la vida. La importancia radica en diferenciarlo de otras tumoraciones vulvares benignas y malignas.

Objetivo: Conocer el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de pacientes con diagnóstico de angiofibrolipoma vulvar.

Materiales y métodos: Se realizó una revisión sistemática de casos reportados de mujeres con diagnóstico histopatológico de angiofibrolipoma, utilizando bases de datos como UpToDate y PubMed.

Resultado: El número de casos es limitado. La edad promedio es de 30 a 50 años, con ubicación principal en labios mayores. Además del examen clínico, se pueden considerar estudios como la ecografía o la resonancia magnética para evaluar las características de la lesión.

Conclusión: El angiofibrolipoma vulvar es una neoplasia benigna extremadamente rara, por lo que su reporte contribuye al conocimiento de esta entidad. La presentación clínica suele ser como una tumoración indolora y de crecimiento lento, lo que puede retrasar el diagnóstico o confundirse con otras lesiones.

336. Pólipo fibroepitelial vulvar gigante

BRENDA ELIZABETH GUENDULAIN ORTÍZ, MARCO ANTONIO AMOROSO HERNÁNDEZ
Hospital General de San Juan Bautista, Tuxtepec, Oaxaca.

Antecedentes: Los pólipos fibroepiteliales son tumores benignos de origen mesenquimatoso. Su presentación en la vulva es inusual, y los casos de pólipos gigantes son extremadamente raros. Debido a su tamaño, pueden confundirse con neoplasias malignas. El tratamiento de elección es la resección quirúrgica.

Caso clínico: Paciente de 48 años, originaria de Jalapa de Díaz, Oaxaca, sin escolaridad y con barrera de lenguaje, con un pólipo vulvar gigante pediculado de 22 x 25 x 12 cm, con ulceración y secreción. La tomografía evidenció un tumor dependiente del labio mayor derecho, sin invasión.

Conclusión: El pólipo fibroepitelial vulvar gigante es una lesión benigna extremadamente rara que puede simular neoplasias malignas. El diagnóstico definitivo requiere estudio histopatológico, y el tratamiento de elección es la exéresis completa, con evolución favorable.

337. Extracción vía laparoscópica de dispositivo

JUDITH ABIGAIL ÁLVAREZ NAVARRO, SERGIO BERNAL
Hospital Civil Fray Antonio Alcalde, Guadalajara, Jalisco.

Antecedentes: El dispositivo intrauterino es un método anticonceptivo eficaz; sin embargo, entre sus complicaciones se encuentra la perforación de la pared uterina, que ocurre en 1 de cada 1000 colocaciones.

Caso clínico: Paciente de 28 años, quien acudió a consulta debido a un sangrado uterino anormal y dolor abdominal esporádico en fosa iliaca derecha. Menciona colocación de DIU 3 meses previos. La frecuencia estimada de perforación es de aproximadamente 1/1,000 inserciones. La reacción inflamatoria y la formación de adherencias debido a la presencia de cobre en la cavidad peritoneal justifican la extirpación quirúrgica de los DIU mal ubicados.

Conclusión: Es importante efectuar una revisión posterior a la colocación del dispositivo intrauterino para valorar que este se encuentre de manera intrauterina y así evitar posteriores complicaciones.

338. Carcinoma urotelial papilar: reporte de caso

KAREN IOALY GÓMEZ LÓPEZ, ANDREA JAZMIN GÓMEZ ANDRADE, LUIS DIEGO BARRAGÁN LOERA, NANCY GODDOY RODRÍGUEZ, HILDA SOCORRO VALADEZ HERNÁNDEZ
Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, Guadalajara, Jalisco.

Antecedentes: El carcinoma urotelial papilar es la neoplasia maligna más común de las vías urinarias bajas. Es 3 a 4 veces más frecuente en hombres. El tabaquismo es el factor de riesgo más significativo. La mayoría se clasifican como tumores superficiales con un riesgo de recurrencia de 50 a 80%.

Caso clínico: Paciente de 75 años, con dolor suprapúbico, urgencia urinaria y disuria. El ultrasonido pélvico reportó: engrosamiento de la pared vesical con proyección papilar focal. Cistoscopia diagnóstica con múltiples tumoraciones papilares. Histopatología: carcinoma urotelial papilar, grado histológico bajo.

Conclusión: El proceso diagnóstico integral que incluye cistoscopia y biopsia permite la detección temprana del carcinoma urotelial papilar, incluso en ausencia de hematuria. Un diagnóstico oportuno mejora la calidad de vida.

339. Absceso mamario por histoplasmosis

MARIANA CHÁZARO CECENA, FRANCISCO VEGA RUIZ
Hospital Infantil del estado de Sonora Luisa María Godoy, Hermosillo, Sonora.

Antecedentes: La histoplasmosis es una micosis sistémica causada por *Histoplasma capsulatum*. El compromiso mamario es extraordinariamente raro. En ginecología, la mastitis y los abscesos suelen atribuirse a infecciones bacterianas, pero el hallazgo de una inflamación granulomatosa refractaria debe hacer sospechar etiologías menos frecuentes.

Caso clínico: Paciente de 26 años con antecedentes de tres embarazos, dos cesáreas y un aborto, con padecimiento de tres semanas de evolución con mastalgia en la mama derecha, con cambios

de coloración y retracción del pezón. Refiere haber acudido con un médico particular quien inició tratamiento con amoxicilina. El reporte histopatológico de la biopsia de tejido mamario derecho fue de abscedado, con inflamación granulomatosa sugerente de histoplasmosis.

Conclusión: No todo absceso mamario es bacteriano: en regiones endémicas, la histoplasmosis debe integrarse al diagnóstico diferencial. La biopsia con tinciones especiales es la piedra angular. La concientización entre ginecólogos acelera el diagnóstico y mejora los desenlaces.

340. Decisión clínica de histerectomía en lesiones

MARIANA MEDINA CRUZ, MICHELLE ALEJANDRA GARCÍA LÓPEZ, BORISLAV EDGAR MUÑOZ CANO, DANIELA PAREDES SANDOVAL

Hospital General de Zona 1A, IMSS, Ciudad de México.

Antecedentes: La mayoría de las lesiones intraepiteliales de alto grado pueden ser tratadas con métodos excisionales. Sin embargo, en pacientes con condiciones como atrofia cervical, estenosis o zona de transformación tipo 3, se puede optar por la histerectomía total extrafascial como método definitivo, aunque puede conllevar mayor comorbilidad.

Objetivo: Describir las características clínicas y colposcópicas de pacientes con lesión intraepitelial de alto grado consideradas candidatas a histerectomía por "cuello no conizable" en un hospital de segundo nivel.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio observacional retrospectivo de una serie de casos evaluada de enero de 2024 a junio de 2025. Se seleccionaron mujeres con biopsia positiva a lesión de alto grado consideradas "cuello no conizable".

Resultado: La edad promedio fue de 54.3 años, con predominio de mujeres postmenopáusicas (42%). El 92% presentó hallazgos de cuello corto, atrofia severa y extensión de la lesión. No se realizó prueba de VPH en ninguna paciente.



Conclusión: La serie de casos muestra que la mayoría de las pacientes sometidas a histerectomía por “cuello no conizable” fueron postmenopáusicas. Los hallazgos colposcópicos más relevantes fueron el cuello corto y la atrofia severa. La baja tasa de complicaciones observada refuerza la factibilidad de la intervención en casos seleccionados.

341. Tasa de eficacia y efectos adversos de los corticosteroides

GUADALUPE LIZBETH CRUZ BAHENA, MARÍA FERNANDA SALINAS SALINAS, JUAN CARLOS VILLEGAS ANDRADE
Hospital General de Zona 1A, Instituto Mexicano del Seguro Social.

Antecedentes: La mastitis granulomatosa es una enfermedad inflamatoria crónica, benigna y poco frecuente de la mama que afecta principalmente a mujeres jóvenes. Su etiología no está completamente definida, aunque se postula un origen autoinmune.

Objetivo: Analizar la indicación de corticoesteroides como tratamiento de primera línea en mastitis granulomatosa, así como su eficacia, efectos adversos y esquemas terapéuticos complementarios.

Materiales y métodos: Se realizó una revisión narrativa de 9 artículos científicos seleccionados mediante búsqueda en bases de datos biomédicas. Se analizaron variables como la eficacia del tratamiento, tasa de recurrencia y efectos adversos.

Resultado: Las dosis de corticosteroides fueron variables. Se observaron efectos adversos frecuentes como alteraciones metabólicas y síndrome de Cushing. El uso combinado con metotrexato redujo significativamente las tasas de recurrencia a menos del 5%.

Conclusión: La terapia con corticoesteroides continúa siendo el tratamiento de elección, aunque limitada por sus efectos adversos. El metotrexato se presenta como una alternativa útil. La elección del tratamiento debe individualizarse según la etapa de la enfermedad y comorbilidades.

342. Cáncer de mama en mujer transgénero: reporte de caso

ALICIA PAOLA MORALES RODRÍGUEZ, ANDREA MINERVA RODRÍGUEZ MORENO, ALICIA MARISELA GÓMEZ VÁZQUEZ
Hospital con Especialidades Juan María de Salvatierra, Baja California Sur.

Antecedentes: Una mujer transgénero es quien se identifica con género femenino pero con asignación del masculino al nacer. Se ha encontrado que la incidencia de cáncer de mama en mujeres transgénero es mayor que en hombres cisgénero y menor que en mujeres cisgénero.

Objetivo: Evidenciar la necesidad de estrategias individualizadas y de tamizaje para la detección de cáncer de mama en pacientes transgénero.

Materiales y métodos: Se realizó la revisión de un caso clínico de relevancia, basado en los expedientes clínicos del Hospital Juan María de Salvatierra.

Resultado: El presente caso resalta la importancia de considerar a las mujeres transgénero como una población de riesgo específico para desarrollar cáncer de mama. La evidencia muestra que la incidencia de esta neoplasia en mujeres transgénero es mayor que en hombres cisgénero.

Conclusión: Se requieren guías de tamizaje individualizadas según la exposición hormonal y factores de riesgo. El control médico regular durante la terapia de afirmación de género es fundamental. La sensibilización del personal de salud es clave para reducir brechas de atención.

343. Neovascularización omental en un leiomioma

KHARLA ALEXANDRA LANGURÉ CASTAÑEDA, ARIEL NORBERTO ALMEIDA CANO, JESÚS ALEXANDER VALDEZ GÁMEZ, FRANCISCO VEGA RUIZ
Hospital Infantil del Estado de Sonora, Hermosillo, Sonora.

Antecedentes: La clasificación de la FIGO se basa en la relación de la lesión con el miometrio y el endometrio. Los leiomiomas subserosos pediculados (tipo 7) pueden confundirse con los

parasitarios (tipo 8), una variante que desarrolla aporte vascular desde estructuras adyacentes.

Caso clínico: Paciente de 38 años, con historial de dos embarazos y dos partos, en seguimiento por sangrado uterino anormal. A la exploración se identificó una tumoración pélvica de gran tamaño. El hallazgo en este caso resulta inusual, ya que, a pesar de tratarse de un leiomioma subseroso pediculado (FIGO 7), se evidenció una irrigación colateral significativa proveniente del omento. Este patrón vascular atípico genera un punto de intersección con las características de un mioma parasitario (FIGO 8).

Conclusión: Este caso de leiomioma subseroso pediculado con irrigación colateral desde el omento, en una paciente sin cirugías previas, pone de manifiesto la capacidad de estos tumores para desarrollar neovascularización espontánea.

344. Tumor phylloides maligno de mama

MARIANA CHÁZARO CECEÑA, DAVID ARNOLDO BARCELÓ MANCILLAS, SERGIO GUTIÉRREZ CANDIA
Hospital Infantil del Estado de Sonora Luisa María Godoy, Hermosillo, Sonora.

Antecedentes: El tumor phyllodes de mama es una neoplasia fibroepitelial poco común (<1% de las neoplasias mamarias). Entre el 10 y el 20% presentan comportamiento maligno, con crecimiento acelerado y potencial metastásico. El diagnóstico clínico es desafiante, ya que puede simular un fibroadenoma.

Caso clínico: Paciente de 52 años, con antecedente de hipertensión, diabetes e hipotiroidismo, refiere tumoración en mama derecha desde 2015. A la exploración se le encontró una tumoración de aproximadamente 18 x 12 cm. Se le tomó una biopsia trucut compatible con tumor phyllodes. El segundo reporte histopatológico de la mastectomía radical reportó tumor phyllodes maligno de 18 x 11 cm, con bordes quirúrgicos libres.

Conclusión: El tumor phyllodes maligno es una neoplasia mamaria rara. El diagnóstico histopato-

lógico es indispensable. El tratamiento quirúrgico con márgenes amplios es la piedra angular. El ginecólogo tiene un papel clave en la detección inicial y referencia temprana.

345. Encefalitis anti-NMDA y endometriosis

CLAUDIA TELLEZ-CANO, JESÚS CERVANTES-CASTRO, EMILIO TREVIÑO-SALINAS, DIEGO VIDAL-TORRES, MIRKA SEGOVIA- OZUNA
Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, Monterrey, Nuevo León.

Antecedentes: La encefalitis asociada a anticuerpos anti-NMDA es la forma más común de encefalitis autoinmune en mujeres, habitualmente relacionada con teratomas ováricos. Su diagnóstico oportuno demanda un alto índice de sospecha, ya que puede confundirse con trastornos psiquiátricos.

Caso clínico: Paciente de 24 años, con diagnóstico de encefalitis anti-NMDA asociada con tumoración anexial. El estudio histopatológico confirmó la existencia de un endometrioma y endometriosis peritoneal, sin evidencia de teratoma. La paciente mostró mejoría clínica significativa solo hasta la resección quirúrgica.

Conclusión: La encefalitis anti-NMDA es un síndrome paraneoplásico infrecuente, asociado a teratomas ováricos. Sin embargo, este caso documenta una asociación con endometrioma, lo que amplía el espectro de lesiones anexiales implicadas en su fisiopatología.

346. Ooforitis xantogranulomatosa diferencial

BERENICE LIRA HERNÁNDEZ, MAURICIO RAÚL GUTIÉRREZ CASTAÑEDA, HERMAN VÁSQUEZ GUERRA, JIMENA OLIMPIA PEREGRINA CAJAS, KEENIA LÓPEZ LUCAS
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

Antecedentes: La salpingitis xantogranulomatosa es un proceso inflamatorio poco frecuente, caracterizado por un infiltrado de tejido de granulación conteniendo histiocitos de citoplasma espumoso.



Objetivo: Conocer la importancia del diagnóstico histopatológico definitivo en la clasificación, diagnóstico y tratamiento de las tumoraciones anexiales.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo sobre los reportes histopatológicos de las pacientes sometidas a cirugía por tumoraciones anexiales. Se recabó un caso de ooforitis xantogranulomatosa.

Resultado: Durante 2024 se realizaron 264 cirugías por tumoraciones anexiales. Los reportes más comunes fueron endometriosis, cistoadenomas y quistes dermoides.

Conclusión: La incidencia de ooforitis xantogranulomatosa en nuestra unidad es acorde a la literatura. Se debe abordar este hallazgo, ya que se asocia a otras enfermedades como enfermedad pélvica inflamatoria, endometriosis e incluso tuberculosis pélvica.

347. Absceso tubo-ovárico en paciente núbil

DIANA MARCELA ENRIQUEZ CADENA, HILDA SOCORRO VALADEZ HERNÁNDEZ

Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, Guadalajara, Jalisco.

Antecedentes: La enfermedad pélvica inflamatoria es una patología infecciosa del tracto reproductivo superior. Su etiología es polimicrobiana; el 85% se deben a patógenos de transmisión sexual y el 15% a organismos respiratorios o entéricos.

Caso clínico: Paciente de 40 años, religiosa, con antecedente de diabetes y colecistectomía, sin historia de actividad sexual. Acudió a consulta debido a un dolor pélvico de 8 días de evolución. Laboratorios con leucocitosis. El ultrasonido pélvico reporta masa anexial izquierda de 81x91 mm, probable absceso, confirmado por tomografía. Se realiza laparotomía con salpingectomía izquierda y drenaje. Cultivo positivo a E. Coli.

Conclusión: La EPI sigue siendo un desafío diagnóstico. Aunque los factores de riesgo y agentes causales están bien establecidos, principalmente relacionados con ITS, es importante reconocer otras etiologías y vías de diseminación.

348. Conocimiento y barreras sobre el VPH

ROSALBA TRUJILLO MARTÍNEZ

Hospital de Ginecoobstetricia 4 Luis Castelazo Ayala, IMSS, Ciudad de México.

Antecedentes: El VPH es la causa más común del cáncer cervicouterino, que en México ocupa el segundo lugar de cáncer en mujeres a pesar de contar con estrategias de prevención. Esto evidencia la existencia de barreras y brechas en el conocimiento que limitan la efectividad de dichas estrategias y requieren ser identificadas.

Objetivo: Determinar el nivel de conocimientos y las principales barreras existentes en torno a la infección por el virus del papiloma humano en población mexicana.

Materiales y métodos: Estudio transversal descriptivo que aplicó 675 cuestionarios a mujeres con infección por VPH en seguimiento en una clínica de displasias de la UMAE No.4.

Resultado: Se encontró un adecuado nivel general de conocimientos, pero solo el 40.6% de las encuestadas refirió estar vacunada contra el VPH por diversas causas.

Conclusión: Aunque existe un alto conocimiento sobre el VPH, persisten brechas significativas en las medidas de prevención como el tamizaje y la vacunación.

349. Calidad de vida en sangrado uterino anormal en mujeres con DIU

AMÉRICA MONSERRATH ARTEAGA AGUILAR

Hospital de Ginecoobstetricia 4 Luis Castelazo Ayala, IMSS, Ciudad de México.

Antecedentes: Aproximadamente una tercera parte de las mujeres experimentan sangrado uterino anormal (SUA) en su vida. Su tratamiento puede incluir el uso de un dispositivo intrauterino liberador de levonorgestrel (DIU-LNG). Dado el gran impacto del SUA en la calidad de vida, es imprescindible evaluar la eficacia del tratamiento en este aspecto, utilizando herramientas como los cuestionarios SAMANTA y CVM-22.

Objetivo: Comparar la calidad de vida en mujeres premenopáusicas con SUA, evaluada antes y tres meses después del tratamiento con un dispositivo intrauterino (DIU-LNG).

Materiales y métodos: Estudio prospectivo y comparativo en mujeres con diagnóstico de SUA e indicación de tratamiento con DIU-LNG, usando la prueba de rangos de Wilcoxon.

