



Concurso para médicos federados

III. Carlos MacGregor Sánchez Navarro

Trabajos de investigación en video



Miomectomía por colpotomía asistida por robot

Gerardo Barroso Villa, Ariane Estrella Weiser Smeke, Regina Ruíz López, Alexia Álvarez Lozano, Ricardo Frade Flores
Centro Médico ABC, Ciudad de México.

ANTECEDENTES: La miomatosis uterina es la neoplasia pélvica benigna más frecuente en mujeres. La técnica de extracción a través de la colpotomía posterior tiene múltiples ventajas: mayor seguridad, beneficio estético de las incisiones abdominales, menor dolor posquirúrgico, menor incidencia de dispareunia, infecciones o adherencias en el fondo de saco posterior. A pesar de que este enfoque requiere una curva de aprendizaje y un costo asociado, se considera una alternativa segura y efectiva para el tratamiento quirúrgico de miomatosis uterina.

OBJETIVO: Proporcionar información relevante de la aplicación y eficacia de la miomectomía por colpotomía asistida por robot en el tratamiento de miomatosis uterina.

DESCRIPCIÓN: Se realizó el procedimiento quirúrgico de miomectomía por colpotomía con asistencia del robot Da Vinci, el procedimiento fue grabado en vivo, y posteriormente se procedió a la edición del video para mostrar los momentos más significativos del procedimiento.

RESULTADOS: La miomectomía por laparoscopia asistida

por robot acompañada de la técnica de extracción por colpotomía posterior permite mayor precisión y destreza para el cirujano y disminuye las complicaciones trans y post quirúrgicas, disminuye el dolor post quirúrgico y permite una recuperación más rápida.

CONCLUSIONES: A pesar de que el entrenamiento para el uso del robot y la realización de la colpotomía posterior significa mayor inversión de tiempo y costo, los beneficios que aportan se reflejan en una disminución en los gastos relacionados a complicaciones y recuperación post quirúrgica.

Versión céfálica externa. Reporte de caso

María Cristina Juárez Cabrera, Guillermo Garduño García, César Augusto López Carmona, Araceli Rivera Vázquez
Hospital Central Norte Pemex.

ANTECEDENTES: La versión céfálica externa consiste en un procedimiento manual para rotar al feto y convertir la presentación en céfálica en fetos en presentación distinta; esto aumenta la probabilidad de parto y disminuye la tasa de cesáreas.

CASO CLÍNICO: Paciente de 39 años con seguimiento en 15 consultas prenatales. *Antecedentes ginecobstétricos:* 4 partos previos. En los dos primeros ameritó legrado uterino instrumentado. Ingresa con diagnóstico de embarazo

de 37.5 semanas con feto en presentación pélvica para realización de maniobra versión céfálica externa por deseo de parto. Se le administraron dos dosis de calcioantagonista como tocolítico e ingresó al quirófano con estudios de laboratorio dentro de la normalidad y con anestesia peridural se llevó a cabo la maniobra de *forward roll* sin contratiempos o complicaciones. No hubo datos imagenológicos o clínicos de desprendimiento o lesiones de cordón, sin sangrado transvaginal o ruptura de membranas.

CONCLUSIONES: La versión céfálica externa es una técnica segura, en el que aunado a factores asociados al éxito de la técnica, tales como multiparidad, edad materna, peso fetal estimado, mayor cantidad de líquido amniótico (índice mayor a 10 cm), la placenta en localización posterior, presentación pélvica completa y el uso de tocolíticos aumenta la probabilidad de parto vaginal hasta en un 80% disminuyendo así la morbimortalidad materno fetal y resultados perinatales adversos asimismo la tasa de cesáreas y la taquipnea transitoria del recién nacido, entre otras.

Malformación mülleriana tipo agenesia cervical distal y longitud vaginal variable, tipo vagina ausente. Reporte de un caso

Huerta Reyero Yanet, Haro Rangel Lizeth

Unidad Médica de Alta Especialidad. Hospital de Ginecobstetricia 3 Víctor Manuel Espinosa de los Reyes Sánchez, Centro Médico Nacional La Raza, Instituto Mexicano del Seguro Social, Ciudad de México.

ANTECEDENTES: Las pacientes con esta malformación pueden permanecer asintomáticas o con síntomas graves: obstructivos con hematócolpos, hematómetra, abortos de repetición, fracasos de implantación, incompetencia cervical, etc. A menudo se asocian a otras anomalías del tracto genital inferior, así como nefrourológicas debido a su origen embriológico paralelo.

CASO CLÍNICO: Paciente de 14 años con agenesia distal cervical y ausencia vaginal, con anastomosis útero-vagina, con adecuada evolución posquirúrgica luego del procedimiento para la neovagina. El resultado fue: canal vaginal permeable, adecuado diámetro y longitud; 3 cm y 7 cm, respectivamente, así como ciclos menstruales cíclicos y características normales. Al tacto vaginal se palpa el cuello uterino formado, sin dolor a la movilización

CONCLUSIONES: El protocolo de estudio y el procedimiento ideal en pacientes con malformación mülleriana requiere un estudio multifactorial. Las pautas de tratamiento deben establecerse de acuerdo con las características e intereses de cada paciente, individuali-

zando cada caso, así como las herramientas que se encuentren disponibles en cada centro de atención médica.

Tratamiento completo de la endometriosis profunda: histerectomía radical más resección segmentaria con anastomosis término-lateral laparoscópica

Eduardo Luna Ramírez, Mario Alberto López Ramírez, Carlos Alberto Zapico Ortiz
Hospital Ángeles Lindavista, Ciudad de México.

