Concursos para médicos residentes

V. Carlos Espinosa Flores

Trabajos de investigación básica o clínica realizados por residentes de las especialidades de Ginecología y Obstetricia, Biología de la Reproducción Humana, Urología ginecológica o Mediana Materno Fetal. Formatos escrito o cartel

Factores (obesidad, tabaquismo, sedentarismo, alcoholismo) relacionados con el estilo de vida que modifican el riesgo de cáncer de mama en mujeres premenopáusicas

Daniel Vicente Vichido Medina, Alma Rosa Murillo Correa
Instituto Mexicano del Seguro Social.

ANTECEDENTES: El cáncer de mama en la mujer es el tumor maligno más frecuente en el mundo.
OBJETIVO: Reportar los factores de riesgo relacionados con el estilo de vida que modifican el riesgo de cáncer de mama en mujeres premenopáusicas.
MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio descriptivo, sometidos a revisión de expedientes clínicos de mujeres con diagnóstico de cáncer de mama temprano o avanzado que aún no llegaron a la menopausia clínica o bioquímicamente, de enero a diciembre 2021, en el Hospital General Regional Ignacio García Téllez del IMSS en Mérida, Yucatán, detectando los factores relacionados con el estilo de vida (obesidad, sedentarismo, consumo de alcohol, tabaquismo), para iniciar el estudio de la patología maligna de mama.
RESULTADOS: Se analizaron en total 55 pacientes, 21 (38.2%) pacientes tuvieron consumo de tabaquismo, alcoholismo, 42 (76.4 %), los años de consumo de alcohol de mayor prevalencia fueron 15 en 9 (16.4 %) pacientes, la clasificación del sedentarismo, predomino la leve en 26 (47.3 %) pacientes. La media de edad en años fue de 44.55; DE 5.68; con una media del IMC de 30.17, DE ± 3.93. La ocupación predominante fue la ama de casa con 14 (30.9%). El tiempo de diagnóstico de cáncer de mama de mayor prevalencia fue el de 2 años en 10 (18.2 %) pacientes. Los antecedentes familiares de Ca mama, el familiar más prevalente fue la madre en 11 (20 %) pacientes.
CONCLUSIONES: Existió una alta frecuencia con tabaquismo, alcoholismo y sedentarismo leve, obesidad GI, la ocupación predominante fue la ama de casa, el tiempo de diagnóstico de Ca de mama de mayor prevalencia fue el de 2 años, el familiar más prevalente de antecedentes familiares de cáncer de mama fue la madre.

Miomectomía vaginal. Reporte de caso

Marina Neri Mejía, Susana Aguilar Moreno
Hospital Regional General Ignacio Zaragoza, ISSSTE.

CASO CLÍNICO: Paciente de 39 años, con antecedentes de dos embarazos, un parto y una cesárea, con miomatosis uterina submucosa pedunculada. Se le indicó la miomectomía vaginal en la que se confirmó un mioma completamente abortado de 10 x 10 cm proveniente de cara posterior de útero, a la extracción del mioma se realiza palpación en cara posterior con un mioma de 3 x 3 cm sin pedículo. Sangrado de 100 cc.
CONCLUSIONES: El acceso transvaginal es el tratamiento de elección para tratar el prolapso de leiomioma submucoso pedunculado. Está demostrado ser seguro y simple; teniendo multiples ventajas tiene multiples ventajas incluyendo el tiempo de cirugía, menor perdida sanguínea, menor dolor postoperatorio, menor tiempo de estancia intarhospitalaria y efectos psicológicos y estéticos sin una incision abdominal.

Cetoacidosis por inanición: una causa de acidosis metabólica con anión GAP elevado en paciente emabrazada con apendicitis. Reporte de caso

Rubén Cortés Santa Ana, Javier Martínez Rodríguez, Andrea Gabriela Robles Rojo, Rosalinda Bayardo Tortolero
Hospital Materno Infantil Colima.

Tras el inicio del tratamiento previamente descrito se realizan controles bioquímicos seriados con mejoría gradual del estado ácido-base. Se determina iniciar dieta enteral temprana por vía oral, la cual es bien tolerada con posterior suspensión de todas las infusiones intravenosas tras la resolución de la acidosis metabólica. Se mantiene clínicamente asintomática, con signos vitales normales, adecuada ingesta calórica, volúmenes urinarios en

metas, manteniendo frecuencias cardiacas fetales dentro de parámetros establecidos.
A su egreso se encontró clínicamente estable, asintomática, con signos vitales normales. Continúa control prenatal donde se encuentran ambos productos de la gestación sin alteraciones tras la evaluación ecográfica, sin alteraciones glucémicas. Se realiza cesárea por trabajo de parto el dia 01.05.2023 sin complicaciones, neonatos que no requirieron hospitalización, siendo egresados con la madre. Control a la 6ª semana puerperio con CTG 75gr negativa. Resultado de patología con apendicitis aguda perforada y peritonitis aguda fibrinosa.
CONCLUSIONES: El embarazo es un estado diabetogénico caracterizado por resistencia a la insulina relativa, aumento de la lipólisis, niveles elevados de ácidos grasos libres y aumento de la cetogénesis. Este proceso metabólico, sumado a cortos periodos de inanición, resulta en cetoacidosis.

Adenosarcoma de cuello uterino. Reporte de caso

Diana Laura Chacón Martínez, Alma Mayela González Garza, Angélica Ariadna Torres Aguilar, Sergio Silva González, Carlos Torres Silva
ISSSTE Hospital Regional General Ignacio Zaragoza.

ANTECEDENTES: El adenosarcoma es un tumor raro compuesto por epitelio glandular benigno y mesenquimal maligno. Con una prevalencia entre el 5-8% de todos los sarcomas ginecológicos, predominando en el útero (postmenopausia), con menor frecuencia en localización en ovario, vagina, trompas o el peritoneo intestinal. Su localización en el cérvix se considera extremadamente rara, abarcando el 2%. El síntoma más frecuente es el sangrado vaginal irregular, asociado con una masa polipoide que protruye a través del cuello del útero. El diagnóstico en la mayoría de los casos suele confundirse con pólipos o miomatosis uterina.
CASO CLÍNICO: Paciente de 35 años, atentida en el Hospital Regional General Ignacio Zaragoza con tratamiento multidisciplinario en el servicio de Oncología quirúrgica mediante histerectomía total radical tipo 3. Se envían piezas a patología para estudio definitivo con reporte de adenosarcoma de bajo grado proveniente del cuello del útero de 16 x 7.5 x 7 cm. Actualmente en su quinto ciclo de quimioterapia a base de cisplatino.
CONCLUSIONES: El adenosarcoma es una neoplasia maligna extremadamente rara en el cuello del útero. Con solo 34 casos publicados en la bibliografía, con características similares a las de la miomatosis uterina y pólipos endocervicales.

Cistoadenocarcinoma gigante de ovario. Reporte de caso

Erick Maldonado Muñoz, José Eugenio Guerra Cárdenas
Hospital General de Tampico Dr. Carlos Canseco.

ANTECEDENTES: La patología de ovario de origen tumoral es cada vez más frecuente en la consulta ginecológica; determinar la existencia de una masa anexial de gran tamaño requiere un procedimiento estricto para determinar posibles datos de malignidad. El adecuado tratamiento quirúrgico y su valoración por histopatología permite el seguimiento adecuado en caso de malignidad.
CASO CLÍNICO: Paciente de 47 años, con distensión aproximada de cinco años de duración y alteraciones en los ciclos menstruales, con aumento del perímetro abdominal acompañado de náuseas, epigastralgia, pirosis y estreñimiento y disnea de medianos esfuerzos. En el ultrasonido se encontró una tumoración abdominal no determinada, de origen quístico. La TAC pélvica reportó una masa quística compleja delimitada con zonas internas irregulares con atenuacion de partes blandas, dependiente de ovario izquierdo con extension al epigastrio. Se procedió a la resección y salpingooforectomía izquierda. El reporte histopatológico fue de fragmento de superficie externa con nodulaciones de color grisáceo, con trama vascular congestiva, consistencia blanda con líquido seroso.

CONCLUSIONES: El cistoadenoma gigante de ovario es poco frecuente y generalmente difícil de diagnosticar en etapas tempranas. Casi siempre es benigno y la intervención quirugica siempre será de elección.

Factores de riesgo de hemorragia posparto en pacientes atendidas en un hospital de segundo nivel

Andrea Barrera Méndez, Rafael Arias Flores
Hospital General de Zona 1 Carlos de la Peña Sánchez, Coahuila.

ANTECEDENTES: Para detener eficaz y oportunamente la hemorragia deben identificarse sus factores de riesgo que permitan establecer un adecuado plan de tratamiento.
OBJETIVO: Identificar la asociación entre edad, vía de finalización del embarazo y cantidad de embarazos con hemorragia posparto en pacientes atendidas en el Hospital General de Zona 1 Carlos de la Peña Sánchez.
MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio de casos y controles de pacientes atendidas entre los meses de marzo 2022 a marzo 2023. Se revisarán los expedientes de las usuarias atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia.
RESULTADOS: Se obtuvo una muestra de 166 pacientes con resolución en la unidad en el periodo de estudio, de las cuales 83 fueron casos de hemorragia obstétrica y 83 sin hemorragia obstétrica que coincidieron en el periodo de estudio. El promedio de edad fue de 25.1 ± 6 años, con 1.9 ± 1.3 gestas, de las cuales 70 (42%) tuvieron cesárea y 94 (57%) fueron parto. En el análisis bivariado se encontró que el promedio de edad entre las que tuvieron hemorragia obstétrica fue de 26.7±6 y entre las que no tuvieron hemorragia fue de 26.0 ± 5 (p=0.1), el promedio de gestas entre las pacientes que tuvieron hemorragia fue de 2.5 ± 1.2 y entre las que no tuvieron hemorragia fue de 2.5 ± 1.2 (p = 0.6). Se observó un factor protector de la resolución por parto para el riesgo de hemorragia de OR 0.34 (IC95%: 0.17-0.62, p = 0.0009). Se realizo análisis multivariado encontrando que el tipo de resolución del embarazo por parto continúa siendo un factor protector independiente de la edad y de los embarazos; ORa 0.32 (IC95%: 0.17-0.63, p = 0.009).
CONCLUSIONES: El parto es un factor protector para hemorragia obstétrica independientemente de la edad y el numero de embarazos.

Embarazo ectópico abdominal a término. Reporte de un caso

Noemí Guadalupe García Flores
Hospital General Cuautitlán, Estado de México.

CASO CLÍNICO: Paciente de 29 años, con tensión arterial de 130-80 mmHg, frecuencia cardiaca de 107 lpm, frecuencia respiratoria de 22 rpm, temperatura 37 °C. *Antecedentes obstétricos*: Dos embarazos y una cesárea indicada por feto pretérmino con peso de 2400 g, talla 48 cm, Apgar 8-9, sexo masculino. Del embarazo en curso ignora la fecha de la última menstruación, sin control prenatal, vacunas COVID19 ninguna. Fue llevada a urgencias debido a un dolor abdominal de inicio súbito, 10/10 en escala del dolor. En el rastreo ultrasonográfico se encontró un polo céfalico, sin actividad cardiaca y abundante líquido libre. En la laparotomía exploradora se encontró un embarazo ectópico abdominal de 37 semanas por Capurro, de sexo femenino, con moldeamiento generalizado, peso de 2090 g, sin signos vitales, abundante líquido amniótico meconio +, inserción placentaria hacia el epiplón, colon sigmoides y anexo izquierdo. Sangrado de 3000 cc.
CONCLUSIONES: Si bien la cantidad de embarazos ectópicos abdominales es baja, su atención médica tiene tres pasos críticos que determinan la mortalidad y morbilidad uterina materna y fetal: *1)* detección temprana con base en los signos y síntomas, *2)* intervención quirúrgica oportuna y *3)* manipulación de la placenta.

Prevalencia de síndrome de burnout en residentes de Gi-

necología y Obstetricia del Hospital de la Mujer de Culiacán Sinaloa

Castro Apodaca Francisco Javier, Gutiérrez Romero Yara Monserrat, Torres Castellanos Ley María Graciela Patricia, Douriet Soto Janeth Guadalupe, Gámez Meza Alán Hamid
Hospital de la Mujer Culiacán, Sinaloa.

ANTECEDENTES: La Organización Mundial de la Salud cataloga al síndrome de burnout como una enfermedad con implicaciones en los sistemas de salud pública.
OBJETIVO: Determinar la prevalencia de síndrome de burnout mediante la escala de Maslach en residentes de ginecología y obstetricia en un hospital de tercer nivel de Culiacán Sinaloa.
MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio fue prospectivo, transversal y comparativo, se realizó en el periodo del 01 al 30 de mayo del 2023.
RESULTADOS: Muestra fue de 35 residentes de la especialidad de ginecología y obstetricia, de los cuales de primer grado fueron 12, segundo 11 y tercero 12. Predominó el sexo femenino con el 65.8%, la media de edad fue de 32 más menos 6 años. La prevalencia global de síndrome de burnout fue de 62.8% en los médicos en formación de especialidad de ginecología y obstetricia, (p>.05), sin significancia en agotamiento emocional ni realización personal (p>.05). Sin embargo, en la despersonalización hubo diferencias significativas (x2=7.257, p<.05). Se presentó estrés alto en un 45.7% y estrés medio en el 31.4%, en agotamiento emocional el 42.9% experimentó agotamiento alto, en la despersonalización hubo 34.3% de estrés alto, aunque el 51.4% sintió realización personal (IC = 1.5115-2.5691).
CONCLUSIONES: La prevalencia de síndrome de burnout detectado en los residentes de ginecología y obstetricia se encuentra por debajo de la reportada en otros estudios, la dimensión con mayor porcentaje afectada fue el agotamiento emocional en los residentes de primer y segundo año. En los de segundo grado la despersonalización y agotamiento emocional predominaron. Sin embargo, la realización personal fue más alta en comparación con los de segundo.

Hematometra y hematocolpos por himen imperforado por retraso en la exploración ginecológica en una paciente pediátrica

Stefany Daniella Solis Elizalde, Ricardo Elias Hurtado Arau, Víctor Manuel Frías Flores, Chyntia Nazareth Morales de Ávila, Mauricio Mancilla Castelán
Hospital General Naucalpan Maximiliano Ruiz Castañeda, Naucalpan Estado de México.

ANTECEDENTES: Carga genética para DM2, inmunizaciones completas, niega alergias, quirúrgicos o transfusionales, aún sin menarquia, niega IVSA, telarca a los 11 años, pubarca 12 años.
OBJETIVO: Concientizar sobre la importancia de realizar exploracion ginecologica en cualquier etapa de la vida para evitar el retraso de los diagnósticos.
MATERIALES Y MÉTODOS: Se realiza ultrasonido pélvico y, posteriormente, la himenectomía, con sedación.
CONCLUSIONES: El hematómetra es una acumulación de sangre menstrual en el útero que no puede evacuarse y la acumulación en la vagina se denomina hematocolpos. Debe sospecharse en px con amenorrea primaria y dolor abdominal cíclico y ambos están condicionados por obstrucción en alguna región anatómica. El himen imperforado es una patología infrecuente; puede acompañarse de otras malformaciones urogenitales. Se debe realizar exploración ginecológica en cualquier etapa de la vida para evitar retrasar el diagnóstico.

Elastografía cervical por presión para predicción de parto pretérmino

Héctor Andrés Moreno Yépez, Juan Manuel Gallardo Gaona, Diana Yazmín Copado Mendoza, Sandra Acevedo Gallegos
Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, Ciudad de México.

ANTECEDENTES: La predicción del parto pretérmino permite identificar cuáles son los factores de riesgos y las características propias de la paciente que incrementen el riesgo de padecer esta condición. La medición de la longitud cervical es la evaluación utilizada para detectar este grupo de pacientes, a pesar de su baja sensibilidad, por lo que la elastografía cervical por presión podría constituirse como una estrategia adicional para incrementar la detección.
OBJETIVO: Determinar la capacidad diagnóstica de la elastografía cervical por presión para predicción de parto pretérmino.
MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio observacional, transversal, prospectivo que incluyó pacientes con embarazo entre las 18.0 y 24.0 semanas de gestación, que acudieron a su evaluación ultrasonográfica estructural del segundo trimestre, en el Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, Ciudad de México "Isidro Espinosa de los Reyes". Se realizó medición de longitud cervical, asi como elastografía por presión con posterior llenado de ficha sobre edad gestacional al nacimiento. Se realizó estadística descriptiva y cálculo de sensibilidad, especificidad, valores predictivos y razones de verosimilitud para predicción de parto pretérmino.
RESULTADOS: Para predicción de parto pretérmino antes de la semana 37, la elastografía cervical tuvo una sensibilidad de 22.2%, especificidad 83.5%, VPP 13.3% y VPN 90.4%.
CONCLUSIONES: La elastografía cervical por presión puede ser una herramienta útil para detectar pacientes asintomáticas que realmente no tengan riesgo de parto pretérmino.

Piometra senil benigno: reporte de dos casos

Eduardo Ponce Nájera, Demi Estefanía Domínguez Valdez, Marcela Montoya Hinojosa, Dagoberto Valdez Luévano
Hospital Metropolitano Bernando Sepúlveda.

ANTECEDENTES: La piometra es una acumulación de pus en la cavidad uterina. Entre sus causas están los procesos neoplásicos, anomalías congénitas, entre otras. Se ha propuesto que en la menopausia la causa es una atrofia del canal cervical.
Caso 1: Paciente de 64 años con antecedente de diabetes mellitus tipo 2 descontrolada de larga evolución con dolor abdominal intenso localizado en hemiabdomen inferior, fiebre y leucorrea abundante verdosa fétida. Se auscultó con abdomen agudo y con salida de material purulento por orificio cervical con imposibilidad de introducir material quirúrgico. La TC contrastada con cavidad uterina distendida con líquido complejo y burbujas. Se inicia antibioticoterapia. Se realiza histerectomía total abdominal sin complicaciones. Se egresa paciente por mejoría.
Caso 2: Paciente de 68 años con antecedente de diabetes mellitus tipo 2 descontrolada de larga evolución e Hipertensión arterial sistémica quien acude al servicio de urgencias por leucorrea fétida, se encuentra afebril y sin otros síntomas. Se encontró salida de material purulento por el orificio cervical con imposibilidad de introducir material quirúrgico. La TC contrastada con cavidad uterina distendida con líquido complejo y burbujas. Se practicó la histerectomía total abdominal sin complicaciones.
CONCLUSIONES: El cuadro clínico típico incluye dolor abdominal, leucorrea o sangrado transvaginal, y en ocasiones fiebre o crecimiento uterino.

Embarazo ectópico intersticial. Reporte de caso

González Maldonado Jessica Elideth, Figueroa Galindo Carlos
Hospital General De Zona No. 11, IMSS.

ANTECEDENTES: La gestación intersticial es la gestación ectópica no tubárica más frecuente, y es la que se implanta en la unión entre el intersticio de la trompa de Falopio y el miometrio.
CASO CLÍNICO: Paciente de 25 años, con antecedentes de dos embarazos y una cesárea electiva en 2019. Sin crónico-degenerativos. Fecha de última

regla no confiable. Se recibió con sangrado transvaginal de un día de evolución, acompañado de dolor tipo cólico localizado en el hipogastrio, sin irradiaciones. En el ultrasonido endovaginal se ob servó un saco gestacional con embrión de 10.1 semanas de gestación por LCC, FCF de 161 lpm. El saco gestacional se localiza a poco más de 1 cm de la línea endometrial, con presencia de línea intersticial ecogénica entre el saco y el endometrio. Se procedió a la laparotomía exploradora, abordaje medio infraumbilical; se disecó por planos hasta cavidad abdominal, se encuentra con saco gestacional a nivel de cuerno uterino izquierdo. Se realiza resección en cuña: incisión en V, incluyendo saco gestacional y miometrio circundante. Se afronta tejido con catgut 2-0, puntos simples. La resección en cuña es una opción más agresiva y de mayor complejidad quirúrgica, sin embargo, no se presentan accidentes ni incidentes durante el procedimiento. Sangrado de 300 cc.

CONCLUSIONES: Una gestación ectópica de localizacion intersticial representa una situación que pone en riesgo la vida de la paciente, su alto índice de morbilidad, en comparación con cualquier otro embarazo ectópico, se debe principalmente a la cercanía en la implantación del trofoblasto, hacia las ramas aferetes de las arterias uterinas.

Embarazo ectópico abdominal con implantación en el fondo uterino: reporte de caso y revisión bibliográfica

Iris Celeste Martínez Fácio, Maribel Lara Chavarria, Jorge Luis Léon González
Hospital General Reynosa, Tamaulipas.

ANTECEDENTES: La terminología se divide en embarazo abdominal primario como aquel que su implantación inicial fue en la cavidad abdominal, y secundario como aquel que tiene su crecimiento en la cavidad abdominal, pero fue implantado inicialmente en otro lugar.

CASO CLINICO: Paciente de 31 años llevada al servicio de urgencias. Antecedente de tabaquismo inactivo y etilismo inactivo consumo de cerveza cada 15 días sin llegar a la embriaguez, colecistectomía hace 9 años sin complicaciones, multigesta, secundípara, aborto 1, cesárea 1 hace 9 años sin complicaciones. Ciclos menstruales regulares con amenorrea de 23.3 semanas en relación a la fecha de la última menstruación, con 3 consultas de control prenatal. Embarazo de 23 semanas más oligohidramnios severo por displasia renal severa más placenta previa con aparente acretismo placentario. En la exploración física se encontró sin datos patológicos relevantes, feto con frecuencia cardiaca de 123 lpm y reporte de ultrasonido de feto único vivo de situación indistinta de 22 semanas de gestación con restricción del crecimiento intrauterino.