Resultado: Se observó una reducción significativa en la mediana del puntaje del cuestionario SAMANTA y en la media del puntaje del CMV-22 tras la colocación ($p \leq 0.001$).

Conclusión: El DIU-LNG reduce la interferencia del sangrado y aumenta la calidad de vida en pacientes con sangrado uterino anormal: es una estrategia de tratamiento accesible y de gran trascendencia.

350. Motivos y barreras en criopreservación

TERESA ÁNGELES CABRERA, MARÍA ELIZABETH FRAUSTRO ÁVILA, DANIEL HUMBERTO MÉNDEZ LOZANO, NORA NARANJO RAMÍREZ, MARÍA ELENA CAMACHO MOLL
Tecnológico de Monterrey, Monterrey, Nuevo León.

Antecedentes: El aplazamiento de la maternidad ha incrementado en las últimas décadas. La criopreservación de ovocitos surge como una alternativa para preservar la fertilidad. En México, la evidencia sobre las motivaciones y barreras hacia este procedimiento es limitada.

Objetivo: Identificar los principales factores percibidos que favorecen o limitan la decisión de realizar la criopreservación de ovocitos por razones sociales en mujeres mexicanas de 18 a 40 años.

Materiales y métodos: Estudio observacional, transversal y descriptivo en 915 mujeres mexicanas de 18 a 40 años. Se aplicó una encuesta en línea que incluyó variables sociodemográficas y preguntas sobre motivaciones y barreras percibidas.

Resultados: La media de edad fue de 31.3 años. Entre las motivaciones principales destacaron el deseo de ser madre en el futuro (51.9%), la

percepción de seguridad en la salud de los hijos (46.5%) y la ausencia de impacto negativo en la fertilidad futura (34.5%).

Conclusión: Las mujeres mexicanas consideran la criopreservación de ovocitos como una alternativa viable para preservar su fertilidad; sin embargo, las barreras económicas y sociales restringen su accesibilidad. Se requieren estrategias educativas y políticas públicas que promuevan un acceso equitativo.

351. Microlitiasis testicular

MARTHA LIDIA BENAVIDES REYES, FELA VANESA MORALES HERNÁNDEZ

Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, Ciudad de México.

Antecedentes: La microlitiasis testicular es la presencia de cuerpos de calcio intratubulares. Su hallazgo en ecografía es más frecuente con el uso de equipos de alta resolución. En hombres infértiles, su prevalencia puede alcanzar el 20%. Su asociación con neoplasias de células germinales ha motivado investigaciones para esclarecer su relevancia.

Objetivo: Evaluar la asociación entre la distribución ecográfica de la microlitiasis testicular y las características clínicas, hormonales y reproductivas en pacientes con infertilidad masculina.

Materiales y métodos: Estudio observacional, retrospectivo y transversal de una cohorte de pacientes masculinos con diagnóstico ecográfico de microlitiasis testicular atendidos en el servicio de andrología por infertilidad.

Resultado: La mayoría de los pacientes presentó infertilidad secundaria. El factor de riesgo más común fue la exposición a toxinas. La microlitiasis testicular fue mayoritariamente bilateral y se observó atrofia testicular en más del 50% de los casos. La microlitiasis testicular bilateral se asoció con una menor tasa de embarazo ($p = 0.046$).

Conclusión: La microlitiasis testicular no debe considerarse un hallazgo incidental, especialmente en pacientes infértiles. La distribución bilateral y la atrofia testicular se asociaron con



peores desenlaces reproductivos. Se propone un algoritmo de tratamiento estratificado basado en riesgo clínico, hormonal y ecográfico.

352. Transferencia embrionaria

PAMELA NICOLE MINGUEZ LORENZO, JUAN CARLOS BARROS DELGADILLO, MARTHA LIDIA BENAVIDES REYES
Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, Ciudad de México.

Antecedentes: La fecundación in vitro con transferencia embrionaria (FIV-TE) es clave en el tratamiento de la infertilidad. A pesar de los avances, la tasa de implantación sigue siendo limitada (25-40%). La vitrificación ha mejorado la preservación embrionaria. La transferencia de embriones desvitrificados es de elección en casos de riesgo de hiperestimulación.

Objetivo: Comparar las características clínicas y reproductivas de los ciclos de transferencia embrionaria en fresco y con embriones desvitrificados en una cohorte institucional analizada durante cinco años.

Materiales y métodos: Estudio observacional, retrospectivo y transversal en el INPer, analizando 502 ciclos de TE (284 en fresco y 218 con embriones desvitrificados) entre 2020 y 2024.

Resultado: La edad media de las pacientes fue de 34.3 años. La tasa general de embarazo clínico fue del 30.2%. Se observó una mayor probabilidad de embarazo clínico en pacientes con grosor endometrial mayor de 10 mm y transferencia en estadio de blastocisto ($p < 0.05$).

Conclusión: Nuestros hallazgos muestran que la TE en fresco y con embriones desvitrificados ofrecen tasas comparables de embarazo clínico y nacido vivo, sin diferencias estadísticamente significativas. La mayoría de los embriones transferidos fueron blastocistos, reflejando la tendencia actual.

353. Análisis de factores clínicos y reproductivos

PERLA SOFÍA VERA HERNÁNDEZ, FELIPE ALEJANDRO GUTIÉRREZ PLASCENCIA, MYRNA SOURAYE GODINES

ENRÍQUEZ, FELA VANESA MORALES HERNÁNDEZ, ENRIQUE REYES MUÑOZ

Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, Ciudad de México.

Antecedentes: El embarazo ectópico tiene una incidencia del 1–2% en embarazos espontáneos, pero puede aumentar hasta 8.6% en mujeres que recurren a técnicas de reproducción asistida (TRA). Además de factores clásicos, influyen aspectos técnicos como el tipo de estimulación y el momento de la transferencia embrionaria.

Objetivo: Analizar los factores clínicos y biológicos en pacientes con infertilidad que cursaron con embarazo ectópico tras TRA, para aportar evidencia que optimice los protocolos reproductivos.

Materiales y métodos: Se revisó una serie de casos retrospectiva de 12 pacientes con embarazo ectópico post-TRA, atendidas en el Instituto Nacional de Perinatología entre 2016 y 2025. Se realizó un análisis descriptivo.

Resultado: Se analizaron 12 casos. La mayoría ocurrió en pacientes sometidas a FIV (58.3%), seguidas de inseminación intrauterina (33.3%) e inducción de ovulación (8.3%).

Conclusión: El embarazo ectópico es una complicación relevante en tratamientos de reproducción asistida. En esta serie, la mayoría ocurrió en pacientes sometidas a FIV, especialmente en transferencias de embriones en día 3 y en ciclos frescos, hallazgos que coinciden con la literatura actual.

354. Pérdida recurrente del embarazo

JANINE RUSSETH HERNÁNDEZ ZANATA, LAURO SAAVEDRA PORTALES, MARCO ANTONIO ROBLES MEJÍA, HERIBERTO ESPINOZA ROJAS

Hospital de Especialidades IMSS Bienestar Dr. Carlos Canseco, Tampico, Tamaulipas.

Antecedentes: La pérdida recurrente del embarazo se define como la pérdida de dos o más gestaciones. Su prevalencia varía entre 0.8 y

1.4%. Es una entidad multifactorial; hasta un 50% de los casos permanece sin causa identificable. Las anomalías cromosómicas representan alrededor del 2–8%, destacando las translocaciones Robertsonianas.

Caso clínico: Paciente de 34 años, con antecedente de dos abortos diferidos. El análisis citogenético mostró cariotipo 45,XX,rob(14;21)(q10;q10), confirmando la translocación.

Conclusión: La pérdida recurrente del embarazo en este caso se explicó por la translocación robertsoniana balanceada. Este hallazgo resalta la importancia de incluir el estudio citogenético en el protocolo diagnóstico y de considerar técnicas de reproducción asistida con análisis genético de embriones para optimizar los desenlaces reproductivos.

355. Impacto psicosocial en parejas infértiles

JESSICA ANNAIS MARIÑELARENA BATISTA, MARÍA OFELIA SORDIA PIÑEYRO, RICARDO JOSÉ GARCÉS CAÑIZALEZ, FELIPE ARTURO MORALES MARTÍNEZ, ANDREA MORALES LEAL Centro Universitario de Medicina Reproductiva (CeUMeR) en el Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, Universidad Autónoma de Nuevo León.

Antecedentes: La infertilidad afecta a millones de personas y puede generar repercusiones psicológicas sustanciales, demandando una atención integral. Existe una fuerte correlación entre la infertilidad y el deterioro de la satisfacción en la relación, la calidad de vida sexual y el bienestar mental.

Objetivo: Determinar si existe una correlación entre la infertilidad y los aspectos psicosociales en hombres y mujeres.

Materiales y métodos: Estudio de cohorte prospectivo entre junio y septiembre de 2023, incluyendo 89 pacientes con infertilidad, candidatos a tratamiento con fertilización in vitro.

Resultado: La edad media total fue de 37.1 ± 6.4 años. El 51.59% presentaba infertilidad primaria y el 48.31% secundaria. El 64.96% había sufrido un aborto espontáneo.

Conclusión: Aunque la puntuación global de calidad de vida relacionada con la fertilidad fue similar entre hombres y mujeres, existe una tendencia a que los hombres presenten niveles más altos de ansiedad y puntuaciones inferiores en las subescalas emocional y relacional.

356. Fenotipos de síndrome de ovario poliquístico y efectos en infertilidad

JOCELYN ANDREA ALMADA BALDERRAMA, ENRIQUE TULIO MANCEBO SALAZAR, VANESA MORALES HERNÁNDEZ, ARACELI MONTOYA ESTRADA, ENRIQUE REYES MUÑOZ Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, Ciudad de México

Antecedentes: El síndrome de ovario poliquístico (SOP) es la endocrinopatía más frecuente en mujeres en edad reproductiva (6-20%). Además de su impacto en la fertilidad, se asocia con alteraciones metabólicas, especialmente en los fenotipos con hiperandrogenismo.

Objetivo: Determinar la prevalencia de los fenotipos del síndrome de ovario poliquístico y su efecto sobre las características metabólicas en mujeres con infertilidad.

Materiales y métodos: Estudio observacional, transversal y comparativo. Se incluyeron mujeres con infertilidad y diagnóstico de SOP según los criterios de Rotterdam, atendidas de 2016-2020 en el INPer. Se clasificaron en 4 grupos según su fenotipo.

Resultado: Se analizaron 449 mujeres. La prevalencia de los fenotipos fue: A: 42.3%, B: 20.9%, C: 5.3%, D: 31.4%. La progesterona sérica fue significativamente mayor en el fenotipo C; la testosterona y el índice de andrógenos libres fueron mayores en los fenotipos A, B y C versus el D.

Conclusión: En mujeres mexicanas con SOP e infertilidad, el fenotipo más prevalente es el A. Las mujeres con fenotipo A tienen mayor frecuencia de alteraciones metabólicas como resistencia a la insulina, prediabetes y síndrome metabólico. Los fenotipos C y D tienen una menor frecuencia de estas alteraciones.



357. Embarazo heterotópico: reporte de caso

INGRID FRUTOS CERVANTES, DENISSE GONZÁLEZ BALLEZA, KARLA ORTEGA MACEDA, ALICIA LISVETT BENAVIDES MARTÍNEZ, CUAHUTÉMOC GUTIÉRREZ MALDONADO
Tecnológico de Monterrey, Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud, Monterrey, Nuevo León.

Antecedentes: El embarazo heterotópico, coexistencia de una gestación intrauterina y otra ectópica, es raro en ciclos espontáneos pero su riesgo aumenta con técnicas de reproducción asistida. En inseminación intrauterina, la incidencia se estima en 1 por cada 700–1,000 embarazos.

Caso clínico: Paciente de 29 años, primigesta, a quien se realizó estimulación ovárica con posterior inseminación intrauterina. Acudió a urgencias por dolor abdominal. El ultrasonido mostró gestación intrauterina, ovarios aumentados de tamaño, líquido libre y salpíngiz izquierda dilatada.

Conclusión: La presentación de este caso resalta la importancia de considerar el embarazo heterotópico en pacientes con antecedente de estimulación ovárica e inseminación intrauterina, aun en presencia de un embarazo intrauterino.

358. Gestación en útero didelfo como factor de riesgo

EMILY PRISCILA MUÑOZ SARMIENTO, JULIO CÉSAR PAZ CARRANZA, GABRIEL CORTÉS DURÁN
Hospital Infantil del Estado de Sonora, Hermosillo, Sonora.

Antecedentes: El útero didelfo es una anomalía congénita del desarrollo mülleriano. Se asocia con un mayor riesgo de complicaciones obstétricas, incluyendo malpresentación fetal, parto pretérmino y adherencias placentarias anormales, como la placenta previa.

Caso clínico: Paciente de 30 años, con historia de dos embarazos y un parto, sin control prenatal, referida por sangrado transvaginal y actividad uterina regular, con útero didelfo, diagnosticado tras una cesárea de emergencia por placenta previa y parto pretérmino que resultó en un parto pretérmino a las 26.1 semanas de gestación.

Conclusión: Este es el caso de una paciente de 30 años con útero didelfo, diagnosticado tras una cesárea de emergencia por placenta previa total y parto pretérmino, lo que destaca los riesgos obstétricos asociados a esta anomalía mülleriana.

359. Asociación de concentraciones de hormona antimüllerina en mujeres con síndrome de ovario poliquístico

KAREN GUZMÁN ORTEGA
Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, Ciudad de México.

Antecedentes: El síndrome de ovario poliquístico (SOP) afecta a cerca del 10% de las mujeres en edad reproductiva y es la principal causa de infertilidad anovulatoria. Las pacientes con SOP presentan una respuesta ovárica heterogénea a los tratamientos de fertilidad y un mayor riesgo de complicaciones. En este contexto, los niveles de hormona antimülleriana (AMH) han cobrado relevancia como marcador de reserva ovárica y predictor de respuesta a la estimulación, aunque su impacto en los desenlaces reproductivos sigue siendo objeto de estudio.

Objetivo: Evaluar la asociación entre los niveles séricos de la hormona antimülleriana (AMH) y los resultados de FIV en mujeres con síndrome de ovario poliquístico.

Materiales y métodos: Estudio retrospectivo y descriptivo en una institución de tercer nivel, incluyendo mujeres con síndrome de ovario poliquístico en protocolo de estimulación ovárica para fecundación in vitro.

Resultados: En 120 mujeres con síndrome de ovario poliquístico, el grupo con AMH ≥ 5 ng/mL mostró un número significativamente mayor de ovocitos capturados y ovocitos en metafase II.

Conclusión: Las mujeres con síndrome de ovario poliquístico y hormona antimülleriana mayor de 5 ng/mL tienen más ovocitos, pero no se encontraron diferencias significativas en la tasa de embarazo clínico o de recién nacido vivo.

360. Perfil genético de trombofilias en pérdida gestacional recurrente

MARTHA LIDIA BENAVIDES REYES

Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, Ciudad de México.

Antecedentes: La pérdida gestacional recurrente (PGR) afecta entre el 1 y 5% de las mujeres en edad reproductiva, representando una experiencia devastadora. Las trombofilias hereditarias, un grupo de variantes genéticas que alteran la hemostasia, son una de las posibles causas. Aunque las guías actuales no recomiendan su tamizaje de rutina, la investigación en esta área es crucial, ya que muchas pacientes son sometidas a tratamientos empíricos sin un diagnóstico claro.

Objetivo: Evaluar la utilidad del perfil genético de trombofilias en pacientes con pérdida gestacional recurrente y la importancia de una intervención temprana.

Materiales y métodos: Estudio retrospectivo y transversal en 105 mujeres mexicanas con PGR y trombofilia hereditaria, atendidas en el Instituto Nacional de Perinatología.

Resultado: De 56 embarazos logrados, el 98% de las pacientes que recibieron tratamiento anticoagulante tuvieron un nacido vivo, en contraste con el 0% de las no tratadas.

Conclusión: El tratamiento con anticoagulantes (enoxaparina y AAS) se asoció de forma significativa con una mayor tasa de nacidos vivos en mujeres con PGR y trombofilias.



Climaterio y menopausia

361. Insuficiencia ovárica primaria secundaria

RODRIGO GUADARRAMA MORA, ARTURO ARELLANO EGUILUZ, SARAÍ ZAMORA CORONA, ARNETT RAQUEL GONZÁLEZ LÓPEZ

Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, Ciudad de México.

Antecedentes: La encefalitis autoinmune anti-NMDA es una entidad neurológica grave, frecuente en mujeres jóvenes, que se caracteriza por síntomas neuropsiquiátricos progresivos. Se asocia comúnmente con teratomas ováricos, cuya resección mejora el pronóstico neurológico pero puede causar insuficiencia ovárica primaria (IOP), con la consecuente deficiencia estrogénica e infertilidad. Estudios recientes confirman que una proporción relevante de pacientes presenta secuelas a largo plazo.

Objetivo: Destacar la importancia del reconocimiento temprano de esta entidad clínica infrecuente, su abordaje multidisciplinario y sus implicaciones endocrinas a largo plazo, particularmente en mujeres jóvenes en edad reproductiva.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo, tipo reporte de casos, en el Instituto Nacional de Perinatología. Se recopilaron datos de expedientes médicos sobre antecedentes, hallazgos clínicos, diagnóstico, tratamiento instaurado y evolución clínica a largo plazo.

Resultado: Nuestros hallazgos son congruentes con los reportados en estudios recientes que describen alteraciones cognitivas y endocrinas persistentes, así como disfunción ovárica secun-

daria en mujeres sometidas a resección tumoral. Se identifican como factores de mal pronóstico la demora en la cirugía y la presencia de complicaciones endocrinas, reforzando la necesidad de vigilancia prolongada para manejar las secuelas.

Conclusión: La encefalitis anti-NMDA asociada a teratoma ovárico exige un diagnóstico rápido y tratamiento integral. La resección tumoral puede desencadenar insuficiencia ovárica primaria. Un enfoque interdisciplinario es esencial para garantizar la mejor calidad de vida a largo plazo en mujeres jóvenes afectadas por esta condición.

362. Vitamina D y sueño en menopausia

CRISTINA AIDE RAMÍREZ COLUNGA, ARTURO MORALES MARTÍNEZ, MIRKA SEGOVIA OSUNA, RODOLFO E. DOBLADO MARTÍNEZ, SELENE M. GARCÍA LUNA

Centro Universitario de Medicina Reproductiva, Monterrey, Nuevo León

Antecedentes: Los niveles de vitamina D se han asociado con trastornos del sueño, pero hay poca evidencia en la población menopáusica.