ANTECEDENTES: La endometriosis profunda no diagnosticada asociada con endometrioma es la principal causa de cirugía incompleta. Debido a la complejidad de la cirugía es esencial un enfoque multidisciplinario que involucre a cirujanos colorrectales y urólogos para reducir el riesgo de complicaciones.

CASO CLÍNICO: Paciente de 46 años con antecedentes de un embarazo y un aborto, con diagnóstico de sangrado uterino anormal secundario a adenomiosis y miomatosis uterina. La resonancia magnética con mapeo reportó adenomiosis, endometriomas bilaterales y múltiples miomas uterinos FIGO 4-7. Así como un nódulo rectal de 3.5 cm aproximadamente a 6 m del margen anal y afección de los parametrios, con obliteración completa del fondo de saco anterior y posterior. Se decidió la histerectomía radical con resección

de la endometriosis profunda, segmentaria y anastomosis término lateral por laparoscopia. El tratamiento quirúrgico fue exitoso y sin complicaciones posoperatorias.

CONCLUSIONES: Un adecuado protocolo prequirúrgico favorece mejores resultados postoperatorios. La cirugía de endometriosis exige conocimientos avanzados en anatomía aplicada para resolver los casos complejos con menor riesgo de lesión a estructuras vitales. Realizar una cirugía completa requiere un equipo multidisciplinario con un alto grado de especialización y entrenamiento. La anastomosis término-lateral es una alternativa de tratamiento en la resección intestinal por endometriosis infiltrativa.

Captura ex-vivo para preservación de la fertilidad en cáncer de ovario

Silvia Marcela Caballero Carrillo, Claudia Melina Robellada Zarate, Alberto Kably Ambe, Shamar Alexandra González Chávez, Erika Fabiola Peraza Ortega
Hospital Ángeles Lomas, Huixquilucan, Estado de México.

ANTECEDENTES: Las técnicas para preservación de la fertilidad son: criopreservación de óvulos-embiones y criopreservación de tejido ovárico. En pacientes con cáncer de ovario se hace una punción transvaginal para la aspiración, que



aumenta el riesgo de ruptura de la cápsula del tumor con cambio del pronóstico. La captura ex vivo ha demostrado, en algunos casos, ser una técnica segura y eficaz.

CASO CLÍNICO: Paciente de 31 años, como antecedente familiar de importancia: padre con diagnóstico de diabetes mellitus e hipertensión. Tabaquismo positivo por 10 años a expensas de 1 cigarro. En la revisión ginecológica se encontró un tumor complejo de ovario derecho. Se practicó salpingooforectomía derecha por laparoscopia, más preservación de la fertilidad, lavado peritoneal negativo, con reporte de histopatología de cistoadenocarcinoma papilar seroso de alto grado, con invasión de la cápsula y necrosis. Se inicia tratamiento con quimioterapia con carboplatino y paclitaxel. A los 6 meses tuvo recidiva con un quiste multilocular con componente sólido en ovario izquierdo. Por antecedente y diagnóstico se decidió la captura ex vivo. Se programó a las 34 horas laparoscopia con plan de ooforectomía y captura ex vivo en el laboratorio de reproducción. Todos los folículos que se observaron aumentados de tamaño se puncionaron y aspiraron directamente de la pieza quirúrgica.

CONCLUSIONES: La captura ex-vivo es una opción para la preservación de la fertilidad en mujeres con deseos de embarazo y diagnóstico de cáncer de

ovario. Cuando la terapéutica de la enfermedad es la resección de uno o ambos ovarios, para disminuir el riesgo de ruptura de la cápsula y así cambiar el pronóstico, los mejores resultados se obtienen si la captura ex-vivo se lleva a cabo previo a cualquier tratamiento oncológico.

Pasos para la histerectomía en espectro de placenta acreta. Un enfoque en control anatómico

José Ignacio García de la Torre, Mayra Alejandra González Morales, Antonio Luis Feria Sosa, Sarish Del Real Ordoñez, Gerardo González Cantú
Hospital General de Saltillo, Coahuila.

ANTECEDENTES: El tratamiento quirúrgico del acretismo placentario, en la mayoría de los casos, tiene una alta probabilidad de hemorragia obstétrica masiva y morbilidad. Existen diferentes técnicas quirúrgicas que siguen pasos secuenciales debidamente establecidos. Nuestra opción de tratamiento quirúrgico se acompaña de pasos preventivos de la hemorragia donde se inicia con el adecuado control anatómico basado en la cirugía ginecológica compleja, como en la oncología o cirugía para endometriosis, para al llegar a pasos críticos y se tengan identificadas las estructuras anatómicas pélvicas. Estos pasos quirúrgicos ayudan a disminuir la incidencia de

complicaciones que aumenten morbilidad o mortalidad.

VÍDEO: El vídeo se filmó con previo consentimiento de la paciente de una histerectomía con enfoque en el control anatómico cuando hay diagnóstico de espectro de acretismo placentario. Durante la filmación de la cirugía, con enfoque en el control anatómico, se describen una serie de pasos que van desde el diagnóstico y etapificación prequirúrgica pasando por la Incisión abdominal adecuada hasta la cistoscopia para valorar la vejiga y el retiro de catéteres (punto opcional). Hasta el momento se ha demostrado con esta serie de pasos que se trata de una técnica segura para el tratamiento quirúrgico de esta compleja patología con disminución del volumen de sangrado, morbilidad urinaria, complicaciones sistémicas y no mortalidad hasta el momento.

