CONCURSO DE TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN PARA MÉDICOS FEDERADOS

IV. Luis Ricaud Rothiot

Trabajos de investigación básica o clínica en cartel

TRABAJO EN CARTEL. Mampara 1

Abordaje ginecológico del síndrome de Stevens-Johnson

Juan Alberto Reyes Perales y Ilse Ivonne Salinas Herrera
Hospital General de Saltillo, Coahuila.

ANTECEDENTES: El síndrome de Stevens-Johnson destruye piel y mucosas y puede ser letal; en vagina puede ocasionar adherencias. Prevención con esteroides, moldes y amenorrea, en caso de adenosis hacer colposcopia.
OBJETIVO: Informar sobre el abordaje ginecológico en un caso de síndrome de Stevens-Johnson y dar a conocer la importancia de la prevención y posibles complicaciones ginecológicas que se omiten en muchos casos.
MATERIALES Y MÉTODOS: 41 años, núbil. Inicia padecimiento posterior a ingesta de clindamicina, con eritema generalizado. Tres días después acude a urgencias de hospital privado donde se indica loratadina, temperatura de 38.7 *C,
RESULTADOS: Control hídrico y tratamiento con metilprednisolona por medicina interna; tratamiento ginecológico con sonda Foley, betametasona 0.1% tópico cada 12 horas y ACOs en forma continua. Es egresada tras 9
CONCLUSIÓN: Se debe involucrar al servicio de ginecología en el seguimiento de todas las pacientes con síndrome de Stevens-Johnson para tratar y prevenir el desarrollo de lesiones y complicaciones posteriores.

TRABAJO EN CARTEL. Mampara 2

Reporte de caso: corioangioma gigante asociado a polihidramnios

Roberto González Habib, Adriana Pastén Zapata, Perla Gómez Torres y David Tamez Garza
Christus Muguerza Hospital Conchita

ANTECEDENTES: El corioangioma es la neoplasia benigna más frecuente en la placenta, con una incidencia menor al 1%, la mayoría son pequeños, sin importancia clínica ni afectaciones a la gestación, sin embargo los de gran tamaño (más de 4 cm) muestran una incidencia de 1:3,500 gestaciones y pueden estar asociados a resultados perinatales adversos.
OBJETIVO: Reporte de un caso de una tumoración placentaria asociada a polihidramnios en una paciente de 30 años de edad, diagnosticado durante el tercer trimestre del embarazo.
MATERIALES Y MÉTODOS: Descripción de un caso clínico
RESULTADOS: La mayoría de los corioangiomas se mantienen asintomáticos, pero existen casos raros, especialmente los gigantes que pueden complicarse. Algunas de las complicaciones a las que se puede asociar son: polihidramnios (14-28%), anemia fetal, restricción del crecimiento intrauterino, hidropesía fetal, hipertrofia cardiaca fetal, síndrome en espejo, así como muerte fetal.
CONCLUSIÓN: Se trata de una patología poco frecuente de la cual no se conoce mucho por la baja prevalencia de la enfermedad; aunque suele ser benigna la mayor parte del tiempo, esta puede presentarse con complicaciones que llegan incluso a la muerte del producto por lo que es importante la publicación de estos casos.

TRABAJO EN CARTEL. Mampara 3

Reporte de un caso: Enfermedad de Paget extramamaria vulvar

Roberto González Habib, Adrián Morantes Carvajal, César Francisco Saldaña Solórzano, Claudia Victoria Meléndez González y Hersilia Hernández Zamonsett
Christus Muguerza Hospital Conchita

ANTECEDENTES: La enfermedad de Paget extramamaria es una forma rara de adenocarcinoma intraepitelial de los sitios en los que se encuentran glándulas apócrinas. Es histológicamente similar a la enfermedad de Paget de mama y típicamente afecta la región de genitales externos. Se define como enfermedad de Paget extramamaria a un adenocarcinoma intradérmico no invasivo que puede extenderse a las glándulas epiteliales cercanas a la lesión.
OBJETIVO: Presentar un caso de enfermedad de Paget extramamario en una paciente de 71 años.
MATERIALES Y MÉTODOS: Descripción de sintomatología y desarrollo de la patología de una paciente con enfermedad de Paget extramamaria en vulva.
RESULTADOS: La enfermedad de Paget extramamaria es una condición difícil de tratar, siendo el tratamiento multimodal el más frecuentemente utilizado: cirugía, radioterapia y quimioterapia. Debido a que la cirugía y la radiación son potencialmente mutilantes, existen protocolos en los cuales se propone como tratamiento de este tipo de lesión el uso de imiquimod. Se ha reportado que la recurrencia de esta enfermedad tiene poca relación con el estatus o profundidad de la invasión, por lo que el tipo de manejo que se debe ofrecer a la paciente debe estar enfocado a los síntomas que presenta y a la calidad de vida que puede tener.
CONCLUSIÓN: Debido a la baja incidencia de esta enfermedad no se han delineado pautas específicas en el tratamiento, siendo el quirúrgico el de primera elección. Las cirugías vulvares están asociadas a morbilidad psicosocial significativa

y a una disminución en la calidad de vida de las pacientes, aunado a que esta enfermedad tiene una alta recurrencia a pesar del tratamiento, por lo que se debería preferir un abordaje más conservador con estas pacientes.

TRABAJO EN CARTEL. Mampara 4

Reporte de caso: Ruptura uterina en embarazo posterior a miomectomía por laparoscopía

Roberto González Habib, Jéssica Pérez González y Víctor Manuel Meneses Valderrama
Christus Muguerza Hospital Conchita

ANTECEDENTES: Los leiomiomas uterinos son los tumores pélvicos sólidos más comunes en las mujeres. Algunos estudios reportan leiomiomas en el 70% de las mujeres blancas y más del 80% en mujeres de raza negra a la edad de 50 años. Pueden variar enormemente en tamaño y pueden ser submucosos, intramurales, pedunculados o de localización combinada. La sintomatología y las opciones terapéuticas son afectadas por el tamaño, número y localización de los leiomiomas.
OBJETIVO: Reporte de un caso de ruptura uterina en un embarazo posterior a realización de miomectomía por laparoscopía.
MATERIALES Y MÉTODOS: Descripción de un caso en el que se identificó una ruptura uterina durante la realización de operación cesárea.
RESULTADOS: La ruptura de un útero gestante es una emergencia quirúrgica causando morbilidad y mortalidad materna y fetal. El riesgo de ruptura uterina está asociado con cicatrices uterinas causadas por cirugía uterina previa. Es una complicación rara, pero severa posterior a una miomectomía.
CONCLUSIÓN: El caso presentado en este reporte de caso muestra la importancia de considerar las complicaciones posibles durante un embarazo que se lleva a cabo posterior a una miomectomía, así como la elección adecuada del abordaje en tratamiento según las características de cada paciente.

TRABAJO EN CARTEL. Mampara 5

Correlación del diagnóstico colposcópico con el diagnóstico histopatológico en pacientes en edad reproductiva

Carlos Villalobos Figueroa, Tamar Stenner Lechuga, Martín Cisneros Castolo, César Aguilar Torres y Paulina Lazo Mendoza
Clínica de Colposcopia, Hospital General Salvador Zubirán.

ANTECEDENTES: La colposcopia es la pieza central en los programas de prevención de cáncer cervicouterino.
OBJETIVO: Conocer la correlación del diagnostico colposcópico con el diagnostico histopatológico.
MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo transversal y analítico. Se incluyeron 233 expedientes de pacientes en edad reproductiva referidas a clínica de colposcopia del Hospital General Salvador Zubirán por citología anormal. Expedientes completos con diagnostico colposcópico e histopatológico. Se utilizó BM Statics Process Social Sciencies 21.0 para Mac. (IBM 1989,2012).
RESULTADOS: Rangos de edad:19-39 años. 233 pacientes incluidas 155 con diagnostico colposcopico de lesión de alto grado. 78 pacientes con diagnostico de lesión de bajo grado. Correlación de Lesion de alto grado con NIC.
CONCLUSIÓN: La colposcopia en pacientes en edad reproductiva tiene mejor correlación en cuanto a diagnostico de lesión de alto grado para lesiones NIC 2 y NIC 3.

TRABAJO EN CARTEL. Mampara 6

Obstrucción tubaria bilateral resuelta con acetato de ulipristal

Luis Esteban González Varela y Yovana Marisol Gutiérrez Arias
Hospital General Regional 45, Guadalajara, Jalisco.

ANTECEDENTES: La obstrucción tubaria bilateral es un problema clínico que se traduce en infertilidad, y sus causas varían desde endometriosis, infecciones, miomatosis, antecedentes quirúrgicos, etc.
OBJETIVO: Utilizar un ciclo de tres meses de Acetato de Ulipristal para reducir el tamaño de dos miomas cornuales y liberar ambos oviductos de la obstrucción mecánica de ambos miomas.
MATERIALES Y MÉTODOS: origen aparente mecánico, por dos miomas cornuales de 5.2 y 4.3 cms. Mediante ultrasonido vaginal e histerosalpingografía se vigiló a la paciente al inicio y término del tratamiento.
RESULTADOS: Después de dos meses de tratamiento, se registró una disminución de los miomas del 19.3% y 27.9% respectivamente, y al final del tratamiento la disminución fue del 38.4% y 32.5%. La histerosalpingografía
CONCLUSIÓN: El uso de acetato de ulipristal en pacientes con miomatosis uterina, debe empezar a considerarse como el tratamiento de primera elección en pacientes con infertilidad.

TRABAJO EN CARTEL. Mampara 7

Síndrome de Herlyn-Wegner-Wunderlich: reporte de caso

Liat Levy Mitrani, Josefina Lira Plascencia, Alejandro Rosas Balán,

Patricia Aguayo González y Zaira Rivera Chávez
Instituto Nacional de Perinatología, Ciudad de México.

ANTECEDENTES: El síndrome de Herlyn-Werner-Wunderlich es una anomalía congénita poco frecuente, en la que coexiste una duplicación uterovaginal, con hemivagina obstruida o ciega y agenesia renal ipsilateral. Su ocurrencia oscila entre el 0.1% y 3.8%. La fisiopatología exacta se desconoce pero podría ser secundario al desarrollo anormal de los conductos de Müller y de Wolff. Suele presentarse poco tiempo después de la menarca con la presencia de dolor pélvico progresivo y crónico, masa palpable y hematometrocolpos uni o bilateral. El tratamiento de elección es la resección quirúrgica del septo y drenaje de la hemivagina obstruida
OBJETIVO: Se presenta Caso clínico de paciente con Síndrome de Herlyn-Wegner-Wunderlich que se presenta con piometrocolpos secundario a una Enfermedad Pélvica Inflamatoria
MATERIALES Y MÉTODOS: Se presenta Caso clínico de paciente con Síndrome de Herlyn-Wegner-Wunderlich que se presenta con piometrocolpos secundario a una Enfermedad Pélvica Inflamatoria.
RESULTADOS: Se presenta Caso clínico de paciente con Síndrome de Herlyn-Wegner-Wunderlich que se presenta con piometrocolpos secundario a una Enfermedad Pélvica Inflamatoria
CONCLUSIÓN: A pesar de ser una malformación rara, es importante realizar diagnóstico precoz para evitar complicaciones como endometriosis, adherencias, piometra y problemas de fertilidad.

TRABAJO EN CARTEL.
Mampara 8

Incidencia de gastrosquisis en pacientes tratadas en el periodo comprendido de enero 2016-febrero 2018 Hospital de la Mujer de Yautepec, Morelos

Morales Bautista David Fernando, Serrano Medina Edith Citlali, López Parra María Verónica, Estudillo Jiménez Gastón Eduardo y Pérez Carrillo León Arnoldo
Hospital de la Mujer de Yautepec, Morelos.

ANTECEDENTES: La palabra gastrosquisis proviene del griego que significa "hendidura de estómago". Es posible identificar el defecto por ultrasonido desde la semana 11 a 14. No existe un consenso en cuanto a las semanas de gestación en que debe interrumpirse el embarazo, por lo tanto debe evaluarse.
OBJETIVO: Nuestro objetivo es comparar los resultados de incidencia de casos en pacientes y sus factores de riesgo en nuestro hospital.
MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo en embarazos con fetos con gastrosquisis, los cuales fueron valorados en EL HOSPITAL DE LA MUJER DE YAUTEPEC MORELOS, en el periodo comprendido de Enero 2016 a Febrero 2018. Se procesaron resultados en Numbers, MacBook Air (11-inch, Early 2014), procesador 1.4 GHz Intel Core i5.
RESULTADOS: Se estudiaron 13 casos de pacientes con feto con diagnóstico de gastrosquisis en el periodo comprendido de enero 2016 a febrero 2018 en el hospital de la mujer de Yautepec Morelos, con una incidencia de 0.22%. El promedio de semanas de gestación al momento del diagnostico fue 33.5 semanas de gestación. La semana 37.1 fué el promedio de interrupción de los embarazos. En el 46.1% de los casos (6/13) se relizó medición de edema interasa. El 62% de los nacimientos fueron mujeres. Un casos se asocio a criptorquidia derecha de 35.2sdg, un caso presentó Perfil TORCH positivo a citomegalovirus IGM 7.5 con atresia intestinal, un presentó datos de necrosis intestinal, y uno presentó onfalocele. La principal vía de nacimiento fue la via abdominal en 84.6% (11 / 13), y por parto vaginal 7.69% (1 /13) por ser obito, el resto no acudió a seguimiento. La mayor incidencia se encuentra en el municipio de Jiutepec Morelos.
CONCLUSIÓN: Es necesario plantear una estrategia para lograr el diagnostico temprano y referencia adecuada al grupo de riesgo menor a 18 años, antes de las 30 semanas de gestación, para un adecuado manejo del feto con gastrosquisis. Implementar protocolo de diagnóstico con alfafetoproteína desde la semana 16 de gestacion, para un diagnóstico oportuno. Lo ideal para la valoracion de la interrupción es en la semana 30, con punto de corte a partir de la semana 33, con el fin de disminuir el riesgo de necrosis intestinal. La via de interrupción ideal es abdominal, a menos que existan criterios de mayor riesgo. El riesgo mayor se da en pacientes adolescentes, por lo tanto es fundamental la orientación sobre prevención de embarazo en ellas, o sobre prevención de complicaciones en las adolescentes embarazadas.

TRABAJO EN CARTEL.
Mampara 9

Absceso pélvico con extensión al conducto de Nuck en el puerperio; reporte de un caso

Donato Saldívar Rodríguez, Anais Berlanga Garza, Gregorio Treviño Martínez, Clara del Carmen Flores Acosta y Oscar Treviño Montemayor
Servicio de Medicina Materno Fetal, Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, Monterrey, Nuevo León.

ANTECEDENTES: Las anormalidades de canal de Nuck son una causa rara por de morbilidad. La obliteración completa ocurre en el 1er año de vida. La obliteración incompleta del conducto conduce a la permeabilidad parcial con comunicación peritoneal.
OBJETIVO: Absceso Pélvico con Extensión al Conducto de Nuck en el Puerperio; reporte de caso. Revisión de la literatura
MATERIALES Y MÉTODOS: Mujer de 23 años, G4P4 antecedente de hernia inguinal. Acudió a urgencias cursando 8vo día de puerperio por dolor abdominal, loquios fétidos y fiebre, ingresando con diagnóstico de endometritis al 3er día de internamiento presentó aumento de volumen en el pliegue inguinal izquierdo, monte de Venus, y labio mayor; ecografía pélvica y tejidos blandos: salpingitis izquierda con herniación a canal inguinal izquierdo.
RESULTADOS: Se realizó laparotomía exploradora e incisión en pliegue inguinal izquierdo, encontrando conducto de Nuck permeable, con salida de material purulento, absceso intraligamentario; por lo que se realizó histerectomía y salpingooforectomía izquierda, con reporte de patología endometritis, perisalpingitis, en el posoperatorio con antibioticoterapia y con mejoría clínica es egresada.
CONCLUSIÓN: La patología del canal de Nuck aunque se presenta con mayor frecuencia en la infancia, debemos de pensar en su diagnóstico ante la presentación de alguna patología inguinal o femoral como en nuestro caso.

TRABAJO EN CARTEL. Mampara 10

Incompatibilidad Rh subgrupo deleido y embarazo; reporte de un caso

Donato Saldívar Rodríguez, Gregorio Treviño Martínez, Anais Berlanga Garza, Clara del Carmen Flores Acosta y Oscar Treviño Montemayor
Servicio de Medicina Materno Fetal, Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, Monterrey, Nuevo León.

ANTECEDENTES: El Rh es causante del 43% de la enfermedad hemolítica perinatal en la era de la inmunoglobulina anti-D. Existen 2 proteínas responsables de acarrear los antígenos(Ag) del Rh: RhD (Ag D) y RhCE (Ag C, c, E y e). (1,2,3)
OBJETIVO: Presentación de un caso de incompatibilidad RH subgrupo Deleido y embarazo y revisión de la literatura.
MATERIALES Y MÉTODOS: Mujer de 32 años, G5P3C1 antecedente de ictericia al nacimiento en el 2do embarazo y 2 muertes perinatales: 1era óbito, 35 semanas con hidrops y la 2da producto con cardiomegalia, esplenomegalia, ictericia. Acude a urgencias cursando embarazo de 22.4 semanas por sangrado transvaginal súbito. US: producto óbito, con hidrops, placentomegalia de 6cm marginal. Hb 7.42g/dl, Grupo O+, coombs indirecto (+).
RESULTADOS: Se integra diagnóstico de incompatibilidad Rh subgrupo deleído (D+; C, c, E y e -) por aloinmunización. Se realizó histerectomía en bloque, se le administro eritropoyetina, ácido fólico, sulfato ferroso; con mejoría clínica egresando con seguimiento a la consulta.
CONCLUSIÓN: Este caso poco usual, presenta una mezcla de anticuerpos contra Ag del grupo Rh, por aloinmunización de embarazos previos dificultando el manejo médico, siendo la única opción de transfusión de fenotipo Rh nulo o Rh deleído para C, c, E y e. (4,5)

TRABAJO EN CARTEL. Mampara 11

Dermatomiositis y embarazo: reporte de un caso

Clara del Carmen Flores Acosta, Gregorio Treviño Martínez, Donato Saldívar Rodríguez, Lilia Cano Hinojosa y Luis Marcelo Garza Ayala
Departamento de Ginecología y Obstetricia, Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, Monterrey, Nuevo León.

ANTECEDENTES: Dermatomiositis es una miopatía inflamatoria idiopática, su prevalencia de 2.4–10.7 en 100,000. Su incidencia es 10-15 y 40-60 años. El 14% ocurre en edad reproductiva, los reportes asociados a embarazo son infrecuentes. (1,2)
OBJETIVO: Presentación de un caso de dermatomiositis en una paciente embarazada y revisión de la literatura.
MATERIALES Y MÉTODOS: Femenino de 21 años, G2C1, acudió cursando embarazo 10.1 semanas, por cuadro de 2 semanas de evolución con edema de miembros superiores, artralgias metacarpofalángicas, muñecas, codo y tobillo; edema de miembros inferiores ascendente, debilidad muscular proximal de cintura escapular y pélvica, dermatosis pruriginosa descamativa en tórax y disartria. Exploración: erupción en heliotropo, pápulas de Gottron, dermatosis descamativa en tórax y pliegues flexores.
RESULTADOS: Se ingresó para su estudio donde se tomó panel de

miositis y biopsia de piel, resultando positivos KU y anti MI-2, integrando el diagnostico de DM, se dio tratamiento con metilprednisolona y azatioprina con mejoría clínica. Continúo control prenatal y seguimiento en reumatología. Se realizó operación cesárea por G2C1 y 40 semanas y se obtuvo femenino de 3790grs, 53cm, Apgar 7/9, egresando sin complicaciones.
CONCLUSIÓN: La DM y embarazo es excepcional, algunos reportes han manifestado asociación con aborto espontáneo, retardo en el crecimiento. La pérdida fetal se ha reportado en un 50% cuando se manifiesta por primera vez con el embarazo.

TRABAJO EN CARTEL. Mampara 12

Esferocitosis y embarazo: reporte de un caso

Clara del Carmen Flores Acosta, Gregorio Treviño Martínez, Donato Saldívar Rodríguez, Karen Astrid Pinto García y Oscar Treviño Montemayor
Servicio de Medicina Materno Fetal, Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, Monterrey, Nuevo León.

ANTECEDENTES: La Esferocitosis hereditaria es un desorden hemolítico familiar con una marcada heterogeneidad clínica, caracterizada por alteraciones de las proteínas de la membrana eritrocitaria. Es la anemia hemolítica hereditaria más frecuente.
OBJETIVO: Reporte de un caso de esferocitosis y embarazo. Revisión de la literatura.
MATERIALES Y MÉTODOS: Femenino de 25 años G2, antecedente de Tb miliar 2016. Acude por cuadro de 4 meses de evolución cursando embarazo de 31.2 semanas, con astenia, adinamia, ictericia e hiporexia. EF: palidez de tegumentos, ictericia, esplenomegalia. US: producto vivo acorde a edad gestacional. Resultados de laboratorio con anemia hemolítica, hiperbilirrubinemia, esferocitosis en frotis de sangre, una prueba da fragilidad osmótica (+) diagnosticándose Esferocitosis hereditaria.
RESULTADOS: Se dió manejo ambulatorio con ácido fólico. Cursando embarazo de 38.3 semanas, acude por trabajo de parto, obteniendo, masculino de 2580g, 47cm, Apgar 8/9, Capurro de 37.3 semanas sin complicaciones y egresado con seguimiento en hematología.
CONCLUSIÓN: Las embarazadas presentan una anemia más grave. Las crisis hemolíticas no son frecuentes. La deficiencia de ácido fólico es uno de los mayores riesgos a que están expuestas, por lo que se debe duplicar la dosis durante el embarazo.

TRABAJO EN CARTEL. Mampara 13

Tuberculosis Intestinal y Embarazo: Reporte de un caso

Clara del Carmen Flores Acosta, Gregorio Treviño Martínez, Donato Saldívar Rodríguez, Luis Marcelo Garza Ayala y Roberto Embriz López
Departamento de Ginecología y Obstetricia, Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, Monterrey, Nuevo León.

ANTECEDENTES: La tuberculosis sigue siendo un problema de salud mundial. En México se estima que anualmente prevalecen 64,000 casos que pueden afectar diferentes órganos con presentaciones clínicas que simulan otras patologías.
OBJETIVO: Tuberculosis peritoneal y embarazo. Presentación de un caso y revisión de la literatura.
MATERIALES Y MÉTODOS: Femenino 30 años, G2C1, cursando embarazo de 16 semanas, acudió por dolor y distensión abdominal de 2 semanas evolución, posteriormente intolerancia a la vía oral, evacuaciones disminuidas en consistencia y fiebre. Exploración física: abdomen globoso expensas de líquido de ascitis. Estudios de imagen con reporte de carcinomatosis, y un Ca 125 en 997 con sospecha de neoplasia. Se realiza citología de líquido de ascitis, negativo para neoplasia y BAAR negativo.
RESULTADOS: Se realizó laparoscopia para toma de biopsia de epiplón con reporte de BAAR(+), por lo que se inicia tratamiento con rifampicina, isoniacida, pirazinamida y etambutol , presentando mejoría clínica. Acudiendo a la semana a control encontrando producto óbito ingresando para LUIBA, se envía a patología para estudio con reporte de patología de corioamnionitis aguda. Continuando tratamiento médico en seguimiento por infectología.
CONCLUSIÓN: Las manifestaciones clínicas de TB peritoneal son inespecíficas es un reto el diagnóstico definitivo. En este caso se pensó primeramente en carcinoma de ovario, por la ascitis, carcinomatosis en los estudios de imagen y Ca 125 elevado.

TRABAJO EN CARTEL. Mampara 14

Diagnóstico prenatal de quiste de ovario fetal: reporte de un caso y revisión

Flavio Hernández Castro, Héctor Gerardo Triana Saldaña, Gabriel Edgar Villagómez Martínez, Iván Vladimir Dávila Escamilla y Adir Antonio Martínez Castro
Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, Monterrey, Nuevo León.

ANTECEDENTES: Los quistes ováricos fetales son la causa más

frecuente de quistes intraabdominales descritos prenatalmente. Se estima una incidencia de 1/2,625 recién nacidos femeninos.
OBJETIVO: Determinar los datos ecográficos que orienten al diagnostico prenatal de quiste ovárico.
MATERIALES Y MÉTODOS: Paciente de 16 años, cursando embarazo de 33.4 semanas, se realizó valoración ecográfica encontrando feto femenino con tumoración quística intraabdominal, de pared lisa, redondeada, regular, sin septos en hemiabdomen izquierdo de 63 x 47 x 49 mm, sospecha diagnostica de quiste ovárico. Se realizo RMN reportando quiste abdominal izquierdo a considerar origen ovárico.
RESULTADOS: Cursando 38.5 semanas, se atendido parto sin complicaciones, obteniendo producto femenino, de 3,400 gramos, Apgar 8/9, Capurro de 39.5 semanas. Cursando 3 días de recién nacido se realizó resección de quiste ovárico por laparoscopia sin complicaciones, se obtuvo reporte de anatomía patológica cistoadenoma seroso, con adecuada evolución postquirúrgica se egresó.
CONCLUSIÓN: El diagnóstico ecográfico se basa en la presencia de 4 criterios: sexo femenino, estructura quística de contorno regular fuera de la línea media, tractos urinario y gastrointestinal de apariencia normal.

TRABAJO EN CARTEL. Mampara 15

Diagnóstico prenatal de teratoma orofaríngeo (epignatus) y manejo inmediato del neonato. Reporte de un caso y revisión

Gabriel Edgar Villagómez Martínez, Abel Guzmán López, Juan Antonio Soria López, Emilio Modesto Treviño Salinas y Adir Antonio Martínez Castro
Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, Monterrey, Nuevo León.

ANTECEDENTES: Los teratomas orofaríngeos son extremadamente raros y comprenden cerca del 2% de todos los teratomas pediátricos. El epignatus es un teratoma que surge de la cavidad oral y la faringe.
OBJETIVO: Determinar los datos ecográficos que orienten al diagnóstico prenatal del teratoma orofaríngeo.
MATERIALES Y MÉTODOS: Paciente de 32 años, cursa embarazo de 32 semanas, se realizó ecografía fetal encontrando tumoración de 66 x 43 mm con aparente origen en orofaringe, por lo cual se plantea la posibilidad de un teratoma orofaríngeo. Se realizo RMN para valorar extensión faríngea, reportando lesión pediculada con origen en paladar anterior; la faringe y tráquea respetadas.
RESULTADOS: Se obtuvo producto femenino de 2740 gr por cesárea corporal y procedimiento EXIT, traqueostomía inmediata con resección parcial de la tumoración, posteriormente resección total del tumor residual y reconstrucción de labio superior al 14º día de nacido. El resultado de anatomía patológica reporto teratoma maduro. Se plantea palatoplastia y reconstrucción facial a los 6 meses de edad.
CONCLUSIÓN: El diagnóstico oportuno prenatal permite planificar la estrategia de nacimiento para el establecimiento rápido de una vía aérea del neonato, mediante el procedimiento EXIT o traqueostomía.

TRABAJO EN CARTEL. Mampara 16

Enfermedad renal crónica y lesión renal aguda asociada a preeclampsia con datos de severidad: reporte de dos casos en el Hospital Regional 1º de Octubre ISSSTE

Paula Mariana Sánchez Tinoco, Karelia Mendoza Baranda y *Raúl Córdova Portillo*
Hospital Regional 1º de Octubre ISSSTE, Ciudad de México.

ANTECEDENTES: La preeclampsia es la causa más común de lesión renal aguda durante el embarazo, (la preeclampsia se refiere a la nueva aparición de hipertensión, proteinuria significativa, y otros signos de enfermedad sistémica, incluyendo trombocitopenia, elevación de las enzimas hepáticas, lesión renal aguda, edema agudo pulmonar, alteraciones visuales, cerebrales, usualmente después de las 20 semanas de gestación en una mujer previamente normotensa). En la mayoría de las mujeres con preeclampsia, la tasa del filtración glomerular disminuye en promedio del 30 al 40%, que resulta en el aumento de la creatinina sérica. La lesión renal aguda es más común en pacientes que se acompaña con síndrome de HELLP, se sugiere que la lesión renal aguda ocurre del 3 al 15% de casos en preeclampsia asociado con síndrome de HELLP. las causas de la lesión renal aguda durante la preeclampsia se deben a edema y lesión de las células endoteliales. Los cambios fisiológicos propios del embarazo sobre la enfermedad renal crónica están asociados a incrementar los resultados adversos perinatales, aumentan el riesgo de desarrollar hipertensión gestacional, preeclampsia, eclampsia, incluso la muerte. los estados hipertensivos del embarazo son más complicados de diagnosticar en una mujer con ERC quienes ya presentan hipertensión y proteinuria.
OBJETIVO: 1) Identificar los cambios fisiologicos producidos en el sistema renal por el embarazo, 2) Diferenciar los cambios fi-

siológicos del sistema renal en el embarazo de los patológicos sugerentes de enfermedad y 3) Diagnosticar las complicaciones renales asociadas a estados hipertensivos del embarazo.
MATERIALES Y MÉTODOS: Revisión bibliográfica: se ha realizado una búsqueda de la literatura más significativa y reciente referente a la Enfermerdad Renal Crónica y Lesión Renal Aguda a través de Pubmed y UpTodate. Palabras clave: "Preeclampsia-Eclampsia, Toxemia, Necrosis Tubular Aguda, Insuficiencia Renal Aguda, Insuficiencia Renal Crónica, Restriccion del Crecimiento Intrauterino, Oligohidramnios". Selección de Pacientes: Han sido seleccionadas dentro de los pacientes diagnosticadas con Preeclampsia con Lesión Renal Aguda y con Enfermedad Renal Crónica en el ultimo año dentro del Hospital Regional 1º de Octubre buscando casos que permitiesen explicar la fisiopatología completa y el tratamiento de la Lesión Renal Aguda. Los datos han sido extraídos de los expedientes clínicos habiéndose recogido datos analíticos y evolutivos previos, coincidentes y posteriores a la preeclampsia.
RESULTADOS: La coexistencia de ERC y embarazo, constituye un desafío clínico en la atención médica y el desenlace obstétrico. La presencia de ERC durante la gestación aumenta el riesgo de complicaciones fetales (retardo del crecimiento intrauterino, bajo peso al nacer y mortalidad perinatal) y maternas (parto prematuro). A su vez, la gestación puede exacerbar o acelerar una nefropatía previa. El embarazo puede acelerar la pérdida de función renal en mujeres con enfermedad renal crónica (ERC) esto varía ampliamente dependiendo de la creatinina basal previa a la gestación, la presencia de hipertensión y la magnitud de la proteinuria, siendo más pronunciada en aquellas mujeres con creatinina mayores de 2.5 mg/dl donde el deterioro de la función renal puede ser hasta de 75%, con el subsecuente mayor riesgo de necesidad de terapia de reemplazo renal.
CONCLUSIÓN: El manejo de la paciente con ERC y embarazo no es sencillo, ya que múltiples factores determinan los desenlaces tanto para el feto como para la madre, por esta razón debe incluir un abordaje multidisciplinario temprano entre el ginecoobstetra, internista y nefrólogo, para iniciar la terapia apropiada con el mejor perfil riesgo/beneficio y seguimiento clínico estricto con el objetivo de mejorar la probabilidad de desenlaces satisfactorios tanto para la madre como para el feto.

TRABAJO EN CARTEL. Mampara 17

Embarazo abdominal con gestación a término; reporte de caso y revisión de literatura.

Flavio Hernández Castro, Anais Berlanga Garza, Cristina Ramírez Colunga, Emilio Modesto Treviño Salinas y Abel Guzmán López
Servicio de Medicina Materno Fetal, Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, Monterrey, Nuevo León.

ANTECEDENTES: El embarazo ectópico abdominal tiene una incidencia de 1.4%, debido a su infrecuencia es un desafío diagnóstico, su ubicación variable en el abdomen se asocia con una amplia gama de signos y síntomas.
OBJETIVO: Se reporta el caso de un embarazo ectópico abdominal con gestación a término con resultados favorables materno-fetales.
MATERIALES Y MÉTODOS: Mujer de 26 años, G4A1P1C1, con mal control prenatal, cursando embarazo de 35.1 semanas más una preeclampsia severa, el cual se le realizó una cesárea, obteniendo un producto sin complicaciones, se encuentra transquirúrgico un embarazo abdominal implantado en anexo derecho, presentó hemorragia obstétrica, se empaquetó y fue enviada al Hospital Universitario, "Dr. José Eleuterio González".
RESULTADOS: Se recibió paciente con IOT, se ingresó a cuidados intensivos, iniciando manejo conservador (Metotrexate/Acido Folínico),se solicitaron HGC-B, 48horas después se realizó desempaquetamiento, ante respuesta desfavorable al manejo médico, al 8vo día de puerperio se realizó laparotomía exploradora, realizando histerectomía, tras una evolución tórpida, se egresó sin complicaciones 30 días después.
CONCLUSIÓN: El embarazo ectópico abdominal a término con productos viables, es una afección sumamente rara, con alto riesgo de muerte, es indispensable un diagnóstico oportuno y un manejo multidisciplinario.

TRABAJO EN CARTEL. Mampara 18

Hiperreación luteínica asociada a hidrops fetal. Reporte de caso

Donato Saldívar Rodríguez, Anais Berlanga Garza, Juan Antonio Soria López, Marco David Del Cueto Aguilera y Roberto Guadalupe Martínez Santos
Servicio de Medicina Materno Fetal, Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, Monterrey, Nuevo León.

ANTECEDENTES: La hiperreacción luteínica (HL); es una afección benigna, autolimitada y poco común del embarazo, caracterizada por ovarios múltiquísticos bilaterales, simulando una neoplasia ovárica.

OBJETIVO: Se reporta el caso de un embarazo con tumoraciones ováricas bilaterales multiquísticas (HL) durante una cesárea asociado con un producto con hídrops fetal.
MATERIALES Y MÉTODOS: Mujer de 35 años, G5C3P1, sin antecedentes relevantes, acude a urgencias cursando embarazo 26.6 semanas, por actividad uterina. Hemodinámicamente estable, con trabajo parto fase activa(4cm).US: producto único, vivo, con datos de hídrops, 26 semanas, Polihidramnios 26cm, placentomegalia de 5cm, circunferencia abdominal 529.9 mm (Percentil > 97) a expensas de líquido de ascitis, edema generalizado.
RESULTADOS: Se realizó cesárea, obteniendo producto hidrópico con ascitis. Evidenciando tumoraciones anexiales bilaterales multiquísticas 13x10cm se realizó salpingooforectomía izquierda, anatomía patológica reportó hiperreacción luteínica. Exámenes de laboratorio normales; Gpo y Rh B positivo, con adecuada evolución, se egresó con seguimiento a consulta externa. El producto falleció 12 horas después.
CONCLUSIÓN: Esta entidad debe considerarse como parte del diagnóstico diferencial de los tumores ováricos en mujeres embarazadas, ya que el reconocimiento de ésta evitará una cirugía radical innecesaria.

TRABAJO EN CARTEL.
Mampara 19

Efecto del ángulo de valoración de la imagen en la medición de la cisterna magna fetal en segundo trimestre

Flavio Hernández Castro, Iván Vladimir Dávila Escamilla, Clara del Carmen Flores Acosta, Donato Saldívar Rodríguez, Abel Guzmán López
Departamento de Obstetricia y servicio de Medicina Materno-Fetal, Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, Monterrey, Nuevo León.

ANTECEDENTES: La evaluación de la fosa posterior es parte esencial de la valoración ultrasonográfica de la anatomía fetal, debido a que anomalías en el cerebelo y la cisterna magna (CMf) pueden proporcionar evidencia de importantes patologías. Las medidas normales de la CMf (2-10 mm) y atrios ventriculares (<10 mm), confieren al estudio un alto valor predictivo negativo de anormalidades estructurales en sistema nervioso central. El ángulo de medición, por otra parte, varía según los autores y ha sido descrito entre 10 y 30°, con referencias anatómicas también diferentes como las líneas cantomeatal y basal de Reid. Desafortunadamente éstas guías son útiles en estudios radiográficos pero tienen poca utilidad para los ultrasonográficos. Una técnica precisa y el conocimiento de posibles errores en la estimación son fundamentales para evitar falsos positivos, pues se han descrito factores que pueden modificar el resultado de la medición de los elementos de la fosa posterior como el sexo y presentación fetales.
OBJETIVO: Demostrar que la medida ultrasonográfica de la CMf es diferente según el ángulo en que sea valorada durante el estudio anatómico del segundo trimestre.
MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio observacional, transversal y comparativo, en el cual se midió la CMf en mujeres embarazadas entre 18 y 24.6 semanas que acudieron a valoración de la anatomía fetal. Se excluyeron aquellas con antecedente de ausencia de translucencia intracraneal y/o riesgo alto de aneuploidías en tamizaje de primer trimestre, así como con patología crónica como diabetes mellitus, hipertensión arterial, hipo e hipertiroidismo. Se eliminaron del estudio los fetos con datos ecográficos de anomalías estructurales tanto en sistema nervioso central como fuera de éste, excepto megacisterna magna. También aquellos con imágenes adquiridas que no cumplieron todos los requisitos del plano de valoración. La medición se realizó en el plano transcerebeloso, en la línea media, en sentido anteroposterior del borde posterior del vérmix hasta el hueso occipital. Para determinar la diferencia dependiente del ángulo, la CMf fue valorada en dos imágenes diferentes que posteriormente fueron comparadas. La primera medición, en la que las estructuras de la línea media fueron perpendiculares al haz de ultrasonido (imagen a 0° u horizontal) y la segunda, se hizo después de mover el transductor aproximadamente 30° hacia el occipucio fetal conservando las referencias intracraneales. Para estudiar la influencia de la presentación fetal sobre la medición, la población se dividió en dos grupos de acuerdo a la presentación y de ser posible se valoró al mismo feto en presentación cefálica y pélvica con una diferencia menor a 24 horas entre mediciones. El tamaño muestral se calculó considerando la diferencia de medias y desviación estándar a diferentes ángulos para medir la CMf. Con un nivel de significancia de 0.05 (α) y potencia de 90% (β), se estimó requerir mínimo 94 pacientes. Los datos se analizaron con el paquete estadístico SPSS 22, según características de las variables: cuantitativas con t Student o U de Mann-Whitney según distribución paramétrica y en cualitativas X2 .
RESULTADOS: Se estudiaron 200 pacientes de las cuales 14 (7%) fueron eliminadas, 10 (5%) por imágenes que no cumplieron con criterios de medición y las restantes por el hallazgo de defectos estructurales. La medición de la CM a 0°

fue menor que la realizada a 30° (4.97 ± 1.26 mm y 7.47 ± 1.34 mm, p<0.001). No observamos diferencia estadística al comparar ambas mediciones en relación al sexo ni presentación fetal.
CONCLUSIÓN: La medida de la CMf fue diferente según el ángulo en que se estudió pero no según el sexo o presentación fetales como se ha descrito en algunas publicaciones. Las valoraciones a 30° podrían tener más falsos positivos los cuales podrían ocasionar intervenciones innecesarias y ansiedad a los padres.

TRABAJO EN CARTEL. Mampara 20

Masa abdominal de difícil diagnostico: textiloma. Reporte de un caso

David Fernando Morales Bautista, María Guadalupe Rodríguez Bucio, Edith Citlali Serrano Medina y Luis Gerardo Carrillo Reyes
Instituto de Salud del Estado de Morelos.

ANTECEDENTES: El textiloma es el termino actualmente usado para referirse a todo cuerpo extraño dentro del organismo generalmente secundario a material textil olvidado durante un procedimiento quirúrgico. Los materiales quirúrgicos no absorbibles retenidos pueden inducir a dos tipos de reacciones: una respuesta fibrosa aséptica que produce adherencias y encapsulación (granuloma), y una respuesta exudativa que lleva a la formación de abscesos. Dependiendo del tipo de reacción se puede producir dolor abdominal difuso, tumor abdominal palpable, peritonitis, adherencias, fisuras, absceso intraabdominales, erosión intestinal, obstrucción abdominal intraluminal y fiebre. El antecedente de cirugía previa es el dato fundamental para la sospecha. Pueden clasificarse en agudos o crónicos dependiendo de la presentación clínica y el tipo de reacción que generen. Las manifestaciones clínicas son inespecíficas, van desde dolor abdominal difuso con masa abdominal palpable hasta cuadros severos de obstrucción intestinal o sepsis de origen abdominal; siendo el dolor abdominal el síntoma más frecuente y en ocasiones asociado a un cuadro febril. Los estudios de imagen favorecen el diagnostico preoperatorio de un 50 al 70%. La laparotomía abierta es el pilar fundamental cuando se cuenta con diagnóstico de textiloma. La prevención consiste en una cuenta meticulosa al inicio y final del procedimiento quirúrgico, revisión cuidadosa de la cavidad y uso de material con marcadores a los rayos X para su detección precoz.
OBJETIVO: Analizar el caso de una tumoración anexialcompatible con un textiloma.
MATERIALES Y MÉTODOS: Femenino de 35 años de edad, con antecedente de cesárea electiva 12 años previos y apendicetomía hace 11 años. Acude a valoración por dolor abdominal ocasional de intensidad leve a moderada, acompañado de aumento de volumen abdominal de 4 años de evolución, (niega pérdida de peso). A la exploración física se refiere dolor abdominal a la palpación profunda, con tumoración abdomino pélvica, no móvil de aproximadamente 25 cms de consistencia dura, ruidos peristálticos presentes. Tacto vaginal, sin poder delimitar útero y anexos, solo tumoración abdomino pélvica de aproximadamente 25 cms, fija, cérvix normal. Se inicia protocolo de tumoración anexial, reportándose marcadores tumorales normales. USG con reporte de masa tumoral probable anexial derecho de 25 x 20 cms, compleja con múltiples trabeculaciones, no se visualiza útero. Se solicita tomografía abdomino pélvica, la cual no se realiza por falta de recursos de la paciente. Se programa para laparotomía exploradora (no contamos con departamento de patología para el estudio trans-operatorio).
RESULTADOS: Se realizó laparotomía exploradora encontrando tumoración en hemiabdomen derecho de 25 x 25 cms, totalmente adherida a la pared abdomino pélvica, así como múltiples adherencias de asas intestinales (un 90%) por lo que para la extracción fue necesario realizar resección intestinal y posterior entero-entero anastomosis. Se envía pieza quirúrgica a estudio histopatológico definitivo. No se reportan complicaciones en el pos quirúrgico. REPORTE DE HISTOPATOLOGÍA: Macroscópico: compresa quirúrgica (textiloma) Microscópico: encapsulación fibrosa con reacción celular secundaria a cuerpo extraño.
CONCLUSIÓN: El textiloma representa una entidad rara en la literatura, la mayoría son asintomáticos y difícil de diagnosticar por lo que en todo paciente con antecedente de cirugías deben ser incluidos como parte de diagnostico diferencial. Los cirujanos deben de tener la costumbre de realizar una búsqueda rutinaria de material quirúrgico dentro de la cavidad y una cuenta meticulosa previo al cierre de cavidad como medida preventiva.

TRABAJO EN CARTEL. Mampara 21

Complicaciones asociadas al parto

Gonzalo Soto Fuenzalida, Evelyn Garza Krause, Ana Sofía Ferrigno Guajardo, Jesús Ortiz Urbina y Victor Manuel Matías Barrios
Tecnológico de Monterrey, Nuevo León.

ANTECEDENTES: El parto vaginal es la vía natural para la finalización

del embarazo, y las técnicas para llegar a buen final han ido evolucionando con el paso de los años. En países en vías de desarrollo, se está presentando actualmente un fenómeno en el cual el índice de cesáreas ha aumentado en desmedro de la vía vaginal. Están demostrados los beneficios de rápida recuperación, inicio temprano de la deambulación, tolerancia a la vía oral que están asociados al parto vaginal. Con el paso de los años, y la suma de los beneficios encontrados con el uso de medicamentos y mejora en las técnicas quirúrgicas y de instrumentación de los partos, tanto la morbimortalidad infantil como materna se redujeron de forma significativa, en comparación a los registros presentes antes de 1950. Las mayores desventajas las encontramos en estudios que hacen referencia a la relajación pélvica que se presenta con los años, y la incontinencia anal que de forma significativa la describen con mayor presencia en pacientes con nacimientos por vía vaginal. Encontramos la necesidad de revisar nuestras estadísticas, y determinar mediante esta revisión retrospectiva nuestros principales números para su análisis.

OBJETIVO: Determinar las principales complicaciones asociadas al parto por vía vaginal, y valorar factores de riesgo asociados y significancia de su presentación.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo, en el cual se hizo una revisión de expedientes de pacientes atendidas por parto entre enero del 2014, y diciembre del 2015. Se excluyeron de este estudio las pacientes que presentaban algún tipo de morbilidad materno fetal, así como los casos con expedientes incompletos. Se realizó un análisis con estadística descriptiva.

RESULTADOS: Se estudiaron un total de 377 pacientes atendidas por parto durante los años 2014 a 1015. La media de edad de las pacientes fue de 28.3 años, IMC medio de 29.5. De este grupo ingresaron a UTIA 2 pacientes (0.5%), ambas por hemorragia obstétrica y que fueron dadas de alta sin complicaciones. Del grupo en estudio requirieron trasfusión 5 pacientes (1.3%). En cuanto a cirugía perineal, a 115 pacientes no se le realizó episiotomía, 196 tuvieron episiotomía media y 66 episiotomía medio lateral derecha. Las pacientes a las cuales se les aplico fórceps, presentaron según su paridad desgarros con G1 = 34 pacientes, G2 = 7 pacientes, 3 gestas o más = 6 pacientes. (n=47 pacientes). De las 34 pacientes primigestas con desgarro, 21 pacientes fueron atendidas con episiotomía media. La aplicación de fórceps fue de 117 pacientes, presentando 47 pacientes algún grado de desgarro (40%) y 70 pacientes (60%) sin lesiones. En el grupo de pacientes analizadas no hubo muertes maternas, y no se produjeron lesiones fetales con la instrumentación de los partos. En el grupo estudiado hubo un reingreso hospitalario por dehiscencia de herida perineal (episiorrafia). Los días promedios de hospitalización posterior al procedimiento fueron de 2 días.

CONCLUSIÓN: La vía vaginal presenta las ventajas de rápida recuperación, baja incidencia de ingreso a UTIA, baja incidencia de transfusión. El uso de fórceps se relaciona con un mayor índice de desgarros en sus diferentes presentaciones. Los desgarros fueron más significativos en pacientes primigestas a las cuales se les realizó episiotomía media. Los días de hospitalización en promedio de las pacientes fueron de 2 días. No hubo lesiones en los recién nacidos atendidos con fórceps. Cabe recalcar que el total de pacientes fueron atendidas por médicos externos certificados, no hubo atención de partos por médicos en entrenamiento.

TRABAJO EN CARTEL.
Mampara 22

Lesiones vulvo vaginales asociadas al parto, estudio retrospectivo de 2 años

Gonzalo Soto Fuenzalida, Evelyn Garza Krause, Gloria Rodríguez Gómez, Carlos González Delgado y Lourdes Martínez Ordaz
Tecnológico de Monterrey, Nuevo León.

ANTECEDENTES: La recuperación del parto por vía vaginal no tiene comparación en las diferentes escalas y estudios realizados en comparación con la cesárea. Ya sabemos que el riesgo por el procedimiento es similar en cuanto a sangrado, y lesiones, pero los días de incapacidad y morbilidad de la cesárea en comparación al parto vaginal se distancia mucho en los resultados. Las técnicas utilizadas actualmente en el parto vaginal, pensadas en un inicio para disminuir la incidencia de relajación pélvica, como son la episiotomía en sus diferentes variedades, y la instrumentación del parto han mostrado con el paso del tiempo que si disminuyeron la mortalidad y morbilidad asociada a los nacimientos tanto en la madre como en el recién nacido. El asunto que más preocupa sobre el parto vaginal es la seguridad del perineo. El parto vaginal está asociado a disfunción del piso pélvico e incontinencia urinaria, fecal y de flatulencias lo cual se explica por el incremento en el riesgo de desgarros de tercer y cuarto grado. Sin embargo, las cesáreas de repetición muestran un riesgo de complicaciones exponencial a medida que aumenta el número de procedimientos. Este trabajo muestra las estadísticas pre-

sentadas en dos hospitales en parto vaginal, las diferentes lesiones presentadas en periné y la asociación que tiene con los diferentes tipos de episiotomía o su ausencia.
OBJETIVO: Mostrar los resultados obstétricos obtenidos mediante la ausencia de episiotomía y la realización de los diferentes tipos de episiotomía e instrumentación del parto en nuestros hospitales en un lapso de dos años.
MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo, en el cual se hizo una revisión de expedientes de pacientes atendidas por parto entre enero del 2014, y diciembre del 2015. Se excluyeron de este estudio las pacientes que presentaban algún tipo de morbilidad materno fetal, así como los casos con expedientes incompletos. Se realizó un análisis con estadística descriptiva.
RESULTADOS: Se revisaron un total de 377 pacientes que cumplían los requisitos de inclusión y exclusión del estudio. La edad promedio de las pacientes fue de 28 años, con un índice de masa corporal de 29.5. De este grupo fueron primigestas 125 pacientes, G2 119 pacientes, y con 3 gestas o más 133 pacientes. Del total de pacientes a 115 no se les realizó episiotomía (60.8% presentó desgarro), 196 se les realizó episiotomía media (26.5% presentó desgarro), 66 episiotomía medio lateral derecha (27.2% presentó desgarro). En el grupo de estudio, a 117 pacientes se les aplicó fórceps, teniendo 47 pacientes (40%) con algún grado de desgarro, y 70 pacientes (60%) sin lesiones. Revisando la presencia de desgarros con uso de fórceps, 70 pacientes no tuvieron lesiones (59.8%), 17 pacientes tuvieron desgarro grado 1 y 2 (14.5%); 12 pacientes tuvieron desgarro grado 3 (10.2%) y una paciente desgarro grado 4 (0.8%). Con la aplicación de fórceps, a 29 pacientes con desgarro se le había practicado episiotomía media, 11 pacientes episiotomía medio lateral, y 7 pacientes no se les realizó episiotomía. Al analizar las pacientes con parto instrumentado y paridad obtuvimos que 34 pacientes con desgarros eran primigestas, 7 pacientes g2, y 6 pacientes con 3 o más gestas. El tipo de episiotomía realizada en primigestas con desgarros fue media en 21 pacientes (61.7%), medio lateral derecha con 10 pacientes (29.4%), 3 pacientes sin episiotomía (8.8%). En las pacientes en las que no se utilizó fórceps, 167 (64.2%) no tuvieron desgarros, 50 pacientes (19.2%) tuvieron desgarro G1, 36 pacientes (13.8%) desgarro G2, y 7 pacientes (2.6% desgarro grado 3). No hubo en este grupo desgarros de 4º grado.
CONCLUSIÓN: En nuestro grupo de análisis, el no realizar episiotomía se relacionó con un mayor índice de desgarros en sus diferentes niveles. Las pacientes a las cuales se les indicó fórceps tuvieron significativamente más desgarros en sus diferentes grados que las no sometidas a instrumentación. El hecho de ser primigesta tiene un riesgo relativo aumentado para la presencia de desgarros cuando se utilizan fórceps. Fue significativo también el hecho que las primigestas con mayores desgarros tuvieron una episiotomía media. En las pacientes en las que no se usó fórceps no hubo desgarros de 4º grado, y los desgarros de 3er grado estuvieron muy por debajo de las pacientes sometidas a parto instrumentado. En el grupo de estudio no hubo lesiones fetales. Todos los procedimientos fueron realizados por médicos especialistas certificados. Del total de nacimientos por vía vaginal, no presentaron de forma significativa ingresos a UTIA ni transfusión sanguínea.