CONCLUSIÓN: El embarazo abdominal es extremadamente raro a nivel mundial, con un índice de mortalidad materna 8 veces mayor de un embarazo tubárico y 90 veces mayor que un embarazo intrauterino, con una mortalidad fetal entre 45% a 90%, la elección del abordaje ideal para la paciente dependerá del estado hemodinámico, así como del consenso de medicós, un manejo quirúrgico con terapia adyuvante con metrotexate para placentas in situ es de elección. Se han informado casos de embarazos intrauterinos sin complicaciones posteriores a un embarazo ectópico abdominal.

Ruptura uterina en el segundo trimestre del embarazo asociada con espectro de placenta acreta. Reporte de un caso

Mariana Hernández Raya, Victor Edgardo Baños Hernández, Estela Milo Suárez, Erick Ricardo Aguilar Neri, Guillermo Ramírez Barragán
Hospital General Pachuca, Hidalgo.

CASO CLÍNICO: Paciente de 29 años con embarazo gemelar monocorial-biamniótico, con antecedente de legrado uterino instrumentado, con ultrasonido de la semana 14 que reportó datos sugerentes de acretismo placentario.

CONCLUSIONES: El espectro de placenta acreta es una complicacion rara en el segundo trimestre del emabrazo sin embargo alcontar con factores de riesgo es parte de los diagnósticos diferenciales en pacientes con embarazo y dolor abdominal, actualmente se conoce que el diagnóstico de estas patologia debe estar precisado por histopatología y se debe tener amplio conocimiento sobre hallazgos ultrasonograficos tempranos que pudieran sugerirnos el diagnóstico y de esta manera poder poder prevenir complicaciones que pueden poner en riesgo la vida no solo del feto si no en mayor medida a la madre.

Síndrome nefrótico asociado con preeclampsia grave. Reporte de caso

Mariana Hernández Raya, Victor Edgardo Baños Hernández, Ramón Legorreta Ramírez, Guillermo Barragán Ramírez
Hospital General Pachuca, Hidalgo.

CASO CLÍNICO: Paciente de 19 años, primigesta, con embarazo pretérmino con diagnóstico de preeclampsia con hipertensión grave asociada con síndrome nefrótico durante su estancia, proteinuria masiva asi como descontrol hipertensivo por lo que se decide finalizar el embarazo y seguimiento en la consulta externa de nefrología. En la biopsia renal hubo hallazgos histológicos típicos de preeclampsia sin otras afecciones inmunológicas.
CONCLUSIONES: La preeclampsia es es un claro ejemplo de enfermedad endotelial, mismo diagnóstico que solo puede establecerse mediante un protocolo con estudios de histopatología, se dio seguimiento al caso obteniendo imagenes de inmunofluorescencia e histopatológicas.

Secuencia de deformación acinesia-hipocinesia (artrogriposis)

Montserrat Malfavón Farías, Alma Bajonero Domínguez, Juan Carlos de León Carbajal, Luis Alberto Aguilar Fong
Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga, Ciudad de México.

ANTECEDENTES: La artrogriposis es un término descriptivo para contracturas congénitas múltiples en diferentes áreas del cuerpo: secuencia acinesia-hipocinesia fetal, trastorno genético.
CASO CLÍNICO: Paciente secundigesta, con embarazo de 23.1 semanas sin antecedentes médicos de importancia. Se realiza ultrasonido estructural reportando feto con movimientos corporales ausentes en extremidades superiores e inferiores sin rangos de movimiento tanto activos y pasivos. Debido a patología con mal pronóstico para la vida y función fetal se ingresa para finalización del embarazo por medio de inducción obteniendo recién nacido femenino de 600 gramos y 28 cm, sin vitalidad.
CONCLUSIONES: El diagnóstico prenatal suele ser un reto donde podemos observar falta de movimientos activos y pasivos. Al ser un síndrome genético con una incidencia de 1 en 24,000 y con mal pronostico postnatal, se decide la finalización del embarazo observando datos clínicos de dicha secuencia al nacimiento.

Displasia tanatofórica tipo II. Diagnóstico prenatal de enfermedad letal. Reporte de caso

Karla Daniela Marrero Ortega, Luis Alberto Pugliesse de la Fuente
Unidad Médica de Alta Especialidad 23 Dr Ignacio Morones Prieto.

ANTECEDENTES: La displasia tanatofórica es una condrodisplasia producida por mutaciones del receptor 3 del factor de crecimiento de fibroblastos (FGFR3), con un patrón de herencia autosómica dominante. Se clasifica en los subtipos I y II, la variante tipo II es la menos frecuente, con prevalencia entre 0.21 y 0.30 por cada 10,000 nacidos vivos.
CASO CLÍNICO: Paciente de 19 años, primigesta sin antecedente de enfermedades crónico degenerativas o algún otro de relevancia. Con 26.5 de gestación. El ultrasonido reveló asimetría biométrica del feto con diámetro biparietal

= 94.1 mm (38.2 semanas de gestación), circunferencia cefálica = 304.9 mm (33.6 semanas de gestación), circunferencia abdominal=255.7 mm (29.5 semanas de gestación), longitud femoral=25.1 mm (17.4 semanas de gestación), hipoplasia mediofacial y puente nasal deprimido, macrocráneo en forma de trébol y prominencia frontal, fosa posterior completamente obliterada con hidranencefalia, circunferencia torácica menor a percentil 5, hipoplasia pulmonar, dilatación pielocalicial bilateral, cuatro extremidades con micromelia severa y rectificación de los huesos largos. Se revalora a la semana 30 de gestación agregándose a hallazgos ultrasonográficos polihidramnios ILA de 25 cm.
CONCLUSIONES: Las displasias óseas corresponden un grupo heterogéneo de condiciones relacionadas con anomalías del esqueleto, que incluyen defectos en la densidad, forma y tamaño de los huesos. Dentro de la nueva Nosología y Clasificación de las displasias esqueléticas donde se encuentran 461 trastornos, la displasia tanatofórica representa la más frecuente letal, siendo la valoración cuidadosa mediante ecografía prenatal la que sugiere el diagnóstico. La legislación estatal vigente de Nuevo León, no considera a las malformaciones fetales como una causa justificada de interrupción del embarazo.

Embarazo anembriónico en la cicatriz uterina. Reporte de caso

Betzai Teutli Covarrubias, José Eugenio Guerra Cárdenas
Hospital de Especialidades IMSS Bienestar Dr. Carlos Canseco.

ANTECEDENTES: El embarazo en la cicatriz uterina consiste en una implantación anormal del blastocisto localizada en el miometrio o tejido fibroso de la cicatriz uterina.
CASO CLÍNICO: Paciente de 37 años, con antecedentes de cuatro embarazos, un aborto y dos cesáreas en curso de las 9.2 semanas del embarazo actual ubicado en la cicatriz uterina. Con escaso sangrado transvaginal de 1 día de evolución acompañado de dolor cólico en el hipogastrio sin irradiación. *Antecedentes ginecoobstétricos:* menarquia a los 12 años, e incio de la vida sexual activa a los 16. Tenía dos consultas de control prenatal con ultrasonido transvaginal que reportó: saco gestacional de 29 mm para 7.5 semanas de gestación implantado en el segmento uterino, inferior sin embrión. El ultrasonido institucional reportó: saco gestacional de 27mm para 7.1 semanas de gestación sin polo fetal de implantación en segmento uterino inferior. Se decidió el manejo expectante con cuantificaciones de HGCb fracción beta seriadas a su ingreso de 10,588 y de control de 5946 y 5014 con un intervalo de 3 días, sin disminución significativa, por eso se decidió la aspiración manual endouterina guiada por ultrasonido.
CONCLUSIONES: Una cesárea previa es el principal factor de riesgo asociado con el aumento de esta patología, por lo cual se recomienda una detección temprana en estas pacientes con ultrasonido transvaginal Doppler.

Fibrilación auricular y sepsis durante el embarazo: reporte de caso

Kimberly Lizet Morales Palomino, Eduardo Ponce Nájera, Juliana Acuña Londoño, Marcela Montoya Hinojosa, José Carlos Alberto Martínez Ramírez
Hospital Metropolitano.

ANTECEDENTES: La fibrilación auricular es poco común durante el embarazo. Se asocia principalmente a enfermedades cardiacas subyacentes, cambios hemodinámicos y efectos electrofisiológicos producidos por las hormonas, entre otros. La atención médica es de gran importancia para el desenlace materno y fetal.
CASO CLÍNICO: Paciente de 22 años con 24.3 semanas de gestación, con fiebre, malestar general, taquicardia y dolor tipo punzante en la fosa renal izquierda. Hemodinámicamente inestable, con una TA de 89-49 mmHg, PAM 63 mmHg, FC 133

lpm e índice de choque 1.49. Diagnóstico: choque séptico secundario a pielonefritis. Se ingresó a cuidados intensivos con taquicardia de 190-200 lpm, el electrocardiograma reportó: fibrilación auricular. El ultrasonido: feto único vivo, con 131 lpm. Ecocardiograma: insuficiencia mitral leve. Se trató con meropenem, amiodarona y norepinefrina. La fibrilación auricular se controló en menos de 48 h, sin recurrencias.
CONCLUSIONES: El tratamiento con cardioversión farmacológica se considera cuando hay una estabilidad hemodinámica; tiene adecuada respuesta, a pesar de no ser tratamiento de primera línea.

Hipogonadismo hipogonadotrópico asociado con tumor hipofisiario. Reporte de caso

Ramón Martín Morales Chávez, Gabriel Cortés Durán
Hospital Infantil del Estado de Sonora.

ANTECEDENTES: El hipogonadismo hipogonadotrópico es un síndrome clínico consecuencia de una insuficiencia gonadal debido a concentraciones anormales de gonadotropina hipofisaria. La causa puede ser adquirida (hiperprolactinemia, lesión hipofisiaria, síndrome de Cushing, enfermedades crónicas, radiación, trauma, cirugía hipofisiaria, fármacos, etc.) o congénita (síndromes de Kallman, de Laurence Moon Biedl, mutaciones genéticas e idiopático). El objetivo en mujeres con hipogonadismo es inducir y mantener las características sexuales secundarias, normalizar la función sexual y mejorar la masa ósea y muscular. El tratamiento convencional es la terapia de reemplazo hormonal combinada con estrógenos y progesterona (vía oral y transdérmica). Debido al mayor riesgo de sufrir un desarrollo esquelético deficiente, pérdida ósea y fracturas, el tratamiento debe incluir calcio y vitamina D. Se indica dosis bajas de testosterona o dehidroepiandrosterona si se experimentan disminución de la libido.

Síndrome de Body Stalk. Caso clínico

Montserrat Malfavón Farías, Edgar Zárate Xochimatzi, José Javier Ortiz Betancourt, María Ángeles Hernández Larrea, Eneida Mendiola Molina
Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga, Ciudad de México.

ANTECEDENTES: El síndrome de Body Stalk (SBS) es una malformación letal, poco frecuente, caracterizada por unión de los órganos viscerales a la placenta, cordón umbilical corto o ausente y múltiples malformaciones que involucran la columna vertebral (cifoescoliosis), craneofaciales y tubo neural.
CASO CLÍNICO: Paciente de 32 años, primigesta, cursando embarazo de 21.1 semanas de gestación (semanas de gestación), sin antecedentes médicos de importancia. Se realiza ultrasonido encontrando embarazo de 16.4 semanas de gestación por fetometría, con, hueso nasal hipoplásico, defecto mayor de pared corporal anterior que involucra tórax con ectopia cordis, protrusión de estómago, intestino, hígado y vejiga. No se visualizan arterias umbilicales a la aplicación de Doppler color a nivel de la vejiga, ni presencia de cordón umbilical. Hallazgos compatibles con Síndrome de Body Stalk y al ser una patología letal, se propone para interrupción legal del embarazo. Ingresa para finalización del embarazo por medio de inducción con análogos de prostaglandinas obteniendo un recién nacido femenino el 16.08.23 a las 13:00 horas con peso 400gr, talla 20cm, sin vitalidad.
CONCLUSIONES: El síndrome de Body Stalk es un conjunto de malformaciones que posee una incidencia poco frecuente, la cual se relaciona con una cantidad importante de pérdidas gestacionales durante el primer trimestre. Pese a que no se conoce etiología especifica ni relación genética al desarrollo de dicha entidad, es de suma importancia el diagnóstico temprano mediante ecografía y así permitir establecer un panorama acerca del pronóstico de la concepción.

Miomatosis uterina gigante. Tratamiento prequirúrgico con acetato de ulipristal

Andrea Scarlet Arzate Fonseca, José Ramon Rivera Ruiz
Hospital General Regional 1, Instituto Mexicano del Seguro Social.

CASO CLÍNICO: Paciente de 43 años, nuligesta, con antecedente cronico degenerativo de artritis reumatoide en tratamiento con sulfasalazina, calcitriol, cloroquina y metotrexate. Con antecedente de miomatosis uterina de diagnóstico a los 23 años con 2 miomectomias a los 23 años y 27 años. En el 2019 con presencia de cambios en patron menstrual, sintomatología obstructiva y masa palpable. Se realizo histerectomía total abdominal posterior a 6 meses de tratamiento con acetato de ulipristal, con útero de 29 x 18 x 12 cm de 3600 g.
CONCLUSIONES: Paciente con miomatosis gigante tratada con ulipristal con reducción y extirpación quirúrgica exitosa previo con dos laparotomías exploratorias con extracción fallida. Paciente sin ninguna repercusión hepática posterior al uso de 6 meses de acetato de ulipristal.

Asociación VACTERL. Reporte de caso

Nancy Elizabeth Hernández Morales, Miguel Ángel González Nazar, Óscar Javier Coronado López, Pedro Abel Beltrán Peña Loza
El Hospital de la Mujer y su Familia.

CASO CLÍNICO: Paciente de 25 años, G1, sin antecedentes personales patológicos. Motivo de consulta: cita de control prenatal a las 31.0 semanas de gestación sin control prenatal previo. Consumo de ácido fólico intermitente durante el embarazo. El USG obstétrico corroboró la viabilidad fetal 153 llm producto único longitudinal cefálico dorso derecho, placenta normoinserta, líquido amniótico reportado dentro parámetros normales. PFE 2,200 gramos, falta de integridad de columna vertebral a nivel S1-S3 confirmación de mielomeningocele, presentes signo de la banana, signo del limón y pie equinovaro bilateral. Se interrumpe embarazo por cesárea programada a las 38.1 semanas de gestación. Se obtiene producto masculino APGAR 9/10, peso 2,990gramos talla 50cm, ingreso a UCIN para defecto de manejo congénitos exitoso y alta a domicilio.
CONCLUSIONES: El diagnóstico prenatal es esencial para ofrecer un oportuno y correcto para lograr mejorar la calidad de vida del paciente, los supervivientes se someten a numerosas cirugías a lo largo de su vida, pero se considera que tienen un desarrollo neurocognitivo normal. Mantener la asociación VACTERL como un diagnóstico de descarto debido a su baja incidencia, pero reconocer los hallazgos ultrasonográficos es primordial.

Análisis de las características clínicas y obstétricas de pacientes con preeclampsia con datos de severidad de inicio temprano y eclampsia

Eduardo Ponce Nájera, Kimberly Lizet Morales Palomino, Marco Antonio Rentería Casta, Marcela Montoya Hinojosa, Alejandra Berenice Rodríguez Romero
Hospital Regional Materno-Infantil del Estado de Nuevo León.

ANTECEDENTES: La preeclampsia es una de las principales causas de muerte materna en nuestro país.
OBJETIVO: Comparar las características clínicas y los resultados obstétricos y neonatales de pacientes embarazadas con preeclampsia con datos de severidad de inicio temprano y eclampsia en un hospital de segundo nivel en Nuevo León, México.
MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio comparativo, retrospectivo y observacional. Se incluyeron pacientes con preeclampsia con datos de severidad de inicio temprano y eclampsia y se excluyeron pacientes con información clínica incompleta. Se describen las características demográficas, desenlaces maternos y neonatales.
RESULTADOS: Se incluyeron 50 pacientes, 35 pacientes con diagnóstico de preeclampsia con datos de severidad (PCDS) y 15 pacientes con diagnóstico

de eclampsia. De las pacientes del subgrupo con diagnóstico de preeclampsia con datos de severidad (n=35), 4 pacientes (11.4%) mostraron alteraciones en la función hepática y la media de proteinuria fue de 2.48 g/dL. Ninguna paciente sufrió complicación materna. 33 productos (94.2%) nacieron vivos y la media de peso al nacer fue de 1600 g. De las pacientes del subgrupo con diagnóstico de eclampsia (n=15), 1 paciente (6.7%) mostró alteraciones en la función hepática y la mediana de proteinuria fue de 7.14 g/dl. Una paciente (6.7%) tuvo desprendimiento prematuro de placenta normoinserta. Todos los productos nacieron vivos y la media de peso al nacer fue de 2444 g. Se encontró diferencia estadísticamente significativa en las edades y semanas de gestación entre ambos grupos ($p < 0.001$).

CONCLUSIONES: Las pacientes con eclampsia tienden a tener una menor edad que quienes padecen preeclampsia con datos de severidad sin convulsiones. Además, se encontraron mayores índices de proteinuria en pacientes con eclampsia comparado con pacientes con preeclampsia con datos de severidad de inicio temprano.

Choque séptico en aborto del segundo trimestre. Reporte de caso

Karen Anahí Ortega Hidalgo, Diana Alejandra García Otero, Adriana Cruz Vázquez, María Félix Aguilar López, Leticia Martínez Pérez
Hospital Regional de Cd. Madero, Petróleos Mexicanos.

ANTECEDENTES: En México, el aborto constituye la tercera causa de mortalidad materna representado por el 7.2% de las muertes hasta la semana epidemiologia 33 de 2023, la mayoría de las muertes maternas asociadas a sepsis representan el 10% en países en desarrollo y constituye una enfermedad grave por su potencial de diseminación sistémica.
CASO CLÍNICO: Paciente de 30 años, gesta 3, cesárea y abortos previos con diagnóstico de aborto de 16.2 semanas, con diagnóstico de aborto diferido, flujo transvaginal fétido y fiebre no cuantificada de 3 días de evolución. La expulsión fetal sucedió 16 horas posteriores al ingreso, con dificultad para extracción de placenta, con atonía uterina y hemorragia de 1800 cc incoercible a manejo médico. Se efectuó el pinzamiento de los vasos uterinos con lo que cedió el sangrado en 90%. Luego de diversas maniobras se procedió al empaquetamiento y cierre de piel para sellar la cavidad abdominal con protocolo de transfusión masiva por sangrado de 6500 mL.
CONCLUSIONES: Es importante el manejo multidisciplinario dentro de las primeras horas incluyendo a los servicios de terapia intensiva e infectología durante la reevaluación del estado bioquímico y hemodinámico, previo a la valoración de procedimientos quirúrgicos de dilatación y curetaje.

Anemia en adolescentes y características clínica de los recien nacido en el Hospital de la Mujer de Culiacán, Sinaloa

Castro Apodaca Francisco Javier, Obeso Espinoza Humberto Apolinar, Herrera Ramírez Sofía Gabriela, Félix Aispuro Ana Cristina, Uriarte Valenzuela José Ángel
Hospital de la Mujer Culiacán, Sinaloa.

ANTECEDENTES: La anemia en el embarazo se debe principalmente a deficiencia de hierro porque el proceso gestacional requiere una mayor cantidad de este mineral para satisfacer las necesidades de la paciente y el feto en desarrollo.
OBJETIVO: Establecer la correlación entre el peso de madres adolescentes con diagnóstico de anemia y sin anemia.
MATERIALES Y MÉTODOS: Los datos se obtuvieron de SIGHO del 1 de enero al 22 de abril . El departamento de ética del Hospital de la Mujer aprobó la realización del presente estudio. Se incluyeron un total de 300 adolescentes 100 sin anemia y 200 con anemia, y Se analizaron los datos mediante el programa IBM SPSS, calculando las frecuencias, la prueba de Kolmogorov-Smirnov y el Coeficiente de correlación de Spearman.

RESULTADOS: Se estudiaron 300 mujeres embarazadas que se categorizaron en: embarazadas anémicas (100) y no anémicas (200). La edad promedio de las madres fue 17.5 ± 1.5, semans de embarazo 39.1 ± 1.3. El 93.33% de los embarazos fueron a término (37-42 semanas), el resto pretérmino o postérmino. La media de hemoglobina 11.5 ± 1.5 g/dL. El 33.3% de las pacientes padecía anemia, de las que el 19.7% era anemia leve y 13.7% anemia moderada.
CONCLUSIONES: No se encontró una relación directa entre la anemia de la madre y el bajo peso al nacer del recién nacido; la prevalencia de anemia fue del 33.4%

Síndrome de Hellp, eclampsia y pancreatitis: reporte de caso y revisión de la bibliografía

Liliana López Escobar, Laura González, Karla Patricia López
Hospital de la Mujer, Ciudad Juárez, Chihuahua.

ANTECEDENTES: La pancreatitis en el embarazo es una emergencia absoluta , rara pero potencialmente mortal . Su diagnostico suele ser similar a la de una mujer no embarazada, sin embargo aun es difícil de realizar.
OBJETIVO: Describir un caso clínico de una paciente que acude al Hospital de la mujer de Ciudad Juárez, Chihuahua, sin ningún antecedente que podríamos sospechar de alguna complicación y que sin embargo se deterioro rápidamente a pesar de realizar el diagnostico y otorgar el tratamiento de forma oportuna.
CASO CLÍNICO: Paciente de 22 años de edad, sin ningún antecedente de importancia, que horas después de su parto ; inicia con signos y síntomas sugestivo de pancreatitis ,además durante su vigilancia postparto se integran los diagnósticos de Eclampsia y Síndrome de Hellp con posterior deterioro clínico y bioquímico.
CONCLUSIONES: La asociación de Pancreatitis, Eclampsia y Síndrome de Hellp en el embarazo es una condición rara, y en nuestro medio son escasos los reportes.