CONCLUSIONES: Aún son pocos pacientes pero continuamos reuniendo más información acerca de este procedimiento para poder recomendarlo y pueda incluirse en los protocolos de atención de centros dedicados al tratamiento de PAS; además que se trata de una técnica que pueda enseñarse a las nuevas generaciones de residentes.

Cirugía conservadora en un solo paso para espectro de placenta acreta

José Ignacio García de la Torre, Mayra Alejandra Hernández Morales, Antonio Luis Feria Sosa

Hospital General de Saltillo, Coahuila.

ANTECEDENTES: La cirugía conservadora en un solo paso es una técnica con alto índice de éxito pues en aproximadamente el 80% de las pacientes. La zona del acretismo se encuentra en la parte posterior y superior de la vejiga. A pesar de sus grandes beneficios en comparación con otras técnicas en más del 90% de los centros expertos en el tratamiento de acretismo se recurre a la histerectomía.

OBJETIVOS: Exponer una técnica ya descrita por otros autores para que se integre a los protocolos de tratamiento de los centros de atención de pacientes con acretismo.

VÍDEO: Se filmó con previo consentimiento informado de la paciente con diagnóstico prequirúrgico de espectro de placenta acreta y con etapificación topográfica transquirúrgica como un PAS 1 con criterios de factibilidad de la técnica. La cirugía conservadora en un solo paso practicada con resección de segmento alto de la cara anterior del útero con acretismo placentario clínico e histopatológico, con reconstrucción exitosa del útero, sangrado estimado durante la cirugía de 800 cc, sin necesidad de hemotransfusión, sin requerimiento de terapia intensiva.

CONCLUSIONES: La cirugía conservadora en un solo paso

es un procedimiento reproducible y de menor complejidad técnica y menor riesgo de morbilidad que la histerectomía tal y como lo mencionan los autores de la técnica en su justificación, por lo que en nuestro centro de atención para pacientes con un espectro de placenta acreta del Hospital General de Saltillo en el año 2023 se llevan ya 4 casos con el mismo tratamiento quirúrgico esperando en el futuro compartir los resultados.

Tratamiento quirúrgico laparoscópico con formación de neovagina y anastomosis uterovaginal en paciente con malformación mulleriana

Luis Oswaldo de la O Pérez, Marisela Castañeda Díaz, Norma Sharey Vázquez Jiménez, Alba Alejandra Mata Martínez
Instituto Mexicano del Seguro Social.

ANTECEDENTES: La anastomosis útero-vaginal por vía laparoscópica es un procedimiento quirúrgico prometedor para pacientes con malformaciones quienes da la oportunidad de menstruaciones funcionales e iniciar o retomar la vida sexual. Los casos reportados han demostrado que son procedimientos seguros a corto plazo con resultados satisfactorios.

VÍDEO: Se expone la filmación de un procedimiento quirúrgico en una paciente con amenorrea primaria, en la que se integra

el diagnóstico de agenesia cervical, clasificación u0c4v4. Para mejorar pronóstico reproductivo y calidad de vida. Es un reporte de caso de una paciente de 21 años, con amenorrea primaria. En el vídeo se describe cómo se hace la neovagina con técnica de Wharton, posterior dilatación vaginal hasta alcanzar una longitud vaginal de 7 cm. Se procede a la anastomosis úterovaginal con técnica laparoscópica. Se coloca una sonda de silastic para permeabilidad y drenaje. Se retira la sonda por histeroscopia a las 8 semanas posquirúrgicas, se observa adecuada permeabilidad úterovaginal. Una nueva histeroscopia a los meses sin alteraciones y menstruaciones cíclicas.

Mini-laparotomía percutánea para reparación fetoscópica de espina bífida

José Antonio Ramírez Calvo, Rubén Quintero, Sandra Acevedo Gallegos, Diana Yazmín Copado Mendoza, Daniela Michelle Barajas Roque
Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, Ciudad de México.

ANTECEDENTES: En 2011 el ensayo clínico aleatorizado conocido como MOMs demostró que la muerte fetal o neonatal y la necesidad de una derivación de líquido cefalorraquídeo a los 12 meses de edad disminuyeron de 98% a 68% en el grupo tratado con corrección quirúrgica



in utero para mielomeningocele. La tasa de colocación de derivaciones fue del 40% en el grupo de cirugía prenatal en comparación con 82% en el grupo de cirugía postnatal. A los 12 meses, la proporción de infantes sin evidencia de hernia del rombencéfalo fue del 36% en el grupo de cirugía prenatal, mientras que en el grupo de cirugía postnatal fue del 4%. Por eso se aceptó que había ventajas de la cirugía antenatal del mielomeningocele. Las complicaciones, como el nacimiento pretérmino, dehiscencia de histerotomía en el embarazo actual o posteriores llevaron a la búsqueda de nuevas técnicas de intervención prenatal menos invasivas.

VÍDEO: En la filmación se muestra la técnica y las ventajas de la reparación del mielomeningocele mediante fetoscopia percutánea asistida por minilaparotomía. Se expone con detalle la técnica quirúrgica de la fetoscopia percutánea asistida por minilaparotomía en una paciente con placenta de inserción anterior. Todos los detalles son descritos gráficamente a lo largo del video. Hasta el momento se han realizado 6 reparaciones fetoscópicas percutánea asistida por minilaparotomía, conservando la función motora en todos los casos y con solo un caso de nacimiento pretérmino asociado a un accidente con las membranas durante la cirugía. No ha habido rupturas uterinas y todos los

casos en pacientes con placenta anterior.