TRABAJO EN CARTEL.
Mampara 23

Pseudoquiste del cordón umbilical en el segundo trimestre reporte de caso

Josefina Báez Barraza, Fred Valentín Morgan Ruiz y Fred Morgan Ortiz
Hospital Civil de Culiacán, Centro de Investigación en Ciencias de la Salud, Sinaloa.

ANTECEDENTES: La prevalencia de masas quísticas del cordón umbilical detectadas en el primer trimestre es de 0.4% al 3.4 % en el segundo y tercer trimestre es desconocido, los quistes del cordón umbilical usualmente son clasificados en quistes o pseudoquistes diferenciándose solo histologicamente, es rara vez posible diferenciar entre quiste verdadero y pseudoquiste en una imagen ecosonografica, estos pueden ser múltiples o únicos, centrales o localizados cerca de la incercion fetal o placentaria. De acuerdo a varios estudios podría haber asociación entre la presencia de quistes de cordón y aneuploidia y anormalidades estructarles fetales.
OBJETIVO: Reportar un caso de psudoquiste de cordon umbilcal
MATERIALES Y MÉTODOS: Reporte de caso.
RESULTADOS: Pseudoquiste de cordon.
CONCLUSIÓN: Los quistes del cordon umbilical, representa la segunda anomalia mas comun del cordon umbilical, ademas son hallazgos poco comunes en el momento del parto, ya que suelen detectarse ultrasonograficamente en epocas tempranas de la gestacion y posteriormente desaparecer, esta entidad clinica segun estudios previos, esta fuertemente asociada a defectos cromosomicos y otras anomalias congenitas, especialmente onfalocele e hidropesia. El

diagnostico precoz y un seguimiento prenatal adecuado nos orientan a realizar mas estudios prospectivos largos y establecer la prevalencia de este tipo de casos para estudiar mas a fondo esta asociacion quistemalformaciones congenitas.

TRABAJO EN CARTEL. Mampara 24

Embarazo abdominal; reporte de dos casos y revisión de literatura

Oscar Rubén Treviño Montemayor, Cesar Fausto Cantú Yruegas, Nydia Paulina Herrera, Abel Guzmán López y Clara del Carmen Flores Acosta
Hospital Universitario Dr. José E. González, Monterrey, Nuevo León.

ANTECEDENTES: El embarazo abdominal es clasificado dentro de los embarazos ectópicos (EE), es una patología con baja incidencia (1%) y con un alto índice de morbimortalidad.
OBJETIVO: Presentamos dos casos de pacientes con cuadro de abdomen agudo y diagnóstico de embarazo ectópico abdominal tratadas satisfactoriamente en un centro de tercer nivel del norte de la República.
MATERIALES Y MÉTODOS: Femeninos de 18 y 39 años, acuden con cuadro de dolor abdominal e inestabilidad hemodinámica. Se realiza diagnóstico de probable EE al obtener prueba de embarazo positiva y estudio de imagen con útero vacío y abundante líquido libre en ambos casos; se decide realizar LAPE encontrando saco gestacional implantado en mesenterio a nivel de marco colónico y en cara posterior del útero respectivamente.
RESULTADOS: Ambas pacientes presentan adecuada evolución clínica, siendo egresadas al tercer día de estancia intrahospitalaria. Se continúa vigilancia por consulta externa donde se realiza retiro de puntos, y se obtiene resultado de anatomía patológica que reporta vellosidades coriales y decidua en material abdominal proporcionado en ambos casos.
CONCLUSIÓN: El embarazo ectópico abdominal es poco frecuente, tiene mayor dificultad diagnóstica y mayor tasa de mortalidad que el tubárico. Su tratamiento oportuno repercute en el pronóstico.

TRABAJO EN CARTEL. Mampara 25

Embarazo con acretismo placentario y feto con hernia diafragmática: reporte de un caso

Iván Vladimir Dávila Escamilla, Tomás Ignacio Guzmán Pérez, Flavio Hernández Castro, Abel Guzmán López y Cesar Fausto Cantú Yruegas
Hospital Universitario Dr. José E. González, Monterrey, Nuevo León.

ANTECEDENTES: Mujeres con historia de cirugía uterina y placenta previa tienen riesgo de trastornos de adhesión placentaria. Incidencia de 3/1000. La hernia diafragmática congénita es un defecto pleuroperitoneal, 90% es posterolateral.
OBJETIVO: Presentar caso clínico de acretismo placentario y de feto con hernia diafragmática congénita, desde su diagnostico prenatal hasta su resolución.
MATERIALES Y MÉTODOS: Paciente de 33 años, G3 C1; se diagnosticó en la 17sdg hernia diafragmática de Bochdaleck y acretismo placentario; se realizó RMN a las 33sdg donde se observó paso de estómago, bazo, glándula suprarrenal y riñón izquierdo hacia cavidad torácica, con disminución del parénquima pulmonar ipsilateral. Además, se evidencio placenta anterior con perdida de diferenciación de la interfase con el miometrio, así como de la interfase de la serosa al nivel anterior e inferior del útero, sugestivo de placenta percreta.
RESULTADOS: Ingresa paciente a quirófano para cesárea-histerectomía, se realiza histerotomía corporal, se realiza procedimiento EXIT, se extrae por completo producto, peso de 2160 grs, 47 cm; se realiza Histerectomía. Anatomía Patológica reporto Placenta increta.
CONCLUSIÓN: La hernia diafragmática presenta asociación hasta en 50% con otras anomalías. Ante una paciente con diagnóstico de acretismo placentario, deben ser tratadas por un equipo multidisciplinario conformado por obstetra, anestesiólogo y cirujano general.

TRABAJO EN CARTEL. Mampara 26

Flujometría Doppler de las arterias cerebral media y uterinas para predecir RCTG III en embarazos de 41 semanas y mayores

Flavio Hernández Castro, Gabriel Edgar Villagómez Martínez, Iván Vladimir Dávila Escamilla, Gregorio Treviño Martínez y Donato Saldívar Rodríguez
Hospital Universitario Dr. José E. González, Monterrey, Nuevo León.

ANTECEDENTES: Los embarazos de término tardío y postérmino se han asociado con resultados perinatales adversos como: convulsiones neonatales, aspiración de meconio, un incremento en los ingresos a terapia intensiva neonatal y mortalidad fetal neonatal. A pesar de ésta evidencia, los estudios actuales, incluyendo los que involucran flujometría Doppler (fD) han reportado resultados heterogéneos en los medios para prevenir éstas complicaciones.
OBJETIVO: Evaluar el potencial de la fD de la arteria cerebral media (IPACM), índice de pulsatilidad promedio de arterias uterinas (IPmedUt) e índice de líquido amniótico (ILA) para predecir RCTG III

en mujeres con embarazos de 41 semanas y mayores.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio prospectivo, observacional y transversal en el que se evaluaron mujeres con embarazos de 41 semanas o mayor, con feto único que fueron hospitalizadas para inducción rutinaria de trabajo de parto según protocolo institucional. Les fueron realizados antes de la inducción: pelvimetría clínica, valoración cardiotocográfica (RCTG), ILA, IPACM, IPmedUt y la relación entre éstas últimas (IPACM/IPmUt). Se excluyeron aquellas con contraindicaciones para inductoconducción del trabajo de parto, patología materna o fetal asociadas. El análisis estadístico fue realizado con el paquete SPSS versión 22. La pacientes fueron divididas según presentaron RCTG III. La normalidad de los datos fue evaluada con prueba Kolmogorov Smirnov y fueron comparadas según características de las mediciones: cuantitativas con t Student o U de Mann-Whitney según su distribución paramétrica. Las cualitativas con X2 Los valores de fD fueron convertidos en múltiplos de la mediana (MoMs) y ajustados por semanas de gestación. Se obtuvieron Odds ratios de los parámetros asociados con RCTG III. Luego, por medio de regresión logística binaria se elaboró una ecuación con los predictores estadísticamente más importantes. Finalmente se elaboró COR para calcular el área bajo la curva de la ecuación y los parámetros de vigilancia.

RESULTADOS: Se estudiaron 227 pacientes de las cuales 3.9% fueron eliminadas por imágenes que no cumplieron con criterios de medición de fD. Se incluyeron 218 mujeres, fueron divididas en 2 grupos según presentaron RCTG III. Características como edad materna, paridad, semanas de gestación y peso al nacimiento no fueron estadísticamente diferentes. No se encontró diferencia estadística entre los grupos en relación al ILA e IPACM pero si en oligohidramnios (ILA <5 cm), IPmedUt e IPACM/IPmedUt, siendo mayores en el grupo con RCTG III. En la regresión logística los parámetros con mayor asociación fueron la presencia de oligohidramnios, IPmedUt > percentil 95 y principalmente IPACM/IPmedUt < 1MoM (OR 3.16, IC 95% 1.66-5.88, p<0.001). Éste último punto de corte se consideró para incrementar la sensibilidad según lo publicado previamente. La relación IPACM/IPmedUt y el oligohidramnios fueron los mejores predictores de RCTG III en mujeres con embarazos de 41 semanas y mayores. Aunque la ecuación obtenida al combinarlos tuvo una sensibilidad baja (37.2%), su especificidad, VPN y exactitud fueron altos (96%, 86.15% y 84%, respectivamente) (área bajo la curva, 0.71, IC 95% 0.61-0.81, p < 0.001.

CONCLUSIÓN: La relación IPACM/IPmedUt y oligohidramnios fueron los mejores predictores de RCTG III en mujeres con embarazos de 41 semanas y mayores. Pero la ecuación obtenida tuvo una sensibilidad baja (37.2%), su especificidad, VPN y exactitud fueron altos (96%, 86.15% y 84%, respectivamente) (ABC, 0.71, IC 95% 0.61-0.81), p < 0.001. Por lo que aunque superó lo conseguido con IPmedUt e IPACM en otros estudios dista de ser una prueba de tamizaje adecuada.

TRABAJO EN CARTEL.
Mampara 27

Diagnóstico prenatal de obstrucción intestinal fetal

Gabriel Edgar Villagómez Martínez, Alejandra Cristina Ángeles Torres, Clara Flores Acosta, Héctor Gerardo Triana Saldaña y José Luis Iglesias Benavides

Hospital Universitario Dr. José E. González, Monterrey, Nuevo León.

ANTECEDENTES: La principal característica del tracto gastrointestinal en comparación a otros órganos es que su presentación varía significativamente durante el embarazo, en algunos casos incluso durante la exploración al ultrasonido debido a la fisiología de deglución, vaciamiento estomacal y peristalsis intestinal. La atresia duodenal tiene incidencia de 1-2500/10000 por NV. Riesgo de cromosomopatías en un 20-50%, principalmente Trisomía 21; y asociación en un 33% con anomalías vertebrales, 30% cardiopatías y 40% malrotación intestinal, raramente se asocia con anomalías severas del tracto biliar o páncreas anular. En caso de malformaciones de tracto biliar la mortalidad es de 20-40%, en casos aislados la sobrevivencia es de 90% con mortalidad posoperatoria de 3-5%. La atresia de intestino delgado tiene una frecuencia de 1/2500-5000 por NV, presenta bajo riesgo de cromosomopatía o asociación a síndromes. Puede ser única o múltiple. Atresia yeyunal es más común (50%), íleo un 43% y el resto de tracto un 7%. La atresia ileal es única y tiene alto riesgo de perforación intrauterina, alta pérdida de peso neonatal y edad gestacional avanzada al nacimiento, por el contrario la de yeyuno es múltiple, causa dilatación intestinal importante, baja pérdida de peso y edad de nacimiento más temprana. Calcificaciones intraabdominales (presentes <10%) sugieren peritonitis o íleo meconial con riesgo >90% asociarse fibrosis quística. RCIU asociada a atresia de yeyuno. Mal pronóstico en caso de múltiples anastomosis, complicaciones (volvulus, peritonitis o perforación) aumentan 10% mortalidad posoperatoria.

OBJETIVO: Determinar los datos ecográficos que orienten al diagnóstico prenatal en caso de obstrucción intestinal.
MATERIALES Y MÉTODOS: CASO 1. Paciente de 16 años, G1, acude de primer a vez a ultrasonido obstétrico de rutina. Se encuentra un feto de 27.1SDG Pequeño para edad gestacional, ILA 22.0cm, dilatación de estómago además de signo de doble búrbuja (Fig 1 y Fig 2), no se encuentran otras malformaciones asociadas. Se le propone a paciente toma de cariotipo fetal, la cual rechaza. A las 33.6SDG ocurre internamiento debido a amenaza de parto pretérmino con polihidramnios de 31cm, dilatación de asa intestinal con diámetro mayor de 21mm, PEG, se trata con indometacina 100mg (3 dosis) y se aplica esquema de maduración pulmonar, se revalora ILA de 22.6cm (36 horas de internamiento), con dificultad para remisión de amenaza de parto pretérmino. CASO 2. Karla 22 años. Gesta 4, 2 hijos vivos sanos, 1 aborto, acude a ultrasonido obstétrico de primera vez. Se encuentra un feto de 34.1SDG con estómago dilatado, asas de intestino grueso dilatadas con diámetro mayor de 39mm con contenido anecoico (Fig 3). No se visualiza ámpula rectal, crecimiento adecuado, ILA 19.8cm, no se observan otras malformaciones. Acude nuevamente con amenaza de parto pretérmino donde se observa dilatación intestinal, con diámetro mayor 22mm, áreas hiperecogénicas intraabdominal (Fig 4) con datos sugestivos de íleo meconial, por lo que se decide interrupción de embarazo vía cesárea.
RESULTADOS: CASO 1. Nacimiento de RN femenino, de 1,600gr Apgar 8/9, Capurro 34.5SDG, ingreso a sala UCIN realizando LAPE a los 3días de nacido encontrando atresia duodenal por páncreas anular, se realiza duodenotomía y anastomosis termino-terminal. CASO 2. Se obtiene masculino de 2530gr, APGAR 5/6 con dificultad respiratoria e IOT, Capurro 36.5SDG. A su ingreso a UCIN se descarta perforación o peritonitis meconial (Fig 5), se realiza LAPE a los dos días de nacido encontrando atresia a nivel de yeyuno con realización de yeyunostomía, con evolución metabólica tórpida, con retraso en inicio de vía oral. Al día de hoy ambos se encuentran en UCIN tolerando vía oral en espera de ganancia de peso.
CONCLUSIÓN: El diagnóstico prenatal de atresia duodenal se basa en la observación del signo de la doble búrbuja y polihidramnios en 2° o 3er trimestre. El riesgo de parto pretérmino es alto debido al polihidramnios. Cirugía correctiva se realiza inmediamente al nacimiento. El diagnóstico de obstrucción intestinal se basa en la detección de dilatación de asas intestinales próximas a la obstrucción comúnmente después de la semana 25, polihidramnios tardío. Al inicio el diámetro transverso es >7mm, localización centroabdominal del asa afectada con paredes hiperecoicas, peristalsis aumentada, presencia de calcificaciones intraabdominales. Tratamiento quirúrgico incluye resección de tracto atrésico y anastomosis termino-terminal.

TRABAJO EN CARTEL.
Mampara 28

Histeroscopia diagnóstica y su relación con la apreciación del dolor según el día del ciclo menstrual

José Ignacio García de la Torre, Beatriz Adriana Monsiváis Cigarroa, Jorge Luis Soto Zatarain, Gerardo González Cantú, Víctor Karym Gutiérrez Reyes
Hospital Universitario Dr. José E. González, Monterrey, Nuevo León.

ANTECEDENTES: La histeroscopía diagnóstica de consultorio es un procedimiento innovador y de mucha utilidad en la evaluación de patologías ginecológicas. En el Hospital Universitario de Saltillo se realiza en pacientes post LUI y post AMEU, como protocolo. Esto se realiza sin analgesia o anestesia. De acuerdo a una revisión de Cochrane para el manejo de dolor en histeroscopía, no hay diferencia consistente entre diversos tipos de analgésicos, contra placebo o contra ningún analgésico. La escala visual análoga es un método mediante el cual se evalúa del 0 al 10 la apreciación de dolor en el paciente . De manera rutinaria se solicita en la paciente post histeroscopía, evalúe su experiencia en el procedimiento mediante la asignación del puntaje de dolor. Según Mazzon, et al, en la revisión realizada en Fertility and Sterility, el dolor en una histeroscopía diagnóstica se asocia a sinequias, duración del procedimiento y uso de solución salina, mientras que en el presente estudio encontramos una asociación al día del ciclo menstrual en el cual se realizaba el procedimiento
OBJETIVO: Evaluar mediante la escala visual análoga de dolor la percepción de éste en las pacientes a las cuales se les realizó una histeroscopía diagnóstica de acuerdo al día del ciclo menstrual en el cual se encontraban
MATERIALES Y MÉTODOS: Se realizó un análisis retrospectivo de expedientes. Se incluyeron pacientes en las cuales se realizo una histeroscopía de control posterior a un legrado o ameu en un periodo de enero de 2017 a enero de 2018 en el Hospital Universitario de Saltillo. El procedimiento fue realizado bajo técnica de visualización directa. No se utilizaron analgésicos durante el procedimiento y se valoró el dolor por medio de la escala visual análoga asignando un valor del 0 al 10. Lo anterior es par-

te del protocolo para la realización de una histeroscopía, motivo por el cual los datos se encuentran en el expediente clínico.

RESULTADOS: Se analizaron 57 expedientes de los cuales se excluyeron 6 por no contar con el expediente completo. La media de edad de las pacientes fue de 26.5 ± 7.3, del peso 61.6 ± 10.7 y talla 1.57 ± 0.07. El día del ciclo en el cual se realizó la histeroscopía fue en promedio en el día 10.6 ± 6.07, el dolor en promedio fue de 3.26 ± 2.85 y el tiempo en el cual se realizó la histeroscopía fue de 4.5 ± 2.06 minutos. Al evaluar el dolor respecto al día en el que se realiza el procedimiento, cuando se realiza en el noveno día o posterior, el dolor fue de 2.42 ± 2.7 y cuando se realiza antes del noveno día del ciclo fue de 4.1 ± 2.7. Esta diferencia es estadísticamente significativa con valor de $p < 0.05$.

CONCLUSIÓN: Realizar una histeroscopía de consultorio en el noveno día del ciclo menstrual o posterior representa en una reducción del dolor estadísticamente significativa. Como parte del tratamiento integral de la paciente, también importa su satisfacción durante cualquier procedimiento diagnóstico. Se recomienda un estudio más amplio, con un mayor número de muestra para poder correlacionar resultados a futuro.

TRABAJO EN CARTEL.
Mampara 29

Efecto del ángulo de valoración de la imagen en la medición de la cisterna magna fetal en segundo trimestre

Flavio Hernández Castro, Iván Vladimir Dávila Escamilla, Clara del Carmen Flores Acosta, Donato Saldívar Rodríguez y Abel Guzmán López

Hospital Universitario Dr. José E. González, Monterrey, Nuevo León.

ANTECEDENTES: La evaluación de la fosa posterior es parte esencial de la valoración ultrasonográfica de la anatomía fetal, debido a que anomalías en el cerebelo y la cisterna magna (CMf) pueden proporcionar evidencia de importantes patologías. Las medidas normales de la CMf (2-10 mm) y atrios ventriculares (<10 mm), confieren al estudio un alto valor predictivo negativo de anormalidades estructurales en sistema nervioso central. El ángulo de medición, por otra parte, varía según los autores y ha sido descrito entre 10 y 30°, con referencias anatómicas también diferentes como las líneas cantomeatal y basal de Reid. Desafortunadamente éstas guías son útiles en estudios radiográficos pero tienen poca utilidad para los ultrasonográficos. Una técnica precisa y el conocimiento de posibles errores en la estimación son fundamentales para evitar falsos positivos, pues se han descrito factores que pueden modificar el resultado de la medición de los elementos de la fosa posterior como el sexo y presentación fetales.

OBJETIVO: Demostrar que la medida ultrasonográfica de la CMf es diferente según el ángulo en que sea valorada durante el estudio anatómico del segundo trimestre.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio observacional, transversal y comparativo, en el cual se midió la CMf en mujeres embarazadas entre 18 y 24.6 semanas que acudieron a valoración de la anatomía fetal. Se excluyeron aquellas con antecedente de ausencia de translucencia intracraneal y/o riesgo alto de aneuploidías en tamizaje de primer trimestre, así como con patología crónica como diabetes mellitus, hipertensión arterial, hipo e hipertiroidismo. Se eliminaron del estudio los fetos con datos ecográficos de anomalías estructurales tanto en sistema nervioso central como fuera de éste, excepto megacisterna magna. También aquellos con imágenes adquiridas que no cumplieron todos los requisitos del plano de valoración. La medición se realizó en el plano transcerebeloso, en la línea media, en sentido anteroposterior del borde posterior del vérmix hasta el hueso occipital. Para determinar la diferencia dependiente del ángulo, la CMf fue valorada en dos imágenes diferentes que posteriormente fueron comparadas. La primera medición, en la que las estructuras de la línea media fueron perpendiculares al haz de ultrasonido (imagen a 0° u horizontal) y la segunda, se hizo después de mover el transductor aproximadamente 30° hacia el occipucio fetal conservando las referencias intracraneales. Para estudiar la influencia de la presentación fetal sobre la medición, la población se dividió en dos grupos de acuerdo a la presentación y de ser posible se valoró al mismo feto en presentación cefálica y pélvica con una diferencia menor a 24 horas entre mediciones. El tamaño muestral se calculó considerando la diferencia de medias y desviación estándar a diferentes ángulos para medir la CMf.10,11 Con un nivel de significancia de 0.05 (α) y potencia de 90% (β), se estimó requerir mínimo 94 pacientes. Los datos se analizaron con el paquete estadístico SPSS 22, según características de las variables: cuantitativas con t Student o U de Mann-Whitney según distribución paramétrica y en cualitativas X2 .

RESULTADOS: Se estudiaron 200 pacientes de las cuales 14 (7%) fueron eliminadas, 10 (5%) por imágenes que no cumplieron con criterios de medición y las restantes por el hallazgo de defectos estructurales. La medición de la CM a 0° fue menor que la realizada a 30° (5.06 ± 1.4 mm y 7.59 ± 1.54 mm, $p<0.001$). No observamos diferencia estadística al comparar ambas

mediciones en relación al sexo ni presentación fetal. No observamos diferencia estadística al comparar mediciones en relación al sexo ni presentación fetal. Tampoco al medir a 0 y 30° la CMf en 60 fetos en presentación pélvica: 4.77± 1.05 y 7.25 ± 1.26 mm, respectivamente y compararlas al convertirse a presentación a cefálica antes de 24 horas: 5.06 ± 1.55 y 7.36 ± 1.49 mm, p>0.05. El hallazgo de CMf mayor de 10 mm se encontró al medir a 0° en 2 (0.99%) y en 4 (1.99%) fetos al valorar a 30°, p=0.68. No se reportaron otros defectos estructurales ni aneuploidía en esos fetos.

CONCLUSIÓN: La medida de la CMf fue diferente según el ángulo en que se estudió pero no según el sexo o presentación fetales como se ha descrito en algunas publicaciones.9 Las valoraciones a 30° podrían tener más falsos positivos los cuales podrían ocasionar intervenciones innecesarias y ansiedad a los padres.

TRABAJO EN CARTEL.
Mampara 30

Astrocitoma pleomórfico causante de crisis convulsivas, diagnosticado en segundo trimestre del embarazo

Oscar Rubén Treviño Montemayor, Erick Isaías Phillips Esparza, Gregorio Treviño-Martínez y Abel Guzmán López
Hospital Universitario Dr. José E. González, Monterrey, Nuevo León.

ANTECEDENTES: Los tumores gliales raramente son diagnosticados durante el embarazo, su diagnóstico y manejo representan un reto para el equipo multidisciplinario a cargo de la paciente.

OBJETIVO: Describir la presentación clínica de un caso de xantoastrocitoma pleomórfico diagnosticado durante el segundo trimestre del embarazo.

MATERIALES Y MÉTODOS: Femenino de 26 años, G4P2A1, inicia a las 14sdg con episodios de crisis convulsivas, valorada inicialmente con diagnóstico de epilepsia y tratada con levetiracetam. Presenta nueva crisis cursando 20sdg y continua con mismo manejo; en la 27sdg se ingresa para valoración refiriendo cefalea intensa holocraneana, se realiza RMN que reporta 2 lesiones en 2º y 3 giro frontal izquierdo, edema vasogénico y desviación de la línea media.

RESULTADOS: Se realiza biopsia que reporta Astrocitoma de bajo grado consistente con xantoastrocitoma pleomórfico. Se interrumpe embarazo a las 28.4sdg por RCIU tipo 4, obteniendo producto femenino de 820gr, 24 cm. Cursando 22 días de puerperio se realizó craneostomía frontotemporoparietal izquierda con resección de lesión sin complicaciones. Egresó 9 días posterior e inició seguimiento por oncología con tratamiento a base de quimioterapia concurrente con Radioterapia.

CONCLUSIÓN: El diagnóstico precoz de esta patología permite el tratamiento oportuno con disminución de la morbimortalidad del binomio materno-fetal.

TRABAJO EN CARTEL.
Mampara 31

Reporte de caso: enfermedad de Paget vulvar

María del Rosario Robledo Maldonado, Manuel Alberto Rodríguez Zamora, Brandon Chi Zenteno y María Fernanda Cuevas Góngora
Hospital General de Zona 1 Lic. Ignacio García Téllez, IMSS, San Luis Potosí, SLP.

ANTECEDENTES: La enfermedad de Paget Vulvar, es una rara condición que comprende solo el 1-2% de todas las enfermedades malignas vulvares. Es vista comúnmente en mujeres postmenopáusicas y clínicamente tiene una apariencia eccematoide, en una zona bien demarcada, con periferia roja, frecuentemente blanquecina, intercalada con islotes de epitelio eritematoso. El prurito es el síntoma más común y lo refieren alrededor del 70% de las pacientes. Es usualmente multifocal y puede ocurrir en cualquier parte de la vulva, desde la región inguinal, hasta el área perineal, perianal y cara interna de muslos. Debido a su baja frecuencia es complicado hacer el diagnóstico en forma temprana, estudios previos muestran un tiempo promedio de 1.8 años una vez establecidos los síntomas para llegar a un diagnóstico final.

OBJETIVO: Presentar un caso infrecuente de enfermedad de Paget vulvar.

MATERIALES Y MÉTODOS: Revisión de expediente clínico.

RESULTADOS: Femenino de 59 años acude a consulta por presentar prurito en región vulvar de 7 meses de evolución con tratamientos antimicóticos, oxido de zinc, esteroides tópicos sin mejoría del cuadro clínico, además se agregaron zonas de descamación e hipopigmentación vulvar. Valorada en clínica de displasias por probable condilomatosis, por lo que indican podofilina, aún sin mejoría del prurito. Persiste sintomatología durante revaloración a los 2 y 4 meses posteriores, por lo que se decide toma de biopsia. El servicio de patología reporta fragmento único, blanquecino, de 5 mm, con diagnóstico de enfermedad de Paget Vulvar. Es enviada al servicio de oncoginecología y se indica vulvectomía total. Se realiza procedimiento quirúrgico sin complicaciones. Paciente hasta el día de hoy sin recidivas.

CONCLUSIÓN: La enfermedad de Paget vulvar es infrecuente, su sintomatología muy inespecífica,

por lo que el diagnóstico se suele atrasar, por lo que es necesario recurrir a auxiliares diagnósticos.

TRABAJO EN CARTEL.
Mampara 32

Lesiones cervicales de alto grado en pacientes menores de 25 años

Gonzalo Soto Fuenzalida, Evelyn Garza Krause, Jaime Gudiño Martínez, Arantxa Medina Sauceda y Bárbara Meriel Garza Ornelas
Tecnológico de Monterrey, Nuevo León.

ANTECEDENTES: A nivel mundial, el cáncer cérvico uterino (CACU) es la segunda causa de muerte por neoplasias malignas en la mujer. Se estima que el CACU causa alrededor de 500.000 muertes al año en el mundo. En países en desarrollo, como lo es México, su incidencia llega hasta 40 por 100.000 mujeres. El virus del papiloma humano (VPH) es central para el desarrollo de neoplasia cérvico uterina y puede ser detectada en el 99.7% de los cánceres cervicales. Los tamizajes a nivel mundial se están recomendando para pacientes mayores de 25 años, con una tendencia a realizarlos cada vez de forma más separada. Sin embargo, para tomar estas medidas no se está tomando en cuenta la epidemiología de cada país. En nuestro medio el CACU es un problema de salud pública que afecta a pacientes jóvenes, con un gran impacto a corta edad.
OBJETIVO: Determinar la frecuencia de lesiones cervicales por VPH de alto grado y factores asociados en su presentación en pacientes menores de 25 años
MATERIALES Y MÉTODOS: Se realizó un estudio retrospectivo para valorar a las pacientes que acudieron referidas a la clínica de displasias desde sus centros de salud entre septiembre del 2012 a diciembre 2014. Durante este período se revisaron 802 pacientes referidas entre 15 y 24 años de edad. De este grupo, 551 pacientes fueron excluidas por no presentar su expediente completo. En las 251 pacientes restantes, estas se dividieron en 170 pacientes con lesión intraepitelial de bajo grado, 81 pacientes presentaron lesión intraepitelial de alto grado. Este resultado se corroboro mediante histopatología.
RESULTADOS: En las 251 pacientes estudiadas, encontramos que el 32% presentó lesiones de alto grado. La correlación entre citología, colposcopía y resultado de biopsia en lesiones de alto grado, mostró que la relación con Papanicolaou fue del 43% y con Colposcopía del 44%. La distribución por tipo de lesión de alto grado fue del 72% para NIC 2, 17% para NIC 3, 10% para CA in Situ, 1% para cáncer invasor. En el grupo de pacientes con NIC 3 y CA in situ, el 36% se encontró en el rango de 16 a 19 años, y el 64% entre 20 y 25 años de edad. En este grupo además tenemos como antecedente que el 94% tenía un hijo o más, 81% refirió 2 parejas sexuales, el 28% inició su vida sexual antes de los 14 años, un 14% antecedente de alcoholismo, y 21% antecedente de tabaquismo. El 83% de las pacientes refirió estado civil de unión libre o soltera.
CONCLUSIÓN: Las lesiones cervicales son un problema de salud pública en nuestro medio y afectan de forma significativa a nuestra población joven vulnerable. Factores sociales como múltiples parejas sexuales a temprana edad, y embarazo en adolescente tienen una relación muy estrecha con la presentación de las lesiones de alto grado. La relación de lesiones de alto grado con las de bajo grado muestra una alta incidencia en nuestro grupo de estudio. En este grupo de pacientes jóvenes hay una baja correlación de las lesiones de alto grado con la citología y la colposcopía. El índice de masa corporal no fue un factor asociado que marcara una tendencia hacia la gravedad de las lesiones. Los tamizajes en nuestro medio se deben aplicar teniendo en cuenta los factores de riesgo sociales y epidemiológico de cada zona geográfica.

TRABAJO EN CARTEL.
Mampara 33

Correlación de citología cervical, PCR y tipificación de VPH para lesiones cervicales de pacientes al azar

Gonzalo Soto Fuenzalida, Evelyn Garza Krause, Carmen Esperanza Hernández Rivera, Alberto Oscar Eng Wu y Luis Villagómez Valdez
Tecnológico de Monterrey, Nuevo León.

ANTECEDENTES: El virus del Papiloma Humano (VPH) es un virus ADN que pertenece a la familia de Papillomaviridae. Se han encontrado más de 200 genotipos de los cuales 40 son conocidos por infectar el tracto genital. La prevalencia de la infección cervical varía en gran medida dependiendo de la zona geográfica que se esté estudiando. A pesar que los datos epidemiológicos en México son limitados, se ha visto que en San Luis Potosí, Durango, Veracruz, Guerrero y en la Ciudad de México, los genotipos que prevalecen son 16,31,33,35 y 52. Es de importancia conocer los diversos factores de riesgo que existen para desarrollar cáncer cervical por VPH ya que es la segunda causa de muerte por cáncer en nuestro medio. Dentro de estos están el mal apego a métodos de tamizaje, estado de inmunosupresión, número elevado de parejas sexuales, inicio de vida sexual activa en edad temprana entre otros.

OBJETIVO: Determinar la correlación positiva de virus de papiloma humano entre la citología cervical y PCR en pacientes con muestra al azar de población abierta, además de los serotipos más frecuentes.
MATERIALES Y MÉTODOS: Se realizó un estudio retrospectivo de paciente sometidas a Papanicolaou base líquida y PCR para VPH al azar, realizados por un médico certificado en ginecología, y en un laboratorio certificado por secretaría de salud. Las pacientes fueron voluntarias que acudieron a su consulta de rutina sin diagnóstico previo de displasias o virus de Papiloma Humano. Se evaluaron 57 pacientes en total. Los resultados fueron evaluados mediante estadística descriptiva.
RESULTADOS: Se estudió un total de 57 pacientes con una edad media de 28.3 años, de las cuales 35 pacientes (62%) resultaron negativos, y 22 pacientes (38%) resultaron positivos para VPH. De las pacientes positivas, el 80% presentó serotipos de alto riesgo, mientras que el 20% presentó serotipos de bajo riesgo. Los serotipos más frecuentemente encontrados fueron el 44, 51 y 16. De las pacientes con PCR positivo, 15 (68%) tuvieron citología positiva, 6 pacientes (27%) citología negativa, y una paciente (5%) tuvo un ASCUS. La correlación anatomopatológica entre la biopsia de cérvix y el reporte de colposcopía fue del 90%.
CONCLUSIÓN: En pacientes de muestreo al azar hay una alta incidencia de virus de papiloma humano positivo. Los serotipos más frecuentes encontrados en nuestra muestra son 44, 51 y 16. En las muestras tipificadas de las pacientes, el 80% mostró serotipos de alto riesgo. Hay buena correlación entre colposcopía y biopsia cuando se realiza por médicos certificados. Es necesario ampliar la muestra de pacientes estudiadas, para hacer una correlación mejor respecto a los serotipos más frecuentes en nuestro medio. Es importante determinar los serotipos más frecuentes en nuestro medio, ya que el CACU es un problema de salud pública.

TRABAJO EN CARTEL.
Mampara 34

Prevalencia de malformaciones müllerianas en mujeres con infertilidad en el Instituto Nacional de Perinatología

Arturo Arellano Eguiluz, Deisi Verónica Alvarado Rosales, Enrique Reyes Muñoz y José Carlos Coria Pelenco
Instituto Nacional de Perinatología, Ciudad de México.

ANTECEDENTES: Diversos estudios han intentado determinar la prevalencia de las malformaciones müllerianas (MM), tanto en la población general como en poblaciones seleccionadas (Pérdida gestacional recurrente e infertilidad); sin embargo la prevalencia real se desconoce.
OBJETIVO: El objetivo de nuestro estudio es determinar la prevalencia de las MM, así como la distribución de las mismas de acuerdo a la clasificación de la Sociedad Americana de Medicina Reproductiva (ASRM) en mujeres con infertilidad en el Instituto Nacional de Perinatología.
MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio descriptivo, transversal, retrospectivo. Se incluyeron mujeres con infertilidad a quienes se realizó una laparoscopia/histeroscopia durante el periodo comprendido del primero de enero de 2002 al 31 de diciembre del 2015. Se calculó la prevalencia total de las MM y la frecuencia de las diferentes MM.
RESULTADOS: De un total de 4005 mujeres con infertilidad a quienes se les realizó laparoscopia/histeroscopia en el periodo de estudio, se encontraron 177 mujeres con diagnóstico de alguna MM, con una prevalencia de 4.4% (IC 95%; 3.8-5.1). Las MM identificadas se presentaron en el siguiente orden de frecuencia: útero septado (54.2%), útero arcuato (15.8%), útero bicorne (10.7%), útero unicorne (8.5%), útero didelfo (6.2%) e hipoplasia/agenesia (3.4%); el 1.1% de los casos de MM no fue posible clasificarlos de acuerdo al sistema de la ASRM. El 33.3% de las mujeres con alguna MM logro un embarazo. La MM que se asoció a mayor tasa de embarazo fue el útero septado.
CONCLUSIÓN: En nuestro estudio la prevalencia de MM en mujeres con infertilidad fue de 4.4%, menor a lo reportado en la literatura mundial, sin embargo, el diagnóstico se realizó por laparoscopia e histeroscopia, lo cual se considera el estándar de oro para la evaluación de las MM. El útero septado fue la MM más frecuente que encontramos en mujeres con infertilidad.

TRABAJO EN CARTEL.
Mampara 35

Estadística de hemorragia posparto en adolescentes en el HGZ No. 1 San Luis Potosí, SLP.

María del Rosario Robledo Maldonado, Mario Alberto De León Rodríguez, Manuel Alberto Rodríguez Zamora, Brandon Chi Zenteno y María Fernanda Cuevas Góngora
Hospital General de Zona 1 Lic. Ignacio García Téllez, IMSS, San Luis Potosí, SLP.

ANTECEDENTES: La hemorragia posparto es definida por la Organización Mundial de la Salud como una pérdida de sangre de 500 ml o más en el término de 24 horas después del parto, de acuerdo con el reporte de la Dirección General de Epidemiología, las principales causas de muerte materna son;

hemorragia obstétrica, enfermedad hipertensiva, edema y proteinuria del embarazo el parto y el puerperio, así como abortos. Los factores de riesgo para hemorragia posparto son; embarazo múltiple, polihidramnios, macrosomía fetal, infección intraamniótica, miomatosis uterina, anormalidades uterinas, uso de sulfato de magnesio, nifedipino o terbutalina, distensión vesical, cirugía previa en útero, hemorragia posparto previa, preeclampsia con trombocitopenia o HELLP, falla de progresión del segundo estadio de trabajo de parto, tercer estadio de trabajo de parto prolongado, retención placentaria, placenta acreta, historia de coagulopatías hereditarias o enfermedad hepática, púrpura trombocitopénica idiopática, enfermedad de Von Willebrand, trombocitopenia gestacional, coagulación intravascular diseminada. En el año 2010 el número de defunciones maternas fueron 992, de las cuales en San Luis Potosí se registraron 22; 4 por hemorragia postparto. El mayor número de defunciones por hemorragia lo obtuvo el estado de Chiapas con 23 (19.6%).

OBJETIVO: Presentar la estadística de hemorragia obstétrica en pacientes adolescentes del IMSS No. 1 San Luis Potosí, SLP.

MATERIALES Y MÉTODOS: Se realizó una base de datos en Excel de enero a agosto del 2018 que incluye a pacientes menores de 17 que hayan presentado hemorragia obstétrica independientemente de la vía de resolución, las variables categóricas se informarán como porcentaje, las continuas como media, mediana y rango intercuantílico de acuerdo a su distribución. Para el análisis estadístico se empleó el programa R 3.5.1. (The Statistical Foundation) y se graficó en Excel.

RESULTADOS: Durante el período de enero a agosto del 2018 se capturaron 320 pacientes, de las cuales 320 tuvieron hemorragia obstétrica (10.6% del total), de éstas pacientes el 32.4% se resolvió vía vaginal y el 67.6% vía abdominal; la principal indicación fue por algún factor fetal (82.7%) mientras que sólo el 17.3% fue por factores maternos. Gráfica 1 y 2. Además se observó que el 55% de las pacientes que cursaron con hemorragia obstétrica obtuvieron un producto del sexo femenino, el 45% fueron del sexo masculino.

CONCLUSIÓN: La hemorragia obstétrica es la segunda causa de mortalidad materna en México, en nuestra institución, el 10.6% de las primigestas cursaron con hemorragia obstétrica posparto, siendo la principal causa la cesárea (67.6%) y dentro de las principales indicaciones los factores fetales (pérdida del bienestar fetal, oligohidramnios e hipomotilidad fetal) y en segundo lugar los factores maternos (17.3%); falta de progresión del trabajo de parto, embarazo de parto prolongado. Se observó además una posible asociación entre el sexo del recién nacido y la hemorragia posparto, siendo más frecuente en mujeres con recién nacido femenino (55%) en comparación con las madres de productos masculinos (45%).

TRABAJO EN CARTEL.
Mampara 36

Meningitis puerperal causada por *Estafilococo aureus* coagulasa negativo. Reporte de caso.

Oscar Rubén Treviño Montemayor, Roberto Guadalupe Martínez Santos, Clara del Carmen Flores Acosta, Gregorio Treviño Martínez y Abel Guzmán López
Hospital Universitario Dr. José E. González, Monterrey, Nuevo León.

ANTECEDENTES: Pocos casos de meningitis bacteriana han sido descritos durante el embarazo, en adultos el estafilococo coagulasa negativo es agente causal del 22-69% de meningitis intrahospitalaria.

OBJETIVO: Describir la presentación clínica de un caso de meningitis por estafilococo coagulasa negativo diagnosticado en el puerperio.

MATERIALES Y MÉTODOS: Femenina de 33 años posoperada de cesárea con BSA. Presenta cefalea intensa, vómito y alteración de la conciencia. Se valora Glasgow en 9, rigidez nucal, signo de Kernig, Brudzinski y Babinski positivos, hiperreflexia, hemiparesia faciocorporal derecha. Se reporta leucocitosis por neutrofilia, VSG elevada, punción lumbar con 135 leucocitos (89% PMN). Cultivo LCR: estafilococo coagulasa negativo.

RESULTADOS: Se integra diagnóstico de meningitis bacteriana. Se traslada a unidad de terapia intensiva donde presenta alucinaciones auditivas que ceden espontáneamente. Se inicia tratamiento antibiótico a base de ceftriaxona y vancomicina por 14 días, con adecuada respuesta al mismo. Se egresa neurológicamente integra, afebril, sin secuelas, con 18 días de estancia intrahospitalaria.

CONCLUSIÓN: La meningitis causada por SCN representa una forma inusual de neuroinfección durante el puerperio. Reconocer sus factores de riesgo y su presentación clínica permite un manejo oportuno.

TRABAJO EN CARTEL.
Mampara 37

Incretismo placentario en embarazada con hiperplasia endometrial atípica: reporte de caso

José Ignacio García de la Torre, Sarish del Real Ordoñez, Jorge Luis Soto Zatarain, Víctor Karym

Gutiérrez Reyes e Ivonne Aidé Vargas Segura
Hospital Universitario de Saltillo, Coahuila.

ANTECEDENTES: La hiperplasia endometrial atípica es una proliferación de las glándulas endometriales de tamaño y forma irregular con un aumento en la razón glándula/estroma que se desarrolla a consecuencia de una excesiva exposición a los estrógenos. Es una lesión precancerosa que tiene riesgo de progresar a cáncer endometrial hasta en un 29% de los casos. El tratamiento de elección para esta patología es la histerectomía. El acretismo placentario es una invasión anormal del trofoblasto al miometrio y es una de las condiciones de mayor morbilidad y mortalidad en el embarazo. De acuerdo al grado de invasión, se clasifica en: acreta, increta y percreta. Su incidencia es de 3/1000 embarazos, y se asocia a muerte materna hasta un 7%. Los principales factores de riesgo para desarrollar acretismo placentario son: la manipulación del endometrio, legrado uterino, miomectomía, y, la principal de ellas. la cesárea, que aumenta con el numero de las mismas (1=11%, 2=40%, 3=60%).
OBJETIVO: Femenino de 33 años, G3C2 (en 2006 y 2013) con sangrado uterino anormal de seis meses de evolución, para lo que se realizó toma de biopsia endometrial, en la que se reporta hiperplasia atípica. Se inicia protocolo prequirúrgico para histerectomía total abdominal dentro del cual se solicita prueba inmunológica de embarazo, la cual resulta positiva. Se inicia control prenatal en nuestra unidad, en la semana 16 se realiza diagnóstico de HAS y DMG A1 por presentar una curva de tolerancia oral a la glucosa alterada y cifras hipertensivas durante monitorización ambulatoria. Acudió al servicio en la semana 26 de gestación por RPM, además a la ecografía se encontró placenta previa con datos de acretismo, sin datos de invasión vesical; con nuevo perfil bioquímico, se reclasifica como HAS con preeclampsia sin datos de severidad sobreagregada, se inicia protocolo preventivo de hemorragia y esquema de maduración pulmonar, así como antibioticoterapia. Se realiza cistoscopía para descartar invasión placentaria a vejiga y se procede a continuar protocolo quirúrgico preventivo y predictivo de hemorragia obstétrica
MATERIALES Y MÉTODOS: Se realiza cesárea el día 18 de julio con incisión infra y supraumbilical, al visualizar útero se corrobora acretismo placentario a nivel de segmento uterino, por lo que se realiza histerotomía fúndica, se extrae producto por polo pélvico y se maniene placenta in situ; se procede a realizar desarterializacion e histerectomía obstétrica con preservación ovárica sin complicaciones, posterior a la extracción de la pieza quirúrgica, se instila azul de metileno a vejiga en búsqueda de posible lesión a la misma, sin embargo no se observa tal. Se coloca drenaje aspirativo en cavidad peritoneal y se procede al cierre por planos de pared abdominal. Se envía pieza quirúrgica a estudio histopatológico
RESULTADOS: Se recibió un recién nacido masculino de 925 gr, APGAR 8-9, SA 2-3, útero de 20 cm con placenta in situ, sangrado estimado de 400 ml, uresis 500 ml, sin complicaciones ni incidentes. RHP: Placenta previa con datos de acretismo de tipo increta, corioamnonitis leve y endometrio sin datos de hiperplasia atípica
CONCLUSIÓN: El modelo de manejo quirúrgico predictivo y preventivo empleado en nuestro centro para pacientes con alteraciones en la placentación, ha disminuido de manera significativa la morbi-mortalidad con resultados maternos y perinatales positivos

TRABAJO EN CARTEL.
Mampara 38

Obesidad materna como factor de riesgo de inducción fallida en pacientes nulíparas

José Ignacio García de la Torre, Jorge Luis Soto Zatarain, Diana Villalpando y Víctor Karym Gutiérrez Reyes
Hospital Universitario de Saltillo, Coahuila.

ANTECEDENTES: Las embarazadas obesas tienen un mayor riesgo de una variedad de complicaciones maternas y perinatales, y los riesgos se amplifican con grados crecientes de obesidad materna. La duración del trabajo de parto en nulíparas tras una inducción de trabajo de parto aumentó en 0.3 horas por cada incremento de 10 kg de peso. Las mujeres obesas tienen el doble de probabilidades de experimentar una inducción fallida que las mujeres de peso normal, y el riesgo aumenta al aumentar la clase de obesidad
OBJETIVO: Determinar la asociación entre la obesidad materna e inducción fallida así como el cálculo de riesgo creciente de acuerdo a la clase de obesidad
MATERIALES Y MÉTODOS: Se realizó un análisis retrospectivo de expedientes clínicos en un periodo de marzo de 2017 a marzo de 2018, se incluyeron a pacientes nulíparas sin antecedente de cirugía uterina, embarazos a termino con feto único que acudieron con Bishop ≤ 6 con membranas integras o rotas y sin contraindicación materna o fetal para parto vaginal. Se utilizaron métodos mecánicos y farmacológicos de inducción,

se integró una base de datos en Excel para posteriormente realizar un análisis bivariado y de cálculo de riesgo
RESULTADOS: Se recolectaron 85 expedientes de los cuales se excluyeron 32 pacientes por no cumplir con los criterios de inclusión, se incluyó un total de 53 pacientes, el 52.8% tenían sobrepeso, 22.6 % obesidad clase 1, 7.5 % obesidad clase 2, 5.6 % obesidad clase 3. Es importante destacar que solo 11.3 % de las pacientes tenían un peso normal. Al realizar un análisis bivariado se observó un aumento creciente en el porcentaje de paciente que terminaron en cesarea de acuerdo a su grado de obesidad como se muestra en la (tabla1) esta diferencia no represento un significancia estadística sin embargo tiene una importante relevancia clinica . Respecto al cálculo de riesgo se observó que cuando la paciente tiene obesidad clase 2 o mayor tiene un OR de 8.5 (IC 95%, 0.94 – 76, p < .05) de terminar en cesárea
CONCLUSIÓN: El porcentaje de cesáre<a aumenta de acuerdo al grado de obesidad posterior a una inducción en pacientes nulíparas y con Bishop desfavorable, lo anterior representa una importante medida a considerar en la inducción de trabajo de parto

TRABAJO EN CARTEL.
Mampara 39

Sacroileitis en el embarazo. Presentación de un caso y revisión de la literatura

Iban Dávila Escamilla, Abel Guzmán López, Gregorio Treviño Martínez, Clara del Carmen Flores Acosta y Miguel Ángel Vázquez Barragán
Departamento de Ginecología y Obstetricia, Hospital Universitario Dr. José E. González, Monterrey, Nuevo León.

ANTECEDENTES: La articulación sacroiliaca (ASI) es la más grande del esqueleto axial. El embarazo predispone a dolor en la articulación por diversos factores como el aumento de peso, lordosis y laxitud ligamentaria inducida por hormonas.
OBJETIVO: La forma de presentación de la afección de la ASI es disímil, con síntomas inespecíficos, como dolor lumbar, dolor glúteo o cojera, lo que retrasa el diagnóstico. Su diagnóstico no es sencillo y representa un desafío para el obstetra.
MATERIALES Y MÉTODOS: Se presenta caso de mujer de 18 años. Gesta 1 de 37.3 semanas, la cual acudió al servicio de urgencias de nuestro hospital refiriendo dolor lumbar que imposibilitaba la deambulación libre. Se corroboró vitalidad fetal, con 1cm de dilatación y dificultad para colocar posición de litotomía.
RESULTADOS: Se realizó RMN de pelvis que reportó la ASI izquierda con disminución del espacio articular, esclerosis subcondral y edema de tejidos blandos adyacente. Además de exámenes de rutina para descartar proceso infeccioso monoarticular. Se diagnosticó en conjunto con Reumatología e Infectología del hospital, una sacroileítis. Paciente continúo con trabajo de parto y al presentarse dificultad de la posición a la abducción de la extremidad, se decide resolver embarazo vía cesárea.
CONCLUSIÓN: La afección de la ASI puede aparecer hasta en un 7% de los embarazos. No existe consenso para el manejo de la patología ni de la vía de resolución del embarazo.

TRABAJO EN CARTEL.
Mampara 40

Miomatosis uterina de gigantes elementos

Juan Alberto Reyes Perales, Francisco López Capistran y Allan Efraín Alatorre Ordaz
Hospital General Saltillo, Coahuila.