Objetivo: Asociar los niveles de vitamina D con la calidad global del sueño en mujeres mexicanas posmenopáusicas.

Materiales y métodos: Estudio transversal que incluyó a 41 mujeres menopáusicas. La calidad del sueño se evaluó con el Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh y los niveles de vitamina D mediante inmunofluorescencia. Se consideró estadísticamente significativo un valor de $p < 0.05$.

Resultado: La edad promedio fue de 53 años y el IMC de 29.9 kg/m². El 85% de las pacientes presentó un nivel deficiente de vitamina D. La

puntuación de calidad del sueño indicó que la población presentaba mala calidad del sueño. No se encontraron diferencias significativas en la edad y los niveles de vitamina D en función de la calidad del sueño de las participantes.

Conclusión: En la población estudiada se observó una elevada prevalencia de mala calidad del sueño y una marcada deficiencia de vitamina D; no obstante, no se encontró asociación entre ambas.

363. Efecto estrogénico y estado cognitivo

SARA STEPHANIE GONZÁLEZ CRUZ, PATRICIA LORANCA MORENO

Hospital Primero de Octubre, ISSSTE, Ciudad de México.

Antecedentes: Las mujeres en menopausia temprana suelen reportar quejas de memoria y alteraciones del ánimo. Los estrógenos confieren protección neuronal y favorecen procesos de memoria. En la postmenopausia, el estado de hipoestrogenismo puede alterar funciones cognitivas. Este proyecto pretende estudiar el beneficio de la terapia estrogénica en el área cognitiva.

Objetivo: Determinar el efecto de la terapia estrogénica en el estado cognitivo de pacientes mediante la evaluación con la escala MoCA

(Montreal Cognitive Assessment) en la postmenopausia temprana.

Materiales y métodos: Se realizó un ensayo clínico aleatorizado con 43 pacientes. Un grupo recibió terapia estrogénica (Tibolona 2.5 mg) y otro, placebo. Se evaluó el estado cognitivo con el Test de MoCA y la calidad de vida de manera basal y a los 6 meses. Se usaron pruebas paramétricas y no paramétricas según correspondiera, y el test de Fisher en variables categóricas. El análisis se realizó para comparar los resultados basales y a los 6 meses.

Resultados: Al inicio del estudio, el 63% de las pacientes presentaba deterioro cognitivo leve (DCL). A los 6 meses, el grupo con terapia estrogénica presentó DCL solo en el 38% de los casos, con una mejora significativa en el puntaje (test de Wilcoxon $p=0.006$), mientras que el grupo placebo no mostró cambios significativos.

Conclusión: Las pacientes en postmenopausia temprana presentaron una frecuencia importante de alteraciones cognitivas. Existe una correlación entre la calidad de vida y el deterioro cognitivo leve. Los resultados nos invitan a continuar la vigilancia de esta esfera y realizar evaluaciones posteriores a uno o dos años para confirmar la persistencia de estos beneficios.



Uroginecología

364 Resección miofibroblastoma suburetral

MARTHA SUSANA TINAJERO VIDALES, FRANCISCO YUNIOR CARRILLO MARTÍNEZ, DAVID MIJEY ESQUIVEL IZAGUIRRE, LUIS FERNANDO GONZÁLEZ VENEGAS, JESÚS ANTONIO SALINAS SALINAS

Hospital de Ginecoobstetricia 23 Ignacio Morones Prieto, Monterrey, NL.

Antecedentes: El miofibroblastoma es una lesión mesenquimatosa benigna y poco frecuente, localizada principalmente en la vulva. Fue descrito en 1992 por Fletcher. Hasta 2020, se reportaban alrededor de 400 casos a nivel mundial. La edad de presentación oscila entre 27 y 54 años. En el diagnóstico diferencial deben considerarse tumores como el angiomixoma agresivo y el leiomioma.

Objetivo: Exposición de un caso clínico de una paciente con un tumor suburetral, el cual se reporta como miofibroblastoma posterior a su resección y estudio histopatológico.

Materiales y métodos: Reporte de caso clínico. Exploración inicial de la paciente, resección del tumor, evaluación postquirúrgica y recolección del reporte de patología.

Resultado: El diagnóstico histopatológico fue de miofibroblastoma suburetral, un tumor de características benignas.

Conclusión: El miofibroblastoma es una lesión benigna y poco frecuente, localizada principalmente en la vulva. Siempre deberá considerarse como diagnóstico diferencial la patología maligna, incluyendo el angiomixoma agresivo y el liposarcoma mixoide. El tratamiento de elección es la resección quirúrgica.

365. Bartholinectomía: técnica quirúrgica

JOSÉ DEL CARMEN SOLÍS SABIDO, VIRIDIANA GORBEA CHÁVEZ, VERÓNICA GRANADOS MARTÍNEZ, JAIME IGNACIO CEVALLOS BUSTILLOS, ERNESTO RODOLFO RIVERA MEDINA

Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, Ciudad de México.

Antecedentes: La bartholinectomía es un procedimiento quirúrgico que consiste en la resección completa de la glándula de Bartolino junto con su conducto excretor.

Objetivo: Describir la técnica quirúrgica de bartholinectomía paso a paso.

Método: Se describe la técnica quirúrgica realizada para bartholinectomía en pacientes del Instituto Nacional de Perinatología. Se inicia con hidrodissección. Se realiza una incisión lineal en el vestíbulo, seguida de disección roma para liberar la cápsula del quiste. Se identifica, pinza, corta y liga el pedículo vascular principal. Se corrobora hemostasia y se procede al cierre del lecho quirúrgico.

Conclusión: La bartholinectomía se recomienda en caso de quistes o abscesos refractarios a otros tratamientos, ya que el drenaje y la marsupialización presentan tasas de recurrencia mayores. La escisión glandular es la opción definitiva cuando otros métodos fallan y ofrece la resolución completa del problema.

366. Retiro de malla suburetral

KARLA MARIANA CARMONA BRAVO, VIRIDIANA GORBEA CHÁVEZ, VERÓNICA GRANADOS MARTÍNEZ, JAIME CEVALLOS BUSTILLOS, ERNESTO RODOLFO RIVERA MEDINA

Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, Ciudad de México.

Antecedentes: La exposición de la cinta transobturatriz sirve para enseñar las posibles complicaciones de estas cirugías, enfatizar la importancia de reconocer los síntomas de manera oportuna y resaltar la necesidad de una reintervención quirúrgica adecuada para reducir el impacto negativo en la calidad de vida y garantizar resultados favorables.

Caso clínico: Paciente de 56 años con antecedente de colocación de cinta transobturatriz (TOT) hace seis meses. Desde el procedimiento, comenzó con dolor inguinal y dispareunia. En la exploración se identificó exposición de la malla, motivando el retiro quirúrgico. Las cintas suburetrales son un tratamiento común para la incontinencia, pero no están exentas de complicaciones como la exposición de malla, que puede causar dolor crónico, infecciones y dispareunia. El retiro de la cinta TOT se realizó sin complicaciones. A los tres meses, la paciente refirió ausencia completa de dolor y dispareunia. No se observaron signos de exposición residual ni incontinencia. La recuperación funcional y la calidad de vida de la paciente mejoraron significativamente.

Conclusión: La exposición de cinta transobturatriz es una complicación que puede generar dolor y dispareunia. El reconocimiento temprano y la reintervención quirúrgica oportuna permiten la resolución de los síntomas, preservando la continencia y mejorando los resultados funcionales y clínicos a largo plazo.

367. Técnica abultantes para incontinencia urinaria de esfuerzo

KAOMI IKSIU SOLÍS SHIMOKAWA, JOSÉ DEL CARMEN SOLÍS SABIDO

Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, Ciudad de México.

Antecedentes: La incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) es una condición frecuente. Dentro

de las opciones mínimamente invasivas, los agentes abultantes son una alternativa segura y eficaz. Se inyectan en la submucosa uretral para mejorar la coaptación y aumentar la resistencia del esfínter. Están indicados en mujeres con deficiencia esfinteriana, recurrencia tras cirugía, o alto riesgo anestésico.

Objetivo: Describir la técnica de colocación de agentes abultantes en el tratamiento de la IUE, abordando sus indicaciones, contraindicaciones, preparación, pasos quirúrgicos y posibles complicaciones. Asimismo, se busca resaltar los criterios que definen al candidato ideal.

Caso clínico: Paciente con incontinencia urinaria des esfuerzo recurrente y deficiencia intrínseca del esfínter. Se decidió realizar la colocación de agentes abultantes. La intervención se efectuó bajo anestesia local con sedación. Se utilizaron campos estériles. El objetivo del procedimiento es lograr la coaptación del cuello vesical y reducir las pérdidas urinarias. Los estudios reportan una eficacia superior al 50% al año. La recuperación es rápida y el retorno a las actividades habituales ocurre en pocos días.

Conclusión: La colocación de agentes abultantes es una alternativa mínimamente invasiva, segura y reproducible en el tratamiento de la IUE. Si bien su eficacia a largo plazo es inferior a la de otras técnicas quirúrgicas, sus ventajas incluyen un bajo perfil de riesgo y una rápida recuperación.

368. Técnica de Labioplastia y resultados

GABRIELA ALEJANDRA GODÍNEZ SIERRA, VIRIDIANA GORBEA CHÁVEZ, VERÓNICA GRANADOS MARTÍNEZ, JAIME CEVALLOS BUSTILLOS, ERNESTO RODOLFO RIVERA MEDINA
Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, Ciudad de México.

Antecedentes: La labioplastia es una de las intervenciones de cirugía genital femenina más practicadas. Sus orígenes se remontan a resecciones simples por razones funcionales. Con el tiempo, se sumaron indicaciones estéticas. El desarrollo de nuevas técnicas, como



el abordaje lineal ("trim") y en cuña ("wedge"), ha buscado mejorar los resultados y reducir complicaciones.

Caso clínico: Paciente de 38 años con hipertrofia de labios menores fue sometida a labioplastia mediante resección curvilínea bilateral. El tiempo quirúrgico fue de 1 hora y 23 minutos, sin complicaciones. La evolución postoperatoria fue satisfactoria, con adecuado control del dolor y una recuperación favorable.

Metodología: Revisión narrativa de la literatura sobre técnicas de labioplastia, identificando artículos en bases de datos médicas. Se analizaron principalmente dos técnicas: la resección curvilínea y la desepitelización central.

Conclusión: La labioplastia es uno de los procedimientos más frecuentes de cirugía genital femenina. La selección adecuada de la técnica es determinante para alcanzar resultados satisfactorios. La resección curvilínea ofrece la ventaja de preservar la irrigación, mientras que la técnica en cuña conserva el borde natural.

369. Plasma rico en plaquetas en el síndrome genitourinario de la menopausia

RAYMUNDO DANKELLY RODRÍGUEZ VELÁZQUEZ, VERÓNICA GRANADOS MARTÍNEZ, JAIME CEVALLOS BUSTILLOS, ERNESTO RIVERA MEDINA, VIRIDIANA GORBEA CHÁVEZ
Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, Ciudad de México.

Antecedentes: El síndrome genitourinario de la menopausia describe síntomas vulvovaginales y urinarios asociados a la disminución de estrógenos. Aunque los tratamientos hormonales son el estándar, existen alternativas no hormonales como el plasma rico en plaquetas (PRP), que contiene factores de crecimiento que promueven la reparación tisular y la restauración del epitelio vaginal.

Objetivo: Determinar el impacto del plasma rico en plaquetas en síntomas como sequedad vaginal, dispareunia y disuria.

Materiales y métodos: Estudio clínico cuasi-experimental, prospectivo y longitudinal.

Resultado: Posterior a dos aplicaciones mensuales, se observaron diferencias estadísticamente significativas en la reducción de síntomas, así como en los puntajes del índice de salud vaginal.

Conclusión: El uso de plasma rico en plaquetas intravaginal representa una alternativa terapéutica segura y potencialmente eficaz para la mejoría de los síntomas del síndrome genitourinario de la menopausia. Se observaron mejoras significativas en síntomas como sequedad vaginal, dispareunia y disuria, sin registrarse eventos adversos graves.

370. Fistulectomía técnica Latzko modificada

GEORGINA ELIZONDO OCHOA, VIRIDIANA GORBEA CHÁVEZ, VERÓNICA GRANADOS MARTÍNEZ, JAIME CEVALLOS BUSTILLOS, ERNESTO RODOLFO RIVERA MEDINA
Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, Ciudad de México.

Antecedentes: La fístula vesicovaginal es una comunicación anormal entre la vejiga y la vagina que produce fuga urinaria constante. En países en desarrollo, suelen ser consecuencia del trauma obstétrico, mientras que en otras regiones son resultado de cirugías ginecológicas. Las fístulas vesicovaginales repercuten de manera negativa en la calidad de vida, llevando a aislamiento y repercusiones psicológicas.

Objetivo: Describir la técnica quirúrgica de Latzko modificada como una alternativa eficaz, menos invasiva y con mínima morbilidad para el tratamiento de fístulas vesicovaginales.

Método: Se atienden pacientes con diagnóstico de fístula vesicovaginal, previamente preparadas con terapia de estrógenos vaginales (si aplica) y antibioticoterapia. El procedimiento se lleva a cabo bajo anestesia general, con la paciente en posición de litotomía exagerada.

Resultado: Las pacientes con indicación para la reparación mediante técnica de Latzko modificada evolucionan favorablemente, con adecuada recuperación y sin complicaciones mayores ni pérdidas urinarias significativas en el postoperatorio inmediato.

Conclusión: La técnica de Latzko modificada representa una alternativa quirúrgica eficaz y con menor tasa de recurrencia en el tratamiento de la fístula vesicovaginal apical. Sus ventajas incluyen el abordaje sobre tejido sano y un cierre sin tensión. La adecuada preparación y los cuidados postoperatorios son cruciales para el éxito del procedimiento.

371. Neovagina: técnica McIndoe

AMARANTA SUAZO SÁNCHEZ, VIRIDIANA GORVEA CHÁVEZ, VERÓNICA GRANADOS MARTÍNEZ, JAIME CEVALLOS BUSTILLOS, ERNESTO RODOLFO RIVERA MEDINA
Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, Ciudad de México.

Antecedentes: La agenesia mülleriana o síndrome de Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser (MRKH) es una de las principales causas de ausencia congénita de vagina. Dentro de las opciones quirúrgicas para crear una neovagina, la técnica de McIndoe es uno de los procedimientos más utilizados, con altas tasas de éxito y buenos resultados anatómicos.

Objetivo: Contribuir a la formación quirúrgica de residentes y médicos mediante la exposición de alternativas terapéuticas que impactan profundamente en la calidad de vida de las pacientes.

Materiales y métodos: Revisión de caso y reporte de caso.

Resultado: Se obtuvo éxito quirúrgico, sin reporte de complicaciones.

Conclusión: La técnica de McIndoe continúa siendo una de las opciones quirúrgicas más utilizadas para la creación de neovagina. Su reproducibilidad y buenos resultados la convierten en un procedimiento de elección. Los resultados exitosos dependen de una adecuada selección de pacientes, una correcta disección y la adherencia al seguimiento postoperatorio con dilataciones.

372. Uropatía obstructiva como complicación

MARTHA SUSANA TINAJERO VIDALES, JONATHAN DAVID MELÉNDEZ VÁZQUEZ, JESÚS ANTONIO SALINAS SALINAS,

FRANCISCO YUNIOR CARRILLO MARTÍNEZ, DIANA YOTZABEL DEANDA GONZÁLEZ

Hospital de Ginecoobstetricia 23 Ignacio Morones Prieto, Monterrey, Nuevo León.

Antecedentes: El síndrome genitourinario de la menopausia se produce por la disminución de estrógenos y comprende sequedad vaginal, ardor y trastornos urinarios. En casos graves, los labios pueden fusionarse, cubriendo el vestíbulo vaginal y resultando en pseudoincontinencia o incluso en un trastorno obstructivo.

Caso clínico: Exposición de caso clínico de paciente con uropatía obstructiva secundaria a atrofia vulvar severa por hipoestrogenismo crónico. Exploración inicial de paciente, valoración tres meses después, realización de vulvoplastia con evaluación de resultados finales a las ocho semanas. Resolución de uropatía obstructiva mediante realización de vulvoplastia.

Conclusión: La uropatía obstructiva es una complicación poco frecuente pero grave en las pacientes con hipoestrogenismo crónico; los hallazgos clínicos son fundamentales para su diagnóstico. El conocimiento de los factores de riesgo y el tratamiento oportuno de los efectos del hipoestrogenismo, son de vital importancia para su prevención.

373. Colposacropexia laparoscópica: Reporte de caso

HUMYLE BARRERA VILLAVICENCIO, CHENENM RICHY MADRID CABAÑAS, VÍCTOR HUGO ORTEGA PÉREZ, CAIN CALVA

Hospital de Ginecoobstetricia 3 Centro Médico Nacional La Raza, IMSS, Ciudad de México.

Antecedentes: El prolapso de órganos pélvicos es la indicación más frecuente de cirugía ginecológica. La colposacropexia, que suspende la cúpula vaginal al promontorio, es una de las técnicas más frecuentes, indicada en defectos apicales sintomáticos.

Caso clínico: Paciente con disfunción de piso pélvico (EC III), en quien se indicó histerectomía



más colposacropexia laparoscópica sin complicaciones, con disminución de los síntomas y menor tiempo de recuperación. La colposacropexia abdominal sigue siendo el estándar de oro para el prolapso apical; sin embargo, en las últimas décadas, la técnica laparoscópica se ha consolidado como un procedimiento seguro y duradero, con bajas tasas de recurrencia y alta satisfacción postoperatoria.

Conclusión: La colposacropexia laparoscópica es eficaz para tratar la disfunción de piso pélvico. En comparación con la cirugía abierta, tiene un menor tiempo de recuperación y menos complicaciones, aunque requiere de experiencia quirúrgica avanzada. La tasa de éxito está asociada a la curva de aprendizaje y a la selección adecuada de pacientes.

374. Leiomioma vaginal. Reporte de caso

ANA KAREN BERNAL MERCADO, JAZMÍN HERNÁNDEZ RÍOS, DIANA YOTZABEL DEANDA GONZÁLEZ, DAVID MIJEY ESQUIVEL IZAGUIRRE
Hospital de Ginecoobstetricia, UMAE 23, Monterrey, Nuevo León.

Antecedentes: Los leiomiomas son tumores malignos del músculo liso, más comunes en el útero. Los tumores vaginales representan el 3% de las neoplasias genitales femeninas; los leiomiomas primarios vaginales corresponden a <1%, con alrededor de 200 casos reportados. La edad media de diagnóstico es de 50 años.