Tips para hacer una histeroscopia

Eugenia Irene Morán Orozco
Hospital Español.

ANTECEDENTES: La histeroscopia, comparada con otros métodos diagnósticos, como el ultrasonido endovaginal y la histerosonografía, tiene una sensibilidad del 97% y especificidad del 92%. Las ventajas de la histeroscopia puede efectuarse en el consultorio o en el quirófano y combinarse con otros procedimientos: laparoscopia o las aspiraciones foliculares en las pacientes en tratamiento de reproducción asistida. El procedimiento se divide en tres tiempos: cervical, vaginal y uterino. Se puede realizar de forma convencional o por vaginoscopia.

OBJETIVO: Enseñar de forma práctica y sencilla cómo se debe realizar una histeroscopia y mostrar las efeciones más comunes encontradas por esta vía de acceso.

VÍDEO: En la filmación se explica qué es la histeroscopia, sus ventajas, cómo se conforma un histeroscopia, cuáles son los instrumentos utilizados, la forma practicarla y las afecciones encontradas con más frecuencia con este acceso. También se comentan las posibles complicaciones con el procedimiento. La histeroscopia es un método diagnóstico y terapéutico que

puede practicarse fácilmente cuando se conocen el equipo, los instrumentos y se tiene la técnica adecuada para realizarlo.

Anatomía quirúrgica en cirugía conservadora de endometriosis

Angel Zistecatl Meza, Brenda Sánchez Ramírez, Fernando Cecilio Paredes Chávez, Luis Arturo Hernández López
Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, Ciudad de México.

ANTECEDENTES: Paciente con endometriosis grado IV.

VÍDEO: La filmación tiene como propósito describir la anatomía quirúrgica en cirugía conservadora de endometriosis y explicar el compartimento posterior de la pelvis. Se concluye que es importante conocer los espacios avasculares de la pelvis.

Características del cáncer de endometrio por histeroscopia

Angel Zistecatl Meza, Brenda Sánchez Ramírez, Silvia Fabiola Estrada Rivera, Luis Arturo Hernández López
Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, Ciudad de México.

ANTECEDENTES: Pacientes con sangrado uterino anormal posmenopáusico.

OBJETIVOS: Conocer los diferentes patrones histeroscópicos del cáncer de endometrio.

VÍDEO: Ilustrativo de la forma de identificar los diferentes patrones de cáncer de endometrio en donde se resalta la importancia de la toma de biopsia dirigida con histeroscopia en pacientes con sangrado uterino posmenopáusico.

Tratamiento histeroscópico de la complicaciones asociadas con endoceptivos y dispositivos intrauterinos

Angel Zistecatl Meza, Brenda Sánchez Ramírez, Alba Myriam García Rodríguez, Iris Guadalupe Custodio Gómez, Luis Arturo Hernández López
Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, Ciudad de México.

ANTECEDENTES: Pacientes con complicaciones asociadas con endoceptivos.

VÍDEO: ilustrativo con filmación de los diferentes tipos de complicaciones, procedimiento y tratamiento de las complicaciones asociadas con endoceptivos.

CONCLUSIONES: Es importante conocer las diferentes estrategias, abordaje y tratamiento.

Diagnóstico y tratamiento de útero dismórfico

Angel Zistecatl Meza, Brenda Sánchez Ramírez, Andrea Alicia Olguín Ortega, Oliver Paul Cruz Orozco, Luis Arturo Hernández López
Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, Ciudad de México.

ANTECEDENTES: Pacientes con antecedente de útero dismórfico.

OBJETIVO: Conocer el procedimiento histeroscópico.

VÍDEO: De cirugía correctiva con láser con éxito.

CONCLUSIONES: La corrección de esta malformación uterina mejora el pronóstico reproductivo en la mujer y posibilidad de embarazo espontáneo.

Abuso sexual

Areli Mariana Zúñiga Guzmán, Alejandro Rosas Balan, Karla Mariana Carmona Bravo
Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, Ciudad de México.

ANTECEDENTES: La Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico menciona que México ocupa el primer lugar en abuso sexual infantil y violencia con 4.5 millones de reportes. El tratamiento de la violencia contra las mujeres está regulado por ordenamientos legales que definen las obligaciones del personal de salud y les dan certeza sobre las posibilidades y límites de su participación en la atención a las mujeres en situación de violencia.

VÍDEO: En la filmación se describen las pautas médicas y legales que todo aquel que se encuentre en el ámbito médico debe conocer para poder ejecutar una valoración en situación de violencia o abuso sexual,

principalmente el ginecólogo obtendrá las herramientas necesarias para abordaje, valoración y seguimiento de una mujer con antecedente de violencia física y/o sexual. Se realizó una revisión exhaustiva de las normas y leyes en México para el abordaje, seguimiento y valoración de las mujeres en situación de violencia. Se encontró un porcentaje importante de mujeres que no reciben una adecuada valoración médica posterior a un abuso sexual, identificando los puntos de reforzamiento a considerar en la práctica médica, los cuales se describen en el video.

CONCLUSIONES: El tratamiento de las pacientes con violencia se brinda en las primeras 120 horas, se propone un algoritmo de actuación para el ginecólogo en caso de presentarse un caso que amerite seguimiento y apoyo de primera línea.