ANTECEDENTES: Los fibromas uterinos (leiomiomas o miomas) son la forma mas común de tumores uterinos benignos. Son tumores monoclonales de musculo liso uterino, por lo que se originan en el miometrio. Están compuestos de grandes cantidades de matriz extracelular, que contienen colágeno, fibronectina y proteoglicanos. Tienen una incidencia del 50 % aumentando hasta en un 70% en pacientes mayores de 50 años, de los cuales hasta en un 30 % son asintomaticos. Causan gran morbilidad debido a sangrado uterino anormal, anemia, inducida por las hemorragias y presión pélvica (síntomas urinarios, estreñimiento y tenesmo) Las presentaciones clínicas de leiomiomas uterinos incluyen masa pélvica, dolor pélvico, infertilidad y complicaciones obstétricas. Entre los factores de riesgo destacan la raza, edad, menarca temprana, cafeína, alcohol, obesidad, entre otros.
OBJETIVO: Presentar caso clínico sobre una miomatosis de gigantes elementos, y recalcar la importancia de una buena evaluación ginecológica de las pacientes para ofrecer un tratamiento oportuno
MATERIALES Y MÉTODOS: Paciente femenina de 55 años de edad, sin antecedentes de importancia para su padecimiento actual, que inicia su padecimiento hace 3 años, con dolor en área pélvica tipo cólico punzante, por lo que acude con médico particular, quien refiere hacer diagnóstico de miomatosis uterina, pero no inicia tratamiento, a pesar de lo anterior se logra mejoría clínica, pero en 2017 se agrega a la sintomatologia distensión abdominal por lo que se solicitan estudios generales y marcadores

tumorales lo cuales resultan negativos, de igual manera se solicita TAC abdominal, la cual reporta tumor pélvico dependiente de útero aparentemente, no obstante, fue hasta abril 2018 que se refiere a nuestra unidad, en donde se ofrece tratamiento quirurgico. A la exploración consciente orientada, reactiva, sin compromiso cardio-pulmonar aparente, con adecuada coloración de piel y mucosas. Abdomen blando depresible no doloroso a la palpación profunda, sin datos de irritación peritoneal, globoso a expensas de masa uterina palpable por encima de cicatriz umbilical, de aproximadamente 25 cms de diámetro. Al tacto vaginal, cavidad eutermica, elástica, Útero en AVF de aproximadamente de 10x5 cms, blando, móvil, sin huella de sangrado transvaginal en guante explorador. Extremidades integras no datos de edema

RESULTADOS: Se realiza histerectomia abdominal total con salpingooforectomia bilateral, obteniendo pieza completa pesando 5050 grs. Resultado patología Leiomiomatosis uterina de grandes elementos. Localización intramural y subserosa. Lesión mayor de 10 cms. Ovarios Cuerpos Blancos

CONCLUSIÓN: La miomatosis uterina es un padecimiento frecuente en la mujer, por lo que cualquier paciente con alteraciones en el ciclo menstrual debe descartarse como causa esta patología. Se debe realizar un adecuado protocolo quirúrgico para ofrecer un tratamiento quirúrgico con el menor riesgo posible de las pacientes candidatas.

TRABAJO EN CARTEL.
Mampara 41

Embarazo heterotópico

Erik Noé Gudiño Ruiz, Nefi Salazar Hernández, Orlando Pacheco Martínez y Brianda Adilene Soto Peinado

UMAE 23, Hospital de Ginecología y Obstetricia Dr. Ignacio Morones Prieto, Monterrey, Nuevo León.

ANTECEDENTES: El embarazo heterótopico se refiere a la presencia de un embarazo simultaneo en dos sitios de implantación diferentes. Mas comúnmente esta combinación de sitios son de embarazos intrauterinos y ectópicos, en lugar de dos embarazos ectópicos. La mayoría de los embarazos ectópicos ocurren en la trompa de Falopio en un 90%; aunque la implantación en el cérvix, ovario, segmento intersticial, abdomen y cicatriz de cesárea previa se han reportado como sitios de implantación de embarazo ectópico. La incidencia estimada de embarazo heterótopico es dependiente de las tasas de embarazo ectópico y gemelos dicigotos. El embarazo ectópico se consideraba raro, con un estimado de 1-30,000 embarazos. Con el advenimiento de las técnicas de reproducción asistida, incluyendo súper ovulación, inseminación intrauterina y fertilización in vitro, la incidencia promedio se ha elevado a aproximadamente 1 en cada 3900 embarazos. El aumento de la incidencia de estos embarazos se puede relacionar en una proporción alta de enfermedad tubaría, niveles altos de estradiol y de progesterona o un alto numero de embriones transferidos en esta población. Otros factores, tales como el volumen y la viscosidad de la transferencia y la técnica de esté también pueden jugar un papel. Antecedentes de enfermedad pélvica inflamatoria también se han descrito como un factor predeterminante.

OBJETIVO: Presentar un vaso exitoso de Embarazo Heterotópico a termino.

MATERIALES Y MÉTODOS: Se trata de una paciente G3 C1 P1 de 30 años que es derivada de primer nivel de atención al servicio de urgencias de la Unidad Medica de Alta Especialidad No. 23 (UMAE 23) en el primer trimestre del embarazo de manera urgente el día 26 de agosto del 2017 con dolor abdominal de inicio súbito de 5 horas de evolución además de un episodio de lipotimía antes de acudir al hospital. Con Antecedentes Hereditarios y Familiares de importancia: Diabetes tipo 2, Cardiopatía. Es originaria y reside en García, Nuevo León. Niega Antecedentes Personales Patológicos de importancia. Antecedentes Ginecoobstétricos: Menarca 11 años, Inicio de Vida Sexual Activa: 16 años, Fecha de Ultima Regla: 18 de Agosto del 2017 con fecha probable de parto el día 25 de marzo del 2018 con un Embarazo de 9.6 Semanas de Gestación por Fecha de Ultima Regla. Se realiza exploración física encontrándose abdomen blando, depresible resistente y distendido con Rebote (+) dolor en todo el abdomen a la palpación superficial, se realiza Ultrasonido FAST encontrándose abundante liquido libre en cavidad peritoneal como hallazgo por lo que se decide solicitar a la paciente para Laparotomía Exploradora Urgente con los siguientes laboratorios Prequirgicos Leucocitos 15.1.0 K/uL, Hemoglobina 6.8 g/dL, Hematocrito 20.0 %, Plaquetas 117 K/uL en la cual se cuantifico un sangrado total de 2000 mililitros siendo de estos 1500 mililitros de hemoperitoneo con los siguientes hallazgos: Utero de 7x6 cm, se identifica embarazo ectópico y ruptura uterina a nivel de cuerno uterino e istmo derecho de aproximadamente de 3 cm, donde se realiza hemostasia con puntos hemostáticos con catgut crómico del 1 colocándose gelfoam en sitio de ruptura. Cursando una hospitalización de tres días, habiéndose transfundido 3 paquetes globula-

res posterior al sangrado activo. Decidiéndose el egreso el día 28 de agosto del 2018 por mejoría con los siguientes laboratorios: Hemoglobina 8.7 g/dl, Hematocrito 26.5%, Leucocitos 10.5 K/Ul, se egresa con cita a embarazo de alto riesgo para seguimiento de embarazo intrauterino. Se inicia vigilancia y valoración por Medicina Materno Fetal el día 16 de octubre del 2017 con un embarazo de 17.1 Semanas de Gestación, consulta en la cual se le realiza Ultrasonido Obstétrico mostrando los siguientes resultados: Peso Fetal Estimado 193 gramos, Latido Cardiaco presente, Liquido Amniótico Normal y Placenta Anterior Grado 1 con una Fetometria de 17.1 Semanas de Gestación. En todas sus consultas prenatales los ultrasonidos no mostraron alteración en el feto. Su atención prenatal curso con complicaciones, teniendo un internamiento por Amenaza de Parto Pre termino habiendo acudido al servicio de urgencias el día 05 de febrero del 2018 a las 23:24 horas con actividad uterina presente, al tacto vaginal se percibe 1 centímetro de dilatación reblandecido con huellos de sangrado, por lo que se decide hospitalización para uteroinhibición. Se realiza Ultrasonido Obstétrico y se realiza longitud cervical por vía vaginal obteniéndose los siguientes resultados: Producto Único Vivo Cefálico, Peso Fetal Estimado: 2255 gramos, Liquido Amniótico Normal y Longitud Cervical de 40 milímetros, sin embargo, con actividad uterina presente en el Registro Cardiotocografico por lo que se decide hospitalización. Curso su hospitalización de 48 horas en las cuales se administro uteroinhibidores y así completando el esquema de madurez pulmonar, siendo egresada por mejoría el día 07 de febrero del 2018. Se decide interrupción del embarazo a las 38.1 Semanas de Gestación por Fecha de Ultima Regla + Cesárea Previa y Antecedente de Laparotomía Exploradora por Embarazo Heterotopico. El día 12 de marzo del 2018 se decide interrupción del embarazo vía abdominal con los siguientes laboratorios prequirgicos: Leucocitos 9.5 K/Ul, Hemoglobina 13.0 g/dL, Hematocrito 39.2%, Plaquetas 162,000, Tiempo de Protrombina 12.1, Tiempo de Tromboplastina Parcial 29. Durante el procedimiento quirúrgico se cuantifico un sangrado de 600 mililitros y como Método de Planificación Familiar: Salpingoclasia Bilateral, con los siguientes datos perinatales: Recién Nacido Vivo, Masculino, APGAR 8/9, Peso: 3350 gramos, Talla: 55 cm. Durante el puerperio presento una evolución favorable, aunque fue clasificada como hipertensión gestacional por elevación subsecuente de la Tensión Arterial en mas de dos ocasiones. Se decide su egreso a domicilio por mejoría y cita a su unidad de medicina familiar.

RESULTADOS: El embarazo heterotopico se refiere a la presencia de un embarazo simultaneo en dos sitios de implantación diferentes. Mas comúnmente esta combinación de sitios son de embarazos intrauterinos y ectópicos, en lugar de dos embarazos ectópicos. La mayoría de los embarazos ectópicos ocurren en la trompa de Falopio en un 90%; aunque la implantación en el cérvix, ovario, segmento intersticial, abdomen y cicatriz de cesárea previa se han reportado como sitios de implantación de embarazo ectópico. La incidencia estimada de embarazo heterótopico es dependiente de las tasas de embarazo ectópico y gemelos dicigotos. El embarazo ectópico se consideraba raro, con un estimado de 1-30,000 embarazos. Con el advenimiento de las técnicas de reproducción asistida, incluyendo súper ovulación, inseminación intrauterina y fertilización in vitro, la incidencia promedio se ha elevado a aproximadamente 1 en cada 3900 embarazos. El aumento de la incidencia de estos embarazos se puede relacionar en una proporción alta de enfermedad tubaria, niveles altos de estradiol y de progesterona o un alto numero de embriones transferidos en esta población. Otros factores, tales como el volumen y la viscosidad de la transferencia y la técnica de este también pueden jugar un papel. Antecedentes de enfermedad pélvica inflamatoria también se han descrito como un factor predeterminante.

CONCLUSIÓN: El embarazo heterotópico se puede observar en ausencia de factores de riesgo predisponentes. En todos los pacientes en edad reproductiva, incluso en presencia de un embarazo intrauterino, se debe realizar una revisión completa de la pelvis y los anexos en el ultrasonido para descartar la presencia de un embarazo heterotópico. Aunque se informa que es raro en los embarazos espontáneos, el embarazo heterotópico debe permanecer en el diagnóstico diferencial para cualquier paciente con un embarazo intrauterino que presente dolor abdominal, sensibilidad abdominal o fluido libre en la cavidad abdominal. Mantener esta entidad en mente permitirá el diagnóstico precoz y la intervención quirúrgica y minimizará la morbilidad materna y fetal.

TRABAJO EN CARTEL.
Mampara 42

Miastenia gravis en paciente embarazada. Reporte de un caso

Erik Noé Gudiño Ruiz, Nefi Salazar Hernández y Orlando Pacheco Martínez
UMAE 23, Hospital de Ginecología y Obstetricia Dr. Ignacio Morones Prieto, Monterrey, Nuevo León.

ANTECEDENTES: La miastenia gravis es una enfermedad de la placa motora, caracterizada por debilidad y fatiga muscular. El fundamento de esta enfermedad es autoinmune, ya que se producen anticuerpos dirigidos contra el receptor nicotínico de acetilcolina en el musculo estriado. Fue descrita por primera vez en 1672 por Thomas Willis, médico y fisiólogo inglés. La miastenia gravis es, sin duda, la enfermedad autoinmune humana mas estudiada y entendida, por lo cual ha servido como modelo para aclarar los mecanismos de otras enfermedades autoinmunes. Muy probablemente el primer caso descrito es aquel del jefe Opechancanough, nativo americano quien murió en 1664. A finales de los 1800s las primeras descripciones modernas de pacientes con miastenia gravis se publicaron y la terminología de miastenia gravis se acuño fusionando los términos griegos para debilidad muscular miastenia agregando el adjetivo latín gravis, el cual significa severo. Los primeros intentos racionales de tratamiento iniciaron en 1930 cuando Mary Walker dio un gran avance dándose cuenta de que lo síntomas eran similares a los de envenamiento por curare el cual se trataba con fisostigmina un inhibidor de la colesterasa. Ella mostro que la fisostigmina rápidamente mejoraba los síntomas de la miastenia gravis, haciendo los medicamentos anticolinesterasa fueran un pilar para el tratamiento de la enfermedad. Debido a que la patología del timo es común en pacientes con Miastenia Gravis, como se observó por primera vez a fines del siglo XIX, en 1937, Blalock eliminó una masa mediastínica de una mujer joven que tenía Miastenia Gravis, la paciente mejoró postoperatoriamente. Más tarde, Blalock informó otros pacientes miasténicos que mejoraron después de la eliminación del timo estableciendo la timectomía como tratamiento para la Miastenia Gravis. En 1959-1960 Simpson y Nastuck propusieron independientemente que la miastenia gravis tenia una etiología inmunológica basado en numeraciones observaciones: a) los sueros de pacientes con miastenia gravis provocaban contracciones en preparaciones de músculos b) el nivel de complemento sérico era directamente proporcional con los síntomas c) infantes de madres con miastenia gravis podían presentar síntomas transitorios (miastenia gravis neonatal). Infiltrados musculares ocurrían en músculos de pacientes con miastenia gravis, así como los cambios patológicos comunes en el timo. En 1973 Patrick y Lindstrom demostraron que los conejos inmunizados con anticuerpos parecidos a anti receptor de acetilcolina (AChR) desarrollaron síntomas parecidos a Miastenia Gravis, posteriormente se comprobó que los ChR provocaban un daño funcional y estructural dando lugar al tratamiento de inmunosupresores en la miastenia Gravis. La miastenia gravis es una enfermedad autoinmune en la cual anticuerpos se unen a los receptores de acetilcolina o a moléculas similares en la membrana postsinaptica en la unión euromuscular. Los anticuerpos inducen debilidad en los músculos esqueléticos, la cual es la única manifestación de la enfermedad. La debilidad puede ser generalizada, así como localizada, es mas proximal que distal y casi siempre incluye los músculos oculares, con diplopía y ptosis. El patrón de desarrollo es usualmente simétrico, menos la de los músculos oculares el cual es marcadamente asimétrico. La debilidad muscular se incrementa con el ejercicio y la fatiga y varia en el curso del día, generalmente con fuerza muscular normal por la mañana.

OBJETIVO: Presentar reporte de un caso Clinico de Embarazo complicado con Miastenia Gravis.

MATERIALES Y MÉTODOS: Se trata de un caso de primigesta de 20 años que es derivada de 2ndo nivel de atención a la consulta de Embarazo de Alto Riesgo de la UMAE 23 en el segundo trimestre de embarazo. Sin Antecedentes Hereditarios y Familiares de importancia, Antecedentes Ginecoobstetricos: Menarca a los 11 años, Frecuencia menstrual de 30x7 días , Primigesta, Fecha de ultima regla: 15 de Mayo de 2017, Fecha Probable de Parto: 22 de Febrero de 2018, con 25.3 Semanas de gestación por Ultrasonido del Primer trimestre de 5.6 Semanas. El diagnostico de miastenia Gravis se le realizo en 2015, en control con Neurología y en tratamiento con Prednisona y Piridostigmina 30 mg cada 8 horas, la cual suspendió dos meses atrás. Ella hasta el momento no contaba con episodios graves de la enfermedad y se encontraba totalmente asintomática. Los laboratorios con los que se presenta la paciente mostraban los siguientes parámetros Hemoglobina de 10.1 Leucocitos de 8.9, Hematocrito de 31.6%, Plaquetas 150 K/uL, Tiempo de Protrombina: 12.8 segundos , Tiempo de Tromboplastina Parcial 25.4 segundos, exudado vaginal negativo para infección. Tuvo un embarazo espontaneo. En todas sus consultas prenatales no de mostraron alteraciones en el feto. Su atención prenatal se llevo sin complicaciones y no tuvo hospitalizaciones por complicaciones agregadas. Se programa interrupción del embarazo vía abdominal con Diagnostico de 38 Semanas de Gestación + Miastenia Gravis por indicación materna y disminuir el riesgo de complicación en el trabajo de parto, con laboratorios pre quirúrgicos con los siguientes parámetros Leucocitos 8.2 K/Ul

Hemoglobina 8.5 g/dl Hematocrito 28 %, Plaquetas 148 K/Ul, Tiempo de Protrombina 12.6 segundos y Tiempo de Protrombina Parcial 27.9 segundos. Durante su internamiento el día 23.03.18 previo a la interrupción del embarazo refiere debilidad de miembros inferiores, sin presentarse trabajo de parto. Durante el procedimiento quirúrgico no se reportaron complicaciones tanto medicas ni quirúrgicas con un sangrado 400 cc, Se aplico oxitócina al salir el hombro anterior y no presento Antonia Uterina. Los resultados perinatales con un Recién Nacido Vivo, Femenino, APGAR 9/10, Peso: 3000 gramos, Talla 53 cm. Durante el puerperio presento una evolución favorable realizándose transfusión de 1 Paquete Globular por hemoglobina de 8.5 en el postquirúrgico con datos de bajo gasto. Presentando una hospitalización postquirgica en un total de 48 2 días, donde no se presentaron episodios de agudización de su patología de base. Su hemoglobina de egreso fue de 8.9 g/dl . Se decide su egreso a domicilio por mejoría y cita a puerperio patológico de la UMAE 23.

RESULTADOS: La miastenia gravis es una enfermedad de la placa motora, caracterizada por debilidad y fatiga muscular. El fundamento de esta enfermedad es autoinmune, ya que se producen anticuerpos dirigidos contra el receptor nicotínico de acetilcolina en el musculo estriado. Fue descrita por primera vez en 1672 por Thomas Willis, médico y fisiólogo inglés. La miastenia gravis es, sin duda, la enfermedad autoinmune humana mas estudiada y entendida, por lo cual ha servido como modelo para aclarar los mecanismos de otras enfermedades autoinmunes. El embarazo tiene un efecto variable en el curso de la Miastenia Gravis. Aunque las mujeres con Miastenia Gravis que se encuentran bajo un buen control previo al embarazo se puede casi asegurar que se mantendrán estables durante el curso del embarazo, aunque solo una pequeña proporción puede tener complicaciones en el periodo postparto. Para mujeres con Miastenia Gravis activa antes del embarazo, los episodios agudos pueden ocurrir mas comunmente durante el primer trimestre y el periodo postparto. Como ya se ha mencionado durante el primer trimestre y en el periodo postparto son los tiempos de mas riesgo de exacerbación. El riesgo de mortalidad de la madre con Miastenia Gravis es inversamente proporcional al tiempo de duración de la enfermedad, con el mas alto riesgo siendo durante el primer año del inicio de la enfermedad. Los episodios agudos miastenicos pueden ocurrir después de un aborto terapéutico debido al estrés de la cirugía, pero generalmente se suele remitir.

CONCLUSIÓN: La Miastenia Gravis se puede presentar por primera vez durante el embarazo o en el postparto. Las exacerbaciones se pueden presentar en pacientes con Miastenia Gravis preexistentes. El embarazo puede afectar el curso de la Miastenia Gravis de una manera impredecible, pero los síntomas de empeoramiento se presentan mas frecuentemente en el primer trimestre o durante las primeras 3-4 semanas postparto. El estado clínico inicial de la paciente no predice el curso de la Miastenia Gravis durante el embarazo. El seguimiento continuo en las mujeres es esencial. La evaluación continua durante y antes del embarazo permite modificar en los episodios de severidad. Los medicamentos inmunosupresores tienen efectos potenciales teratógenos y se deben de descontinuar 4-6 meses antes de concebir. Los corticos esteroides, el intercambio de plasma y las inmunoglobulinas intravenosas tienen un riesgo potencial menor y se han utilizado durante el embarazo aunque se prefieren otras medicamentos. Un abordaje multidisciplinario se necesita para llevar al embarazo y el periodo del puerperio hacia un buen resultado.

TRABAJO EN CARTEL.
Mampara 43

Papillon Lefèvre y embarazo. Reporte de caso

Erik Noé Gudiño Ruiz, Nefi Salazar Hernández y Orlando Pacheco Martínez
UMAE 23, Hospital de Ginecología y Obstetricia Dr. Ignacio Morones Prieto, Monterrey, Nuevo León.

ANTECEDENTES: El síndrome de Papillon-Lefèvre fue descrito por primera vez por Papillon y Lefèvre (PLS) en 1924. El síndrome de Papillon-Lefèvre es un trastorno autosómico recesivo causado por mutaciones en la catepsina C. PLS se caracteriza por hiperqueratosis palmo plantar y periodontitis agresiva tiene una prevalencia mundial de 1-4 casos por millón en la población general y a menudo se relaciona con la consanguinidad

OBJETIVO: Presentación de un caso de Síndrome de Papillon-Lefèvre y Embarazo. Un caso poco común.

MATERIALES Y MÉTODOS: Se trata de un caso de multigesta de 28 años que es derivada de segundo nivel de atención a la consulta de Embarazo de Alto Riesgo de la UMAE 23 en el segundo trimestre de embarazo. Como Antecedente Heredofamiliar de importancia Madre hipertensa, Antecedentes Ginecoobstetricos: Menarca 13 años, Inicio de vida sexual: 15 años, Frecuencia Menstrual 28 x 5 días, Gesta 4 Abortos 2 Cesárea 1, Fecha de ultima regla: 19 de Junio del 2017, Fecha probable de parto: 22 de Febrero del 2018 con 18 con

18.3 Semanas de Gestación por Fecha de Ultima Regla y Síndrome de Anticuerpos Antifosfolípidos el cual se realizo por medio privado hace 4 años, en manejo desde esa fecha con Prednisona de 5 mg y Acido Acetil Salicílico de 100 mg cada día, sin valoración previa por Reumatología. Es valorada por Reumatología el día 07 de Diciembre del 2017 con 23 Semanas de Embarazo donde se realiza el diagnostico de Síndrome de Papillon leFévre con perdida de todas sus piezas dentales con los siguientes laboratorios: Leucocitos de 19.3, Neutrófilos 14.7, Linfocitos de 3.5, Hemoglobina de 12.8, Plaquetas de337 mil, VSG: 57 se solicitan Anticuerpos los cuales reportan los siguientes resultados: Anti-ro – Anti-la: negativos, ACL G y M: negativos. Tuvo un embarazo espontaneo. En todas sus consultas prenatales no se mostraron alteraciones en el feto. Su atención prenatal se llevo en conjunto con el Servicio de Reumatología de la UMAE 25 en la cual no hubo complicaciones hasta la semana 38.1 refiere sintomatología de prurito generalizado en palmas y plantas, agregándose Colestasis Intrahepatica del Embarazo, por lo que se decide hospitalización el día 13 de Marzo del 2017 por Medicina Materno Fetal para vigilancia e interrupción del embarazo por vía abdominal, se realiza Ultrasonido Obstétrico que arrojo los siguientes resultados: Peso Fetal Estimado 3190 gramos, Fetometria de 38 Semanas , Liquido Amniótico Normal, Placenta Posterior Grado 2. Se solicita para operación cesárea con Embarazo de 38.1 Semanas de Gestación por Fecha de Ultima Regla + Síndrome Anticuerpos Anti fosfolípidos + Colestasis Intrahépatica + Síndrome de Papillon Lefèvre + Cesárea Previa y laboratorios pre quirúrgicos: Leucocitos 16.2 K/Ul, Hemoglobina 11.7 g/dl, Hematocrito 37.8%, Plaquetas 317,000, Glucosa de 72 mg/dL, Cr.54, Bilirrubina Total 1.0 Bilirrubina Directa 0.31, Bilirrubina Indirecta 0.60, Alaninoaminotransferasa 24 U/L, Aspartatoaminotransferasa 24 U/L, DeshidrogenasaLáctica:203U/L.Durante el procedimiento quirúrgico no se reportaron complicaciones y se cuantifico un sangrado total de 300 mililitros. Los resultados perinatales con un Recién Nacido Vivo: Masculino, APGAR 8/9, Peso 3070 gramos, Talla 50 cm. Durante el puerperio presento una evolución favorable sin complicaciones, se decide su egreso a domicilio por mejoría y cita a puerperio patológico de la UMAE 23.

RESULTADOS: El síndrome de Papillon-Lefèvre fue descrito por primera vez por Papillon y Lefèvre (PLS) en 1924. El síndrome de Papillon-Lefèvre es un trastorno autosómico recesivo causado por mutaciones en la catepsina C. PLS se caracteriza por hiperqueratosis palmo plantar y periodontitis agresiva tiene una prevalencia mundial de 1-4 casos por millón en la población general y a menudo se relaciona con la consanguinidad. El síndrome de Papillon-Lefèvre es un trastorno extremadamente raro que afecta a hombres y mujeres en igual número y se encuentra en todos los grupos étnicos. Se han reportado más de 200 casos en la literatura médica. En la población general, el trastorno ocurre en aproximadamente de una a cuatro personas por millón. Sin embargo, determinar la incidencia o prevalencia de un trastorno poco común es extremadamente difícil. Las anormalidades en la piel asociadas con estetrastorno pueden estar presentes al nacer (congénita) o a la edad de cinco años. Otros síntomas generalmente se manifiestan entre el tercer y el quinto año de vida. Los trastornos dermatológicos se inician con eritema y después de aproximadamente 6 meses, progresan a hiperqueratosis desplantas, palmas, rodillas y codos. Esto se agrava en invierno, provocando fisuras dolorosas. La periodontitis agresiva comienza con la dentición primaria, lo que lleva a la destrucción del periodonto y la pérdida prematura de los dientes deciduos a la edad de 6 años; luego las encías sanan, hasta el desarrollo de la dentición permanente, cuando reaparece la periodontitis y los dientes se pierden prematuramente a la edad de 16 años. Además de estas características básicas, los pacientes con PLS pueden presentar abscesos hepáticos, mayor incidencia de infecciones piógenas o retraso mental. La medicación o la hiperqueratosis y la atención periodontal mejoran la calidad de vidala deficiencia de CTSC se ha asociado con una mayor susceptibilidad asociada a PLS a la infección bacteriana en las encías y otros sitios; sin embargo, la gravedad heterogénea de la periodontitis y la susceptibilidad a las infecciones observadas en PLS sugiere la existencia de vías compensatorias en la mayoría de los tejidos. El fenotipo PLS también sugiere un papel para CTSC en la diferenciación o descamación epitelial. Varios trabajos han demostrado una relación entre CTSC y el desarrollo de fibroblastos gingivales, y peeling de queratina en la piel en las zonas afectadas. La diferenciación epitelial aberrante puede afectar el epitelio de unión que une la encía a la superficie del diente, posiblemente debilitando esta barrera mecánica y permitiendo una colonización más profunda por patógenos periodontales.

CONCLUSIÓN: Es importante que los profesionales de la obstetricia estén familiarizados con la etiología de la PLS, así como con las manifestaciones dermatológicas específicas de PLS y la afectación periodontal, para poder identifi-

car la enfermedad en sus etapas iniciales. El diagnóstico precoz de la periodontitis asociada a PLS y la institución de un régimen de tratamiento periodontal / antimicrobiano apropiado pueden mejorar el pronóstico de la dentición. La recomendación es que los pacientes jóvenes con lesiones cutáneas y destrucción periodontal grave junto con la pérdida prematura de los dientes se remitan a un periodoncista lo antes posible. Esto debería evitar o retrasar la pérdida de dientes y mejorar el reemplazo temprano de los dientes perdidos para la preservación de la función y la estética. En conclusión, el manejo periodontal exitoso de los pacientes con PLS sigue siendo un reto. Sin embargo, a medida que aumenta nuestra comprensión de los factores etiológicos, se espera que se desarrollen estrategias de tratamiento exitosas. Además, se requieren investigaciones y datos clínicos adicionales para fundamentar esta suposición. Aunque no existen complicaciones directas vinculadas al embarazo es importante e imperante que los ginecoobstetras conozcan de estos síndromes no comunes que afectan a nuestra población.

TRABAJO EN CARTEL.
Mampara 44

Ruptura uterina espontanea sin incisión previa manejo medico quirúrgico de la hemorragia obstétrica reporte de un caso

Fernando Germes Piña, Javier Chacón Lechuga, Ángel Gabriel Rubio Campos y Yareli Torres Guillen
Hospital General de Chihuahua Dr. Salvador Zubirán Anchondo, Chihuahua.

ANTECEDENTES: Gestante de 32 años sin antecedentes quirúrgicos, traumáticos o cronico-degenerativos g:4 p:3, amenorrea incierta, sin control prenatal, periodo intergenésico de 18 meses.
OBJETIVO: exponer caso de ruptura uterina en paciente gestabnte pretermino sin antecedente de insicion uterina previa con producto obito y manejo quirurgico de hemorragia obstetrica.
MATERIALES Y MÉTODOS: estudio retrospectivo de caso clinico.
RESULTADOS: disminucion en la morbimortalidad obstetrica desarterizacion uterina selectiva aunado a ligadura de arterias hipogastricas como herramienta terapeutica en la hemorragia obstetrica masiva.
CONCLUSIÓN: las tecnicas quirurgicas avanzadas en conjunto y precedidas de un adecuado manejo medico de la hemorragia obstetrica logaran disminuir la morbilidad mortalidad y estancia hospitalaria en pacientes que cursan con emergencia obstetrica y choque hipovolemico secundario a ruptura uterina.

TRABAJO EN CARTEL.
Mampara 45

Manifestaciones pulmonares como presentación clínica inicial de un tumor de Krukenberg. Reporte de caso y revisión de literatura

Oscar De Jesús Díaz Saucedo, María Cristina Guerrero De León y Nancy Vargas Cazares
UMAE 23, Hospital de Ginecología y Obstetricia Dr. Ignacio Morones Prieto, Monterrey, Nuevo León.

ANTECEDENTES: En 1986 Friederich Krukenberg, Ginecólogo y Patólogo Alemán describió un nuevo tipo de neoplasia ovárica primaria. Con el tiempo se descubrió su origen metastásico. Este tumor es una variedad de cáncer metastásico gastro intestinal (generalmente de estomago) de estirpe epitelial, mucosecretor que infiltra al estroma ovárico. Tiene una incidencia de 1 o 2 % de tumores de ovario, y el 80% corresponden a adenocarcinoma gástrico, la edad más común es entre los 40-50 años, su forma de presentación es de masa anexial bilateral en 40% de casos, ascitis 7.2%, alteración del ciclo menstrual 7.1% y en un 35% como neoplasia gástrica primaria. Las manifestaciones pulmonares son raras y muy poco frecuentes, que son secundarias a derrame pleural y ascitis, principalmente la disnea, pudiendose integrar el diagnostico de Síndrome Pseudo Meigs al contar con los parámetros de tumor maligno de ovario, ascitis y derrame pleural con citología maligna negativa. El diagnóstico es anatomopatológico; consiste en la presencia de células de anillo de sello. El tratamiento es la resección de dicha lesión metastásica como primera recomendación, seguida de terapia sistémica paliativa.
OBJETIVO: Presentar el caso de una paciente adolescente con Krukenberg que las manifestaciones clínicas iniciales fueron pulmonares.
MATERIALES Y MÉTODOS: Reporte de caso y revisión de literatura
RESULTADOS: Se reporta el caso clínico de paciente femenino de 17 años de edad sin antecedentes de importancia, la cual acude a su clínica familiar por presentar molestias digestivas inespecíficas y sangrado instermentrual de 3 meses de evolución, agregándose tos no productiva y disnea de pequeños y medianos esfuerzos, es referida a Neumología por sospecha de Tuberculosis de sonde se traslada a Ginecología por tumor pélvico con probable metástasis pulmonares. A su ingreso al hospital el día 31 de mayo de 2018 con disnea de pequeños esfuerzos de rápida progresión ameritando ventilación mecánica y es ingresada a la Unidad de Cuidados Intensivos, donde se inició protocolo de estudio de tumoración, mediante TAC abdo-

mino pélvica se documenta lesión bilateral de ovario y ascitis (Figura 1), TAC de tórax con metastásis pulmonares (Figura 2), Rx tórax con derrame pleural mínimo, durante su estancia presenta deterioro de función renal, sangrado de tubo digestivo alto y falla hepática, laboratorios con anemia, leucopenia y trombocitopenia, marcadores tumorales negativos. Por la sospecha de malignidad y sin condiciones para intervención quirúrgica se da un ciclo de quimioterapia monodroga platino, sin presentar mejoría. La paciente fallece el 11 de junio de 2018, el diagnóstico se hace post mortem. (Figura 3 y 4).

CONCLUSIÓN: El 2% de las pacientes que presentan Ca gástrico desarrollan un Krukenberg. El tumor antecede el descubrimiento del primario arriba del 20% de los casos, el diagnóstico requiere una alta sospecha. Al momento del diagnóstico las posibilidades de curación son muy bajas.

TRABAJO EN CARTEL. Mampara 46

El bajo peso y semanas de gestación en neonatos de pacientes sometidas a FIV se reducen significativamante en relación al IMC y edad, según el Dx de infertilidad

Edith Cervantes Guerrero, Mónica Yazmín Olavarría Guadarrama y Nauj Icathiu Cardoso Jacobo
Instituto Mexicano de Alta Tecnología Reproductiva.

ANTECEDENTES: El declive en la fertilidad femenina esta asociado a la edad, IMC o funciones endócrinas. Diversas complicaciones prenatales pueden explicarse bajo dichos parámetros en mujeres sometidas a TRA. Hoy día resulta controversial el papel de las transferencias en fresco-descongelado y el día de desarrollo sobre el riesgo prenatal. La OMS clasifica el IMC en 3 clases: normal (18.5-24.5 Kg/m2), sobrepeso (25-29.9Kg/m2) y obesidad (>30Kg/m2) y tipificó el desajuste en la fertilidad manifestados desde el sobrepeso y reversibles tras modificar el estilo de vida.

OBJETIVO: Determinar si en la población de pacientes infértiles sometidas en una clínica de FIV a TRA existen variaciones significativas asociadas al IMC, edad y Dx que alteren el peso y semanas de gestación en pacientes con RNV.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo asociativo. Se utilizaron los registros de pacientes tratadas con FIV homólogo en Inmater entre 01/01/2015 y 01/01/2018 (n=458). Se segmentó la muestra en aquellas pacientes con RNV(n=155). Se estratificó por grupos diagnósticos en 9 clases y se realizó un modelo de linearidad (regresión múltiple) y prueba de independencia de chi para los parámetros de la edad, IMC, tipo de fecundación, día y tipo de transferencia embrionaria, peso del RNV y Semanas de gestación.

RESULTADOS: No encontramos diferencias significativas entre el tipo de fecundación ($p < 0.005$) el día de la transferencia ($p < 0.005$) el tipo de transferencia ya sea fresco o descongelado ($p < 0.005$). Entre los grupos diagnósticos las pobres respondedoras encontraron dependencia entre variaciones de las semanas de gestación $Pr(>|t|) = 0.034$ y el peso ($p=0.0296$). Las diferencias entre los demás grupos se mantuvieron no significativas. Los coeficientes de regresión fueron negativos mostrando una asociación de reducción entre ambos parámetros ($R= -0.524$).

CONCLUSIÓN: Los resultados de nuestra muestra sugieren que las pacientes sometidas a FIV ven afectados en forma diferencial el impacto del tratamiento sobre los neonatos el peso y las semanas de gestación, de forma significativa en la pacientes con baja respuesta a la estimulación. Transferir pacientes con baja respuesta en fresco resulta contraproducente al neonato.

TRABAJO EN CARTEL. Mampara 47

Resultados obstétricos y perinatales en embarazadas mayores de 35 años

J Guadalupe Panduro Barón, Elizabeth Guadalupe Panduro Moore, Damián Peraza Martínez, J. Jesús Pérez Molina y Norma Argelia Quezada Figueroa
Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I. Menchaca.

ANTECEDENTES: Debido a los cambios culturales, sociales y económicos, se ha observado un aumento en el deseo de la mujer de tener un embarazo después de los 35 e incluso 40 años, convirtiéndose esto en un importante fenómeno social. En 1958, la Federación Internacional de Ginecología y Obstétrica (FIGO) definió como "edad materna avanzada" a aquellos embarazos que se presentan después de los 35 años y que generalmente, esta característica se asocia con aumento de riesgos del neonato. En el último tercio del siglo XX, varios autores han intentado modificar este concepto extendiéndolo a los 40 años e incluso a los 45 años. Diversos estudios han demostrado que la edad materna avanzada se asocia con complicaciones que involucran al binomio materno-fetal, poniendo como posibles causas el envejecimiento de los ovocitos, el incremento de las enfermedades médicas crónicas y la mala adaptación a los cambios fisiológicos propios del embarazo; reportándose un mayor número de

abortos espontáneos, anomalías cromosómicas y malformaciones congénitas así como aumento en complicaciones como hipertensión arterial, diabetes, parto pretérmino, entre otras.

OBJETIVO: Describir resultados obstétricos y perinatales en embarazada mayores de 35 años, comparándolos con mujeres en edad reproductiva de 20 a 34 años.

MATERIALES Y MÉTODOS: Se realizó un estudio transversal analítico donde se incluyeron 152 pacientes (76 pacientes por grupo) con embarazos mayores de 20 semanas de gestación que fueron atendidas al término del mismo en Tococirugía del Hospital Civil de Guadalajara "Dr. Juan I. Menchaca" del 1 enero 2016 al 31 de diciembre de 2016. Se formaron 2 grupos: el grupo de estudio compuesto por mujeres de 35 años o más y el grupo comparativo con mujeres entre 20 y 34 años. Se evaluó en cada grupo las características demográficas (escolaridad, estado civil, gestas, enfermedades concomitantes), los resultados obstétricos (trastornos hipertensivos asociados al embarazo, diabetes gestacional, patología placentaria, hemorragia obstétrica, ruptura prematura de membranas así como la vía de interrupción del embarazo) y los resultados perinatales (edad gestacional, peso, Apgar, malformaciones congénitas, cromosomopatías, síndrome de dificultad respiratoria, ingreso a UCIN, muerte perinatal), para después ser comparados entre ambos grupos. Para la elaboración de la base de datos y obtener la estadística descriptiva se utilizó Microsoft Office Excel y el programa estadístico SPSS 17.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA) para ciencias sociales. Los grupos se compararon con Chi2 tomando como referencia estadística significativa una $p < 0.05$.

RESULTADOS: La edad promedio en el grupo de estudio fue 37 años, multigestas, casadas (46%), nivel de estudios secundaria y el 28% con patología previa al embarazo; mientras en el grupo comparativo la edad promedio fue de 25 años, 13% con patología, en unión libre 57%, escolaridad secundaria y de igual manera multigestas pero con menor número de embarazos (6 o más embarazos: 11 vs 1, con una p= 0.01). En los resultados obstétricos se presentó en el grupo de estudio más casos de diabetes gestacional (10 vs 1 p= 0.01); así como un mayor número de trastornos hipertensivos (12 vs 8), desprendimiento de placenta normoinserta (1 vs 0) y ruptura prematura de membranas (12 vs 6) estos últimos sin diferencia estadística significativa. La vía de nacimiento más común para el grupo de estudio fue vía vaginal (p= 0.005). En los resultados perinatales se observó una edad gestacional de 38 semanas con un peso de 2500 gr a 3500 gr (59% vs 69%), se reportaron 9 recién nacidos con peso de 4000 gr (8 vs 1 p= 0.01). No se encontró diferencia en el resto de resultados: Apgar, síndrome de dificultad respiratoria, ingresos a UCIN, mortalidad perinatal, malformaciones y cromosomopatías.

CONCLUSIÓN: En conclusión el embarazo en mujeres mayores de 35 años se presenta con mayores resultados obstétricos y perinatales adversos. Encontrando un mayor número de casos de diabetes gestacional y recién nacidos con un peso mayor de 4000 gr al compararlo con un grupo de menor edad. Con el constante cambio en la edad en que la mujer se embaraza tanto en países en vías de desarrollo y países desarrollados es importante llegar al conceso y marcar la pauta para poder definir adecuadamente "edad materna avanzada" y buscar estrategias para mejorar tanto resultados obstétricos como perinatales.

TRABAJO EN CARTEL.
Mampara 48

Anomalia de Ebstein: reporte de un caso.

Simón Castro Meléndez, Héctor Adán Cardona Martínez y Gabriela Silguero Ortiz
Hospital General Norberto Treviño Zapata, Ciudad Victoria, Tamaulipas.

ANTECEDENTES: La anomalía de Ebstein es un defecto cardiaco congénito muy raro, con una incidencia de 1 a 4 casos por cada 200,000 nacidos vivos, que representa menos del 1% de todos los defectos cardiacos congénitos, en etapa fetal es de alto riesgo de mortalidad perinatal, con riesgo de muerte in utero de 85%. Es una malformación de la válvula tricúspide en la que las valvas septal y posterior están adosadas al septum y a la pared posterior del ventrículo derecho, lo que crea la porción atrializada del tracto de entrada del ventrículo derecho.

OBJETIVO: Reforzar las bases para conocer la prevalencia, incidencia, pronóstico, mortalidad y mejorar destrezas en diagnóstico en etapa prenatal temprana.

MATERIALES Y MÉTODOS: El estudio ecocardiográfico exhaustivo de dos dimensiones y Doppler constituye la herramienta más útil para establecer un diagnóstico de anomalía de Ebstein. Este método permite la identificación precisa de la lesión y severidad de la misma, así como la presencia de otros defectos congénitos. El ecocardiograma de tres dimensiones se emplea con mayor frecuencia como apoyo al de dos dimensiones. Los hallazgos ecocardiográficos más útiles para su diagnóstico son: desplazamiento apical de la valva septal de la tricúspide (> 8 mm/m2 de superficie corporal comparado con la válvula mitral),

grado de displasia de cada una de las valvas de la válvula tricúspide, aumento en el volumen de las cavidades derechas, movimiento septal paradójico, grado de insuficiencia tricuspídea e identificación de comunicación interauricular o foramen oval permeable.
RESULTADOS: A pesar de ser una cardiopatía congénita poco frecuente, consideramos que se deben intensificar las acciones en la atención prenatal de las gestantes, ademas de la realización y cumplimiento de los programas prenatales existentes en nuestro país, principalmente los ultrasonidos prenatales que continúa siendo el examen complementario de elección para el diagnostico de esta patologia.
CONCLUSIÓN: La anomalía de Ebstein se encuentra entre las cinco cardiopatías más frecuentes identificadas in utero y conlleva alto riesgo de mortalidad perinatal por insuficiencia cardiaca derecha e hidrops. La alteración se establece en etapas tempranas de la morfogénesis cardiaca con aparición progresiva de insuficiencia tricuspidea en forma evidente en el primer trimestre, para las 18 - 22 SDG se visualiza claramente el adosamiento valvular, con dilatación y crecimiento progresivo de la aurícula derecha, condiciones que originan la cardiomegalia característica que es más evidente y significativa en la proyección de cuatro cámaras estandarizadas. En la actualidad, la ecocardiografía fetal tiene alta sensibilidad (91.6%) y especificidad (99%) en el diagnóstico prenatal de cardiopatía congénita.

TRABAJO EN CARTEL.
Mampara 49

Pentalogia de Cantrell

Beatriz De La Cruz Alarcón, Luis Ángel Peña Reyes, Juan Alberto Reyes Perales y Allan Efraín Alatorre Ordaz
Hospital General de Saltillo, Coahuila.

ANTECEDENTES: El embarazo heterotópico se refiere a la presencia de embarazos simultáneos con dos sitios diferentes de implantación. La mayoría de los sitios son una combinación de embarazos intrauterinos y ectópicos. La mayoría de los ectópicos, ocurren en la tuba uterina (90%) sin embargo la implantación en el cervix, ovario y segmento intersticios tubárico, abdomen y cicatrices de cesáreas previas han sido reportadas. La incidencia estimada es dependiente de la incidencia de embarazo ectópico y gemelos dicigóticos. Anteriormente solía ser extraña, con un estimado de 1 en 30,000 embarazos, sin embargo con la llegada de las técnicas de reproducción asistida se ha elevado a aproximadamente 1 en 3,900 embarazos.
OBJETIVO: Presentar un caso clínico de embarazo heterotópico.
MATERIALES Y MÉTODOS: Análisis de expediente clínico.
RESULTADOS: AGO: M:12, RC 28x3-4, IVSA 17, NPS: 1, G3 P3 C0 A1, G1 2008 masculino 3500, G2 masculino 3750, vivos y sanos, FUM 17/11/17. PA: prueba positiva de embarazo en sangre el 15 de enero de 2018, dolor abdominal el domingo 28 de enero, acude a clínica particular con dx de probable apendicitis, se ingresa a laparotomía exploradora, se solicita IC a ginecología transquirúrgica, se encuentra embarazo ectópico roto en salpinge izquierda, se realiza salpingectomía, útero aumentado de tamaño; se realiza US encontrando embarazo intrauterino de 10.3 SDG, 4 meses más tarde la paciente presenta sangrado transvaginal abundante con expulsión de producto masculino, se realiza legrado.
CONCLUSIÓN: Se presenta caso de embarazo heterotópico que aunque el producto intrauterino no llego a término, consideramos importante presentarlo por la baja frecuencia de ésta enfermedad y la importancia de siempre tener en mente ésta posibilidad diagnóstica, la cual se asocia con una alta mortalidad materna.

TRABAJO EN CARTEL.
Mampara 50

Embarazo Heterotópico: Reporte de caso

Marías del Rosario Robledo, Maldonado, José Emilio Noyola Frías, Filiberto Flores Corpus, Juan Pablo Izquierdo Tolosa, Manuel Alberto Rodríguez Zamora y Mario Alberto De León Rodríguez
Hospital General de Zona 1 Lic. Ignacio García Téllez, IMSS, San Luis Potosí, SLP.

ANTECEDENTES: El embarazo heterotópico se refiere a la presencia de embarazos simultáneos con dos sitios diferentes de implantación. La mayoría de los sitios son una combinación de embarazos intrauterinos y ectópicos. La mayoría de los ectópicos, ocurren en la tuba uterina (90%) sin embargo la implantación en el cervix, ovario y segmento intersticios tubárico, abdomen y cicatrices de cesáreas previas han sido reportadas. La incidencia estimada es dependiente de la incidencia de embarazo ectópico y gemelos dicigóticos. Anteriormente solía ser extraña, con un estimado de 1 en 30,000 embarazos, sin embargo con la llegada de las técnicas de reproducción asistida se ha elevado a aproximadamente 1 en 3,900 embarazos.
OBJETIVO: Presentar un caso clínico de embarazo heterotópico.
MATERIALES Y MÉTODOS: Análisis de expediente clínico.

RESULTADOS: AGO: M:12, RC 28x3-4, IVSA 17, NPS: 1, G3 P3 C0 A1, G1 2008 masculino 3500, G2 masculino 3750, vivos y sanos, FUM 17/11/17. PA: prueba positiva de embarazo en sangre el 15 de enero de 2018, dolor abdominal el domingo 28 de enero, acude a clínica particular con dx de probable apendicitis, se ingresa a laparotomía exploradora, se solicita IC a ginecología transquirúrgica, se encuentra embarazo ectópico roto en salpinge izquierda, se realiza salpingectomía, útero aumentado de tamaño; se realiza US encontrando embarazo intrauterino de 10.3 SDG, 4 meses más tarde la paciente presenta sangrado transvaginal abundante con expulsión de producto masculino, se realiza legrado.
CONCLUSIÓN: Se presenta caso de embarazo heterotópico que aunque el producto intrauterino no llego a término, consideramos importante presentarlo por la baja frecuencia de ésta enfermedad y la importancia de siempre tener en mente ésta posibilidad diagnóstica, la cual se asocia con una alta mortalidad materna.

TRABAJO EN CARTEL.
Mampara 51

Embarazo y síndrome de Schmidt

Pedro Beltrán Peñalosa, Oscar Salazar Cerda y Armando Quiñones Mendoza
Hospital General Regional 45, Secretaria de Salud, Guadalajara, Jalisco.

ANTECEDENTES: La obstrucción tubaria bilateral es un problema clínico que se traduce en infertilidad, y sus causas varían desde endometriosis, infecciones, miomatosis, antecedentes quirúrgicos, etc.
OBJETIVO: Utilizar un ciclo de tres meses de Acetato de Ulipristal para reducir el tamaño de dos miomas cornuales y liberar ambos oviductos de la obstrucción mecánica de ambos miomas.
MATERIALES Y MÉTODOS: Se utilizó un ciclo de acetato de ulipristal, en dosis de 5 mgs al día durante 3 meses continuos, en una paciente con obstrucción tubaria bilateral proximal (demostrado mediante histerosalpingografía) de origen aparente mecánico, por dos miomas cornuales de 5.2 y 4.3 cms. Mediante ultrasonido vaginal e histerosalpingografía se vigiló a la paciente al inicio y término del tratamiento.
RESULTADOS: Después de dos meses de tratamiento, se registró una disminución de los miomas del 19.3% y 27.9% respectivamente, y al final del tratamiento la disminución fue del 38.4% y 32.5%. La histerosalpingografía
CONCLUSIÓN: El uso de acetato de ulipristal en pacientes con miomatosis uterina, debe empezar a considerarse como el tratamiento de primera elección en pacientes con infertilidad.

TRABAJO EN CARTEL.
Mampara 52

Mola invasora. Reporte de un caso

David Fernando Morales Bautista, Evelin Carolina Iglesias Rosales, Edith Citlali Serrano Medina y León Arnoldo Pérez Carrillo
Instituto del Estado de Morelos.

ANTECEDENTES: La ETG, proliferación trofoblastica, son: mola parcial, completa, invasiva, metastásica, coriocarcinoma, tumor del sitio placentario. Participan moléculas de adhesión: E cadherin, B catenin y lewis x.
OBJETIVO: Presentación de un caso de mola hidatiforme invasora atendido en el Hospital de la Mujer de Yautepec Morelos.
MATERIALES Y MÉTODOS: paciente 26 años, ingresa por sangrado transvaginal. AGO: M 12 años, PM 30 x 3, regular, G 3, P 2, IVSA 17 años. USG útero 114X 53x 55mm, endometrio 3.43 cm. HGC beta 86,771. AMEU: abundantes restos ovulares. USG control: útero normal, sin masas en cuerpo uterino. Patología: vellosidades con degeneración hidrópica. Control a las 24 horas de HGC 28645. Se egresa con control en consulta externa
RESULTADOS: Consulta: controles b-HGC a los 7 días 1891, 3 semanas: 4731, 4 semanas: 6097, 6 semanas: 4805, 8 semanas: 11,268. Se solicita TAC contrastada, útero con incremento de la vascularidad de las paredes del miometrio, con vasos tortuosos de aspecto varicoso o serpinginoso parametrial bilateral , no se observan cambios de la densidad de la cavidad endometrial. Se envía a oncología
CONCLUSIÓN: La mola invasora es poco frecuente.16% de las molas presentan. El diagnostico se sospecha por B-HGC seriada, Doppler o RM pélvica. El tratamiento es con citostáticos y/ o HTA con buen pronostico.

TRABAJO EN CARTEL.
Mampara 53

Embarazo espontaneo en paciente con Síndrome de Kartagener

José Alfredo Jiménez Turrubiates, Dahlia Teresa Haro Anaya y Juan Joel Domínguez Rodríguez
Hospital General de Matamoros Dr. Alfredo Pumarejo L., Tamaulipas.