Caso clínico: Paciente de 59 años, postmenopáusicas, con dificultad para la micción y hematuria de seis meses de evolución. Posteriormente presenta sangrado transvaginal abundante que conlleva a anemia severa. Se decide el tratamiento quirúrgico vía abdominal. Se realiza tumorectomía vaginal, que implica cistotomía y sección ureteral, histerectomía total abdominal y salpingooforectomía bilateral.

Conclusión: El leiomioma vaginal es una patología extremadamente rara que representa un reto diagnóstico y terapéutico. La correlación

clínica, imagenológica e histopatológica es esencial para un diagnóstico temprano. Debe incluirse en el diagnóstico diferencial de masas pélvicas en mujeres postmenopáusicas.

375. Injerto biológico en fístulas

JAZMÍN HERNÁNDEZ RÍOS, DAVID MIJEY ESQUIVEL IZAGUIRRE, FRANCISCO YUNIOR CARRILLO MARTÍNEZ, FERNANDO GONZÁLEZ VENEGAS, DIANA DEANDA GONZÁLEZ
Hospital de Ginecoobstetricia, UMAE 23, Monterrey, Nuevo León.

Antecedentes: La reparación quirúrgica de las fístulas ha tenido avances con el uso de la ingeniería tisular. Se ha propuesto el uso de una matriz dérmica acelular, que es una matriz de colágeno biológica sin inmunogenicidad y con gran biocompatibilidad.

Caso clínico: Paciente de 25 años con antecedente de divertículo de uretra y fistuloplastia uretrovaginal. A la exploración se evidencia un orificio fistuloso de 5 mm. La uretroscopia confirma la pérdida de continuidad en el tercio medio de la uretra.

Conclusión: El uso de matriz dérmica acelular en cirugías uroginecológicas representa una estrategia innovadora y efectiva. Sin embargo, aún se requieren estudios a largo plazo para evaluar su efectividad y durabilidad en distintos escenarios clínicos.

376. Histerectomía vaginal reconstructiva con colpexia

VÍCTOR MANUEL OCHOA ALVARADO, ESTEFANY LIZETH CAMPOS ZAZUETA
Hospital Materno Infantil de Mexicali, Baja California Norte.

Antecedentes: La prevalencia del prolapso de órganos pélvicos sintomático es del 3-6%. Anualmente, aproximadamente 200,000 mujeres se someten a procedimientos de reparación del prolapso de órganos pélvicos.

Objetivo: Evaluar los resultados anatómicos y funcionales de la histerectomía vaginal

reconstructiva con colpopexia al ligamento sacroespinoso utilizando el dispositivo Capiro™, durante un seguimiento de 24 meses, y describir las características de las pacientes sometidas al procedimiento.

Materiales y métodos: Estudio retrospectivo de serie de casos y revisión de la literatura, que incluyó 50 mujeres adultas sometidas al procedimiento, con un periodo de seguimiento postoperatorio de 24 meses.

Resultado: Se evaluaron 50 pacientes. La media de edad fue de 58.9 años, con un promedio de cinco embarazos y un IMC de 30.2 kg/m². El 78% presentó cistocele asociado a uterocele.

Conclusión: Los buenos resultados anatómicos y funcionales tras la colpopexia al ligamento sacroespinoso utilizando esta técnica, destacan la importancia de realizar el procedimiento de la manera más sistemática y organizada posible, como se ha descrito en la literatura.

377. Fístula vesico-peritoneal

PAUL MIGUEL ORTEGA MARTÍNEZ, CECILIA ALEJANDRA RODARTE SÁNCHEZ, KAREN JAZMÍN GARCÍA MARTÍNEZ, CLAUDIA ITZEL RAMÍREZ ACEVEDO, LUIS ÁNGEL VERDE AGUILERA

Hospital de la Mujer Zacatecana, Zacatecas.

Antecedentes: Las lesiones urológicas son frecuentes secundarias a cirugías pélvicas (0.2-1%). La fístula vesicoperitoneal es una entidad rara, que consiste en una comunicación entre la cavidad peritoneal y la vejiga. Los hallazgos clínicos comunes incluyen dolor abdominal crónico y líquido intraperitoneal.

Objetivo: Evaluar el riesgo de lesiones del tracto urinario secundarias a histerectomía obstétrica, así como su diagnóstico y tratamiento adecuado.

Materiales y métodos: Se evaluó el expediente clínico físico de la paciente en cuestión. Asimismo, se solicitaron imágenes del caso clínico reportado.

Resultado: Se realiza laparotomía exploradora, adherenciólisis, reparación de lesión de serosa intestinal y reparación vesical. Se reporta pérdi-

da de la anatomía por múltiples adherencias, 2 perforaciones en la pared posterior de la vejiga y múltiples puntos transfixivos.

Conclusión: Las lesiones urológicas, en el contexto de cirugía pélvica, son una de las iatrogenias más frecuentes. La fístula vesicoperitoneal debe considerarse en pacientes con antecedentes quirúrgicos recientes y sintomatología compatible.

378. Calidad de vida en pacientes con incontinencia urinaria

XIMENA AILYN VEGA GARDUÑO

Hospital Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez, ISSSTE, Ciudad de México.

Antecedentes: La incontinencia urinaria es la pérdida involuntaria de orina. Es una condición común que afecta la calidad de vida física, emocional y social, asociándose con ansiedad y depresión. La terapia conductual incluye ejercicios de los músculos del suelo pélvico y entrenamiento vesical.

Objetivo: Describir la evolución de la calidad de vida en mujeres con incontinencia urinaria de esfuerzo tras una intervención basada en entrenamiento vesical y ejercicios de Kegel.

Materiales y métodos: Estudio prospectivo, experimental y longitudinal de enero a julio de 2025. Se incluyeron 80 pacientes con incontinencia urinaria de esfuerzo, a quienes se les aplicó el cuestionario Potenziani¹⁴ para evaluar su calidad de vida antes y después de la intervención.

Resultado: Se muestra la repercusión en la calidad de vida de las mujeres antes de la intervención, donde se representan 54 pacientes con repercusión ligera-moderada y 26 pacientes con repercusión intensa.

Conclusión: La alta proporción de pacientes que experimentaron mejora en su calidad de vida tras la intervención resalta la importancia de incorporar programas estructurados de rehabilitación del piso pélvico en unidades de segundo nivel, por su bajo costo y su impacto positivo en el bienestar de las pacientes.



379. Angiomiofibroblastoma de la vulva

YESSICA JANETT MOTA ARGANDONA, JOEL ORTIZ GARCÍA, VIRIDIANA ISABEL NAVARRETE MORENO, WENDY AZARET JOSHUA BARBOSA HERNÁNDEZ, KATIA ALVA CHÁVEZ
Hospital General de Tláhuac Matilde Petra Montoya Lafragua, ISSSTE. Ciudad de México.

Antecedentes: El angiofibroblastoma es un tumor benigno de tejidos blandos de baja prevalencia. Afecta con mayor frecuencia el aparato genital inferior en mujeres de mediana edad. Su presentación clínica es asintomática en la mayoría de los casos, con semejanza al quiste de la glándula de Bartholin.

Caso clínico: Paciente de 46 años, quien acudió a consulta debido a un probable absceso de la glándula de Bartholin. Clínicamente con dolor e incremento de tamaño del labio mayor derecho de un año de evolución. Paraclínicos sin alteraciones. Se tomó una biopsia excisional y el espécimen midió 5 x 2.5 x 2 cm. Al corte, se observa un interior sólido, blanco perlado y homogéneo. El reporte de patología fue: Angiomiofibroblastoma.

Conclusión: El angiomiofibroblastoma es un tumor mesenquimal benigno de la región vulvar. La escisión quirúrgica es la base del tratamiento. Es importante diferenciarlo del angiomixoma, ya que este último es un tumor localmente invasivo y requiere escisión amplia.

380. Divertículo uretral

DANITZA PÉREZ LÓPEZ, FILIBERTO MARTÍNEZ CABRALES, ALEJANDRO CAZARES GONZÁLEZ, LUISA F. RIVAS PENILLA, DIANA LAURA OSORNIO
Hospital Regional Materno infantil de Alta Especialidad, Monterrey, Nuevo León.

Antecedentes: El divertículo uretral es una estructura quística periuretral que se conecta a la uretra. Es una afección relativamente rara, con una incidencia reportada entre el 1% y el 6%.

Objetivo: Informar sobre la patología del divertículo uretral para que sea tomado en cuenta por todos los profesionales y así dar un tratamiento

oportuno que permita mejorar la calidad de vida de las pacientes.

Procedimiento: Se hizo la disección de los bordes de la pared vaginal anterior en "U" invertida, con movilización del divertículo y escisión hasta el ostium, extirpándolo por completo. Se realizó un cierre hermético y sin tensión del defecto uretral. Se practicó una diverticulectomía transvaginal, con extracción completa del divertículo. La paciente presentó mejoría de la sintomatología de manera inmediata en el postquirúrgico.

Conclusión: El divertículo uretral, su etiopatogenia es poco comprendida aún. El diagnóstico, fundamentalmente clínico, se confirma mediante resonancia magnética, considerada el estándar de oro. La escisión quirúrgica mediante diverticulectomía transvaginal sigue siendo el tratamiento de referencia.

389. Quiste de glándula de Skene

FÁTIMA MONSERRAT OJEDA GARCÍA, DAVID FERNANDO TABOADA LOZANO, NELLY ALEJANDRA GALINDO RODRÍGUEZ, KARLA SOLANO DÍAZ, AGUSTIN W LIRA PORTILLA
Hospital General de Tláhuac Dra Matilde Petra Montoya Lafragua, ISSSTE, Ciudad de México.

Antecedentes: Las glándulas de Skene son homólogas de la próstata y se encargan de la lubricación. El quiste de la glándula de Skene es una patología infrecuente (1:7000 mujeres), con cerca de 41 casos documentados. Ocurren principalmente entre los 25-34 años.

Caso clínico: Paciente de 34 años, con antecedentes de tres embarazos, un aborto y dos cesáreas. Durante la cirugía se obtuvo un quiste parauretral izquierdo con cápsula íntegra de 2x2 cm. La cistoscopia fue normal. El estudio histopatológico confirmó quiste inflamado de glándula de Skene. Microbiología reportó *Proteus mirabilis*.

Conclusión: Los quistes de la glándula de Skene son una patología poco frecuente y deben considerarse en el diagnóstico diferencial de masas parauretrales. El tratamiento definitivo es la exéresis quirúrgica. La difusión de este trabajo

enriquece el conocimiento para un diagnóstico y tratamiento oportunos.

390. Exposición de malla de Perigee®

ANNA FERNANDA MONTEMAYOR MARTÍNEZ, VALERIA RAMÍREZ GONZÁLEZ, SERGIO CASQUE GIJÓN, JOSÉ GERARDO OVIEDO ORTEGA, ADARA LÓPEZ COVARRUBIAS
Centro Médico ABC, Ciudad de México.

Caso clínico: Paciente de 66 años, con antecedente de colocación de malla de Perigee en 2012. Inició con síntomas de dispareunia, sensación de cuerpo extraño y flujo maloliente. A la exploración se evidenció la exposición de la malla Perigee® en la pared vaginal anterior. Se revisaron las indicaciones, restricciones y complicaciones asociadas con el uso de la malla Perigee® en cirugía reconstructiva de piso pélvico. Está reportado que la exposición de esta malla como una de las complicaciones más frecuentes. El tratamiento recomendado es el retiro parcial para disminuir el riesgo de incontinencia. En pacientes con defectos mayores a 1 cm o vida sexual activa, se realiza retiro del material expuesto y reparación del defecto.

Conclusión: La malla Perigee® proporciona soporte anatómico efectivo. A pesar del auge de mallas sintéticas para el prolapso de órganos pélvicos, no se han estandarizado lineamientos para el **tratamiento** de las complicaciones asociadas a su exposición.

391. Sinequias vulvares

KATIA ALVA CHÁVEZ, NELLY ALEJANDRA GALINDO RODRÍGUEZ, JESSICA JANETT MOTA ARGANDONA, VANESSA FLORES HERNÁNDEZ
Hospital General ISSSTE Tláhuac Dra. Matilde Petra Montoya Lafragua, Ciudad de México.

Antecedentes: Las sinequias vulvares se definen como la fusión de los labios menores. Aunque el Síndrome de Sjögren (SS) se caracteriza por sequedad ocular y bucal, la afectación exocrina también abarca el tracto urogenital (sequedad vaginal, dispareunia).

Caso clínico: Paciente de 51 años, con síndrome urogenital de la menopausia agudo (sinequias vaginales grado III) quien resultó apta para la liberación de sinequias, con anestesia. Se encontraron la fusión total de labios mayores y menores, y sinequias vaginales que ocluían parcialmente la uretra. Se liberaron las sinequias y se colocó un conformador vaginal.

Conclusión: La afectación urogenital en el síndrome de Sjögren consiste en sequedad vaginal que puede provocar desde dispareunia hasta la obstrucción total del introito. Es importante el tratamiento multidisciplinario y el conocimiento de todas las posibles manifestaciones clínicas de este padecimiento.

392. Leiomioma de uretra femenina

MICHELLE ESTEPHANIE DE LA PEÑA ANAYA, JENNY VIRIDIANA CHÁVEZ PADILLA, JOSÉ DE JESÚS SANTILLÁN VALDERRAMA

Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de Ginecopediatría 48, IMSS, León, Guanajuato.

Antecedentes: Los leiomiomas de la uretra femenina son extremadamente raros, con menos de 100 reportes de casos. Son tumores benignos de músculo liso y, a diferencia de los uterinos, no cuentan con una clasificación. Existen bastantes diagnósticos diferenciales, por lo cual es importante realizar un adecuado procedimiento diagnóstico y de tratamiento.

Caso clínico: Paciente de 40 años, con antecedentes de tres embarazos, dos cesáreas y un aborto referida a esta Unidad debido a la existencia de un tumor en la uretra, con sensación de cuerpo extraño de tres años de evolución y dispareunia. Se programó la exéresis de tumor. Se llevó a cabo el procedimiento con hallazgos de un tumor sólido de 5 x 4 cm, el cual se resecó en su totalidad. La paciente cursó con adecuada evolución postquirúrgica, sin sensación de cuerpo extraño ni incontinencia urinaria de esfuerzo o urgencia.

Conclusión: Los leiomiomas extrauterinos son extremadamente raros. Los leiomiomas uretrales



se suelen presentar entre los 30-40 años. El tratamiento quirúrgico depende de la localización del leiomioma.

393. Fístula uterina arteriovenosa traumática

ITZEL ALEXANDRA LÓPEZ CASTAÑEDA, ANA LAURA TURNER LLAGUNO

Hospital Zambrano Hellion, San Pedro Garza García, Nuevo León.

Antecedentes: Anomalía vascular rara de alto flujo y baja resistencia que puede ser congénita o adquirida. Particularmente relevante debido al riesgo vital que puede derivarse de un sangrado genital severo. Su incidencia es difícil de determinar.

Caso clínico: Paciente de 27 años, con antecedente de un embarazo y un aborto, quien dos meses después de un legrado uterino, por aborto incompleto, persistía con sangrado transvaginal. Se estableció el diagnóstico de fístula arteriovenosa y se procedió a la embolización mediante radiología intervencionista. El ultrasonido de control a las dos semanas confirmó la remisión.

Conclusión: Es importante sospechar de su cuadro clínico y considerar como diagnóstico diferencial de sangrado persistente transvaginal postquirúrgico, debido a que, de no ser diagnosticado, se puede presentar hemorragia uterina que no responda a **tratamiento** conservador, condicionando a histerectomía.

394. Cáncer de mama en mujeres jóvenes

JESSICA GUADALUPE RODRÍGUEZ MURGUÍA, ALEJANDRA GUTIÉRREZ CASTRO, VALERIA ZORRERO NOGUEZ, ALEXANDRA VIVIANA RAMÍREZ CASTRO, LUZ MARÍA HINOJOSA GARCÍA

Hospital Dr. Manuel Gea González, Ciudad de México.

Antecedentes: El cáncer de mama es la neoplasia más frecuente en mujeres y su incidencia en menores de 40 años ha ido en aumento. En este grupo, los tumores suelen presentarse en etapas avanzadas y con subtipos más agresivos (HER-2 positivo y triple negativo).

Objetivo: Describir la incidencia del cáncer de mama en mujeres jóvenes y resaltar la importancia del diagnóstico temprano para mejorar el pronóstico y reducir la mortalidad.

Método: Búsqueda de artículos en bases de datos como PubMed, Science Direct y Clinical Key, con las palabras: Cáncer de mama, mujeres jóvenes, diagnóstico temprano, incidencia, prevalencia.

Resultado: El cáncer de mama es la causa más común de muerte en mujeres a nivel mundial. Según estadísticas de la INEGI en octubre de 2024, se estiman alrededor de 8034 muertes por cáncer de mama en la población de 20 años y más.

Conclusión: Aunque el cáncer de mama en mujeres jóvenes es menos frecuente, su incidencia ha aumentado. La ausencia de programas de tamizaje en menores de 40 años, junto con factores genéticos y hormonales, contribuye a diagnósticos tardíos.

395. Complicaciones y reintervenciones tot

IVÁN HUMBERTO MERCHÁN MARTÍNEZ

Hospital Regional 1° de Octubre, ISSSTE, Ciudad de México.

Antecedentes: La incontinencia urinaria (IU) es un problema de salud global que afecta hasta al 50% de las mujeres mayores de 45 años. Su tratamiento ha evolucionado hacia técnicas menos invasivas, lo cual merece una exploración detallada en nuestro hospital para evaluar sus resultados y seguridad.

Objetivo: Determinar la frecuencia de complicaciones y reintervenciones tras la colocación de cintas transobturadoras para la incontinencia urinaria de esfuerzo.

Materiales y métodos: Estudio retrospectivo efectuado en pacientes a quienes se colocó la cinta transobturadora entre 2020 y 2024, utilizando una muestra no probabilística de expedientes.

Resultado: De 44 expedientes, las complicaciones más frecuentes fueron dolor perineal en 37 pacientes (84%) y exposición de la cinta en 8 pacientes (18%).

Conclusión: La complicación más frecuente fue el dolor perineal, con un 21% de las pacientes requiriendo reintervenciones postoperatorias tras el procedimiento.

396. Uso de plasma rico en plaquetas en síndrome genitourinario de la menopausia

JOSÉ DEL CARMEN SOLÍS SABIDO

Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, Ciudad de México.