Leiomioma suburetral

Yessica Wendy López Castillo, Itzel Yumien Gudiño Serratos
Unidad Médica de Alta Especialidad 23, Hospiral Ginecología Ignacio Morones Prieto, Monterrey, Nuevo León.

ANTECEDENTES: Paciente de 39 años, valorada por sensación de bulto vaginal de cuatro meses de evolución, como principales síntomas retardo, sensación de vaciado incompleto y micción doble. A la exploración física tumora-



ción de 4 x 4, solida, movil e irregular, se realiza ultrasonido complementario en donde se observa imagen longitudinal. Los leiomiomas uretrales es un termino utilizado para describir los raros tumores mesenquimatosos benignos que se originan en el musculo liso que rodeada a la uretra femenina. Este tipo de tuoraciones fue descrita por primera vez en 1894, su principal sintomatología es infeccion de vías urinarias, retención urinaria, trastorno de vaciamiento, sangrado transvaginal o hematuria. Puede afectar a uretra distal, pero el segmento proximal es el sitio más común. Los leiomiomas uretrales son de rara presentación a nivel uretral, es importante realizar una disección adecuada por el riesgo de lesión uretral en hasta el 5% de los casos.

Innovación quirúrgica en acretismo placentario. Trabajo multidisciplinario

Gonzalo Soto Fuenzalida, Diana Esmeralda Daniela Reyes Alvarez, Katya Guadalupe Ortiz Guzmán, Vanessa Guadalupe Páez Cantú, Fernanda Garza Sepúlveda
Tecnológico de Monterrey.

ANTECEDENTES: De acuerdo a la American College of Obstetricians and Gynecologists, se recomienda la intervención quirúrgica entre las 34 y 35 semanas de gestación para reducir el riesgo de hemorragia materna y procurar la madurez

neonatal. Siendo esta parte esencial en el tratamiento de esta patología, el presente video analiza las distintas técnicas utilizadas actualmente como son la histerectomía y embolización de arterias uterinas. Así mismo, se ofrece una comparación frente al tratamiento conservador como la extracción manual y procedimientos intraoperatorios. Además, se exponen factores a considerar como lo son: la morbilidad materna, la preservación de la fertilidad y posibilidad de embarazo futuro. Se resalta la importancia de un enfoque multidisciplinario en el tratamiento de esta patología, por lo que a través de este trabajo se pretende brindar un tratamiento valioso, con el objetivo de contribuir a la toma de decisiones en función del beneficio y la protección de la calidad de vida del paciente.

VÍDEO: Filmación ilustrativa de todos los pasos a realizarse en esta técnica quirúrgica, incluyendo los materiales utilizados. La técnica expuesta muestra menores requerimientos de sangre, riesgo de lesión de vías urinarias, morbilidad, días en cuidados intermedios o intensivos y efectuarse con una técnica reproducible.

CONCLUSIONES: En la actualidad se carece de un acceso único para pacientes con esta anomalía, y los resultados obstétrico son muy variables, siendo los más preponderantes alta morbilidad, exceso de uso de paquetes globulares, paso

a UCIA. Con esta técnica hemos conseguido mejorar estos parámetros, teniendo como limitante la cantidad de casos, pero en los 12 casos llevados a cabo hasta el momento, tenemos muy buena respuesta.

Cabestrillo autólogo de fascia lata

Luis Fernando González Venegas, Karen Badillo Camargo, Nidia Ednie Olivares Espino
UMAE Hospital de Gineco Obstetricia Dr. Ignacio Morones Prieto.

ANTECEDENTES: Paciente de 75 años de edad, con incontinencia urinaria de esfuerzo severa, antecedente de dos cirugías anti incontinencia con aplicación de mallas de polipropileno, presentado en las dos ocasiones rechazo a material sintético, por lo cual resulto candidata a cirugía anti incontinencia con aplicación de cabestrillo autólogo de fascia lata.

VÍDEO: En la filmación se expone una técnica quirúrgica y los desenlaces de la cirugía anti incontinencia cabestrillo autólogo de fascia lata. Con la aplicación de la técnica se ha registrado éxito quirúrgico en pacientes con incontienencia urinaria de esfuerzo corregido, quien en seguimiento y evolución además de resolver incontinencia urinaria de esfuerzo, no presento complicaciones, no presento datos de obstrucción de tracto de salida secundarios.

CONCLUSIONES: Los cabestrillos de material autólogo como tratamiento de incontinencia urinaria de esfuerzo en mujeres seleccionadas, es un opción de tratamiento viable y vigente.

Anatomía del espacio presacro

David Mijey Esquivel Izaguirre, Lilian Guadalupe Ibarra Torres, Francisco Yunior Carrillo Martínez, Irma Alyttet Balderas Cerda, Diana Yotzabel Deanda González

Hospital de Ginecoobstetricia
23 Dr Ignacio Morones Prieto,
Monterrey, Nuevo León.

ANTECEDENTES: El espacio presacro es muy variable y vascular, aunque S1 es el sitio recomendado para la fijación del injerto, los cirujanos pueden anclar el injerto en diferentes niveles con el fin de evitar lesiones vasculares potencialmente mortales.

VÍDEO: Se filman las variaciones en las distancias anatómicas vasculares en el espacio presacro en relación con el promontorio del sacro medio (PSM) en mujeres, así como el resto de las estructuras que conforman dicho espacio. Las imágenes se obtuvieron de las exploraciones en vivo en el espacio presacro en mujeres sometidas a cirugía pélvica. Entre las estructuras vasculares analizadas la VICI fue el vaso más cercano cefálicamente. El espacio presacro es un área de importancia clínica, se calcula un libre de vasos de aproximadamente 20 mm.