ANTECEDENTES: El SK consiste: situs inversus, sinusitis crónica y bronquiectasias. Prevalencia 1/20 000 - 40 000 individuos. Existe defecto de cilios/flagelos, intervienen en la fecundación. Infertilidad en mujeres 50%.
OBJETIVO: Describir un caso de un embarazo espontáneo en una

paciente con Síndrome de Kartagener dada su escasa prevalencia a nivel mundial.
MATERIALES Y MÉTODOS: Primigesta de 20 años, con SK, presentó cuadros de tos y sinusitis crónica desde infancia, asma el cual no respondía adecuadamente al tratamiento habitual observándose bronquiectasias y situs inversus en los estudios de imagen. Se realiza ecocardiograma como parte de su valoración , reportándose datos de hipertensión pulmonar por lo que se decide interrupcion de embarazo a las 37.5 SDG.
RESULTADOS: Se realiza cesarea se obtiene masculino 2.4Kg, Apgar 9/9,Capurro 37 SDG, liquido amniótico claro, útero y anexos sin alteraciones, se observa situs inversus y se realiza oclusión tubárica ,se pasa a UCI para monitorización hemodinámica, presenta neumotórax secundario a la colocación de catéter venoso central, responde adecuadamente con sonda endopleural, presenta buena evolución clínica, egresándose.
CONCLUSIÓN: Son pocos los casos reportados de embarazos en pacientes con Síndrome de Kartagener por procedimientos de reproducción asistida y mas raro embarazo espontaneo. Importante manejo multidisciplinario.

TRABAJO EN CARTEL.
Mampara 54

Tumor Phylloides de mama: reporte de un caso

Esaúl Hernández Arvizu, María de los Ángeles Hernández Naranjo, Ángel de Jesús Rivera Rodríguez, Juana Leticia Nieto Sánchez, Mario Alberto Ojeda Arrona
HGRL

ANTECEDENTES: Los tumores Phylloides de la mama, son tumores raros, compuestos por elementos estromales y epiteliales. Existen benignos limítrofes y subtipos malignos. Dichos tumores representan menos del 1% de las neoplasias de mama.
OBJETIVO: Revisión de un caso clínico de Ca. mamario de tipo Phylloides y estudio de su evolución. Revisión de un caso clínico de Ca. mamario de tipo Phylloides y estudio de su evolución.
MATERIALES Y MÉTODOS: Paciente femenino de 33 años de edad, la cual niega enfermedades crónico degenerativas, antecedentes oncológicos y cirugías previas. Alcoholismo positivo a razón de cada 3 días hasta llegar a la embriaguez, así como tabaquismo a razón de 10 cigarros al día. Alergia a la penicilina. AGO: Menarca a los 12 años, FUM: 25/07/18, IVA: 19 años. G2P2A0C0, partos eutócicos. Paciente acude al servicio por presentar una tumoración en mama izquierda de 4 años de evolución con aumento gradual, además de presentar dolor tipo punzante. A la exploración se encuentran mamas asimétricas, mama izquierda aumentada de tamaño, red venosa congestiva, bordes irregulares, tumoración de aproximadamente 11.5 cm, indurada, sin secreción a través del pezón, sin ganglios axilares o supraclaviculares. Se le solicitó ultrasonido de mama izquierda para evaluación. Reportándose: mama izquierda con mastitis y absceso mamario vs tumor phylloides. BI RADS 3 Simultáneamente se solicita biopsia con aguja de corte de glándula mamaria izquierda. Reportándose: Datos histológicos correspondientes con tumor phylloides. Se envía a servicio de oncología para estudio y tratamiento. Se le solicita nueva biopsia con aguja Trucut y mastografía para descartar malignidad.
RESULTADOS: Se estableció el diagnóstico de tumor phylloides gigante de mama izquierda. Por ello, se optó por una mastectomía total, por las dimensiones del tumor, tomando en cuenta que se recomienda la escisión quirúrgica con márgenes libres de 1 cm. o más, y sabiendo que dichos tumores tienden a acompañarse de una cantidad importante de sangrado.
CONCLUSIÓN: Los tumores phylloides pertenecen a un subgrupo relativamente raro dentro del cáncer de mama, representando menos del 1% de éstos. Suelen aparecer entre la cuarta y quinta década de la vida. Se manifiestan como una masa bien definida, y suelen tener dimensiones importantes, puesto que su crecimiento es indeterminado. El tratamiento se basa en la mastectomía parcial o total, según las dimensiones y características del tumor.

TRABAJO EN CARTEL.
Mampara 55

Uso y abuso de naproxeno en la dismenorrea: reporte de un caso

Miguel Ángel Bernal Davish, María Natividad Guzmán Tapia, Guillermo Contreras Alarcón, Saturnino Navarro Ramírez y María Fernanda León Rivera
Facultad de Medicina Xalapa, Universidad Veracruzana, Veracruz.

ANTECEDENTES: Los AINES se utilizan como analgésicos, antipiréticos y antiinflamatorios, cada uno de ellos predomina su acción, como es el caso del naproxeno actúa predominantemente como antiinflamatorio y analgésico, los efectos colaterales van desde leves como la irritación del epitelio digestivo hasta mas grave como la aplasia medular 1, 2, 3, 4, 5.
OBJETIVO: Dar a conocer un caso de una dermatosis cíclica secundarias a la automedicación inadecuada de naproxen.
MATERIALES Y MÉTODOS: Se trata de paciente de 20 años de edad tiene AGO.- Menarca 11

años, ritmo 28/3 dismenorrea primaria leve, gestaciones 0, abortos 0, MPF condón ocasional, coitus interruptus y ritmo, AE en una sola ocasión hace un año, DOC nunca, parejas sexuales 1. PEEA. Inicia en la menarca con algomenorrea y dismenorrea leve tratada con diferentes AINES ibuprofen, diclofenaco y naporoxeno, este ultimo en los últimos 4 años incremento la dosis de 750 a 1000 mg cada 6 u 8 hrs por dos días, presentando manchas hiperpigmentadas en piel, infra axilar, codo, glúteo y hueco poplíteo lado derecho, las cuales se exacerbaban cíclicamente en la menarca, disminuyendo la pigmentación el resto del ciclo menstrual. Exp. Física.- Se encontró 4 dermatosis bien definidas de color café intenso, se le realizo colposcopia siendo esta satisfactoria y ultrasonido pélvico encontrando útero y anexos normales. Se toman biopsias de las zonas afectadas.

RESULTADOS: El reporte de las 4 biopsias fue de una dermatosis de interfase, al suspender naproxeno cíclico desaparecieron las lesiones en piel después de tres ciclos, al inicio la dismenorrea fue tratada con fomentos calientes, actualmente con un MPF mas efectivo a base de drospirenona 3 mg y etinilestradiol 0.03 mg por 21 días con 7 de placebo, la cual menciona sede la algomenorrea y dismenorrea.

CONCLUSIÓN: La automedicación y uso inadecuado del naproxeno o por una correlación puede condicionar a la aparición de esta rara dermatosis.

TRABAJO EN CARTEL.
Mampara 56

Uso profiláctico de dosis bajas de enoxaparina en perdida repetida de la gestacion

Juan Arturo Ramos Ramos, Carlos Gerardo Galindo García, Gabriela Morales Patiño, Roberto Raya Arredondo y Roselia Corona Flores
Médica Fértil Morelia, Michoacán.

ANTECEDENTES: La pérdida repetida de la gestación es la pérdida consecutiva o no de 2 o más embarazos confirmados con B-hCG en suero o en orina. Su prevalencia oscila entre 0.8 y 1.4%.

OBJETIVO: Demostrar que el uso de enoxaparina 10-20 mg/día y aspirina en la pérdida repetida de la gestación, resulta en una alta tasa de nacidos vivos y baja incidencia de complicaciones perinatales.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio de serie de casos de 37 pacientes con pérdida repetida de la gestación, quienes concibieron un embarazo espontáneo o con técnicas de reproducción asistida e iniciaron tratamiento profiláctico, al corroborar vitalidad fetal, con 10 ó 20 mg/día de enoxaparina vía S.C. y ácido acetilsalicílico 100 mg V.O. La medicación se suspendió 24 hrs. y 1 semana previas al nacimiento, respectivamente.

RESULTADOS: Se evaluaron 44 embarazos en 37 mujeres de 25 a 42 años de edad, con 2 a 5 pérdidas previas; 3 de ellas eran portadoras de trombofilia (factor II, factor V y antitrombina). Se corroboraron 38 (86.4%) nacidos vivos y solo 6 (13.6%) abortos, todos ellos del primer trimestre (entre 7 y 9 SDG); únicamente 8 (18.1%) embarazos tuvieron alguna complicación perinatal.

CONCLUSIÓN: La profilaxis con enoxaparina (10 o 20 mg/día vía SC) en pérdida repetida de la gestación, tiene una alta tasa de nacidos vivos y pocas complicaciones perinatales, sean o no portadoras de trombofilias.

TRABAJO EN CARTEL.
Mampara 57

Encefalocele anterior asociado a esquizencefalia de labio abierto: diagnóstico prenatal y evolución

Iván Vladimir Dávila Escamilla, Yadira Hillem Gastelum Delgado, Flavio Hernández Castro, Edgar Alejandro Tamez Cristerna y Héctor Gerardo Triana Saldaña
Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, Monterrey, Nuevo León.

ANTECEDENTES: Encefalocele, herniación del encéfalo y las meninges a través de un defecto craneal, afecta 1/2000-6000 recién nacidos vivos. Secundario a una falla en la nerulación; el 13% en región anterior.

OBJETIVO: Presentar caso clínico de encefalocele anterior asociado a esquizencefalia de labio abierto desde su diagnóstico prenatal hasta sus resultados perinatales.

MATERIALES Y MÉTODOS: Madre de 30 años de edad, primera gesta, sin antecedentes de relevancia. Se realizó ultrasonido anatómico encontrando alteración en estructuras cerebrales, con herniación tumoral a nivel supraciliar. Se confirman hallazgos con Resonancia magnética.

RESULTADOS: A las 39.5 semanas se realiza cesárea por actividad uterina y presentación pélvica. Se obtiene masculino de 3640g, 51cm, PC 40cm, Apgar 8-9, pasa a UCIN, saturación adecuada a medio ambiente, toma de muestra para extracción de DNA Fetal, pendiente de resultados, presenta defunción al segundo día.

CONCLUSIÓN: Las malformaciones del sistema nervioso central pueden ser diagnosticadas de manera temprana, sin embargo su progresión puede de tal magnitud que no permite ofertar al feto opciones terapéuticas.

TRABAJO EN CARTEL.
Mampara 58

Toxoplasmosis cerebral y embarazo. Revisión de un caso en

el Hospital Metropolitano "Dr. Bernardo Sepúlveda"

Brenda Lisset Briones Bernal y Verónica del Rocío Ramírez Rodríguez
Hospital General de Saltillo, Coahuila.

ANTECEDENTES: El síndrome de Stevens-Johnson destruye piel y mucosas y puede ser letal; en vagina puede ocasionar adherencias. Prevención con esteroides, moldes y amenorrea, en caso de adhenosis hacer colposcopia.
OBJETIVO: Informar sobre el abordaje ginecológico en un caso de síndrome de Stevens-Johnson y dar a conocer la importancia de la prevención y posibles complicaciones ginecológicas que se omiten en muchos casos.
MATERIALES Y MÉTODOS: 41 años, núbil. Inicia padecimiento posterior a ingesta de clindamicina, con eritema generalizado. Tres días después acude a urgencias de hospital privado donde se indica loratadina, temperatura de 38.7 *C, prurito y dolor tipo ardoroso generalizado. Se traslada a nuestra unidad con pustulosis exantemática generalizada, se interconsulta a GyO por afección de genitales, se difiere especuloscopia.
RESULTADOS: Control hídrico y tratamiento con metilprednisolona por medicina interna; tratamiento ginecológico con sonda Foley, betametasona 0.1% tópico cada 12 horas y ACOs en forma continua. Es egresada tras 9 días de internamiento, sin eritema ni evidencia de fusión de labios genitales, se retira Foley y se continuan ACOs y esteroide tópico, 1 mes y medio despues se observa curación de lesiones.
CONCLUSIÓN: Se debe involucrar al servicio de ginecología en el seguimiento de todas las pacientes con síndrome de Stevens-Johnson para tratar y prevenir el desarrollo de lesiones y complicaciones posteriores.

TRABAJO EN CARTEL. Mampara 59

Banda gástrica materna y RCIU. Revisión de un caso en el Hospital Metropolitano "Dr. Bernardo Sepúlveda"

Brenda Lisset Briones Bernal y Verónica del Rocío Ramírez Rodríguez
Hospital Metropolitano Dr. Bernardo Sepúlveda, Nuevo León.

ANTECEDENTES: Existe una relación bien establecida entre la malnutrición materna y bajo peso fetal, catalogada por una baja ingesta proteica y severa restricción calórica (600-900 kcal/día).
OBJETIVO: Analizar los factores clínicos caracterizados en éste caso, como trastornos alimenticios, que puedan predecir la ocurrencia de defectos del crecimiento fetal y evaluar manejo concomitante.
MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio descriptivo, transversal y retrospectivo, donde se analizaron los antecedentes obstétricos de importancia, el evento obstétrico y la evolución del puerperio.
RESULTADOS: Paciente de 35 años, G2C1, portadora de banda gástrica, quién cursando 29.3 semanas inició con intolerancia a la vía oral y presentó condiciones perinatales de oligohidramnios y RCIU, decidiéndose manejo conservador sin mejoría; posteriormente dilatación gástrica, sin éxito. Se decide programar cesárea por banda gástrica disfuncional no ajustable y defecto del crecimiento fetal. Sin complicaciones
CONCLUSIÓN: Las gestantes portadoras de banda gástrica ajustable u otros tipos de cirugía bariátrica, tendrán particulares requerimientos nutricionales durante la gestación y complicaciones asociadas.

TRABAJO EN CARTEL. Mampara 60

Análisis de egresos hospitalarios y días de estancia intrahospitalaria en ginecología y obstetricia

Brenda Lisset Briones Bernal y Cesar Ploneda González
Hospital Metropolitano Dr. Bernardo Sepúlveda, Nuevo León.

ANTECEDENTES: El Comité Nacional para el Estudio y Seguimiento de la Morbilidad y Mortalidad Materna y Perinatal, sirve de guía a los integrantes de comités respectivos, para el análisis de la causalidad.
OBJETIVO: La aplicación de estrategias, acciones o recomendaciones pertinentes que fomenten la aplicación de políticas públicas nacionales, en el ámbito de competencia para mejorar la salud materna y perinatal.
MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio descriptivo, transversal y retrospectivo, donde se analiza la clasificación principal de egresos hospitalarios, con su promedio de estancia en sala ocupación.
RESULTADOS: Un total de 2887 egresos hospitalarios, con mayor auge en puerperios fisiológicos, siendo 1501 casos, correspondiendo al 51.9%, con promedio de 1.2 días de estancia intrahospitalaria.
CONCLUSIÓN: El estudio y seguimiento de la morbilidad materna y perinatal, de manera sistemática, contribuye a la disminución de tasas de estancia intrahospitalaria, con mejoría de la calidad en salud.

TRABAJO EN CARTEL. Mampara 61

Impacto del Comité de Prevención, Estudio y Seguimiento de la Morbilidad y Mortalidad Materna y Perinatal, Hospital Metropolitano "Dr. Bernardo Sepúlveda"

Brenda Lisset Briones Bernal y César Ploneda González
Hospital Metropolitano Dr. Bernardo Sepúlveda, Nuevo León.

ANTECEDENTES: La salud materna y perinatal es un tema prioritario, por ello, se ha implementado un Programa de Acción Específico enfocado a mejorar la salud de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio.
OBJETIVO: Utilizar como estrategia la creación, operación y funcionamiento adecuado de los comités, para demostrar su eficacia en la reducción de la mortalidad materna y perinatal.
MATERIALES Y MÉTODOS: Es un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal donde se analizaron las sesiones del comité local de morbimortalidad materna y perinatal del Hospital Metropolitano durante el periodo comprendido Noviembre 2017- Abril 2018.
RESULTADOS: En noviembre 2017- Abril 2018, se atendieron un total de 2899 nacimientos, de las cuales, 1977 casos fueron partos (68.1%) y 922 casos fueron cesáreas. Se obtuvo una incidencia de morbilidad del 7.8%.
CONCLUSIÓN: La salud materna y perinatal es un reto por tratarse de una tarea colectiva por lo que el desarrollo del estudio y seguimiento de la morbimortalidad, es benéfico para la población mexicana

TRABAJO EN CARTEL.
Mampara 62

Porcentaje de pacientes Gineco-Obstetricas, que requirieron de la UCI, en el HGZ 46 IMSS, Villahermosa, Tabasco, durante un periodo de 24 meses

Eduardo Peñaflores Rodríguez, Carlos Manuel Jiménez Cárdenas, Alicia Sandoval Hernández, Ana Elisa Gallardo García y Julio Cesar Portillo Díaz
Hospital General de Zona 46, IMSS, Villahermosa, Tabasco.

ANTECEDENTES: En nuestro medio 15 a 20 por ciento de las mujeres gestantes cursan con patología previa concomitante, o bien tienen un evento desfavorable, ésta es la razón de orden multifactorial por la que este porcentaje de mujeres ¨vulnerables requieren de una infraestructura que esté en torno a su estado grávido-puerperal-crítico¨.
OBJETIVO: Conocer, el porcentaje de pacientes del servicio de Gineco-Obstetricia de un Hospital General de Zona, que requirieron del servicio de UCI, durante un lapso de 24 meses, detectar los principales diagnósticos, de ingreso, para conocer las principales causas que ocasionan moribi-mortalidad en los Hospitales de 2o y 3er nivel. Con la finalidad de incluirlo como indicador, para la evaluación de la calidad de los servicios, que ofrece el 1º y 2º nivel de atención, en todas las delegaciones del IMSS y del Sector Salud en el pais.
MATERIALES Y MÉTODOS: Metodología.- Se realizó un estudio, ambiespectivo, transversal, descriptivo, durante el 1º de enero del 2016 al 31 de diciembre del 2017, en el Servicio de UCI del HGZ 46, capturandose los datos del registro de ingresos a ese servicio, en forma retrospectiva del 1º de enero al 31 de diciembre del 2016 y en forma prospectiva del 1º de enero al 31 de diciembre del 2017, a los resultados obtenidos se les aplico estadistica descriptiva y se comparo con los reportes encontrados en la literatura
RESULTADOS: Durante el periodo comprendido, el total de nacimientos en toda la delegación, incluyendo vivos y muertos fue de 12,305 y requirieron de los servicio de UCI, un total de 77 pacientes, quienes tenian una edad promedio de 27.3 años ± 2.12, con un rango que vario de 16 a 41 años, el promedio de estancia en UCI, fue de 3 dias, que vario de 1 a 14 días, en ese periodo ocurrieron 4 defunciones maternas. El principal diagnostico de envio con un total de 48 pacientes, 62.33 % , fué el de Pre-eclampsia con datos de severidad y sus complicaciones, una con Síndrome de Hellp y ruptura hepática que sobrevivio, seguido de 12 pacientes 15.58 %, por Hemorragia Obstetrica y sus complicaciones, postoperadas de Histerectomia Obstetrica y/o Cesarea histerectomia, con o sin ligadura de hipogastricas, 13 pacientes 16.88 % fueron otros diagnósticos, solo 4 pacientes por padecimientos ginecológicos 3.08%.
CONCLUSIÓN: Se busco intencionadamente en la literatura, reportes en los cuales pudieramos hacer una comparación. Guerrero Hernández (1), reportaron 333 ingresos (incluyendo Obstetricas y Ginecologicas), 287 obstetricas y 4733 nacimientos 6.06 %, tasa de 60.6 X 1000 nacimientos, hospital de 3er nivel. Franco-Sansaloni (2), reportaron 34 ingresos en relacion a 10,624 nacimientos, 0.32 %, y una tasa de 3.2 x 1000 nacimientos. En el presente estudio ingresaron a la UCI un total de 73 pacientes por problemas obstetricos de un total de 12,305 nacimientos, 0.59 %, y una tasa de 5.9 por 1000 nacimientos, no se encontro un undicador mundial o nacional. Los diagnosticos y porentajes de ingreso muy similares, sin embargo, Mijail H. (3), reporta como primera causa las hemorrarias y segunda las enfermedades hipertensivas. Se debe dar una igual importancia a la morbilidad como a la mortalidad y vigilar estos indicadores en todos los hospitales del país, para determinar un promedio nacional y darles seguimiento, para

disminuir la probablilidad de que ocurra mortalidad, pues se observa en los reportes encontrados, que a mayor frecuencia de ingresos las probabilidades de ocurrir muerte materna se incrementan. En base a los diagnosticos encontrados, por lo menos en esta revision, esta claro retroinformar a las autoridades y directivos que llevan los programas preventivos, que deben implementar una capacitación al 100 % en primer nivel sobre trastornos hipertensivos del embarazo y en los hospitales de 2do y 3er nivel el 100 % de los Gineco-obstetras deberan estar capacitados en controles vasculares.

TRABAJO EN CARTEL.
Mampara 63

Comportamiento de la tasa de óbitos o mortalidad fetal, durante el periodo 2016-2017, en el HGZ 46 del IMSS en Villahermosa, Tabasco.

Eduardo Peñaflores Rodríguez, Yanet Pérez Méndez, Israel Hernández Sánchez, Emilio Manzanilla Alonso y Juan Antonio Pérez López
Hospital General de Zona 46, IMSS, Villahermosa, Tabasco.

ANTECEDENTES: La muerte fetal tardía representa un serio problema de salud para los obstetras que tienden en la comunidad, así como una tragedia para los familiares, además de ser un indicador incuestionable de la calidad en la atención prenatal y el trabajo obstétrico. Muerte fetal muerte del producto de la concepción antes de la expulsión completa del cuerpo > 22 semanas de gestación o peso del producto > de 500 g. La cual incluye muerte fetal intermedia y tardia. En la biliografia se coincide que es muy dificil conocer las causas especificas, es importante la necropsia, cariotipo, patologia placentaria y datos clinicos de los fetos para establecerla con exactitud. Agrupandola por causas: Fetal, cordón umbilical, placenta, liquido amniotico, útero, materna, intraparto, trauma y no clasificado.
OBJETIVO: Conocer, las tasas de mortalidad fetal intermedia y tardía durante los años 2016-2017, sus principales causas y comparar con los reportes existentes. Comunicar los resultados y tomar acciones para reducirla.
MATERIALES Y MÉTODOS: Se realizo un estudio, retrospectivo, transversal y descriptivo. Se reviso el registro de los certificados de muerte fetal intermedia y tardia, los sistemas de información, se analizaron los datos y se aplico estadistica descriptiva, comparando con los reportes de la literatura y los indicadores nacionales.
RESULTADOS: Durante el 2016 se registraron 3672 nacimientos, 30 muertes fetales intermedias y tardias, que nos da una tasa de 8.1 x 1000 nacimientos, en 2017 se registraron un total de 3875 nacimientos, 47 muertes fetales intermedias y tardias, con una tasa de 12.27 x 1000 nacimientos, durante los dos años, 2016-2017, 7642 nacimientos 77 muertes, una tasa de 10.20 por x 1000 nacimientos, la edad gestacional registrada fue de 29.9 semanas ± 5.9 para el periodo de 2 años. Las principales causas registradas: Enfermedades maternas (trastornos hipertensivos, diabetes), Fetales (anomalia congénita fetal), placenta (DPPNI), trastornos del liquido amniótico (oligohidramnios) e intraparto (asfixia).
CONCLUSIÓN: Conclusiones.- La revisión que realizó Hernández Herrera (2), de 35 años, la muerte fetal intermedia y tardia, se calculo en11.29 X 1000 nacimientos, otros autores nacionales, de un total de 18,520 nacimientos, la tasa de mortalidad fetal de 31.17 (1), y en España considerando solo la tasa de mortalidad fetal tardia anual entre los años 2000 a 2006 fue de 3-4 % del total de nacidos. (3). En la presente revisión fue de 10.20 x 1000 nacimientos. En la actualidad, hay causas previsibles como la restricción en el crecimiento intrauterino, secundario a enfermedades hipertensivas, diabetes, oligohidramnios, asfixia, entre otras, lo que significa que es posible su reducción. Observamos que el registro del certificado de defunción en el llenado tiene varias inconsistencias, ya que se enfoca solo a la interrupción de la circulación materno fetal como causa directa, debiendo ser registrado su causa básica. Es importante resaltar el incremento de cursos enfocados al correcto llenado del certificado de defunción, insistir en autopsias de los fetos y mejorar las condiciones de atención del parto en los hospitales del Instituto. Comparando con la revisión de 35 años por Hernández Herrera, nuestros resultados muy semejantes, sin embargo es significativo que del 2016 al 2017 se incremento en 2.6 %, dato que debe valorarse adecuadamente, ya que esa podria ser una tendencia a elevarse en los proximos años.

TRABAJO EN CARTEL.
Mampara 64

Reporte de casos: Gastrosquisis cerrada. Diagnóstico ecográfico

Gabriel Edgar Villagómez Martínez, Alicia Guadalupe Silva Hernández, Fernando Félix Montes Tapia y Karia Rocío Torres Valdés
Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, Monterrey, Nuevo León.

ANTECEDENTES: La gastrosquisis cerrada es la forma más grave de la enfermedad, ocurre en el 4-5 a 9% de todas las gastrosquisis.
OBJETIVO: Se presenta la evolución de las características

ecográficas de la gastrosquisis cerrada.
MATERIALES Y MÉTODOS: Caso 1. Paciente de 19 años, primigesta, con diagnóstico de gastrosquisis a las 20.1 sdg. Presenta dilatación progresiva de asas intestinales intraabdominales, de 18 mm hasta 34 mm a las 36 sdg, se programa cesárea a las 36 sdg. Se obtiene RN vivo, femenino, 2140 grs, 42 cm, APGAR 8-9, SA 0, se diagnostico de gastrosquisis cerrada, se colocó bolsa silástica con reparación posterior e ileostomía. Caso 2. Paciente de 17 años, primigesta, con diagnóstico de gastrosquisis a las 21.1 sdg, a las 34.4 semanas de gestación presenta dilatación de asa intestinal de 29 mm, pared de 2.9 mm, se obtiene por cesárea urgente por sospecha de pérdida de bienestar fetal a las 34.6 sdg, RN vivo, femenino, 2180 grs, 42 cm, APGAR 5-Intubado, SA 3. Se realiza diagnóstico de gastrosquisis cerrada, se colocó bolsa silástica con reparación posterior e ileostomía.
RESULTADOS: El objetivo del control ecográfico es evitar la muerte fetal intrauterina, que no siempre se debe a retraso de crecimiento; los cambios progresivos en la medición de asas intestinales no solo extraabdominales, pueden ayudar a predecir las características clínicas y la evolución de la enfermedad.
CONCLUSIÓN: Los cambios en el aspecto ecográfico intestinal no son indicación para la terminación del embarazo, pero se deben considerar para el seguimiento y la evolución.

TRABAJO EN CARTEL.
Mampara 65

Granuloma piogeno posterior a cistopexia y colpoperineorrafia, reporte de caso

Laura Lorena Iglesias Hernández, Laura Daniela Costa Larraga, Jesús Francisco Benavides Molina, Jesús Antonio Salinas Salinas y Sylvia Janeth Elizondo Guajardo
Clinica Hospital ISSSTE Constitución, Monterrey, Nuevo León.

ANTECEDENTES: El granuloma piógeno surge como respuesta a diversos estímulos como irritación crónica, traumatismos, cambios hormonales y la utilización de fármacos. Se considera una neoplasia benigna que resulta en un tipo de hiperplasia inflamatoria que con un amplio número de crecimientos nodulares altamente vascularizados que presentan un tejido fibroso, con signos de inflamación y tejido de granulación. Puede desarrollarse tanto en piel, predominando en cara y extremidades, como en mucosa nasal, genital o con mayor afectación en cavidad bucal.
OBJETIVO: Dar a conocer un caso presentado en nuestra instiución con una incidencia muy poco frecuente reportada en la literatura internacional.
MATERIALES Y MÉTODOS: Es un reporte de caso con una revisión extensa de la literatura actual nacional e internacional.
RESULTADOS: En nuestra revisión de literatura únicamente encontramos un caso similar reportado en el 2004 tras la colocación de una cinta de polipropileno vía vaginal para el manejo de la incontinencia urinaria de esfuerzo. Lo que nos habla de lo poco frecuente de esta patología en el canal vaginal. Los granulomas pueden regresar y madurar para convertirse en masas de tejido fibroso denso o progresar a un fibroma osificante periférico. La extirpación quirúrgica es el tratamiento definitivo.
CONCLUSIÓN: El tratamiento consiste en la extirpación de la lesión con bisturí o curetaje y cauterización de la base, El granuloma piógeno es una neoplasia benigna que no se maligniza, en este caso es una lesión con ubicación anatómica poco común por lo cual se debe hacer el diagnóstico definitivo para no pasar por alto algún tipo de lesión maligna que pueda llegar a progresar, y con esto llevar a cabo el tratamiento adecuado.

TRABAJO EN CARTEL.
Mampara 66

Frecuencia de colonización de dispositivos intrauterinos retirados

Jesús Roberto Villagrana Zesati, José Rodrigo Aquino Vargas, Martha Valdés Ramírez, Margarita Ruiz Huerta y Graciela Villeda Gabriel, Norma Velázquez Ramírez
Instituto Nacional de Perinatología, Ciudad de México.

ANTECEDENTES: La vida reproductiva de una mujer debe ser preservada al máximo por el gineco-obstetra, los dispositivos intrauterinos pueden funcionar como vehículo de entrada de microorganismos a la cavidad uterina. Las Infecciones del tracto genital superior, se producen cuando los organismos patógenos ascienden a través del canal cervical e invaden el endometrio y las salpínges causando una reacción inflamatoria, los microorganismos frecuentemente relacionados en la enfermedad pélvica inflamatoria son: Neisseria gonorrhoeae y Chlamydia trachomatis, las secuelas de dicha enfermedad incluyen el dolor abdominal inferior intermitente o crónico, infertilidad e incremento del riesgo de embarazo ectópico.1-3
OBJETIVO: Determinar la frecuencia de dispositivos intrauterinos colonizados, así como los microorganismos más frecuentemente aislados.
MATERIALES Y MÉTODOS: Se realizó un estudio de cohorte transversal en donde se cultivaran los dispositivos intrauterinos (T de

cobre y Levonorgestrel), retirados en el servicio de Planificación Familiar del Instituto Nacional de Perinatología, sin considerar factores de riesgo asociados para enfermedad pélvica inflamatoria, el cultivo utilizado fue el medio liquido de tioglicolato, el cual favorece el crecimiento de microorganismos aerobios y anaerobios, posteriormente fueron cultivados en diferentes medios y finalmente sometidos a identificación y sensibilidad en el sistema Vitek 2.

RESULTADOS: Se encontró colonización del 64.7% de un total de 122 DIUs cultivados, los tres microorganismos con mayor frecuencia fueron: Enterococcus feacalis 30 (24.59%), Escherichia coli 26 (21.3%) Staphylococcus epidermidis 9 (7.37%), dos de las pacientes presentaron desarrollo de enfermedad pélvica inflamatoria, en ambas pacientes se aisló Enterococcus feacalis, en el DIU, una de ellas presentaba antecedente de corioamnioitis al momento de la colocación del DIU. De 24 (100) con antecedente de infecciones de transmisión sexual (ITS), 23 (95.83) tuvieron cultivo positivo.

CONCLUSIÓN: Los microorganismos encontrados en los DIUs extraídos, consistieron en microorganismos comunes aeróbicos y anaeróbicos que no se consideran causales de enfermedad pélvica inflamatoria, los más frecuentes fueron Enterococcus feacalis, Escherichia coli y Staphylococcus epidermidis, el DIU es un método anticonceptivo efectivo y seguro, sin embargo las usuarias de este método deben ser seleccionadas cuidadosamente para evitar desarrollo de enfermedad pélvica inflamatoria y con ello perjudicar la vida reproductiva de la paciente.

TRABAJO EN CARTEL. Mampara 67

Adenosarcoma uterino en paciente joven, reporte de un caso

Luis Carlos Pérez González, Salish del Real Ordoñez, Ronnie Alexander Reyes Martínez
Hospital General de Saltillo, Coahuila.

ANTECEDENTES: Adenosarcoma es un tumor bifásico poco común, compuesto de estrofa maligno y componentes benignos. Es común en mujeres postmenopausicas, raro en personas jóvenes

OBJETIVO: Describir diagnostico y tratamiento de una paciente con adenosarcoma uterino con afección cervical

MATERIALES Y MÉTODOS: Paciente de 31 años la cual acude a ginecología oncológica posterior a haber recibido previamente 2 resecciones de tumoracion cervical en segundo nivel de atención por tumor benigno de células fusiformes, se realiza revisión de laminillas diagnosticados adenosarcoma uterino, por lo que se realiza histerectomía total con salpingooforectomia bilateral

RESULTADOS: Los adenosarcomas uterinos son tumores poco frecuentes, representan solo el 5% de los sarcarcomas uterinos y el 0.25% de las neoplasias uterinas malignas.

CONCLUSIÓN: El manejo habitual es la histerectomía total con salpingo oforectomia. No hay evidencia sobre el beneficio de radioterapia y el uso de terapia adyuvante u hormonoterapia es limitado.

TRABAJO EN CARTEL. Mampara 68

Embarazo heterotópico: reporte de caso

María del Rosario Robledo Maldonado, José Emilio Noyola Frías, Corpus Filiberto Flores, Juan Pablo Izquierdo Tolosa y Manuel Alberto Rodríguez Zamora
Hospital General de Zona 1 Lic. Ignacio García Téllez, IMSS, San Luis Potosí, SLP.

ANTECEDENTES: El embarazo heterotópico se refiere a la presencia de embarazos simultáneos con dos sitios diferentes de implantación. La mayoría de los sitios son una combinación de embarazos intrauterinos y ectópicos. La mayoría de los ectópicos ocurren en la tuba uterina (90%), sin embargo la implantación en el cérvix, ovario y segmento instersticial tubárico, abdomen y cicatrices de cesáreas previas han sido reportados. La incidencia estimada es dependiente de la incidencia de embarazo ectópico y gemelos dicigóticos. Anteriormente solía ser extraña, con un estimado de 1 en 30,000 embarazos, sin embargo con la llegada de las técnicas de reproducción asistida se ha elevado a aproximadamente 1 en 3,900 embarazos.

OBJETIVO: Reportar un caso de embarazo heterotópico.

MATERIALES Y MÉTODOS: Reporte de un caso clínico, revisión de expediente físico.

RESULTADOS: Femenino de 29 años con los siguientes antecedentes: AHF: interrogados y negados. APNP: tabaquismo y alcoholismo negativos. APP: colecistectomía, alérgicos negados, transfusiones previas negadas. AGO: M:12, RC 28x3-4, IVSA 17a, PS:1, G2, P2 (G1 2008 masculino de 3500 g, G2 masculino 3750 g), A0, C0, FUM 17/11/17. PA: prueba positiva de embarazo en sangre el 15/01/18, el domingo 28 de enero inició cuadro clínico con dolor abdominal, en clínica particular se le diagnosticó probable apendicitis, se ingresa a laparotomía

exploradora, se solicita interconsulta a ginecología y obstetricia transquirúrgico encontrando embarazo ectópico roto en salpinge izquierda, se reseca, se encuentra útero aumentado de tamaño. Posteriormente se realiza ultrasonido abdominal donde se encuentra embarazo intrauterino de 10.3 semanas de gestación. 4 meses más tarde, la paciente presenta sangrado transvaginal abundante con expulsión de producto masculino que es lo que concluye este embarazo.

CONCLUSIÓN: Se presenta caso de embarazo heterotópico que aunque el producto intrauterino no llegó a término consideramos importante presentarlo por la baja frecuencia de ésta enfermedad y la importancia de siempre tener en mente ésta posibilidad diagnóstica, la cual se asocia con una alta mortalidad materna.

TRABAJO EN CARTEL.
Mampara 69

Enfermedad inflamatoria pélvica con absceso de pared secundaria a actinomicosis

Luis Carlos Pérez González, Salish del Real Ordoñez y Christian Daniel Martínez Rodríguez
Hospital General de Saltillo, Coahuila.

ANTECEDENTES: La actinomicosis es una infección crónica causada por bacterias filamentosas del genero Actinomyces, forman parte de flora comensal, de baja patogenicidad. En su forma patogena afecta de manera típica diversos tejidos originando fibrosis, abscesos y fístulas

OBJETIVO: Presentar un reporte de caso atipico de pared abdominal por actinomices en el hospital general de Saltillo.

MATERIALES Y MÉTODOS: Femenino de 22 años, si antecedentes de importancia. Enviada al servicio de ginecología oncológica con diagnostico de tumor anexial derecho a descartar cancer de ovario. Presenta dolor abdominal difuso, crónico ocasional, usuaria de DIU por 4 años (retirado previo a la consulta). TAC muestra tumor dependiente de ovario derecho de bordes mal definidos, sextos gruesos, imágenes sugestivas de papilas en su interior, Ca 125: 119.9, B-HCG: 1.01, AFP: 0.89, DHL: 114.

RESULTADOS: Se realiza LAPE con ETO con los siguentes hallazgos; edema de pared con presencia de necrosis de músculo recto anterior derecho, así como múltiples adherencias de epiplon hacia pared abdominal y utero. ETO: proceso infeccioso agudo y crónico con abundante infiltrado inflamatorio, secundario a infección por Actinomices.

CONCLUSIÓN: El diagnostico de actinomices esta relacionado a un foco primario de origen gastrointestinal, sin embargo en pacientes femeninas se ha asociado al uso de DIU como MPF, el cual produce ascenso de bacterias a la cavidad abdominal formando abscesos y fibrosis.

TRABAJO EN CARTEL.
Mampara 70

Enfermedad trofoblastica gestacional persistente, reporte de un caso

Luis Carlos Pérez González, Sarish del Real Ordoñez y Christian Daniel Martínez Rodríguez
Hospital General de Saltillo, Coahuila.

ANTECEDENTES: La enfermedad trofoblastica gestacional consiste en un embarazo anormal caracterizado por la degeneración hidrópica de las vellosidades corrales e hiperplasia trofoblastica. El riesgo de persistencia de esta enfermedad es cercana al 10%

OBJETIVO: Presentar un caso de enfermedad trofoblastica gestacional persistente su diagnostico, así como el tratamiento y seguimiento.

MATERIALES Y MÉTODOS: Femenino de 37 años, sin antecedentes personales patológicos, oncológicos ni obstétricos de importancia. Inicia padecimiento posterior a la realización de evacuación por aborto diferido. Reporte de patología documenta embarazo molar, ademas de persistencia en los niveles de gonadotropina, por lo que se realiza segunda evacuación, durante el seguimiento continua con niveles elevados de hormona y se le realiza nuevamente legrado. Continua con persistencia de niveles de hormona por lo que se envía a departamento de ginecología oncológica con B-HGC de 4,740 UI/dL, se solicitan estudios de extension y se propone tratamiento quirúrgico.

RESULTADOS: Cerca del 50% de las pacientes con alto riesgo de neoplasia trofoblastica gestacional requiere tratamiento quirúrgico en algún momento del padecimiento, esta cirugía esta indicada para remover enfermedad recurrente o persistente, ya sea del utero o sitios metastasicos.

CONCLUSIÓN: Se realiza histerectomia con salpingo oforectomia bilateral posterior a 3 evacuaciones y persistencia de los niveles de gonadotropina. Actualmente continua en seguimiento con cuantificaciones seriadas de la hormona.

TRABAJO EN CARTEL.
Mampara 71

Coriocarcinoma con enfermedad metastásica a pulmón, reporte de un caso

Luis Carlos Pérez González, Sarish del Real Ordoñez y Yadira Irasema Lugo Guevara
Hospital General de Saltillo, Coahuila.

ANTECEDENTES: Hay varios tipos histologicos de enfermedad trofoblastica gestacional; el coriocarcinoma representa una enfermedad maligna debido a su gran potencial de invasión y metástasis local.
OBJETIVO: Presentar un reporte de caso sobre coriocarcinoma, haciendo énfasis en el abordaje diagnostico, terapéutico, así como en el manejo multidisciplinario que requieren las pacientes con este padecimiento.
MATERIALES Y MÉTODOS: Femenino de 30 años, sin antecedentes de importancia, cursa con aborto incompleto, por lo que se realiza AMEU. Acude a revisión subsecuente con reporte de patología, el cual documenta neoplasia maligna del tipo enfermedad trofoblastica compatible con coriocarcinoma; se solicita valoración por ginecología oncológica, así como estudios de extension. TAC con presencia de lesiones metastasicas a pulmón, se clasifica como coriocarcinoma EC III. Se inicia manejo multifarmacologico
RESULTADOS: Las ETG usualmente ocurren en el contexto de un embarazo reciente. En caso de enfermedad metastasica es una neoplasia curable en alrededor del 80%. Actualmente el tratamiento de elección es multifarmacologico
CONCLUSIÓN: Se presenta el caso de coriocarcinoma EC III, con 8 puntos de alto riesgo, con buena evolución posterior a tratamiento sistemico multi farmacológico, teniendo un abordaje multidisciplinario

TRABAJO EN CARTEL.
Mampara 72

Acretismo placentario; histerectomía cesárea con ligasure

María del Rosario Robledo Maldonado, Lysis González Díaz, José Isidonio Rodríguez Cuevas, César Rodríguez Cuevas y Manuel Alberto Rodríguez Zamora
Hospital General de Zona 1 Lic. Ignacio García Téllez, IMSS, San Luis Potosí, SLP.

ANTECEDENTES: El acretismo placentario es la inserción anómala de parte, o toda la placenta , cuya frecuencia se ha incrementado en los últimos 60 años por el aumento en el número de cesáreas y se caracteriza por una alta morbi-mortalidad materna. En San Luis Potosí del 2011-2015, de 27,158 nacimientos, 7,589 fueron cesárea (28%), se registraron 657 casos de hemorragia y 58 histerectomías obstétricas. El secretismo placentario demostró ser la segunda causa más importante con un porcentaje del 32.7%.
OBJETIVO: Reportar un caso de histerectomía cesárea por acretismo placentario con técnica de ligasure como nueva estrategia.
MATERIALES Y MÉTODOS: En el lapso de enero a julio 2018, se analizaron los casos de pacientes con histerectomía obstétrica ingresadas al área de anexo del HGZ No. 1 (terapia intermedia).
RESULTADOS: La primera causa de histerectomía fue la hemorragia obstétrica por atonía uterina, en segundo lugar el acretismo placentario (se reportan 5 casos de histerectomía cesárea), El 20% (1 caso) reportó un sangrado de 1000 ml, 40% (2 casos), sangrado mayor de 1000 ml, y el 40% restante menor de 1000 ml, de éstos 2 casos, 1 fue con la técnica de ligasure que presentó un sangrado de 400 ml.
CONCLUSIÓN: La técnica de ligasure es una alternativa para la histerectomía cesárea que no reporta un sangrado mayor al esperado que la técnica habitual.

TRABAJO EN CARTEL.
Mampara 73

Secuencia quirúrgica en el espectrum de acretismo placentario

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

ANTECEDENTES: Espectrum placentario define a la patología de adherencia placentaria, acreta, increta y percreta, un problema complejo y de difícil manejo y con gran morbilidad y mortalidad materna.
OBJETIVO: Evaluar el efecto de la secuencia quirúrgica en complicaciones intra y postoperatorias
MATERIALES Y MÉTODOS: Se estudiaron 74 casos de acretismo sometidas a cesárea-histerectomía en el Hospital Regional Monterrey-ISSSTE del 2001 al 2017. Se identificó en expediente: secuencia, tipo de cirugía, complicaciones transoperatorias (tiempo quirúrgico, sangrado, transfusiones y lesiones), posoperatorias (reintervención, infección, ingreso a UCI), días de estancia hospitalaria y resultado perinatal, entre otras.
RESULTADOS: La edad fue 33.8 ± 5.7 años y EG 33.4 ± 1.6 semanas. La secuencia se realizó 56.9% fue más frecuente en cirugía electiva que de urgencia (100% vs 13.9%, $p<0.0001$); y se asoció a menor infección, tiempo qx, sangrado postoperatorio, número de paquetes transfundidos y días de estancia hospitalaria.
CONCLUSIÓN: La edad fue 33.8 ± 5.7 años y EG 33.4 ± 1.6 semanas. La secuencia se realizó 56.9% fue más frecuente en cirugía electiva que de urgencia (100% vs 13.9%, $p<0.0001$); y se asoció a menor infección, tiempo qx, sangrado postoperatorio, número de paquetes transfundidos y días de estancia hospitalaria.

TRABAJO EN CARTEL.
Mampara 74

Angioedema hereditario y embarazo.

Francisco Ibargüengoitia Ochoa, Cintia María Sepúlveda Rivera, Ana María Canuto Hinojosa y Josefina Lira Plascencia
Instituto Nacional de perinatología, Ciudad de México.

ANTECEDENTES: El angioedema hereditario es una enfermedad autosómica dominante rara caracterizada por episodios agudos de edema recurrente, autolimitados y con localización en piel (cara, extremidades, genitales y tronco) así como los tractos gastrointestinal y respiratorio. Hay dos subtipos de angioedema hereditario que son el resultado de una baja función en la actividad del inhibidor C1. El subtipo I (85% de los casos) es cuando se reduce la secreción del inhibidor C1; el subtipo II es causado por una forma no funcional del inhibidor C1. El angioedema hereditario afecta con una prevalencia de 1 en 50 a 100 mil. El embarazo y nacimiento pueden ser periodos especiales para las pacientes.
OBJETIVO: Describir el caso de dos pacientes con angioedema hereditario y embarazo, evolución y resolución en el Instituto Nacional de Perinatología.
MATERIALES Y MÉTODOS: Serie de casos.
RESULTADOS: Caso 1: Femenino de 15 años. Soltera. Antecedente de padre finado por complicaciones del angioedema. Un hermano con la misma enfermedad. Presentó ataques de angioedema desde los 10 años de edad, se estableció el diagnóstico a los 13 años. Primigesta. Inició control prenatal en la institución en la semana 27, sin ataques durante el embarazo. En la semana 34 presentó ruptura prematura de membranas, se atendió eutocia bajo anestesia epidural. No se utilizó profilaxis con el inhibidor C1. Se presentó un año después cursando su segundo embarazo con 27 semanas de gestación, a las 38 semanas se atendió eutocia sin método anestésico, se efectuó oclusión tubaria, se administró inhibidor C1 previo a la cirugía en la cual se utilizó anestesia regional. Caso: 2 Femenino de 31 años. Soltera. Sin antecedentes familiares de la enfermedad. Primigesta. Durante el primer trimestre presentó ataque estableciéndose el diagnóstico de angioedema hereditario el cual fue corroborado mediante examenes de laboratorio: determinación e C1 de 0.04 g/dl (normal 0.7 – 1.3). Inició control prenatal en la institución en la semana 34. En la semana 38 se efectuó cesárea por indicación fetal bajo bloqueo peridural, durante el evento presentó un ataque de angioedema (FOTO), previamente se había administrado 1500 UI de inhibidor C1. Se efectuó oclusión tubaria. El bebé presentó al nacimiento edema palpebral y de labios.
CONCLUSIÓN: Durante un ataque de angioedema se activa una cascada proteolítica y son generadas varias substancias vasoactivas, en particular hay una sobreproducción de bradicinina la cual lleva a la pérdida de inhibición del sistema C1; la bradicinina es el mediador del aumento en la permeabilidad vascular resultando en vasodilatación y formación de edema. La edad promedio e diagnóstico es entre los 10 y 22 años. El compromiso de la vía aérea superior puede ser fatal y la mortalidad debido a sofocación puede ser tan alta como del 33% en pacientes que no son tratados de forma adecuada. La frecuencia de los ataques se incrementa conforme progresa al embarazo. Se prefiere el nacimiento vaginal, los ataques ocurren en el 6-8% por lo que no se recomienda la profilaxis con el inhibidor C1 concentrado de plasma. Previo a una cesárea deberá administrarse el inhibidor a fin de reducir el riesgo de un ataque. Es preferible la anestesia epidural. Las pacientes deberán tener una vigilancia estrecha por lo menos de 72 horas posteriores al nacimiento. La administración de plasma fresco congelado puede ser una alternativa para sitios que no cuentan con el inhibidor C1. Como enfermedad autosómica dominante confiere un riesgo de 50% de trasmitir la enfermedad. La lactancia puede asociarse con un incremento en la frecuencia de ataques. El empleo de anticonceptivos conteniendo estrógenos puede desencadenar ataques hasta en el 80% de las pacientes. El dispositivo intrauterino generalmente es bien tolerado.

TRABAJO EN CARTEL.
Mampara 75

Embarazo en mujer con un desfibrilador automático implantable y cardiopatía grave

Francisco Ibargüengoitia Ochoa, Cintia María Sepúlveda Rivera y Josefina Lira Plascencia
Instituto Nacional de perinatología, Ciudad de México.

ANTECEDENTES: Las cardiopatías complican el 1% de todos los embarazos, el subgrupo de arritmias puede poner en peligro la vida de la madre y el feto. La recurrencia de arritmias ventriculares malignas puede ser tratada con desfibrilación y marcapasos anti-taquicardia para prevenir una falla cardiaca súbita, el reporte de casos y series sobre este grupo de pacientes en el embarazo es limitado y suponen una condición próxima a la fatalidad
OBJETIVO: Describir el caso de una paciente con un desfibrilador automático implantable y cardiopatía grave y embarazo,

su evolución y resolución en el Instituto Nacional de Perinatología
MATERIALES Y MÉTODOS: Reporte de caso
RESULTADOS: Mujer de 24 años e insuficiencia cardiaca congestiva crónica, con cierre percutáneo de conducto arterioso permeable a los 20 años de edad mediante un oclusor de conducto tipo Amplatzer II. Colocación de desfibrilador automático implantable (DAI) a los 22 años por taquicardia ventricular monomórfica sostenida y FEVI menor al 25%. Mujer de 24 años e insuficiencia cardiaca congestiva crónica, con cierre percutáneo de conducto arterioso permeable a los 20 años de edad mediante un oclusor de conducto tipo Amplatzer II. Colocación de desfibrilador automático implantable (DAI) a los 22 años por taquicardia ventricular monomórfica sostenida y FEVI menor al 25%. El cierre trans-catéter de la persistencia del conducto arterioso es una alternativa con buenos resultados. Amplatzer II es un dispositivo auto-expandible confeccionado con una malla múltiple de alambres de nitinol, se compone de dos discos de retención y una porción cilíndrica, el tamaño varía de 3-6 mm de diámetro, los dispositivos pueden ser implantados en la región pectoral ya sea subcutáneo o submusculor.
CONCLUSIÓN: Portar un desfibrilador automático implantable no debe ser una contraindicación para la gestación, de aquí la importancia de dar consejería pre concepcional, explicar el pronóstico a corto y largo plazo, riesgos para el feto y sobre todo, alternativas para el control de la fertilidad.

TRABAJO EN CARTEL.
Mampara 76

Reporte de caso. Embarazo exitoso en paciente con transplante renal

Edgar Omar Ruiz Treviño, Ángel De Jesús Rivera Rodríguez, Enrique Jesús Cabrera Soto y Gabriela Tecayehuatl Delgado
Hospital General de León, Guanajuato.