Antecedentes: El síndrome genitourinario de la menopausia es frecuente en mujeres postmenopáusicas, con síntomas como sequedad vaginal y dispareunia. Aunque la terapia hormonal es el tratamiento estándar, algunas pacientes tienen contraindicaciones o la rechazan, lo que ha impulsado la búsqueda de alternativas como el plasma rico en plaquetas (PRP).

Objetivo: Describir los resultados subjetivos y objetivos del uso de plasma rico en plaquetas (PRP) como tratamiento del síndrome genitourinario de la menopausia.

Materiales y métodos: Se reunió una serie de casos de un hospital de tercer nivel (enero a abril 2025), para evaluar síntomas con las escalas EVA, DIVA y el índice de salud vaginal.

Resultado: En las 10 pacientes incluidas, se observó una mejoría subjetiva significativa en síntomas como resequead y dispareunia, y un aumento en el puntaje ISV ($p < 0.05$).

Conclusión: El plasma rico en plaquetas se perfila como una opción terapéutica útil para el síndrome genitourinario de la menopausia en pacientes no aptas para recibir terapia hormonal, con lo que disminuyen los síntomas y mejora la calidad de vida.

397. Comparación de la eficacia de la estimulación eléctrica transcutánea unilateral vs bilateral

MARCELA ISLAS LÓPEZ

Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, Ciudad de México.

Antecedentes: El síndrome de vejiga hiperactiva afecta a un alto porcentaje de la población, deteriorando la calidad de vida. La estimulación eléctrica transcutánea del nervio tibial posterior ha emergido como una alternativa efectiva y no invasiva para su tratamiento. Sin embargo, la evidencia que compara sus modalidades de aplicación, unilateral y bilateral, es todavía limitada.

Objetivo: Comparar la eficacia de la estimulación eléctrica transcutánea del nervio tibial posterior en su modalidad unilateral versus la bilateral en mujeres con síndrome de vejiga hiperactiva.

Materiales y métodos: Se incluyeron 68 pacientes con síndrome de vejiga hiperactiva resistente, asignadas a estimulación eléctrica transcutánea del nervio tibial posterior unilateral ($n = 34$) o bilateral ($n = 34$) durante 6 a 12 semanas.

Resultado: Ambos grupos de tratamiento mostraron una mejoría significativa en los síntomas urinarios, el dolor y la calidad de vida, sin diferencias entre las modalidades.

Conclusión: Tanto la estimulación eléctrica transcutánea del nervio tibial posterior unilateral como la bilateral son efectivas. La modalidad unilateral se mantiene como una opción igualmente eficaz y más práctica para las pacientes.



Oncología

398. Traquelectomía Radical Abdominal

GERARDO NARCISO BARRETO LEPE, ARNULFO MARTÍNEZ CHAPA, LUCILA NOYOLA DE SANTIAGO, VIRIDIANA ROMO CEPEDA, NELLY ALONSO REYES
Hospital Regional Monterrey ISSSTE, Monterrey, Nuevo León.

Antecedentes: La Sociedad Americana de Cáncer establece que a cualquier mujer en etapa reproductiva con una neoplasia maligna ginecológica en etapa temprana se le deben informar los tratamientos conservadores de preservación de fertilidad.

Caso clínico: Paciente de 31 años, con un tumor de 11 milímetros (carcinoma epidermoide invasor) y deseo de fertilidad. Se realiza infiltración de azul patente en el cérvix y se describe la técnica de la traquelectomía radical abdominal con creación de espacios paravesicales y pararrectales, localización de ganglio centinela, ureterolisis y disección de parametrios, dejando un margen mayor a 2 cm. Se procedió a la colpectomía y se deja un remanente en el cuello del útero de 7 mm y se colocó un cerclaje tipo McDonald y se realiza anastomosis uterovaginal. En la resonancia magnética de control a las 11 semanas y a los 5 meses de seguimiento se observó la anastomosis uterovaginal en la especuloscopia. Al segundo año postoperatorio, se practicó la cesárea con recién nacido de 34 semanas.

Conclusión: La traquelectomía radical abdominal es un procedimiento vigente en la preservación de la fertilidad en etapas tempranas de cáncer cervicouterino invasor.

399. Características de las incapacidades

EDSON ALEJANDRO VEGA LÓPEZ
Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de Gineco Obstetricia 3 Dr. Victor Manuel Espinosa de los Reyes Sánchez, Centro Médico Nacional La Raza, Ciudad de México.

Antecedentes: El cáncer de mama es una de las principales causas de muerte relacionadas con el cáncer en mujeres a nivel mundial. El factor pronóstico más importante en el cáncer de mama, es la presencia de metástasis en los ganglios linfáticos axilares. La biopsia del ganglio centinela ha reemplazado a la disección de ganglios linfáticos axilares como el procedimiento quirúrgico estándar para la estadificación de ganglios regionales reduciendo considerablemente la morbilidad quirúrgica, sin afectar la precisión diagnóstica y la información pronóstica, pero a diferencia de la mastectomía radical, añade al procedimiento terapéutico sesiones de radioterapia. Las complicaciones derivadas de uno u otro procedimiento podrían tener un impacto directo sobre la duración de la incapacidad temporal para el trabajo generada, por lo tanto conocer este aspecto es de interés nacional, para disminuir el impacto en la pérdida de días laborales, repercusiones económicas al trabajador, empresa y el propio derechohabiente.

Objetivo: Medir y comparar la diferencia en días de incapacidad, costos de la incapacidad y frecuencia de personas pensionadas, generada en mujeres trabajadoras con cáncer de mama en estadios clínicos temprano atendidas con mastectomía radical vs cirugía conservadora con biopsia de ganglio centinela.

Materiales y métodos: Estudio observacional, retrospectivo, analítico y longitudinal, en el cual se incluirán todos los expedientes clínicos de las pacientes trabajadoras con diagnóstico de cáncer de mama etapa clínica temprana tratadas con cirugía conservadora más biopsia de ganglio centinela o mastectomía radical modificada, atendidas en el Hospital de Gineco Obstetricia 3.

Resultado: Se incluyeron 335 pacientes, la edad promedio fue de 53 años (47-58), se encontró predominando el subtipo luminal A (66.6%), el cual está asociado a mejor pronóstico. El carcinoma ductal invasor fue la histología más común (88.1%), mientras que los subtipos triple negativo y HER 2 positivo, al considerarse más agresivos, se relacionaron con cirugías más radicales.

Conclusión: No se encontró diferencia en los costos absolutos, ni ajustados, ni en los días de incapacidad entre ambos procedimientos. No es posible determinar la diferencia de las complicaciones. Existe un aumento en la tendencia hacia procedimientos conservadores, aunque esto no impactó significativamente las variables económicas estudiadas.

400. Tumor de Krukenberg: Reporte de caso

MARÍA DEL ROCÍO CHILLOPA RODRÍGUEZ, GICELY MOLINA GÓMEZ, ADRIÁN REYES AYUSO, ARGELIA APODACA FLORES

Hospital de Especialidades Dr. Belisario Domínguez, Ciudad de México.

Antecedentes: El tumor de Krukenberg es una metástasis ovárica poco frecuente, caracterizada por células en anillo de sello productoras de mucina. Representa entre el 1 y 2% de los tumores ováricos. Su origen más habitual es el tracto gastrointestinal. Debido a que se manifiesta con síntomas poco específicos como dolor abdominal, distensión o sangrado uterino anormal, el diagnóstico suele retrasarse y el pronóstico continúa siendo desfavorable.

Caso clínico: Paciente de 47 años atendida en nuestra unidad por dolor en región hipogástrica, sangrado uterino anormal y aumento progresivo

de perímetro abdominal. Se realizará abordaje diagnóstico con estudios de gabinete sugestivos de miomatosis uterina de muy grandes elementos, y se considera candidata a procedimiento quirúrgico para diagnóstico y tratamiento. Durante la cirugía se identificó abundante ascitis y una tumoración anexial izquierda multilobulada de gran tamaño, además de útero con leiomiomas. Se efectuó histerectomía total con salpingooforectomía bilateral. El análisis definitivo reportó adenocarcinoma metastásico de células en anillo de sello compatible con tumor de Krukenberg. Las tinciones histoquímicas y la inmunohistoquímica fueron positivas, confirmando la naturaleza metastásica.

Conclusión: Este caso subraya la importancia de considerar el tumor de Krukenberg en el diagnóstico diferencial de masas anexiales de gran tamaño, especialmente cuando los hallazgos clínicos e imagenológicos son inespecíficos. La confirmación histopatológica sigue siendo el pilar diagnóstico. A pesar de los avances, el pronóstico continúa siendo reservado y depende del sitio primario y de la extensión al momento del diagnóstico.

401. Tumor apocrino de glándula sudorípara

HILDA SOCORRO VALADEZ HERNÁNDEZ, SERGIO CERVANTES ORTÍZ, EFRAÍN GONZÁLEZ REYES, NANCY GODOY RODRÍGUEZ

Hospital Civil Fray Antonio Alcalde, Guadalajara, Jalisco.

Antecedentes: El tumor apocrino de glándula sudorípara constituye el 1% de las lesiones cutáneas primarias. Predomina en axilas y cuero cabelludo, con media de edad de 67 años. Caracterizado por un lento crecimiento, aunque puede progresar agresivamente con compromiso local y metastásico. La incidencia es sumamente baja de 0.0049-0.0173 casos por 100,000 personas al año.

Caso clínico: Paciente de 60 años de edad con antecedente de histerectomía con ooforectomía bilateral por miomatosis y 2 cesáreas previas,



hermana con antecedente de cáncer de mama. Se presenta a consulta por resultado de mamografía donde se muestra un birads 4A por ganglio axilar derecho. A la exploración física se encuentra cuello sin adenomegalias, doloroso a la palpación lateral derecha. Cadena supraclavicular sin alteraciones. Axila izquierda con discreto hundimiento anatómico.

Conclusión: Los carcinomas apocrinos primarios de glándulas sudoríparas son tumores infrecuentes para los cuales no se han establecido aún criterios diagnósticos y de tratamiento. La integración de datos de histopatología y la presentación clínica son de gran importancia, ya que, particularmente en la axila, el tipo más frecuente, se puede afectar el tratamiento, pronóstico y calidad de vida de los pacientes.

402. Cáncer de endometrio y verde indocianina

LAURA ALEJANDRA RODRÍGUEZ MORENO, EMILIO MOSTO TREVIÑO SALINAS, ABEL GUZMAN LÓPEZ, DIEGO VIDAL TORRES, RICARDO JOSÉ GARCÉS CAÑIZALEZ
Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, Monterrey, Nuevo León.

Antecedentes: La imagen por fluorescencia con verde de indocianina es una técnica para la visualización de ganglios centinela. Las guías internacionales reconocen la biopsia del ganglio centinela como una técnica válida para la estadificación quirúrgica en cáncer ginecológico. El verde de indocianina es el agente de elección por su superior tasa de detección. La aplicación intracervical es la técnica estándar para el mapeo linfático en cáncer de endometrio y cuello uterino. Es importante el mapeo de ganglio centinela mediante verde indocianina durante la histerectomía laparoscópica en pacientes con cáncer de endometrio, con el fin de obtener un diagnóstico más preciso tras llevar a ultradisección el tejido ganglionar.

Caso clínico: Paciente de 56 años, postmenopáusica, con sangrado postmenopáusico. El ultrasonido mostró un grosor endometrial de

7.4 mm. La biopsia reportó adenocarcinoma endometriode bien diferenciado. El reporte de anatomía patológica informó que se trataba de un carcinoma endometriode moderadamente diferenciado, con infiltración miometrial mayor del 50%, invasión linfática y vascular focal, y ganglios negativos, por lo que se cataloga en estadio IB.

Conclusión: La implementación del mapeo con verde indocianina durante la cirugía de ginecología oncológica en el Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González ha sido un éxito, demostrando ser una herramienta confiable y mínimamente invasiva para la identificación precisa de los ganglios centinela.

403. Cuando lo benigno inquieta

NÉSTOR RAFAEL LORENZO GALVÁN, MARÍA VANESSA ZEPEDA FRANCO, GABRIELA HERRERA SOLÍS
Hospital Regional Primero de Octubre, ISSSTE, Ciudad de México.

Antecedentes: Los tumores benignos de la vulva son poco comunes, pero relevantes por la variedad de lesiones y su facilidad de confusión con enfermedades malignas. Aunque la mayoría son indolentes, pueden ocasionar molestias. El diagnóstico oportuno mediante exploración, colposcopia y a veces biopsia es fundamental para evitar intervenciones innecesarias y ofrecer un tratamiento conservador.

Caso clínico: Paciente con tumor benigno de vulva atendido en nuestra unidad. Asimismo, se revisó la literatura disponible sobre tumores vulvares benignos, con el fin de contextualizar la relevancia clínica del caso. Una lesión aparentemente simple puede generar dudas diagnósticas y ansiedad en la paciente.

Conclusión: Los tumores benignos vulvares son poco frecuentes, pero clínicamente relevantes. El diagnóstico oportuno permite evitar intervenciones radicales. Un abordaje integral debe contemplar la calidad de vida, la imagen corporal y la salud sexual de la mujer.

404. Tumor Phyllodes maligno

KATYA MELINA LEÓN PÉREZ, LEOPOLDO SANTIAGO SANABRIA, ANDRÉS GONZÁLEZ GONZÁLEZ
Hospital de Ginecoobstetricia 4, UMAE, IMSS, Ciudad de México.

Antecedentes: Los tumores filodes son neoplasias fibroepiteliales de la mama. Representan 0.3-1% de los tumores de mama y se subdividen en benignos, limítrofes y malignos.

Objetivo: Difundir una forma rara de presentación y el diagnóstico diferencial con fibroadenoma, como forma más frecuente de tumor mamario.

Materiales y métodos: Revisión de bibliografía, base de datos de la institución y reporte de un caso clínico.

Resultado: Se denominan filodes por su anatomía estromal. Sólo el 10-15% son malignos. La edad media de presentación es de 45 años. Se describen tamaños que pueden superar los 10 cm. Clínicamente, se presenta como un tumor de crecimiento rápido.

Conclusión: Los tumores filodes malignos son una enfermedad rara que presenta desafíos significativos de diagnóstico y tratamiento por su naturaleza agresiva. La evaluación histopatológica precisa y el tratamiento quirúrgico son primordiales para minimizar los riesgos de recurrencia.

405. El cáncer y el embarazo pueden coexistir

MARÍA FERNANDA ZALAPA GÓMEZ, FRANCIS SARAHÍ SUÁREZ ÁVILA, LUCY SALUM RODRÍGUEZ, JESSICA LUNA-MORÁN, CUITLÁHUAC DE JESÚS MARTÍNEZ DE ALEJANDRO
Hospital Regional Materno Infantil, Guadalupe, Nuevo León, México.

Antecedentes: El tratamiento del cáncer cervicouterino durante el embarazo representa una serie de desafíos únicos. A nivel global, existe controversia sobre el tratamiento adecuado, con muchos médicos optando por la interrupción del embarazo o la falta de quimioterapia durante la gestación.

Caso clínico: Paciente de 31 años, en la semana 22 de gestación, que acudió por sangrado transvaginal. Tras una biopsia, se diagnosticó un carcinoma endocervical moderadamente diferenciado Estadío Clínico IB2. La paciente optó por continuar con el embarazo. La Sociedad Mexicana de Oncología resume las recomendaciones de guías como ESMO y ESGO, donde se indica que en pacientes con embarazos menores a 21.6 semanas de embarazo y tumores menores de 4 cm, se debe interrumpir el embarazo si existen ganglios pélvicos positivos. En embarazos mayor de 22 semanas puede ofrecerse quimioterapia neoadyuvante y quimio-radioterapia tras 6-8 semanas de la cesárea.

Conclusión: El cáncer cervicouterino durante el embarazo no siempre requiere su interrupción. Un enfoque multidisciplinario y la clasificación adecuada del estadio tumoral son esenciales para tomar decisiones informadas, basadas en guías internacionales, con el objetivo de optimizar el tratamiento para la madre y el feto.

406. Hemorragia uterina secundaria a coriocarcinoma

DANIELA OLIVARES MORALES, DIANA ALEJANDRA GARCÍA OTERO, ALEJANDRA PATRICIA GARZA RAMOS, ADRIANA CRUZ VÁZQUEZ, MARÍA FELIX AGUILAR LÓPEZ
Hospital Regional de Petróleos Mexicanos, Ciudad Madero, Tamaulipas.

Antecedentes: El tumor trofoblástico del sitio placentario es una neoplasia infrecuente. Su presentación clínica suele ser inespecífica; sin embargo, el sangrado uterino anormal debe considerarse una señal de alarma. En este contexto, la sospecha clínica temprana es la clave para un diagnóstico y abordaje oportunos.

Caso clínico: Paciente de 47 años, con sangrado transvaginal abundante de inicio súbito y antecedente de irregularidades menstruales. El ultrasonido reportó que el útero estaba aumentado de tamaño, con línea endometrial heterogénea. Se practicó un legrado, pero por



hemorragia de difícil control, se efectúa histerectomía total abdominal. El estudio histopatológico evidenció infiltración miometrial mayor del 50% con necrosis y hemorragia, sugestivo de tumor trofoblástico del sitio placentario. Su evolución postoperatoria fue favorable, con negativización progresiva de la hCG.

Conclusión: El tumor trofoblástico del sitio placentario es una neoplasia infrecuente. Su presentación clínica suele ser inespecífica; sin embargo, el sangrado uterino anormal debe considerarse una señal de alarma. En este contexto, la sospecha clínica temprana es la clave para un diagnóstico y abordaje oportunos.

407. Sarcoma sinovial monofásico

BERNABÉ SÁNCHEZ HERNÁNDEZ, ALEXANDER PORTER MAGAÑA, CÉSAR IVÁN ESPADAS GUTIÉRREZ
IMSS

Antecedentes: El cáncer durante el embarazo es poco frecuente (1 caso por cada 1,000 embarazos). Los sarcomas son un grupo raro de tumores malignos de origen mesenquimal y rara vez se diagnostican durante el embarazo.

Objetivo: Identificar si la gestación tiene algún efecto sobre el comportamiento clínico de los sarcomas cuando se presentan de manera conjunta.

Materiales y métodos: El seguimiento clínico, radiológico e histopatológico durante y posterior a la gestación.

Resultado: La gestación no tiene ningún efecto sobre el comportamiento clínico de los sarcomas y no está indicada la terminación del embarazo cuando se presentan de manera conjunta.

Conclusión: El sarcoma sinovial en el embarazo es una patología rara. En la literatura consultada no se ha encontrado ningún caso reportado de sarcoma sinovial monofásico en hombro y embarazo. La gestación no afecta el comportamiento clínico de los sarcomas y no está indicada la terminación del embarazo, a menos que persista un sarcoma de alto grado.

