CONCURSOS DE TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN PARA MÉDICOS FEDERADOS

III. Carlos MacGregor Sánchez Navarro

Trabajos de investigación en video

VIDEO 1

Secuencia quirúrgica en patología de adherencia placentaria

Arnulfo Martínez Chapa, Nelly Alicia Alonso Reyes, Ana Lucia Gallegos Flores, Laura Lorena Iglesias Hernández y Jesús Antonio Salinas Salinas
Hospital Regional Monterrey Alta Especialidad, Nuevo León

ANTECEDENTES: El término de patología de adherencia placentaria ha sido utilizado para describir el espectrum de acretismo en sus diferentes formas: acreta, increta y percreta.
OBJETIVO: El objetivo del video, es presentar la secuencia quirúrgica en el espectrum de acretismo placentario que nos permita manejar casos de placentación anormal.
MATERIALES Y MÉTODOS: Secuencia incisión vertical abdomen Demarcación margen placentario histerotomía corporal o fúndica Extracción fetal Ligadura de cordón umbilical y placenta in situ Cierre de histerotomía Sección ligamentos redondo y uterováricos Ligadura bilateral, arterias iliacas internas Disección de vejiga Sección de pedículos Extracción Pieza Qx Reconstrucción de vía urinaria salpingectomía bilateral.
RESULTADOS: Demostramos en el video la secuencia quirúrgica en una serie de 5 casos en donde en 4 de ellos se ejemplifica la secuencia y en uno mas se demuestra, lo que no se debe de hacer.
CONCLUSIÓN: La secuencia quirúrgica en el espectrum de acretismo placentario es factible de realizar en casos de alta complejidad manteniendo hemodináamicamente estable a la paciente.

VIDEO 2

Manejo laparoscópico de masa anexial

José Ignacio García de la Torre, Abril Mújica Torres, Víctor Karym Gutiérrez Reyes y Crescencio Martínez Martínez
Hospital Universitario de Saltillo, Coahuila.

ANTECEDENTES: El abordaje laparoscópico nos proporciona una baja tasa de complicaciones, disminuye la estancia intrahospitalaria, el sangrado y dolor postquirúrgico. Ya que es peligroso el derrame del contenido de una masa con características malignas, la remoción íntegra de la misma es lo más adecuado.
OBJETIVO: Demostrar que el abordaje mínimamente invasivo por laparoscopia asistida por orificios naturales es óptimo para el manejo adecuado de las tumoraciones anexiales.
MATERIALES Y MÉTODOS: Femenino de 36 años G5P3A2, sin antecedentes de importancia. Acude por cuadro de 1 año de evolución de dolor pélvico, mismo que se agudizó 1 semana previa a su ingreso. A la ecografía se encontró masa anexial derecha de 6x6cm que, de acuerdo a la clasificación de reglas simples, clasificó como un M1, por lo que se planeó biopsia transoperatoria.
RESULTADOS: Se obtuvo una pieza quirúrgica íntegra e 6x6cm a través de culdotomía posterior. Se presentó mínimo sangrado durante el evento quirúrgico y se logró el egreso temprano de la paciente sin complicaciones. El estudio histopatológico reportó un cistadenoma seroso papilar de 6x6 cm.
CONCLUSIÓN: Se recomienda el abordaje laparoscópico asistido por orificios naturales para el manejo mínimamente invasivo de las masas anexiales.

VIDEO 3

Oclusión tubaria bilateral laparoscópica asistida por culdotomía

José Ignacio García de la Torre, Abril Mújica Torres, Víctor Karym Gutiérrez Reyes y Gerardo González Cantú
Hospital Universitario de Saltillo, Coahuila.