ANTECEDENTES: Las pacientes embarazadas con antecedente de trasplante renal tienen mayor riesgo de hipertensión, preeclampsia, parto pretérmino y feto pequeño para edad gestacional. Es por ello que las guías recomiendan en estas pacientes valoración preconcepcional teniendo como metas : Creatitina sérica menor a 1.5 mg/dl, ausencia de proteinuria e hipertensión y concepción al menos un año posterior al trasplante.
OBJETIVO: Paciente femenino de 27 años G1 con embarazo de 13 sdg con antecedente de trasplante renal de donador vivo no relacionado hace 4 años secundario a agenesia renal. Tratamiento con ciclosporina y azatioprina. Acude con Creatinina sérica 0.85 mg/dl, Urea 24.8 mg/dl y TFG 75.74 ml/min.
MATERIALES Y MÉTODOS: Paciente valorada por el servicio de medicina materno fetal. En el tamizaje de primer trimestre con riesgo alto para preeclampsia de inicio temprano por lo que se inició aspirina profiláctica. La vigilancia se realizó conjuntamente con el servicio de Nefrología, manteniendo consultas cada 3 semanas hasta la semana 34 y posteriormente semanal. Durante su seguimiento la presión arterial y función renal se mantuvo dentro de parámetros normales.
RESULTADOS: En la semana 37 presenta sintomatología sugestiva de colestasis intrahepática del embarazo por lo que se realiza interrupción vía abdominal (presentación pélvica). Se obtiene recién nacido vivo, APGAR 8/9, peso de 2705 grs. Se egresan ambos sin complicaciones. Al egreso con Creatinina sérica 0.87, Urea 21.4, TFG 91.02 ml/min.
CONCLUSIÓN: Nuestra paciente curso embarazo exitoso; con crecimiento fetal adecuado, sin deterioro de la función renal y sin trastorno hipertensivo asociado al embarazo. En estas pacientes es indispensable la consejería preconcepcional y el manejo multidisciplinario para disminuir la morbilidad tanto materna como fetal.

TRABAJO EN CARTEL.
Mampara 77

Reporte de caso. Tronco arterioso común en feto de madre diabética

Edgar Omar Ruiz Treviño, Ángel De Jesús Rivera Rodríguez, Jorge Alexandro González Araiza y Gabriela Tecayehuatl Delgado
Hospital General de León, Guanajuato.

ANTECEDENTES: Es una anomalía congénita muy rara, tiene una prevalencia 1 en 10,000. Esta caracterizado por un tronco arterial único que sale del corazón del cual se origina las arterias pulmonares y aorta. Existen diferentes clasificaciones.
OBJETIVO: Femenino de 34 años, multigesta (G5,C3,A1) con embarazo de 25.4sdg. Diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 de 4 años de evolución, sin apego a tratamiento.
MATERIALES Y MÉTODOS: Ingresa a terapia intermedia por cetoacidosis diabética (Gasometría pH 7.22, Glucemia capilar 331mg/dl y hb1ac 6.7%). Posterior a control metabólico se realiza ultrasonido estructural encontrando feto unico, vivo, fetometría de 25.5sdg, PFE 872gr. Levocardia con levoapex, defecto septal perimembranoso. Se observa un solo vaso arterial que cabalga sobre septum interventricular, realizando diagnostico de Tronco arterioso común.

RESULTADOS: Dada la asociación de esta malformación con cromosomopatías se propone amniocentesis diagnóstica sin embargo la paciente decide realización de cariotipo al nacimiento. Se egresa con seguimiento por consulta externa. Se interrumpe vía abdominal a las 37.3sdg; obteniendo RN vivo, masculino, Apgar 7/9, peso 2675gr y Capurro 37.1sdg. Se valora por Cardiología pediátrica corroborando diagnóstico de Tronco arterioso tipo II. Se da manejo con furosemide y digoxina con seguimiento para programación quirúrgica.
CONCLUSIÓN: El tronco arterioso común es una malformación conotruncal asociada a alteraciones cromosómicas hasta en 30% de los casos, sin embargo también se ha encontrado que mujeres diabéticas tienen mayor riesgo de presentar esta malformación. (OR. 12.81, IC 99.5%.)

TRABAJO EN CARTEL.
Mampara 78

Sarcoma sinovial fusocelular de vulva

Edgar Omar Ruiz Treviño, Ángel De Jesús Rivera Rodríguez, María Hernández Naranjo y Samnir Enríquez Maciel
Hospital General de León, Guanajuato.

ANTECEDENTES: En los Estados Unidos, el cáncer de vulva representa aproximadamente 5 % de los casos de cáncer del sistema genital femenino. Los labios mayores son el sitio más común de compromiso por el carcinoma de vulva y representan prácticamente 50 % de los casos. Los labios menores representan de 15 a 20 % de los casos de carcinoma de vulva.
OBJETIVO: International Society for the Study of Vulvar Disease. Trastornos epiteliales no neoplásicos de la piel y la mucosa. Liquen escleroso (liquen escleroso y atrófico). Hiperplasia de células escamosas (antes llamada distrofia hiperplásica). Otras dermatosis. VIN Tipo usual (grado alto 2 y 3). Tipo diferenciado (grado alto 3). Enfermedad de Paget de la vulva Caracterizada por células pálidas grandes en el epitelio y anexos de la piel. Otras histologías Carcinoma de células basales. Histiocitosis X. Melanoma maligno. Sarcoma. Carcinoma verrugoso
MATERIALES Y MÉTODOS: Femenino de 27 años con antecedente de resección de tumor vulvar hace 4 años con margen positivo a malignidad, antecedente de 6 ciclos de quimioterapia a base de ifosfamida/mesna, 1 año después con tumoración indurada, fija a planos profundos
RESULTADOS: Se programa para exéresis de masa, donde se localiza masa de 6x6m aproximadamente, adherida a planos profundos, infiltrando isquion derecho y piso pélvico.
CONCLUSIÓN: Tanto el tratamiento como el resultado dependen del sitio y grado de la recidiva.(2) La escisión radical de la recidiva localizada puede considerarse una opción técnicamente viable.(3) La radioterapia paliativa se emplea en algunas pacientes. La radioterapia con 5-FU o sin este se puede relacionar con períodos sustanciales sin manifestación de la enfermedad en algunas pacientes con recidiva local pequeña.(4-5) Cuando se presenta una recidiva local más de 2 años después del tratamiento primario, un tratamiento que combina radioterapia y cirugía pueden dar lugar a una tasa de supervivencia a 5 años mayor de 50 %.(6-7) Opciones de tratamiento estándar: Escisión local amplia con radiación o sin esta, en aquellas pacientes con recidiva local. Vulvectomía radical y exenteración pélvica en pacientes con recidiva local. Radiación sincrónica y quimioterapia citotóxica con cirugía o sin esta.

TRABAJO EN CARTEL.
Mampara 79

Enfermedad trofoblástica gestacional: mola recurrente. Reporte de un caso

Esaúl Hernández Arvizu, Arturo Castaldi Bermúdez, Susana Elizabeth Rosas González y Ramona Montserrat Ortega Landin
Hospital General Regional de León.

ANTECEDENTES: La Enfermedad Trofoblástica Gestacional (ETG) es un espectro de trastornos que se originan en la placenta, lesiones pre malignas como la mola hidatiforme completa e incompleta, así como la Neoplasia Trofoblástica Gestacional (NTG) que son las lesiones que tienen potencial de invasión local y metástasis. Este grupo de enfermedades incluye mola invasiva, coriocarcinoma y tumor del sitio placentario. Se ha confirmado que en la mola completa hay un aumento en la expresión de p-53 y c-fms, además de la sobreexpresión de c-myc, c-erbB2, bcl-2, p21, Rb, MdM2, así como un incremento en la expresión del EGFR (Epidermal Growth Factor Receptor) en el citotrofoblasto y sincitiotrofoblasto de la mola completa, en relación con la mola parcial o con la placenta normal. Hay un mayor riesgo en pacientes jóvenes <16 años, pero se asocia con edad materna avanzada >45 años. Posterior a un embarazo molar con mola completa o parcial aumenta el riesgo adicional a 1%, mientras que posterior a dos gestaciones molares aumenta de 15% a 20% el riesgo. El riesgo de ETG también puede estar relacionado a factores hormonales como menarca posterior a 12 años de edad, oligomenorrea y uso pre-

vio de anticonceptivos orales. La incidencia varía según la zona geográfica, la ETG es más frecuente en Asia que en América del Norte o Europa, en Filipinas se reporta una incidencia de 9.9 por 1000 nacidos vivos, comparada con reportes de .6 a 2 por 1000 nacidos vivos en Europa y Estados Unidos respectivamente, esto puede ser debido a discrepancia entre los datos hospitalarios, disponibilidad de análisis de patología, dieta o genética en grupos determinados. En México hay reportes de 2.4 casos por 1000 embarazos y es importante resaltar que el seguimiento de las pacientes con ETG es de principal importancia, ya que la monitorización de la fracción beta de la Hormona Gonadotropina Coriónica Humana es esencial en el manejo y tratamiento, sin embargo (como en este caso clínico) las pacientes no continúan con la atención médica y en ocasiones no se llega a un diagnóstico concluyente.

OBJETIVO: desarrollar el caso clínico de una paciente del servicio de ginecología del Hospital General de León, con diagnóstico de ETG, mola recurrente, que continúa en protocolo de estudio en conjunto con el servicio de oncología médica. Explicar la presentación clínica, métodos diagnósticos, manejo y seguimiento de la paciente, así como la elección del plan de tratamiento oportuno para su estado actual.

MATERIALES Y MÉTODOS: HISTORIA CLÍNICA Paciente femenino de 19 años de edad, originaria y residente de León Guanajuato, preparatoria trunca, en unión libre, católica, dedicada al hogar. AHF: abuelo materno DM tipo 2, tío materno con antecedente de cáncer de garganta, tío materno 2do. Grado con cáncer de garganta, sin antecedentes personales patológicos de importancia. APP: Niega enfermedades crónico degenerativas, alergias negadas, quirúrgicos, traumáticos y transfusionales negados, tabaquismo negado, ingesta de alcohol ocasional ya suspendido, hemotipo A positivo. AGO: Menarca a los 14 años de edad, ritmo regular. FUM: 23/04/18. G=2, A=2 (Molares). Actualmente con implante de progestágeno colocado en Agosto de 2018. PA: Embarazo molar el 7/08/2017. Se realiza LUI sin complicaciones, el reporte histopatológico refiere vellosidades coriales del primer trimestre gestacional con decidualización del estroma endometrial, células trofoblásticas sin atipia. Lleva seguimiento en consulta externa de G y O, último control de BGCH en 8.67, sin embargo no acude a su última cita de seguimiento. Posteriormente se documenta embarazo molar el 11/07/18 con 6.2 SDG, el día 28 de Agosto del 2018 la paciente acude al servicio de urgencias de G y O por presentar dolor en hipogastrio tipo cólico de intensidad variable y sangrado transvaginal con un día de evolución, se realiza US transvaginal con útero en AVF de 9.8x 5.9x 7.9 cm, con imagen sugestiva en panal de abeja. Se realiza legrado uterino el 29/08/18 con GCHb= 45747mIU/ml. El 30/08/2018 el reporte histopatológico refiere Enfermedad Trofoblástica Gestacional, mola parcial. Laboratorios GCHb=29/08/2018: 45747mIU/ml 30/08/2018: 11184mIU/ml 7/09/2018: 204.86mIU/ml Plan: Es enviada a interconsulta de Oncología médica el día 11 de Septiembre de 2018, con un IDx: Paciente con enfermedad trofoblástica gestacional en vigilancia y protocolo de estudio, se solicita nuevo USG transvaginal que describa detalladamente la infiltración a miometrio y anexos, más perfil tiroideo, PFH, QS, BH, GCHB Y RX de tórax. En la nueva cita a oncología médica el día 25/09/2018 con los siguientes resultados: GCHb: 20/09/2018:19.27mIU/ml .

RESULTADOS: En la cita de la paciente del día 25 de septiembre de 2018 se encuentra: Perfil tiroideo normal, Rx sin datos de actividad tumoral, el plan a seguir es solicitar nuevo US transvaginal, que describa posible infiltración a miometrio y anexos. Se cita en tres semanas para normar conducta con base a resultados. Por el momento tras tener un evento previo de mola hidatiforme el cual no tuvo seguimiento y no se confirmó nunca la negativización de GCHb, es de vital importancia continuar el monitoreo de la misma. Para la estadificación de la ETG se utiliza el de la Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique (FIGO), en 2002, que utiliza el criterio de 4 semanas o más de niveles elevados de hCG, por lo que la FIGO recomienda los siguientes criterios de diagnóstico de NTG: una meseta en los niveles de GCHb, cuando menos en 4 mediciones, en un periodo de 3 semanas o mayor, en los días 1, 7, 14 y 21. Si hay incremento de GCHb, en 3 mediciones consecutivas sobre un periodo de 2 semanas o más en los días 7, 14 y 21. Cuando los niveles de GCHb, permanecen elevados por 6 meses o más. Si hay confirmación histológica de coriocarcinoma. Por lo tanto debemos continuar evaluando niveles séricos de GCHb en nuestra paciente.

CONCLUSIÓN: Para una estadificación correcta son necesarios estudios de gabinete complementarios. Una radiografía de tórax para diagnóstico de metástasis pulmonares, sin embargo en 40% de los casos con una placa de tórax normal se confirma enfermedad metastásica mediante tomografía computarizada (TC) de tórax, y en la actualidad es el método

diagnóstico electivo en pacientes de alto riesgo. La evaluación de metástasis hepáticas se puede evaluar con ultrasonido o TC, la presencia de metástasis cerebrales puede demostrarse con imagen de resonancia magnética o TC. Es de utilidad la PET-CT (positron emission tomography) para precisar la extensión de la enfermedad previo a la quimioterapia y evaluar respuesta y viabilidad de la neoplasia. Por lo tanto es de vital importancia continuar y observar los resultados concluyentes de nuestra paciente para llegar o descartar el probable diagnóstico de Neoplasia Tofoblástica Gestacional y poder así indicar el tratamiento indicado que le permita una mejor calidad de vida.

TRABAJO EN CARTEL.
Mampara 80

Secuencia diagnóstica sugerida en un caso complejo de cardiopatía fetal: Siameses toracópagos

Hugo Francisco Pineda Alemán, Samantha Melissa Quintero Medrano, Lilia Edith López Rivera, José Eduardo Cepeda Rodríguez y Lorena Crissie Palao
UMAE 23, Hospital de Ginecología y Obstetricia Dr. Ignacio Morones Prieto, Monterrey, Nuevo León.

ANTECEDENTES: Los gemelos siameses ocurren uno por cada 600 nacimientos de gemelos (1). Los tipo toracópagos son los más frecuentes representando alrededor de 75% de los gemelos unidos.
OBJETIVO: Marcar la pauta de seguimiento y especialistas para definir si hay involucro de corazón y otros órganos. En este caso dos corazones fusionados
MATERIALES Y MÉTODOS: Femenino de 29 años, G3P2, originaria de Tampico Tamaulipas- A las 21.3 sdg es diagnosticada con embarazo gemelar monocorial monoamniótico toracópagos, encontrando fetos femeninos, unidos a nivel torácico y abdominal, compartiendo corazón e hígado, presencia de un solo cordón umbilical con 4 vasos (3 arterias y 1 vena). Sistemas digestivos independientes. Se realiza ecocardiografía fetal avanzada encontrando una aurícula común, tres cavidades ventriculares bien con válvulas AV competentes y flujo anterógrado. Comunicación interventricular grande entre 2 de los ventrículos. Cada feto con aorta y pulmonar independiente y sin datos de insuficiencia o estenosis. Se planea nacimiento de forma conjunta (ginecología y obstetricia, neonatología y cardiología pediátrica) en la 36 sdg, sin embargo, paciente inicia con trabajo de parto pretérmino a las 35 sdg por lo que se decide interrupción vía abdominal previo esquema de inductores de madurez pulmonar fetal, obteniendo recién nacidos vivos femeninos unidos de tórax, con un peso de 3025 gr, talla 40 y 41 cm, Apgar 7/9, requiriendo maniobras de reanimación básicas. Actualmente se encuentran en espera de ecocardiografía post natal.
RESULTADOS: El objetivo del diagnóstico prenatal de cardiopatías complejas es la planeación del nacimiento para establecer en la medida de lo posible un diagnostico lo mas cercano a la certeza, de ahí si es susceptible de orientación genética para el embarazo presente y a futuro para posibles recurrencias. Al tener completo este secuencia podemos hablar de pronostico en corto a mediano plazo. La limitante en este momento es que en la unidad no contamos con microarreglos y la toma de cariograma bandas G es exclusiva de sangre fetal por cordocentesis.
CONCLUSIÓN: La ecocardiografía fetal es una herramienta imprescindible que influye directamente el pronóstico post natal en las cardiopatías congénitas complejas. Nuestra unidad de medicina fetal establece una política de no rechazo y evaluación prioritaria en cualquier edad gestacional en caso de sospecha de cardiopatía fetal. La unidad ofrece tamizaje cardiaco en primer trimestre, ecoacrdiografía temprana semana 16, ecocardiografía estructural semana 20 a 22, seguimiento de cardiopatías y datos de alarma hasta madurez fetal, manejo conjunto con cardiopeditria y un protocolo en marcha de correlacion de concordancia diagnostico con el mismo servicio.

TRABAJO EN CARTEL.
Mampara 81

Síndrome de Crest: reporte de un caso

Esaúl Hernández Arvizu, Jesús Ricardo Salmeron León e Iván Alejandro Ruiz Durón
Hospital Aranda de la Parra, León, Guanajuato.

ANTECEDENTES: el síndrome de Crest (calcinosis, fenómeno de Raynaud, dismotilidad esofágica, esclerodactilia, telangiectasias) es miembro de un grupo heterogéneos de esclerodermias que tiene como característica común la induración y el engrosamiento cutáneo. Su etiología es desconocida aunque parece haber relación de padecer este síndrome cuando se padece una enfermedad de tipo inmunológico. Se cree que son tres los elementos que participan en su formación. 1) trastornos en la síntesis de colágeno. 2) alteraciones vasculares. 3) anomalías inmunológicas. Se puede clasificar de acuerdo a las alteraciones coexistentes , cuando el trastorno cutáneo esta asociado con una alteración de un órgano interno como puede ser el sistema gastrointestinal, cardiovascular, renal y respiratorio de esta manera se define como esclerosis sistémica. La esclerosis sistémica se

subcategoriza en difusa y limitada en función de la extensión y afectación de la piel. La forma limitada es la que se asocia con síndrome de Crest. La prevalencia es de 4-489 casos por millón de personas para enfermedades similares a la esclerodermia y para esclerosis sistémica 0.6-122 casos por millón de personas. Las zonas de mayor incidencia son Estados Unidos de América, Japón y Europa. Afecta en mayor proporción a las mujeres y personas de raza negra.

OBJETIVO: el presente caso clínico realizado, se piensa exponer por la incertidumbre que se ha tenido en los últimos años acerca de esta patología; sin lugar a duda hay cierta discrepancia debido a que es un síndrome que su diagnóstico se elabora por exclusión. En esta ocasión, "el equipo en conjunto" trata de dar a conocer este caso clínico para ver su importancia en la ginecología y en la consulta general; de igual manera buscamos conocer puntos de vista de algunos expertos que ya hayan tenido la oportunidad de lidiar con este síndrome. Por último, se decidió realizar por la escasez de presentación que tiene y cuando se llega a presentar este puede ser tratado como otra patología superpuesta y por consiguiente costarle la vida a la paciente.

MATERIALES Y MÉTODOS: ella es una paciente femenino de 30 años de edad, residente de Gto, Gto. México. Catolica. Ahf: iam e has (abuela). Apnp: casa propia todos los servicios, zoonosis negada e interrogada, alimentación buena en cantidad y calidad, sin carnes rojas, inmunizaciones completas. Ago: menarca 2 años, fum 26/08/18, irregular. G0, c0, p0, a0. App:lupus hace doce años, cáncer de tiroides hace dos años, cirugia (hemitiroidectomía/ apendicectomía (no sabe tiempo de ambas). Pa: acude a la consulta de ginecología por presentar crecimiento progresivo (indoloro) de la mama izquierda desde junio del presente año; de igual manera refiere síntomas como: dificultad para tragar alimentos solidos, piernas hinchadas, yemas de los dedos de coloracion azulada al contaco con el agua fria (no refiere tiempo exacto de aparicion). Ef: paciente femenino de edad aparente a la real, despierta orientada en sus tres esferas y cooperadora al interrogatorio y exploración física. Normocefalica pupilas isocóricas normoreflecticas, narins permeables, boca con mucosa oral bien hidratada, piel y tegumentos de buena coloración e hidratación. Cuello cilindrico movil, mediano a su explorcion sin adenopatias no doloroso a la palpacion. Torax de tamaño normal, con campos pulmonares bien ventilados, murmullo vesicular presente, no se aprecia ruidos agregados a la auscultación. Abdomen plano, depresible con peristalsis aumentada no refiere dolor a la palpación superficial ni profunda a la percusión se aprecia sonido timpánico alterado con matidez. Extremidades integras, simetricas, llenado capilar de dos segundo, sin datos de edema, fuerza muscular en escala de daniels 5/5. Lab: hb 14 g/dl, hto 38.7%, glucosa de 84 mg/dl, urea 20 mg/dl, cr. 0.8 mg/dl. A la exploración física de mama, se confirma la presencia de una masa palpable en la mama izquierda, la cual efectivamente era indolora. Signos vitales: 85 lpm, 20 rpm, 110/80 mmhg de ta, 36.6 t. Se decide realizar us de mama, el cual no otorga suficiente información, por lo que se decide a realizar una mastografía; la cual arroja el siguiente resultado: mama izquierda, hiperdensidad en cuadrante interno, externo y linea intercomunitaria. Mama derecha, calcinosis en cuadrante interno, externo, superior y línea intracomunitaria. Por los resultados obtenidos en la mama izquierda (sospechosa de malignidad), se decide realizar mastectomía parcial izquierda; para así mismo realizar biopsia, la cual identifica: lobulillos mamarios que son redondeados por tejido fibroso denso y por múltiples depósitos de calcio y conductos mamarios ectásicos, dando como diagnóstico histopatológico: mastopatía fibroquística con calcificaciones en mama izquierda.

RESULTADOS: actualmente paciente femenino de 30 años de edad postoperada de mastectomía parcial izquierda, con toma de biopsia, resultado lobulillos rodeados por tejido fibroso y múltiples depósitos de calcio con diagnostico de mastopatía fibroquística con calcificaciones extensas a mama izquierda. Al día de hoy paciente asintomática, con salid s de secreción tipo hemática por medio de sonda tipo penrose. Se reinicia tratamiento con aspirina tres días después del evento quirúrgico, esto como tratamiento a anticuerpos antifosfolípidos no asociados a trombosis. Se recomienda prolongar el tiempo de retiro de puntos unos días mas de lo habitual para evitar dehiscencia de herida. Seguimiento por el reumatólogo y oncologica médica.

CONCLUSIÓN: se recomendó a la paciente llevar un abordaje y tratamiento multidisciplinario, debido a las numerosas comorbilidades agregadas al síndrome crest el cual era evidente por las manifestaciones clínicas y radiológicas que la paciente mostró a lo largo de el screening que se llevó acabo durante su estancia hospitalaria. La paciente continúa en abordaje diagnóstico del síndrome de crest para poder determinar el mejor tratamiento posible para esta patología y sus comorbilidades asociadas.

TRABAJO EN CARTEL.
Mampara 82

Estrategias de predicción de preeclampsia en adolescentes con características maternas y variables biofísicas

Armando Monroy Faudoa, Eduardo Noé Nava Guerrero, Alejandra Salcedo González, Christian Eduardo Rojas Delgado y Claudia Eugenia Hernández Escobar
Escuela de Medicina del TEC de Monterrey, Nuevo León.

ANTECEDENTES: Actualmente la preeclampsia ocurre en el 5-10 % de los embarazos en la población Mexicana. Se estima que hasta el 21.2 % de la causas de MM son relacionadas a trastornos hipertensivos
OBJETIVO: Realización de estrategias para predicción de pacientes adolescentes con bajo riesgo para desarrollo de preeclampsia mediante el uso de la calculadora de la Fundación de Medicina Fetal (FMF)
MATERIALES Y MÉTODOS: El estudio fue realizado longitudinalmente monitorizando a pacientes adolescentes cursando con embarazo de primer trimestre hasta la finalización del embarazo, para posteriormente identificar la incidencia de preeclampsia desarrollada antes y después de las 37 semanas de gestación.
RESULTADOS: Dentro del seguimiento de las pacientes se clasifico dentro de dos rubros principales aquellas en las que se presentó la enfermedad antes de las 37 semanas de gestación y el segundo grupo incluye a las de 37 semanas de gestación o mayores. La preeclampsia se presento en un total de 38 pacientes.
CONCLUSIÓN: La prueba realizada en primer trimestre muestra alta especificidad y valor predictivo negativo para preeclampsia entes de las 37 semanas de gestación. Lo cual permite descartar la enfermedad desde primer trimestre teniendo un resultado negativo, catalogándola para menor riesgo para desarrollar la enfermedad y referir a la paciente a seguimiento de consulta de bajo riesgo.

TRABAJO EN CARTEL.
Mampara 83

Ferropenia sin anemia en el primer trimestre del embarazo

Gerardo Manzanares Carrillo, Humberto Adolfo Valdés Estrada, Judith Elena Martínez Acosta, Claudia Navarro Romero y Mónica María Manzanares Vicencio
Hospital Ángeles Mocel, Ciudad de México.

ANTECEDENTES: El hierro es esencial para las funciones de todas las células del cuerpo humano, generalmente sólo lo asociamos en los glóbulos rojos, siendo necesario en más de 200 enzimas celulares. El hierro en la mujer en etapa reproductiva, es de pérdida y ganancia, la misma cantidad de 2 mg por día. Estamos protegidos para la sobrecarga de hierro pero no para la carencia.
OBJETIVO: El presente trabajo trata de demostrar que en nuestro medio existe ferropenia sin anemia, desde el primer trimestre del embarazo, en una población de mujeres derechohabientes de una institución bancaria. El trabajo intenta sensibilizar a los médicos especialistas y médicos que ven embarazadas a detectar tempranamente la ferropenia sin anemia (concepto ausente en la mayoría de los médicos y las pacientes).
MATERIALES Y MÉTODOS: Un estudio observacional clínico, donde se incluyeron 45 pacientes embarazadas, que aceptaron participar en el trabajo, desde febrero del 2016, hasta marzo del 2018; Las pacientes cursaban con embarazo desde la semana seis hasta la trece de gestación.
RESULTADOS: Como primer análisis, se realizaron diagramas de dispersión tomando como variables dependientes 3 variables de interés: hematocrito, hemoglobina y ferritina, respectivamente y comparándolas con cada una de las demás variables . En particular, podemos observar en el diagrama de dispersión de emoglobina con hematocrito dónde se observa una relación positiva
CONCLUSIÓN: 1.- Como podemos ver en los modelos matemáticos diseñados para esta investigación, concluimos que al tener variables < de 1, es estadísticamente real utilizar nuestra fórmula de cálculo de déficit de hierro, considerando que nuestros laboratorios no cuentan con el valor ideal de ferritina que es de 60 a 300 ng/ml, sugerido por la OMS. (Valor de ferritina X 10 - 1000 = Déficit Fe) (Gráfica 4) 2.- Los resultados de detección de ferropenia sin anemia, nos llevan a considerar la vigilancia estrecha en el embarazo de la suplementación de hierro mediante la dieta y fórmulas orales, ya que éstas pueden corregir la anemia en un periodo estimado de 4 a 6 semanas, y en caso de no lograr la meta, antes de que se asocie a la anemia sería importante realizar una nueva medición de ferritina, en el inicio del tercer trimestre de la gestación; para que en caso de tener valores igual o < de 30ng/ml, considerar el uso hierros parenterales, siendo los intravenosos los de mejores resultados. 3.- La transferencia de hierro hacia el feto, disminuye restricción en el crecimiento,adecua una buena neurogénesis, menor riesgo de infecciones, menor riesgo de aborto y parto pretérmino. 4.- Con este trabajo hacemos el reporte inicial de la importancia de pedir ferritina sérica en la eva-

luación desde el 1er trimestre del embarazo, en reportes posteriores haremos la comparación con el último trimestre de la gestación. 5.- la ferropenia es una entidad pre-exitente antes de la anemia ferropenica, sino se piensa en ella, no se busca y se pierde la oportunidad de eneficiar al binomio.

TRABAJO EN CARTEL.
Mampara 84

Riesgo de muerte fetal por edad gestacional en gemelos monocoriales biamnióticos no complicados

Hugo Pineda Pineda Alemán, Jorge Abraham Sanvicente Márquez, Ricardo Esparza Pérez, José Guillermo Peralta Díaz y Laura Catalina Aragón Viloria
UMAE 23, Hospital de Ginecología y Obstetricia Dr. Ignacio Morones Prieto, Monterrey, Nuevo León.

ANTECEDENTES: El embarazo gemelar monocorial (MC) se presenta en 1 de cada 250 embarazos y representa cerca del 20% de los embarazos gemelares y el 70% de los embarazos monocigóticos. La tasa de mortalidad perinatal en estos embarazos es 2 veces mayor que la de los bicoriales y 4 veces mayor que la de los embarazos únicos. En relación a la tasa de morbilidad neurológica, ésta es de 4 a 5 veces mayor que la de los bicoriales, y por lo tanto de 25 a 30 veces más alta que la de los embarazos únicos.
OBJETIVO: Estimar el riesgo de muerte fetal por edad gestacional en gemelos monocoriales biamnióticos no complicados.
MATERIALES Y MÉTODOS: Se realizó un estudio tipo observacional en la UMAE No. 23 del IMSS en Monterrey, NL. Se incluyeron embarazos monocoriales biamnióticos sin presencia de complicaciones entre las 28 y 38 semanas de gestación. Se mantuvo una monitorización mediante ultrasonido en intervalo de cada 2 semanas hasta la resolución del embarazo, y se calculó un riesgo de muerte por intervalo. Adicionalmente se consideraron otras variables como comorbilidades, características epidemiológicas de la madre y resultados perinatales de los recién nacidos, entre otras. Para el análisis estadístico se empleó estadística descriptiva y mortalidad proporcional por intervalos de tiempo, con una p 0,05 para la significancia estadística.
RESULTADOS: Se obtuvo un total de 111 pacientes con embarazo gemelar monocorial biamniótico no complicado. A pesar de la estrecha vigilancia se presentaron 6 casos de muerte inesperada de uno de los gemelos, con una tasa de mortalidad de 5.4%. Las complicaciones respiratorias fueron las más comunes en los neonatos y se asoció a ruptura prematura de membranas (P=<0.0001). Se presentaron 3 muertes neonatales tempranas en relación con la prematuridad y sepsis.
COCLUSIÓN: La tasa de mortalidad global en esta población fue de 5.4%, con un mayor riesgo de mortalidad en el periodo de 32 a 33.6 semanas del 2.7%. En relación a las comorbilidades neonatales, la presencia de ruptura de membranas se asocio en un 55.6% con complicaciones respiratorias (p<0.001), sepsis neonatal en 11% y hemorragia intraventricular de 7.4%. Es conveniente proponer estrategias preventivas para disminuir el rango de mortalidad fetal aumentando la frecuencia de monitoreo.

TRABAJO EN CARTEL.
Mampara 85

Alteraciones en la neurosonografía fetal en pacientes diagnosticadas con infección por el virus del Zika durante el embarazo

Hugo Francisco Pineda Alemán, María José Carvajal Noriega, Rosa Helena Villalobos Gómez y Alan Gurrola Nájera
UMAE 23, Hospital de Ginecología y Obstetricia Dr. Ignacio Morones Prieto, Monterrey, Nuevo León.

ANTECEDENTES: El embarazo gemelar monocorial (MC) se presenta en 1 de cada 250 embarazos y representa cerca del 20% de los embarazos gemelares y el 70% de los embarazos monocigóticos. La tasa de mortalidad perinatal en estos embarazos es 2 veces mayor que la de los bicoriales y 4 veces mayor que la de los embarazos únicos. En relación a la tasa de morbilidad neurológica, ésta es de 4 a 5 veces mayor que la de los bicoriales, y por lo tanto de 25 a 30 veces más alta que la de los embarazos únicos.
OBJETIVO: Estimar el riesgo de muerte fetal por edad gestacional en gemelos monocoriales biamnióticos no complicados.
MATERIALES Y MÉTODOS: Se realizó un estudio tipo observacional en la UMAE No. 23 del IMSS en Monterrey, NL. Se incluyeron embarazos monocoriales biamnióticos sin presencia de complicaciones entre las 28 y 38 semanas de gestación. Se mantuvo una monitorización mediante ultrasonido en intervalo de cada 2 semanas hasta la resolución del embarazo, y se calculó un riesgo de muerte por intervalo. Adicionalmente se consideraron otras variables como comorbilidades, características epidemiológicas de la madre y resultados perinatales de los recién nacidos, entre otras. Para el análisis estadístico se empleó estadística descriptiva y mortalidad proporcional por intervalos de tiempo, con una p 0,05 para la significancia estadística.
RESULTADOS: Se obtuvo un total de 111 pacientes con embarazo

gemelar monocorial biamniótico no complicado. A pesar de la estrecha vigilancia se presentaron 6 casos de muerte inesperada de uno de los gemelos, con una tasa de mortalidad de 5.4%. Las complicaciones respiratorias fueron las más comunes en los neonatos y se asoció a ruptura prematura de membranas (P=<0.0001). Se presentaron 3 muertes neonatales tempranas en relación con la prematuridad y sepsis.

CONCLUSIÓN: La tasa de mortalidad global en esta población fue de 5.4%, con un mayor riesgo de mortalidad en el periodo de 32 a 33.6 semanas del 2.7%. En relación a las comorbilidades neonatales, la presencia de ruptura de membranas se asocio en un 55.6% con complicaciones respiratorias (p<0.001), sepsis neonatal en 11% y hemorragia intraventricular de 7.4%. Es conveniente proponer estrategias preventivas para disminuir el rango de mortalidad fetal aumentando la frecuencia de monitoreo.

TRABAJO EN CARTEL.
Mampara 86

Satisfacción de las pacientes en el área de Ginecología y obstetricia del Hospital de Especialidades Del Niño y La Mujer de Querétaro

Genaro Vega Malagón, Luis Nelson Bautista García, Fernando José Cruz López, Lizzete Pegueros Araiza y Martha Berenice Basurto Estrada
Hospital de Especialidades Del Niño y La Mujer de Querétaro.

ANTECEDENTES: La evaluación en los servicios de salud y la satisfacción de los usuarios es indispensable y con valor estratégico para poder identificar las áreas de oportunidad que existen para evaluar y mejorar la calidad de los servicios. La globalización obliga a tener sistemas de atención de servicios de salud con características similares que cumplan con estándares de calidad internacional.

OBJETIVO: Determinar la Satisfacción de las pacientes en el área de Ginecología y obstetricia del Hospital de Especialidades Del Niño y La Mujer de Querétaro.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio observacional, descriptivo, transversal en el Aérea de Ginecología y Obstetricia del Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer de Querétaro en el periodo de Diciembre del 2017 a Febrero del 2018, se incluyeron pacientes que recibieron atención médica y que aceptaron participar en el estudio previo consentimiento informa, la satisfacción fue medida con un instrumento validado previamente, se incluyeron además características sociodemográficas, para su análisis se utilizó estadística descriptiva, se contó con la aprobación del Comité de Investigación del Hospital.

RESULTADOS: El perfil sociodemográfico de la población encuestada tiene una media de edad de 24.6 años, con escolaridad secundaria, y estado civil unión libre, siendo ocupación del hogar las de mayor frecuencia. En relación al personal de salud un 82% considera buena la atención en el servicio de ginecoobstetricia, con respecto a la satisfacción por la información otorgada sobre el estado de salud (92.2%), diagnóstico (82.2%), como su tratamiento y manejo (79.7%) . Y la satisfacción por el trato recibido por el personal de salud considerándose muy satisfecho el 54.7% y satisfecho el 45.3%. En cuanto a las instalaciones 84% las considera buenas.

CONCLUSIÓN: La satisfacción sobre los servicios otorgados en el servicio de Ginecología y Obstetricia en el hospital de Especialidades del Niño y la mujer por el personal de salud que incluye medico, residentes, enfermeras y trabajadoras sociales es buena, así como la calidad de la atención medica recibida. Aunque las áreas de oportunidad para mejora detectadas es la información que se provee a los familiares sobre las probables complicaciones así como el reforzamiento en el cuidado de la comodidad y privacidad que se otorga durante su atención y asegurar la comprensión del consentimiento informado.

TRABAJO EN CARTEL.
Mampara 87

Conocimientos y actitudes del personal médico sobre la prescripción de la vacuna del virus de papiloma humano.

Elsa Díaz López, Samuel Weingerz Mehl y Sofía D. Esquivel Montoya
GESFEM Grupo Especializado en Salud Femenina.

ANTECEDENTES: La aplicación de la vacuna del virus del papiloma humano (vVPH) puede verse afectada por el perfil, el conocimiento y la actitud del profesional médico que tenga sobre ésta.

OBJETIVO: El objetivo de este estudio fue examinar el nivel de conocimiento, actitud y práctica de los médicos generales (MG) y médicos especialistas (ME) mexicanos responsables de prescribir la vVPH.

MATERIALES Y MÉTODOS: En un estudio transversal descriptivo se recabó información relacionada al conocimiento, actitud y práctica sobre la prescripción de la vVPH empleando un cuestionario autoadministrado diseñado para estos fines. El conocimiento fue considerado como variable cuantitativa en función a las respuestas correctas. Análisis estadísticos en SPSS® incluyeron pruebas de comparación de grupos independientes

RESULTADOS: De 552 encuestas: 30.8% fueron MG; 47.5% de práctica privada (PP). Mejor puntaje en conocimiento en ME 6.7 vs MG

6.0 (p<0.001) sin diferencias por género y edad. 74.6% recomiendan la vVPH, los ME la aplican en mayor proporción (54.5%). Del 64.8% que la aplica, 35% es PP y el 30.8% es >51 años (p<0.001). Los hombres tienen mayor riesgo para no prescribir vVPH [OR=1.76; IC95%(1.50-2.06)]

CONCLUSIÓN: Se observó un conocimiento medio sobre la vVPH con diferencias de acuerdo con el nivel de especialización médica. Quienes la prescriben más son en su mayoría ME, mayores de 51 años y dedicados a la PP.

TRABAJO EN CARTEL. Mampara 88

Sacrocolpopexia laparoscópica: reporte de caso

Roberto De Jesús Infante Salinas, Karla Ivette Álvarez Banderas, David Mijey Esquivel Izaguirre, Oscar Ignacio Hortiales Laguna y Fernando González Venegas
UMAE 23, Hospital de Ginecología y Obstetricia Dr. Ignacio Morones Prieto, Monterrey, Nuevo León.

ANTECEDENTES: El prolapso de órganos pélvicos representa un problema común, con una prevalencia estimada de hasta 50 % y un riesgo a lo largo de la vida de someternos a una cirugía de prolapso a la edad de 80 años de 11 a 12 %.

OBJETIVO: Dar a conocer nuestro primer procedimiento de suspensión de cúpula vaginal vía laparoscópica.

MATERIALES Y MÉTODOS: Reporte de caso

RESULTADOS: Pop Q postquirúrgico: Aa-3, Ba-3, C -7, HG4, CP3, LVT7, Ap -3, Bp-3, D*.

CONCLUSIÓN: El abordaje laparoscópico de la sacrocolpopexia ofrece una alternativa segura y costo efectiva en manos con experiencia. Ha demostrado ser tan efectiva a la técnica tradicional. La vía laparoscópica ofrece el beneficio adicional de disminuir la morbilidad, corta estancia hospitalaria y recuperación más rápida. No hay diferencia estadísticamente significativa en los resultados a largo plazo en la tasa de reintervención con el abordaje abdominal y laparoscópico. De igual forma el riesgo de complicaciones suele describirse de forma más frecuente en la vía abdominal, aunque tampoco con significancia estadística. El tiempo operatorio de nuestra paciente fue prolongado, sin embargo, representa la primera sacrocolpopexia que realizamos por vía laparoscópica en este hospital. Será importante realizar más procedimientos para la curva de aprendizaje y que se vea reflejada en tiempos quirúrgicos.

TRABAJO EN CARTEL. Mampara 89

Mola hidatidiforme parcial con producto de aparente termino

Fernando Germes Piña, Javier Chacón Lechuga, Ángel Gabriel García Urueta, Ángel Gabriel Rubio Campos y Yareli Torres Guillen
Hospital General de Chihuahua Dr. Salvador Zubirán Anchondo.

ANTECEDENTES: Gestante de 23 años sin antecedentes quirúrgicos, crónico-degenerativos, G: 2 C:1 (2008 por Arresto en el descenso), amenorrea incierta sin control prenatal, se recibe en área de tococirugía refiriendo sangrado transvaginal escaso color vino de 6 horas de evolución, hidrorrea e hipomotilidad fetal. A la exploración física en adecuada condiciones generales, abdomen globoso, altura de fondo uterino de 37 cm, sin datos de irritación peritoneal, con actividad uterina irregular, con presencia de producto único, vivo, pélvico bradicardico, al tacto vaginal cérvix central con 3 cm de dilatación, sangrado moderado, violáceo Paraclínicos: Hb: 11.5, Hto: 38.1, Plaquetas 289, TGO: 43, TGP: 38, B-hcG 1 200 000, TSH 0.5,

OBJETIVO: La mola Hidatiforme consiste en un embarazo anormal caracterizado por la degeneración hidrópica de las vellosidades coriales e hiperplasia trofoblastica. Se clasifica en mola hidatiforme parcial y completa. En México cuenta con una incidencia de 2.4: 1000 embarazos y de estos solo el 25% se clasifican como molas completas, lo cual la convierte en una entidad clínica poco común. En este trabajo se expone un reporte de caso con el objetivo de describir las características clínicas de esta entidad que representa un alto riesgo para el bienestar materno-fetal.

MATERIALES Y MÉTODOS: Se realiza sonografia con los siguientes hallazgos: producto único, pélvico, frecuencia cardiaca fetal de 80 x minuto, fotometría por circunferencia abdominal, diámetro biparietal y longitud femoral para 41, 39 y 32 semanas respectivamente, datos sugestivos de hidrops fetal, placenta fundica irregular, con imagen característica en copos de nieve. Se toma fracción beta de hCG reportada mayor a 1 000, 000 mu/ll Pasa paciente a cesárea urgente bajo el diagnóstico de: embarazo de 34 semanas, ruptura prematura de membranas, bradicardia fetal, probable mola parcial, trabajo de parto latente, producto con múltiples malformaciones e hidrops fetal. Producto único, óbito, con hipoplasia torácica, micrognatia, ascitis, hepatoesplenomegalia, extremidades superiores con meromelia, inferiores acortadas, en equino varo, sindactilia, genitales poco diferenciados, con micropene y criptorquidia bilateral, laceraciones en cabeza. Placenta ovoide, hipertrófica, numerosas estructuras

vesiculares, de diferente tamaño, claras, que se desprenden y rompen con facilidad.

RESULTADOS: La coexistencia de feto vivo y una mola, es raro y ocurre en 1:100, 000 embarazos, la herramienta decisiva para el diagnostico será el diagnostico desde las primeras semanas, por lo tanto un control prenatal adecuado disminuirá la morbi-mortalidad materno-fetal. Por eso la importancia de presentar este caso y conocer mas a fondo esta patología.

CONCLUSIÓN: La coexistencia de feto vivo y una mola, es raro y ocurre en 1:100, 000 embarazos, la herramienta decisiva para el diagnostico será el diagnostico desde las primeras semanas, por lo tanto un control prenatal adecuado disminuirá la morbi-mortalidad materno-fetal. Por eso la importancia de presentar este caso y conocer mas a fondo esta patología.

TRABAJO EN CARTEL.
Mampara 90

Inestabilidad uretral en incontinencia urinaria de esfuerzo recurrente: reporte de caso

Roberto De Jesús Infante Salinas, Yarahs Salvador Flores Hernández, Luis Fernando González Venegas y David Mijey Esquivel Izaguirre
UMAE 23, Hospital de Ginecología y Obstetricia Dr. Ignacio Morones Prieto, Monterrey, Nuevo León.

ANTECEDENTES: La función uretral puede ser aún más importante para influir en la función vesical que viceversa, si se tiene en cuenta el concepto del reflejo guardián. La inestabilidad uretral (IRU) es aún en la actualidad tema controvertido y persiste el debate sobre la importancia y la relevancia clínica y por lo tanto ignorada por la mayoría de los autores. La International Continence Society (ICS) no ha logrado definir el término "inestabilidad uretral", aunque ha intentado hacerlo en el pasado como “Una condición en la cual hay una caída involuntaria en la presión uretral durante el llenado, lo que resulta en fuga urinaria, en ausencia de actividad del detrusor (1981)”. La incidencia en población femenina va desde 10 hasta 41% de acuerdo a las diversas definiciones.

OBJETIVO: Conocer la relevancia clínica de la inestabilidad uretral en pacientes con incontinencia urinaria de esfuerzo recurrente posterior a una colocación de cinta antiincontinencia mediouretral.

MATERIALES Y MÉTODOS: Caso Clínico. Femenina de 43 años de edad gesta 3 partos 3, sin enfermedades de importancia, antecedente de colpoplastia posterior y colocación de cinta medio uretral vía transobturador en 2015. Acude al servicio de Urología ginecológica por referir hace 1 año reinicia con incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) moderada con un índice de Sandvik de 4; así como incontinencia urinaria de urgencia en 4 de 8 micciones; comenta además incontinencia urinaria insensible así como enuresis nocturna. Frecuencia urinaria diurna de 8, Nocturia 3, niega síntomas de vaciado, no disfunción anal ni sexual. A la exploración física genitales sin alteraciones, mucosa vaginal con adecuado trofismo, reflejos pudendos conservados, fuerza de piso pélvico 4 de 5 de acuerdo a escala de Oxford, prueba de la tos negativa con vejiga vacía, no dolor a la palpación de uretra media ni agujeros obturadores, no extrusión ni exposición de cinta medio uretral. No prolapso de órganos pélvicos. Se realiza estudió urodinámico con reporte de flujometría normal flujo máximo (Qmax) de 15ml/s , perfilometría con Presión máxima de cierre uretral de 50 cmH2O, longitud anatómica de 23 mm, funcional de 13mm, sin pérdida durante estudio dinámico. Cistometría de llenado con presencia de sensaciones vesicales normales, puntos de pérdida en Valsalva negativos en 200 cc con presiones de 52 -140 cmH2O, presencia de inestabilidad uretral (Figura 1) con descenso en la presión uretral de hasta 25cmH2O con síntomas de urgencia y contracción involuntaria del detrusor posterior a relajación uretral (Figura 2). Estudio de flujo – presión con presiones del detrusor PdetQmax 29 cmH2O, Qmax 13ml/s , adecuada relajación de piso pélvico y efectividad de vaciamiento del 100%. Se inicia manejo con terapia conductual y neuromodulación de nervio tibial posterior frecuencia 10Hz amplitud 200 microsegundos, por 12 sesiones de 30 minutos de duración , con una mejoría del 80% en los episodios de incontinencia urinaria de esfuerzo y urgencia alcanzada en la sesión número 10.

RESULTADOS: La inestabilidad uretral (URI pos sus siglas en inglés) es una patología que no se debe despreciar, el que exista aún controversia en su definición eso no excluye su existencia y como uroginecólogos saber su detección en un estudio urodinámico y las opciones de tratamiento viables es esencial para el adecuado manejo de nuestras pacientes. Desde 1981 que se definió por la ICS se han realizado múltiples estudios que intentan establecer un punto de corte para definir una relajación uretral, se han establecido variaciones de 10 hasta 30cmH2O de corta duración (1-5s) (1). Venema y Kramer en 1984 estudiaron 71 pacientes mujeres con quejas de urgencia, IUE o incontinencia mixta. La inestabilidad uretral fue vista en 66%. Se informó que un detrusor hiperactivo se produjo en el 24% de todos los pacientes y que Es una afección común en pacientes masculinos y femeninos

con enuresis. URI y DO combinados se observaron en 35%, URI aislado en 45% y DO aislado en 10% de estos pacientes (4). Wise et al. no informaron diferencias entre los pacientes con o sin URI en términos de prevalencia o gravedad de urgencia / frecuencia, nocturia o incontinencia de urgencia. La combinación de URI y DO fue significativamente más común en mujeres que presentaban incontinencia de esfuerzo. Se ha descrito que la inestabilidad uretral es debida al incremento de la actividad parasimpática y con la neuromodulación sacra se logra disminuir dicha alteración y lograr una mejoría clínica. Sin embargo aún es un fenómeno que no se logra definir en el presente, que se le ha puesto mayoritariamente atención a la actividad del detrusor, siendo que la función uretral por su estructura es esencial para la activación o inhibición de la micción .
CONCLUSIÓN: Las inestabilidad uretral es una alteración que existe y debe ser valorada como causa de incontinencia urinaria esencialmente en paciente que refieren una IUE persistente o recurrente así como en aquellas con enuresis nocturna e incontinencia de urgencia. Hacer un estudio urodinámico nos ayudará a valorar la función uretral vesical y determinar las mejores líneas de manejo. Aún falta mucho por comprender y estudiar sobre esta patología, son necesarios estudios actuales con los nuevos equipos urodinámicos y catéteres para poder redefinir la inestabilidad uretral y estandarizar su medición, utilidad clínica y tratamientos óptimos.

TRABAJO EN CARTEL.
Mampara 91

Sarcoma vulvar

Esaúl Hernández Arvizu, Luisa Fernanda Álvarez Morales, Jazmín Alejandra Alarcón González, Zulema Alcantar Paniagua, Natalia Barajas Vázquez y Ana Guadalupe Barrientos Hernández
Hospital Gineco-Pediatría 48, IMSS, León, Guanajuato.

ANTECEDENTES: El cancer de vulva ocupa el cuarto lugar en frecuencia de neoplasias ginecológicas en países desarrollados con una incidencia de 1.8 por 100 mil habitantes hispanos, existe una gran variedad histológica siendo la mayoría carcinoma de células escamosas.
OBJETIVO: Dar a conocer un caso poco común en el mundo y de la unidad, así también como dar a conocer su presentación y el método a seguir de los cánceres vulvares
MATERIALES Y MÉTODOS: Presentamos paciente femenino de 41 años de edad con diagnóstico de sarcoma de vulva en labio mayor izquierdo; con los siguientes antecedentes de importancia: escolaridad primaria, ama de casa, tabaquismo positivo con 3 cigarrillos/día, desde hace 10 años; Menarca a los 11 años con ritmo 28/3, IVSA a los 18 años, 4 gestas, 4 partos, MPF: OTB, último Papanicolaou hace 2 años con resultado verbalmente negativo. La paciente refiere que a principios del año inicia con pequeña masa en labio mayor izquierdo, observa la paciente que a partir de mayo presenta crecimiento rápido de un mes, de aproximadamente 3 cm y no dolorosa a la palpación. Esto la lleva a tratarse en medio privado, donde la operan por un "exceso de grasa" en la zona, y al reporte histopatológico de la muestra en sector privado refieren tumor de pubis con "Sarcoma de componentes heterólogos", con permeación vascular con extensas zonas de necrosis y con bordes quirúrgicos de tumor", dicho resultado lleva a la paciente a tratarse en el instituto. A la exploración física, se palta desde la raíz del labio menor hasta labio mayor izquierdo hasta el área de proceso inflamatorio con datos de hematoma al tratamiento previo, la lesión se presenta en forma de huso, con extremo superior hacia el pubis y extremo inferior en tercio medio de hiato genital, con lesiones en pared vaginal, cérvix labio contralateral, se palpa también una adenopatía de aproximadamente de 1 cm, móvil, en ingle izquierda. Se le realiza una tomografía axial computarizada donde se encontró nódulo en hemivulva izquierda de 18 x 19mm encapsulado, sin infiltrar hueso, con adenopatías inguinales ipsilaterales y sin datos de metástasis a distancia. También se le solicita revisión de laminillas con resultado de "sarcoma endometrial de alto grado"
RESULTADOS: Paciente candidata a hemivulvectomía izquierda con linfadenectomía inguinal ipsilateral.
CONCLUSIÓN: es importante el diagnóstico y tratamiento oportuno de esta entidad pues incluso un 10% de los casos se ven afectados con diseminación linfática regional previa a la detección influyendo directamente en la efectividad del tratamiento.