Leiomioma vulvar. Reporte de caso clínico y revisión bibliográfica

Lomelí Parra Jasmine Saraí, González Bocanegra Diana, Aguilar López María Félix, Medina Gálvez Orlando, Cruz Vázquez Adriana
Hospital Regional de Ciudad Madero, Tamaulipas, Pemex.

ANTECEDENTES: El fibroma es un raro tumor solido benigno en la vulva. Conorigen en el mesodermo, los fibromas surgen del tejido fibroso de la vulva y suelen ser de tamaño pequeño a moderado. La incidecia del leiomioma vulvar es del 0.07%. Estos tumores del musculo liso suelen ser indoloros, de crecimiento lento y pueden aparecer en mujeres de cualquier edad.
CASO CLÍNICO: Paciente de 46 años con antecedente de diabetes mellitus tipo 2 e hipotiroidismo, la cual acudio a valoracion por referir tumoracion en region vulvar, la cual inicio hace 6 meses previos y fue aumentando de tamaño de formo progresiva, ligeramente dolorosa, recibiendo multiples tratamientos con antibioticos y antiinflamatorios. A la exploracion fisica se palpa tumoracion en region vulvar en el radio de las 7 de aproximadamente 6x2 cm, movil no doloroso de bordes regulares. Se inicia protocolo quirurgico.
CONCLUSIONES: Aunque el quiste de glandula de bartholin es la principal sospecha de diagnostico cuando hay presencia de una masa de rapido crecimiento de localizacion vulvar, puede haber otras etiologías entre ellas el leiomioma vulvar o las neoplasias malignas. El manejo mediante escision quirurgica de la tumoracion es lo ideal ya que permite un diagnostico anatomopatologico definitivo y manejocurativo.aunque existe un riesgo menor de recidiva es importentecontinuar su seguimiento posterior al manejo.

Incidencia de infección de vías urinarias en embarazadas

Romina Llanes Cárdenas, Paul González Quintero, Saúl Armando Beltrán Ontiveros, José Geovanni Romero Quintana, Carlos Ernesto Mora Palazuelos

Hospital de la Mujer, Secretaría de Salud, Culiacán, Sinaloa.

ANTECEDENTES: Las infecciones en vías urinarias ocurren cuando hay daño en los mecanismos de defensa del huésped y un microrganismo virulento se adhiere y multiplica en alguna porción de la vía urinaria.
OBJETIVO: Determinar la incidencia de infección de vías urinarias en pacientes embarazadas atendidas en el Hospital de la Mujer.
MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio cuantitativo, no experimental, transversal y descriptivo efectuado en pacientes embarazadas atendidas en el servicio de Control prenatal, Obstetricia y Tococirugía del Hospital de la Mujer de Culiacán, Sinaloa. Además de otros estudios, se lpracticaron general de orina y urocultivo con antibiograma para la búsqueda de infección.
RESULTADOS: La edad promedio de las pacientes fue 25.89 ± 7.38 años, con 29.9 ± 8.63 semanas de embarazo. En el examen químico del EGO, el 51.6% tuvo un pH 6, densidad de 1.010 a 1.024 g/L en el 72.5%, el 100% fueron nitritos negativo, 56.2% cetonas negativo, 66.2% proteínas negativo, 93.5% glucosa normal, 84.7% urobilinógeno normal, 99.7% negativo para bilirrubinas. Respecto al examen microscópico, se observó que el 84.1% negativo a cristales, el 89.3% negativo a cilindros, 88.6% levaduras negativo, el 66.6% presentó hilos mucoides negativo, el 37.3% presentaron 101-500 leucocitos/µL, y finalmente, el 81.2% se observó flora bacteriana que oscilaba entre 150-1,000 bacterias/µL.
CONCLUSIONES: Los tres principales agentes etiológicos responsables de infección de vías urinarias en embarazadas coincide con lo reportado en la bibliografía, donde el EGO y el Uro son exámenes de rutina muy importante en cada consulta de control prenatal, indispensables para identificar IVU, y en caso de salir positivo poder iniciar tratamiento antibacteriano tal como lo indica la NOM-007-SSA2-2016.

Secuencia de perfusión arterial reversa en gemelos asociada con síndrome de Dandy Walker: reporte de caso

Martín Osiel González Valdés, Aldo Francisco Rodríguez Ruiz
Hospital General de Saltillo.

ANTECEDENTES: La secuencia de perfusión arterial reversa en gemelos (TRAP) es una rara anomalía asociada con embarazos monocoriales múltiples. Surge debido a la muerte temprana de uno de los gemelos y la perfusión retrógrada del gemelo sano al feto afectado. La anomalía está relacionada con el síndrome de Dandy-Walker, que es una malformación cerebral poco común.
CASO CLÍNICO: Paciente de 17 años con un embarazo gemelar monocorial biamniótico de 13 semanas, en el que se diagnosticó una secuencia TRAP y uno de los gemelos tenía síndrome de Dandy Walker. Lo sobresaliente fue el antecedente de sífilis primaria, no tratada. Uno de los fetos se encontró acárdiaco, sin extremidades, con malformación de la pared abdominal sin estómago ni vejiga. El otro feto sí mostró actividad cardiaca, con una medida por LCR de 48.1mm, translucencia nucal de 1.20mm, IT de 1.30 mm, ip ductus venoso 0.96, con hueso nasal ausente, ductus venoso con ondas y regurgitación tricúspidea negativa. Hallazgos concisos para secuencia de perfusión arterial reversa asociada a síndrome de Dandy Walker. Se sugirió a la paciente se hiciera una prueba de ADN fetal, que rechazó y optó por la finalización del embarazo.
CONCLUSIONES: El diagnóstico prenatal de la secuencia TRAP y del síndrome Dandy Walker es importante para ayudar a la supervivencia. Se debe asesorar a los padres sobre las opciones de manejo conservador, intervención intrauterina para detener el flujo sanguíneo invertido o interrupción de todo el embarazo.

Tumor de Krukenberg bilateral: metástasis gástrica a ovario y endometrio

Leopoldo Santiago Sanabria, Claudia Selene Corona Álvarez, Óscar Alejandro Medina García, Rosalba Trujillo Martínez, Nubia Miroslava Figueroa López

Unidad Médica de Alta Especialidad 4 Luis Castelazo Ayala, Ciudad de México.

ANTECEDENTES: El tumor de Krukenberg es metástasico hacia el ovario y se caracteriza por la producción de mucina y células en anillo de sello. En el 90% de los casos se originan en la vía digestiva y representa 1ª 2% de los tumores ováricos y alrededor del 30% de las metástasis a ovario.
CASO CLÍNICO: Paciente de 49 años, con dolor abdominal y lumbar de dos meses de evolución asociado con síntomas de uropatía obstructiva, dispareunia, dismenorrea, alteraciones del patrón menstrual, pérdida ponderal de 10 kg en 3 meses, saciedad temprana y estreñimiento. Con la sospecha diagnóstica de hemorragia uterina anormal secundaria a miomatosis uterina se decidió la histerectomía total abdominal y salpingectomía bilateral, con estudio transoperatorio por ausencia de biopsia de endometrio. Estudio histopatológico definitivo: salpingooferectomía bilateral, salpinges bilaterales, endometrio y miometrio con metástasis de carcinoma poco diferenciado en células en anillo de sello. No hay implicación superficial. Invasión linfovascular. Citología de lavado peritoneal positiva para malignidad. Ante la carcinomatosis se indicó quimioterapia coadvuvante y cuidados paliativos.
CONCLUSIÓN: Lo primero es encontrar y tratar el tumor primario. Si la enfermedad está confinada a la pelvis puede ofrecerse quimioterapia y radioterapia neoadyuvante con el fin de citorreducción. En caso de tratarse de un cáncer primario gástrico puede ofrecerse terapia adyuvante para controlar la enfermedad.

Esclerosis tuberosa asociada con el embarazo y acretismo placentario. Reporte de un caso

Dulce Lizbeth Rojas Rodríguez
Hospital General de zona 1 Saltillo, Coahuila, Instituto Mexicano del Seguro Social.

ANTECEDENTES: La esclerosis tuberosa es un síndrome neurocutáneo autosómico dominante causado por variantes patológicas en los genes TSC1 y TSC2. Estos genes codifican las proteínas hamartina y tuberina, que ayudan a controlar el crecimiento y la proliferación celular, por lo que estos pacientes tienen anormalidades en la piel, cerebro, riñones y pulmones.
CASO CLÍNICO: Paciente de 25 años, gesta 5 cesárea 1 abortos 3 con antecedente de epilepsia a los 6 años de edad en tratamiento con valproato de magnesio 400mg suspendido por decisión propia. Se diagnostica a las 36.3 semanas de embarazo un tumor cardiaco en feto probable rabdomioma; descrito como imagen hiperecogénica a nivel de septum interventicular con dimensiones de 34 x 22 mm con efecto de masa en ambas cavidades cardiacas, se observa disminución del calibre del tracto de salida del ventrículo izquierdo.
CONCLUSIONES: En las embarazadas con fetos con estos hallazgos debe integrarse una historia clínica y examen físico exhaustivo en busca de signos clínicos de la enfermedad, sobre todo en la piel. La evaluación puede ser complementada con resonancia magnética cerebral, ecocardiograma, ecografía renal y de hígado.

Desprendimiento de retina bilateral en asociación con preeclampsia

Ambrosio Avila Mariel Jesus, León Cabrera Jaime
Hospital General Agustín O´Horán.

ANTECEDENTES: El desprendimiento de retina en la preeclampsia es bilateral y de característica serosa. La expresión patógena se debe a la isquemia conoidea, secundaria a un intenso vasoespasmo arteriolar. La mayoría de las pacientes recuperan completamente la visión con tratamiento clínico.
CASO CLÍNICO: Paciente de 20 años de edad, embarazo 1, sin control prenatal, ni antecedentes patológicos de importancia. El padecimiento actual fue de inicio súbito, con alteraciones visuales, con ten-

sión arterial de 170-110 mmHg por lo que se finalizó el embarazo, por parto. El diagnóstico posparto fue: desprendimiento de retina bilateral, indicación de esteroide por vía oral y control de cifras tensionales. A las 6 semanas con reducción progresiva de medicamentos antihipertensivos hasta lograr suspenderlos.
CONCLUSIONES: La visión borrosa es el síntoma más frecuente. La etiopatogenia se relaciona con la isquemia conoidea, producida por vasoespasmo arteriolar intenso. La insuficiencia vascular conoidea puede provocar lesiones en el epitelio pigmentado de la retina, trasudación de líquido y desprendimiento focal de la retina.

Cerclaje cervical profiláctico y desenlaces perinatales en embarazo único

Javier Jonathan Sánchez Mejía, Victor Hugo Ramirez Santes, Mario Estanislao Guzmán Huerta, Omar Alberto Tirado Aguilar, Griselda Yadira Martínez Aragón
Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, Ciudad de México.

ANTECEDENTES: La insuficiencia ístmico-cervical es la inhabilidad del cuello uterino para retener el embarazo en el segundo trimestre, ante la ausencia de contracciones uterinas, caracterizada por dilatación cervical indolora y, en ocasiones, recurrente que origina la pérdida del feto. La manifestación de la insuficiencia ístmico-cervical puede sobrevenir en el primer embarazo o en embarazos subsecuentes.
OBJETIVO: Evaluar el efecto del cerclaje profiláctico en embarazos únicos, su periodo de latencia desde el momento de la colocación hasta la finalización del embarazo y los principales desenlaces perinatales.
MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio de cohorte retrolectiva de pacientes con embarazo único de 12.0 a 26.0 semanas de gestación a quienes se colocó un cerclaje cervical profiláctico entre enero del 2016 y el 30 de octubre del 2017.
RESULTADOS: En la evaluación del desenlace primario la latencia media fue de 19.13 semanas de gestación ± 4.72. Dentro de los desenlaces secundarios la EG media al momento de la colocación fue de 17.2 ± 3.2 semanas. La media de semanas de gestación al retiro del cerclaje fue de 35.6 ± 3.69 y se alcanzó un promedio de 36.3 al momento de la finalización. En cuanto a los nacimiento el 66.2% fueron de término, el 18.3% pretérminos tardíos y el 15.5% pretérmino tempranos. Se obtuvieron 69 nacidos vivos con un peso neonatal al nacimiento en promedio de 2726.34 gramos.
CONCLUSIONES: Las pacientes con embarazo único, sin modificaciones cervicales, con diagnóstico de insuficiencia ístmico-cervical por historia clínica, se benefician de un cerclaje profiláctico en el segundo trimestre para lograr desenlaces perinatales favorables, se puede lograr una latencia del embarazo de 19.3 semanas de gestación.

Degeneración de mioma gigante en embarazo de segundo trimestre: Reporte de caso y revisión de bibliografía

Andrea Michelle Asaf Calderón, Luz Pamela Ramírez Landín, Omar Alberto Tirado Aguilar, María Fernanda López Torres, Mario Roberto Rodríguez Bosch
Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, Ciudad de México.

ANTECEDENTES: La mayoría de las mujeres embarazadas con miomatosis uterina cursarán un embarazo sin eventualidades; sin embargo 10 a 20% tendrán complicaciones.
CASO CLÍNICO: Paciente primigesta con 16.6 semanas de embarazo con dolor abdominal punzante de 1 mes de evolución, progresivo, con exacerbación del cuadro de 10 días. La resonancia magnética reportó: útero grávido, ocupado por producto único vivo, con distorsión en su morfología, miometrio con múltiples miomas intramurales y subserosos. El de mayor tamaño, en el fondo uterino, de 15.7 x 16.2 x 15.2 cm predominantemente hipointenso en T1 e hiperintenso en

T2, sin restricción a la difusión. Se observa una segunda imagen del mismo componente localizada hacia pared posterior e izquierda del fondo uterino, subserosa pediculada de 12.0 x 12.9 x 10.1 cm. Adyacente y lateral izquierdo al feto se observa una lesión intramural y subserosa, similar a las anteriores, mide 8.0 x 9.9 x 7.3 cm. Se procedió a la miomectomía abierta, sin complicaciones. En la ultrasonografía obstétrica postmiomectomía se evidenció un feto único vivo, con FCF 168 lpm, placenta sin datos de desprendimiento o hematomas. Actualmente paciente cursa las 28 semanas de gestación y continúa en seguimiento prenatal, con adecuada evolución obstétrica.

CONCLUSIONES: Es escasa la bibliografía acerca del manejo de la degeneración miomatosa durante el embarazo, y aún no contamos con criterios quiúrgicos específicos, por lo que hacen falta más estudios enfocados en esta patología durante el periodo gestacional, especificamente en criterios quirúrgicos y su seguimiento.

Cáncer de mama asociado al embarazo: reporte de caso y revisión de bibliografía

Zelenia Garcia Alcudia, Ana Jimena López Díaz, Ana Cristina Arteaga Gómez, María Lourdes Gómez Sousa
Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, Ciudad de México.

ANTECEDENTES: El cáncer de mama durante el embarazo representa un gran desafío debido a la necesidad de garantizar la seguridad de la madre y del feto.

CASO CLÍNICO: Paciente de 43 años, con diagnóstico de carcinoma ductal infiltrante de mama derecha. Se refiere diagnóstico fortuito a las 16.1 semanas de embarazo con mastografía BI-RADS 5. La biopsia con aguja de corte de la mama derecha reportó: neoplasia epitelial maligna primaria de mama, células neoplásicas de tamaño mediano, con abundante citoplasma eosinófilo. Se identifican 3 figuras de mitosis atípicas en 10 campos de alta finalización por lo que se reporta: carcinoma ductal invasor. Durante el embarazo actual, a las 28.2 semanas, se lleva a cabo la cirugía conservadora de mama y la disección funcional de la axila derecha.

CONCLUSIÓN: El cáncer de mama asociado al embarazo, es una condición patológica que va en aumento, sin embargo siguen en vías de investigación por su difícil diagnóstico. El tratamiento dependerá del trimestre y la etapa clínica en el que se encuentra la paciente al momento del diagnóstico, teniendo como posibilidad tratamiento médico vs tratamiento quirúrgico modificado o radical. Se sugiere seguimiento posterior a la finalización del embarazo de 36 meses hasta 5 años debido al alto riesgo de recurrencia y la presencia de metástasis asociadas a la lactancia materna.

Evaluación de los desenlaces neonatales en pacientes con preeclampsia con datos de severidad

Eduardo Ponce Nájera, Erick Meinardo Garza Pérez, Ximena Fernanda Sierra Morales, Marcela Montoya Hinojosa
Hospital Materno-Infantil, Nuevo León, México.

ANTECEDENTES: La preeclampsia es una de las principales causas de muerte materna y fetal en México.

OBJETIVO: Evaluar los desenlaces neonatales en pacientes embarazadas con preeclampsia con datos de severidad.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo y observacional de pacientes con diagnóstico de PCDS atendidas en el un hospital de segundo nivel en Nuevo Léon, entre el 2021 y 2022.

RESULTADOS: Se incluyeron 742 pacientes con diagnóstico de PCDS con edad materna de 26 (rango: 14-45 años) y con embarazo de 36 semanas de gestación (rango: 23.2-42.2 semanas de gestación). En cuanto a las semanas de gestación (semanas de gestación) al nacimiento, se encontró que la mayoría de los embarazos fueron a término (> 37 semanas de gestación) representando el 61.8% (n=459) y la minoría perteneció al grupo de pretér-

mino severo (< 31.6 semanas de gestación) representando el 5.9% (n= 44).
La media del peso al nacer fue de 2788.9 (rango: 500-5010 g), encontrando un bajo peso al nacer (< 2500 g) en 34.09% de los nacimientos, de los cuales la mayoría pertenecieron al grupo de pretérmino tardío (34.0-36.6 sdg).
CONCLUSIONES: La incidencia de desenlaces neonatales adversos en pacientes con diagnóstico de PCDS es alta, siendo más frecuente en embarazos de pretérmino severo. Por lo tanto, es necesario tener un enfoque multidisciplinario y actuar de manera oportuna en la atención de estas pacientes para reducir los resultados desfavorables asociados.

Incidencia de cáncer de mama a 5 años en mujeres con lesiones premalignas

Leopoldo Santiago Sanabria, Enrique Martínez Villafaña, Marcela Islas López, Cynthia Alejandra Ruíz Carranza
Unidad Médica de Alta Especialidad 4 Luis Castelazo Ayala, Ciudad de México.

ANTECEDENTES: El cáncer de mama sigue siendo un problema de salud latente en todo el mundo por ser el más prevalente y el que mayor mortalidad registra en mujeres.
OBJETIVO: Determinar la incidencia acumulada de cáncer de mama a 5 años de seguimiento en pacientes con lesiones preinvasoras o premalignas de la glándula mamaria en un centro de referencia, así como establecer los factores de riesgo asociados.
MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio de cohorte retrospectivo, en pacientes atendidas en el Hospital Ángeles Lomas entre los años 2012 a 2016 que tuvieron diagnóstico de alguna lesión precursora o preinvasora para cáncer de mama durante su tamizaje mastográfico. Se les dio un seguimiento por 5 años para determinar su incidencia de cáncer.
RESULTADOS: Se incluyeron 215 pacientes que cumplieron con todos los criterios de inclusión establecidos. Se debe recalcar que la hiperplasia ductal atípica fue el diagnóstico más común con un 26%, seguido del papiloma intraductal y adenosis esclerosante, que registraron un 19% y 17.2% respectivamente.
CONCLUSIONES: El éxito de la curación del cáncer de mama está centrado en el diagnóstico temprano, por ende, si somos conscientes ante la existencia de lesiones premalignas o preinvasivas, así como su potencial de carcinogénesis, podremos realizar intervenciones tempranas y generar un impacto positivo en la calidad de vida de las pacientes.

Cáncer de mama accesoria

Antonio Nieto Mercado, Martha Camila Correa Castillo, Ana Norma Gricelda Becerril González, Gisela Ruezga Romo, Luis Eber Arreguin Zaragoza
Hospital General de Morelia Dr Miguel Silva, Michoacán.

ANTECEDENTES: Las malformaciones congénitas de la mama aparecen hasta en un 10 % de la población. La existencia de tejido mamario en algún punto de las líneas mamarias se clasifica, según Kajava, en 8 clases, que se diferencian por la presencia o no de areola mamaria, pezón y tejido glandular, El cáncer de mama es la neoplasia más prevalente en población femenina, tan sólo en México se cuenta con una incidencia anual de 38.4 por 100,000 mujeres.
El pronóstico de la enfermedad parece ser que es peor que el de la mama normal, por presentarse en estadios más tardíos. El mismo es difícil de establecer debido al limitado seguimiento por los pocos casos diagnosticados, a la demora en el diagnóstico por ser poco habitual, a la dificultad de la distinción en el estudio histopatológico entre la mama anatómica y la accesoria, al igual que a la afectación axilar más precoz por proximidad.

Embarazo heterotópico: reporte de un caso

Lilian Citlali Lara Solano, Binui Jesús Kumul Canché
Hospital General Regional 17, Instituto Nacional del Seguro Social.