ANTECEDENTES: La esterilización tubaria es el método anticonceptivo definitivo más utilizado. La vía laparoscópica se considera la más segura y efectiva. El método ideal es el que cuente con efectividad, sea económico, le permita a la paciente reincorporarse a su vida cotidiana y ocasione menos cicatriz.
OBJETIVO: Demostrar que la vía laparoscópica asistida por orificios naturales es apropiada para cirugía mínimamente invasiva en la oclusión tubaria de intervalo
MATERIALES Y MÉTODOS: Femenino de 33 años de edad G4C1P1A2 y paridad satisfecha. Se colocó un trocar umbilical de 5mm, se visualizaron útero y anexos sin anormalidades, por vía vaginal se colocó movilizador uterino y puerto operatorio de 10mm a través del cual se introduce un instrumento de energía bipolar avanzada para la realización de la fimbrectomía y posterior extracción de las piezas quirúrgicas.
RESULTADOS: Se completa procedimiento sin complicaciones en 30 minutos de tiempo quirúrgico, con mínimo sangrado y dolor postoperatorio, por lo que se egresó a la paciente 10 horas posteriores al evento
CONCLUSIÓN: El abordaje laparoscópico asistido por orificios

naturales, es el que brinda mejores resultados funcionales, técnicos (quirúrgicos) y estéticos, permitiendo a las pacientes retomar sus actividades cotidianas de manera inmediata.

VIDEO 4

Manejo conservador de incretismo placentario

José Ignacio García de la Torre, Abril Mújica Torres, Víctor Karym Gutiérrez Reyes y Gerardo González Cantú
Hospital Universitario de Saltillo, Coahuila.

ANTECEDENTES: El acretismo placentario consiste en la invasión anormal de la misma hacia la pared uterina, se le domina, percreta cuando sobrepasa la serosa o invade órganos adyacentes. La hipótesis mas aceptada para esta patología refiere que el trofoblasto, al requerir un ambiente hipóxico, tiene un tropismo a cicatrices y lesiones, que suelen ser acelulares o avasculares, tal es el ejemplo de las producidas por cesáreas o legrados uterinos.
OBJETIVO: Demostrar que el abordaje prequirúrgico predictivo y preventivo de hemorragia, mejora los resultados maternos y fetales, principalmente disminuyendo la morbilidad y mortalidad asociada a esta entidad
MATERIALES Y MÉTODOS: Femenino de 32 años de edad G7P1C3A2 con antecedente de una cesárea corporal previa y dos legrados uterinos además de haber requerido hemotrasnfusión posterior a eventos obstétricos previos. Se realizó abordaje predictivo y preventivo de hemorragia obstétrica como protocolo institucional. Posterior a la obtención del producto, al intentar alumbramiento, se observó eversión uterina secundaria a acretismo placentario. Se pinzaron ambas arterias uterinas para, posteriormente, separar placenta del lecho miometrial. Luego de extraer la placenta se procedió a ligar arterias uterinas previamente pinzadas, tubarias y de Sampson. Se realizó histerorrafia en un plano y se realizaron puntos compresivos en pared uterina anterior, así como aplicación de hemostáticos locales en histerorrafia
RESULTADOS: Se logró realizar un manejo quirúrgico conservador con una pérdida hemática de 1000 ml, tomando en cuenta la patología, que representa un muy alto riesgo de sangrado, se egresó la paciente al tercer día postquirúrgico sin complicaciones.
CONCLUSIÓN: El abordaje quirúrgico predictivo y preventivo de hemorragia en paciente con alto riesgo, ha demostrado ser efectivo en la disminución de la morbilidad y mortalidad asociada a la misma.

VIDEO 5

Aplicación de fórceps Kielland

Eduardo Peñaflores Rodríguez
Hospital General Dr. Daniel Gurria Urgell, ISSSTE, Villahermosa, Tabasco.

ANTECEDENTES: La aplicación de fórceps actualmente ha disminuido en casi todos los países del mundo
OBJETIVO: Proteger las cucharillas mediante látex, al aplicar un Fórceps Kielland
MATERIALES Y MÉTODOS: Se aplicó a secundigesta con cesárea anterior para disminuir la posibilidad de ruptura uterina.
RESULTADOS: No lesiones maternas ni fetales.
CONCLUSIÓN: Se observan en el video.

VIDEO 6

Histerectomía vaginal, técnica Dr. Castillejos más colpocleisis de Lefort

Eduardo Peñaflores Rodríguez, Israel Hernández Sánchez y Alfredo Rosales Barrera
Hospital Privado, Villahermosa, Tabasco.