TRABAJO EN CARTEL.
Mampara 92

Score predictivo post laparoscopia en pacientes con endometriosis en busca de embarazo

Axdruval Ávila Elizalde, Selene Rivera Narváez, Raúl Adolfo Luna Enríquez y Adán Neftalí Martínez Torres
Hospital Green Care, Unidad Torreón, Coahuila.

ANTECEDENTES: la endometriosis es una condición patológica en donde se hace presente el estroma y glándulas endometriales fuera de

la cavidad uterina y del miometrio. afecta a las mujeres en edad fértil con una prevalencia en población general del 5 al 10%
OBJETIVO: exponer la relevancia médica de esta enfermedad, así como tambien un sistema de clasificación que mide el pronostico reproductivo para lograr embarazo post laparoscopia
MATERIALES Y MÉTODOS: se hizo una revisión de la literatura actual mediante buscadores científicos acerca de la clasificación de la endometriosis para la cual actualmente no hay datos concluyentes en cuanto al pronostico reproductivo de estas pacientes
RESULTADOS: se realizo un score en el cual se unifican criterios claros que incluyen variables reproductivas, como factor masculino, reserva ovárica, factor tubárico, asi como si se encuentra una anomalía anatómica, esto para ofrecer un pronostico claro sobre la reproducción
CONCLUSIÓN: se necesita un nuevo sistema para calificar la endometriosis después de hacer el diagnostico histopatológico en una laparoscopia o laparotomía es importante ver el pronostico reproductivo que tienen todas estas pacientes.

TRABAJO EN CARTEL.
Mampara 93

Variables antropométricas y condición al nacimiento entre fertilización natural y fertilización *in vitro*

Axdruval Ávila Elizalde, Elías González Juárez, Cristal Ariadne Salazar Ortiz y Gabriela Sereno Velázquez
Hospital Green Care, Unidad Torreón, Coahuila.

ANTECEDENTES: La infertilidad es un problema que se presenta en todos los países del mundo, siendo una condición que afecta entre 2 y 25% de las parejas en edad reproductiva. A partir del nacimiento de Louise Brown en 1978 y a pesar de que no se contaba con gran información sobre las técnicas de reproducción asistida (TRA) y los posibles efectos adversos tanto maternos como fetales, la fertilización in vitro se convirtió en el método más eficaz para el tratamiento de la infertilidad.
OBJETIVO: Conocer los valores antropométricos y condición al nacimiento entre dos grupos, un grupo nacidos por fertilización natural y otro grupo por fertilización in vitro.
MATERIALES Y MÉTODOS: Se realizó un estudio retrospectivo observacional, donde se incluyeron al total de recién nacidos vivos concebidos por FIV, nacidos en el período comprendido entre el 2015 y 2018, en el Hospital Green Care ubicado en Torreón Coahuila. El universo estuvo constituido por 30 neonatos. Se analizaron las variables antropométricas: Peso, Talla y Edad Gestacional, al igual que la condición al nacimiento "APGAR", que fueron obtenidas de los expedientes clínicos de las madres y los recién nacidos. Para el análisis de los datos se utilizaron medidas descriptivas de resumen: de tendencia central (media, valor mínimo y máximo), de dispersión absoluta (desviación estándar) además de tasas, frecuencias absolutas y relativas. Se compararon las variables antropométricas junto con el APGAR en neonatos concebidos por fertilización natural con los nacidos por fertilización in vitro, para el análisis estadístico se utilizó el paquete estadístico SPSS Statistics mediante la prueba t de Student usando un nivel de significación estadística del 95 % para una $p< 0,05$.
RESULTADOS: 1. Los nacidos por FIV nacen con más frecuencia prematuros que los nacidos por forma natural. 2. Los nacidos por FIV son de talla más pequeña comparados con los prematuros de la misma edad gestacional de la población general. 3. Los nacidos por FIV requieren de maniobras avanzadas de la reanimación al momento de nacer en comparación con los nacidos de forma natural.
CONCLUSIÓN: Los nacidos por FIV nacen más prematuros, de talla más baja y requieren mayor apoyo en la transición del nacimiento, se requiere seguimiento a largo plazo de los niños de FIV necesario para aportar luz a las incertezas sobre aspectos como determinar los resultados del neurodesarrollo a los 18 meses y a los 5 años. Los estudios existentes hasta ahora aportan datos tranquilizadores, pero no parecen suficientes. La complejidad y las dificultades que supone realizar controles periódicos a cohortes de niños en su mayoría sanos complican el diseño de estudios de seguimiento.

TRABAJO EN CARTEL.
Mampara 94

Síndrome de Bart asociado a epidermolisis ampollosa juntural tipo Herlitz, atresia pilórica presentación de un caso

María Ayumi Ito Nakashimada y David Samuel Flores Macías
Hospital Star Medica

ANTECEDENTES: Las pacientes embarazadas cuyos productos tienen cromosomopatías debe ser atendida por equipo multidisciplinario. Presentamos el caso de Síndrome de Bart asociado a epidermólisis ampollosa tipo Herlitz con atresia pilórica.
OBJETIVO: Presentación de caso y revisión de literatura.
MATERIALES Y MÉTODOS: Paciente de 23 años. G3 C2 C1 femenino finada a los 6 meses de vida por cardiopatía no especifi-

cada y neumonía. C2 masculino prematuro finado a los 11 días de vida por "piel de mariposa" y obstrucción intestinal. Embarazo actual acude con múltiples médicos para control prenatal por lo que regresa a la semana 29, y sospecha de atresia pilórica por distensión de cámara gástrica y con polihidramnios (ILA 28) A la semana 34, ruptura prematura de membranas y nacimiento por cesárea, femenino 2400 gr, talla 46 cm, Apgar 7/8, ampollas en cara ausencia de piel en cuello, cara anterior de brazos y piernas y ausencia de uñas se confirmó atresia pilórica, sin embargo falleció a los 7 días por sepsis neonatal.

RESULTADOS: Bart en 1966 describe la ausencia congénita de piel, ampollas generalizadas y alteraciones ungueales. La epidermólisis ampollosa (descrito por Koebner en 1886) es genodermatosis que causan fragilidad de la piel y ampollas fácilmente, conocidos como "niños mariposa" o "niños cristal". Puede ser distrófica(25%), simple(70%), juntural (5 %) . Es autosómica recesiva, frecuencia es de 20 casos por millón de habitantes. Tiene mutaciones que afectan a uno de los 3 genes que codifican la proteína laminina 5, por lo que los hemidesmosomas de la membrana basal serían defectuosos o estarían ausentes. Aparecen, desde el nacimiento, ampollas y erosiones generalizadas con afectación de piel, mucosas, laringe, tracto digestivo y vías urinarias. La forma de Herlitz con atresia pilórica es una forma grave y letal tienen un pronóstico muy malo.

CONCLUSIÓN: El síndrome de Bart asociado a epidermólisis bullosa juntural y atresia pilórica es muy raro, de característica autosómico recesivo. En condiciones ideales, se requiere de manejo multidisciplinario: diagnóstico y control prenatal, pediatría, dermatología, cirugía pediátrica, psicología, consejería genética

TRABAJO EN CARTEL. Mampara 95

Cáncer de endometrio y fertilización in vitro presentación de caso

Doctor Axdruval Ávila Elizalde, Selene Rivera Narváez, Leslie Vanessa Herrera Sifuentes y Raúl Luis Mejía Gallegos
Hospital Green Care, Unidad Torreón, Coahuila.

ANTECEDENTES: El cáncer de endometrio es una neoplasia glandular maligna que se origina en el endometrio, generalmente parece estar relacionado con una estimulación estrogénica crónica del endometrio no contrabalanceada por una fuente de estrógenos endógenos o exógenos. Es la segunda neoplasia ginecológica más frecuente a nivel mundial. Se incidencia es casi seis veces mayor en países desarrollados que en los no desarrollados, el pronóstico en etapas tempranas es favorable con tasas de supervivencia de 80%, las pacientes con enfermedades de alto riesgo y etapas avanzadas tienen una supervivencia del 50%. El tipo I es el que se presenta más frecuentemente, en edad de 55 a 65 años. 90% de estos tumores son de tipo endometrioide y están asociados a un mejor pronóstico

OBJETIVO: Investigar tratamiento para la conservación de la fertilidad en las pacientes que cursan con cáncer de endometrio tipo 1, en caso de no poderse conservar la fertilidad ver opciones que se les pueden ofrecer a estas pacientes para que logren su objetivo de ser madres.

MATERIALES Y MÉTODOS: Caso clínico basado en una paciente con cáncer endometrial tipo 1 grado 2 con deseos de embarazo

RESULTADOS: Aspiración de óvulos para realizar fertilización in vitro e implantar el embrión en útero subrogado.

CONCLUSIÓN: Para que las pacientes con cáncer de endometrio sean susceptibles de tratamiento preservador de la fertilidad deben ser menores de 40 años de edad con deseo de lograr un embarazo, con diagnóstico de carcinoma de tipo endometrioide bien diferenciado en estadio clínico IA, con posibilidad de apego al tratamiento y seguimiento estricto. En caso de no poderse conservar la fertilidad, se les ofrece la opción de aspiración de óvulos y utilizar un útero subrogado para implantación del embrión.

TRABAJO EN CARTEL. Mampara 96

Estrés oxidativo en mujeres con preeclampsia de inicio temprano vs tardío

Enrique Reyes Muñoz, Ursula Torres Herrera, María Valeria García Cerda, Nayeli Elizabeth Martínez Huerta y Alma Victoria Villarreal Barranca
Instituto Nacional de Perinatología, Ciudad de México.

ANTECEDENTES: Diferentes estudios sugieren que la preeclampsia de inicio temprano y de inicio tardío pueden tener diferentes mecanismos fisiopatológicos. Pocos estudios han evaluado marcadores estrés oxidativo en mujeres con preeclampsia de inicio temprano versus preeclampsia de inicio tardío.

OBJETIVO: Comparar la concentración de marcadores de estrés oxidativo, en mujeres con preeclampsia de inicio temprano, inicio tardío y mujeres sin preeclampsia.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio de casos y controles. Se incluyeron mujeres con embarazo

único. Grupo 1 preeclampsia temprana, grupo 2 preeclampsia tardía y grupo 3 sin preeclampsia. Se excluyeron mujeres con enfermedades crónicas subyacentes. Se compararon los siguientes marcadores de estrés oxidativo: nitritos y nitratos séricos, productos de oxidación avanzada de proteínas y capacidad antioxidante total; adicionalmente, en los eritrocitos los sulfihidrilos y la actividad de la enzima AMP desaminasa.

RESULTADOS: Grupo 1 n=16, grupo 2 n= 45 y grupo 3 n= 40. No hubo diferencias en edad materna, IMC y número de gestaciones previas. Los niveles de arginasa fueron significativamente mayores en el grupo 1 versus 2 y 3, ($p<0.05$). La capacidad antioxidante total fue significativamente mayor en el grupo 3 versus 1 y 2, ($p<0.05$). Los niveles de sulfihidrilos totales fueron significativamente mayores en el grupo 3 versus 1 y 2, ($p<0.01$). La concentración de malondialdehido fue mayor en el grupo 1 versus el 3, ($p<0.001$).

CONCLUSIÓN: El estrés oxidativo es mayor en mujeres con preeclampsia temprana versus mujeres con preeclampsia tardía y/o mujeres sin preeclampsia. Los suplementos con antioxidantes podrían ser de utilidad para prevenir preeclampsia de inicio temprano.

TRABAJO EN CARTEL.
Mampara 97

Histoplasmosis diseminada con expresión clinica vulvar

Estanislao Martínez Coronel, Lilia Hernández Nava, Arcelia Juárez Espinoza, José Padilla Cuevas y Evamaria Tolento Martínez
Hospital Regional Morelia, ISSSTE, Michoacán.

ANTECEDENTES: La Histoplasma Capsulatum, es una rara etiología de patología vulvar, cuando se presenta puede haber inmunocompromiso, por lo que estamos obligados a evaluar el estado inmunológico de los pacientes, un caso reportado por Shine MM la enfermedad se presento como una lesión ulcerativa lo que llevo a pensar en Carcinoma Vulvar. Otros casos reportados se ha encontrado lesiones tanto en cavidad oral como mucosa genital.

OBJETIVO: El objetivo del presente estudio es reportar un caso de Histoplasmosis diseminada con expresión clínica primaria en zona genital, un cuadro poco frecuente y casi inusual

MATERIALES Y MÉTODOS: Investigación clínica básica, estudio descriptivo y prospectivo. Descripción de un caso clínico con sus aspectos fundamentales en el abordaje y hallazgos tanto clínicos como histopatológicos y revisión de la literatura

RESULTADOS: El diagnóstico final de la paciente de 46 años sin factores de riesgo para Histoplamosis fue Osteomielitis isquiopúbica izquierda y de Humero izquierdos, Histoplasmosis diseminada. Para integrar el diagnóstico fue un proceso de mas de 5 meses desde el primer contacto institucional con la paciente, con recurrencia del cuadro clínico. La dificultad diagnóstica entre muchos factores es que la paciente no se encuentra en zona endémica de histoplasmosis, por lo tanto no se emplearon estudios serológicos que pueden dar resultados superiores al 90%. Las pruebas cutáneas tampoco fueron sugeridas para el caso y que presentan resultados variables. El cuadro clínico se expresó como un absceso vulvar por lo tanto se piensa en primer termino en infección bacteriana. El diagnostico por anatomo patología fue determinante, por la agudeza del profesionista, ya que logro solo a la revisión de laminillas. Una vez con el diagnostico definitivo la paciente recibió manejo especifico. En seguimiento actual.

CONCLUSIÓN: La Histoplasmosis Diseminada fue descrita por primera vez en 1905 por Darling en Estados Unidos. La población de riesgo para desarrollar la enfermedad son personas con inmunocompromiso, entre ellos, pacientes VIH positivos, enfermedad neoplásica linfoproliferativa y en pacientes manejados con corticoides. Hay múltiples casos presentados en la literatura de pacientes inmunocompetentes con histoplasmosis. El curso de la enfermedad es inespecífico lo que puede retardar el diagnóstico. En el presente caso el manejo especifico fue implementado posterior al legrado óseo ya que el diagnostico fue histopatológico, los cultivos tomados fueron negativos a Histoplasma. No se realizaron estudios serológicos por no pensarse en esta entidad. Las muestras de tejido, se tomo biopsia de piel y tejidos de la zona vulvar, resultaron negativas a Histoplasma, ya que de acuerdo a los reportes de la literatura en gran porcentaje se reportan negativos sobre todo en fases avanzadas de la enfermedad. A 4 años del seguimiento, no hay expresión clínica de la patología..

TRABAJO EN CARTEL.
Mampara 98

¿Son los dispositivos intrauterinos postparto realmente efectivos en la prevención de la reincidencia del embarazo adolescente? Un estudio retrospectivo

Claudia Eugenia Hernández Escobar, Andrea Jiménez Peña, Cynthia Ruiz Carranza, Ivette De Alba Márquez y Efraín Campos Barba
Hospital Metropolitano Dr. Bernardo Sepúlveda, Nuevo León.

ANTECEDENTES: El embarazo adolescente es un problema social,

económico y de salud en México; representa el 18.1% de los embarazos (1). El dispositivo intrauterino (DIU) es un método anticonceptivo de acción prolongada seguro y efectivo, su bajo costo y su perfil de seguridad lo hacen una de las mejores opciones en países en desarrollo como México (2).

OBJETIVO: El objetivo de este estudio es examinar el período intergenésico en las adolescentes y evaluar si es más prolongado en pacientes a quienes se les colocó el DIU postparto en comparación con las que no les fue colocado.

MATERIALES Y MÉTODOS: Se realizó un estudio de retrospectivo dentro de las instalaciones del "Hospital Metropolitano Dr. Bernardo Sepúlveda" (San Nicolás de los Garza, Nuevo León) con 268 pacientes adolescentes multíparas, que acudieron al servicio de obstetricia entre enero y diciembre 2016. Todas habían presentado un evento obstétrico anterior en ese mismo hospital. De las pacientes incluidas en este estudio, 33% (89) fueron dadas de alta sin un DIU, mientras que al 67% (179) restante sí les colocó. Se utilizó un análisis de regresión multivariable para comparar las medias de los periodos intergenésicos de ambos grupos ajustando la edad, año de admisión, lugar de residencia, número de antecedentes obstétricos, estado civil y derechohabiencia al servicio público de salud (Seguro Popular). Se utilizó un análisis de regresión multivariable para identificar posibles factores de confusión entre la inserción del DIU y la duración del periodo intergenésico. La información fue recabada de los expedientes del hospital y analizada con STATA 14.

RESULTADOS: Para toda nuestra muestra la media del periodo intergenésico fue de 670 días, no encontramos una significancia estadística en el periodo intergenésico de las adolescentes a quienes se les colocó el DIU postparto y aquellas a quienes se les dio de alta sin el dispositivo (95% ci -29.06 -131.4, p=0.21,). Adicionalmente en el análisis de regresión multivariable, ajustado para potenciales factores de confusión como la edad, el estado civil y el lugar de residencia, no se encontró ninguna relación estadística entre el intervalo intergenésico y la aplicación del DIU postparto. Un hallazgo interesante fue que el peso del recién nacido después de ajustar el sexo y la edad materna, aumenta en promedio 0.3 gramos (95% ci 0.07-0.54, p=0.01) por cada día de diferencia entre los intervalos intergenésicos de ambos grupos.

CONCLUSIÓN: Este estudio demostró que en la aplicación de DIU postparto en esta muestra del "Hospital Metropolitano Dr. Bernardo Sepúlveda" no hubo diferencia en el periodo intergenésico entre las adolescentes que se les colocó el DIU y las que no lo recibieron. Los motivos para el retiro del DIU por las pacientes pudieran deberse a distintos factores como: 1. Algunas adolescentes si desean otro embarazo: en México, 28% de los embarazos adolescentes son planeados, mientras que en el estado de Nuevo León esta cifra es de hasta un 42.5% (2). Por lo tanto, habría que plantear estrategias a largo plazo para incidir en las causas del porqué las adolescentes desean embarazarse. 2. En ocasiones las adolescentes tienen conceptos erróneos sobre el funcionamiento del DIU y no están familiarizadas con los efectos adversos relacionados con el dispositivo como sangrado uterino anormal o dolor pélvico (3). Al no esperar estos efectos o saber atenderlos, pueden recurrir a retirar el DIU. Es por ello que es importante educar a las pacientes sobre el funcionamiento y cuidados tras su inserción. 3. La falta de cumplimiento con el seguimiento posparto en las adolescentes es común, por lo que la existencia de problemas técnicos relacionados con el dispositivo puede presentarse en ciertos ocasiones. El reforzar la atención y seguimiento en primer nivel puede mejorar en estos casos el apego a los métodos anticonceptivos en las adolescentes (4). El dar continuidad a intervenciones que favorezcan a los métodos anticonceptivos es parte de procesos a mediano y largo plazo que deben ayudar a disminuir la recurrencia del embarazo en adolescentes.

TRABAJO EN CARTEL.
Mampara 99

Proyecto de prevención de embarazo en adolescentes en Nuevo León: resultados de grupo focal en pacientes embarazadas adolescentes del Hospital Regional de Alta

Roberto De Jesús Infante Salinas, Yarahs Salvador Flores Hernández, Luis Fernando González Venegas y David Mijey Esquivel Izaguirre
UMAE 23, Hospital de Ginecología y Obstetricia Dr. Ignacio Morones Prieto, Monterrey, Nuevo León.

ANTECEDENTES: La función uretral puede ser aún más importante para influir en la función vesical que viceversa, si se tiene en cuenta el concepto del reflejo guardián. La inestabilidad uretral (IRU) es aún en la actualidad tema controvertido y persiste el debate sobre la importancia y la relevancia clínica y por lo tanto ignorada por la mayoría de los autores. La International Continence Society (ICS) no ha logrado definir el término "inestabilidad uretral", aunque ha intentado hacerlo en el pasado como "Una condición en la cual hay una caída involuntaria en la presión uretral durante el llenado, lo que resulta en fuga urinaria, en ausencia de

actividad del detrusor (1981) ". La incidencia en población femenina va desde 10 hasta 41% de acuerdo a las diversas definiciones.

OBJETIVO: Conocer la relevancia clínica de la inestabilidad uretral en pacientes con incontinencia urinaria de esfuerzo recurrente posterior a una colocación de cinta antiincontinencia mediouretral.

MATERIALES Y MÉTODOS: Caso Clínico. Femenina de 43 años de edad gesta 3 partos 3, sin enfermedades de importancia, antecedente de colpoplastia posterior y colocación de cinta medio uretral vía transobturador en 2015. Acude al servicio de Urología ginecológica por referir hace 1 año reinicia con incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) moderada con un índice de Sandvik de 4; así como incontinencia urinaria de urgencia en 4 de 8 micciones; comenta además incontinencia urinaria insensible así como enuresis nocturna. Frecuencia urinaria diurna de 8, Nocturia 3, niega síntomas de vaciado, no disfunción anal ni sexual. A la exploración física genitales sin alteraciones, mucosa vaginal con adecuado trofismo, reflejos pudendos conservados, fuerza de piso pélvico 4 de 5 de acuerdo a escala de Oxford, prueba de la tos negativa con vejiga vacía, no dolor a la palpación de uretra media ni agujeros obturadores, no extrusión ni exposición de cinta medio uretral. No prolapso de órganos pélvicos. Se realiza estudió urodinámico con reporte de flujometría normal flujo máximo (Qmax) de 15ml/s , perfilometría con Presión máxima de cierre uretral de 50 cmH2O, longitud anatómica de 23 mm, funcional de 13mm, sin pérdida durante estudio dinámico. Cistometría de llenado con presencia de sensaciones vesicales normales, puntos de pérdida en Valsalva negativos en 200 cc con presiones de 52 -140 cmH2O, presencia de inestabilidad uretral (Figura 1) con descenso en la presión uretral de hasta 25cmH2O con síntomas de urgencia y contracción involuntaria del detrusor posterior a relajación uretral (Figura 2). Estudio de flujo – presión con presiones del detrusor PdetQmax 29 cmH2O, Qmax 13ml/s, adecuada relajación de piso pélvico y efectividad de vaciamiento del 100%. Se inicia manejo con terapia conductual y neuromodulación de nervio tibial posterior frecuencia 10Hz amplitud 200 microsegundos, por 12 sesiones de 30 minutos de duración , con una mejoría del 80% en los episodios de incontinencia urinaria de esfuerzo y urgencia alcanzada en la sesión número 10.

RESULTADOS: La inestabilidad uretral (URI pos sus siglas en inglés) es una patología que no se debe despreciar, el que exista aún controversia en su definición eso no excluye su existencia y como uroginecólogos saber su detección en un estudio urodinámico y las opciones de tratamiento viables es esencial para el adecuado manejo de nuestras pacientes. Desde 1981 que se definió por la ICS se han realizado múltiples estudios que intentan establecer un punto de corte para definir una relajación uretral, se han establecido variaciones de 10 hasta 30cmH2O de corta duración (1-5s) (1). Venema y Kramer en 1984 estudiaron 71 pacientes mujeres con quejas de urgencia, IUE o incontinencia mixta. La inestabilidad uretral fue vista en 66%. Se informó que un detrusor hiperactivo se produjo en el 24% de todos los pacientes y que Es una afección común en pacientes masculinos y femeninos con enuresis. URI y DO combinados se observaron en 35%, URI aislado en 45% y DO aislado en 10% de estos pacientes (4). Wise et al. no informaron diferencias entre los pacientes con o sin URI en términos de prevalencia o gravedad de urgencia / frecuencia, nocturia o incontinencia de urgencia. La combinación de URI y DO fue significativamente más común en mujeres que presentaban incontinencia de esfuerzo. Se ha descrito que la inestabilidad uretral es debida al incremento de la actividad parasimpática y con la neuromodulación sacra se logra disminuir dicha alteración y lograr una mejoría clínica. Sin embargo aún es un fenómeno que no se logra definir en el presente, que se le ha puesto mayoritariamente atención a la actividad del detrusor, siendo que la función uretral por su estructura es esencial para la activación o inhibición de la micción.

CONCLUSIÓN: Las inestabilidad uretral es una alteración que existe y debe ser valorada como causa de incontinencia urinaria esencialmente en paciente que refieren una IUE persistente o recurrente así como en aquellas con enuresis nocturna e incontinencia de urgencia. Hacer un estudio urodinámico nos ayudará a valorar la función uretral vesical y determinar las mejores líneas de manejo. Aún falta mucho por comprender y estudiar sobre esta patología, son necesarios estudios actuales con los nuevos equipos urodinámicos y catéteres para poder redefinir la inestabilidad uretral y estandarizar su medición, utilidad clínica y tratamientos óptimos.

TRABAJO EN CARTEL.
Mampara 100

Coriocarcinoma posterior a un embarazo normal: reporte de caso

René Rodríguez Guajardo, Alina Victoria Hernández De la Cruz, Marco David Del Cueto Aguilera, Ricardo Ibarra Patiño y Donato Saldívar Rodríguez

Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, Monterrey, Nuevo León.

ANTECEDENTES: El Coriocarcinoma (CC) es un tumor maligno infrecuente derivado del trofoblasto, productor de gonadotropina coriónica humana (B-HCG), que se incluye dentro de las Neoplasias Trofoblásticas Gestacionales (NTG).
OBJETIVO: Se reporta el caso de una paciente en la que se diagnosticó un Coriocarcinoma cinco meses después de una cesárea normal.
MATERIALES Y MÉTODOS: Mujer de 19 años, G2C2, antecedente de madre con embarazo molar, acude por sangrado transvaginal desde hace cinco meses posterior a última cesárea, acompañado de síndrome anémico. Hb 4.88 gr/dL, PIE sérico positivo, US pélvico Útero 17.3 cm con masa central ecogénica con aumento de flujo Doppler. B-HCG 24,438.73 mUI/mL RMN: Mola invasora de 15.9 cm.
RESULTADOS: Se realizó Histerectomía Abdominal y salpingectomía bilateral encontrando útero de 17 cm con datos de invasión local. La paciente cursó con adecuada evolución y se egresó al 2do día con B-HCG 8864.78 mUI/mL. B-HCG (9no día) 2,078.6 mUI/mL; patología reportó Coriocarcinoma estadio FIGO 2 por lo que se refirió al servicio de Oncología Médica para iniciar Quimioterapia.
CONCLUSIÓN: El CC se considera una neoplasia "curable", pero sino recibe tratamiento a tiempo es mortal por lo que es fundamental el diagnóstico oportuno ya que tiene una alta agresividad.

TRABAJO EN CARTEL.
Mampara 101

Infección fetal por citomegalovirus durante el segundo trimestre de embarazo: Reporte de caso.

María de la Luz Bermúdez Rojas, Esaúl Hernández Arvizu, Elma Díaz Aguiar, Alina Lira Díaz y Raúl Carrillo Ortiz

Centro de Diagnóstico Fetal Integral.

ANTECEDENTES: La infección por citomegalovirus (CMV) es la infección perinatal más común en el mundo, con un porcentaje de infección fetal en 0.2-2.2% en los neonatos. Se estima que la tasa de seroconversión durante el embarazo es de 1-4%, con un 40% de infección congénita. El CMV puede afectar a los fetos en cualquier edad gestacional, siendo la infección en las primeras semanas del embarazo más grave. Los hallazgos ultrasonográficos de fetopatía infecciosa son: calcificaciones abdominales y hepáticas, hepato-esplenomegalia, ascitis, ventriculomegalia cerebral, calcificaciones intracraneales, microcefalia, alteraciones cardíacas, hidropesía fetal y restricción del crecimiento intrauterino.
OBJETIVO: Evidenciar la evolución clínica y la remisión ante el tratamiento antiviral con valaciclovir en un feto portador de fetopatía infecciosa por CMV.
MATERIALES Y MÉTODOS: Mujer de 20 años, primigesta, con antecedente de trastorno bipolar, tratado con fluoxetina 20 mg/día. Se realiza ultrasonido del 2º trimestre, con un control previo del embarazo normal. Este estudio indicó la presencia de un feto único, vivo, de 20.6 semanas de gestación, con asimetría ventricular, inflamación de los plexos coroideos e hiperecogenicidad de asas intestinales, el resto se reportó normal. A las 21.2 semanas de gestación, apoyado con los servicios de ecocardiografía y neurosonografía, se detectaron: Dos comunicaciones interventriculares (CIV) peri-membranosa y apical de 1.6 y 1.9 mm, respectivamente; disgenesia del vermis cerebeloso, así como ventriculomegalia leve izquierda asimétrica. Debido a estos hallazgos, se sugirió la realización de perfil de TORCH, y amniocentesis para la prueba de cariotipo, microarreglos y PCR para CMV. Los resultados fueron: Cariotipo de feto femenino XX; microarreglos variante normal arr(1-22,X)x2. Se detectó CMV por PCR. Se administró tratamiento con valaciclovir dosis de 1 gramo cada 4 horas, iniciándose a la semana 22 de la gestación, hasta la resolución del embarazo, con monitorización laboratorial continua de la función hepática.
RESULTADOS: A las 29.5 semanas de gestación se realizó un nuevo ultrasonido. Se detectó la resolución espontánea de la CIV apical, la presencia de un derrame pericárdico anterior leve, así como un peso fetal situado en el percentil 11. La paciente presentó un cuadro de obstrucción renal derecha, y amenaza de parto pretérmino, situación por la que es hospitalizada desde este momento; colocándose un catéter JJ, y manejo con uteroinhibidores, inductores de madurez pulmonar fetal hasta la semana 34, en que reanuda contractilidad importante. Se realiza prueba Quantus, con resultados de bajo riesgo para hipoplasia pulmonar, resolviéndose el embarazo por vía abdominal, obteniendo un neonato vivo, femenino, de 1850 gramos, APGAR 8/9, permaneciendo cuatro días en incubadora. Egresándose sin complicaciones, con un Capurro de 34.4 semanas. El control postnatal se ha llevado con valoración por cardiología, constatando la resolución espontánea de la CIV residual, con un neurodesarrollo acorde, bajo terapia de neurohabilitación, un tamiz auditivo y visual normales.
CONCLUSIÓN: La frecuencia de la infección por CMV en nuestro medio, al igual que en otros países, es desconocida y de difícil sospecha, ocasionalmente como diagnóstico de exclusión en la etapa fetal. Sin embargo debe ser considerada,

al no existir medidas de vacunación específicas, como etiología frecuente en muchos de los casos compatibles por tamizaje o hallazgos ultrasonográficos de sospecha. El paciente debe ser asesorado en la posibilidad de detección a través de procedimientos invasivos, a expensas del estudio considerado estándar de oro (PCR en líquido amniótico); después de la semana 21 de gestación, por su sensibilidad (92-98%), especificidad (90-98%) y valor predictivo positivo de prácticamente el 100%. Aunque se han planteado distintos tipos de terapéutica, en base a la efectividad y a disminuir los efectos indeseables maternos, las series de casos reportados en la literatura no han incluido una cantidad adecuada de pacientes; por lo que en el presente caso se empleó valaciclovir a dosis propuestas, ya que ha demostrado ser clínicamente eficiente para prevenir secuelas en la infección por CMV, garantizando un nivel de seguridad fetal y materno, en comparación con pacientes no tratados y con el empleo de otros fármacos retrovirales.

TRABAJO EN CARTEL.
Mampara 102

Embarazo ectópico bilateral roto en gestación espontánea: reporte de un caso y revisión de la literatura

Roberto De Jesús Infante Salinas, Héctor René Zamora Andrade, Sergio Palmeros Morales y Marisela Gaxiola Villa
UMAE 23, Hospital de Ginecología y Obstetricia Dr. Ignacio Morones Prieto, Monterrey, Nuevo León.

ANTECEDENTES: El embarazo ectópico se presenta del 1.2 al 2% de todos los embarazos. Constituye la primera causa de muerte materna en el primer trimestre. Los factores predisponentes para su presentación incluyen la inicio de vida sexual temprana, edad materna avanzada, múltiples parejas sexuales, infecciones pélvicas crónicas, antecedentes de infertilidad, tratamientos de reproducción asistida , embarazos ectópicos previos y cirugías pélvicas previas. La presentación bilateral es la forma más rara de embarazo ectópico , con una incidencia 1:750-1850 con tratamientos de reproducción asistida, mientras que en un embarazo espontáneo su incidencia data de 1:200,000. La ruptura de ambas salpinges es una situación que muy pocas veces se encuentra en el embarazo ectópico bilateral. No existen estudios o datos bien definidos para sugerir el tratamiento estándar en el caso de embarazos ectópicos tubáricos bilaterales. Hasta el día de hoy se han reportado en la literatura actual aproximadamente 200 casos de embarazo ectópico bilateral, de los cuales gran parte de estos se han debido a técnicas de reproducción asistida, con muy pocos reportes en embarazos espontáneos, se ha observado un aumento en la incidencia de estos casos en las últimas 3 décadas debido a los cambios de los hábitos sexuales y tratamientos de reproducción asistida, no obstante la mayoría se han diagnosticado intraoperatoriamente.
OBJETIVO: Dar a conocer y describir un caso excepcionalmente raro, presentado en nuestra unidad médica, con pocos reportes en la literatura médica.
MATERIALES Y MÉTODOS: reporte de caso.
RESULTADOS: Se realizó laparotomia exploratoria encontrando hemoperitoneo y embarazo ectópico bilateral roto por lo cual se realizó salpingectomía bilateral, sin complicaciones. Posteriormente evolucionó favorablemente.
CONCLUSIÓN: En las últimas 3 décadas ha aumentado la incidencia del embarazo ectópico incluso en su forma menos frecuente, que es el Embarazo Ectópico Bilateral, este caso al igual que la mayoría que se han descrito en la literatura, se diagnosticó de forma intraoperatoria. El diagnóstico continúa siendo un gran reto, siendo éste de suma importancia de forma oportuna para disminuir la morbimortalidad teniendo en cuenta que el embarazo ectópico es la primera causa de muerte materna en el primer trimestre. En este caso se realt que: se trata de una paciente joven, sin factores de riesgo clásicos, y presentarse como embarazo espontáneo y con ambas salpinges rotas al momento del diagnóstico lo cual es extremadamente raro. Aún no existe un manejo estandarizado para el embarazo ectópico bilateral, en parte debido a la escasa información en la literatura médica.

TRABAJO EN CARTEL.
Mampara 103

Utilidad de la vacunación contra VPH en relación con los serotipos mas prevalentes en un periodo de 10 años

José Tirán Saucedo, Humberto Garza Ponce, Yvette León Camacho, Alfonso Godínez Burgos y Andrea Monserrat Guillen Graf
Instituto Mexicano de Infectología, Ginecología y Obstetricia, Monterrey, Nuevo León.

ANTECEDENTES: El cáncer cervicouterino (CaCu) es la segunda causa de muerte en todo el mundo y sigue siendo la principal causa de muerte por cáncer en México. El virus del papiloma humano (VPH) es la causa principal de este tipo de cáncer. La prevalencia de la infección cervical por VPH varía en todo el mundo. La información sobre la prevalencia y genotipos del VPH en México todavía es limitada. La detección y genotipificación del

VPH es una herramienta esencial para el cribado, diagnóstico y tratamiento del CaCu relacionado con el VPH y sus lesiones precursoras. El propósito del estudio es evaluar la utilidad de la vacunación contra VPH en nuestra población y la toma de decisiones entre la aplicación de los tipos de vacunas disponibles

OBJETIVO: Identificar los serotipos de VPH más prevalentes durante los últimos 10 años en nuestra población. Determinar la prevalencia de serotipos de alto riesgo (HR), probable alto riesgo (PHR) y bajo riesgo (LR), y la presencia de coinfecciones. Correlacionar la posible protección con el uso de las distintas vacunas

MATERIALES Y MÉTODOS: El estudio se realizó en el Instituto Mexicano de Infectología, Ginecología y Obstetricia en Monterrey, México, con la base de datos de nuestros pacientes del año 2008 al 2018. Los kits utilizados para la tipificación fueron Innolippa HPV Genotyping Extra I y II, Linear Array HPV Genotyping Test, Seeplex HPV 18 ASE DPO y Abbot Real Time procesados en la Unidad de Diagnóstico Molecular del Hospital Universitario UANL. Los criterios de inclusión fueron: mujeres y hombres con antecedentes de actividad sexual con riesgo de infección por VPH, pacientes con infección positiva por VPH y pacientes que solicitaron una prueba de VPH.

RESULTADOS: Se incluyeron 816 muestras: 524 positivos y 292 negativos para infección por VPH. En las muestras positivas, se aislaron un total de 957 serotipos. Los serotipos de HR más prevalentes fueron VPH-16 (8.78%), VPH-51 (8.67%), VPH-52 (7.84%), VPH-33 (7.75%), VPH-31 (5.54%). El serotipo LR más prevalente fue VPH-6 (6.79%). En general, el 56.2% son serotipos HR, el 11.7% de PHR, el 28.5% LR y sólo el 3.55% no pudo ser tipificado. Se encontró que el 56% tenía infecciones únicas y el 44% infecciones múltiples, incluso una paciente presentó una coinfección con 8 serotipos diferentes. Se determinó la cobertura de los distintos tipos de vacuna de acuerdo con los serotipos encontrados (Gráfica 1).

CONCLUSIÓN: Existe una alta prevalencia de VPH en nuestra población (64%), con más del 56% son serotipos de alto riesgo y hasta el 44% con infecciones múltiples. Encontramos que de los primeros 6 serotipos más prevalentes, 5 son de alto riesgo y 1 de bajo riesgo, y de esos 5 están incluidos en la vacuna HPV9, lo que confirma un mayor beneficio estratégico sobre las otras vacunas disponibles para reducir el riesgo de cáncer causado por HPV en nuestro país.

TRABAJO EN CARTEL.
Mampara 104

Prevalencia de sensibilidad y resistencia a antifúngicos en cultivos vaginales positivos a Candida

José Tirán Saucedo, Humberto Garza Ponce, Alfonso Godínez Burgos e Yvette León Camacho
Instituto Mexicano de Infectología, Ginecología y Obstetricia, Monterrey, Nuevo León.

ANTECEDENTES: La candidiasis vaginal es una infección común atribuida al sobrecrecimiento de Candida spp. y se estima que hasta un 80% de las mujeres presentan un episodio antes de los 25 años y un 80-95% de las veces es debido a especie albicans. Desde 1990 se ha observado un aumento en la prevalencia de especies de candida farmacorresistentes debido a la venta libre de anti fúngicos lo cual además ha llevado a cambios en cuanto a colonización por otras especies de candida con mayor resistencia como C.krusei o C.glabrata

OBJETIVO: Identificación de especies de candida aisladas mediante cultivos vaginales y determinar su sensibilidad y resistencia a antifúngicos.

MATERIALES Y MÉTODOS: La investigación se realizó en el Instituto Mexicano de Infectología Ginecología y Obstetricia (IMIGO), el cultivo, identificación y susceptibilidad microbiana se realizó mediante el uso de tarjetas de identificación con el sistema VITEK®2 AST-YST y se catalogaron como sensible, intermedio o resistente al uso de Flucitosina, Fluconazol, Voriconazol, Anfotericina, Caspofungina y Micafungina.

RESULTADOS: Los microorganismos aislados se encontraron con la siguiente frecuencia: C.albicans 68%, C.glabrata 19% y finalmente C.krusei, C.Tropicalis y C.Parapsilosis 1%. C.albicans se clasificó un 15% como resistente y 9% intermedio resistente con la aplicación de Fluconazol, además 6% resistente y 12% intermedio resistente a Voriconazol. C.glabrata se clasificó como 42% intermedio resistente a Fluconazol, 5% intermedio resistente a Voriconazol, Anfotericina B y Micafungina.

CONCLUSIÓN: Se encuentra un incremente importante en cuanto al diagnóstico de C.glabrata en comparación con lo reportado en la literatura donde la predominancia por especie C.albicans era 80-95%. Además se encontró mayor resistencia en las especies C.albicans y C.glabrata a anti fúngicos de la familia de los triazoles específicamente Fluconazol y Voriconazol.

TRABAJO EN CARTEL.
Mampara 105

Susceptibilidad antibiótica de microorganismos aislados en cultivos vaginales en Monterrey en un periodo de 4 años

José Tirán Saucedo, Ruth Rivera Reza y Humberto Garza Ponce
Christus Muguerza Hospital Conchita.

ANTECEDENTES: La vaginitis es un motivo de consulta muy común, llegando a generar hasta 6 millones de consultas por año. Estudios reportan que se indica tratamiento sin contar con una adecuada evaluación en un 54% de las ocasiones. El síntoma más frecuentemente reportado es leucorrea en un 64% y solo un 42% de los casos cuentan con confirmación por laboratorio. La falta de estudios confirmatorios puede llevar a diagnósticos incorrectos o el inicio de tratamiento inadecuado, por lo cual, es recomendable incorporarlos a un algoritmo diagnóstico bien definido. En México se ha reportado que un 45.5% de las pacientes tienen un resultado positivo, siendo la vaginosis bacteriana la patología más común, con un 20.4% El propósito de este trabajo es demostrar cuáles son los microorganismos que se aíslan con mayor frecuencia en los cultivos vaginales en Monterrey.
OBJETIVO: El objetivo principal de estudio fueron identificar la susceptibilidad antibiótica de los microorganismos más frecuentemente aislados en cultivos vaginales en la población de Monterrey, Nuevo León. Como objetivo secundario se tuvo el conocer cuáles son estos microorganismos y su incidencia.
MATERIALES Y MÉTODOS: Se trata de un estudio descriptivo, transversal, retrospectivo. Se trabajó con información obtenida de hospitales del grupo Christus Muguerza, se capturaron en una base de datos en Excel los resultados de cultivos vaginales y antibiograma con su respectiva sensibilidad y resistencia en un periodo de 4 años (2013 – 2017). Se tomaron en cuenta datos demográficos de las pacientes como la edad y la fecha de realización del estudio para seguir la continuidad en el tiempo. Se realizaron cultivos en distintos medios: agar sangre, sal y manitol, agar Biggy (Cándida), Mac Conkey (Gram negativos) y Thayer Martin. Posteriormente se procesaron en el laboratorio del Hospital Christus Muguerza Alta Especialidad durante 5 días.
RESULTADOS: 140 cultivos (9.5%) reportaron crecimiento de hongos, mientras que los cultivos que reportaron crecimiento bacteriano comprendieron un total de 1,333 (90.5%). Del total de cultivos positivos para bacteria, se reportaron 5 patógenos principales (Fig.1): 632 (47.4%) cultivos positivos para Escherichia coli, 169 (12.7%) cultivos positivos para Klebsiella pneumoniae, 180 (13.5%) cultivos positivos para Streptococcus agalactiae, 155 (11.6%) cultivos positivos para Enterococcus faecalis y 84 (6.3%) cultivos reportando Gardnerella vaginalis. El restante 8.5% correspondió a diversos microorganismos. Se analizó la sensibilidad de los principales patógenos a diversos antibióticos. El principal microorganismo aislado fue Escherichia coli, se observó una sensibilidad del 100% de los siguientes antibióticos: Ertapenem, Imipenem, Meropenem y Tigeciclina. El microorganismo que siguió en frecuencia fue Streptococcus agalactiae, con una sensibilidad de 100% a Ampicilina, Bencilpenicilina, Linezolid y Vancomicina. En cuanto a Klebsiella pneumoniae como tercer patógeno aislado, se reportó una sensibilidad del 100% a Amikacina, Ertapenem, Imipenem, Meropenem y Tigeciclina
CONCLUSIÓN: Las bacterias aisladas en nuestro estudio difieren de las reportadas en la literatura de Estados Unidos (clamidia y gonorrea). En estudios realizados en el centro del país se reporta crecimiento de E. coli en 13% a 17% de los cultivos, a diferencia de nuestra población, que reporta un porcentaje de 47%. Por otra parte, las infecciones por Gardnerella vaginalis y S. agalactiae ocupan los primeros lugares en nuestro estudio, al igual que en el centro del país. Es importante el hallazgo de un número significativo de infecciones por Klebsiella pneumoniae y Enterococcus faecalis en nuestro estudio, pues son reportados en menor cantidad en la literatura. Con este protocolo pudimos observar los microorganismos de mayor predominio en nuestra población concluyendo que difiere de lo reportado en la literatura. Siendo Monterrey una ciudad con gran concentración de habitantes es útil conocer la flora de la población y la sensibilidad antibiótica hacia la misma para poder ofrecer un tratamiento adecuado y disminuir la formación de resistencia bacteriana.

TRABAJO EN CARTEL.
Mampara 106

Fibroma vulvar de gran tamaño. Reporte de caso

Juan Pablo Ramírez Gálvez y Julio César Avilés Durán
Hospital General de Sahuayo, Michoacán.

ANTECEDENTES: Los fibromas son tumores benignos de tejido conectivo y pueden aparecer con mayor frecuencia en el cuello, región axilar, sub mamaria, párpados y con menor frecuencia en la vulva. También se le conocen como naevus molluscum, pólipo fibroepitelial o acrocordón. Estos pueden llegar a malignizar en una frecuencia de 1/9,000 a 1/23,000 casos. Aparecen con un pedículo que puede alcanzar grandes tamaños por la elongación del tejido conjuntivo. Los fibromas vulvares

se presentan predominantemente en labios menores, clítoris, vestíbulo o la comisura posterior.
OBJETIVO: Presentar caso clinico de fibroma vulvar de gran tamaño el cual es de presentación rara y demostrar los resultados post quirúrgicos.
MATERIALES Y MÉTODOS: Paciente de 32 años de edad, con antecedentes de gestas 2, para 2, incontinencia urinaria mixta, displasia de cadera y espondilitis anquilosante, resto sin relevancia para el padecimiento actual. Su padecimiento lo inicia hace 2 años con aparición de lesión de 1cm en región vulvar, dolorosa a la palpación con crecimiento acelerado en 6 meses y posteriormente la aparición de otra lesión en labio mayor izquierdo. Acude a valoración por masas vulvares múltiples de gran tamaño. A la exploración se encuentra masa pediculada de aproximadamente 20cm de longitud con diámetro mayor de 12cm, además de una prolongación de 3cm, la base del pedículo era dependiente del clítoris.
RESULTADOS: Se realiza resección de la masa tumoral exitosamente bajo anestesia regional y local manteniendo integridad del orificio uretral y con resultados estéticos favorables. El estudio histopatológico reporta fibromas pediculados de clítoris con peso de 120 gramos, sin elementos neoplásicos malignos.
CONCLUSIÓN: El fibroma vulvar es un tumor benigno raro que puede surgir del tejido conectivo del introito, labios mayores o cuerpo perineal pudiendo tener un crecimiento de grandes dimensiones. La excisión es el único tratamiento eficaz para su eliminación con resultados estéticos favorables.

TRABAJO EN CARTEL.
Mampara 107

Embarazo gemelar doble con presencia de síndrome de transfusión feto feto tratada con fotocoagulación

José Carlos Salazar Trujillo, Carlos Gerardo Salazar López Ortiz, Gonzalo de Jesús Siu Moguel, Erika Ruth Carrasco Blancas y Eduard Gratacós Solsona
Hospital Español de México, Ciudad de México.

ANTECEDENTES: La frecuencia de embarazos espontáneos monocoriales es baja 1:400 embarazos, incrementándose posterior a la introducción de técnicas de reproducción asistida de alta complejidad ya sea fertilización in vitro (FIV) ó inyección intracitoplasmática (ICSI)1. La presencia de una división embrionaria entre día 4-8 post fecundación da como resultado un embarazo monocorial biamniótico, en el cual se pueden observar comunicaciones vasculares placentarias anómalas dando como resultado el síndrome de transfusión feto-feto (STFF). Esta complicación se presenta en el 15% de los embarazos monocoriales, 80% de estos se relacionan con la muerte de uno o dos fetos al no recibir tratamiento. En la actualidad la fotocoagulación selectiva de las comunicaciones placentarias es el tratamiento causal de primera elección, independientemente del estadio en el que se encuentren los fetos. El pronóstico esta relacionado con la medición del flujo diastólico de la arteria umbilical .
OBJETIVO: Describir un caso de fotocoagulación laser en un embarazo monocorial biamnótico complicado con un STFF en estadio II.
MATERIALES Y MÉTODOS: Paciente de 49 años de edad, G4A3, sin antecedentes de importancia, acude a seguimiento de embrazo monocorial biamniótico obtenido por ICSI con transferencia de embrión único. Se identifica en semana 19, presencia de anastomosis de vasos placentarios los cuales dieron como resultado STFF en Estadio II. Por lo que en la semana 24 de gestación se realiza por técnica fetoscópica fotocoagulación con laser de comunicaciones placentarias, siendo exitosa y con posterior crecimiento armónico y flujometría normal de ambos fetos. Se decide resolución de embarazo vía abdominal en la semana 36 5/7 obteniendo recién nacidos vivos femeninos gemelo A 2110 gr , talla 45.5 cm , Apgar 9/9 , Gemelo B 2280 gr , talla 46 cm , Apgar 9/9 reactivos a estímulos externos
RESULTADOS: Paciente de 49 años de edad, G4A3, sin antecedentes de importancia, acude a seguimiento de embrazo monocorial biamniótico obtenido por ICSI con transferencia de embrión único. Se identifica en semana 19, presencia de anastomosis de vasos placentarios los cuales dieron como resultado STFF en Estadio II. Por lo que en la semana 24 de gestación se realiza por técnica fetoscópica fotocoagulación con laser de comunicaciones placentarias, siendo exitosa y con posterior crecimiento armónico y flujometría normal de ambos fetos. Se decide resolución de embarazo vía abdominal en la semana 36 5/7 obteniendo recién nacidos vivos femeninos gemelo A 2110 gr, talla 45.5 cm , Apgar 9/9, Gemelo B 2280 gr , talla 46 cm , Apgar 9/9 reactivos a estímulos externos
CONCLUSIÓN: Nuestro caso tiene relevancia ya que se realizó una detección y tratamiento oportuno resolviéndose de manera satisfactoria sin presencia de complicaciones hasta el momento de ambas gemelas.

TRABAJO EN CARTEL.
Mampara 108

Abordaje quirúrgico del embarazo ectópico cornual: Reporte de 2 casos

Gerardo González Cantú, José Ignacio García de la Torre, Crescencio Martínez, Juan Pablo Reyes Olivans y Raúl Garza Tamez
Hospital Universitario de Saltillo, Coahuila.