CONCLUSIONES: El área libre de vasos es aproximadamente 20 mm para poder realizar una cirugía segura. Conocer ampliamente el espacio presacro, es de gran importancia junto con las demás consideraciones que se muestran en el video para ampliar los conocimientos y así con esto disminuir el riesgo de posibles complicaciones.

Acceso laparoscópico conservador al embarazo cornual mediante doble técnica hemostática

Fred Morgan Ortiz, Fred Valentín Morgan Ruiz, César Enrique Favela Heredia
Hospital Civil de Culiacán,
Sinaloa.

ANTECEDENTES: El embarazo ectópico constituye una causa frecuente de morbi-mortalidad en mujeres de edad reproductiva, el lugar mas frecuente lo constituye el ampulla de la salpinge. El embarazo cornual constituye una forma rara de presentación, suele localizarse en la porción proximal de la trompa de Falopio, dentro de la pared muscular del útero. Representa del 2 al 4% de los embarazos ectópicos y puede presentarse con un desenlace catastrófico si no se realiza un diagnóstico correcto por su alto riesgo de hemorragia. El procedimiento quirúrgico puede complicarse con hemorragia catastrófica; por esto en los últimos años se recurre a las técnicas que permiten el

control hemostático, con lo que disminuyen la morbilidad y mortalidad relacionadas con el procedimiento.

CASO CLÍNICO: Paciente de 29 años de edad, antecedente de un aborto, con embarazo cornual derecho de 7.4 semanas de gestación con abordaje conservador por vía laparoscópica, utilizando doble técnica hemostática con administración de vasopresina intracornual derecha y ligadura de la base del saco con sutura monofilamento compresiva tipo jareta, se realiza disección del saco gestacional y total evacuación de tejido trofoblástico, se realiza sutura de histerorrafia con sutura barbada 2-0 en dos planos, corroborando hemostasia efectiva. El embarazo finalizó sin complicaciones, con escaso sangrado transoperatorio y negativización posterior de la subunidad beta hGC.

CONCLUSIONES: Establecer un diagnóstico temprano en una mujer con embarazo cornual permite realizar un abordaje conservador laparoscópico en aquellas pacientes que desean mantener su fertilidad, la doble técnica hemostática vía laparoscópica es efectiva ya que reduce el sangrado transoperatorio y facilita la disección.

Reparación laparoscópica del istmocele como causa de infertilidad secundaria

Fred Morgan Ortiz, Fred Valentín Morgan Ruiz, César Enrique Favela Heredia



Hospital Civil de Culiacán, Sinaloa.

ANTECEDENTES: El istmocele, nicho uterino es un defecto en fondo de saco de tipo reservorio en la pared anterior del istmo en el sitio de la cicatriz de la cesárea previa. Su presencia retarda y acumula la salida de sangre menstrual y moco a través del cuello uterino y, junto con tejido fibrótico produce dolor pélvico, sangrado uterino anormal y en muchos casos dificulta un embarazo. Como tratamiento se aplicó la técnica quirúrgica de la reparación de istmocele por laparoscopia en paciente con antecedente de cesárea previa e infertilidad secundaria

CASO CLÍNICO: Paciente de 32 años de edad, cesárea previa hace 5 años, antecedente de sangrado intermenstrual, spotting e infertilidad secundaria de 3 años de evolución. Los estudios por imagen de ecografía vaginal y RMN revelaron la presencia de un istmocele el cual no cumplía criterios para abordarlo mediante histeroscopia.

Se aborda vía laparoscópica, donde se realiza infiltración de vasopresina en la zona de defecto de la cicatriz de la cesárea previa, se realiza disección del repliegue vesico-uterino y se identifica la zona del defecto, se realiza resección del tejido fibroso, se feruliza canal cervical con un dilatador hegar y se procede a cierre de histeroto-

mía con sutura barbada 2-0 en dos planos. Se realiza procedimiento sin complicaciones, paciente presenta embarazo espontáneo 4 meses posterior al procedimiento.

CONCLUSIONES: La vía laparoscópica representa un abordaje eficiente para la reparación de istmocele y mejora el pronóstico reproductivo así como los síntomas asociados.

Malformación arteriovenosa posterior a retención de productos de la concepción

Luis Oswaldo de la O Pérez, Sergio Ulises Camacho Moreno, Marisela Castañeda Díaz, Erika Fernanda Obregón García
Unidad Médica de Alta Especialidad 23, IMSS.

ANTECEDENTES: Las malformaciones arteriovenosas uterinas (MAV) son lesiones vasculares que pueden causar una hemorragia ginecológica potencialmente mortal. La presentación clínica más común es el sangrado transvaginal. La histeroscopia es una modalidad de tratamiento alternativa factible y segura para las malformaciones arteriovenosas uterinas. Las pacientes tratadas con histeroscopia quirúrgica tienen resultados de fertilidad altos, una tasa de éxito del 100% después del primer tratamiento, sin complicaciones relacionadas con el procedimiento.

VÍDEO: Expone la resección histeroscópica de malforma-

ciones arteriovenosas uterinas.