ANTECEDENTES: La primera Histerectomía vaginal, se le atribuye a Sorano de Efeso en el año 120 A.C. En 1829 En Paris, Recamier realiza la primer histerectomía vaginal con éxito. En 1929 El Dr. Manuel Castillejos, Médico Mexicano, propone una técnica personal para la histerectomía vaginal. En 1877, Lefort modifica y publica su técnica de colpocleisis, para el tratamiento del prolapso.
OBJETIVO: Demostrar que a las pacientes seniles, se les puede dar la oportunidad de reconstrucción del periné con éxito, combinando la histerectomía vaginal, y la colpocleisis de Lefort, quienes ya no tienen vida sexual.
MATERIALES Y MÉTODOS: Se realiza una Histerectomía vagina, modificada por la técnica del Dr. Castillejos mas una colpocleisis de Lefort, a una mujer de 88 años, nuligesta
RESULTADOS: No hubo complicaciones y se le ha dado seguimiento, hasta la fecha sin recidiva.
CONCLUSIÓN: ver video.

VIDEO 7

Uso de fórceps Hawks Dennen en variedad de posición occípito-posterior

Daniela Sánchez Cobo, Doris Castillo Gutiérrez, Doris Castillo Gutiérrez, Alejandro Rendón Molina y Marco Antonio Ortiz Ramírez
Instituto Nacional de Perinatología, Ciudad de México.

ANTECEDENTES: La variedad de posición occípito posterior (OP) ocurre en 25% de los casos durante el primer periodo de trabajo de parto, 15% durante el segundo

periodo y 5% al nacimiento. Esta variedad de posición se asocia a un primer periodo de trabajo de parto prolongado, a un periodo expulsivo prolongado, a trauma perineal severo y hemorragia posparto.
OBJETIVO: Ejemplificar la técnica del uso de los Fórceps Hawks Dennen para el manejo de la variedad de posición (OP).
MATERIALES Y MÉTODOS: Se presenta una paciente de 30 años de edad, antecedente de una cesárea, quien cursaba con un embarazo de 38.2 SDG, en trabajo de parto periodo expulsivo, feto en variedad de posición OP persistente con un trazo de registro cardiotocográfico (RCTG) categoría II, el cuál no mejoró con maniobras, por lo que se decidió la instrumentación del parto con fórceps Hawks Dennen.
RESULTADOS: Se realizó la aplicación de los fórceps apegados a la técnica sin complicaciones ni dificultades perioperatorias. Se obtuvo un recién nacido femenino de 2,831 gramos, 51 cm de talla, APGAR 7/8.
CONCLUSIÓN: El uso de fórceps Hawks Dennen es una alternativa segura para la madre y el producto, capaz de acortar el periodo expulsivo del trabajo de parto y controlar el riesgo de trauma perineal con adecuado conocimiento de la técnica de aplicación para pacientes cuyos fetos se encuentran en variedad de posición OP.

VIDEO 8

Miomectomía asistida por robot (Da Vinci®) con diagnóstico histopatológico de Tumor de Músculo Liso de Potencial Maligno Incierto (STUMP)

Gerardo Barroso Villa, Lucia Daniela García Montes, Carlos Valdespín Fierro, Alexia Álvarez Lozano y Gabriela Itzé García Campos
División de Salud Reproductiva, Instituto de Salud Reproductiva e Infertilidad, NASCERE, Ciudad de México. Departamento de Ginecología y Obstetricia, Centro Médico ABC. The American and British Cowdray.

ANTECEDENTES: La evaluación morfológica de las lesiones de músculo liso en ocasiones es confusa lo que dificulta el diagnóstico, tratamiento y pronóstico. Dichas lesiones se clasifican de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud como STUMP (del inglés "smooth muscle tumor of uncertain malignant potential").
OBJETIVO: Reportar un caso de miomectomía asistida por robot de difícil abordaje quirúrgico con diagnóstico histopatológico de STUMP.
MATERIALES Y MÉTODOS: Se utilizó sistema quirúrgico Da Vinci® (Intuitive Surgical, Inc) versión SiHD con tres brazos. Paciente nuligesta de 30 años de edad con historia de dolor pélvico y sangrado uterino anormal de un año de evolución, tratada con tratamiento farmacológico presentando mejoría previó a embarazo normoevolutivo, mismo que durante la resolución vía abdominal evidenció mioma en cara lateral derecha del cuerpo uterino. Un año después reinicia con sintomatología previa sin mejoría a tratamiento farmacológico por lo que se realizaron estudios de gabinete en los que se evidenció mioma intramural con mínima extensión subserosa corporal posterolateral derecha de 5.1 x 5.0 cm. Debido a la sintomatología, localización y dificultad del abordaje se realizó miomectomía laparoscópica asistida por robot mediante doble abordaje sobre el ligamento ancho en su porción del mesovario y mesometrio, reportando tejido con características histopatológicas compatibles con STUMP.
RESULTADOS: Los resultados de la intervención fueron satisfactorios, con buena evolución y con pronóstico favorable. Se realizó tomografía computarizada de tórax y abdomen reportando ausencia de metástasis a distancia. Adicionalmente, nueve meses después se realizó tomografía con emisión de positrones reportando ausencia de recurrencia y metástasis a distancia.
CONCLUSIÓN: El sistema quirúrgico Da Vinci® ha revolucionado la cirugía laparoscópica, permite al cirujano operar con mayor visión, precisión y control, facilitando el abordaje quirúrgico; además, consigue la resección total de los miomas uterinos mejorando el pronóstico en pacientes con diagnóstico histopatológico de STUMP.