ANTECEDENTES: El embarazo ectópico cornual (intersticial) es un tipo raro de embarazo ectópico que se localiza en la parte intersticial de la trompa de Falopio. Representa el 2% - 4% de todos los embarazos ectópicos. Los embarazos cornuales a menudo plantean un desafío diagnóstico y terapéutico con una alta morbilidad y mortalidad significativas como resultado de la hemorragia intraperitoneal masiva. Se informan dos casos de embarazo ectópico cornual atendidos en el Hospital Universitario de Saltillo.
OBJETIVO: Presentación de dos casos clínicos y revisión de la literatura
MATERIALES Y MÉTODOS: CASO 1.- Femenino de 39 años de edad, multigesta, con antecedente médico relevante de Aspiración manual Endouterina (AMEU) dos semanas previas a su ingreso hospitalario por un Aborto incompleto de 6.2 SDG, acude a valoración por presentar sangrado transvaginal abundante acompañado de dolor tipo cólico de localización en hipogastrio. Se realizó gonadotropina coriónica humana fracción β seriada niveles de 15,000 a 19,466.36 mIU/mL. El ultrasonido transvaginal con imágenes con engrosamiento endometrial y tumoración en cuerno uterino, con abundante vascularidad al Doppler color (figura1). Se integró el diagnóstico de embarazo ectópico cornual, con posterior abordaje quirúrgico de mínima invasión al presentar estabilidad hemodinámica con plan quirúrgico de histerectomía total por presentar paridad satisfecha con preservación ovárica sin complicaciones aparentes y con envío de pieza quirúrgica para estudio histopatológico (figura 1). CASO 2.- Femenino de 30 años de edad, G4C2A1, sin antecedentes médicos relevantes para el padecimiento, sé presenta por sangrado transvaginal de dos días de evolución en cantidad moderada al cual se agrega, 3 horas previas a su ingreso dolor abdominal tipo cólico en hipogastrio, de inicio agudo con intensidad 9/10, con irradiación a fosa iliaca izquierda, acompañado de síntomas bajo gasto. Se realizó ultrasonido trasnvaginal observando útero en AVF 10 cm x 5 cm con presencia de saco gestación de apariencia intersticial con LCN 28 mm sin FCF, líquido libre en fondo de saco Douglas (figura 2). Se integró diagnóstico de embarazo ectópico roto cornual ante la sospecha de inestabilidad hemodinámica de la paciente; con posterior abordaje abdominal vía laparotomía exploradora se evidenció un útero con una tumoración cornual perforada, se decidió histerectomía total con preservación ovárica la cuál cursó sin complicaciones aparentes (figura 2). Debido a los hallazgos transquirúrgicos de hemoperitoneo 800 cc, se trasfunde 1 paquete globular y 1 plasma fresco congelado.
RESULTADOS: El embarazo ectópico intersticial ocurre cuando el embrión se implanta en la porción intersticial o intramural de la trompa de Falopio. Presenta una incidencia reportada de 1 en 76 000 embarazos. Esta porción es tortuosa y mide 0.7 mm de diámetro y 1-2 cm de longitud. Del 2 al 4% de los embarazos ectópicos son intersticiales. La ruptura puede ocurrir en cualquier momento al principio del embarazo y están asociados con mayor riesgo de hemorragia masiva debido al alto contenido miometrial y vascular de este segmento. Un embarazo cornual tiene una mortalidad de alrededor del 5%, que es seis o siete veces mayor que la de los embarazos ectópicos en general. Los factores de riesgo para un embarazo intersticial son similares a los de cualquier embarazo ectópico: enfermedad inflamatoria pélvica, cirugía tubárica previa, embarazo ectópico previo, tecnología de reproducción asistida y anomalías uterinas congénitas. La salpingectomía ipsilateral es el único factor de riesgo que existe exclusivamente para el embarazo intersticial. Se sospecha un embarazo intersticial cuando la ecografía demuestra una implantación excéntrica del saco gestacional en el nivel superior del útero. Se pueden utilizar tres criterios ecográficos para el diagnóstico de embarazo intersticial: a) Cavidad uterina vacía; (b) saco coriónico separado 1 cm del borde más lateral de la cavidad uterina; y (c) capa fina del miometrio que rodea el saco coriónico. El signo de la línea intersticial (la línea ecogénica que se extiende hacia la parte superior del cuerno uterino que bordea los márgenes del saco gestacional intrauterino) también es útil para diagnosticar un embarazo intersticial.
CONCLUSIÓN: La diferencia entre un embarazo ectópico intersticial y un embarazo intrauterino localizado de manera excéntrica puede ser ambigua. El miometrio alrededor del saco gestacional es probablemente la característica ecográfica más útil al abordar la distinción. El manejo de un embarazo intersticial depende de dos factores: si está roto y la estabilidad de la paciente. Si el embarazo ectópico se ha roto, el diagnóstico requiere laparotomía y, con frecuencia, histerectomía. La ecografía y un alto índice de sospecha han permitido un diagnóstico precoz y un mayor éxito del tratamiento conservador para el embarazo ectópico intersticial. Si el embarazo ectópico es pequeño, sólido y no viable, puede

manejarse expectante debido a la disminución del riesgo de hemorragia y ruptura. Para un embarazo ectópico intersticial grande (> 5 cm de tamaño), la cirugía debe ser el primer tratamiento de elección debido al mayor riesgo de ruptura

TRABAJO EN CARTEL.
Mampara 109

Asociación de factores de riesgo para corioamnionitis histológica en pacientes con cesárea

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

ANTECEDENTES: La corioamnionitis es definida como la inflamación o infección de la placenta, corion y el amnios con Infiltración de leucocitos polimorfonucleares 1. Se clasifica en clínica y subclínica dependiendo de si presentan sintomatología o no 2. La incidencia de corioamnionitis clínica de 1-2% en embarazos a término y 5-10% en nacimientos prematuros; Subclínica de 20% a término y 50% en prematuros3. Dentro de los factores para corioamnionitis clínica se encuentran la RPM, tactos vaginales, parto prolongado 3. La etiología Ureaplasma urealyticum 47% , Mycoplasma hominis 30%, Gardnerella vaginalis 25%. Bacteroides 30%, Streptococo grupo B 15%, Escherichia coli 8%.
OBJETIVO: Identificación de factores de riesgo asociados a corioamnionitis histológica en pacientes con desembarazo abdominal. Determinar la prevalencia de corioamnionitis histológica en pacientes con cesárea. Identificar la edad gestacional con mayor asociación a corioamionitis histológica. Determinar si existe una relación directa entre el numero de tactos durante el TP y corioamnionitis histológica. Buscar significancia entre diversos grupos de edad gestacional y riesgo de corioamnionitis histológica.
MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio analítico, retrospectivo, casos y controles, comparativo y correlación. La muestra se obtuvo de las cirugías cesáreas realizadas durante el año 2016 en el Hospital Universitario de Saltillo con reporte histopatológico. Criterios de inclusión: Pacientes sometidas a cesárea con reporte histopatológico y que además contaran con expediente completo.
RESULTADOS: Se practicaron un total 446 cesáreas en nuestro hospital en el año 2016, de las cuales se excluyeron 253 pacientes por expediente incompleto y sin reporte de histopatología quedando un total de 193, de los cuales 31 tuvieron diagnostico de corioamnionitis histológica y un total de 162 controles. Se efectuó un análisis descriptivo de la población de estudio el cual demostró que la edad gestacional son de embarazos a término con una edad media de 25 años. específica que el promedio de duración de TP es de 6.9 horas con una media de 3 tactos vaginales. Se identificó aquellas pacientes con mayor duración de 12 horas de TP muestra una leve asociación para corioamnionitis histológica. Sin embargo aquellas pacientes sometidas a una exploración vaginal mayor a 4 tuvo una significancia positiva para corioamnionitis, así como una asociación moderada para corioamnionitis histológica. Se encontró como significancia positiva para variables corioamnionitis histológica y DDTP así como DMG vs corioamnionitis, así como un factor de asociación entre DDTP, primigesta y RPM vs corioamnionitis histológica. Sin embargo se puede inferir que el control adecuado de infecciones prenatales tanto CV e IVU no demuestra significancia para corioamnionitis histológica.
CONCLUSIÓN: La prevalencia de corioamnionitis histológica en la población analizada fue del 16%. El cuál se demostró asociación significativa entre DDTP, tactos vaginales mayor a 4 y DMG con corioamnionitis histológica. Las pacientes con corioamnionitis histolólogica con factor de exposición DDTP, tienen 2.32 veces mas riesgo que las no expuestas. No se encontró asociación significativa para los diferentes grupos de edad gestacional con la clasificación de TP al momento de la cirugía vs corioamnionitis.

TRABAJO EN CARTEL.
Mampara 110

Uso del ácido tranexámico en la prevención de hemorragia obstétrica

Gerardo González Cantú, José Ignacio García de la Torre, Crescencio Martínez Martínez, Jorge Luis Soto Zatarain y Analí Delgado Hurtado
Hospital Universitario de Saltillo, Coahuila.

ANTECEDENTES: De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la hemorragia obstétrica (HO) es la principal causa de mortalidad materna y morbilidad obstétrica extrema a nivel mundial con una incidencia del 6.09%. Durante el alumbramiento, el fibrinógeno y la fibrina se degradan rápidamente debido a la activación del sistema fibrinolítico, causando mayor sangrado. El ácido tranexámico (AT) es un agente antifibrinolítico que inicialmente fue aprobado por la FDA en 1986 como inyección para corto uso (2-8 días) . Es un análogo de la lisina cuyo mecanismo de acción es unirse de forma reversible al

plasminógeno impidiendo que la plasmina lise la fibrina y la ruptura del coagulo. La administracion del AT en el pre-operatorio redujo significativamente la hemorragia con mantenimiento de los niveles de hemoglobina, sin asociarse con efectos adversos o complicaciones tromboembolicas. En diversos estudios se ha demostrado que reduce la muerte por hemorragia; sin embargo no reduce el numero de histerectomías. Si se administra dentro de las primeras horas de la hemorragia se obtiene una reducción de muerte por hemorragia del 68%.

OBJETIVO: Determinar si el uso del ácido tranexámico de manera profiláctica previene hemorragia obstétrica en pacientes sometidas a cesárea.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio experimental, de característica ensayo clínico, retrospectivo, aleatorizado simple. La HO fue definida como la pérdida sanguínea de más de 500 ml posterior al nacimiento sin importar la vía obstétrica de resolución así como la disminución del nivel de hematocrito de 10% y/o el 10 % de pérdida del volumen sanguíneo. La administración de AT se realizó previa a la incisión quirúrgica, la vía fue intravenosa 1 gr infundido lentamente (2 min). Después del nacimiento del recién nacido, se administró el uterotónicos según guía práctica clínica: Prevención y manejo de la hemorragia postparto en primero, segundo y tercer niveles atención. Criterio de exclusión: Alergia al ácido tranexámico, Historial de trastornos tromboembólicos.

RESULTADOS: Se incluyeron un total de 94 pacientes, se dividió a la población en 2 grupos, un grupo con acido tranexamico y un grupo control sin el fármaco. Ambos con 47 pacientes; las medias de las variables generales se muestran en la (tabla1). Respecto a la disminución de la hemoglobina y el hematocrito no se observo una diferencia significativa en ambos grupos (tabla2), es importante destacar que en lo que respecta a la plaquetas se observo un aumento estadísticamente significativo en el grupo que recibió acido tranexamico (↑3.17 vs ↓24.73, p <0.05) (tabla2). De acuerdo a la definición de la guía de practica clínica de hemorragia obstétrica, no se observo una diferencia significativa en cuanto a la perdida sanguínea mayor a 500 ml (p=0.813) o la disminución del hematocrito mayor al 10% (p=0.059) en ambos grupos (tabla3).

CONCLUSIÓN: Los resultados de nuestro estudio concuerdan con los de la literatura internacional y este representa el primer estudio de este tipo en nuestro país, es de destacar que el uso del acido tranexamico no solo mantiene la concentración plaquetaria si no que la aumenta como se ha descrito en otros estudios6. Sin embargo en nuestra población no se justifica el uso universal del acido tranexamico de manera profiláctica y recomendamos su uso solo en pacientes que tienen un riesgo alto de presentar hemorragia obstétrica y morbimortalidad.

TRABAJO EN CARTEL.
Mampara 111

Tres neoplasias ginecológicas malignas primarias metacrónicas: reporte de un caso

Alberto Kably Ambé, Alejandra Martínez Schulte, Aurora Gómez Romero, Carla Padilla Amigo y María Fernanda Fernández Corzas
Hospital Ángeles de Interlomas, Ciudad de México.

ANTECEDENTES: Warren y Gates describieron por primera vez en 1930 las neoplasias malignas primarias múltiples (NMPM), que corresponde a dos o más tumores malignos distintos, que se generan en el mismo paciente. Según los criterios de Warren para poder clasificarlos se requiere que los tumores sean confirmados de naturaleza maligna, histológicamente distintos y que se trate de metástasis de otro primario. Las NMPM se clasifican según la temporalidad de aparición de las neoplasias malignas en: 1) síncrónicas, si se detectan simultáneamente o hasta 6 meses del diagnóstico del primer tumor primario, o 2) metacrónicas, si se detectan después de 6 meses del diagnóstico del primer tumor primario. Las neoplasias malignas primarias múltiples pueden incluir principalmente el tracto respiratorio, gastrointestinal y genitourinario.

OBJETIVO: Entre los casos de NMPM, solo hay aproximadamente 10% de casos de triple neoplasia maligna, con reportes de aproximadamente 135 casos solamente.

MATERIALES Y MÉTODOS: Femenino de 48 años, nuligesta, grupo y Rh A+, con antecedentes patológicos de ooforectomía derecha por laparotomía y quimioterapia por disgerminoma en 1987 llegando a la remisión, miomectomía por laparoscopía en el 2010, mastectomía radical bilateral en el 2016 por cáncer de mama in situ por hiperplasia lobulillar atípica con ganglio centinela negativa y mastoplastía reconstructiva en el 2017. Antecedentes ginecológicos: menarca a los 15 años, ritmo 30X3 días, MPF anticonceptivos orales combinados por dos años, FUM 12.08.2018, mastografía y citología cervical en el 2018 sin datos de malignidad. Acude a seguimiento de miomatosis uterina por lo cual se realiza resonancia magnética que reporta útero de 7.8X4.8X4.6cm, parénquima heterogéneo con imágenes hipointensas correspondientes a leiomiomas intramurales, EME 9.9mm, ovario izquierdo con

masa heterogénea con componente hipercelular de 26X38mm y USG pélvico visualizando ovario izquierdo con quiste de aspecto heterogéneo mal definido con incremento de la trama vascular que mide 32mm. Se solicita Ca 125 que reporta niveles de 218.8 UI/ml. Motivo por el cual se decide realizar histerectomia total abdominal + salpingectomia bilateral + oofo-rectomia izquierda, en la cirugía se encuentra tumor anexial izquierdo de aspecto grisaceo multilobulado de 3x4cm, utero y salpinges sin alteraciones. Se envía al servicio de patología reportando carcinoma papilar seroso de alto grado primario de ovario con células positivas a citoqueratina 7 co-expresión de PAX-8, WT-1 receptores de estrógenos y focalmente con receptores de progesterona, negativo para GATA-3. Índice de proliferación celular medio con Ki67 de 70% de las células neoplásicas. Se envía paciente al servicio de oncología para continuar seguimiento y manejo correspondiente.

RESULTADOS: Las NMPM son raras, de acuerdo a varios reportes de estudio, la prevalencia varia entre el 3- 5%, entre los cuales aparecen tumores triples en solo el 0.5% de los casos. Se ha visto un aumento en la incidencia de NMPM, y una de las causas es la ganancia en la supervivencia de pacientes con cáncer hoy en día debido a los avances en las modalidades diagnósticas, de tratamiento y rehabilitación. De acuerdo con el informe del Programa Nacional del Cáncer, aproximadamente uno de cada seis pacientes con cáncer desarrollan la segunda neoplasia maligna. Se estima que 456.467 personas en los Estados Unidos fueron afectadas por más de un cáncer entre 1975 y 2001, representados el 8% de los sobrevivientes de cáncer para 2007; las mujeres ocuparon el primer lugar y el primario más frecuente fue el cáncer de mama. Su diagnóstico está supeditado a los métodos de pesquisa utilizados, por lo que en términos de imagen se prefiere un método que sea capaz de abarcar muchos órganos y que cuente con alta sensibilidad y especificidad. EL PET/CT con F18- fluorodeoxiglucosa es capaz de detectas lesiones no visibles por otros métodos, modificando así el curso de tratamiento hasta en el 40 % de los casos. Sólo el 59 % de las segundas neoplasias son detectadas por radiología convencional. La diferenciación de los carcinomas de origen primario desconocido es un problema que los patólogos a menudo enfrentan. Sobre todo el diagnóstico puede ser un reto en pacientes con antecedente previo de carcinoma de mama, ya que este puede hacer metástasis a casi cualquier órgano y la mama no es un sitio poco común de metástasis. Los pacientes con carcinoma de mama con metástasis en el ovario tienen tasas de supervivencia más bajas que aquellos con cáncer de ovario primario; por lo tanto, la distinción es esencial para la estadificación, la aplicación de un tratamiento adecuado y el establecimiento del pronóstico. En cuanto al diagnóstico se ha reportado que la inmunorreación positiva para GCDFP-15, PR y negativa para CA 125 favorecen el carcinoma de mama metástasico. WT-1 es positivo en >80% de los carcinomas serosos de alto grado, del ovario pero rara vez es positivo en los carcinomas de mama. La inmunoreacción de Pax-8 se observa en >88% de los carcinomas ováricos pero no en los carcinomas de mama. Recientemente, la inmunotinción GATA 3 se ha recomendado como marcador diagnóstico para los carcinomas de mama y uroteliales, incluidos los tumores de Brenner ováricos. La elección del tratamiento y su seguimiento es un reto, debido a que no hay guías estándar para el manejo de las pacientes con NMPM.

CONCLUSIÓN: A pesar de ser un padecimiento raro, la conciencia, sospecha de NMPM y el diagnóstico desempeña un papel crucial en la detección en etapas tempranas para un mejor resultado, por lo que los marcadores inmunohistoquimicos juegan papel importante en esta etapa, sobre todo en la diferenciación de tumores mamarios y ginecológicos primarios y metástasicos, ya que de esto va a depender el manejo y el pronóstico de cada una de las pacientes.

TRABAJO EN CARTEL. Mampara 112

Síndrome congénito del virus del Zika sin microcefalia, hallazgos en neuroimagen prenatal y postnatal

Iván Vladimir Dávila Escamilla, Gabriel Edgar Villagómez Rodríguez, Flavio Hernández Castro, Clara del Carmen Flores Acosta y Donato Saldivar Rodríguez
Medicina Perinatal Alta Especialidad.

ANTECEDENTES: Aproximadamente 10% de las mujeres que presentan infección prenatal por el virus del Zika resultan en Síndrome Congénito (SCZ). La asociación entre el virus del Zika y las malformaciones

OBJETIVO: Descripción de un caso clínico. En nuestro país existe poca información de la presencia del Síndrome Congénito del Virus del Zika y sus hallazgos cerebrales, además que en la mayoría de las ocasiones el diagnóstico es tardío y solo de los casos que presentan microcefalia.

MATERIALES Y MÉTODOS: Feto femenino de madre de 27 años, cursando su tercera gesta sin antecedentes de importancia. (negó presencia de fiebre o rash durante

la gestación) Debido a ventriculomegalia se realizó Neurosonografía transvaginal y RMN prenatal las cuales presentaban datos sugestivos de neuroinfección fetal. Se atendió nacimiento mediante Cesárea a las 38 semanas detectando PCR positiva para Zika virus en orina neonatal. El perímetro cefálico se encontraba dentro de la normalidad. Actualmente se encuentra con diagnóstico de catarata congénita bilateral, en estimulación temprana y en manejo con anticonvulsivantes.

RESULTADOS: hallazgos radiológicos: Calcificaciones (C), Ventriculomegalia severa ex-vacuo (VM) Retraso en sulcación/lisencefalia (L), Cuerpo calloso hipoplásico y disgenético (CC). Quistes/Sinequias ventriculares (S), Aumento de la cisterna magna y espacios extra-axiales (CM), Adelgazamiento del parénquima cerebral/Atrofia cortical (A), Hipoplasia del Tallo cerebral (T).

CONCLUSIÓN: La infección por el virus del Zika puede ser detectada en casos sin microcefalia. Puede haber presencia de daño neurológico fetal en ausencia de manifestaciones clínicas maternas o microcefalia. La información que aporta este caso clínico es la presencia de alteraciones encefálicas en ausencia de microcefalia o síntomas clínicos maternos

TRABAJO EN CARTEL.
Mampara 113

Embarazo de adolescente en el norte del país: alta prevalencia y probables repercusiones futuras

Eduardo Noé Nava Guerrero, Armando Monroy Faudoa, Alejandra Salcedo González, Fidel Cisneros Rivera y Claudia Eugenia Hernández Escobar
Hospital Regional Materno Infantil de Alta Especialidad, Secretaria de Salud, Nuevo León.

ANTECEDENTES: En los últimos años se ha incrementado el número de adolescentes embarazadas. El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) durante el 2016 reporto un 17.8% de nacimientos en madres adolescentes (menores de 20 años). A nivel Mundial se ha reportado una prevalencia aproximada de 25%. Durante el año 2017 en el Hospital Regional Materno Infantil de la Secretaria de Salud de Nuevo León, México, se registraron un total de 15,647 nacidos vivos, de los cuales 5061 se presentaron en mujeres adolescentes entre 12-19 años representando una prevalencia de 34%, el doble del nivel reportado a nivel nacional. Se ha descrito una prevalencia de preeclampsia de 5.3% en mujeres adolescentes y una prevalencia de diabetes gestacional de 0.2% utilizando los criterios del Fifth International Workshop Conference on Gestational Diabetes Mellitus en población del centro del pais.

OBJETIVO: Conocer en la mujer adolescente la prevalencia de preeclampsia, diabetes gestacional y operación cesárea aunado a sus resultados perinatales ya que estas tres variables actuarían como factor de riesgo a priori de complicaciones maternas y/o obstétricas en embarazos subsecuentes.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio, descriptivo, retrospectivo al que se incluyeron mujeres adolescentes en el periodo de enero a diciembre del 2017. Los datos se obtuvieron de la revisión de expedientes electrónicos maternos. Los criterios de inclusión fueron: mujeres entre 12-19 años con embarazo único. Se calculó un tamaño de la muestra de 735 pacientes decidiendo incluir 1019 utilizando el programa epiinfo TM. Para el análisis se utilizó estadística descriptiva, utilizando media y desviación estándar para variables cuantitativas y porcentajes para variables cualitativas. Se aplicó el programa Excel con el componente XLSTAT.

RESULTADOS: Se analizaron un total de 1019 casos de embarazos en adolescente. Treinta casos presentaron la curva de tolerancia oral a la glucosa de 75 g. positiva representando una prevalencia para diabetes gestacional de 2.9 % utilizando los criterios de la FIWV. Se presentaron 98 casos de preeclampsia-eclampsia, con una prevalencia de 9.6%. De estos casos 19 ingresaron a terapia intensiva adultos por preeclampsia con datos de severidad o eclampsia. En cuanto a la vía de nacimiento 267 (26.2%) fue por operación cesárea.

CONCLUSIÓN: Se reporta una alta prevalencia de preeclampsia y diabetes gestacional así como un porcentaje elevado de cesárea en la mujer adolescente. Estas tres variables se comportaran como factores de riesgo que podrían complicar el embarazo subsecuente o su vida adulta, por lo que este grupo de pacientes requieren un método anticonceptivo eficaz de larga duración así como cambios en el estilo de vida, consulta pre concepcional y tamizajes tempranos efectivos para preeclampsia y diabetes gestacional tratando de disminuir la morbilidad y mortalidad materna y fetal.

TRABAJO EN CARTEL.
Mampara 114

Efectividad de crioterapia ante infección por Virus del Papiloma Humano

Emmanuel Carrera Lomas, Daniela Stuht López, Mariana Ibarra Fortes, Jaroslav Stern Colin y Nunes, y Claudio Granados Marín
IMMUNOREP, Ciudad de México.

ANTECEDENTES: La infección por virus del papiloma humano es una

de las infecciones de transmisión sexual más frecuentes que afectan la mucosa genital. Existen más de 200 serotipos y de acuerdo a su relación con el cáncer cervico-uterino se clasifican en bajo y alto riesgo. El tamizaje de realiza a través de la citología cervico-vaginal convencional o en fase líquida y posteriormente tipificación a través de PCR para determinar el serotipo que ha infectado.

OBJETIVO: Demostrar la efectividad de la crioterapia para erradicación del VPH.

MATERIALES Y MÉTODOS: Se incluyeron 3,560 estudios cervico-vaginales, tomados en un periodo de Enero 2012 a Diciembre 2016, ya sea con técnica convencional o en fase líquida. Aquellas mujeres con tipificación positiva para VPH fueron sometidas a crioterapia y posteriormente se realizó seguimiento cada 3 meses por el primer año y cada 6 meses después de haber tenido estudios negativos durante el primer año.

RESULTADOS: Se obtuvieron 47 resultados positivos para IVPH (1.32% de la población) ya sea con un solo serotipo o varios, siendo más frecuente la infección por virus de alto riesgo, específicamente el 59 y 66. Posterior a la crioterapia, ocho pacientes tuvieron nuevamente tipificación positiva para VPH, siendo que dos tuvieron el mismo serotipo (25%) y seis (75%) tuvieron serotipos distintos.

CONCLUSIÓN: El uso de la crioterapia resulta ser la mejor herramienta terapéutica costo-beneficio, ya que se comprobó que el índice de curación con un solo ciclo, fue por arriba del 80%. Es un procedimiento que se puede realizar en el consultorio de manera rápida, indolora y a un costo muy por debajo de las otras opciones terapéuticas.

TRABAJO EN CARTEL.
Mampara 115

Muerte fetal en el tercer trimestre de producto dismorfico con mola hidatidiforme parcial

Fernando Germes Piña, Javier Chacón Lechuga, Ángel Gabriel García Urueta, Ángel Gabriel Rubio Campos y Yareli Torres Guillen
Hospital General de Chihuahua Dr. Salvador Zubirán Anchondo.

ANTECEDENTES: La enfermedad trofoblastica gestacional se define como una complicación poco común de la gestación caracterizada por la proliferación anormal de tejido trofoblastico con potencial maligno progresivo. La mola parcial representa solo el 30% de los embarazos molares, tiene un cario- tipo 69xyy o 69xxy, incidencia de mola parcial con feto vivo varía entre 1 en 22 000 y 1 en 100000 nacidos vivos. En México La incidencia reportada es de 2.4: 1000 embarazos.

OBJETIVO: presentar un caso clinico sobre mola parcial con prdocuto de termino, casos extremadamente raros segun la estadistica de nuestra intitucion.

MATERIALES Y MÉTODOS: presentacion de caso clinico

RESULTADOS: Gestante de 23 años sin antecedentes crónico-degenerativos, G:2 C:1, amenorrea incierta sin control prenatal, se recibe en área de tococirugía refiriendo disminución en movimientos fetales así como sangrado vaginal rojo vinoso. A la exploración física consciente orientada, buena coloración e hidratación muco-tegumentaria, abdomen globoso con fon- do uterino de 37 cm, actividad uterina irregular, se palpa pro- ducto único longitudinal presentación pélvica FCF 100 LPM, al tacto vaginal cérvix central con 3 cm de dilatación 50% Borramiento, amnios roto, sangrado moderado, violáceo, extremidades sin compromiso funcional neurovascular. Paraclínicos: O +, HB: 11.5, HTO: 38.1, Plaquetas 289, TGO: 43, TGP: 38, B-hcG 1 200 000, TSH 0.5, tiempos de coagulación normales. on incisión media infraumbilical se realiza cesárea Kerr encontrando Producto único, óbito, con múltiples malformaciones; laceración congénita atraumática en cuero cabelludo por edema, no se descarta afección dermatológica, hipoplasia torácica, micrognatia, ascitis, hepatoesplenomegalia, meromelia, miembros inferiores en equino varo, sindactilia, micropene y criptorquidia bilateral, laceraciones en cuero cabelludo, sindactilia, micropene y criptorquidia bilateral, laceraciones en cuero cabelludo. En el reporte histopatológico; placenta de 22x16x6.4cm con vesículas hidrópicas de 9 mm, tejido trofoblastico hipertrófico y normal, múltiples zonas de hemorragia y necrosis, microscopicamente vellosidades coriales hidrópicas con hiperplasia moderada, sin anaplasia celular. No se practica necropsia fetal por petición de familiares, así como estudios genéticos y/o complementarios.

CONCLUSIÓN: La incidencia de mola parcial y fetos vivos pretermino tardío es poco frecuente, se reportan incidencias de 1: 100 000 siendo la coexistencia de un huevo dispermico y feto, tal como se presento, la menos inusual. La mayoría de estos embarazos no suelen evolucionar mas allá del segundo trimestre. Es frecuente su presentación en forma de amenaza parto pretermino, lo cual se basa principalmente en el incremento del volumen uterino ya que no corresponden a semanas de gestación. Mas del 80% suelen ser benignas por lo que la conducta

posterior a su evacuaciones es con cuantificaciones seriadas de B-hcG.

TRABAJO EN CARTEL.
Mampara 116

Mola recurrente con embarazo molar parcial con feto vivo: Reporte de caso

Edgar Alejandro Mata Covarrubias y Lorena Chrissie Oceguera Palao
UMAE 23, Hospital de Ginecologia y Obstetricia Dr. Ignacio Morones Prieto, Monterrey, Nuevo Leon.

ANTECEDENTES: La mola hidatidiforme recurrente se considera cuando se presentan dos o más embarazos en una misma paciente, puede no ser de origen familiar, referidas como molas hidatidiformes recurrentes o pueden ser el resultado de una predisposición hereditaria a la que nos referimos como mola hidatidiforme recurrente familiar. La mayoría son esporádicas, llegando a recurrir en .6 - 2.57%. La mayoría son esporádicas, llegando a recurrir en .6 - 2.57%. La mola hidatidiforme que coexiste con un feto gemelo vivo es una entidad rara, que ocurre en el 0.005-0.01% de todos los embarazos (6). Se dividen en tres grupos; siendo el tercer grupo el caso de nuestra paciente, en el cual ocurre en un embarazo único con feto normal y placenta con mola parcial. Hasta la fecha sigue siendo un desafío medico desde su diagnostico, manejo y el mejor momento para su resolución debido a las complicaciones asociadas con la preservación del embarazo.

OBJETIVO: Informar un caso clínico de Mola Recurrente con mola parcial y feto vivo con la finalidad de proporcionar una visión general práctica y concisa de la presentación, evaluación y tratamiento de Embarazo Molar.

MATERIALES Y MÉTODOS: Femenino de 24 años de edad, G3A2 (embarazos molares), originaria de Monterrey, Nuevo León, con antecedentes ginecológicos de importancia 2 embarazos molares, en el 2011 y 2016, a las 11 y 8 semanas respectivamente, recibiendo en ambos tratamiento con metrotexate durante 1 año, sin seguimiento posterior, ambos con misma pareja. Durante el embarazo actual es diagnosticada a las 12 semanas de gestación con hipertensión arterial, para lo cual recibe tratamiento con alfametildopa así como diagnostico de hipertiroidismo a las 12 semanas en tratamiento no especificado. Es enviada de su Unidad de Medicina Familiar a las 18 semanas de gestacion a UMAE 23 presentar cifras tensionales elevadas 140/80, donde se ingresa para control hipertensivo, se realizan estudios de laboratorio encontrando hiperbilirrubinemia a expensas de la directa (BT 1.5, BD 1.1) así como elevación de las transaminasas (ALT 87, AST 78, DHL 242), por lo que es valorada por el servicio de UCIA quien indica ultrasonido de abdomen superior para descartar una probable colestasis y se inicia tratamiento con ácido ursodesoxicolico por clínica. Posteriormente inicia con cifras tensionales de severidad a pesar de tratamiento antihipertensivo previamente mencionado de hasta 177/77, por lo que se trata con un bolo de hidralazina de 5 mg y se agrega un segundo antihipertensivo, metoprolol 100 mg c/ 12 hr. Valorada por endocrinología encontrándola con taquicardia, leve exoftalmos, cuello con predominio creciente del lóbulo derecho, se inicial tratamiento con tiamazol 20 mg cada 24 hr y propanolol 20 mg c/ 12 hr y solicita perfil tiroideo encontrándose con TSH 0.01, T4 libre 3.4. Solicita ultrasonido de cuello encontrando posteriormente datos de tiroiditis. Se realiza determinación de GCH-B encontrándola 1 952 079.4 mUI/ml Se decide repetir ultrasonido obstétrico encontrando feto único vivo con frecuencia cardiaca fetal presente, movimientos fetales normales, Chamberlain de 8 cm, placenta corporal posterior, fetometria de 17.5 semanas, peso fetal estimado de 264, gr, con presencia hacia fondo uterino y adyacente a placenta se aprecia lóbulo placentario con quistes simples que mide 70 x 65 mm en anexo derecho, quiste multilobulado de 120 x 70 mm, hacia lado izquierdo otro quiste multilobulado de 80 x 70 mm, no se aprecia liquido libre, presencia de quiste tecaluteinicos en ambos ovarios, por lo que se hace el diagnostico de embarazo de 17.5 semanas con embarazo molar parcial a descartar coriocarcinoma, se solicita estudios complementarios. Al persistir con cifras tensionales elevadas y datos clínicos y paraclínicos de hipertiroidismo, por lo que se solicita interconsulta a radiología para toma de TAC de encéfalo y toracoabdominal para descartar focos de actividad metastasica. Se realiza una junta colegiada y se corrobora el diagnostico de embarazo de 17.5 semanas mas mola parcial, se decide la interrupción del embarazo vía abdominal dada las condiciones clínicas actuales y el riesgo de complicaciones mayores. Se realiza histerotomía evacuadora y legrado uterino instrumentado, encontrando útero grávido de 20 cm, placenta con vesículas visibles, quistes de ovario derecho multilobulados de aproximadamente 10 x 10 cm, quiste de ovario izquierdo de 8 x 8 cm multilobulado con producto de 168 gr, se envían a patología para su estudio. Se recibe reporte de patología el cual reporta feto de sexo femenino de 13 cm, de longitud, peso de 200 gr, no se identifican malformaciones ma-

croscópicas. Placenta de 17 x 14 x 3 cm, con presencia de vesículas con contenido cetrino, la mayor de 1.2 cm, cara fetal con membranas engrosadas y cara materna con cotiledones esponjosos y tejido hemático. Se reportan estudios de extensión dentro de los parámetros normales, y se realiza seguimiento de niveles de GCH-B así como se da asesoría por el servicio de genética por un probable caso de mola hidatidiforme recurrente familiar.

RESULTADOS: Se recibe reporte de patología el cual reporta feto de sexo femenino de 13 cm, de longitud, peso de 200 gr, no se identifican malformaciones macroscópicas. Placenta de 17 x 14 x 3 cm, con presencia de vesículas con contenido cetrino, la mayor de 1.2 cm, cara fetal con membranas engrosadas y cara materna con cotiledones esponjosos y tejido hemático. Se reportan estudios de extensión dentro de los parámetros normales, y se realiza seguimiento de niveles de GCH-B así como se da asesoría por el servicio de genética por un probable caso de mola hidatidiforme recurrente familia.

CONCLUSIÓN: Es importante que las obstetras y ginecólogos reconozcan a las mujeres que presentan antecedentes de embarazos molares recurrentes, compatibles con la posibilidad de tener molas hidatidiformes recurrentes familiares, y remitirlas para una investigación y asesoramiento adecuados, debido a las tienen opciones reproductivas limitadas (2). Asi mismo las pacientes con embarazo con mola parcial con feto coexistente vivo, además de la evaluación cromosómica y el examen ultrasonográfico detallado para excluir anormalidades fetales antes de la decisión de posponer la intervención, la consulta prenatal debe incluir una discusión completa de los factores de riesgo maternos y fetales, especialmente la posibilidad de requerir quimioterapia e incluso histerectomía, seguimiento y evaluaciones de las condiciones del paciente durante el periodo prenatal y postnatal.

TRABAJO EN CARTEL.
Mampara 117

Morbilidad near miss en Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Materno Infantil del Estado de México en periodo de marzo 2017- marzo 2018.

Ángel Moreno Colin, Annette Gaspard Cervantes, Jessica Bear Méndez, Daniela Hernández Cruz y Renato Silva Pérez
Hospital de Ginecología y Obstetricia Instituto Materno Infantil (IMIEM), Estado de México.

ANTECEDENTES: La OMS da el concepto de Morbilidad Near Miss a las Complicaciones Maternas Agudas Graves, representadas por las mujeres que casi mueren, pero sobrevivieron a una complicación severa del embarazo, parto o puerperio hasta el día 42, y se estima que comparten iguales condiciones patológicas y circunstanciales que aquellas que efectivamente murieron de la misma complicación. La investigación de la morbilidad near miss permite explicar en función de una serie de determinantes estructurales y socioculturales que contribuyen, directa o indirectamente, a una muerte materna. En especial interés por las mujeres que, en condiciones letales, lograron sobrevivir; identificando factores que llevaron a las mujeres al borde de la muerte, pero busca identificar como estos contribuyeron para que sus vidas se salvaran.

OBJETIVO: Determinar la morbilidad Near Miss en el Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Materno Infantil del Estado de México en el periodo de Marzo de 2017 a Marzo de 2018.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal. Se revisaron los expedientes de una muestra de las pacientes que ingresaron al Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Materno Infantil del Estado de México desde el 1 de marzo 2017 al 31 de Marzo de 2018. Se utilizó muestreo no probabilístico secuencial, se incluyeron a las pacientes con evento de morbilidad materna extrema (near miss) .La definición de evento de morbilidad extrema materna, con base en los criterios descritos por la Organización Mundial de la Salud: Criterios relacionados con la enfermedad específica (desórdenes hipertensivos, hemorragia y sepsis). Criterios relacionados con falla o disfunción de órgano o sistemas (vascular, coagulación, renal, hepático, respiratoria y cerebral). Criterios relacionados con el manejo instaurado a la paciente (admisión a Unidad de Cuidados Intensivos, histerectomía postparto o pos cesárea y transfusiones). Se seleccionaron a las pacientes en base a revisión de libretas de los Servicios de Urgencias, quirófano, hospitalización y Unidad de Terapia Intensiva. Se revisaron los expedientes registrando los datos socios demográficos y datos gineceos obstétricos; en los casos de morbilidad materna externa, fueron registrados los datos relacionados con la enfermedad específica, falla o disfunción de órganos y los relacionados con el manejo. Para realizar el análisis de resultados se utilizó la estadística descriptiva. Con programa Exel 2010.

RESULTADOS: Resultados: Durante el periodo estudio de 1 Marzo del 2017 a 30 Marzo del se registraron 13163 nacimientos y se identificaron 105 caso de morbilidad Near miss y dos muertes maternas. Datos socio culturales y gineceo- obstétricos: Escolaridad:

Analfabetismo 4.76% (n=5), nivel primaria 21.90% (n=23), nivel secundaria 51.42% (n=54), nivel preparatoria – técnico 20.00% (n=21), nivel licenciatura 1.90 % (n=2) Edad: Las edades oscilan entre los 14- 41 años, con una moda de 25 años, una media de 23 años , con mayor incidencia en el grupo de 14-20 años de edad con 33.33 %, (n=35) subsiguientemente el grupo de 21-25 años 28.57% (n=30), el de 26-30 años con 18.10% (n=19), de 31- 35 años 12.38 % (n=13), mayor de 35 años 7.62% (n=8)Estado civil: casada 17.14% (n=18), unión libre 69.52% (n=73), soltera 13.33 % (n=14) Control Prenatal: Sin control Prenatal al momento del evento adverso el 20.00% (n=21), Con control prenatal al momento del evento adverso 80.00 % (n=84). Del 80.00 % de pacientes con control prenatal el 65.48% (n= 55) inicio control prenatal en el primer trimestre, el 17.86% (n=15) en el segundo trimestre y el 16.67 % (n=14) en el tercer trimestre de la gestación. Numero de gestaciones: Primigestas 46.67% (n=49), multigesta 53.33 % (n=56), la moda fue 2 gestaciones y la mediana 3 gestaciones. Estado del producto Se, continúo la gestación en 4 casos posteriores a la remisión del evento de mortalidad Near Miss, .En los casos donde se interrumpió el embarazo el 96.19 % (n=101), el 88.12% (n=89) nacieron vivos. El restante 11.88 % (n=12), incluyeron, embarazo ectópico, productos óbito, y abortos. Vía del Nacimiento: El 3.81 % (n=4) continuo el embarazo posterior al evento de morbilidad Near miss. Del 88.12 % (n=89) de los caso donde se interrumpió el embarazo, el 85.39 % (n=76) se finalizó por vía abdominal y el 16.85% (n=13) finalizo por vía vaginal. Datos relacionados con el manejo de episodio de morbilidad Near Miss. Ingreso a UCIO: El 86.67 % (n= 91) de las pacientes estudiadas ingresaron a unidad de cuidados intensivos en obstetricia. Con una moda de 3 días de hospitalización, con un rango de 2 a 13 días, con una mediana de 3 días. El 34.07 % (n= 31) de las pacientes permaneció 2 días en UCIO, el 47.2 % (n=43) permaneció 3 días en UCIO, el 10.99 % (n=10) permaneció 4 días en UCIO, el 7 .69% (n=7) permaneció 5 días en UCIO y el 12.09 % (n=11) permaneció más de 6 días en UCIO. Transfusiones: Del número total de casos, el 30.77 % (n = 28) requirió transfusión de hemo componentes. El número promedio de unidades transfundidas fue 2 unidades de concentrado eritrocitario. Cirugías adicionales: Del número total de casos se requirieron 26 procedimientos quirúrgicos adicionales, correspondiendo al 24.76% del total de las pacientes. De éstas, 23.08 % (n = 6) fueron: histerectomías posterior a la cesárea; el 50.00% (n = 13) de histerectomías se realizaron en el mismo tiempo quirúrgico que la cesárea; 19.23% (n = 5): con 4 laparotomías que correspondieron a ectópico roto, y 3.85%(n=1) se le realizó laparotomía más cirugía de control de daños secundario a ruptura de hematoma hepático posterior al parto , al 3.85% (n=1) ,se realizó colecistectomía , secundario a pio colecisto posterior a la cesárea y al 3.85 % (n=1) se realizó apendicetomía en el mismo tiempo quirúrgico que la cesárea secundario a apendicitis. grado IV. Causas de Morbilidad Near Miss Enfermedad específica: La causa más frecuente es la preeclampsia severa con 51.43 % (n=54) en segundo lugar hemorragia obstétrica con un 28.57 % (n=30), en tercer lugar eclampsia con 1.43 % (n=12) y en último lugar sepsis 8.57 % (n=9). Falla orgánica: Se documentaron 33 casos con falla orgánica de las cuales la más frecuente lo ocupa la hematológica 42.42% (n 14), seguida de falla renal con el 24.24 % (n=8) , falla cardiovascular 18.18% (n=6) , falla respiratoria y hepática con 6.06% cada una de ellas (n =2), por último la falla gastrointestinal 3.03 % (n=1) con cada una. En algunas ocasiones coexistían casos que cumplían criterios de enfermedad específica y falla orgánica superpuestos entre si.

CONCLUSIÓN: Este estudio, pretende generar más investigación sobre la morbilidad materna extrema así como sistematizar medidas que identifiquen de manera oportuna los factores asociados a eventos adverso y, de ese manera, analizar los resultado con el objetivo de definir recomendaciones para su prevención planteando de acuerdo a ello, estrategias para su prevención e intervención.

TRABAJO EN CARTEL.
Mampara 118

Múltiples enfermedades ginecológicas en paciente de 27 años. Reporte de caso

Esaúl Hernández Arvizu
Unidad Médica de Alta especialidad, Hospital de Gineco-Pediatría 48, IMSS, León, Guanajuato.

ANTECEDENTES: Se presenta el caso de una paciente femenina de 27 años, soltera, nulípara, con un padecimiento actual de 8 meses de evolución, caracterizado por dismenorrea, aumento del sangrado menstrual y cambios en la coloración del mismo.

OBJETIVO: Coadyuvar a la mejoría de las pacientes disminuyendo el dolor y el tamaño de las lesiones , así como a controlar el sangrado y dismenorrea.

MATERIALES Y MÉTODOS: Se realiza ultrasonido y una laparotomía exploradora.

RESULTADOS: Se revelan diagnósticos como es endometrio,

poliquistosis ovárica y miomatosis uterina.
CONCLUSIÓN: La paciente es tratada tanto quirúrgicamente como mediante medicamentos coadyuvantes.

TRABAJO EN CARTEL.
Mampara 119

Quiste del conducto de Nuck como etiología inusual de tumoración en labio mayor: Reporte de un caso

Ángel Moreno Colin, Gerardo Rodríguez Aguiñiga y Annette Gaspard Cervantes
Hospital de Ginecología y Obstetricia Instituto Materno Infantil (IMIEM), Estado de México.

ANTECEDENTES: El canal de Nuck fue descrito por el Anatomista Anton Nuck en 1691, El quiste del canal de Nuck es una entidad clínica poco frecuente sin embargo su descripción se remonta al año de 1854 por Stanley, en 1892 Coley realizo un informe de 30 casos nuevos mediados del siglo XX como ejemplo de esto nos encontramos con un artículo de 1941 donde se describen 17 casos de esta entidad (1-2). Se define a esta enfermedad como la persistencia del processus vaginalis el cual debería desaparecer durante el primer año de vida. (3) Si este proceso no se lleva acabo se forma un quiste debido a la acumulación de líquido Existen los tipos I, II y III y se puede asociar a hernia inguinal. El diagnostico se realiza a través de ecografía y requiere exéresis quirúrgica.
OBJETIVO: Reportar un caso de Quiste de Nuck, su diagnóstico clínico, ultrasonografico, así como su tratamiento en el Instituto Materno Infantil del Estado de México.
MATERIALES Y MÉTODOS: Se presenta caso de paciente de 56 años, con presencia de masa en labio mayor izquierdo de 2 años de evolución, con características clínicas y ecográficas del quiste del conducto de Nuck.
RESULTADOS: Los informes indican que en la mayor parte de las pacientes se llegó al diagnóstico en el transquirúrgico y después del análisis histopatológico. El tratamiento es extirpación quirúrgica y, en los casos que así lo requirieran, reconstrucción de los genitales externos; en la década de los 90, se popularizo la punción de la lesión, encontrándose de manera posterior recidiva, por lo que cayó en desuso. Se ha subrayado la importancia de realizar la corroboración diagnostica con el envío de las piezas a laboratorio de histopatología para poder confirmar el diagnóstico y poder descartar otras entidades que pueden ser diagnostico diferencial o coexistir con el quiste de Nuck (16. Russell JC. Laparoscopic closure of patent canal of Nuck for female indirect inguinal hernia. J Am Assoc Gynecol Laparosc. 2001; 8: 10-11.).
CONCLUSIÓN: La prevalencia del quiste de Nuck continúa siendo baja sin embargo debe tomarse en cuanta como diagnóstico diferencial en el abordaje de masa inguinal en mujeres, de esta manera se puede evitar realizar diagnósticos inadecuados, como en el caso que hemos presentado, hay que tomar en cuenta que el diagnóstico de Quiste de Nuck puede coexistir con diversas patologías tanto nivel local como abdominal por lo que se debe sospechar del diagnóstico a pesar de contar con múltiples diagnósticos. En los últimos años se han realizado avances en el diagnostico a nivel de gabinete con un auge especial en las técnicas ecográficas sin embargo aún no existe un consenso sobre su diagnóstico. El tratamiento se realiza de manera quirúrgica, debiéndose enviar la pieza para la confirmación histopatológica. Debemos tener en cuenta el diagnostico de quiste de Nuck como parte del diagnóstico diferencial en el abordaje de una masa inguinal en mujer.

TRABAJO EN CARTEL.
Mampara 120

Endometrioma de pared abdominal post-cesarea

Edgar Alejandro Mata Covarrubias y Pamela Beatriza Animas Hernández
UMAE 23, Hospital de Ginecologia y Obstetricia Dr. Ignacio Morones Prieto, Monterrey, Nuevo Leon.

ANTECEDENTES: La endometriosis se define por la presencia de estroma y glándulas endometriales fuera de la cavidad uterina, pudiendo ser intra o extrapélvica. Nos referimos a endometrioma a una masa bien circunscrita de tejido endometrial localizado fuera de la pelvis. Los endometriomas de pared (EPA) usualmente son procesos secundarios a cicatrices quirúrgicas ginecoobstétricas, como es la cicatriz de la cesárea
OBJETIVO: Realizar difusion de un caso de endometrioma en pared abdominal
MATERIALES Y MÉTODOS: Paciente, 34 años, G2 C1 (2007, ruptura prematura de membranas + producto pretérmino), actualmente embarazo de 38.3 semanas, diabética gestacional diagnosticada a la semana 29 en tratamiento con metformina, hipertensión crónica diagnosticada hace 6 años en tratamiento con alfametildopa. Acude al servicio de tococirugía programada de la consulta externa por embarazo de término + DMG + HASC + Bishop desfavorable para conducción + obesidad. Paciente se refiere asintomática al ingreso, con adecuada movilidad fetal, niega pérdidas tranvaginales, niega actividad uterina; durante interrogatorio complementario refiere que

desde hace 11 años, posterior a su cesárea, presenta parestesia y distensión en hemiabdomen inferior, así como dolor intenso y cíclico en sitio quirúrgico, coincidente con su periodo menstrual, tratada por médico familiar por diagnóstico de colitis crónica y síndrome premenstrual, con analgésicos y antiespasmódicos. Niega dispareunia o dismenorrea. Se procede a la realización de incisión tipo Pfannenstiel, y se inicia abordaje de tejido celular subcutáneo, encontrando tumoración amarillenta y lobulada, de aspecto anfractuoso y consistencia aumentada, que en su totalidad de fragmentos mide 9x5.5x4cm, la cual se diseca de manera extensa, enviándose tejido a patología a estudio definitivo. Se realiza evento quirúrgico de cesárea sin complicaciones.

RESULTADOS: Se recaba posteriormente resultado de patología el cual reporta tejido con cambios deciduales acentuados del estroma, de conformación nodular, con hallazgos histológicos concordantes con endometriosis.

CONCLUSIÓN: La endometriosis de pared abdominal suele confundirse con otras patologías médico-quirúrgicas que aparecen en la misma zona. Se estima que su incidencia a nivel de cicatriz de cesárea oscila entre el 0.03-0.47%, teniendo mayor índice de endometrioma si la cirugía se realiza durante el segundo trimestre por el alto índice de pluripotencialidad de la decidua temprana (hasta 1.08%). Tiempo promedio de aparición entre 3.5 hasta 14 años posterior a la implantación.

TRABAJO EN CARTEL.
Mampara 121

Cardiomiopatia periparto

Erik Noé Gudino Ruiz, Nefi Salazar Hernández, Orlando Pacheco Martínez y Lorena Chrissie Oceguera Palao

UMAE 23, Hospital de Ginecologia y Obstetricia Dr. Ignacio Morones Prieto, Monterrey, Nuevo Leon.