CASO CLÍNICO: Paciente de 22 años, sin antecedentes patológicos de importancia. Inicia padecimiento actual con sangrado transvaginal continuo de un mes de evolución posterior a aborto espontáneo. Se realiza ultrasonido transvaginal, observando útero en AVF de 70x40mm, línea endometrial de 4 mm, con imagen heterogénea con aplicación de doppler color aumentada en relación a malformación arteriovenosa. Se practicó la resección de la malformación arteriovenosa mediante histeroscopia y guía laparoscópica obteniendo los siguientes hallazgos: laparoscopia: Útero de 11x7 regular, ovarios y salpinges normales. Histeroscopia: canal vaginal y endocervical sin alteraciones, cavidad uterina con tejido de apariencia coriodecidual con vascularidad aumentada tipo II según la clasificación de Guttenberg. Se realiza aplicación intramiometrial de 20UI de vasopresina diluida al 10% y se realiza AMEU. Se verifica hemostasia y se da por terminado el evento quirúrgico. La paciente tuvo una adecuada evolución clínica por lo que se dio de alta del hospital a las 24 horas.

CONCLUSIONES: La resección histeroscópica de malformación arteriovenosa de útero es una técnica quirúrgica apta para pacientes que deseen preservar la fertilidad.

Optimización del ultrasonido intraparto durante la evaluación y pinzamiento de arterias uterinas. Técnica Zea para control de la hemorragia obstétrica

Lizárraga Cepeda Esteban, Sánchez-Pons Ivon Giselle, Angeles Cabrera Teresa, Nava-Guerrero Eduardo Noe, Arroyo-Lemarroy Tayde

Hospital Regional Materno Infantil, Monterrey, Nuevo León, México.

ANTECEDENTES: El tratamiento inicial de la hemorragia obstétrica por atonía uterina consiste en masaje uterino y aplicación de uterotónicos; de no haber una disminución de la hemorragia, se continúa con pinzamiento de arterias uterinas. Esta técnica no resuelve la causa de la hemorragia y se describe como una forma de torniquete que interrumpe el flujo de sangre, dando una ventana de tiempo para implementar acciones dirigidas a la causa de la hemorragia y disminuyendo la pérdida hemática durante el tratamiento.

MATERIALES Y MÉTODOS: En Hospital Regional de Alta Especialidad Materno Infantil de Nuevo León, en pacientes durante el tercer periodo del trabajo de parto en las cuales se realizara el ultrasonido intraparto para valoración del flujo de arterias uterinas previa y posteriormente al pinzamiento de arterias uterinas con la técnica Zea.

RESULTADOS: Existe con esta representación esquemática evidencia de que la técnica Zea permite la disminución de flujo sanguíneo cualitativamente, así como clínicamente como el estudio que realizó Ramírez-Valtierra en donde afirma en un estudio observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo efectuado en pacientes a quienes se aplicó pinzamiento vaginal de las arterias uterinas, con técnica Zea, para el control de la hemorragia obstétrica, que esta técnica es eficaz.

CONCLUSIONES: El ultrasonido intraparto es una herramienta que puede ayudar para la valoración de un parto exitoso, así como el uso de algunas herramientas como forceps y en nuestro estudio con la mostración de técnicas que se emplean en la hemorragia obstétrica.

Simulador: histerectomía total abdominal

Alejandro Rendón Molina, Mary Sol Saavedra Pacheco, Omar Alberto Tirado Aguilar, María Fernanda López Torres, Mayra Campos Jiménez

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

ANTECEDENTES: La idea de este simulador de histerectomía total abdominal de bajo costo, surgió en el servicio de Ginecología del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes debido a la necesidad

del conocimiento de la técnica quirúrgica a través de una forma estandarizada para la realización de este procedimiento quirúrgico.

OBJETIVOS: Difundir cómo crear un simulador para histerectomía total abdominal para adquirir conocimiento de la técnica con la finalidad de ser elaborado con materiales didácticos y con un ensamblaje práctico y sencillo.

DESCRIPCIÓN: La creación del simulador se basó en el simulador que podemos encontrar en la siguiente referencia: Stickrath E, Alston M. A novel abdominal hysterectomy simulator and its impact on obstetrics and gynecology residents' surgical confidence. MedEdPORTAL 2017;13:10636. https://doi.org/10.15766/mep_2374-8265.10636. Procedimiento de ensamblaje: Toma un pedazo de tela rosa de forma rectangular, que cuando se doble por la mitad, sea igual al tamaño del útero. En parte inferior realizar borde para por dentro colocar un huevito kinder que simulará el cérvix. Coser bordes sin apretar la parte lateral. Rellena el útero con la fibra y cierra el útero colocando en parte inferior huevito kinder de forma vertical.

CONCLUSIONES: A partir de ese simulador, y posterior a 3 talleres prácticos con residentes de ginecología y obstetricia se ha ido perfeccionando el simulador, el cual ha demostrado ser de mucha utilidad para el



residente al momento de la realización de una histerectomía total abdominal.

Tratamiento conservador de embarazo ectópico en cicatriz de cesárea, control vascular y corrección de istmocele por laparoscopia

Luis Oswaldo De la O Pérez, Carlos Armando Bravo Michel, Marisela Castañeda Díaz, Héctor René Zamora Andrade, Norma Sharey Vazquez Jimenez

Instituto Mexicano del Seguro Social Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 23 Ignacio Morones Prieto, Monterrey, NL.