ANTECEDENTES: El embarazo heterotópico es la coexistencia de dos embarazos simultáneos en al menos dos sitios de implantación diferentes. El aumento de los tratamientos por técnicas de reproducción asistida incrementó la incidencia de embarazo heterotópico, llegó hasta 1 % de los embarazos logrados por estas técnicas.
CASO CLÍNICO: Paciente de 24 años de edad, gesta 1, acude a urgencias de ginecoobstetricia con embarazo de 8.1 semanas de gestación por ultrasonido, refiriendo iniciar de forma aguda 4 horas previas con dolor tipo cólico en hipogastrio y fosa iliaca izquierda. El rastreo ultrasonográfico vía vaginal reportó útero en anteroversoflexión aumentado de tamaño, no se identificó placa embrionaria en su interior, ovario derecho de 22x20x16mm, ovario izquierdo de 34x15x25mm, adyacente se observó una imagen quística de 70x31x54mm, por lo que se sospecha de embarazo heterotópico. Hemoperitoneo de 600 cc, embarazo ectópico roto izquierdo en región ampular, quiste ovárico hemorrágico izquierdo, salpinge y ovarios derechos sin alteraciones macroscópicas aparentes, útero aumentado de tamaño. Se procedió a la salpingooforectomía izquierda y drenaje de hemoperitoneo con sangrado de 650 cc, hemoglobina de 5.6 por lo que se transfundió 1 paquete globular. El nuevo ultrasonido reportó un embrión intrauterino con saco gestacional con adecuada reacción decidual, con polo embrionario.
CONCLUSIÓN: La incidencia del embarazo heterotópico es baja, sin embargo, va en aumento, ya que las técnicas de reproducción asistida son más frecuentes en la sociedad. La importancia de tener un diagnóstico oportuno es brindar el tratamiento más seguro para la conservación del embarazo intrauterino, tal como en este caso en donde la paciente continuó con la gestación intrauterina.

Activación ovárica espontánea y antecedente de cáncer de mama. Reporte de caso

María Fernanda Ortiz Vera, Magdalena Cruz Luna, Radamés Rivas López, Marcia Verónica Maldonado Carmona
Hospital Angeles Pedregal, Ciudad de México.

ANTECEDENTES: La partenogénesis es una forma de reproducción asexual en donde la hembra puede producir un embrión sin la fertilización del ovocito por el esperma.
CASO CLÍNICO: Paciente de 24 años en búsqueda de preservación de la fertilidad por diagnóstico de cáncer de mama ductal invasor, estadio III. Abuela materna con cáncer de estómago, abuelo paterno con cáncer hepático, abuelo materno con cáncer de páncreas. Resistencia a la insulina en tratamiento con 500 mg de metformina y mioinositol cada 12 horas. Rinoseptoplastia, resección de un nódulo de la mama izquierda con reporte de cáncer de mama ductal; inmunohistoquímica: RE 50%, RP 60%, Ki67 10%. Menarquia a los 10 años; núbil. El ultrasonido reportó: útero en anteversoflexión, ovario derecho con 2 folículos residuales de 20 y 21 mm. Ovario izquierdo sin folículos. La estimulación ovárica controlada se inició en el día 8 del ciclo con hMG a dosis de 225 UI y citrato de clomifeno 25 mg hasta el día 20 del ciclo con controles ultrasonográficos y séricos de estradiol (E2). Se realiza el disparo con hCG-r 250 mcg al tener más de 3 folículos de 19 mm y con E2 de 1200 pg/mL. Se inició el esquema de quimioterapia.
CONCLUSIONES: Hubo activación ovocitaria espontánea en una paciente joven con antecedente de cáncer de mama ductal estadio III en el 16% de los ovocitos capturados. La partenogénesis genera la constante división celular que se expresa en teratomas, de ahí la necesidad de informar la necesidad de vigilancia estrecha y periódica por el riesgo de resultar con tejidos ováricos tumorales.

Sacos linfáticos yugulares distendidos en ecografia del primer trimestre: hallazgo complementario para aneuploidia, reporte de caso

Efraín Moreno, Laura Elena López Saiz

Hospital Infantil del Estado de Sonora.

ANTECEDENTES: La sacos linfáticos yugulares son acumulaciones de liquido que se localizan en la región anterolateral del cuello fetal, se caracterizan por ser lesiones bien definidas con bordes regulares y apariencia anecoica.
CASO CLÍNICO: Paciente de 29 años, G1, que acude a valoración por medicina materno fetal. Se visualiza aumento de translucencia nucal, ductus venoso reverso y sacos linfáticos yugulares distendidos. Una semana posterior presenta aborto completo espontáneo. Se manda cordon umbilical para estudio genético confirmando el diagnostico de síndrome de Down. La relevancia clínica de los sacos linfáticos distendidos se incrementa notablemente cuando se presentan junto con aumento de la tranlucencia nucal. Estudios han descrito que existe una sensibilidad del 62% y especificidad del 95% con un odds ratio de 3.81 (IC 95% 2.19 - 6.64) para detectar anomalías cromosómicas.
CONCLUSIONES: Existe una asociación significativa entre los sacos linfáticos yugulares distendidos y translucencia nucal aumentada con cariotipos anormales. La búsqueda de sacos linfáticos distendidos no forma parte de la evaluación rutinaria del primer trimestre, pero la asociación significativa, justifica una valoración detalla del área cervical fetal. La detección de una translucencia bucal aumentada en conjunto con sacos linfáticos aumentados distendidos justifica un estudio mas detallado (bolsa de vellosidades coriales o amniocentesis).

Eclampsia hasta que se demostró lo contrario: Reporte de caso

Daniel Puente Delgadillo, Alicia Lisvett Benavides Martínez, Georgina Elizondo Ochoa, Brenda Lisset Briones Bernal
Hospital Metropolitano Dr Bernardo Sepúlveda, Monterrey, Nuevo León.

ANTECEDENTES: Los trastornos hipertensivos del embarazo siguen siendo una de las principales causas de morbilidad y mortalidad materna, por lo que se debe establecerse su diagnóstico oportuno.
CASO CLÍNICO: Paciente de 33 años de edad, con antecedentes de 4 embarazos, dos cesáreas y un parto, en curso de las 29.5 semanas del embarazo actual. Al interrogatorio refiere cefalea 4/10 EVN, con parestesias de hemicuerpo derecho, disnea de medianos esfuerzos y tos seca, resto negados. A la exploración física se encuentra alerta, orientada, con TA en 170/100 mmHg, taquipneica (36 rpm), saturando al 95% con oxigenoterapia a 3L, fondo uterino de 25 cm, con FCF de 133 lpm, hemiparesia faciocorporal derecha, hiperreflexia con signo de Hoffmann y Trommer en MSD. Se integra diagnóstico de eclampsia, se activa código de respuesta a emergencia obstétrica y se inicia protocolo intrahospitalario con plan de finalización a corto plazo. Se acompaña de edema en la sustancia blanca adyacente. En la atención multidisciplinaria con servicio de Neurología, Infectología e Imagenología, al no volver a tener cifras hipertensivas y con los hallazgos en paraclínicos, se descartó eclampsia, llegando al consenso de crisis convulsivas debutantes asociadas a lesión ocupante de espacio por toxoplasmosis cerebral + neumonía por *Pneumocystis jirovecii,* asociados a infección por VIH en etapa de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). Se inició tratamiento con antimicrobianos, se solicitó carga viral y se inició terapia antirretroviral.
CONCLUSIONES: Entre 50-70% de los embarazos no son planeados, lo que deriva en un inicio tardío del control prenatal y retraso en el diagnóstico de comorbilidades, por lo que es de vital importancia la educación al paciente y la planificación familiar, para de esta manera disminuir la tasa de complicaciones durante el embarazo.

Análisis de factores de riesgo y morbilidad y mortalidad asociadas a preeclampsia en gestantes del noreste de México

Martin Osiel González Valdes, Ana Cecilia Cepeda Nieto, Natalia de Ávila González, Norma Alicia Fernández Sifuentes, Andrea de la Peña Sifuentes
Hospital General de Saltillo, Coahuila.

ANTECEDENTES: La preeclampsia es un trastorno hipertensivo específico del embarazo y una de las tres principales causas de morbilidad y mortalidad materna y fetal en el mundo.
OBJETIVO: Evaluar los factores de riesgo asociados con preeclamsia y analizar su asociación con la morbilidad y mortalidad materna.
MATERIALES Y MÉTODOS: Pacientes embarazadas con más menos 20 semanas, con diagnóstico de preeclamsia (Grupo1) o con embarazo de evolución normal (Grupo2), de acuerdo con las pautas establecidas por las guías mexicanas de preclamsia. Se analizaron los expedientes de cada paciente para obtener datos bioquímicos.
RESULTADOS: Se incluyeron 207 pacientes, 58% con diagnóstico de preeclamsia (n=119) y 42% sin preeclamsia (n = 88). El contar con antecedentes familiares de preeclamsia resultó ser un factor de riesgo. Dentro de los resultados de laboratorio, los valores de hemoglobina, glucosa, BUN y TGO mostraron una diferencia significativa entre los grupos ($p < 0.05$). Las complicaciones asociadas a preeclamsia fueron hemorragias, eclamsia, restricción del crecimiento intrauterino (RCIU), HELLP y complicaciones cardiológicas ($p = 0.003$). Los días de estancia intrahospitalaria y el ingreso a terapia intensiva resultaron también con significancia estadística entre los dos grupos ($p = 0.000$ y $p = 0.003$, respectivamente).
CONCLUSIONES: Los antecedentes familiares de preeclampsia son un factor de riesgo importante. Se encontraron diferencias significativas en los valores de laboratorio y la aparición de complicaciones médicas en pacientes con preeclampsia en comparación con aquellos sin la afección. También se observaron diferencias en la duración de la estancia en el hospital y la necesidad de terapia intensiva entre los dos grupos. Estos hallazgos resaltan la importancia de la detección temprana y la atención médica cuidadosa de la preeclampsia en pacientes embarazadas.

Hallazgo quirúrgico de trombosis de la vena ovárica derecha postparto. Reporte de un caso

Andrea Meza Martínez, Michelle Aurora Hegewisch-Viloria, Francisco Mejía Romo
Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de Ginecoobstetricia, Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS, Guadalajara, Jalisco.

ANTECEDENTES: La incidencia trombosis de la vena ovárica varía del 0.05 al 0.18%; es una complicación muy poco frecuente, que se observa principalmente en el postparto.
CASO CLÍNICO: Paciente de 42 años, multigesta con dos cesáreas previas, hemotipo O+, sin alergias ni enfermedades crónicas. En su tercer embarazo tuvo placenta previa total, con posterior diagnóstico de acretismo placentario y probable percretismo. En la semana 32 se efectuó la hidrodisección a nivel de la plica vesicouterina, devascularización y descenso; histerotomía fúndica transversa y recién nacido vivo masculino de 2248 g, Capurro de 35 semanas, APGAR 5-8. Se hizo la ligadura de la arteria hipogástrica derecha y la histerectomía total. No se logró hemostasia satisfactoria y hubo sangrado persistente y se practicó cirugía de control de daños mediante empaquetamiento abdominal. Reanimación con cristaloides, transfusión de tres paquetes globulares y dos plasmas frescos congelados, administración de 1 gramo de ácido tranexámico y 1.5 gramos de fibrinógeno. En el servicio de Angiología y Cirugía vascular le practicaron la ligadura de la vena ovárica derecha y colocaron un filtro de vena cava, anticoagulación con heparina de bajo peso

molecular. Enseguida, terapia puente con enoxaparina-acenocumarina.
CONCLUSIONES: La trombosis de la vena ovárica posparto es una complicación poco frecuente del puerperio, que implica un riesgo de morbilidad y mortalidad significativa si no se trata adecuadamente.

Embarazo múltiple en paciente con utero bicorne bicollis en la umae ginecología y obstetricia cmno: a propósito de un caso

Susana Jazmín Aguilera Gómez, Michelle Hegewisch Viloria
UMAE Ginecología y Obstetricia, Centro Medico Nacional de Occidente, Guadalajara, Jalisco.

ANTECEDENTES: Las malformaciones mullerianas son padecimientos poco frecuentes y causa de infertilidad primaria.
CASO CLINICO: Paciente de 29 años, primigesta, con 11.4 semanas de gestación, útero bicorne. Menarquia a los 13 años, ciclos regulares. Sin examen de Papanicolaou. En el ultrasonido se apreció una imagen de útero bicorne, con un embarazo en cada hemiútero, dos cuellos uterinos, el hemiútero A de 28 mm y el B de 19 mm. Diagnóstico: cuello corto. En el ultrasonido también se reportó un solo riñón, de características morfológicas conservadas. La paciente cursaba las 29 semanas de embarazo, con útero bicorne bicollis, sin datos actuales de infección vaginal o urinaria ni síntomas de amenaza de parto pretérmino.
CONCLUSIONES: Las malformaciones mullerianas son patologías que se diagnóstican poco frecuente y por lo general están asociadas a infertilidad primaria, en el caso de esta paciente ella forma parte de ese 1/1,000,000 de pacientes que presentan un embarazo y por si fuera aún más raro con embarazo en ambas cavidades de forma espontánea, con un diagnóstico de cérvix corto en uno de los cérvix sin embargo, con un riesgo de parto pretérmino a las 31 semanas de 2.1%, 34 semanas 4.7%, 37 semanas 11.9%.

Hemorragia intracraneal fetal. Reporte de caso

Simón Enrique Castro Hernandez, Vanessa Jaqueline Meraz Pinales, Kenia Lucero Martínez Espinoza, Herbert Nudding Martinez
Hospital General Norberto Treviño Zapata Cd Victoria Tamaulipas.

ANTECEDENTES: La hemorragia intracraneal es el sangrado que ocurre dentro del cráneo fetal. La incidencia global es de 1 caso por cada 10,000 embarazos. Esta hemorragia puede ocurrir dentro de los ventrículos laterales o en el espacio subdural.
CASO CLÍNICO: Paciente de 22 años, primigesta, con amenaza de aborto a las 8 semanas. A las 32 semanas se estableció el diagnóstico de ventriculomegalia fetal y cérvix corto. El ultrasonido reportó una ventriculomegalia severa, con dilatación de los ventrículos laterales y tercer ventrículo y coágulos en el cuerno posterior de ambos ventrículos laterales. La IgG para citomegalovirus se reportó positiva; el resto de estudios de laboratorio normales. A las 35 semanas comenzó con trabajo de parto, y el nacienmiento fue por cesárea, con nacimiento de una niña de 47 cm, perímetro cefálico de 33 cm, Apgar 7 al minuto y 9 a los 5 minutos con exploración física normal, con TORCH al segundo día de nacimiento e IgG anti-CMV 603UI/mL e IgM 0.22UI/mL.
CONCLUSIONES: El pronóstico de una hemorragia intracraneal fetal es pobre. Es importante saber que existe una correlación entre los resultados y el grado de la hemorragia, el pronostico es mas favorable con hemorragia grado I y II que incluso pueden resolverse in útero pero es mucho mas severo en grado III y IV.

Síndrome de Guillain Barré posvacuna por SARS CoV-2: COVID-19 en una embaraza: reporte de un caso

Gabriela Andrea Robles Rojo, Rosalinda Bayardo Tortolero, Ingrid Janette González Arceo, Rubén Córtes Santa Ana
Hospital Regional Universitario Colima.

CASO CLÍNICO: Paciente de 31 años, con antecedentes de cuatro embarazos, un aborto y dos cesáreas, con embarazo intrauterino único, vivo, en el segundo trimestre, con antecedente de vacunación 7 días previos al cuadro clínico. Primera dósis: AstraZeneca. Acudió a Urgencias debido a: disminución de la movilidad en el miembro pélvico derecho, que inició con parestesias hasta su dificultad para la deambulación, posterior parálisis facial ipsilateral, disartria, astenia, disfonía y disfagia a líquidos. Con criterios de Brighton ingresó a cuidados intensivos, con necesidad de intubación. Se le indicó inmunoglobulina humana, 0.4 g/kg/día durante 5 días. La punción lumbar con citología y cultivo de LCR, electromiografía de las 4 extremidades. Se dio de alta del hospital a los 15 días, con seguimiento multidisciplinario hasta el término del embbarazo que finalizó mediante cesárea (por cesárea iterativa), con recién nacido sano de.

CONCLUSIONES: El síndrome de Guillain Barré en el embarazo es raro. Para el conocimiento de los autores y basado en la búsqueda bibliográfica, este es el primer informe de caso de síndrome de Guillain Barré en paciente embarazada confirmada por COVID-19 que recibió IGIV en el estado de Colima, el manejo del SGB es principalmente de apoyo, pero la IGIV y el recambio plasmático total, considerados igualmente eficaces pueden administrar para alterar el curso natural de la enfermedad.

Ectopia cordis

Yajaira Torres Gaona, Jorge Fransisco Montoya Sarmiento, César Alonso Téllez
Hospital General Saltillo, Coahuila.

ANTECEDENTES: La ectopia cordis es el desplazamiento completo o parcial del corazón fuera de la cavidad torácica, originado por un defecto congénito en la fusión de la pared torácica anterior. Su prevalencia es de 5.5 a7.9 por millón de nacidos vivos; está relacionada con anormalidades cromosómicas, como la trisomía 18, síndrome de Turner y 46, XX, 17q.

CONCLUSIONES: La ectopia cordis es una anomalía letal que requiere intervenciones médicas y quirúrgicas rápidas. La cirugía en estos pacientes con anomalías intracardíacas complejas que amenazan la vida tiene la única posibilidad de supervivencia, que aún debe intentarse a pesar de los hasta ahora pobres resultados. El éxito de la reparación depende de la gravedad de los defectos cardiacos intrínsecos y las anomalías congénitas asociadas, más que por el tipo de abordaje quirúrgico.

Rotura hepática en una paciente con síndrome de Hellp: a propósito de un caso

Maricela Martínez San Juan, Eduardo Isaías Torres Guerra
IMSS.

ANTECEDENTES: El síndrome de HELLP tiene una incidencia de 1-2 casos en 50,000 nacimientos y se caracteriza por hemólisis, elevación de enzimas hepáticas ≥2 veces el nivel superior normal y trombocitopenia menos de 100,000 células por µL. Del 15 al 20% de las pacientes con HELLP no tienen antecedente de hipertensión o proteinuria. La incidencia de hematoma subcapsular va del 0.9-1.6% en pacientes con síndrome de HELLP, mientras que la mortalidad es de 18-86% en caso de rotura del hematoma.

CASO CLÍNICO: Paciente con muy mal pronóstico, sin embargo, el haber dado el manejo multidisciplinario en un hospital de tercer nivel le ha permitido tener una evolución clínica favorable, con algunas secuelas de la hemorragia masiva, como es el síndrome de neurona motora inferior.

CONCLUSIONES: El hematoma hepático subcapsular es una complicación potencialmente mortal, tanto para la madre como para el feto, difícil de diagnosticar por los síntomas inespecíficos que presenta y detectado habitualmente cuando existe rotura, por el compromi-

so hemodinámico materno y fetal. La cirugía se reserva a los casos de inestabilidad hemodinámica o rotura del hematoma, requiriendo incluso trasplante hepático. El manejo multidisciplinario en un hospital de tercer nivel, mejora el pronóstico y las posibilidades de supervivencia en este tipo de pacientes.

Ruptura hepática: complicación rara del síndrome de HELLP: reporte de un caso

Julio César Rodríguez Verduzco, Gerardo Edu Castillo López, Andrea Guadalupe Barrera García, José González Macedo, Fernando Mancilla Hernández
Hospital General de Morelia Dr. Miguel Silva, Michoacán.

ANTECEDENTES: La ruptura hepática es una complicación extremadamente rara del síndrome de hellp. La incidencia mundial de las enfermedades hipertensivas relacionadas con el embarazo de 4,5%, presentándose ruptura hepática en aproximadamente 1 de cada 250,000 embarazos. La mortalidad es alta cuando está presente y puede ser de hasta el 90%.
OBJETIVO: se presenta el caso y la revisión con la finalidad de ampliar conocimientos respecto al tema, así como hacer hincapié en que el diagnóstico temprano puede resultar vital tanto para la madre como para el recién nacido.
MATERIALES Y MÉTODOS: se realizó una búsqueda en la base de datos de medline vía pubmed empleando los términos de hepatic rupture, hellp syndrome, preeclampsia, liver hematoma, subcapsular liver hematoma. La búsqueda se limitó por los siguientes filtros: case reports, review, systematic reviews, books and documents en español e inglés.
RESULTADOS: El informe del caso y la revisión refuerzan la hipótesis principal respecto a la etiología de las enfermedades hipertensivas del embarazo y sus complicaciones, una insuficiencia placentaria.
CONCLUSIONES: El análisis final de esta revisión sugiere que los estados hipertensivos del embarazo principalmente la preeclampsia, eclampsia y síndrome de hellp, son el principal factor de riesgo para la formación de un hematoma hepático, y en casos excepcionales la consecuente ruptura, incluso después del parto.

Asociación MURCS: forma más grave del síndrome de Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser. Reporte de caso

Julio César Rodríguez Verduzco, José Ines González Tapia, Nelly Ivette Martínez Galindo, Fernando Mancilla Hernández, Gerardo Edu Castillo López
Hospital General de Morelia Dr. Miguel Silva.

ANTECEDENTES: El síndrome de mrkh es una anomalía congénita del desarrollo sexual caracterizado por un útero aplásico o hipoplásico, así como ausencia de cuello uterino y tercio superior de la vagina.
OBJETIVO: Se realizó este trabajo de investigación con el fin de presentar y ampliar los conocimientos respecto a una entidad poco frecuente dentro de la ginecología, así como los diferentes métodos de abordaje diagnóstico y los diferentes recursos y servicios que se pueden ofrecer.
MATERIALES Y MÉTODOS: Se realizó una búsqueda en la base de datos de medline vía pubmed empleando los siguientes términos: "mayer–rokitansky–küster–hauser syndrome", "müllerian anomalies", "genetics of agenesis/hypoplasia of the uterus and vagina", "uterine cervical aplasia and agenesis". La búsqueda se limitó por los siguientes filtros: "case reports", "review", "systematic reviews", y "books and documents", "spanish and english".
RESULTADOS: Algunos autores están de acuerdo en separar el síndrome mrkh de la asociación murcs y otros consideran la asociación murcs como una variante fenotípica del síndrome mrkh, cuando éste se acompaña de anomalías en otros órganos.
CONCLUSIONES: Hasta que no se establezca la causa de estas entidades clínicas, será difícil negar o afirmar si las formas atípicas del síndrome mrkh y la asociación murcs pertenecen a un mismo espectro fenotípico originados por causas comunes o relacionadas, o simplemente se trata de entidades diferentes.