VIDEO 9

Miomectomía híbrida complicada [convencional y asistida por robot (Da Vinci®)] de grandes elementos (FIGO tipo 3 y 7) en mujer en edad reproductiva

Gerardo Barroso Villa, Carlos Valdespín Fierro, Alexia Álvarez Lozano, Marivi Ruiz Gómez y Lucia Daniela García Montes
División de Salud Reproductiva, Instituto de Salud Reproductiva e Infertilidad, NASCERE, Ciudad de México. Departamento de Ginecología y Obstetricia, Centro Médico ABC. The American and British Cowdray.

ANTECEDENTES: Los miomas uterinos son el tumor más común en el tracto reproductivo, representando una causa de infertilidad especialmente si distorsionan la cavidad. El único tratamiento actual eficiente para permitir un futuro embarazo es la resección quirúrgica, la miomectomía es una operación delicada y se debe realizar con precaución para evitar lesiones en las trompas uterinas y el endometrio; particularmente, en aquellos casos donde

los miomas dificultan el abordaje laparoscópico de mínima invasión.
OBJETIVO: Demostrar la utilidad de la técnica quirúrgica de la miomectomía laparoscópica híbrida complicada [convencional y asistida por robot (Da Vinci®)] de grandes elementos con el objetivo de preservar la fertilidad.
MATERIALES Y MÉTODOS: Se requiere un laparoscopio, insuflador, endocamara, trocares, instrumental laparoscópico y, el sistema quirúrgico Da Vinci® (Intuitive Surgical, Inc.) versión SiHD con tres brazos robóticos. Paciente nuligesta de 31 años de edad quien inició con sangrado uterino anormal ocho meses previos por lo que se realizó ultrasonido endovaginal donde se reportó seis imágenes hipoecoicas, cuatro intramurales y la de mayor localización transmural; además, una sonohisterografía que evidenció restricción de la distensión de las paredes y deformación de la cavidad secundaria a miomatosis, tratada con manejo farmacológico sin mejoría. En enero de 2018 reinicia con sintomatología previa, se solicitó resonancia magnética que clasifica lesiones en FIGO 3 y 7, por lo que se decidió realizar miomectomía laparoscópica híbrida. Se inicia abordaje quirúrgico mediante laparoscopia convencional retirando mioma clasificación FIGO 7, posteriormente, se realizó miomectomía asistida por robot para el retiro del mioma clasificación FIGO 3.
RESULTADOS: El procedimiento se realizó sin incidentes, la paciente experimento alivio del dolor y menstruaciones más ligeras después de la operación.
CONCLUSIÓN: Las condiciones reproductivas actuales nos obligan a re-direccionar nuestras técnicas quirúrgicas e implementar las nuevas tecnologías que ofrecen grandes beneficios en la fertilidad subsecuente. En el caso de los miomas clasificación FIGO 7 que imposibilitan el acceso de los tres brazos robóticos, el uso de laparoscopia convencional es fundamental para habilitar el acceso del robot y, proceder a la disección de los miomas clasificación FIGO 3; lo que nos permite cambiar el pronóstico reproductivo.