ANTECEDENTES: El embarazo ectópico en cicatriz de cesárea es un padecimiento cada vez más frecuente por el aumento del índice de cesárea. En caso de no ser diagnosticado a tiempo, puede ocasionar hemorragia potencialmente mortal. La aplicación intramiometrial de vasopresina en combinación con ligadura de arterias uterinas es un abordaje reciente y poco estudiado que ha demostrado resultados prometedores para la preservación de la fertilidad.

CASO CLÍNICO: Paciente de 32 años de edad, con antecedentes de tres embarazos y dos cesáreas sin antecedentes patológicos relevantes. Acude a urgencias por sangrado transvaginal y amenorrea de 6 semanas. Se realiza ultrasonido

transvaginal, observando saco gestacional en cicatriz de cesárea. Mediante laparoscopia, se realiza ligadura de arterias uterinas con nudo “trick” y posteriormente se aplica 20UI de vasopresina intramiometrial. Se procede a curetaje uterino y con bisturí armónico, se realiza una incisión en huso del istmocele. Se retiran los nudos “trick”, se verifica hemostasia y se da por concluido el procedimiento. La paciente se dio de alta del hospital a las 48 horas con adecuada evolución posquirúrgica.

CONCLUSIONES: El tratamiento conservador de embarazo ectópico en cicatriz de cesárea con ligadura de arterias uterinas y aplicación de vasopresina intramiometrial es un abordaje seguro y con resultados con impacto positivo en la preservación de la fertilidad.

Tumor anexial con fenómeno de torsión: tratamiento quirúrgico laparoscópico conservador en una adolescente. Reporte de caso

Marisela Castañeda Díaz, Blanca Anahí Cárdenas Santos, Luis Oswaldo de la O Pérez, Héctor René Zamora Andrade
Instituto Mexicano del Seguro Social, Unidad Médica de Alta Especialidad 23 Ignacio Morones Prieto, Monterrey NL.

ANTECEDENTES: Las tumoraciones ováricas con torsión anexial son una emergencia ginecológica. La presentación

en la adolescencia de manera idiopática es poco frecuente. Suele representar un reto para el diagnóstico.

CASO CLÍNICO: Paciente de 12 años. No cuenta con antecedentes heredofamiliares o personales patológicos relevantes. Menarquia a los 12 años, ciclos menstruales regulares 30 por 5. Sin inicio de vida sexual. El dolor se inició en la fosa ilíaca derecha de 1 día de evolución acompañado de emesis. Acude a servicio de urgencias de Hospital de Zona correspondiente. Se observó una tumoración quística de anexo derecho de aproximadamente 10 cm, con fenómeno de torsión, dos vueltas sobre pedículo vascular, con compromiso ovárico; el cual se aprecia de coloración violácea. Se realiza giro antihorario de tumoración con pinzas Grasper para conseguir retorno a la circulación ovárica, se aprecia detorsión completa y ovario con zonas equimóticas dispersas. Se procede a realizar quistectomía, con incisión en la porción antimesentérica y disección de la cápsula con energía monopolar. La cirugía fue exitosa y la paciente evolucionó satisfactoriamente sin eventualidades o complicaciones, con mínimo dolor postquirúrgico. Se revaloró en la consulta externa cinco semanas después, recabando reporte de resultado histopatológico, mismo que evidencia un quiste seroso simple.

CONCLUSIONES: Las masas anexiales con fenómeno de

torsión no suelen aparecer típicamente en la adolescencia y representan un reto debido a los síntomas inespecíficos, retraso en el diagnóstico y el tratamiento. En la paciente del caso la identificación oportuna, permitió brindarle a la paciente un tratamiento preservador y mínimamente invasivo, con excelentes resultados.

Tratamiento quirúrgico en adolescentes con endometriosis

Dulce María Ocampo Hernández, Luis Ernesto Gallardo Valencia, María Ximena Montes De Oca Meza, Esstefani García Cantu, Emiliano García Luna Angulo
Hospital Ángeles del Pedregal, Ciudad de México.

ANTECEDENTES: La endometriosis es una enfermedad frecuente, crónica, sistémica, proinflamatoria y dependiente de estrógenos, con proliferación de glándulas endometriales y estroma fuera del útero.

OBJETIVO: Describir las opciones de tratamiento quirúrgico en pacientes adolescentes con endometriosis, exponer el método de inmersión acuática para detección de micro lesiones.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Serie de dos casos en formato vídeo, narrativa de los mismos con los puntos más importantes.

CONCLUSIONES: La cirugía laparoscópica en pacientes con endometriosis permite un tratamiento oportuno que deberá tener un seguimiento con tratamiento médico a posterior para prevenir recurrencias y progresión de la enfermedad, la técnica del submarino representa una opción adecuada en lesiones focales mínimas, se debe ser muy cauto con los tejidos para preservar la fertilidad en estas pacientes.

Cerclaje cervical de emergencia

Mario Roberto Rodríguez Bosch, Cecilia Ramos Men-

doza, Víctor Hugo Ramírez Santes, Rosa Gabriela Hernández Cruz

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

ANTECEDENTES: El cerclaje cervical tiene como objetivo mantener el cuello uterino cerrado. Existen diferentes indicaciones para la colocación del cerclaje de emergencia o por exploración física, es decir cuando se detecta una dilatación cervical menor a 4 cm antes de las 24 semanas, con una reducción del parto pretérmino del 54%. El éxito del cerclaje cervical varía de acuerdo a la técnica, en este video presentamos la técnica de cerclaje cervical de emergencia utilizada en el instituto nacional de perinatología.

CONCLUSIONES: El cerclaje cervical de urgencia reduce el parto pretérmino en un 54%.