Gemelos unidos (Dicephalus parapagus): Reporte de caso

Fregoso Ron César Humberto, Lubian Barrera Luisa Fernanda, Malfavón Farías Montserrat, Carranco Martínez José Alberto, Rizo Pica Thelma
Hospital General de México.

ANTECEDENTES: Los gemelos unidos tienen su origen en una embriogénesis aberrante y ocurren en aproximadamente 1% de los embarazos gemelares monocigóticos; se clasifican según lugar de unión, dentro de esta podemos encontrar a los gemelos parapagos, los cuales se caracteriza por una fusión lateral que se extiende desde el diafragma hasta la pelvis. Son raros, con una tasa de incidencia de 1 en 50 000 nacimientos. Sin embargo, dado que alrededor del 60% de los casos nacen muertos, se sugiere que la incidencia real es aproximadamente de 1 en 200.000. Además, existe una mayor predisposición hacia el género femenino que hacia el masculino con una proporción de 3:1.
CASO CLÍNICO: Paciente de 22 años, sin crónico-degenerativos, primigesta, sin control prenatal, se realiza ultrasonido estructural donde se encuentra: Embarazo gemelar, siamés, dicéfalo de 18.4 semanas de gestación por fetometría promedio, ventriculomegalia moderada, simétrica, bilateral de ambos fetos. Monocardio, salida de dos troncos arteriosos emergiendo de ventriculo izquierdo, aorta descendente única.
CONCLUSIÓNES: El pronóstico es malo en general con una muerte reportada in útero de 28% y después de nacimiento del 54% y estará determinado en gran parte por la anatomía subyacente. La cirugía de separación podría ser exitosa siempre y cuando no compartan órganos vitales. (2) Un diagnóstico prenatal de manera oportuna ofrece una ventana de oportunidad para otorgar consejería a los padres para tomar una decisión informada acerca del embarazo, ya sea una terminación temprana o para planificar cuidados prenatales y perinatales en caso de continuar con el embarazo.

Síndrome de regresión caudal: Reporte de caso

Aguilar Fong Luis Alberto, Mendiola Molina Eneida, Bajonero Domínguez Alma Juárez González Mariana, Carranco Martínez José Alberto
Hospital General De México. Eduardo Liceaga

ANTECEDENTES: El síndrome de regresión caudal incluye un espectro de malformaciones congénitas complejas caracterizadas por una agenesia sacrococcígea o lumbosacra, afección del segmento de cordón umbilical involucrado condicionando diversos grados de anormalidades en pelvis, ano imperforado, extremidades inferiores, sistemas neurológico, genitourinario, gastrointes<nal y cardíaco.
CASO CLÍNICO: Paciente primigesta de 43 años que acude por primera vez a valoración médica al servicio de Medicina Materno Fetal con embarazo de 33.5 semanas complicado con Diabetes Tipo 2 con mal apego al tratamiento médico y farmacológico. La ecografía estructural reportó embarazo de 31 semanas por fetometría promedio, peso fetal es8mado de 1741 gramos en percen8l 27. Se visualiza arteria umbilical única derecha (→), se sigue en toda su longitud la columna vertebral con ausencia de la lámina vertebral cubierta con piel a nivel del sacro (⇨), en la alineación de la columna vertebral que corresponde a escoliosis y cifosis de la misma región. Las cuatro extremidades muestran sus huesos tubulares húmero, <bia y peroné sin alteraciones, fémur corto < 3.5 D.S. (➞). Se observa dorsiflexión no forzada de los pies(➤). Se integra diagnós8co presun8vo de probable síndrome de regresión caudal. Durante el seguimiento en el control prenatal y ultrasonográfico a las 38 semanas, se evalúa curva de crecimiento, peso fetal es8mado de 1745 gramos, en percen8l 3, hemodinamia mul8vaso normal clasificándolo como feto pequeño anormal.
CONCLUSIÓN: Lo anterior implica que el síndrome de regresión caudal sea la malformación más distintiva de

la embriopatía diabética. Es importante contar con un buen control metabólico pregestacional y concepcional, especialmente durante el primer trimestre para la prevención de la embriopaNa diabética.

Tumor seroso bordeline de ovario en paciente en edad reproductiva ¿conservar o no anexos? Reporte de caso

Carmona Bautista Gabriela, Adolfo Leyva López, José Ángel Villagran Uribe, Natali García Cortés, José González Macedo
Hospital General de Morelia Miguel Silva, Michoacán.

ANTECEDENTES: Los tumores de ovario borderline son neoplasias con límite de malignidad, que generalmente cursan con un resultado clínico favorable. Suelen afectar a mujeres jóvenes y perimenopáusicas, con una incidencia de 7 casos por cada 100,000 mujeres. La supervivencia global a 5 años es del 95%, y a 10 años, del 90%.
CASO CLÍNICO: Paciente de 22 años, sin antecedentes personales de importancia. Menarca a los 13 años, G2, P2. Inició su padecimiento al presentar dolor tipo cólico de 3/10 EVA en la fosa iliaca derecha, con irradiación hacia el hipogastrio, de 30 días de evolución sin síntomas acompañantes. En la exploración física, con dolor en la fosa iliaca derecha a la palpación profunda, no se delimitaron megalias, al tacto vaginal fondos de saco normales, no se palparon anexos. Para considerarlos como borderline, los tumores de ovario deben reunir al menos dos de las siguientes características: ausencia de invasión del estroma, epitelio multicapa incipiente, actividad mitótica y atipias celulares. Históricamente, el tratamiento de los TBO consistía en histerectomía con doble salpingooforectomía, dado que diagnostican en mujeres jóvenes que desean conservar su fertilidad, teniendo un gran desarrollo los tratamientos que la preservan. Esto conlleva la conservación del útero y al menos una parte del ovario. Sin embargo presenta riesgo de recidiva sin alterar segun la literatura la supervivencia.
CONCLUSIÓN: Los tumores borderline generan incertidumbre, aunque la evidencia científica respalda un pronóstico positivo. El papel del patólogo es esencial para evaluar la naturaleza límite de los tumores de ovario y establecer criterios de alto riesgo para recurrencias invasivas y mortalidad.

Leiomiosarcomo diseminado posterior a histerectomia total abdominal: Reporte de caso

Adriana Andrea Rodríguez Centeno, Diana Stephany Iñiguez Garibaldi, Orlando Medina Gálvez, María Félix Aguilar López, Adriana Cruz Vázquez
Hospital Regional Pemex, Cuidad Madero, Tamaulipas.

ANTECEDENTES: El leiomiosarcoma es un tumor mesenquimatoso, poco común y agresivo, representa el 2 al 5 % de las neoplasias malignas del cuerpo uterino, con prevalencia en mujeres perimenopausicas. la presentacion clínica habitual es sangrado transvaginal abundante, masa pélvica, dolor pélvica y síntomas por compresión. el dignóstico se realiza de forma histopatológica posterior a procedimiento quirúrgico por patologías benignas. el tratamiento es la resección quirúrgica del tumor localizado, como segunda línea se consideran regímenes de quimioterapia. aproximadamente el 33% de las pacientes presentan enfermedad mestastásica al momento del diagnóstico, con un pronóstico desfavorable. la mortalidad en enfermedad metastásica es de aproximadamente 2 años.
CASO CLÍNICO: Paciente de 53 años, acude por sangrado transvaginal abundante de 21 días de evolución y sensación de cuerpo extraño en introito vaginal que ha presentado aumento de volumen, antecedente de 30 días antes de histerectomía total abdominal extra al indicada por hemorragia uterina anormal categoría I y anemia grado I de la oms, con reporte de patología: neoplasia fusocelular maligna morfológicamente compatible con leiomiosarcoma grado 2, diferenciación (2), necrosis (2), mitosis (1)=5, diferenciacion rabdoide y ósea. Estudio tran-

soperatorio: neoplasia maligna poco diferenciada tumor de tejidos blandos leiomiosarcoma vs carcinoma epidermoide poco diferenciado. *Reporte de patología:* cambios inflamatorios agudos con necrosis extensa y neoplasia maligna poco diferenciado, probable tumor de tejidos blandos leiomiosarcoma, mitosis acentuada, inmunohistoquímica: cd-10 positivo difuso, ki-67: positivo 80%, desmina: positivo, ck-7: negativo, p-63: negativo, p-40 negativo, receptores de estrógenos: negativo.

CONCLUSIÓN: El leiomiosarcoma es una entidad rara que debe sospecharse en pacientes que cuenten con sangrado transvaginal abundante posterior a la realizacion de una histerectomía, generalmente este tipo de entidades son diagnosticadas de forma incidental, es por esto que el pronóstico es desfavorable en la mayoría de los casos. El tratamiento dependerá principalmente del estadio en el que se encuentre y deberá comenzarse de forma inmediata para poder mejorar el pronóstico a corto y largo plazo.

Trisomía 13. Síndrome de Patau

Mariana Juárez González, Ricardo Alberto López González, Sandra Suárez Soto, Eneida Mendiola Molina, Luis Alberto Aguilar Fong
Hospital General de Méxco Dr. Eduardo Liceaga, Ciudad de México.

ANTECEDENTES: La trisomía 13 (síndrome de Patau) es una anomalía cromosómica asociada con una alta morbilidad y mortalidad, que resulta de un espectro de anomalías congénitas graves.Entre los embarazos con diagnóstico prenatal de trisomía 13, solo se ha informado que el 18.9% resultó en un nacido vivo.

CASO CLÍNICO: Paciente multigesta con embarazo de 27.0 semanas de gestación, sin antecedentes médicos de importancia. Es referida con diagnóstico fetal de múltiples defectos estructurales descritos en ultrasonido compatibles con probable trisomía 13. Se realiza ultrasonido estructural donde se reporta feto pequeño anormal con hueso nasal ausente, hipotelorismo, atresia de coanas, quiste cerebral parenquimatoso izquierdo y en fosa posterior, comunicación interventricular de tracto de salida, hernia diafragmática izquierda, arteria umbilical única, pie izquierdo en equino varo, polidactilia postaxial bilateral.

CONCLUSIÓN: El pronóstico de la trisomía 13 es extremadamente malo: el 80% de los recién nacidos mueren durante el primer mes, la mayoría por problemas cardiorrespiratorios y sólo 5% sobrevive los primeros 6 meses de vida. Se considera una anomalía letal. Los supervivientes tienen una profunda discapacidad intelectual, con múltiples déficits y problemas. El riesgo de recurrencia es bajo y se sitúa por debajo del 1% en los casos de trisomía 13 regular.

Leiomiomatosis vulvovaginal: tumoración vulvoinguinal gigante: proceso diagnóstico

Ricardo Elías Hurtado Arau, Mauricio Mancilla Castelan, Edith Jaqueline Fajardo Amaro
ISEM Hospital General de Naucalpan, Estado de México.

ANTECEDENTES: Paciente de 44 años con antecedentes de un embarazo y una cesárea, con peso de 115 kg y talla de 164 cm, menarquia a los 11 años, con ciclos de 28 x 3 días; inicio de la vida sexual activa a los 16 años. Uso de preservativa como medio de control natal. Diagnóstico más reciente: leiomiomatosis vulvar gigante, de presentación anómala y de diagnóstico difícil. En el primer ultrasonido se reportó: bartolinits en el labio vaginal izquierdo (121 cc). En el siguiente ultrasonido se advirtió una imagen ecográfica sugerente de probable quiste de la glándula de Bartolino. Dos especímenes, el menor de 8 x 6 x 4 cm y el mayor de 12 x 10 x 8; peso 338 g, encapsulado, bien delimitado, de apariencia mixoide. *Descripción microscópica:* patrón lobulado con material mixomatoso, con células alargadas fusiformes y otras de aspecto estelar. Se observa infiltrado inflamatorio mononuclear negativo a malignidad.

CONCLUSIONES: Son tumores benignos, comunes en el útero y relativamente frecuentes en el cuello uterino y poco menos en ligamentos. Los casos vaginales o vulvares en relación con el punto de inserción de ligamento redondoson los más raros de estas presentaciones. Sus principales diagnósticos diferenciales son: quiste de Gartner, de Nuck, hernias inguinales complicadas. Aunque la etiología es debatida, algunos autores plantearon la hipótesis de su origen en tejido residual de vasos sanguíneos embrionarios y fibra de músculo liso.

Cerclaje de emergencia: Reporte de caso y descripción de técnica

Vera Hernández Perla Sofía, Zapata Caballero Carlos Agustín, Rodríguez Bosch Mario Roberto, Tirado Aguilar Omar Alberto, Vargas Mitre Ana Patricia
Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, Ciudad de México

ANTECEDENTES: La insuficiencia cervical puede estar presente en aproximadamente el 1% de las poblaciones obstétricas y, por lo tanto, representa un problema relevante como para que hace necesaria una guía para abordar los dilemas en su manejo.
CASO CLÍNICO: Paciente multigesta con 22.5 semanas de gestación, con diagnóstico por médico particular de insuficiencia ístmico cervical, con dilatación cervical y protrusión de membranas corioamnióticas. Se descarta proceso infeccioso y alteraciones estructurales fetales, y se coloca cerclaje cervical de emergencia con técnica Espinosa Flores modificado INPer, para disminuir el riesgo de ruptura de membranas corioamnióticas y parto pretérmino, el cual se realiza con éxito y sin complicaciones. Posterior a la colocación del cerclaje cervical, se logra llevar a una edad gestacional a la resolución de 36.4 semanas. El nacimiento ocurre por vía abdominal, obteniéndose un recién nacido femenino, con peso de 2565 gr, talla de 46 cm, Apgar 8/9, Capurro 36.3 semanas , con destino a alojamiento en conjunto, descartándose proceso infeccioso neonatal, egresando binomio al segundo día posterior a procedimiento quirúrgico.
CONCLUSIÓN: El cerclaje cervical de emergencia tiene un alto índice de complicaciones, siendo la principal y más grave la ruptura de membranas. La técnica que describimos en este reporte reduce estas complicaciones al lograr retraer las membranas corioamnióticas protuberantes mediante insuflación vesical y colocación de una sonda de Foley guiados por ultrasonido transabdominal, permitiendo la colocación de puntos de cerclaje con mayor seguridad.

Rusty Pipe Syndrome en el puerperio: Reporte de caso

Jessica Annais Mariñelarena Batista, Demi Domínguez Castro, Nancy Yaneth Contreras Garza, Celina Salas Castro
Hospital Zambrano Hellion Tec Salud

ANTECEDENTES: La leche humana es considerada el estándar de oro para la alimentación de un infante. Facilita el establecimiento y desarrollo del vínculo parental y tiene ventajas psicológicas inherentes para las madres. También da beneficios en el ámbito económico y ecológico.
CASO CLÍNICO: Paciente de 30 años de edad, primigesta, con antecedente de hipotiroidismo clínico de 1 año de evolución con adecuado manejo durante en el embarazo con Levotiroxina de 50 mcg, cursó adecuada evolución de embarazo. Acudió a 12 consultas de control prenatal sin complicaciones. A las 39.1 semanas de gestación presenta ruptura espontánea de membranas acompañadas de actividad uterina irregular. Acude a valoración, donde se detecta a la revisión de condiciones cervicales 2 cm de dilatación con 40% borramiento. Se decide su ingreso para inducto-conducción del trabajo de parto con oxitocina. Durante su parto, presenta un RCTG clase III por lo que se realiza operación cesárea de urgencia. Se obtiene producto masculino con peso de 3135 gr con talla de 50 cm y APGAR 9/10.
CONCLUSIÓN: Este caso representa un clásico Rusty pipe

syndrome, ocurre en una mujer primípara, con secreción sanguinolenta espontánea y resolutiva del pezón tras los primeros días de inicio de la lactancia. Es importante crear conciencia entre el personal médico de salud sobre la adecuada consejería y manejo de esta condición benigna y así poder realizar un diagnóstico precoz, para evitar causar ansiedad a las madres, exámenes innecesarios y la interrupción de la lactancia materna exclusiva.Mientras el lactante tolere la lactancia, debe fomentarse. Si la leche sanguinolenta persiste durante más de 7-10 días, deben realizarse investigaciones adicionales, como ecografía y análisis citológico, para descartar alguna patología subyacente.

Quiste intraabdominal en éxitus fetal del tercer trimestre. Reporte de caso

Carrillo Aguilar Diana Aurora, Paredes Huesca Monserrat, Hernández Castañeda Aurelio, González Delmotte Jesús Raymundo, Sánchez Gonzalez Luis Roberto
Hospital General Iztapalapa Juan Ramón de La Fuente, Ciudad de México.

CASO CLÍNICO: Paciente de 20 años de edad, con hemotipo y rH O+, múltiples tatuajes, pareja toxicómana con ausencia de movimientos fetales 3 días antes de su llegada, no llevó control prenatal. Se practicó cesárea tipo Keer con nacimiento de feto óbito, con flictenas macerado, placenta con edema importante de cotiledones macerado con probable hepatoesplenomegalia, liquido meconio abundante +++ fétido. Se inicia manejo a base de antibioticoterápia y posteriormente se envía producto óbito a patología que reportó: quiste intraabdominal simple con ausencia de órganos abdominales (intestino, colon, pancreas, riñón).

CONCLUSIONES: En múltiples ocasiones se reportan casos de éxitus fetal con quiste abdominal en ausencia de órganos intraabdominales. Casi todos se asocian con quistes ováricos aunque no hay bibliografía que asocie quistes intraabdominales, que se encuentran en un 0.76% de su mortalidad. El estudio sistemático de posibles causas del éxitus antenatal es básico para conseguir un adecuado control prenatal en embarazos futuros.

Divertículo de Meckel: hallazgo en una paciente embarazada

Araceli Gopar Gonzalez, Stefany Daniela Solis Elizalde, Jorge Aguilar Jiménez, Armando Ayala Macin, Mauricio Mancilla Castelan
Hospital General Naucalpan Dr. Maximiliano Ruiz Castañeda, Naucalpan, Estado de México.

CASO CLÍNICO: Paciente con menarquia a los 14 años, ritmo irregular, inicio de la vida sexual activa a los 15 años, sin colposcopia, anticoncepción con inyecciones mensuales que suspendió un año antes. Un embarazo que finalizó mediante cesárea por oligohidramnios, que finalizó con recién nacido de 2900 g. En curso del segundo embarazo, en control prenatal en el Centro de Salud de San Bartolo, Naucalpan, con siete consultas prenatales, tres ultrasonidos e indicación para ingesta de hierro y ácido fólico. Refirió padecer reflujo gastroesofágico durante todo el embarazo, tratada con omeprazol durante ocho meses. Luego de la obtención de una biopsia se estableció el diagnóstico de divertículo de Meckel negativo a malignidad.

CONCLUSIONES: El divertículo de meckel es una anomalía congénita con una prevalencia baja de 1 a 2% que se produce por la falta de involución completa o parcial del conducto onfalomesentérico que da origen a varias estructuras residuales. El divertículo de Meckel es asintomático y suelen ser diagnosticado como un hallazgo durante una cirugía abdominal. El diagnóstico suele establecerse durante los años de infancia entre el 50 y 60 % de los pacientes con síntomas menores de dos años de edad. Puesto que las complicaciones asociadas con el divertículo de Meckel tienden a disminuir conforme avanza la edad, esta

enfermedad es muy rara diagnosticarla en adultos.

Manejo conservador en embarazo ectópico ovárico: Reporte de caso y revisión de la bibliografía

Navarrete-López Ana Patricia, León-Cabrera Jaime, Soberanis-Pech María José
Hospital General Agustín O´Horán. Mérida, Yucatán, México

ANTECEDENTES: La incidencia del embarazo ectópico ovárico espontáneo varía de 1: 7,000 a 1: 40,000 embarazos, que representa 3.2% de todos los embarazos ectópicos, es sumamente raro y cuya situación clínica es peligrosa sino se diagnostica y trata a tiempo. El ultrasonido transvaginal es la principal herramienta diagnóstica. Se han utilizado con éxito regímenes de dosis única y multidosis de metotrexato para tratar pacientes estables con embarazos ectópicos ováricos.
CASO CLÍNICO: Paciente de 31 años G3, C1, A1 (embarazo heterotópico) con antecedente de embarazo heterotópico 5 años previos ameritando legrado uterino instrumentado y posteriormente salpingectomía derecha por embarazo ectópico roto, acude al servicio de urgencias por cuadro de dolor abdominal en hipogastrio irradiado a región lumbar de leve intensidad y sangrado transvaginal escaso, se realiza hormona gonadotropina coriónica fracción beta (HGC-β) cuantitativa en sangre reportando 2874mUI/ml y un ultrasonido endovaginal con útero sin evidencia de saco gestacional intrauterino, observándose imagen anular en anexo izquierdo, se diagnostica embarazo ectópico ovárico y se administra tratamiento médico con metotrexate sin complicaciones.
CONCLUSIÓN: El embarazo ectópico ovárico es una entidad rara que se asocia a una mayor morbilidad debido a su presentación tardía y dificultades de diagnóstico. Se ha utilizado tratamiento médico en el manejo de esta patología, sin embargo, éste se utiliza con mayor frecuencia cuando la HGC-β se mantiene elevada persistentemente después del tratamiento quirúrgico. El abordaje quirúrgico se considera el pilar del tratamiento.