VIDEO 10

Técnica modificada en histerectomía total laparoscópica

Miguel Ángel López Valle, Samuel Santoyo Haro, Abraham Zavala-García y Omar Mijael Mitre Barrera
Hospital Ángeles Pedregal, Ciudad de México.

ANTECEDENTES: Primera histerectomía realizada fue en 1989 por Reich. En el 2010 la histerectomía de mínima invasión se convirtió en el estándar de oro. La modificación de la técnica reversa fue realizada en el 2013 (Litta, P. et al).
OBJETIVO: Demostrar y evaluar los resultados de una técnica de histerectomía total laparoscópica (reversa modificada) en una población de un hospital de referencia de tercer nivel de ginecología.
MATERIALES Y MÉTODOS: Se realizó la técnica histerectomía total laparoscópica reversa modificada en una población de 520 pacientes sometidos a histerectomía laparoscópica por patología benigna uterina entre enero 2010 y diciembre 2015.
RESULTADOS: La edad promedio fue de 41.7 ± 6.01 años de edad y el IMC promedio fue de 27.33 kg/m2. De estas, 100 (19.23%) pacientes eran nulíparas, 404 (77.69%) contaba con al menos un parto vaginal, con 1.92 ± 1.38 partos por paciente en promedio y 164 (31.53%) contaban con al menos una cesárea previa, con 0.48 ± 0.77 cesáreas por paciente en promedio. En cuanto a cirugías previas, 293 (56.34%) pacientes contaban con al menos una cirugía previa. El tiempo quirúrgico promedio fue de 101.7 minutos ± 39.79, el sangrado total con ésta técnica 79.4 mililitros ± 115.26. Las pacientes que tuvieron un sangrado mayor a 500 mililitros fue de 5 pacientes (0.96%). Los días de estancia hospitalaria fue de 2.18 ± 1.99.
CONCLUSIÓN: La técnica histerectomía total laparoscópica reversa modificada es una técnica segura y rápida, que provee una alternativa en las técnicas de mínima invasión. Ésta técnica debe adecuarse de acuerdo a las necesidades de cada paciente en particular.

VIDEO 11

Ligadura de arteria hipogástrica con feto in situ

Francisco Betanzos Ramírez y Carlos Bocanegra Zurita
Hospital Regional de Alta Especialidad de la Mujer, Secretaria de Salud, Villahermosa, Tabasco.

ANTECEDENTES: La hemorragia obstétrica ocupa el segundo lugar de muerte materna, después de los estados hipertensivos del embarazo. El acretismo placentarios se refiere a todos aquellos síndromes en los que se presenta una placenta con trastornos de la adhesión o bien aquella que es invasiva. Y se presenta 1 cesárea previa: 3%, 2 cesáreas previas: 11%, 3 cesáreas previas: 40%, 4 cesáreas previas 61%, 5 o más cesáreas previas: 67%, sin cirugía previa: 1-5%.
OBJETIVO: Comunicar nuestra experiencia con la técnica quirúrgica vascular avanzada (ligadura bilateral de arterias hipogástricas con feto in situ más cesárea e histerectomía).

MATERIALES Y MÉTODOS: Se realizó sesión conjunta en la división de obstetricia del Hospital Regional de Alta Especialidad de la Mujer de la Secretaria de Salud del estado de Villahermosa Tabasco y el equipo de respuesta inmediata, para la programación quirúrgica de las 7 pacientes con diagnóstico de acretismo placentario, con consentimientos informados y firmados por los familiares. Para llevar a cabo cirugía.

RESULTADOS: Se realizaron 7 cirugías con la técnica quirúrgica vascular avanzada, fueron los siguientes resultados de patología, 1 placenta percreta, 3 con acretismo placentarios, y 3 con placenta previa central total. El sangrado fue el mínimo de 800 ml y el máximo de1200 ml, los resultados perinatales satisfactorios y se disminuyó el ingreso de las pacientes a la UCIA. Evolución satisfactoria de las pacientes y productos de la gestación

CONCLUSIÓN: Consideramos que la técnica que estamos realizado en nuestra institución, y con el personal capacitado del equipo de respuesta inmediata, se ha reducido considerablemente la mortalidad materna y perinatal, y reduciendo la disminución de transfusiones masivas de sangre y sus derivados, y de los ingresos a la UCIA, de los productos obtenidos por este procedimiento, un 40% a necesitado UCIN.