408. Tumor de músculo liso de potencial maligno incierto: Reporte de caso

MARIO EDUARDO GONZÁLEZ GODÍNEZ, MARÍA DEL ROCÍO CHILLOPA RODRÍGUEZ, MOLINA GÓMEZ GICELY
Hospital de Especialidades Dr Belisario Domínguez, Ciudad de México

Antecedentes: Los tumores musculares uterinos son frecuentes, siendo el leiomioma el más común. En el otro extremo se encuentran los leiomiomas. Entre ambos, los tumores de músculo liso de potencial maligno incierto (STUMP) son un grupo raro, con hallazgos histológicos que no cumplen criterios estrictos de benignidad ni malignidad. Su incidencia es baja (<1%), pero su comportamiento biológico es incierto.

Caso clínico: Paciente de 54 años acudió a urgencias por dolor abdominal súbito. A la exploración se encontró un útero aumentado de tamaño y doloroso a la palpación. Los tumores de músculo liso de potencial maligno incierto son un reto diagnóstico. La bibliografía describe recurrencias en 8–12% de los casos y una supervivencia a 5 años cercana al 100%. Factores como el tamaño tumoral y la expresión de p16/p53 pueden tener valor pronóstico.

Conclusión: Los tumores de músculo liso de potencial maligno incierto son una entidad poco frecuente que requiere un diagnóstico histopatológico minucioso y una vigilancia clínica a largo plazo debido a su comportamiento incierto. La comunicación de casos clínicos es esencial para mejorar el entendimiento de esta patología.

409. Neoplasia uterina: Reporte de caso

ISSA PAULINA SÁENZ CABRALES, HÉCTOR ALEJANDRO SOTO HERNÁNDEZ, ADRIANA CRISTINA QUINTANA VÁZQUEZ, VALENTÍN FERNÁNDEZ MONGE
Christus Muguerza Hospital del Parque, Chihuahua, Chihuahua.

Antecedentes: Una neoplasia uterina es cualquier crecimiento anormal de células en el útero,

que puede formar un tumor. El término “neoplasia” significa literalmente “nuevo crecimiento” y puede referirse tanto a tumores benignos (no cancerosos) como malignos (cancerosos).

Caso clínico: Paciente de 44 años, con antecedente de histerectomía y salpingooforectomía bilateral en 2023 por miomatosis, con reporte histopatológico de leiomiomas uterino. Recibió quimioterapia adyuvante. En abril de 2025, acude por dolor en hipogastrio. Una TAC evidencia una tumoración pélvica de 65 x 43 mm, en contacto con vasos hipogástricos e infiltrando el uréter izquierdo. Se establece sospecha de recurrencia regional. Se realizó laparotomía media infraumbilical. Se identificó una masa pélvica con infiltración al colon sigmoide y vasos hipogástricos izquierdos. Se practicó disección cuidadosa mediante técnica roma combinada con cortes selectivos. La paciente evolucionó favorablemente y fue dada de alta. Se programó control ambulatorio. El estudio histopatológico reportó linfoma de Hodgkin de celularidad mixta, con infiltración del colon y trombo tumoral en el uréter.

Conclusión: La planificación quirúrgica en casos con sospecha de neoplasias malignas es esencial. Este proceso incluye no solo la confirmación diagnóstica, sino también la evaluación detallada de la extensión tumoral, el compromiso de órganos vecinos y el estado general de la paciente.

410. Cáncer doble primario de mama y endometrio

ISABEL CASTRO SOTO, LUCILA NOYOLA DE SANTIAGO, ARNULFO MARTÍNEZ CHAPA
Hospital ISSSTE Regional Monterrey, Nuevo León.

Antecedentes: El cáncer de endometrio y el de mama son comunes individualmente, pero su presentación sincrónica es poco frecuente. La Neoplasia Maligna Primaria Múltiple ha ido en aumento. Ambas neoplasias están vinculadas a factores de riesgo como la edad, la exposición a estrógenos y la obesidad.

Caso clínico: Paciente con sangrado postmenopáusico en agosto de 2024. Ultrasonido reporta aumento en línea endometrial. Citología cervical reporta células glandulares atípicas de posible origen endometrial. Reporte histopatológico de mama: Carcinoma infiltrante de tipo no especial, Grado 2, con receptores hormonales positivos y HER2NEU positivo. Reporte de biopsia de endometrio: Adenocarcinoma de endometrio, variedad endometriode moderadamente diferenciado.

Conclusión: El diagnóstico de cánceres primarios sincrónicos es difícil y poco frecuente. El caso de esta paciente cumple con los principales factores de riesgo que asocian ambas patologías (edad, nuliparidad, obesidad), destacando la importancia de un adecuado abordaje integral para el diagnóstico oportuno.

411. Carcinoma de células escamosas vulvares

LEOPOLDO SANTIAGO SANABRIA, BERTY RAFFOUL FIGUEROA

Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Gineco Obstetricia 4 Luis Castelazo Ayala, IMSS, Ciudad de México.

Antecedentes: El carcinoma vulvar representa menos del 1% de las neoplasias en mujeres. El liquen plano es una dermatosis inflamatoria crónica que puede desarrollarse en la región anogenital. Si no se diagnostica y trata tempranamente, existe el riesgo de desarrollar un carcinoma de células escamosas.

Caso clínico: Paciente en la novena década de la vida, con múltiples comorbilidades, incluidas hipertensión, prediabetes e hipotiroidismo, y antecedente de histerectomía total abdominal hace 20 años. El liquen plano erosivo vulvar es una dermatosis inflamatoria crónica caracterizada por erosiones persistentes que pueden predisponer a displasia y, en última instancia, a carcinoma escamoso de vulva.

Conclusión: Es importante hacer hincapié en la relevancia clínica del liquen plano erosivo vulvar como una entidad con potencial premaligno.



Si bien la evidencia es más sólida en el liquen escleroso, las similitudes en los mecanismos patogénicos apoyan considerar al liquen plano erosivo vulvar dentro del espectro de riesgo para carcinoma escamoso de vulva.

412. Factores pronósticos de carcinosarcomas

LEOPOLDO SANTIAGO SANABRIA, OMAR ENRIQUE QUINTERO RODRÍGUEZ, CARLOS JOSÉ MOLINA PÉREZ
Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Gineco-Obstetricia 4 Luis Castelazo Ayala, IMSS, Ciudad de México.

Antecedentes: Los carcinosarcomas uterinos son una neoplasia ginecológica poco frecuente, representando menos del 5% de los tumores uterinos. A pesar de su baja incidencia, son responsables del 16% de las muertes asociadas al cáncer de cuerpo uterino. El abordaje diagnóstico es complejo por su sintomatología inespecífica. El tratamiento estándar es la citoreducción quirúrgica.

Objetivo: Analizar el impacto del componente heterólogo y la dominancia sarcomatosa sobre la supervivencia libre de enfermedad y supervivencia global, así como examinar otras variables clínico-patológicas con potencial impacto en el pronóstico.

Materiales y métodos: Se efectuó un estudio transversal analítico mediante la revisión retrospectiva de la base de datos del Departamento de Ginecología Oncológica de la UMAE HGO No. 4. La cohorte estuvo constituida por 125 pacientes con diagnóstico de carcinosarcoma uterino, atendidas entre enero de 2015 y junio de 2024.

Resultado: Se analizaron 109 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión. La edad promedio fue de 61.39 años. El 85.32% se encontraban en la postmenopausia y el IMC promedio fue de 29.81.

Conclusión: Los carcinosarcomas uterinos son tumores de comportamiento biológico agresivo. Diversos parámetros histopatológicos como el componente sarcomatoso y el estadio FIGO tienen un impacto pronóstico. En el análisis

multivariado, se identificó al componente heterólogo como el predictor más significativo, especialmente cuando coexistía con una dominancia sarcomatosa.

413. Tumor de Krukenberg

JORGE LUIS VEGA CUEVAS, YUNNUEN LETICIA CONTRERAS DE LA TORRE, MARÍA DEL CARMEN AVELLA ARTEAGA, ADRIANA LÓPEZ BUCIO, DAPHNE MÓNICA DÍAZ AYALA
Hospital Ángeles México, Ciudad de México.

Antecedentes: Aproximadamente el 10% de los tumores ováricos son masas metastásicas, de las cuales casi el 50% son tumores de Krukenberg. Corresponden a metástasis de adenocarcinoma gástrico en la mayoría de los casos. Las pacientes suelen presentar dolor abdominal, distensión y sangrado. La supervivencia es baja (inferior a 2 años).

Caso clínico: Paciente de 40 años quien acudió a consulta debido a un dolor abdominal hipogástrico, náuseas y sangrado uterino anormal. A la exploración se palpan masas anexiales bilaterales. El tumor de Krukenberg representa una metástasis ovárica, proveniente de adenocarcinomas gástricos poco cohesivos con células en anillo de sello.

Conclusión: El tumor de Krukenberg debe considerarse en el diagnóstico diferencial ante masas anexiales bilaterales sólidas en mujeres en edad reproductiva o perimenopáusicas. Este caso subraya la importancia de un abordaje integral multidisciplinario.

414. Oncoplastia extrema mediante sustitución

SELENE RODRÍGUEZ GAMIZ, GUADALUPE ESTEFANIA DZUL CANUL, FIDEL OMAR GARCÍA ESTUDILLO, OMAR ARTURO GÓMEZ QUIÑONES
Unidad Médica Alta Especialidad Dr. Ignacio Morones Prieto 23, Monterrey, Nuevo León.

Antecedentes: La oncoplastia extrema es una cirugía conservadora de mama en pacientes que, en opinión de la mayoría, requerirían mastectomía. El uso de colgajos de perforantes de

la pared torácica es útil para la sustitución de volumen. La cirugía conservadora ha demostrado tener un impacto en una mayor supervivencia y calidad de vida.

Objetivo: Describir los resultados clínicos, oncológicos y cosméticos de una serie de tres casos tratadas con oncoplastia extrema y reconstrucción parcial de la mama con colgajo de perforante intercostal lateral (LICAP).

Materiales y métodos: Serie de casos retrospectivo en la UMAE N.23. Periodo de inclusión: 2025. Se incluyeron pacientes con cáncer de mama sometidas a oncoplastia extrema. Se analizaron variables como edad, estadio clínico y márgenes de resección.

Resultado: Presentamos una serie de tres casos. El primero fue una mujer de 41 años con carcinoma ductal in situ (CDIS) no palpable con extensión en más del 50% del tejido. Se planeó la resección con marcaje en bloque y reconstrucción con un colgajo LICAP.

Conclusión: La oncoplastia extrema mediante sustitución de volumen con colgajo de perforantes es un procedimiento factible y seguro que ofrece buenos resultados oncológicos y estéticos, con baja tasa de complicaciones en pacientes seleccionadas, mejorando la seguridad emocional de las pacientes.

415. Carcinoma de mama ductal infiltrante

ANDREA SAN GERMÁN MORALES, DANIEL ALEJANDRO CADENA ZAMUDIO, JORGE CADENA IÑIGUEZ, ITZEN AGUIÑIGA SÁNCHEZ, EDELMIRO SANTIAGO OSORIO, ERNESTO ROMERO LÓPEZ

Laboratorio de Hematopoyesis y Leucemia, Unidad de Investigación en Diferenciación Celular y Cáncer, Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México

Antecedentes: El cáncer de mama es la neoplasia más común en mujeres en Latinoamérica. Persiste la necesidad de estrategias complementarias que mejoren la calidad de vida y potencien la eficacia terapéutica. Los nutraceuticos han emergido como coadyuvantes potenciales gracias a su

capacidad para intervenir en rutas moleculares relacionadas con la proliferación tumoral.

Caso clínico: Paciente de 53 años con sospecha clínica de neoplasia mamaria, quien inició con cambios en la coloración y morfología de la mama izquierda. La biopsia por aspiración de un ganglio sospechoso reportó positivo para células neoplásicas. La biopsia con aguja gruesa confirmó carcinoma ductal invasor moderadamente diferenciado. Se estadificó como un carcinoma ductal infiltrante etapa clínica IIIA, T3 N2A M0.

Conclusión: Este caso ilustra un ejemplo representativo de carcinoma ductal infiltrante. La implementación de un esquema nutraceutico como parte del abordaje inicial resultó segura y bien tolerada. Su uso podría considerarse como parte de una estrategia complementaria, especialmente en pacientes con limitaciones para iniciar quimioterapia.

416. Melanoma vulvar, reporte de caso

DANIELA OLIVARES MORALES, DIANA GONZÁLEZ BOCANEGRA, ADRIANA CRUZ VÁZQUEZ, LUIS DANIEL HERNÁNDEZ MENDOZA

Hospital Regional de PEMEX, Ciudad Madero, Tamaulipas.

Antecedentes: El melanoma vulvar es un tumor compuesto por melanocitos con alto riesgo de recidiva y supervivencia limitada. Representa del 3-5% de los tumores vulvares. Este caso es de alta importancia para poder sospechar y así integrar un diagnóstico y tratamiento temprano.

Caso clínico: Paciente femenino de 80 años, con sensación de cuerpo extraño en región perianal y "manchas negras" en región vulvar, con sospecha de melanoma vulvar, atendida en el servicio de ginecología del Hospital Regional de Ciudad Madero. Se recopilaron datos clínicos e histopatológicos.

Conclusión: El melanoma vulvar es una neoplasia poco frecuente. Se debe sospechar al encontrar una lesión hiperpigmentada en la región vulvar, realizar estudios adecuados y toma de biopsia para confirmación histopatológica.



gica, establecer la etapa y ofertar un tratamiento temprano multidisciplinario para tener una mejor supervivencia.

418. Leiomiosarcoma uterino. Reporte de caso

SARISH DEL REAL ORDÓÑEZ, HILDA ANDREA LÓPEZ RAMÍREZ, MARLEN RAMÍREZ PUENTE, YADIRA LUGO GUEVARA Hospital General de Saltillo, Coahuila.

Antecedentes: El leiomiosarcoma uterino es el sarcoma de tejidos blandos más común en adultos. Representa el subtipo más habitual de sarcomas uterinos y entre el 2% y 5% de las neoplasias malignas uterinas.

Caso clínico: Paciente de 39 años que inicia con sangrado uterino anormal de 4 meses de evolución y síndrome anémico. El ultrasonido transvaginal muestra un mioma en vagina de 3.4 x 3.5 cm, sin presencia de alteraciones en anexos. La mediana de edad al momento del diagnóstico es de alrededor de 50 años. A menudo se presenta con sangrado vaginal anormal (56%), masa pélvica palpable (54%) y/o dolor pélvico (22%).

Conclusión: La tasa de recurrencia oscila entre el 53% y el 71%, y las localizaciones más comunes incluyen el pulmón, el hígado y los ganglios linfáticos. En general, la tasa de supervivencia a 5 años oscila entre el 15% y el 25%.

419. Hamartoma mamario

JAVIER ÁLVAREZ PAYÁN, MANUEL ARTURO ACOSTA ALFARO, MIRIAM LISSET PULIDO CASTRO, ANDREA NATHALY PEÑUELAS ZAVALA, DAISY ÁLVAREZ PAYÁN Hospital Ángeles Culiacán, Sinaloa.

Antecedentes: El hamartoma mamario es un tumor benigno poco común que representa menos del 5% de los tumores benignos de mama. Suele aparecer en mujeres de mediana edad y rara vez presenta tamaños grandes. Puede representar un desafío diagnóstico por su semejanza con otras masas mamarias.

Caso clínico: Paciente de 49 años, con aumento progresivo de volumen en mama derecha.

Estudios de imagen revelaron un nódulo encapsulado de 10.2 cm, clasificado como BI-RADS 5. Biopsia trucut confirmó hamartoma. Se realizó resección quirúrgica. Confirmación diagnóstica de hamartoma mamario tras estudios de imagen y biopsia. Resección quirúrgica exitosa con diagnóstico definitivo por histopatología. No se hallaron signos de malignidad en la muestra.

Conclusión: El hamartoma mamario, aunque infrecuente y benigno, puede alcanzar grandes dimensiones y simular otras enfermedades. Es decisivo el estudio detallado para un diagnóstico prequirúrgico preciso y para elegir un procedimiento efectivo y lo menos lastimoso posible.

420. Tumor phyllodes en adolescente

JAVIER ÁLVAREZ PAYÁN, MAURICIO ISRAEL SORIANO BENITEZ, DAISY ÁLVAREZ PAYÁN, JESSICA SÁNCHEZ ZAVALA, ANDREA NATHALY PEÑUELAS ZAVALA ISSSTE Culiacán, Sinaloa.

Antecedentes: El tumor phyllodes de mama es una neoplasia fibroepitelial poco frecuente (<0.5% de tumores mamarios). Generalmente afecta a mujeres entre 35 y 55 años, siendo raro en adolescentes. Se clasifica en benigno, borderline y maligno. Su tratamiento es quirúrgico y el pronóstico es generalmente favorable.

Caso clínico: Paciente de 13 años, con una masa palpable en la mama derecha de un año de evolución. La ecografía mamaria reportó un tumor sólido de 10 x 8 cm. La biopsia incisional reportó la existencia de un tumor Pphyllodes. Se realiza resección completa del tumor. La histopatología final informó: tumor phyllodes benigno, de 6 x 7.5 x 9 cm, completamente resecado. Estudio negativo para malignidad. Postoperatorio sin complicaciones.

Conclusión: El tumor Phyllodes, aunque raro en adolescentes, debe considerarse en el diagnóstico diferencial de masas mamarias de rápido crecimiento. La resección quirúrgica completa es el tratamiento de elección. En este caso, el tratamiento conservador con colocación de im-

plante permitió un resultado funcional y estético adecuado.

422. Frecuencia y correlación entre los hallazgos radiológicos BI-RADS 4-5

JAVIER ALVAREZ PAYÁN, MIRIAM GUADALUPE DÍAZ ALBA, ISABEL CRISTINA AGUILAR MORAILA, AISLYN GUADALUPE GARCÍA SOTO, YETZALI ZAVALA GARCÍA
ISSSTE Culiacán, Sinaloa.

Antecedentes: El cáncer de mama es el tumor maligno más común en mujeres a nivel mundial. La implementación de la escala BI-RADS desde 1993 ayudó a clasificar las lesiones según el nivel de sospecha y determinar la acción a seguir.

Objetivo: Correlacionar los hallazgos radiológicos BI-RADS 4 - 5 con los resultados cito-histopatológicos en pacientes de 40 años y más, atendidas en el Hospital Regional ISSSTE MCDLV entre marzo de 2022 y agosto de 2025.