Arteritis de Takayasu en la gestación: Reporte de caso

Soberanis Pech María José, León Cabrera Jaime, Ruz Sierra Gladys Minu Navarrete López Ana Patricia
Hospital General Agustín O´Horán, Mérida, Yucatán

ANTECEDENTES: La arteritis de Takayasu es una vasculitis crónica que afecta grandes vasos, predominando aorta y ramas principales, de etiología desconocida 2. La inflamación de los vasos conlleva al adelgazamiento de sus paredes, fibrosis, estenosis, formación de trombos y aneurismas; puede causar isquemia en extremidades, hipertensión crónica, accidentes cerebrovasculares y enfermedad coronaria 2. Ocurre en mujeres jóvenes en edad fértil 3. En el embarazo se ha reportado inicio o empeoramiento de hipertensión, muerte fetal, peso bajo al nacimiento y prematuridad 4 La tasa de incidencia es de 1.1 personas por millón 5, 6
CASO CLÍNICO: Primigesta de 20 años, diagnóstico de Arteritis de Takayasu Tipo I de 5 años de evolución, tratamiento previo con metrotexate, azatioprina, prednisona, acido fólico y verapamilo, sin seguimiento ni consumo un año previo a gestación. Acude a las 29.4 semanas de gestación, por amenaza de parto pretérmino, se ausculta soplo expulsivo en hueco supraesternal y ambas carótidas, no se palpa pulso cubital. Valorada por reumatología, cardiología y medicina materno fetal, se reinicia prednisona, azatioprina y enoxaparina, se diagnostica insuficiencia aórtica ligera e hipertensión arterial pulmonar moderada, feto sin alteraciones. Se remite la amenaza de parto pretérmino. A las 33.6 semanas se diagnostica hipertensión gestacional, iniciando alfametildopa. Se interrumpe el embarazo a las 37.6 semanas vía abdominal, obteniéndose recién nacido femenino apgar 8/9, capurro 39 semanas, 2480gr, durante el puerperio cursa sin compli-

caciones, por lo cual se decide egreso.
CONCLUSIÓN: El manejo multidisciplinario iniciado en el primer trimestre y el adecuado control del embarazo disminuyen las complicaciones perinatales.

Embarazo heterotópico y VIH: Reporte de caso y revisión de la bibliografía

Navarrete-López Ana Patricia, López-Silva Ricardo, León-Cabrera Jaime, Soberanis-Pech María José
Hospital General Agustín O'Horán

ANTECEDENTES: El embarazo heterotópico consiste en la asociación de un embarazo intrauterino con otro extrauterino. Debido a su rareza, existe un subregistro de casos, con una incidencia de 1 por cada 50,000 embarazos, Se han informado tasas más altas de embarazo ectópico en mujeres con VIH. El diagnóstico temprano y tratamiento oportuno disminuye morbimortalidad materna, preserva función reproductiva, y aumenta probabilidad de llevar a término el embarazo intrauterino. Objetivo: realizar análisis de caso clínico y revisión bibliográfica.
CASO CLÍNICO: Paciente de 28 años, portadora de VIH, G4,P1,A1,C1. FUM: desconoce. Acude con sangrado transvaginal y dolor abdominal, con prueba de embarazo positiva, ultrasonido endovaginal reportando embarazo heterotópico, se realiza laparotomía con hemoperitoneo 600cc, con ectópico tubárico roto, posteriormente con embarazo intrauterino de término sin complicación
CONCLUSIÓN: Existen muy pocos reportes de casos de pacientes con infección por VIH y embarazo heterotópico. Estas mujeres representan un grupo de riesgo, se debe sospechar el diagnóstico ante dolor abdominal agudo cuando hay embarazo intrauterino en curso.

Desprendimiento de retina bilateral en asociación con preeclampsia

Mariel Jesús Ambrosio Ávila, Jaime León Cabrera
Hospital General Agustín O ´Horán Mérida, Yucatán, México.

ANTECEDENTES: La preeclampsia complica el 5% de los embarazos. La afectación visual se presenta en un 30% de los casos. La alteración más frecuente es una retinopatía similar a la retinopatía hipertensiva, la cual presenta estrechamientos focales arteriolares, exudados algodonosos, edema retiniano y papiledema, entre ellos el desprendimiento de retina que se considera una complicación rara.
CASO CLÍNICO: Paciente de 20 años de edad, gesta 1, sin control prenatal, no antecedentes patológicos de importancia. Inicia padecimiento actual tras presentar de manera súbita alteraciones visuales, motivo por el que acude a valoración médica donde se documenta elevación de las cifras tensionales 170/110 mmhg ,se establece diagnóstico de embarazo de 36.1 semanas de gestación + preeclampsia con datos de severidad, déficit neurológico focalizado a campos visuales. Se decide interrumpir el embarazo vía abdominal, se proporciona anestesia general sin complicaciones transquirúrgicas ni transanestesicas, con sangrado 300 cc. En el puerperio continua con datos de perdida de la visión, se solicita valoración a UCIO y Oftalmotología. En los estudios de extensión se encuentra: Neurológico: FOUR score 18 puntos EVA O puntos pupilas simétricas, sin posturas anormales. Con datos de escotoma periférico de predominio biparietal, tomografía de cráneo simple y contrastada sin hemorragia o lesiones visualizables por este método. Laboratorio: leucos 8 hb 14.1 hto 41.1 plaquetas69, o positivo tp 11.5 ttp28 tgo54 tgp 21 fa 352 dhl 503. Durante estancia en manejo antihipertensivo con nifedipino en metas de las cifras tensionales.
CONCLUSIÓN: La visión borrosa es el síntoma más frecuente. La etiopatogenia se relaciona con la isquemia coroidea, producida por vasoespasmo arteriolar intenso. La insuficiencia vascular coroidea puede provocar lesiones en

el epitelio pigmentario de la retina, trasudación de líquido y desprendimiento focal de retina, siendo esta la presentación clínica con mayor gravedad.4,5. Recibiendo manejo y resolución clínica satisfactoria, gracias al cotrol de cifras tensionales, sin requerir intervención quirúrgica. Posterior al deprendimiento seroso pueden existir focos de hiperpigmentación secundario a infarto isquemico coriocapilar.6 La valoración por oftamología es pilar clave del diagnóstico.

Rickettsiosis y embarazo: Reporte de caso

Ambrosio Ávila Mariel Jesús, León Cabrera Jaime, Ruz Sierra Gladys Minu
Hospital General Agustín O'Horán, Mérida Yucatán

ANTECEDENTES: Las rickettsiosis son zoonosis causadas por bacterias del género Rickettsia, Rickettsia rickettsii es el agente causal de la fiebre manchada de las Montañas Rocosas, y la especie más patógena del género Rickettsia, la cual ha provocado una alta mortalidad en los últimos años, en especial en México1.
CASO CLÍNICO: Paciente de 31 años de edad con embarazo de 22.4 SDG, zoonosis positiva, niega antecedentes de relevancia. Inicia su padecimiento en un mes previo a ingreso, presentando picos febriles predominio nocturno, acompañado de cefalea, fatiga, dolor articular y muscular, náuseas, vómitos agregándose ictericia, epigastralgia, acolia, tos seca con presencia de esputo sanguinolento, ortopnea, disnea progresiva de mínimos esfuerzos y pérdida de peso. Los signos vitales encontrados fueron taquicardia, polipnea, TAS 90 temperatura de 38°, por lo que se decide ingreso intrahospitalario.
CONCLUSIÓN: La Rickettsiosis representa un reto diagnóstico, el cual se dificulta durante el embarazo. Esta requiere una alta sospecha clínica para diferenciarla de enfermedades del embarazo como las enfermedades Hipertensivas y sus complicaciones.

Percretismo vesical por angiotomografía. Nueva herramienta diagnóstica

Elena Guzmán Monteon, Ricardo Mauricio Malagón Reyes, Gabriel Pérez Morán
Hospital Materno Perinatal Monica Pretelini Saenz, Toluca, Estado de México.

ANTECEDENTES: El acretismo placentario se define como la invasión anormal del trofoblasto, en el miometrio de la pared uterina. Su característica histopatológica es la ausencia total o parcial de la decidua basal. Se clasifica en 3 espectros: siendo placenta acreta, increta y percreta.
CASO CLÍNICO: Paciente de 37 años de edad, gesta 4 cesarea 3 ingresando a nuestra unidad, con diagnostico de embarazo de 34.5 SDG, complicado con placenta previa total y acretismo placentario visualizado por ecografía, como parte de protocolo en nuestra clínica de placentas invasoras, se realiza cistoscopia con hallazgo de percretismo vesical, se decide realizar angiotomografia pélvica, encontrando los siguientes hallazgos.
CONCLUSIÓN: Actualmente la angiotac no está reconocida en la literatura como método diagnóstico para acretismo placentario, sin embargo sería importante introducirla como herramienta diagnóstica, considerando que es seguro para la madre y el feto.

Gastroquisis cerrada: Reporte de caso

Benavides González Nadia Lizeth, Luis Alberto Pugliesse de la Fuente
Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Ginecoobstetricia N°23 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

ANTECEDENTES: La gastrosquisis es un defecto del espesor total de la pared abdominal paraumbilical generalmente de lado derecho, asociado a una evisceración del intestino no cubierto por membrana amniótica. Es la anomalía más común dentro de las que involucran a la formación de la pared abdominal, con una incidencia de 1 a 5 de cada 10 000 nacimientos a nivel mun-

dial. La gastrosquisis cerrada es una variante muy rara que se presenta en menos del 6% de todos los casos de gastrosquisis, en la que el defecto de la pared abdominal se cierra espontáneamente alrededor del intestino eviscerado antes del nacimiento, lo que provoca estenosis intestinal de salida y/o entrada ocasionando compromiso vascular del intestino con consecuente atresia, isquemia o necrosis. Los recién nacidos con este tipos de gastrosquisis compleja presentan una alta tasa de morbilidad y mortalidad por su asociación con intestino corto y sus complicaciones.

CASO CLÍNICO: Paciente de 23 años de edad, sin antecedentes de relevancia clínica. Antecedente de un parto previo de término en 2020 sin complicaciones. Referida al servicio de Medicina Materno Fetal por sospecha de anomalía estructural de la pared abdominal, cursando embarazo de 32.3 semanas. Se realiza valoración ultrasonográfica destacando un defecto de pared abdominal abierto de 14 mm paraumbilical con protrusión de asas intestinales hacia cavidad amniótica no cubiertas de membrana, se observa además dilatación de asas intrabdominales con diámetro mayor de asa de 28.6 mm y pared intestinal de 2.6 mm, el resto de la exploración anatómica se reporta sin alteraciones. Se inicia esquema de maduración pulmonar fetal y se revalora a los 5 días encontrándose dilatación mayor de las asas intestinales intraabdominales con diámetro de asa mayor de 35 mm, aumento de la ecogenicidad de las asas intestinales evisceradas y ausencia de flujo a la aplicación Doppler. Sospechándose de necrosis intestinal, por lo que se decide interrupción del embarazo.

CONCLUSIÓN: La gastrosquisis es el defecto congénito de la pared abdominal más frecuente, la mayoría de los casos son considerados simples con una baja morbilidad y una tasa alta de supervivencia. Sin embargo, aproximadamente entre el 11 al 17% son clasificados como gastrosquisis compleja, con atresia, estenosis, perforación, necrosis o vólvulo intestinal, con mayor riesgo de complicaciones por intestino corto y aumento en la morbimortalidad neonatal.

Hemorragia alveolar secundaria a lupus en el embarazo: Reporte de caso

Gallardo Ramírez Tania Guadalupe, Lazcano Castellanos Alma Benita, Contreras Rodríguez Felipe de Jesús, Castro Lizano Natasha, Flores Aceves Cristian Eduardo

UMAE Hospital de Gineco-obstetricia, Centro Médico Nacional de Occidente, Guadalajara, Jalisco.

ANTECEDENTES: La hemorragia alveolar difusa es el síndrome clínico-patológico donde hay acumulo en los alvéolos de eritrocitos provenientes de los capilares sanguíneos. Clínicamente incluye hemoptisis, anemia, radio-opacidades pulmonares difusas y falla respiratoria hipoxémica, misma que puede ser grave. El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune crónica caracterizada por la producción de anticuerpos contra antígenos nucleares y citoplasmáticos pudiendo afectar diversos órganos, su incidencia es variable de 1-8 por 100,000 habitantes, la hemorragia alveolar ocurre del 2-4% de las personas con LES su incidencia es de 2.4 casos por millón, se ha reportado mortalidad tan alta como 70-90%.

CASO CLÍNICO: Paciente de 22 años de edad, gesta 2, cesárea 1, cuenta con ultrasonido del día 21 de agosto de 2023, que reporta embarazo de 13.3 SDG por LCR, tamizaje para cromosomopatías bajo, flujometría de arterias uterinas patológico. Al momento del reporte del caso, cursa con embarazo de 17.3 semanas de gestación por Ultrasonido Obstétrico, fue derivada por trombocitopenia de 9,000, en el abordaje diagnóstico se descartó afectación hematológica primaria por aspirado y biopsia de médula ósea. Documentándose ANA 1:80 de patrón homogéneo, Anti DNAds 266, C3 y C4 bajas (56 y 2 respectivamente), se integró el diagnóstico de LES con 16 puntos del ACR/EULAR

(ANA >1:80, fiebre, trombocitopenia, proteinuria >0.5 gr/24 hrs, Anti dsDNA positivos), se instituyó terapia con 1gr de Metilprednisolona por tres dosis y se trasfundieron de 6 concentrados plaquetarios se egresó con Hb de 9.8 mg/d; Plaquetas 30 ml/uL; Leucocitos 6.8 mil/mL; Linfocitos 13.5% y, esquema de prednisona a dosis de 1mg/kg de peso por día, Azatioprina 50 mg/d y cloroquina 150 mg/d.
CONCLUSIÓN: El embarazo es un estado inmunológico alterado en el que los cambios hormonales afectan el sistema inmune para permitir la tolerancia materna del feto, estos cambios pueden afectar la actividad en la enfermedad en el lupus eritematoso sistémico.

Gastrosquisis, diagnóstico, manejo y resultados neonatales: Serie de casos

Soberanis Pech María José, Garrido Avelarde Anabel, León Cabrera Jaime, Navarrete López Ana Patricia
Hospital General Agustín O´Horán, Mérida, Yucatán.

ANTECEDENTES: Gastrosquisis es la anomalía congénita caracterizada por la evisceración de una porción variable del intestino u órganos abdominales a través de un defecto de la pared abdominal <4cm, generalmente a la derecha del cordón umbilical normoinsertado, sin ninguna membrana protectora.
OBJETIVO: Describir incidencia, características maternas, complicaciones perinatales y resultados neonatales de los pacientes atendidos con diagnóstico de gastrosquisis en el Hospital Agustín O´Horán de Enero de 2019 a Junio de 2021.
MATERIALES Y MÉTODOS: Presentación de casos clínicos por medio de revisión de expedientes.
RESULTADOS: Se reportaron 5 casos, el diagnostico ultrasonográfico se realizó en el 80%, 60% nacieron de madres adolescentes con media de 19 años, 80% primigestas, el nacimiento ocurrió 100% por vía abdominal, con un 60% de predictores ecográficos de complicaciones intestinales. El 100% de los casos fueron pretérmino, con media de 34.4 semanas de gestación, el 80% presentó restricción del crecimiento intrauterino, con media de peso al nacimiento de 1914gr. Se realizó cierre primario en el 80% casos. El primer caso de mortalidad sucedió secundario a choque séptico de origen pulmonar a los 20 días de nacido, el segundo caso de mortalidad ocurrió 2 meses posteriores al nacimiento secundario a muerte súbita en domicilio.
CONCLUSIÓN: La gastrosquisis es un defecto de la pared abdominal que debe tratarse por un equipo mutidisciplinario. La detección oportuna de complicaciones perinatales disminuye el riesgo de resultados adversos, así como la disminución de la mortalidad neonatal.

Cardiopatía fetal asociadacon descontrol metabólico

Ana Karen Lendo López, Verania Citlalmina Cabada Torres, Guadalupe María Pérez Borbón
Hospital Infantil del Estado de Sonora

ANTECEDENTES: La diabetes mellitus tipo I (DM1) se encuentra entre las enfermedades crónicas más comunes en todo el mundo, la cual en el embarazo es un riesgo importante de anomalías congénitas, dependiendo los niveles de glicemia, principalmente en el primer trimestre de la gestación. El riesgo de malformaciones es alrededor del 5-16%, con una prevalencia de 10-12% en madres que requieren terapia con insulina. El riesgo de anomalías congénitas en diabetes pregestacional tiene un OR 3.17 (IC 95% 2.2-4-9). Dos tercios de las anomalías afectan al Sistema Cardiovascular (8.5/100 nacidos vivos) o al Sistema Nervioso Central (5.3/100 nacidos vivos).
CASO CLÍNICO: Paciente de 22 años G1, O-, con antecedente de DM1 desde los 11 años en tratamiento con insulina. Inicia su control prenatal en centro de salud, y acude a nuestro hospital el día 09 de Agosto de 2023 a la consulta de Materno Fetal con Embarazo de 32.3 semanas de gestación por USG de 2 trim. + DM1+ Anemia Moderada + Madre Rh negativo + Sobrepreso. Presenta laboratorios con glucosa prepandrial de 167 mg/dl y Postpandrial 317 mg/dl.

HB1AC de 11.1% a las 6 semanas de gestación. Se obtiene RN pélvico, masculino, APGAR 8/9, SA 3, peso 2320 grs, 43 cms, Capurro 36.1 sdg.,líquido claro, no fétido. RH positivo, se aplica Rhogam a madre. RN valorado por el servicio de cardiología pediátrica, se inicia manejo con prostaglandinas, y se realiza Angio-TAC la cual reporta coartación aórtica ístmica neonatal. Aorta presenta un calibre de 6.1 mm a nivel de su raíz, aorta descendente 5.3 mm, calibre del arco 4.2mm, identificando zona de estenosis a nivel del istmo aórtico, el cual mide 2.3 mm, con un calibre de la aorta descendente de 6.3 mm.

CONCLUSIÓN: Los recién nacidos hijos de madres con diabetes corren el riesgo de sufrir complicaciones a corto y largo plazo, proporcional al valor de Hb1Ac, por eso la importancia de la detección preconcepcional con el objetivo de lograr un control estricto de la glucemia es esencial para minimizar los resultados adversos. También la importancia de seguimiento con materno fetal, y realizar sus ultrasonidos 11-13 sdg, estructural, crecimiento asi como tamizaje cardíaco, para detectar a tiempo malformaciones, con mayor riesgo en pacientes con HbA1c de más de 7, como lo es el caso de nuestra paciente.

Cáncer de ovario como cáncer metacrónico posterior a melanoma vulvar

Brenda Aurora Elizondo de Luna, Karla María Rodríguez Ortiz, Roberto González Habib, Israel Castro Torres
Christus Muguerza Hospital Conchita, Monterrey, NL.

ANTECEDENTES: El cáncer metacrónico es cuando se encuentran múltiples tumores primarios que se desarrollan en cierto intervalo de tiempo. . El melanoma cutáneo maligno representa el 5,6% de todos los casos de cáncer recién diagnosticados y es el quinto tipo de cáncer más común en todo el mundo.

OBJETIVO: Estudiar los cánceres metacrónicos pueden proporcionar información valiosa sobre la etiología del cáncer y pueden ofrecer la justificación clínica para desarrollar estrategias de prevención secundaria.

El riesgo de un cáncer primario subsecuente es mayor cuando se diagnostica melanoma a una edad temprana. Se han relacionado múltiples factores de riesgo, incluyendo infecciones virales, quimioterapia, radioterapia, genética, tabaquismo y factores ambientales. El cáncer de ovario como cáncer metacrónico posterior a melanoma vulvar es una patología extraña ya que no se encontró ningún reporte de caso o artículo que lo mencionara.

CONCLUSIÓN: Se requieren estrategias preventivas como vigilancia post tratamiento, tamizaje y educación sobre la reducción de riesgo para otros cánceres en pacientes con antecedente de MCM para mejorar la sobrevivencia.

Manejo laparoscópico de torsión anexial en el tercer trimestre en un embarazo único

Antonio Treviño Montealvo, Andrea Alcázar Juárez, Erick Chávez García, Luis Fernando García Rodríguez, Celina Salas Castro
Centro Médico Zambrano Hellion - TecSalud

ANTECEDENTES: De la mano de el uso generalizado y la mejora de las técnicas de imagen y su disponibilidad, la incidencia de masas anexiales durante el embarazo ha aumentado considerablemente. La incidencia de estas masas es incluso de 2 a 20 veces mayor en pacientes embarazadas que en sus pares no embarazadas, muy probablemente debido a una mayor tasa de detección durante la evaluación ecográfica obstétrica de rutina.

CASO CLÍNICO: Paciente embarazada, con diagnostico preconcepcional de masa anexial derecha de aspecto benigno la cual presentó fenómeno de torsión ovárica a las 26 sdg, con resolución mediante laparoscopia diagnóstica y operatoria.

CONCLUSIÓN: Las masas anexiales durante el embarazo han aumentado su incidencia debido a la mayor disponibilidad de herramientas de detección, como la ecografía realizada

de manera rutinaria durante el cuidado prenatal. La incidencia de tumores malignos durante la gestación es muy baja, al igual que las complicaciones que requieren un enfoque quirúrgico de emergencia, como la torsión ovárica. Cuando se trata del enfoque quirúrgico, la cirugía mínimamente invasiva ha demostrado ser segura con una baja tasa de complicaciones obstétricas, una estancia hospitalaria más corta y menor pérdida sanguínea durante el procedimiento.

Quiste intraabdominal en éxitus fetal del tercer trimestre: Reporte de caso

Carrillo Aguilar Diana Aurora, Paredes Huesca Monserrat, Hernández Castañeda Aurelio, González Delmotte Jesús Raymundo, Sánchez González Luis Roberto
Hospital General Iztapalapa Juan Ramón de la Fuente, Ciudad de México.