ANTECEDENTES: La insuficiencia cardiaca en el puerperio se reconoció por primera vez en siglo 19. La cardiomiopatía periparto (PPCM) no es causada por el agravamiento de una enfermedad subyacente. El estrés hemodinámico llega a su punto máximo justo antes del nacimiento y la sobrecarga de volumen se reduce gravemente posterior al nacimiento, cuando comúnmente se presente la PPCM. Hoy en día es aceptado ampliamente que la PPCM es diferente a cualquier otro tipo de Insuficiencia Cardiaca, aunque el fenotipo se asimile al de la cardiomiopatía dilatada. La PPCM ha sido definida en múltiples ocasiones. La definición del National Heart Lung and Blood Institute and the Office of Rare Diseases Workshop estipula que se debe de desarrollar durante el ultimo mes del embarazo o dentro de los primeros 5 meses después del nacimimiento. Nosotros creemos que estos limites de tiempo son arbitrarios por lo que proponemos la siguiente definición simplificada. La cardiomiopatía periparto es una cardiomiopatía idiopática que se presenta con Insuficiencia cardíaca secundario a función distolica – sistolica del ventrículo izquierdo hacia en final del embarazo o en los meses siguientes a la resolución de este, en donde no se encuentra una causa clara de la insuficiencia cardiaca. Es un diagnostico de exclusión. El ventrículo izquierdo puede estar o no dilatado pero la fracción de eyección casi siempre esta por abajo de 45%. La incidencia no se ha establecido a nivel mundial, pero en los EUA se calcula de 1 en 2500-4000 y 1 en 1000 en Sur África.

OBJETIVO: Informar un caso clínico de Cardiomiopatia Periparto y embarazo con la finalidad de proporcionar una visión general práctica y concisa de la presentación, evaluación y tratamiento de Cardiomiopatia Periparto.

MATERIALES Y MÉTODOS: Se trata de un caso de multigesta de 33 años que es derivada de 2ndo nivel de atención a la consulta de Embarazo de Alto Riesgo de la UMAE 23 en el primer trimestre de embarazo. Sin antecedentes hereditarios y familiares de importancia, Antecedentes Ginecoobstetricos: Menarca a los 12 años, Frecuencia menstrual de 28 x 5 días, Gesta 2 Cesárea 1 en 2008 por probable tromboembolismo pulmonar, fecha de ultima regla: 05 de diciembre del 2017 con fecha probable de parto: 12 de Septiembre del 2018, con 18.5 semanas de gestación por ultrasonido del primer trimestre del día 15 de febrero del 2018 con 10.6 semanas de gestación. Como antecedentes de importancia en 2008, en su embarazo anterior posterior a la interrupción del embarazo vía abdominal presento paro cardiorrespiratorio durante el evento quirúrgico en donde se le realizaron maniobras de reanimación básicas y avanzadas, con una estancia de 48 horas en Unidades de Cuidados Intensivos de la UMAE 23, manejada con inotrópicos y vasopresores con diagnostico de miocardiopatía idiopática. Actual. Recibe su primera cita en Embarazo de alto Riesgo el día 11 de Abril del 2018 con diagnostico de Embarazo de 18.5 semanas de gestación mas Miocardiopatía Dilatada Idiopática. Enviada por Miocardiopatía Idiopática con Ultrasonido Cardiaco transtoracico que refleja Miocardiopatía con una FEVI al 45 % y Electrocardiograma con ritmo sinusal a 75 latidos por minuto con trastorno inesperado de repolarización y pobre R de V1 a V3, en tratamiento con acido acetil salicílico. Al momento del

envió la paciente se encontraba totalmente asintomática, negando palpitaciones, fatiga o disnea. Se realizo ultrasonido obstétrico el cual mostro los siguientes resultados: producto único vivo cefálico con dorso a la izquierda, latido cardiaco presente, placenta posterior grado uno y liquido amniótico normal con un peso fetal estimado de 328 gramos. Fetometria de 19.6 Semanas. Se realiza envió a Medicina Fetal por marcadores ecográficos del primer trimestre con sospecha de síndrome de Down por ultrasonido de medio privado. Se realiza Ultrasonido Anatómico el día 02 de mayo del 2018 el cual reporto lo siguientes resultados: Sin alteraciones anatómicas aparentes; liquido amniótico normal. Placenta fundica grado 2, genero masculino, fetometria de 22. 6 semanas con el siguiente comentario: Se observa múltiples quistes a nivel renal derecho que comunican entre si, no se aprecia nefromegalia, no hay datos de reforzamiento cortico medular, sin dilatación pielica; a descartar enfermedad multiquistica Renal, No marcadores de aneuplodia de segundo trimestre. El día 08 de mayo del 2018 es valorada por Cardiología de la UMAE 23 quien clasifica como NYHA 1 ya que niega angina o disnea o alguna restricción. Se realiza Ultrasonido Cardiaco Transtoracico el cual muestra FEVI del 39% con acinesia del ápex y FEVI 45% con Insuficiencia Mitral Leve con Insuficiencia Tricúspidea Leve y Electrocardiograma normal. Se comenta que cuenta con alto riesgo de presentar alteraciones durante la extracción del producto mediante cualquier vía por lo que se recomienda evitar el pujo, se continuo tratamiento de acido acetil salicílico. Durante el control prenatal siguiente no presento alteraciones ni hospitalizaciones por complicaciones relacionadas al embarazo o a su patología de base. El día 13 de agosto del 2018 se realiza ultima valoración por Embarazo de Alto Riesgo con 36.3 semanas de gestación, se realizo ultrasonido obstétrico el cual reporto los siguientes hallazgos: Producto único vivo, cefálico, dorso a la izquierda, latido cardiaco presente, con liquido amniótico normal y placenta posterior grado 1, peso fetal estimado de 3050 con fetometria de 36.3 semanas, se realiza Prueba sin estrés la cual se muestra reactiva. El día 15 de Agosto del 2018 alas 17:31 horas acude a urgencias para valoración totalmente asintomática. Es valorada por Medicina Critica de la UMAE 23 quien sugiere interrupción del embarazo vía abdominal. El día 16 de Agosto del 2018 se decide interrupción por vía abdominal programada, durante el acto quirúrgico se cuantifico un sangrado de 400 mililitros sin complicaciones agregadas tanto quirúrgicas como las relacionadas a su patología de base. Se obtuvieron los siguientes resultados perinatales: fecha y hora de nacimiento: 16 de Agosto del 2018 a las 19:02, Sexo: Masculino, APGAR 7/8, Peso: 2745. Se utilizaron uterotonicos de primera línea sin presentar complicaciones. Es revalorada por Medicina Critica a las 21 horas quien estipula que debido a que durante el embarazo y el transoperatorio la paciente se mantiene estable con una clase funcional NYHA I no amerita manejo dentro de UCIA por lo que pasa a vigilancia en puerperio patológico. Curso con una estancia hospitalaria de 3 días en la cual no se presentaron complicaciones relacionadas a su patología de base por lo que se decide alta con cita a cardiología y cita a puerperio patológico de la UMAE 23, se agrega acido acetil salicílico al manejo establecido.

RESULTADOS: Se obtuvieron los siguientes resultados perinatales: fecha y hora de nacimiento: 16 de Agosto del 2018 a las 19:02, Sexo: Masculino, APGAR 7/8, Peso: 2745. Se utilizaron uterotonicos de primera línea sin presentar complicaciones. Es revalorada por Medicina Critica a las 21 horas quien estipula que debido a que durante el embarazo y el transoperatorio la paciente se mantiene estable con una clase funcional NYHA I no amerita manejo dentro de UCIA por lo que pasa a vigilancia en puerperio patológico. Curso con una estancia hospitalaria de 3 días en la cual no se presentaron complicaciones relacionadas a su patología de base por lo que se decide alta con cita a cardiología y cita a puerperio patológico de la UMAE 23, se agrega acido acetil salicílico al manejo establecido.

CONCLUSIÓN: La PPCM se mantiene como una condición difícil tanto para el diagnostico como para el tratamiento. Las definiciones anteriores enfatizaban un tiempo estricto y cortes ecocardiograficos para el diagnostico, lo cual puede haber llevado a mujeres con esa condición no haber sido diagnosticadas. La rareza de esa condición y la falta de pericia para realizar un diagnostico oportuno. Se necesitan datos epidemiológicos concisos para poder establecer los diferentes modos de presentación y a si mejorar los tipos de tratamiento. Aunque es una patología cardiológica es de suma importancia que el Obstetra tenga en mente este tipo de casos en una paciente que al final de la gestación y al termino de la misma sospechar el diagnostico en una paciente que presente sintomatología similar.

TRABAJO EN CARTEL.
Mampara 122

Quiste del conducto de Nuck como etiología inusual de tumo-

ración en labio mayor: Reporte de un caso

Ángel Moreno Colin, Gerardo Rodríguez Aguiñiga y Annette Valeria Gaspard Cervantes
Hospital de Ginecología y Obstetricia Instituto Materno Infantil (IMIEM), Estado de México.

ANTECEDENTES: El canal de Nuck fue descrito por el Anatomista Anton Nuck en 1691, El quiste del canal de Nuck es una entidad clínica poco frecuente sin embargo su descripción se remonta al año de 1854 por Stanley, en 1892 Coley realizo un informe de 30 casos nuevos mediados del siglo XX como ejemplo de esto nos encontramos con un artículo de 1941 donde se describen 17 casos de esta entidad (1-2). Se define a esta enfermedad como la persistencia del processus vaginalis el cual debería desaparecer durante el primer año de vida. (3) Si este proceso no se lleva acabo se forma un quiste debido a la acumulación de líquido Existen los tipos I, II y III y se puede asociar a hernia inguinal. El diagnostico se realiza a través de ecografía y requiere exéresis quirúrgica.
OBJETIVO: Reportar un caso de Quiste de Nuck, su diagnóstico clínico, ultrasonografico, así como su tratamiento en el Instituto Materno Infantil del Estado de México.
MATERIALES Y MÉTODOS: Se presenta caso de paciente de 56 años, con presencia de masa en labio mayor izquierdo de 2 años de evolución, con características clínicas y ecográficas del quiste del conducto de Nuck.
RESULTADOS: Se trata de paciente femenino de 55 años con antecedentes de Hipertensión arterial y Diabetes Mellitus de larga evolución, así como dislipidemia de reciente diagnostico en tratamiento con ibesartan, metoprolol, Metformina y bezafibrato, además cuenta con antecedente de bartholinitis de repetición acompañado de crecimiento de labio mayor izquierdo de 2 años de evolución. Acude a consulta del servicio de Urgencias de nuestra institución por presentar dolor en labio mayor izquierdo el cual se irradia a región inguinal ipsilateral, se encuentra con aumento de tamaño, eritematoso, sospechándose de un nuevo episodio de repetición sin embargo se encuentra con una tumoración quística de aproximadamente 3.5 cm en el labio mayor izquierdo, el cual presenta consistencia blanda. No hay cambios de tamaño con la maniobra de Valsava. No fue posible realizar reducción del quiste, se realizó maniobra de translucencia el cual fue positiva, se encuentra con hipertrofia vulvar y datos de hiperestrogenismo local, sospechándose diagnóstico de Quiste del Conducto de Nuck. Se realizó rastreo ultrasonográfico donde se logró identificar imagen anecoica, con reforzamiento posterior, con dimensiones de 34x 31 mm, que continúa a través del conducto inguinal, en forma de "coma", sin cambios en las maniobras de Valsalva. Flujo vascular ausente con el estudio Doppler color, sugestivo de quiste del canal de Nuck. Previo control de comorbilidades se realizó exploración del canal inguinal encontrándose como hallazgo trasoperatorio la presencia de Quiste el cual alojaba al ligamento redondo, presentando en su interior líquido transparente. La pieza quirúrgica fue enviada al servicio de patología reportándose quiste mesotelial el cual es compatible con quiste del conducto de Nuck.
CONCLUSIÓN: La prevalencia del quiste de Nuck continúa siendo baja sin embargo debe tomarse en cuanta como diagnóstico diferencial en el abordaje de masa inguinal en mujeres, de esta manera se puede evitar realizar diagnósticos inadecuados, como en el caso que hemos presentado, hay que tomar en cuenta que el diagnóstico de Quiste de Nuck puede coexistir con diversas patologías tanto nivel local como abdominal por lo que se debe sospechar del diagnóstico a pesar de contar con múltiples diagnósticos. En los últimos años se han realizado avances en el diagnostico a nivel de gabinete con un auge especial en las técnicas ecográficas sin embargo aún no existe un consenso sobre su diagnóstico. El tratamiento se realiza de manera quirúrgica, debiéndose enviar la pieza para la confirmación histopatológica. Debemos tener en cuenta el diagnostico de quiste de Nuck como parte del diagnóstico diferencial en el abordaje de una masa inguinal en mujer.

TRABAJO EN CARTEL.
Mampara 123

Quiste suburetral. Reporte de 4 casos

Sara María Ponce San Martin, Jaime Ignacio Cevallos Bustillos, Carlos German Arredondo Gálvez y Lucrecia García Hernández
Hospital General Tláhuac, Ciudad de México.

ANTECEDENTES: Existe prevalencia de quiste suburetral en mujeres adultas del 1-5%1, representan menos de 0.5% de las malformaciones congénitas de las vías urinarias en los recién nacidos.2 Está reportada una incidencia de 1:2000 a 1:7000 nacimientos femeninos.3 Se presentan típicamente de los 25 a los 60 años.1
OBJETIVO: Describir el manejo de 4 casos de quiste suburetral en nuestra institución
MATERIALES Y MÉTODOS: En forma retrospectiva analizamos los ingresos hospitalarios de 4 pacientes con diagnóstico de quiste suburetral entre marzo de 2015 a marzo del 2017. Los datos fueron capturados

a través de los expedientes clínicos. El diagnóstico se realizó basado en la historia clínica, exploración física y para descartar comunicación se realizo cistoscopia.

RESULTADOS: Las pacientes acudieron a consulta por la presencia de una tumoración en región vulvar, dos de estas pacientes fueron referidas de una unidad de primer nivel. Dicha tumoración presentaba un diámetro de 2 a 5 cm , con una evolución de 2 a 12 meses. Las tumoraciones eran de consistencia blanda, elástica, y solo en una paciente se observo salida de líquido uretral al comprimir la tumoración.

CONCLUSIÓN: Para el diagnóstico de quiste suburetral se requiere historia clínica y exploración física completa, cistografía y ultrasonido. Con la certeza de un quiste suburetral sintomático, la cirugía es el tratamiento de elección. La lesión uretral es un riesgo quirúrgico, y si se advierte durante la cirugía debe ser reparada inmediatamente. No encontramos reportado ninguna fístula uretrovaginal en la literatura como complicación después de una resección. En las consultas de seguimiento, las pacientes presentaron mejoría sintomática, con lo que concluimos que el mejor tratamiento es la resección de los quistes suburetrales.

TRABAJO EN CARTEL.
Mampara 124

Manejo de sinequia de labios menores a consecuencia de liquen escleroso vulvar

Hernández Arvizu Esaúl, Valenzuela Aceves Laura Patricia, Heredia Cimental Diana Carolina y Granados Macías Adi Meridh Bat-Eli
Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de Gineco-Pediatría 48, IMSS, León, Guanajuato.

ANTECEDENTES: El liquen escleroso vulvar es una dermatosis inflamatoria crónica de la piel y mucosas que comúnmente afecta a la región anogenital. A nivel mundial se ha reportado una prevalencia de 1.7%, en la práctica ginecológica. Por lo general, se presenta en pacientes entre 40 y 60 años, principalmente en la posmenopausia, pero puede surgir a cualquier edad, incluso en la infancia (9%). Se desconoce su etiología, pero se ha reportado una asociación con patologías autoinmunes. El cuadro clínico característico es la presencia de prurito, quemazón vulvar, disuria, dispareunia y disfunción sexual, sin embargo, hasta en el 50% puede ser asintomático. Es típica la distribución anogenital en forma de 8, con el surgimiento de cicatrices y sinequias que pueden terminar con la fusión de los labios menores, introito vulvar o la desaparición del clítoris. Existe un riesgo del 4-6% de evolucionar a carcinoma espinocelular.

OBJETIVO: Describir el abordaje en un caso de sinequia de labios menores por liquen escleroso vulvar.

MATERIALES Y MÉTODOS: Paciente femenino de 32 años de edad, con síndrome de Down e hipotiroidismo (diagnosticado hace 8 meses), sin tratamiento; menarquia a los 11 años, ciclos menstruales irregulares (28 a 45 por 3 a 8 días), sin inicio de vida sexual. Acudió a consulta por presentar disuria, tenesmo y micción en gotas, desde hace 6 meses. A la exploración física se encontró fusión parcial de labios menores y atrofia severa, por lo que se envió a valoración por urología ginecológica y a endocrinología para control de hipotiroidismo. En el servicio de urología, se realizó dilatación uretral, con dilatadores Van Buren hasta 12 Fr, la cual no toleró; se dejó tratamiento con estrógenos tópicos. Un mes después, se programó a la paciente para dilatación uretral bajo anestesia, durante el procedimiento se observó fusión completa de labios menores y un orificio menor a 0.5 cm en el tercio superior de la región vulvar. Se intentó canalizar con sonda Foley 8 Fr y sonda de alimentación 5 Fr, sin éxito. Se sospechó probable malformación Mulleriana y estenosis uretral, por lo que se le pidió a la paciente una urografía excretora y ultrasonido pélvico y renal, reportándose normales.

RESULTADOS: Se realizó cirugía con dilatadores pediátricos a nivel uretral, descartando estenosis uretral, se encontró una delgada capa de 3 mm de grosor, que unía a los labios menores, la cual se disecó con cauterio. Se hizo una cistoscopia para descartar alteraciones estructurales a nivel vesical y se suturaron los bordes vulvares con Vycril 1-0. Se citó a la paciente una semana después para control, presentándose mejoría miccional y adecuada evolución postquirúrgica.

CONCLUSIÓN: La sinequia de labios menores es poco frecuente y su causa es difícil de diagnosticar debido a las diversas patologías a descartar. La realización de una historia clínica y exploración ginecológica nos orienta hacia el mejor manejo.

TRABAJO EN CARTEL.
Mampara 125

Relación entre glucosa basal sérica baja durante la curva de tolerancia a la glucosa y el peso bajo al nacer

Anais Berlanga Garza, Flavio Hernández Castro, Cristina Aidé Ramírez Colunga, Donato Saldívar Rodríguez y Juan Antonio Soria López
Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, Nuevo León, Monterrey.

ANTECEDENTES: La glucosa es un sustrato energético simple pero muy importante para el desarrollo y crecimiento fetal. La asociación entre hiperglucemia materna en embarazos complicados con diabetes gestacional con macrosomía fetal, distocia de hombros y resultados adversos para el binomio es bien conocida. Por otra parte, la hipoglucemia materna ha sido reportada como un posible factor de riesgo para desarrollar restricción del crecimiento intrauterino y resultados fetales adversos. Esta asociación entre glucemia baja tanto en los resultados de la carga rápida de glucosa (CRG) como en la curva de tolerancia a la glucosa (CTG) con peso fetal/neonatal bajos no ha sido reportada en nuestra población y su estudio podría ser útil para identificar tempranamente a fetos en riesgo.
OBJETIVO: Determinar la asociación que tiene la glucemia basal de la CTG con el peso al nacimiento por debajo del percentil 10 para la edad gestacional (PNm10).
MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio observacional, longitudinal y comparativo, tipo cohorte en el cual se registraron los valores de glucemia sérica a los 0, 60 y 120 minutos obtenidos durante la realización de la CTG 75 gramos en mujeres entre las 24 y 34 semanas de gestación quienes consecutivamente acudieron a la realización del estudio como parte de su control prenatal. Se excluyeron las pacientes que no realizaron adecuadamente la prueba, las que tenían antecedente de patología materna o fetal que pudiera influenciar el crecimiento intrauterino, así como aquellas con patología o uso de fármacos que pudieran modificar el estudio o evolución de la gestación. Se excluyeron los fetos con riesgo aumentado de RCIU en tamizaje de primer trimestre, datos ecográficos de aneuploidía y/o anomalías estructurales. Fueron eliminados los casos con datos incompletos y aquellos en los que posterior al nacimiento se identificaron datos de patología fetal que pudieran haber modificado el peso al nacer. Se registraron las características maternas al ingresar al estudio, edad gestacional al realizar la CTG, edad gestacional y peso al nacimiento. Éste último dato se clasificó según el percentil para la edad gestacional asignado en las tablas de Fenton de acuerdo al género del recién nacido. El análisis estadístico fue realizado con el paquete SPSS versión 22. La pacientes fueron divididas según se determinó una glucosa sérica basal menor al percentil 10 (GBm10). La normalidad de los datos fue evaluada con prueba Kolmogorov Smirnov y posteriormente comparados según características de las mediciones: cuantitativas con t Student ó U de Mann-Whitney según su distribución paramétrica. Las cualitativas dicotómicas con prueba exacta de Fisher ó X2 . Se calculó la relación entre GBm10 con PNm10 por medio de Tau b de Kendall. Finalmente se elaboró una curva de característica operativa del receptor (COR) para calcular el área bajo la curva (ABC) de la glucosa basal para predecir neonatos con PNm10. El tamaño muestral se calculó con un nivel de significancia de 0.05 y potencia de 80%, con una fórmula de diferencia de proporciones, contrastando la prevalencia de recién nacidos con peso bajo de nuestra población de 13.5%6 con la reportada de 24.7%7 en un estudio donde se encontró relación entre la CRG 50 gramos y peso bajo al nacer.
RESULTADOS: Se estudiaron 114 pacientes de las cuales 7 (6.1%) fueron eliminadas por datos incompletos durante el análisis. Los valores de la glucosa basal tuvieron una distribución paramétrica, determinándose el percentil 10 en 60 mg/dL. Se incluyeron 107 mujeres, las cuales fueron divididas en 2 grupos según presentaron GBm10. Características como edad materna, proporción de madres adolescentes, índice de masa corporal (IMC) y obesidad se compararon entre ambos grupos sin encontrar diferencia estadística. Se determinó diferencia al comparar la glucosa basal y a los 60 minutos entre ambos grupos, pero no a los 120 minutos. No se diagnosticó diabetes en el grupo con GBm10. No se encontró diferencia estadística entre los grupos en relación a la edad gestacional en que se realizó la CTG, género de los recién nacidos ni peso al nacer, pero si en la proporción de neonatos con PNm10. (9% contra 42.8%, p=0.030). Aunque se estimó un riesgo significativo (RR 7.58, IC 95% 1.46-39.33, p=0.030) de tener un recién nacido con PNm10 en aquellas mujeres con GBm10, la sensibilidad y valor predictivo (VP) positivo determinados fueron bajos (25 y 42.8%, respectivamente) Esto también se reflejó en el coeficiente de correlación obtenido por Tau b de Kendall 0.265, p=0.006 y en el ABC 0.396, IC 95% 0.207-0.585 de la COR.
CONCLUSIÓN: La GBm10 durante la CTG se relacionó con PNm10, aunque débilmente. La sensibilidad y VPP de éste parámetro son bajos para utilizarlo como prueba de tamizaje pero podría utilizarse como otra herramienta para identificar fetos con mayor posibilidad de crecimiento anormal.

TRABAJO EN CARTEL.
Mampara 126

Comparación de la utilidad entre la progesterona, cerclaje y pesario en la prevención de prematuridad en población de alto riesgo del hospital de especialidad

María De La Luz Bermúdez Rojas, Jorge Delgado Flores, Lucero Brito Barajas, Helder Ayón Flores y Carlos Magaña Abaraca
Hospital de Especialidades Materno-infantil, Centro Estatal de Tamizaje Oportuno, León, Guanajuato.

ANTECEDENTES: La Prematurez representa un verdadero problema de salud pública en nuestro medio, su incidencia varia entre un 5-15%; condicionando altos índices de discapacidad motora y/o sensorial. Un cuello uterino corto, definido convencionalmente como una longitud cervical ecográfica transvaginal de 25 mm en el segundo trimestre del embarazo, es un poderoso factor de riesgo, ya que cuenta con una alta precisión predictiva para el nacimiento prematuro espontáneo <34 semanas de gestación y una precisión predictiva de moderada a baja para nacimiento prematuro <37 semanas en gestaciones simples y gemelas. Multiples terapéuticas se han probado con el objetivo de revertir o disminuir el riesgo de la prematurez, entre ellos el uso de progestera cuya reducción se evidenció en el estudio OPPTIMUM de manera significativa un 34%. (relative risk, 0.62; 95% confidence interval, 0.47e0.81; P 1/4 .0006; high-quality evidence) y para muerte fetal (relative risk, 0.44; 95% confidence interval, 0.18e1.07; P 1/4 .07; low-quality evidence), así como de muerte fetal (relative risk, 0.44; 95% confidence interval, 0.18e1.07; P 1/4 .07; low-quality evidence), el ingreso a la unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN), síndrome de dificultad respiratoria (SDR), morbilidad y mortalidad neonatal compuesta y peso al nacer <1500 g. La medición de la longitud cervical (LC) en la ecografía transvaginal (UTV) realizada en el segundo trimestre es actualmente una de las mejores pruebas predictivas para parto pretérmino espontáneo (PPTe). En los embarazos únicos con LC corta y, en general, sin PPTe previo, se ha demostrado que la progesterona vaginal lo previene. En embarazos únicos con PPTe previo y UTV-LC <25 mm, el cerclaje se asocia con una prevención significativa de la recurrencia de PPT y de la morbilidad y mortalidad neonatal. Una metodología mecánica como es la instauración del pesario se ha llevado a cabo de acuerdo al estudio PECEP, ha demostrado que el PPTe antes de las 34 semanas de gestación fue significativamente menos frecuente en el grupo de pesario que en el grupo de manejo expectante (12 [6%] vs 51 [27%], odds ratio 0 · 18, IC 95% 0 · 08-0 · 37 ; p <0 · 0001); sin informar efectos adversos graves asociados al uso del mismo, aunque otros estudios no muestran su efectividad (3,4,5). Dentro del programa de atención del Centro Estatal de Tamizaje Oportuno (CETO), mediante tamizajes ultrasonográficos de primer, segundo y tercer trimestre para preeclampsia/RCIU, prematurez y defectos al nacimiento (aneuploidías y alteraciones estructurales), que deriva a su ves a las pacientes a un control prenatal con enfoque de riesgo a las unidades de primer y segundo nivel según aplique, con la posibilidad de su seguimiento bisemanal aunado al tratamiento específico a expensas de progesterona vaginal de exisrir incremento de riesgo para prematurez.

OBJETIVO: Comprobar la utilidad en la prevención prematurez de la progesterona, cerclaje o pesario en la población tamizada de la Jurisdicción 7 y 8 del Estado de Guanajuato.

MATERIALES Y MÉTODOS: En el periodo de Enero del 2016 a Agosto del 2017 fueron tamizadas 6,374 pacientes embarazadas de las cuales se diagnosticaron 213 pacientes con riesgo de prematurez correspondiendo al 3.3%, por personal médico certificado en ultrasonografía de 1° y 2° trimestres de gestación (FMF y Fetal Test); con equipos GE Voluson P8, E6 y E8, transductores multifrecuencia; aquellas que resultaron con cervix menores de 25 mm, fueron protocolizadas para infección vaginal y urinaria, con seguimiento bisemanal de condiciones cervicales a traves de ultrasonografía endocavitaria y prescripción de progesterona micronizada vaginal 200 mg diaros hasta semana 34. De presentar acortamiento mayor de 5 mm en los seguimientos, se decidió en base a edad gestacional y características cervicales, la colocación de cerclaje o pesario; continuando con progesterona en ambos casos.

RESULTADOS: De un total de 12,740 tamizajes de primer y segundo, en una población de 6,374 paciente; se obtuvieron un tamizaje positivo para prematurez en 213 pacientes correspondiendo al 3.3% de las pacientes (1.7% del total de tamizajes). Fueron ubicados por rangos de edad correspondiendo 62 (29.1%) para menores de 19 años, 137 (64.3%) para rango de 20 a 34 años y 14 (6.6%) para mayores de 35 años. Como era de esperarse el 32.4% (69) de las pacientes fueron captadas en el tamizaje 1er trimestre; mientras que el 67.9% (144 pacientes) durante el tamizaje de segundo trimestre. En 13 pacientes existía antecedente de partos pretérmino previos: entre 16 a 30 semanas en 6 pacientes, entre la semana 31 a 36 un total de 7, y por último antecedente de partos espontáneos entre la 36 - 37 en 28 pacientes. El grupo mayor correspondió al de la administración de progesterona con un total de 148 (69.5%), seguido de pesario 45 (21.1%), cerclaje 11 (5.2%), gemelos 9 (3.3%). A este respecto es importante mencionar

que como se observa en la tabla el porcentaje mayor correspondió a las pacientes que se les coloco pesarios, lo anterior debido a que solo 12 pacientes (26.7%), fueron captadas de forma temprana y 33 (73.3%) de forma tardia, utilizándose el pesario como rescate y de esta manera prolongar la gestación. Las pacientes a quienes se les realizó cerclaje, el porcentaje mayor fue captado de forma temprana 7 (63.6%) con relación a los captados de forma tardia 4 (36.4%:cerclaje de urgencia). GRAFICA 3. En relación a los 9 gemelos que presentaron riesgo de parto pretérmino, solo en una paciente se requirió la aplicación de pesario a las 28 semanas por acortamiento cervical (20 mm), favoreciendo la continuidad de la gestación hasta la semana 35.En lo referente a los resultados perinatales. Se observo el beneficio relacionado con la variable de intervención en donde podemos observar en menos de 30 semanas el mayor beneficio al no tener el nacimiento a esta edad gestacional fue con el cerclaje con solo 1 paciente (14.3%), seguido por el pesario 2(28.6%) y por ultimo la progesterona con 3 casos (42.9%). En el siguiente estrato correspondiente a 31 a 36 semanas donde también con el cerclaje fue donde se presento menos nacimientos en este periodo solo 7 (4.5%), seguido del pesario 11 (28.2%) y por ultimo la progesterona con 23(59.0%) y en el ultimo estrato nacimiento después de las 37 semanas momento en el cual se retiro el cerclaje la distribución también fue la misma 7(4.5%) para cerclaje, 29(18.8%), y por ultimo la progesterona 113(73.4

CONCLUSIÓN: La predicción del parto prematuro y la intervención resultante son las bases para su prevención efectiva; existe gran controversia en la eficiencia real de las medidas existentes (progesterona, cerclaje, pesario), en tanto se diseñe un estudio realmente aleatorizado y cuidado, que logre los estándares; desde el punto de vista asistencial, en nuestros países subdesarrollados, la base será la incorporación de un tamizaje temprano que permita llevar un seguimiento evolutivo de las condiciones cervicales en cada trimestre e intervenir de manera oportuna con medidas terapéuticas medicamentosas, mecánicas y/o quirúrgicas. Es importante mencionar que aunque el objetivo del CETO es captar desde el inicio de la gestación a cada paciente embarazada, desafortunadamente, no se ha logrado en un 100% y por ende continuamos teniendo un problema con los RN prematuros.

TRABAJO EN CARTEL.
Mampara 127

Prevalencia de neoplasias vulvares en el sistema Tec Salud del norte de México en los últimos

Rogelio Armando Lozano Galván, Stephanie Itzell Castellanos Pulido y José Eduardo Pérez
Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud TecSalud del Tecnológico de Monterrey, Nuevo León.

ANTECEDENTES: Las neoplasias vulvares representan aproximadamente el 4% de los cánceres ginecológicos a nivel mundial. En México no se cuenta con información reciente sobre la prevalencia e incidencia de estas patologías, especialmente en el norte del país, debido a que la mayor parte de la literatura es centralizada. El objetivo es determinar la prevalencia en los últimos 10 años de patología vulvar de acuerdo a la clasificación de tumores vulvares de la OMS en dos hospitales privados pertenecientes al sistema Tec Salud en el norte del país

OBJETIVO: Las neoplasias vulvares representan aproximadamente el 4% de los cánceres ginecológicos a nivel mundial. En México no se cuenta con información reciente sobre la prevalencia e incidencia de estas patologías, especialmente en el norte del país, debido a que la mayor parte de la literatura es centralizada. El objetivo es determinar la prevalencia en los últimos 10 años de patología vulvar de acuerdo a la clasificación de tumores vulvares de la OMS en dos hospitales privados pertenecientes al sistema Tec Salud en el norte del país.

MATERIALES Y MÉTODOS: Se realizó un estudio retrospectivo y descriptivo a partir de la base de datos del departamento de patología de enero 2008 a marzo 2018. Los criterios de búsqueda utilizados fueron pacientes femeninos sin rango de edad que presentaron alguna patología neoplásica vulvar de acuerdo a la clasificación de Tumores vulvares presentada por la OMS.

RESULTADOS: De 115 lesiones identificadas: 82.60% (95) fueron benignas, 11.30% (13) premalignas y 6.1% (7) malignas. La edad promedio de diagnóstico para lesiones benignas fue 37.7; mientras que para las malignas fue de 64 años. Lesión benigna más frecuente: condiloma con 32.17% (37), mientras que las malignas fueron representadas por los carcinomas epidermoides bien diferenciados 2.60%(3). De todas las neoplasias, la mayor parte de los diagnósticos fue realizado por biopsia escisional (68.90%), mientras que el resto (31.1%) fue por medio de resección incisional.

CONCLUSIÓN: Este estudio muestra la alta prevalencia de lesiones neoplásicas benignas, principalmente de condilomas, con edad promedio del diagnóstico de 37

años. Así como una baja prevalencia de lesiones malignas epiteliales, en donde el más común fue el tumor de células escamosas con un promedio al momento del diagnóstico de 55 años de edad. Sin olvidar la relación de ambas con el virus del papiloma Humano.

TRABAJO EN CARTEL. Mampara 128

Paget vulvar, reporte de caso

Rogelio Armando Lozano Galván, Stephanie Itzell Castellanos Pulido y José Eduardo Pérez
Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud TecSalud del Tecnológico de Monterrey, Nuevo León.

ANTECEDENTES: La enfermedad de Paget extramamaria representa < 1% de las neoplasias vulvares y afecta áreas con mayor densidad de glándulas apocrinas.
OBJETIVO: Debido a su poca frecuencia, se presentan las características clínico-patológicas de un caso.
MATERIALES Y MÉTODOS: Se realizó hemivulvectomía derecha de 9.6 x 4.5 x 4 cm, con lesión de 5.2 x 4 cm, obteniendo bordes quirúrgicos sin células neoplásicas ni carcinoma invasor asociado.
RESULTADOS: La biopsia incisional muestra en la unión dermato-epidérmica células neoplásicas pleomórficas en nidos y patrón pagetoide que desplazan los queratinocitos, positivas para PAS, PAS diastasa y Mucicarmin. En inmunohistoquímica resultan CK7 (+) y p63 (-), diagnosticando enfermedad de Paget Vulvar
CONCLUSIÓN: Debido a que esta patología es una condición poco común, en el que la incidencia exacta se desconoce. Su reconocimiento precoz es imprescindible para evitar un retraso en el diagnóstico y progresión a enfermedad invasora.

TRABAJO EN CARTEL. Mampara 129

Ventana de Implantación endometrial ¿Existen en todas las pacientes?

Gerardo Barroso Villa, Carlos Valdespín Fierro, Alexia Álvarez Lozano, Gabriela Itzé García Campos y Lucia Daniela García Montes
Instituto de Salud Reproductiva e Infertilidad, NASCERE, Ciudad de México.

ANTECEDENTES: Un paso crítico en la reproducción humana es la implantación exitosa de embriones. El endometrio es receptivo durante el periodo conocido como "ventana de implantación", durante el cual se producen cambios a nivel molecular, celular y tisular. Desde el 2002, se han descrito análisis de expresión génica asociados con la receptividad endometrial y RIF (del inglés Recurrent Implantation Failure).
OBJETIVO: Reportar dos casos con antecedente de RIF en las cuales se analizó la ventana de implantación mediante el test ERA (del inglés Endometrial Receptivity Analysis) con resultado no receptivo y probable ventana de implantación desplazada.
MATERIALES Y MÉTODOS: Caso 1. Paciente de 41 años con diagnóstico de infertilidad secundaria (HAM 1.6 ng/mL, FSH 9.1 mUI/mL y LH 4.1 mUI/mL). El tratamiento sugerido consistió en ciclo FIV en fresco; sin embargo, se realizaron dos transferencias intrauterinas conforme a la práctica clínica habitual con resultado negativo. Caso 2. Paciente nuligesta de 39 años con diagnóstico de infertilidad primaria (HAM 0.3 ng/mL, FSH 18 mUI/mL y LH 3.7 mUI/mL). El tratamiento sugerido consistió en ovodonación; sin embargo, se realizó transferencia intrauterina conforme a la práctica clínica habitual con resultado negativo. En ambas pacientes se indicó el test ERA.
RESULTADOS: Caso 1: Test-ERA, P+120 horas con resultado pre-receptivo, se realizaron 4 pruebas de receptividad endometrial ninguna receptiva, incluso con ciclo natural. Se determinó que probablemente la ventana de implantación se encuentra en el periodo de tiempo P+5 (120 horas)/P+5.5 (132 horas) con una duración menor a 12 horas. Caso 2: Test ERA, P+120 horas con resultado post-receptivo, se realizaron 4 pruebas de receptividad endometrial ninguna receptiva. Se determinó que probablemente la ventana de implantación se encuentra en el periodo de tiempo P+3.58 (86 horas)/P+4 (96 horas) con una duración menor a 10 horas.
CONCLUSIÓN: Nuestros resultados demuestran que tanto la ventana de implantación desplazada como la ausencia de receptividad endometrial existen y pueden presentarse independientemente o juntos en la misma paciente con RIF.

TRABAJO EN CARTEL. Mampara 130

Flujometría Doppler de arteria pulmonar en pretérminos previo al nacimiento

Alicia Guadalupe Silva Hernández, Flavio Hernández Castro y Juan Antonio Soria López
Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, Nuevo León, Monterrey.

ANTECEDENTES: El síndrome de dificultad respiratorio (SDR) es una de las causas más comunes de falla respiratoria y muerte neonatal. El principal hallazgo de los estudios de flujometría Doppler es el aumento significativo del ratio At/Et en el tronco de la arteria pulmonar fetal conforme avanza

la gestación, lo cual significa que la distensibilidad de la vasculatura pulmonar aumenta y el promedio de la presión arterial pulmonar disminuye conforme el embarazo avanza.
OBJETIVO: Determinar la utilidad de la flujometría Doppler de arteria pulmonar para la valoración de maduración pulmonar fetal.
MATERIALES Y MÉTODOS: Se está realizando un estudio observacional, transversal, comparativo, prospectivo a mujeres embarazadas de 23 a 37 sdg, cuyo parto se llevara a cabo las próximas 48 horas del ingreso. Se midió por flujometría Doppler el ratio At/Et, con técnica establecida y se registraron resultados perinatales. Se tomo como punto de corte 0.29 para predictor de dificultad respiratoria.
RESULTADOS: Se reclutaron 51 pacientes, 2 fallecieron al nacer, ambos por prematurez extrema, 7 (13.7%) desarrollaron dificultad respiratoria. La media del radio AT/ET para aquellos que desarrollaron dificultad respiratoria fue de 0.26 ± 0.106.
CONCLUSIÓN: Se continuar con el estudio Doppler de arteria pulmonar y realizar asociación al tener la muestra completa para comprobar la efectividad del estudio.

TRABAJO EN CARTEL.
Mampara 131

Experiencia del tamizaje del primer trimestre para preeclampsia, RCIU, prematurez y defectos al nacimiento

Ma. De La Luz Bermúdez Rojas, Jorge Delgado Flores, Carlos Magaña Abarca, Helder Ayón Flores y Javier Iban Manzanarez Quadros
Hospital de la Secretaria de Salud del Estado De Guanajuato.

ANTECEDENTES: La ciencia médica, a nivel nacional e internacional ha desarrollado importantes avances en materia de investigación científica que permiten establecer mejores prácticas médicas en servicios propios de atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, así como la atención de la persona recién nacida en los primeros 28 días de vida, a fin de lograr disminuir la morbimortalidad materno-perinatal o en su defecto limitar sustancialmente el daño.
OBJETIVO: Mostrar los resultados de la estrategia específica de incorporación del tamizaje sistematizado en primer, segundo y tercer trimestre para Preeclampsa,/RCIU, Prematurez y Defectos al nacimiento mismos a población embarazada de la secretaria de salud del estado de Guanajuato en el periodo comprendido del 1 de Agosto de 2014 al 31 de Agosto del 2017.
MATERIALES Y MÉTODOS: Se realizó en el Centro Estatal de Tamizaje Oportuno(CETO) un estudio cuasi experimental, transversal con inicio el 1 de Agosto del 2014, y con fecha de término el 31 de Agosto del 2017 a pacientes obstétricas de la red León, ISAPEG del Estado de Guanajuato (Municipios de León, Manuel Doblado, Purisima , San Francisco del Rincón, Romita y Silao), cuyos nacimientos anuales oscilan entre un total de 14 a 18,000, se realizó un programa de tamizaje secuenciales por trimestre, por vía ultrasonográfica para cálculo de riesgo de Preeclampsia, RCIU, Prematurez y Defectos al Nacimiento (DN) a través de la utilización del software de la FMF.
RESULTADOS: Fueron evaluados un total de 9707 pacientes embarazadas, en el periodo comprendido entre el 1 de Agosto del 2104 y el 31 de Agosto del 2017, derechohabientes del seguro popular, las cuales fueron revisadas en unidades de primer nivel de atención correspondiente a la Jurisdicción VII (Casa Blanca, Floresta, Miguel Aleman y Trojes), asi como de la Jurisdicción VIII (San Francisco del Rincón y Purisima de Bustos), las cuales se les realizó tamizaje de Primer trimestre a una edad gestacional calculada por FUM a las 11-13.6 semanas.
CONCLUSIÓN: Este programa es de nueva creación por su modelo de atención el cual involucra a médicos generales, capacitados y certificados por FMF, lo que permite una cobertura mayor para la identificación de variables que ponen en riesgo la vida del binomio madre-hijo y poder tenerlas controladas.

TRABAJO EN CARTEL.
Mampara 132

Cáncer de mama bilateral sincrónico, Reporte de Caso y Revisión de Literatura

Esaúl Hernández Arvizu, Cecilia Natalia García Torres, Pablo Felipe Gasca Alba, Ángela Michelle González Ventura y Jesús Abdiel Hernández Coronado
Unidad Médica de Alta especialidad, Hospital de Gineco-Pediatría 48, IMSS, León, Guanajuato.

ANTECEDENTES: El cáncer de mama bilateral se puede dividir en sincrónico, cuando el cáncer en ambas mamas se presenta simultáneamente, o asincrónico o cuando el cáncer se presenta en tiempos diferentes. Estudios moleculares muestran que el estado en las mutaciones del cáncer bilateral difiere con la teoría de un origen celular común y de que sea un evento metastásico. Los cánceres bilaterales sincrónicos pueden ser subdivididos en dos grupos, el primero consiste en signos y síntomas presentes en ambas mamas y el segundo en un cáncer contralateral no palpable y diagnosticado por imagen pre-

cipitado por el diagnóstico inicial Los factores de riesgo para cáncer de mama contralateral son: edad temprana de diagnóstico, historia familiar de cáncer, histología lobular, mutación BRCA1 o 2 (riesgo a 10 años 25-30%) o CHECK 2 El riesgo de cáncer de mama contralateral es mayor en mujeres cuyo cáncer primario es ER negativo. El HER 2 no predice riesgo de cáncer contralateral. El exceso de concordancia en los estados de receptores hormonales como ER y HER 2 sugiere que los subtipos de cáncer de mama están determinados durante los estadios tempranos de carcinogénesis sugiriendo que los pacientes están predispuestos a un tipo particular de cáncer.

OBJETIVO: Reportar el caso de paciente con cáncer de mama sincrónico bilateral, exponer evidencia bibliográfica sobre su incidencia, factores de riesgo y evaluación.

MATERIALES Y MÉTODOS: Femenino de 62 años portadora de Diabetes e Hipertensión acude al servicio de oncoginecología con historia de Ca mama bilateral sincrónico post-operada de Mastectomía Radical Modificada bilateral.

RESULTADOS: Femenino de 62 años portadora de Diabetes e Hipertensión acude al servicio de oncoginecología con historia de Ca mama bilateral sincrónico post-operada de Mastectomía Radical Modificada izquierda el 5/03/17 con histopatología de Carcinoma Metaplásico Mixto con diferenciación de células fusiformes escamosas con degeneración quística de 7cm patológico IIB pT3pN0M0 con inmunohistoquímica ER-, PR – y HER2- (Triple negativo) [figura 1], además de Mastectomía Radical Modificada derecha el 12/09/17 con resultado histopatológico de Carcinoma ductal infiltrante pT2pN0M0, con receptores ER + y HER2- (Luminal A) [figura 2].Se completaron ciclos de radioterapia y actualmente en tratamiento quimioterapéutico por oncología médica.

CONCLUSIÓN: La incidencia del cáncer de mama bilateral ha demostrado ir en aumento, en rangos desde 1.4% hasta el 12%. El pronóstico de mujeres con cáncer de mama bilateral no es mucho peor que el unilateral y dependerá siempre del tipo histológico y los resultados de inmunohistoquímica. Muchos tratamientos del cáncer de mama tienen la posibilidad de modificar el riesgo de cáncer en la mama contralateral, incluido el tamoxifeno, inhibidores de la aromatasa y agentes quimioterapéuticos. No se recomienda actualmente IRM para detección de Cáncer de mama bilateral porque no ha demostrado reducir la mortalidad y puede llevar al sobrediagnóstico. Se recomienda mastografía de control anual.

TRABAJO EN CARTEL.
Mampara 133

Porencefalia congénita de la línea media

Sandra Acevedo Gallegos, Juan Manual Gallardo Gaona, Berenice Velázquez Torres, Dulce María Camarena Cabrera y José Antonio Ramírez Calvo, Julio Macías Sandoval
Instituto Nacional de Perinatología, Ciudad de México.

ANTECEDENTES: La porencefalia describe una cavidad llena de líquido en comunicación abierta con los ventrículos laterales, con el espacio subaracnoideo o con ambos. Fue descrita por primera vez en 1859 por Heschl como una cavidad o hendidura de la corteza cerebral. Se divide en dos grupos principales: la porencefalia del desarrollo y la porencefalia encefaloclástica congénita.

OBJETIVO: La porencefalia es una patología fetal que se ha descrito como una o múltiples lesiones cerebrales quísticas que comunican con los ventrículos, con el espacio subaracnoideo o con ambos. Se ha considerado que la diferencia entre la esquizencefalia y la porencefalia, es que la primera es una alteración de la migración neuronal, mientras que la segunda se debe a un insulto vascular. Sin embargo, es probable que ambas tengan un origen en común.

MATERIALES Y MÉTODOS: Se realiza la presentación de un caso clínico que consideramos relevante, dado que no existe en la literatura latinoamericana el reporte de esta patología.

RESULTADOS: Se asesora a paciente que decide interrupción del embarazo por pobre pronóstico fetal. Se obtiene feto fenotípicamente masculino con huesos del cráneo con fontanelas amplias, encefalocele en región parieto-occipital izquierda, paladar íntegro, pabellones auriculares de adecuada implantación, tórax simétrico, abdomen sin alteraciones en cordón umbilical, genitales fenotípicamente masculinos, esfínter anal permeable, extremidades simétricas superiores e inferiores sin alteraciones. Se realiza estudio de cariotipo con muestras de sangre fetal y cordón umbilical negativo para cromosomopatías, aunque no se corroboran otros estudios que también son compatibles con porencefalia como COL4A1 o SHH. Se envía a Patología que reporta encefalopatía hipóxico-isquémica consistente en esquizencefalia bilateral de labio cerrado.

CONCLUSIÓN: En la búsqueda de la literatura, se ha descrito el término de porencefalia congénita de la línea media, el cual consiste en la presencia de un quiste intracraneal de la línea media, mismo que se presenta en conjunto con

la presencia de hidrocefalia y la presencia ed anomalías del cuero cabelludo parietal en la línea media (alopecia o cefalocele). Se podría deducir que la lesión se inicia con la característica de un quiste porencefálico que evoluciona hacia una lesión con una extensión característica de la esquizencefalia, favoreciendo desde etapas tempranas la formación del cefalocele. Existe una tendencia de englobar ambos términos, quiste porencefálico y esquizencefalia, dentro del grupo de porencefalia, distinguiendo a la porencefalia del desarrollo o porencefalia verdarera de la porencefalia encefalocástica congénita o porencefalia falsa. Nuestro caso se categorizaría dentro del grupo de la porencefalia del desarrollo.

TRABAJO EN CARTEL.
Mampara 134

Cáncer de endometrio y fertilización in vitro

Axdruval Ávila Elizalde, Selene Rivera Narváez, Leslie Herrera Sifuentes y Raúl Mejía Gallegos
Hospital Green Care, Unidad Torreón, Coahuila.

ANTECEDENTES: Es la segunda neoplasia ginecológica a nivel mundial, más común en la peri y postmenopausia. Seis veces más frecuente en países desarrollados que en no desarrollados. En México ocupa el tercer lugar de los cánceres ginecológicos.
OBJETIVO: Deben de incluirse en un programa de escrutinio desde los 45 años a pacientes con 2 ó más factores de riesgo (DM, obesidad, exposición crónica a estrógenos sin oposición, uso de tamoxifeno). Mujeres posmenopáusicas con sangrado transvaginal, realizar biopsia endometrial preferentemente mediante histeroscopia. Mujeres consideradas de alto riesgo por historia familiar de cáncer de colon no polipósico (síndrome de Lynch tipo ll) , iniciar programa de escrutinio a los 35 años.
MATERIALES Y MÉTODOS: Se deberá practicar un estudio citológico cervicovaginal, pero la evaluación inicial del paciente con alta sospecha de cursar con CE incluye también la ultrasonografía pélvica y transvaginal. El ultrasonido transvaginal determina la apariencia y grosor del endometrio. El endometrio normal se observa homogéneo, hiperecoico y delgado, pero en caso de hiperplasia, pólipos o cáncer esta engrosado y heterogéneo.
RESULTADOS: se consideró que el involucro glandular endocervical deberá ser considerado como estadio I y no como estadio II, y que la citología de liquido de ascitis o lavado peritoneal positiva será reportada separadamente sin cambiar el estadio.
CONCLUSIÓN: Para que las pacientes con cáncer de endometrio sean susceptibles de tratamiento preservador de la fertilidad deben ser menores de 40 años de edad con deseo de lograr un embarazo, con diagnóstico de carcinoma de tipo endometrioide bien diferenciado en estadio clínico IA, con posibilidad de apego al tratamiento y seguimiento estricto.

TRABAJO EN CARTEL.
Mampara 135

Factores asociados a infertilidad primaria en población mexicana

Mariana Castañeda Tenorio, Liat Levy Mitrani, Rosa Margarita Jiménez Esquivel, Fela Vanesa Morales Hernández y Patricia Aguayo González
Instituto Nacional de Perinatología, Ciudad de México.

ANTECEDENTES: Aunque existen distintas cifras publicadas en la literatura, se estima que aproximadamente hasta 72.4 millones de parejas mundialmente cursan con infertilidad, con una prevalencia a nivel mundial de 8 y 12 % de las parejas en edad reproductiva, mientras que en paises desarrollados solamente el 56.1 % de ellas buscan atención médica.
OBJETIVO: Conocer los factores asociados a infertilidad primaria en población mexicana.
MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio retrolectivo, descriptivo, observacional en donde se estudiaron las pacientes de primer ingreso al servicio de reproducción de agosto 2015 hasta agosto 2016. Corroborando información faltante en el expediente electrónico.
RESULTADOS: En el año de estudio, se estudiaron 252 pacientes de primera vez por infertilidad primaria, de las cuales solamente 199 completaron el estudio.
CONCLUSIÓN: Se demostró que en nuestra población de pacientes de primera vez en el instituto, la gran mayoría no solo tiene un factor alterado como factor de infertilidad, sino que el 81.5% tiene más de dos factores afectados, por lo que el manejo de estas pacientes tiene que ser de manera multidiciplinaria, poniendo especial cuidado en alteraciones endócrino-ováricas.