Materiales y métodos: Se seleccionaron 16,752 mujeres de 40 a 79 años que se realizaron mastografía de tamizaje, buscando información en las bases de datos de Anatomía Patológica y Sistemas de Información Médica.

Resultados: Se realizaron 2,329 mastografías, de las que el 14% (n = 322) tuvieron resultados BI-RADS 4 y 5. Un 5% fueron BI-RADS 4a, un 3% BI-RADS 4b, 3% BI-RADS 4c y 3% BI-RADS 5.

Conclusión: Los hallazgos reflejan una compleja interrelación de factores. La mayor incidencia de diagnóstico se observa a mayor edad, lo que indica un mayor riesgo. De acuerdo con los hallazgos mastográficos, la mayoría de las lesiones malignas se encontró en la mama derecha, en el cuadrante superior externo.

423. Estrategia quirúrgica en cáncer cervicouterino en estadio IB2

ALY ALEJANDRA GÓMEZ MORALES, JESÚS HUMBERTO CERVANTES CASTRO, EMILIO MODESTO TREVIÑO SALINAS, DIEGO VIDAL TORRES, CLARIZA ITZEL AYALA SMITH
Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, Monterrey, Nuevo León.

Antecedentes: El cáncer cervicouterino es la cuarta neoplasia más frecuente en mujeres. En estadios tempranos como el IB2, la histerectomía radical ha sido el estándar. Avances recientes incluyen la clasificación de Querleu-Morrow y el uso de ganglio centinela.

Presentar el caso de una paciente joven con destacando la importancia del diagnóstico oportuno y la selección quirúrgica adecuada.

Caso clínico: Paciente de 29 años, con antecedente de cuatro embarazos, consultó por sangrado postcoital. A la especuloscopia se evidenció una tumoración exofítica de 4 x 2 cm que se diagnosticó con cáncer cervicouterino en estadio IB2, tratado mediante histerectomía radical tipo C1 Querleu-Morrow con ganglio centinela, ascenso ovárico de acuerdo con guías NCCN y SEOM. La clasificación permite adaptar la radicalidad quirúrgica.

Conclusión: Este caso resalta la importancia del diagnóstico oportuno en mujeres jóvenes. La aplicación de la clasificación de Querleu-Morrow permitió una histerectomía radical tipo C1 con menor morbilidad. El uso del ganglio centinela se confirmó como una alternativa segura a la linfadenectomía sistemática.

425. Tumor abdominal gigante en embarazo

LAURA KARINA BARRERA ROMAN, FERNANDA LIZETH CASTREJON NAVA, NANCY VERGEL CERVANTES
Instituto Nacional de Perinatología, Isidro Espinosa de los Reyes, Ciudad de México.

Antecedentes: El síndrome de Li-Fraumeni (LFS) es un trastorno hereditario autosómico dominante causado por mutaciones en TP53, caracterizado por predisposición a múltiples neoplasias a edades tempranas. La coexistencia de embarazo avanzado, tumor phyllodes bilateral y una masa abdominal sugestiva de sarcoma es un hallazgo excepcional.

Caso clínico: Paciente de 18 años, en curso de las 32.6 semanas de embarazo, con antecedente de tumor phyllodes de mama diagnosticado a los 14 años y un tumor abdominal de rápido



crecimiento de forma simultánea a un embarazo, motivo por el cual es referida a nuestro Instituto en abril de 2025. Se decidió la interrupción de la gestación a las 33.3 semanas, obteniendo un recién nacido masculino de 1750 g. Se presentó hemorragia transquirúrgica de 1000 mL, requiriendo transfusión. Se colocó un DIU de cobre.

Conclusión: Este caso es un ejemplo poco ordinario de la coexistencia de síndromes hereditarios que pueden presentarse durante la gestación. La paciente cumple criterios clínicos de Chompret para Li-Fraumeni. Este reporte busca demostrar la importancia de la sospecha de síndromes de predisposición hereditaria en pacientes que cumplen criterios.

426. Cáncer de mama asociado con el embarazo

CLAUDIA ITZEL RAMÍREZ ACEVEDO, ESMERALDA ANGUANO SÁNCHEZ, PAUL MIGUEL ORTEGA MARTÍNEZ, FÉLIX ANTONIO HERNÁNDEZ ALTAMIRANO
Hospital de la Mujer Zacatecana, Zacatecas.

Antecedentes: El cáncer de mama asociado al embarazo es la neoplasia más frecuente en esta etapa. El diagnóstico puede ser tardío debido a la falta de tamizaje y de algoritmos diagnósticos y terapéuticos.

Objetivo: Describir el algoritmo diagnóstico, el esquema de tratamiento indicado a pacientes con cáncer de mama y embarazo, así como las repercusiones perinatales.

Materiales y métodos: Estudio observacional, retrospectivo, del año 2018 al 2022.

Resultado: Se realizó el seguimiento de 4 pacientes del año 2022 al 2025. Todas fueron tratadas con cirugía (mastectomía). Dos requirieron radioterapia adyuvante y una radioterapia paliativa. Las cuatro recibieron quimioterapia neoadyuvante.

Conclusión: Esta patología representa un reto diagnóstico. Afortunadamente, existen estudios de imagen para el diagnóstico. Aunque el uso de citotóxicos es limitado, actualmente no existe un consenso sobre el tratamiento, por lo que su abordaje puede ser muy heterogéneo.

427. Más allá del carcinoma primario de células escamosas

JOSÉ LUIS MELÉNDEZ DUARTE, OLGA JOHNSON PONCE, SAUL TORRES MENDOZA, EFRAÍN CRUZ RODRÍGUEZ, MANUEL MENDOZA HUERTA
Hospital Regional de Alta Especialidad Dr Ignacio Morones Prieto, San Luis Potosí, SLP.

Antecedentes: El cáncer de vulva primario representa del 5 al 8% de todas las malignidades ginecológicas. El carcinoma de células escamosas es el subtipo histológico más común. Subtipos menos frecuentes incluyen adenocarcinoma asociado con enfermedad de Paget extramamaria. Entre las malignidades de origen anexial, el spiradenocarcinoma y el cilindrocarcinoma son extremadamente raros.

Caso clínico: Paciente de 47 años con una masa vulvar de un año de evolución, caracterizada por crecimiento progresivo y dolor. La paciente fue referida, posteriormente, para tratamiento adyuvante con quimioterapia basada en cisplatino y radioterapia de haz externo (EBRT).

Conclusión: El espiadenocarcinoma y el cilindrocarcinoma son extremadamente raros. Estos tumores surgen más comúnmente en la cabeza, cuello, tronco o extremidades. Su aparición en la vulva es excepcional.

428. Tumor de Krukenberg ovárico unilateral. Caso clínico

GICELY MOLINA GÓMEZ, MARÍA DEL ROCÍO CHILLOPA RODRÍGUEZ, ADRIÁN REYES AYUSO, ARGELIA APODACA FLORES
Hospital de Especialidades Dr. Belisario Domínguez, Secretaría de Salud de la Ciudad de México.

Antecedentes: El tumor de Krukenberg es una metástasis ovárica poco frecuente, caracterizada por células en anillo de sello. Representa entre el 1 y 2% de los tumores ováricos. Su origen más habitual es el tracto gastrointestinal. Debido a síntomas poco específicos, el diagnóstico suele retrasarse y el pronóstico es desfavorable.

Caso clínico: Paciente de 47 años atendida por dolor hipogástrico, sangrado uterino anormal y aumento del abdomen. Se realizaron estudios de imagen y marcadores tumorales, con hallazgo de una tumoración anexial y se procedió a cirugía. Durante la cirugía se identificó líquido ascítico y una tumoración anexial izquierda multilobulada de gran tamaño. El estudio transoperatorio sugirió tumor de cordones sexuales. El análisis definitivo reportó adenocarcinoma metastásico compatible con tumor de Krukenberg.

Conclusión: Este caso subraya la importancia de considerar el tumor de Krukenberg en el diagnóstico diferencial de masas anexiales de gran tamaño. La confirmación histopatológica sigue siendo el pilar diagnóstico. A pesar de los avances, el pronóstico continúa siendo reservado.

429. Sarcoma de alto grado de malignidad

NADIA PAMELA GUERRERO MEDRANO, MILLDRED KARINA CASTELLANOS CAMPOS, MARCO ANTONIO DELGADO ORDÓÑEZ, ILEANA ORTÍZ GARZA, LAURA MARCELA CHÁVEZ MATA
Hospital ISSSTE Regional de Monterrey, Nuevo León.

Antecedentes: Los sarcomas uterinos representan menos del 5% de las neoplasias malignas del útero. Se caracterizan por su agresividad, mal pronóstico y diagnóstico tardío. El origen en un pólipo endometrial es sumamente infrecuente. El diagnóstico definitivo solo puede establecerse mediante histopatología.

Caso clínico: Paciente de 57 años, posmenopáusica, acude por presentar dolor abdominal de 14 días de evolución con mejoría parcial a analgésicos. Se realizó la recopilación y análisis retrospectivo de los datos clínicos, quirúrgicos, imagenológicos e histopatológicos.

Conclusión: Los sarcomas uterinos son tumores altamente malignos. Las técnicas de imagen aún no permiten distinguir con fiabilidad los miomas benignos de los sarcomas malignos, por lo que el diagnóstico definitivo sigue siendo histopatológico.

431. Factores asociados con el cáncer de endometrio

MARÍA FERNANDA SEGURA PEÑAFIEL, MARÍA ISABEL SOLLOZO DUPONT, CINTIA MARÍA SEPÚLVEDA RIVERA
Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, Ciudad de México.

Antecedentes: El cáncer de endometrio es la neoplasia más frecuente en países desarrollados y ha aumentado en mujeres premenopáusicas. Bokhman lo clasificó en tipo I (relacionado con estrógenos, mejor pronóstico) y tipo II (independiente de estrógenos, más agresivo). Su causa es multifactorial.

Objetivo: Explorar la relación entre los factores reproductivos, hormonales y clínico-demográficos en la etiología del cáncer de endometrio tipo I y II, en una muestra de pacientes atendidas en el INPer entre 2017 y 2025, con el fin de identificar posibles diferencias.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio transversal, retrospectivo y analítico en el INPer. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de CE tipo I (n=199) y tipo II (n=24) de enero de 2017 a enero de 2025.

Resultados: Se encontró una diferencia significativa en el IMC: 50% de las pacientes con tipo I tenían IMC normal vs 50% de las de tipo II con obesidad ($p < 0.001$), lo que sugiere que la obesidad podría influir también en la carcinogénesis del CE tipo II.

Conclusión: Nuestro estudio no encontró una relación estadísticamente significativa en las ventanas de exposición hormonal, pero aporta evidencia que refuerza la importancia de evaluar los factores de riesgo del cáncer de endometrio desde una perspectiva integral, basándose en la fisiopatología mediada por la exposición crónica al estrógeno.

432. Cáncer de vulva, tratamiento actual

TANIA GUADALUPE ACEVEDO FLORES, JUAN LUIS ABOITES LUCERO
Hospital de Ginecoobstetricia 3, Centro Médico Nacional La Raza, IMSS, Ciudad de México.



Antecedentes: El cáncer de vulva es muy infrecuente (5% de los cánceres ginecológicos). El 90% son escamosos. El VPH se considera un factor causal. El diagnóstico promedio ocurre alrededor de los 67 años. La cirugía es la piedra angular de su tratamiento.

Objetivo: Reportar el tratamiento quirúrgico actual del cáncer de vulva en el Hospital de Gineco Obstetricia No. 3, Centro Médico Nacional La Raza.

Materiales y métodos: Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo en el período de 2017 a 2023 en 33 pacientes con cáncer de vulva intervenidas con vulvectomy parcial o radical.

Resultados: Se estudiaron 31 pacientes con cáncer de vulva, con una media de edad de 68 años, intervenidas con vulvectomy total radical y parcial, observándose el mayor número de complicaciones en las que fueron intervenidas con vulvectomy radical.

Conclusión: La actitud terapéutica frente a estos cánceres está limitada por factores como el retraso en el diagnóstico y la presencia de otras enfermedades que limitan las posibilidades quirúrgicas y disminuyen la supervivencia.

433. Lesiones BIRADS-4A en mujeres menores de 35 años

CAROLINA GARCÍA GONZÁLEZ, DENISSE ALEJANDRA ÁLVAREZ ROLDÁN, MÓNICA MAYA VELASCO, JESÚS GONZÁLEZ GARCÍA

Hospital General de Zona 1A, Venados, IMSS, Ciudad de México.

Antecedentes: Las lesiones palpables de mama en personas jóvenes son motivos frecuentes de consulta. La mayoría son benignas. El ultrasonido es el estudio de elección en la paciente joven. En caso de un reporte BIRADS 4a, se debe indicar biopsia.

Objetivo: Analizar las características clínicas, radiológicas y los resultados histopatológicos en una serie de casos atendidos en un hospital público de segundo nivel, con el fin de mejorar la atención médica.

Materiales y métodos: Se trata de un estudio retrospectivo observacional en un solo centro de pacientes con diagnóstico por imagen con una categoría BIRADS 4a en pacientes menores de 35 años.

Resultado: Nuestra serie de casos estuvo conformada por cinco pacientes. La edad promedio de presentación fue de 27 años.

Conclusión: Nuestros hallazgos sugieren que en pacientes menores de 35 años con lesiones BIRADS 4a, la posibilidad de malignidad puede ser muy baja. Se requieren estudios prospectivos para validar la posibilidad de una vigilancia activa y generar guías específicas para esta población.

434. Tumores retroperitoneales

ESTEPHANO FABIAN ORTIZ VÁZQUEZ, CARLOS ADRIÁN GARCÍA ACUÑA, DANIEL FERNANDO SÁNCHEZ RODRÍGUEZ, GUSTAVO ADRIÁN MEDINA ÁVALOS, FRANCISCO VÁZQUEZ LÓPEZ

Hospital Materno Infantil de Tijuana, Baja California Norte.

Antecedentes: Los tumores retroperitoneales son infrecuentes y a menudo se confunden con masas uterinas o anexiales. La clínica es inespecífica y la ecografía inicial puede no ser concluyente. El 70-80% de los tumores retroperitoneales son malignos.

Objetivo: Evaluar, en tumores retroperitoneales que se presentan como masas anexiales, la discrepancia clínico-radiológica y los signos de órgano de origen en US/TC/RM, para mejorar la asignación de compartimento y optimizar la toma de decisiones quirúrgicas.

Materiales y métodos: Se realizó una revisión sistemática (PRISMA 2020) sobre tumores retroperitoneales que simulan patología anexial. Se utilizaron fuentes como PubMed y Scopus.

Resultado: Presentamos un caso de una mujer de 52 años con tumoración abdominopélvica gigante. El US sugirió lesión anexial compleja y la TC la reportó como quística de probable dependencia anexial, con marcadores tumorales de alto riesgo.

Conclusión: En esta revisión de tumores retroperitoneales que simulaban patología anexial, la mayoría correspondió a tumores benignos de vaina nerviosa. La impresión clínica inicial sobreestimó la malignidad, mostrando un bajo valor predictivo positivo.

435. Carcinoma epidermoide sincrónico

CECILIA ALEJANDRA RODARTE SÁNCHEZ, KAREN JAZMÍN GARCÍA MARTÍNEZ, PAUL MIGUEL ORTEGA MARTÍNEZ, CLAUDIA ITZEL RAMÍREZ ACEVEDO, EDSON GIBRAN OROPEZA SAUCEDO
Hospital General de Zacatecas, Zacatecas.

Antecedentes: El cáncer cervicouterino es la segunda neoplasia maligna más frecuente. El cáncer vulvar predomina en la séptima década de la vida. En ambos coexiste el VPH como factor etiológico. El cáncer ginecológico sincrónico representa entre el 0.7-1.8% de los casos.

Caso clínico: Paciente de 56 años con diagnóstico de cáncer cervicouterino epidermoide poco diferenciado ECIIIa en 2021. Un año después, inicia con lesión vulvar que resulta en carcinoma vulvar epidermoide ECII. Se maneja con vulvectomía de una sola incisión. Inmunohistoquímica positiva para P16, P53 y P63. Reportes histológicos con bordes negativos. Continúa con quimioterapia y radioterapia.

Conclusión: Luego de un año de seguimiento no existió recurrencia del carcinoma, y se mejoraron complicaciones como linfedema, infección y edema de miembros pélvicos.

436. Sacrocolpopexia laparoscópica

JESSICA GUADALUPE RODRÍGUEZ MURGUÍA, ALEXANDRA RAMÍREZ CASTRO, ALEJANDRA GUTIERREZ CASTRO, BEATRIZ RAMÍREZ CASTILLO, CHRISTIAN CHOQUE HIDALGO
Hospital General Topilejo, Ciudad de México.

Antecedentes: El tratamiento quirúrgico del prolapso de órganos pélvicos ha evolucionado. Una de las principales limitaciones de la reparación tradicional es el riesgo de recurrencia. En este contexto, la sacrocolpopexia laparoscópica

ha demostrado ser una alternativa eficaz y segura, con tasas de curación a 5 años cercanas al 90%.

Caso clínico: Paciente con antecedente de histerectomía vaginal reconstructiva y recurrencia del prolapso de cúpula vaginal a los 2 meses de su cirugía. La sacrocolpopexia laparoscópica se ha consolidado como la técnica de referencia para el tratamiento del prolapso de cúpula vaginal. A diferencia de las reparaciones con tejido autólogo (tasas de éxito de 30–40%), ofrece resultados superiores, alcanzando tasas de curación cercanas al 90%.

Conclusión: La sacrocolpopexia laparoscópica es una alternativa quirúrgica altamente efectiva y es considerada hoy el "estándar de oro mínimamente invasivo" para el prolapso de órganos pélvicos, presentando altas tasas de éxito anatómico y funcional.

437. Pronóstico de cáncer de mama con expresión de HER-2

KIMBERLY CAROL ESMERALDA MARTINEZ CASILLAS
Hospital de Gineco Obstetricia 4 Luis Castelazo Ayala, IMSS, Ciudad de México.

Antecedentes: El cáncer de mama (CaMa) es la neoplasia más frecuente en mujeres, y en países como México, su diagnóstico suele ser en etapas localmente avanzadas (LABC). HER-2 es un biomarcador clave, pero recientemente se ha propuesto que el estado de expresión "HER-2 bajo" podría tener un comportamiento biológico y pronóstico diferente, lo que requiere un tratamiento distinto.

Objetivo: Conocer la frecuencia de HER-2 bajo y comparar el pronóstico en mujeres con LABC según el estado de expresión de HER-2 (negativo, bajo y positivo).