ANTECEDENTES: El éxitus fetal intrauterino es la ausencia de signos de vitalidad fetal a partir de las 20+0 semanas de gestación o ante un feto de >350 gramos si se desconoce la edad gestacional.1 En función de las semanas, puede ser: precoz: entre semana 20+0 a 27+6 semanas, tardío: entre la semana 28+0 a 36+6 semanas y a término: a partir de la 37+0 semanas. La tasa de muerte fetal ha ido cayendo de aproximadamente 21,4 muertes con ≥28 semanas de gestación por cada 1.000 nacimientos en 2000 a aproximadamente 13,9 muertes por cada 1.000 nacimientos en 2019.
CASO CLÍNICO: Producto óbito con flictenas macerado, placenta con edema importante de cotiledones macerado con probable hepatoesplenomegalia, liquido meconio abundante +++ fétido. Se inicia manejo a base de antibioticoterápia y posteriormente se envía producto óbito a patología reportando presencia de quiste intraabdominal simple con ausencia de órganos abdominales (intestino, colon, pancreas, riñon).
CONCLUSIÓN: Se presenta un caso de éxitus fetal en paciente joven con múltiples factores de riesgo asociados a éxitus fetal, presencia de quiste intraabdominal, ausencia de órganos intraabdominales corroborado por estudio histopatológico.

Displasia esquelética fetal, patología letal: Reporte de caso

Williams Castañeda Bautista, Lizbeth Lima Juárez, Liliasna Moyado Catalán, Serafín García Mendoza
ISSSTE Hospital Regional Gral. Ignacio Zaragoza

ANTECEDENTES: Las displasias esqueléticas son un grupo heterogéneo de condiciones que afectan primariamente la formación y crecimiento de huesos y cartílagos, se caracterizan por un acortamiento generalizado de huesos largos. Son patologías de baja prevalencia, que se pueden diagnosticar mediante ultrasonografía del primer y segundo trimestre.La importancia de esta patología radica en que posee una letalidad cercana al 50%.
CASO CLÍNICO: Paciente JVVCE de 35 años, Gesta 3, cesárea 1 con embarazo de 34.2 semanas la cual acude a control prenatal, con los siguientes antecedentes de importancia Antecedentes gineco-obstétricos menarca a los 13 años, ritmo regular, fecha de última menstruación 14.02.22. Gesta 1 resolución vía vaginal de termino, actualmente aparentemente sano. Gesta 2 actual vía vaginal de termino, actualmente aparentemente sano, Gesta 3 actual con 5 consultas de control prenatal, consumo de multivitamínico desde el diagnostico de embarazo. Paciente asintomática. Actualmente con fondo uterino de 25 cm, con FCF 159 lpm. USG servicio Medicina Materno Fetal hueso nasal ausente, micrognatia, hipertelorismo, rizomelia, tórax estrecho, hipoplasia pulmonar bilateral, fetometría promedio para 17.3 SDG, peso fetal estimado 902 g.
CONCLUSIÓN: Es un caso de una paciente con feto con displasia esquelética, las cuales son raras, vista en el Hospital Regional General Ignacio Zaragoza, por lo cual consideramos de interés su publicación y divulgación.

Tumor sellar gigante y embarazo: Reporte de caso

Williams Castañeda Bautista, Lizbeth Lima Juárez, Liliana Moyado Catalán, Serafín García Mendoza
ISSSTE Hospital Regional Gral. Ignacio Zaragoza

ANTECEDENTES: Los adenomas hipofisiarios son los tumores más frecuentes de la región sellar, constituye la tercer neoplasia intracraneal con frecuencia. Aparecen en la edad adulta, son más frecuentes en mujeres; son tumores benignos cuyas manifestaciones clínicas dependen de la presencia de disfunción endocrina (hipersecreción hormonal, hipopituitarismo) y de la compresión de estructuras adyacentes (quiasma y nervios ópticos, seno cavernoso, duramadre). Es frecuente el diagnóstico incidental en pacientes asintomáticos. Los más frecuentes son los no funcionales y productores de prolactina. La resección quirúrgica es el tratamiento para tumores no funcionantes sintomáticos, la radioterapia se emplea cuando se realiza resección incompleta o recurrencia tumoral.
CASO CLÍNICO: Paciente VRJ de 33 años, Gesta 2, cesárea 1 con embarazo de 25.5 semanas la cual acude a control prenatal, con los siguientes antecedentes de importancia Antecedentes gineco-obstétricos menarca a los 12 años, ritmo regular, fecha de última menstruación 14.11.22. Gesta 1 resolución abdominal de termino, actualmente aparentemente sano. Gesta 2 actual con 3 consultas de control prenatal, consumo de multivitamínico desde el diagnostico de embarazo. Refiere desde hace 3 meses disminución de la agudeza visual con disminución del campo visual de manera progresiva, cefalea intensa de predominio frontal izquierdo de tipo pulsátil, de 1 mes de evolución. Actualmente con hemianopsia bitemporal, fondo uterino de 20 cm, con FCF 146 lpm. Laboratorios HB 11.8, Hto 34.6, plaquetas 253 mil, glucosa 78, prolactina 150 ng/dL, RM lesión estraaxial en región supraselar de 5.9x5.6x4.5 cm, borde lobulado, desplaza al bulbo-troncoencefalico en sentido posterior quiasma óptico y lóbulos frontales, envuelve arteria basilar y ambas carótidas internas y cerebrales anteriores. Campimetría ojo derecho con <0.5% en los cuatro cuadrantes, ojo izquierdo con <0.5% en cuadrantes temporales y <2% en cuadrantes oftálmicos. USG fetal dentro de parámetros normales. A las 37 semanas, resolución vía abdominal masculino, peso 2885, talla 49 cm, Apgar 8/9.
CONCLUSIÓNES: Es un caso de una paciente con un tumor sellar gigante el cual comprime el quiasma óptico, con tratamiento quirúrgico postergándose a la resolución del embarazo, siendo un padecimiento raro, atendido en el Hospital Regional General Ignacio Zaragoza, por lo cual consideramos de interés su publicación y divulgación.

Síndrome de Cornelia de Lange: Reporte de caso

Mendiola Molina Eneida, Aguilar Fong Luis Alberto, Zárate Xochimatzi Edgar, Bajonero Domínguez Alma, Carranco Martínez José Alberto
Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga, Ciudad de México.

ANTECEDENTES: El síndrome de Cornelia de Lange (SCdL) es una enfermedad rara que se caracteriza por rasgos faciales característicos, retraso en el crecimiento, discapacidad intelectual variable y dificultades en el habla. Fue descrita por primera vez en 1933 por la pediatra holandesa Cornelia Catharina de Lange. Se estima que entre 1 de cada 10-30,000 individuos de la poblacioón tienen SCdL. Es una cromatinopatía causada por variantes patogénicas en 1 de 7 genes involucrados en el funcionamiento del complejo cohesinas: NIPBL, SMC1A, SMC3, RAD21, HDA21, HDAC8, ANKRD11 y BRD4. El SCdL clásico suele producirse por mutaciones en NIPBL (70% de los pacientes).
CASO CLÍNICO: Primigesta de 30 años, sin crónicos degenerativos con embarazo de 37.5 semanas, enviada con diagnóstico de estenosis aórtica y feto pequeño anormal. Se realiza

ultrasonido estructural con los siguientes hallazgos: Embarazo de 29.5 semanas, PFE 1531 gr, percentil 1. A nivel de cabeza fetal cerebelo 48.8 mm (36.2 semanas), CM 6.3 mm, VL 2.5 mm, HN presente, retrognatia, puente nasal deprimido (→), labio superior no valorable. A nivel de tórax fetal en exploración cardiaca hipoplasia de arco aórtico (➤). Placenta corporal posterior GIII, IL A 12. 2 cm, Hemodinamia IP AU P 99, IP ACM P 77, ICP P 1, IP DV P 77, IPm AUt P 97, clasificandose como Restricción del Crecimiento Fetal Estadio I.

CONCLUSIÓN: El espectro de SCdL abarca un rango de fenotipos que incluyen el SCdL clásico (típico) y SCdL no clásico (atípico). En 2018, tras un consenso Delphi se establecierón criterios de diagnóstico clínico que incluye hallazgos principales y sugerentes. Una puntuación de 311 indica SCdL clásico, independientemente de que se pueda encontrar una variante patogénica en un de los genes conocidos. El diagnóstico prenatal debe sospecharse ante progenitores con un hijo anterior afectado o mutación genética conocida en gen asociado a SCdL y en ausencia de historia familiar si existen rasgos físicos sugerentes en una ecografía prenatal.

Densitometría con tecnología de REMS como prueba diagnóstica para la salud ósea en el puerperio

Sergio Rosales Ortíz, Celina Benitez Cajica
Hospital de Gineco Obstetricia 4 Luis Castelazo Ayala, Ciudad de México.

ANTECEDENTES: La evaluación de la salud ósea es una patología de interés no solo por su impacto en la calidad de vida de la mujer en la posmenopausia, si no a lo largo de toda su vida. Esta descrito que la DMO disminuye en la mujer durante el embarazo y puerperio, momento en el que el gold estándar para su estudio no es factible por estar contraindicada el impacto gestacional. La tecnología de REMS es una opción que ha demostrado ser efectiva pero que no se ha determinado su eficacia estadística.

OBJETIVO: Conocer los valores de la densitometría con tecnología de REMS como prueba diagnóstica para la salud ósea en el puerperio.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio observacional, transversal, prospectivo y comparativo, tipo de estudio de prueba diagnóstica. Se realizo una densitometría con tecnología DXA (estándar de oro) y REMS a pacientes en puerperio inmediato y mediato. Se calculó la sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y negativo, falsos positivos y negativos, razón de verosimilitud positivo y negativo, así como resultado postprueba en el nomograma de Fagan.

RESULTADOS: Se incluyeron 125 pacientes en puerperio entre el día 1 y 4, la edad promedio de 27 años, IMC 28.8, resolución del embarazo por parto 57.8 %, valoración de Capurro 38 semanas. Se encontró una prevalencia de osteopenia de 19.2 en región lumbar y 16.8 en región femoral. Los valores fueron para la región lumbar S. 83 %, E. 98 %, VPP. 90 %, VPN. 96 %, FP. 1 %, FN 16 %, RVP. 42 IC 95 % (11, 168) con probabilidad postprueba 91 % IC 95 % (72, 98 %), RVN. 0.17 IC 95 % (0.07, 0.42) con probabilidad postprueba 4 % IC 95 % (2, 8 %). En la región femoral S. 90 %, E. 97 %, VPP. 86 %, VPN. 98 %, FP. 0.2 %, FN 9 %, RVP. 31 IC 95 % (10, 96) con probabilidad postprueba 86 % IC 95 % (67, 95 %), RVN. 0.10 IC 95 % (0.03, 0.37) con probabilidad postprueba 2 % IC 95 % (1, 7 %).

CONCLUSIÓNES: La densitometría con tecnología de REMS como prueba diagnóstica en región lumbar y femoral para el diagnóstico de salud ósea, tiene una especificidad y valor predictivo negativo superiores al 95 %, con una razón de verosimilitud excelente.

Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta: Reporte de caso

Carlos Alberto Davila Pier, Luisa Evelyn Soto Morales, Michelle Alexa Figueroa López, María Félix Aguilar López

Hospital Regional Pemex Cuidad Madero, Tamaulipas.

ANTECEDENTES: El desprendimiento prematuro de placenta normoinserta es una complicacion que se reporta mundialmente, entre 0.3-1% de los partos. En pacientes con estudio histopatologico de rutina reportan una mayor incidencia. Es la separacion prematura, parcial o total de una placenta de su insercion decidual antes del periodo de alumbramiento. Se manifiesta cuando existe sangrado vaginal y oculto cuando el sitio desprendido se encuentra detras de la placenta.
CASO CLÍNICO: Paciente de 33 años, gesta 3, cesarea 2, con embarazo de 33.5 semanas de gestacion por amenorrea a1 (10/08/2022), periodo intergenesico corto, cesarea iterativa y ruptura prematura de membranas. Con gesta previa en 2021 con desprendimiento prematuro de placenta normoinserta a las 34 semanas de gestacion con obito. Se realiza cesarea de urgencia, donde se obtiene recien nacido femenino el 03/04/2023, peso de 2320 gramos, apgar 7/8. Presencia de utero de couvelaire, al alumbramiento con 30% de desprendimiento de placenta.
CONCLUSIÓN: En el presente caso, se decidio el manejo radical frente a la hemorragia obstetrica por los hallazgos encontrados y compromiso a futuro por antecedente de paciente por doble desprendimiento de placenta normoinserta.

Fístula abdominal ureterovaginal posterior a por histerectomía: Reporte de caso

Karla María Rodríguez Ortiz, Brenda Aurora Elizondo de la Luna, Roberto González Habib, Israel Castro Torres, Filiberto Martínez Cabrales
Christus Muguerza Hospital Conchita, Monterrey, NL.

ANTECEDENTES: Las fístulas ureterovaginales son conexiones anormales entre los ureteros y la vagina. Su incidencia es de 0.02-.33% en histerectomías y 3/1000 en cirugías ginecológicas. Se presentan con fuga urinaria continua después de una cirugía obstétrica o ginecológica. Dentro de los factores de riesgo para desarrollar una fístula se encuentran: adherencias pélvicas, cirugías previas, enfermedad inflamatoria pélvica, endometriosis, radioterapia previa, cánceres abdominopélvicos avanzados, experiencia limitada del cirujano, y uso excesivo de energía térmica. Su incidencia ha ido en aumento debido al uso creciente de la cirugía laparoscópica.
CASO CLÍNICO: Paciente de 24 años. AHF: Madre con DM2 y abuela con cáncer de endometrio y colon. APP: Diciembre 2022 diagnóstico Adenocarcinoma endometrial tipo endometrioide figo 1. Niega enfermedades crónico degenerativas. Alergias: Negadas. Transfusiones: 7 concentrados eritrocitarios por HUA. Antecedentes quirúrgicos: Febrero 2023: Histerectomía total + SOB por laparoscopía. AGO: Menarca: 13 años, FUM Febrero 2023. Niega uso de TRH. Citología cervical: 2021, Negativo para lesión intraepitelial. G0. El diagnóstico de una fístula se realiza días a meses después de una operación pélvica con pérdida continua de orina a través de la vagina. La prueba de tampón de doble colorante se utiliza para el diagnóstico, junto con una cistoscopía y además se pueden utilizar otros estudios de imagen como Uro-TAC. El reimplante ureteral a través de ureteroneocistotomía es la corrección quirúrgica más efectiva.
CONCLUSIÓN: La incidencia de la fístula ureterovaginal es de 1 caso por 250 histerectomías realizadas, representa una condición difícil para las pacientes y debe descartarse en aquellas que presenten fuga urinaria continua después de una cirugía obstétrica o ginecológica.

Diagnóstico prenatal encefalocele: Reporte de un caso

Diana Itzel Salazar Mandujano, Eduardo Ernesto Mejía Islas, Jesús Martín Zárate Moroyoqui, Kevin Alberto Ríos Anaya, Nayeli Itzel Reyes Torres
Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos ISSSTE

ANTECEDENTES: El encefalocele es un defecto del tubo

neural que se manifiesta por la protrusión del cerebro con o sin protrusión de las meninges a través de un defecto existente en el cráneo. Es una anomalía mesodérmica embrionaria que resulta en la falla de la separación del ectodermo superficial del neuroectodermo.

CASO CLÍNICO: Paciente de 40 años de edad, Gesta 2 Parto1, la cual acude a control prenatal al servicio de medicina materno fetal, en donde se realiza ultrasonido genético en el cual, se calculan riesgos intermedios para Trisomía 21 y Trisomía 18, (Trisomía 21 a posterior 1/400, Trisomía 18 1/213), se solicitan marcadores bioquímicos para recálculo de riesgos sin embargo no se realizan, ultrasonido estructural con cráneo con signo de limón, solución de continuidad de cráneo de 1.5 cm con apariencia de meninges y masa encefálica protruidas, sin polidactilia, sin datos de fibrosis hepática, sin displasia renal multiquística sugerentes de probable encefalocele, con mal pronóstico para la vida y la función, por lo que continua con maduración cervical para interrupción de la gestación vía vaginal, obteniéndose los siguientes hallazgos: Fecha de Nacimiento: 06/01/2023 a las 14:40hrs, se obtiene recién nacido femenino con defecto en cráneo en región occipital de aproximadamente 5x5cm, con protrusión de tejidos blandos, con peso 330gramos, talla:26cm, sin signos vitales ni movimientos, placenta completa, sangrado 200 cc.

CONCLUSIÓN: El encefalocele se define como la protrusión del cerebro con o sin protrusión de las meninges a través de un defecto existente del cráneo. Se asocia con anomalías cromosómicas por lo que se requiere estudio genético. El diagnóstico oportuno es de vital importancia para establecer el tratamiento y pronóstico, así como darles asesoria a las pacientes acerca de esta patología.

Enfermedad de Still del adulto y gestación: Reporte de caso

Diana Itzel Salazar Mandujano, Eduardo Ernesto Mejía Islas, Jesús Martín Zárate Moroyoqui, Kevin Alberto Ríos Anaya, Nayeli Itzel Reyes Torres
Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos, ISSSTE, Ciudad de México.

ANTECEDENTES: Enfermedad reumática inflamatoria de etiología desconocida que se caracteriza por fiebre en agujas, exantema evanescente, artralgias o artritis. La relación entre la enfermedad de Still del adulto y la gestación no está establecida. La incidencia es de 0.16 a 0.29 por cada 100,000 personas. La edad media de la población es de 36 años, con dos picos de distribución, entre 15 y 25 años y entre 36 y 45 años.

CASO CLÍNICO: Paciente de 37 años de edad G1 con antecedente de diagnóstico de enfermedad de Still del adulto diagnosticada en el 2010, en manejo con certolizumab 200mg cada 14 días (inhibidor de TNF-alfa) y antecedente de síndrome hematofagocítico en 2010, tratada con etopósido, ciclofosfamida y dexametasona, actualmente en remisión, en control con reumatólogo particular sin aumento de actividad durante la gestación, en seguimiento por parte del servicio de medicina materno fetal desde primer trimestre.

CONCLUSIÓN: La enfermedad de Still es una patología con incidencia de 0.16 a 0.29 por cada 100,000 personas, hay pocos casos reportados en la gestación, sin embargo si se tiene control adecuado no existen complicaciones maternas ni fetales.

Porqué la cirugía vaginal también es mínima invasión: miomectomía vaginal: Reporte de caso

Estefanía Rodríguez Salinas, Miguel Ángel Mejía Martínez, Juana Salado Agatón, Melody Yolitzin Cantú Garza
Hospital General ISSSTE Saltillo, Coahuila.

ANTECEDENTES: La miomatosis uterina es la patología ginecológica benigna más frecuente, su incidencia va de un 20-50% en mujeres mayores de 30 años. Se presenta comúnmente con anormalidades en el ciclo menstrual, metrorragia,

dismenorrea y dispareunia; cuando son de gran tamaño se asocian a dolor pélvico crónico y síntomas por compresión de órganos vecinos como la vejiga y el recto. Los leiomiomas se han relacionado a infertilidad y pérdida gestacional.

CASO CLÍNICO: Paciente de 38 años, G1P1 (FUP 2013), con diagnóstico de miomatosis uterina desde el 2019 sin ningún otro antecedente de relevancia. Acude a valoración médica por presentar dolor pélvico crónico, estreñimiento, dismenorrea y metrorragia. Al examen pélvico se palpa utero hipertrófico con masa en fondo de saco posterior, dolorosa a la movilización. USEV: se evidencia útero en AVF hipertrófico con imagen ovoide, heterogénea de bordes regulares en cara posterior a nivel del istmo de 77 x 70 x 74 mm, compatible con mioma intramural, anexos normales. En la RMN de pelvis simple para valorar extensión y localización de la lesión, la cual confirma imagen nodular hipodensa al miometrio en T2, localizado en pared posterior ístmico-cervical, contactando al endometrio y que abomba la serosa. Se diagnostica miomatosis uterina tipo 3 y 6 de la FIGO. De acuerdo a las características y ubicación de la lesión se planea abordaje vaginal.

En posición de litotomía, se penetra a cavidad peritoneal mediante colpotomía posterior, se coloca retractor Alexis y valva de peso para mejor exposición de campo operatorio, se fracciona labio posterior de cervix y se infiltra zona con Vasopresina 20U, se realiza histerotomía media a nivel del istmo hasta localizar mioma, el cual posteriormente se diseca en todas sus caras hasta su enucleación completa, y se realiza histerorrafia en dos planos con buena hemostasia.

CONCLUSIÓN: En casos seleccionados, acode a lo reportado en la literatura de tumores subserosos o intramurales localizados en cara posterior e incluso en fondo uterino, pueden ser resecados vía vaginal. Los tumores fúndicos y en cara anterior, presentan mayor porcentaje de conversión a vía abdominal.

Fístula abdominal ureterovaginal posterior a histerectomía abdominal por cáncer de endometrio: Reporte de caso

Karla María Rodríguez Ortiz, Brenda Aurora Elizondo de Luna, Roberto González Habin, Israel Castro Torres, Filiberto Martínez Cabrales
Christus Muguerza Hospital Conchita, Monterrey, NL

ANTECEDENTES: Las fístulas ureterovaginales son conexiones anormales entre los ureteros y la vagina. Su incidencia es de 0.02-.33% en histerectomías y 3/1000 en cirugías ginecológicas.