Materiales y métodos: Estudio retrospectivo y analítico de mujeres con diagnóstico de LABC. Se empleó prueba de χ^2 , Kruskal-Wallis y análisis de Kaplan-Meier.

Resultado: En 94 mujeres, no se encontraron diferencias significativas en la recurrencia local



y sistémica o la supervivencia según el estado de expresión de HER-2.

Conclusión: La frecuencia de expresión de HER-2 bajo fue del 18%. No se observaron diferencias estadísticamente significativas en el pronóstico de las pacientes.

438. Asociación del índice de riesgo de malignidad

MARÍA XIMENA VARGAS LUNA

Hospital Regional Primero de Octubre, ISSSTE, Ciudad de México.

Antecedentes: El índice de riesgo de malignidad (IMJI) es un método para diferenciar tumoraciones anexiales benignas de malignas, demostrando alta sensibilidad y especificidad. Desde su introducción, se han propuesto diversas modificaciones para optimizar su desempeño clínico, como el índice de riesgo de malignidad, que incrementó los valores asignados a los parámetros ecográficos y de estado menopáusico.

Objetivo: Determinar la eficacia diagnóstica del índice de Jacob II (sensibilidad, especificidad, VPP, VPN) en mujeres premenopáusicas con tumores de ovario.

Materiales y métodos: Se estudiaron 105 expedientes de mujeres con tumoración anexial intervenidas quirúrgicamente, comparando el índice de malignidad con el reporte de patología.

Resultado: El índice de riesgo de malignidad mostró una sensibilidad y un valor predictivo negativo del 100%, con una especificidad de 77.1% y un área bajo la curva (AUC) de 0.824.

Conclusión: El índice de riesgo de malignidad es una herramienta confiable para descartar malignidad (S: 100%, VPN: 100%), siendo útil como una prueba de tamizaje inicial en estas pacientes.

439. Correlación BI-RADS 4-5 e histopatología

JESÚS MANUEL TORRES GALLO

Unidad de Detección y Diagnóstico de Cáncer de Mama, IMSS, Delegación Estatal Chihuahua.

Antecedentes: El cáncer de mama es el tumor maligno más prevalente en mujeres mexicanas. El sistema BI-RADS, en sus categorías 4 y 5, ha sido validado como predictor de malignidad, guiando la necesidad de biopsia. En Chihuahua, se desconoce la correlación precisa entre estas categorías y los resultados histopatológicos, lo que fundamenta la importancia de validar su utilidad en la práctica clínica regional.

Objetivo: Determinar la correlación diagnóstica entre las categorías BI-RADS 4 y 5 y los resultados histopatológicos de cáncer de mama en pacientes de Chihuahua.

Materiales y métodos: Estudio retrospectivo de 509 mujeres con BI-RADS 4 o 5 y confirmación histopatológica mediante biopsia, atendidas en la Unidad de Diagnóstico del IMSS.

Resultados: El 45% de los casos tuvo un resultado histopatológico positivo. Se observó una correlación estadísticamente significativa ($r = 0.668$, $p < 0.0001$).

Conclusión: El estudio valida la utilidad clínica del sistema BI-RADS, mostrando una fuerte correlación entre las categorías 4 y 5 y el diagnóstico de cáncer de mama.

440. Receptor de estrógeno beta y pronóstico en cáncer de mama localmente avanzado

MARLÉN ÁLVAREZ DURÁN

Unidad Médica de Alta Especialidad Gineco Obstetricia 4 Luis Castelazo Ayala, Ciudad de México

Antecedentes: El cáncer de mama localmente avanzado (LABC) es un reto por su heterogeneidad biológica. El receptor de estrógeno beta (RE β) es una proteína con funciones antiproliferativas, pero existe poca evidencia sobre su asociación con la respuesta al tratamiento. Evaluar su expresión podría aportar información sobre la biología tumoral y el pronóstico, contribuyendo a la estratificación del riesgo y al diseño de intervenciones más precisas.

Objetivo: Evaluar la asociación entre la expresión del receptor de estrógeno beta (RE β) y el

pronóstico (respuesta, recurrencia, supervivencia) en mujeres con LABC.

Materiales y métodos: Estudio retrospectivo y comparativo en mujeres con LABC tratadas en la UMAE HGO No. 4. Se evaluó la expresión de REβ mediante inmunohistoquímica.

Resultado: No se observó una asociación estadísticamente significativa entre el estado de

expresión de REβ y la respuesta clínica, la recurrencia o la supervivencia global.

Conclusión: No se encontró asociación de REβ con el pronóstico, pero un punto de corte del 15% de expresión mostró potencial para predecir supervivencia, lo que amerita más investigación.



Instrucciones para los autores

1. Los artículos deben enviarse por vía electrónica mediante el sistema de gestión para revisión por pares, junto con el formato de cesión de derechos de autor (firmado por todos los autores) y confirmar que se trata de un artículo inédito. Deben ingresar a <https://ginecologiayobstetricia.org.mx>, registrarse y cargar sus archivos, que serán evaluados por pares. La extensión no deberá exceder de 12 cuartillas (2500 palabras). Los trabajos no aceptados se devolverán al autor principal. El formato de cesión de derechos puede descargarse de la página <https://ginecologiayobstetricia.org.mx>. Ningún material publicado en la revista podrá reproducirse sin autorización previa, por escrito, del editor.

Los artículos publicados, recibidos a través de la plataforma de la revista, con fines de evaluación para publicación, una vez aceptados, aun cuando el caso clínico, un tratamiento, o una enfermedad hayan evolucionado de manera distinta a como quedó asentado, nunca serán retirados del histórico de la revista. Para ello existe un foro abierto (Cartas al editor) para retracciones, enmiendas, aclaraciones o discrepancias.

2. El manuscrito comprende:
 - 2.1. Títulos completos y cortos en español e inglés, nombres y apellidos del o los autores (el límite máximo debe ser de 6 integrantes, es decir, el autor principal y 5 coautores. Deberá especificarse la participación de cada uno en el artículo), su adscripción (institución, hospital, departamento o servicio) vinculada con el motivo del trabajo (no se aceptan títulos honoríficos o pasados: expresidente, miembro Titular o Emérito de tal cual institución, Academia o Sociedad), dirección postal completa (calle, número, código postal, ciudad y Estado), teléfono fijo (incluida la clave lada) y correo electrónico de todos los autores y señalando a uno de ellos para recibir la correspondencia relacionada con el artículo. Enseguida de la adscripción de cada autor es indispensable incluir el identificador ORCID para evitar errores y confusiones en los nombres de los autores, en el momento de identificar su producción científica y poder distinguir claramente sus publicaciones.

Las adscripciones de los autores de los artículos son, de manera muy significativa, el respaldo de la seriedad, basada en la experiencia de quienes escriben. El hecho de desempeñarse en una institución de enseñanza, de atención hospitalaria, gubernamental o de investigación no describe la experiencia de nadie. Lo que más se acerca a ello, es la declaración de la especialidad acreditada junto con el cargo ocupado en un servicio o una dirección. Cuando solo se menciona el nombre de la institución hospitalaria ello puede prestarse a interpretaciones muy diversas: efectivamente, labora en un gran centro hospitalario, pero se desempeña en funciones estrictamente administrativas, ajenas al tema de la investigación, estrictamente clínico.

A continuación de los identificadores y datos de los autores deberá declararse si se recurrió a la inteligencia artificial (IA). Si los programas informáticos detectan este uso no declarado, ello será motivo de no aceptación del artículo. Cuando un artículo es **aprobado** por el Comité Editorial de Ginecología y Obstetricia de México para publicación, no podrán efectuarse cambios adicionales (eliminar o agregar) de autores y coautores, cargos institucionales, ni adscripciones; es decir, aparecerán señalados como lo indicaron en el archivo original de envío.

- 2.2. **Resumen.** Los artículos originales llevarán resúmenes estructurados en español e inglés con los siguientes apartados: objetivo, material y método, resultados y conclusiones. Su texto no deberá exceder 250 palabras.
- 2.3. **Palabras clave.** En inglés y en español, basadas en el MeSH (*Medical Subject Headings*); para obtenerlas consulte la página www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.htm
- 2.4. El texto del artículo original está integrado por las siguientes secciones:

Antecedentes. Texto breve, no mayor de 50 líneas (de 65 caracteres cada una) que permita al lector ubicarse en el contexto del tema investigado, por qué es relevante estudiarlo, quiénes lo han estudiado y cómo. En el último párrafo de este apartado debe consignarse el objetivo del estudio que, invariablemente, debe verse reflejado en los resultados.

Materiales y métodos. En la primera oración de este apartado debe indicarse el tipo de estudio (observacional, retrospectivo, doble ciego, aleatorio, etc.), la selección de los sujetos observados o que participaron en los experimentos (pacientes o animales de laboratorio, incluidos los testigos). Enseguida se especifican los aparatos (nombre y ciudad del fabricante entre paréntesis) y procedimientos con detalles suficientes para que otros investigadores puedan reproducir los resultados. Explique brevemente los métodos ya publicados pero que no son bien conocidos, describa los métodos nuevos o sustancialmente modificados, manifestando las razones por las que se usaron y evaluar sus limitaciones. Identifique exactamente todos los medicamentos y productos químicos utilizados, con nombres genéricos, dosis y vías de administración. Deben mencionarse los métodos de comprobación utilizados y el porqué de su elección (χ^2 , T de Student, etc.) así como los programas de cómputo aplicados y su versión.

Resultados. Deben reflejar claramente el objetivo del estudio. La cantidad final de pacientes estudiados y destacar las observaciones más relevantes.

Discusión. Incluye los aspectos nuevos e importantes del estudio, la explicación del significado de los resultados y sus limitaciones, incluidas sus consecuencias para la investigación futura. Debe establecerse el nexo de las conclusiones con los objetivos del estudio y abstenerse de hacer afirmaciones generales y extraer conclusiones que carezcan de respaldo. Proponga nuevas hipótesis cuando haya justificación para ello.

Conclusiones. Sólo deben referirse a los resultados y su trascendencia, o a su limitación.

El texto no debe incluir abreviaturas de ninguna especie, a pesar de la abundancia de términos, pues ello implicaría remitir al lector a la parte inicial donde se definieron éstos y ello puede conducir al abandono de la lectura por incompreensión. Los símbolos sí están permitidos (L, kg, g, cm, dL, etc.) pero no las abreviaturas, sobre todo cuando no son internacionales o multilingües. No existen dudas para los acrónimos: ADN, HDL, LDL, VLDL, mmHg, etc.

- 2.5. **Figuras y cuadros.** Se utilizará el término figura para citar por igual ilustraciones, esquemas, fotografías y gráficas. Se utilizará el término cuadro para citar por igual los cuadros y las tablas. Ambos deben incluirse en forma secuencial enseguida de la lista de referencias y nunca en imagen.



2.6. Pueden agregarse anexos con cuestionarios o encuestas utilizados durante la investigación.

2.7. Pueden incluirse agradecimientos.

3. Los cuadros y figuras deben numerarse con caracteres arábigos. Cada uno deberá tener un título breve y mencionarse en el cuerpo del artículo. Los cuadros de datos tabulados que contengan exclusivamente texto deberán elaborarse con la aplicación "Tabla" de Word; los esquemas y diagramas, con Power Point; las gráficas de pastel, barras, dispersión, etcétera, con Excel.

4. Para las fotografías en versión electrónica debe considerarse lo siguiente:

Entregar cada una en archivo separado en formato TIFF o JPG (JPEG).

Sólo si el tamaño real de las imágenes resulta excesivo, éstas pueden reducirse a escala; dada la pérdida de resolución, no deben incluirse imágenes que requieran aumento de tamaño.

La resolución mínima aceptable es de 300 dpi. Si las fotografías se obtienen directamente de cámara digital, la indicación debe ser "alta resolución".

5. En el archivo de texto deben incluirse los cuadros y pies de figura, al final, después de las referencias.

6. Cuando los cuadros o figuras se obtengan de otro medio impreso o electrónico, deberá adjuntarse la carta de autorización de la institución donde se publicaron. Excepto los casos que carezcan de derecho de autor.

7. En los cuadros también deberán evitarse las abreviaturas y si fueran estrictamente necesarias, se especificarán al pie del cuadro.

8. Sólo deben incluirse las referencias bibliográficas consultadas para sustentar una afirmación, negación o divergencia en algún concepto. Las referencias deben ser del autor que se cita y no del artículo de éste citado por terceros. Las citas re-referenciadas son motivo de rechazo del artículo. Lo mismo que las que solo se agregan por ser recientes y que en el cuerpo del texto no están suficientemente sustentadas o aludidas. Su orden de aparición en el texto y el número correspondiente debe registrarse utilizando el comando superíndice de Word (**nunca deben ponerse entre paréntesis**). Para evitar errores se sugiere utilizar la aplicación "insertar referencia" del menú principal de Word. Deben omitirse comunicaciones personales, en cambio, sí se permite la

expresión "en prensa" cuando un trabajo se ha aceptado para publicación en alguna revista, pero cuando la información provenga de textos enviados a una revista que no los haya aceptado aún, deberá citarse como "observaciones no publicadas".

8.1. Puesto que se trata de una versión electrónica susceptible de consulta solo por este medio, las citas de libros ya no son admisibles por lo que deben buscarse artículos en la Web que sustenten lo afirmado.

Ejemplos

1. Katarina V, Gordana T. Oxidative stress and neuroinflammation should be both considered in the occurrence of fatigue and depression in multiple sclerosis. *Acta Neurol Belg* 2018;34(7):663-9. doi: 10.1007/s13760-018-1015-8

2. Guo ZW, Deng CJ, Liang X, Chu EL, et al. A comparative study of three different forecasting methods for trial of labor after cesarean section. *J Obstet Gynaecol Res* 2017; 25 (11): 239-42. <https://doi.org/10.1016/j.jgyobfe.2015.04.015>

9. Cuando haya más de tres autores de un artículo, solo se mencionarán los tres primeros, seguidos de la voz latina et al. Ejemplo: Johnson J, Lawley SD, Emerson JW, et al. Modeling delay age at natural menopause with planned tissue cryopreservation and autologous transplantation. *AJOG* 2024; 230 (4): 379-68. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2023.12.037>

Adviértase que la revista *American Journal of Obstetrics & Gynecology* se citó con su abreviatura oficial *AJOG* y no con el título completo. Es así como la cita es correcta.

Es importante citar autores mexicanos y latinoamericanos en su debido contexto, pues ello ayuda a tener mayor impacto.

10. Artículos de revisión

Los artículos de revisión deben reunir los siguientes requisitos:

10.1. El autor principal debe tener publicado, al menos, un artículo relacionado con el motivo de la revisión.

10.2. El resumen debe señalar claramente el estado del conocimiento actual y justificar porqué fue necesario revisarlo y cuáles son los aportes más sobresalientes al conocimiento.

10.3. Descripción detallada de la metodología de búsqueda de la información:

palabras clave, uso de MeSH u otra estrategia (pregunta PICO, etc), bases de datos consultadas y periodo en el que se realizó la búsqueda.

10.4. Especificar la cantidad de artículos localizados, seleccionados y rechazados, además de mencionar los criterios empleados para la selección o rechazo de los mismos. Los criterios empleados para la selección de los artículos a revisarse deben ser congruentes con los objetivos de la revisión, es decir, la pregunta que trata de responder el artículo. Otro de los aspectos que determina la selección de los artículos es su calidad metodológica y si cumplen con los criterios de calidad científica buscada.

10.5. Las referencias bibliográficas serán tantas como sean necesarias para sustentar todas las afirmaciones que se manifiesten.

11. Cartas al editor

Éstas deberán reunir los siguientes requisitos:

11.1. Las Cartas al editor comprenden los siguientes propósitos:

- Emitir un juicio crítico acerca de un hecho médico de dominio público.
- Opinar acerca de algunos aspectos de la política editorial de la revista médica en cuestión.
- Ampliar, interpretar o explicar algunos aspectos de un trabajo de investigación publicado recientemente en la revista.
- Discutir los resultados de un estudio o señalar defectos metodológicos o de interpretación de los resultados de un trabajo, también recientemente publicado.
- Comunicar en forma breve los resultados de un estudio semejante a otro publicado en la revista.
- Exponer un hallazgo clínico o experimental no descrito previamente en la literatura.

11.2. En el orden metodológico, el texto de una carta enviada al editor debe tener una extensión no mayor a 800 palabras o una cuartilla y media.

11.3. Pueden incluir, aunque no es habitual, cuadros, figuras o ambos.

11.4. Es importante anexar Referencias bibliográficas que sustenten los comentarios emitidos.

11.5. Las Cartas al editor se revisarán por el Comité Editorial con el mismo rigor que se exige para el resto de los artículos enviados por los autores.



CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR

Los abajo firmantes estamos conformes con lo mencionado en los incisos previos, como en el tipo de crédito asignado en este artículo:

• TÍTULO DEL ARTÍCULO: _____

• NOMBRE COMPLETO DEL AUTOR O AUTORES: _____

• LOS AUTORES ASEGURAN QUE SE TRATA DE UN TRABAJO ORIGINAL, QUE NO HA SIDO PREVIAMENTE PUBLICADO NI ENVIADO PARA SU PUBLICACIÓN A OTRA REVISTA. MANIFIESTAN QUE NO EXISTE CONFLICTO DE INTERESES CON OTRAS INSTANCIAS PÚBLICAS O PRIVADAS.

• LOS AUTORES ESTÁN DE ACUERDO EN QUE SU TEXTO SEA CORREGIDO DE ACUERDO CON EL CRITERIO DEL EDITOR Y EN CEDER SUS DERECHOS DE PUBLICACIÓN A LA REVISTA GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DE MÉXICO.

• NOMBRE Y FIRMA DE TODOS LOS AUTORES: NOMBRE Y FIRMA

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

• VISTO BUENO (NOMBRE Y FIRMA) DE AUTORIZACIÓN DE LA INSTITUCIÓN DONDE SE REALIZÓ EL TRABAJO:

NOMBRE Y FIRMA

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

LUGAR: _____ FECHA: _____

NOTA IMPORTANTE

Los autores deben estar de acuerdo en que los artículos aceptados para publicación serán objeto de una revisión editorial (sintaxis y ortografía) para adaptarlos al estilo propio de la revista, descrito en las Instrucciones para los autores.

Una vez que reciba la comunicación de "artículo aceptado" su contenido no podrá ser corregido ni retirado. Si algún inconveniente hubiere, el mismo deberá aclararse en la correspondiente sección de cartas al editor en la edición inmediata siguiente al envío de la carta.