CASO CLÍNICO: Paciente de 24 años. AHF: Madre con DM2 y abuela con cáncer de endometrio y colon. APP: Diciembre 2022 diagnóstico Adenocarcinoma endometrial tipo endometrioide figo 1. Niega enfermedades crónico degenerativas. Alergias: Negadas. Transfusiones: 7 concentrados eritrocitarios por HUA. Antecedentes quirúrgicos: Febrero 2023: Histerectomía total + SOB por laparoscopía. AGO: Menarquia a los 13 años, FUM Febrero 2023. Niega uso de TRH. Citología cervical: 2021, Negativo para lesión intraepitelial. G0. Motivo de consulta: Referida por oncologia por perdida de orina continua por vagina 5 dias posteriores a histerectomia. Síntomas urinarios: UU 5/5, IUU 5/5, IUE (Sandvik 12). Refiere vacilación, patrón miccional intermitente. División y desviación del chorro en spray hacia la derecha. Uso de maniobras facilitadoras y goteo terminal. Sensación de vaciamiento incompleto. Sandvik 12, Frecuencia urinaria 5x2 diurna/nocturna. Síntomas anorrectales: evacuaciones 3 veces al día. Niega vida sexual desde enero 2023, previamente satisfactoria. Niega síntomas de prolapso. Posterior a SOB refiere atrofia vaginal e inhibición de la libido. Reflejos vulvoperineales normales. Prueba de la tos positiva con vejiga llena. A la especuloscopía mucosa vaginal atrófica, sin pool de orina, sin evidencia de defectos en paredes vaginales. Exploración vaginal: prueba de azul de metileno negativa. Prueba con fenazopiridina: positiva.

CONCLUSIÓN: La incidencia de la fístula ureterovaginal es de 1 caso por 250 histerectomías realizadas, representa una condición difícil para las pacientes y debe descartarse en aquellas que presenten fuga urinaria continua después de una cirugía obstétrica o ginecológica. El diagnóstico oportuno y la planeación apropiada antes del procedimiento es esencial para resultados favorables.

Ruptura pretérmino de membranas antes del límite de la viabilidad

Verania Citlalmina Cabada Torres, Ana Karen Lendo López, Guadalupe María Pérez Borbón, Efraín Moreno
Hospital Infantil del Estado del Sonora.

CASO CLÍNICO: Paciente que ingresa el 11 de enero del 2023 al área de urgencias del Hospital Integral de la Muier del Estado de sonora (HIMES) con diagnóstico de aborto inevitable de 21.6 semanas de gestación por ultrasonido del primer trimestre con ruptura de membranas pretérmino. Inicia padecimiento actual el 30.12.22 con ruptura de membranas espontáneas, por lo que acude a hospital privado donde se confirma diagnóstico de ruptura de membranas por medio de ActimProm (01.01.23 y 08.01.23); permanece hospitalizada 10 días, posteriormente egresando y acude a nuestra unidad. Se obtiene recién nacido a termino vía cesárea del sexo masculino, que llora y respira al nacer, con peso de 2780 gramos, talla 49 cm, capurro de 37.0 semanas de gestación, Apgar 9/9, Silverman O, con cavidad eutérmica, no fétida. Tanto la madre como el recién nacido fueron egresados al cumplir horas de estancia intrahospitalaria, con buen estado general.

CONCLUSIÓN: La prematurez es una de las principales causas de mortalidad infantil, por lo que como obstetras debemos decidir si el beneficio de el manejo expectante en pacientes con ruptura prematura de membranas previa supera el riesgo, tanto para el recién nacido como para la madre.

Falla hepática aguda durante el embarazo: Reporte de caso

Alexia Priscila Maldonado Polanco, Adriana Cristina Quintana Vázquez, Daniela Vianey Gómez Pérez, Arturo Eduardo Dowell Delgado
Christus Muguerza Hospital del Parque, Monterrey, NL.

ANTECEDENTES: Se estima que cada año de producen 1.4 millones de casos de hepatitis A en todo el mundo. La incidencia en la población embarazada se estima en un 0.016%, la posibilidad de desarrollar hepatitis fulminante es rara, sobretodo con virus de hepatitis A.

CASO CLÍNICO: Paciente de 29 años de edad quien cursa su G4P2A1 con embarazo de 32 semanas de gestación quién inició 5 días previos con dolor lumbar, disuria, orina oscura, náuseas y vómitos. A su llegada con temperatura 38°C, TA 100/70, FC 80, FR 18, se solicitan estudios de laboratorio y USG. Se inicia terapia empírica con antibioticoterapia y analgésicos. USG: Embarazo único, peso fetal estimado 1915 gramos, FCF 147 lpm, hígado hiperecogénico aumentado en dimensiones, riñones y páncreas sin hallazgos patológicos. Inicia con alteración del estado de alerta, somnolencia, desorientación en las 3 esferas por lo que se procede a realizar desembarazo vía cesárea. Durante cesárea presenta datos de hipotensión sostenida sin responder a volúmen, sin complicación hemorrágica, se decide apoyo vasopresor. Se obtiene producto prematuro con un peso de 2000 grs, que requiere estancia en UCIN, sin complicaciones relaciondas a cuadro viral.

CONCLUSIÓN: La sospecha de enfermedades infecciosas virales aunque es rara, se debe tener en cuenta en casos de cuadros clinicos ATIPICOS, ya que pueden llevar a complicaciones de evolución rápida y de gravedad importante, la prevención primaria con la higiene de alimentos es importante para evitar una infección por el virus de la hepatitis, además la vacunación está aprobada para mujeres embarazadas ya que es de virus inactivados. Aunque

el tratamiento de la infección por VHA principalmente es sintomático, se requiere apoyo multidiscplinario para el favorable resultado de las complicaciones.

Mielosquisis, reporte de un caso en embarazo de segundo trimestre

Araceli Rivera Vázquez, Guillermo Garduño García, Luis Alberto Alvarado Hernández
Hospital Central Norte Petróleos Mexicanos, Ciudad de México.

ANTECEDENTES: Los defectos del tubo neural dan lugar a una amplia gama de malformaciones congénitas. Las formas más graves suelen diagnosticarse prenatalmente. El disrafismo espinal es el resultado de un defecto en el cierre de la placa neural y la formación del tubo neural.
CASO CLÍNICO: Paciente de 40 años, con diabetes pregestacional A la exploración física, útero gestante, con fondo uterino de 26 centímetros, presencia de feto único y vivo, con frecuencia cardiaca fetal de 146 latidos, estática fetal no valorable por edad gestacional. Se encontraron hallazgos ultrasonográficos directos e indirectos de disrafismo espinal. El pronóstico varía dependiendo del tamaño del defecto y su localización, el 80% se asocia a ventriculomegalia por lo que el pronóstico cognitivo es peor. La malformación de Chiari tipo II se observa casi exclusivamente en los pacientes afectados con mielodisplasia. Es responsable de muchas de las muertes de los pacientes con dichas afecciones. Dificultad para la deglución, Apnea, Estridor, Estrabismo.
CONCLUSIÓN: Aunque la detección prenatal de Disrafismo Espinal es excelente, el resultado para los niños afectados es muy variable. Los disrafismos espinales abiertos, la mayoría de los cuales son mielomeningoceles, tienen una serie de morbilidades asociadas que requieren atención médica inmediata y de por vida. Los esfuerzos por predecir la morbilidad y la mortalidad han tenido un éxito limitado. Se ha visto que el mayor nivel de lesión espinal, el tamaño de la lesión y la falta de una membrana que la cubra se asocia con resultados adversos postnatales.

Diagnóstico prenatal de feto con cardiopatía compleja (interrupción del arco aórtico y comunicación interventricular)

Diana Itzel Salazar Mandujano, Eduardo Ernesto Mejía Islas, Edgar Ibinarriaga Montiel, Jesús Martín Zárate Moroyoqui, Kevin Alberto Ríos Anaya
Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos, ISSSTE, Ciudad de México.

ANTECEDENTES: La interrupción del arco aórtico es una cardiopatía congénita poco frecuente que se caracteriza por una atresia localizada entre la aorta ascendente y la aorta descendente, pudiendo ser esta falta de continuidad anatómicamente completa o existir un cordón atrésico entre ambos extremos aórticos. Es una malformación infrecuente que alcanza alrededor del 0,003 por cada 1.000 nacidos vivos.
CASO CLÍNICO: Paciente de 31 años de edad G1, sin antecedentes patológicos de importancia, es referida de su médico particular por presencia de cardiopatía compleja, cuenta con presencia de microarreglos de líquido amniótico del día 13.07.23 en el que se reporta que la muestra no presenta variantes que puedan considerarse patogénicas o probablemente patogénicas. compatible con sexo masculino, se decide realizar ecocardiografía fetal avanzada el día 24.05.2023 en donde se reporta interrupción del arco aórtico vs hipoplasia severa del arco aórtico, comunicación interventricular por desalineación posterior al septum, se decide interrupción del embarazo vía abdominal a la semana 39.2 por presencia de trabajo de parto obteniendo los siguientes hallazgos: recién nacido vivo el día 13.09.2023 a las 09:44hrs, masculino, peso de 2990gramos, APGAR: 8/9, Capurro 39 semanas, cordón umbilical con 3 luces vasculares y cavidad uterina eutérmica, placenta única de 300gramos con 10% de calcificaciones, liquido amniótico escaso no

fétido, sangrado 450cc. Se da seguimiento por parte del servicio de cardiología pediátrica quienes realizan Tomografía de tórax simple en donde reportan probable interrupción del arco aórtico, se mantiene infusión de prostaglandinas hasta la programación quirúrgica.

CONCLUSIÓN: La interrupción del arco aórtico es una cardiopatía congénita poco frecuente, es de vital importancia el diagnóstico prenatal el cual se puede realizar hasta en el 90% de los casos, es importante el diagnóstico intrauterino ya que es una cardiopatía ductus dependiente y requiere la infusión de prostaglandinas hasta el momento de la cirugía.

Complicaciones fetales asociadas a malformaciones Müllerianas: Reporte de caso

Héctor Rodrigo Hernández Melchor, Alejandra Patricia Garza Ramos, Estefanía Cabello Quilantán, María Félix Aguilar López, Adriana Cruz Vázquez
Hospital Regional Ciudad Madero, Tamaulipas.

ANTECEDENTES: Las malformaciones müllerianas resultan de un desarrollo anómalo de los órganos reproductores. Pueden presentarse asintomáticas o como complicaciones durante el embarazo, incluido los abortos recurrentes. Se estima una alta tasa de restricción del crecimiento intrauterino en embarazos de pacientes con alguna de estas malformaciones.

CASO CLÍNICO: Paciente de 32 años con diagnostico conocido de útero bicorne incompleto, a su ingreso con embarazo de 35.2 semanas de gestación, diabetes gestacional, producto en presentación pélvica y restricción del crecimiento tipo I. Durante su ingreso se realiza Ultrasonido Doppler fetal, el cual muestra índice de pulsatilidad del ductus venoso mayor a percentil 99 y flujo reverso al final de la diástole. Se reclasifica como restricción del crecimiento intrauterino categoría V. Por lo que se decide interrumpir el embarazo vía abdominal.

CONCLUSIÓN: A pesar de que las anomalías Müllerianas son entidades poco frecuentes, es importante tenerlas en cuenta como diagnostico diferencial en pacientes embarazadas que presentan fetos con restricción del crecimiento intrauterino, ya que pueden causar complicaciones maternas y fetales a corto plazo.

Manifestación de lupus neurológico durante el embarazo: Reporte de caso

Ana Paulina Vázquez Guerra,, Victor Hugo Ramírez Santes, Edgar Ivan Mendoza Ríos, Luz Pamela Ramírez Landi, Salvador Jimenez Chaidez
Instituto Nacional de Perinatologia Isidro Espinosa de los Reyes, Ciudad de México.

ANTECEDENTES: El lupus eritamotoso sistémico afecta principalmente a mujeres que se encuentran en edad fértil. Con una incidencia en embarazadas 1:660 a1:2952. Cuenta con una gran diversidad de manifestaciones clinicas y representa una mayor morbilidad materno fetal, ya que se asocia a prematuridad, bajo peso al nacer ingreso a cuidados intensivos neonatales y mayor número de días de estancia hospitalaria materna así como mayor incidencia de preeclampsia.

OBJETIVO: Proporcionar información relevante sobre las estrategias utilizadas para garantizar el bienestar materno-fetal y lograr un resultado exitoso en términos de salud materna y neonatal. Además, se busca resaltar la importancia de la colaboración interdisciplinaria entre reumatólogos, obstetras y otros profesionales de la salud en la gestión integral de pacientes embarazadas con lupus.

MATERIALES Y MÉTODOS: Se realizo un estudio descriptivo, observacional sobre una paciente con actividad lúpica grave manifestada neurológicamente durante el periodo grávido.

RESULTADO: Se obtiene evolución favorable, con cese completo de focalización neurológica, y se atiende eutocia a las 38 semanas de gestación.

CONCLUSIÓN: La adaptación de estrategias terapéuticas personalizadas y el ajuste continuo del plan de atención en función de la respiesta de la

pacente son pilares en la atención de estas gestantes. Si bien los desafios son significativos, la colaboración entre profesionales de diversas disciplinas ofrece la mejor oportunidad para optimizar los resultados perinatales.

Disgerminoma gigante durante el embarazo: Reporte de caso y revisión de literatura

Núñez-Rojas Adriana Nicté, Martínez-Aragón Griselda Yadira, Favela-García María Lilia, Estrada-Rivera Silvia Fabiola, Gómez-Sousa María de Lourdes
Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, Ciudad de México.

ANTECEDENTES: De los tumores de ovario, el 20% de ellos son originados de las células germinales y únicamente el 3% de ellos son malignos. El disgerminoma es un tumor ovárico de células germinales poco común y representa aproximadamente el 1% y con frecuencia son malignos. 1,2 Representan el 2% de las tumoraciones ováricas malignas y su asociación con el embarazo es extremadamente rara de aproximadamente de 0.2 a 1 por cada 100,000 mil embarazos, con una incidencia de malignidad de 1 de cada 1000 embarazos.3 Debido a la baja incidencia de estos casos, la mayoría de la información proviene de informes de casos, estudios retrospectivos u opinión de expertos. 1,3 Por lo anterior, existen pocas recomendaciones en cuanto al manejo más adecuado.
CASO CLÍNICO: Paciente de 25 años quien acude al Instituto Nacional de Perinatología referida por médico particular con reporte de ultrasonido obstétrico con tumoración ovárica izquierda sugestiva de tumor germinal. Cuenta con los siguientes antecedentes quirúrgicos resección de fibroadenoma de mama izquierda en 2018, antecedentes gineco obstétricos menarca a los 13 años, con ciclos menstruales 28 x 5, cursando primera gestación lograda espontáneamente con fecha de última menstruación 12 de julio de 2022. En valoración inicial se encuentra paciente con embarazo de 14.1 semanas de gestación por fecha de última menstruación. Al interrogatorio dirigido refiere aumento del perímetro abdominal previo al embarazo desde junio de 2022, acompañado de plenitud postprandial y dolor a la deambulación. A la exploración física inicial se encuentra fondo uterino de 14 cm, con frecuencia cardiaca fetal de 165 latidos por minuto, se palpa tumoración de 20 x 20 cm en región pélvica, la cual no es móvil y no dolorosa.
CONCLUSIÓN: La asociación de cáncer de ovario y el embarazo, en específico disgerminoma es poco frecuente. El tratamiento del disgerminoma durante el embarazo pueden tener resultados favorables, las opciones de tratamiento deben discutirse con la paciente y deben adaptarse a cada caso en particular. El diagnóstico precoz y el tratamiento individualizado permiten ofrecer el mejor pronóstico materno-fetal.

Asociación del índice de pulsatilidad promedio de las arterias uterinas y resultados histopatológicos en pacientes con anomalías de la inserción placentaria

Tania Alejandra Valencia Sánchez, Sarai Janeth Esquivel Reye, Hugo Francisco Pineda Alemá, Salomón Alvarado Ramos
Unidad Médica de Alta Especialidad 23, Instituto Mexicano del Seguro Social, Monterrey, NL.

ANTECEDENTES: Las anomalías de la inserción placentaria son un espectro de condiciones caracterizado por una adherencia anormal de la placenta en el sitio de implantación. Presenta una prevalencia del 9.3 a 19.3%. Se reconocen tres variantes de acuerdo con el grado de invasión trofoblástica a través del miometrio y de la capa serosa uterina: placenta acreta, placeta increta, y placenta percreta.
OBJETIVO: determinar la asociación del IP promedio de la arteria uterina mediante US vaginal Doppler en pacientes cursando tercer trimestre de embarazo y el diagnóstico definitivo de acretismo placentario.
MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio de tipo observacional, descriptivo, analítico, transver-

sal y prospectivo en pacientes que cursen el tercer trimestre de embarazo, con diagnóstico de anomalías de la inserción placentaria, que acuden al consultorio de Ultrasonido Doppler del servicio de Embarazo del alto riesgo para valoración del embarazo por medio de ultrasonido vaginal.
RESULTADOS: Posterior al ultrasonido por vía vaginal, se clasificó la localización y características de las placentas de las pacientes. Un total de 59 (89%) pacientes presentaron placenta previa, 8 (12%) placenta de localización anterior y una paciente (2%) tuvo placenta de localización posterior. Mediante el uso del ultrasonido se detectaron datos de acretismo en un total de 21 (32%) pacientes, 30 (45%) pacientes fueron clasificadas sin datos de acretismo, 12 (18%) pacientes fueron clasificadas con placenta percreta y 3 (5%) pacientes con placenta de inserción baja.
CONCLUSIÓN: En este estudio observacional, descriptivo, analítico, transversal y prospectivo, se evaluaron 66 pacientes embarazadas del cuales 78.8% tuvieron alteraciones de inserción placentaria y tuvieron una tendencia a mayor índice de pulsatilidad promedio de las arterias uterinas (0.9, 0.6- 1.2) a comparación de las pacientes con placenta normoinserta (0.7, 0.6- 0.9; P=0.221).

Utilidad del puntaje ecográfico de Tobvin en la predicción de acretismo placentario comparado con el resultado histopatológico en mujeres con inserción anómala

Jorge Pérez Zapata, Luis Alberto Puggliese de la Fuente, José Armando Eiji Yokoyama Carreón, Edna Alejandra Camarena Salazar
UMAE 23 Hospital De Gineco Obstetricia Ignacio Morones Prieto

ANTECEDENTES: Las patologías de inserción anómala de placenta es una de las principales complicaciones del embarazo, cerca del 75% de las hemorragias obstétricas tienen una relación directa con esta patología.
OBJETIVO: Determinar las propiedades diagnósticas del índice ecográfico de Tobvin en la predicción de acretismo placentario comparada con el resultado histopatológico en mujeres con inserción anómala de placenta.
MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio observacional, analítico, retrospectivo, realizado en pacientes con sospecha de acretismo placentario que acuden al departamento de Ultrasonido doppler en la UMAE 23 en Monterrey, Nuevo León, durante marzo 2021- marzo 2022, se cálculo índice de Tobvin y se realizó cálculo de las propiedades diagnósticas utilizando como Gold estándar el estudio histopatológico; se estimo sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo, valor predictivo negativo, se utilizó ANOVA, Chi cuadrada y correlación de Pearson, utilizando nivel de confianza del 95% y margen del error del 5%.
RESULTADOS: Se obtuvieron 142 pacientes, divididos en 2 grupos, 74.65% (n=106) con estudio histopatológico negativo y 25.35% (n=36) estudio con anormalidad de la inserción placentaria. La media del puntaje de Tobvin fue de 4.76 +/- 3.35, 4.93% riesgo moderado y 24.69 % riesgo alto. El riesgo alto aumentó 24.45 veces la probabilidad de presentar alteraciones en la inserción placentaria en el resultado histopatológico (OR 24.45, IC 95% 9.30-64.31, P =0.000). En las propiedades diagnósticas del índice de Tobvin él área bajo la curva fue de 0.937, sensibilidad de 88.88%, especificidad del 97.16%, VPP 91.42% y VPN 96.26%.
CONCLUSIÓN: El índice de Tobvin es una herramienta factible y con grandes propiedades diagnósticas en la predicción de alteraciones de la inserción placentaria.

Hemorragia intracraneal

Ugalde Meza Ana Lucía, Malfavón Farías Montserrat, Bajonero Domínguez Alma, Zárate Xochimatzi Edgar, Ortiz Betancourt José Javier
Hospital General de México

ANTECEDENTES: La hemorragia intracraneal (HIC) es relativamente frecuente en los

recién nacidos prematuros. Sin embargo, la HIC fetal es rara, con una incidencia estimada de aproximadamente 1 de cada 10.000 embarazos. El diagnóstico ocurre con mayor frecuencia al final del embarazo como un hallazgo incidental después de un examen de ultrasonido normal en el segundo trimestre.

CASO CLÍNICO: Primigesta de 19 años de edad cursando embarazo de 33.3 semanas de gestación, sin antecedentes médicos de importancia. Se realiza ultrasonido estructural en el que se reporta embarazo de 32.3 sdg por fetometría promedio, ventrículos laterales con hemorragia intraventricular < 15 mm, parénquima encefálico intacto por lo que clasifica como hemorragia intracraneal grado II. Durante estudios de seguimiento, se realiza ultrasonido a las 37.4 semanas de gestación donde se reporta embarazo de 35.6 semanas por fetometría promedio, peso 2775 gramos percentil 18. Se aprecia cráneo con superficie regular, simétrico, se identifica línea interhemisférica con presencia de pseudoquiste en la porción intertalámica, tálamos, cavum septum pellucidum, parénquima cerebral irregular, se realiza medición del grosor del parénquima encefálico con disminución importante de 2.7 mm adelgazado por compresión de los ventrículos laterales, cuyo epéndimo presenta bordes hiperecogénicos e irregulares, sus dimensiones de 26.6 mm derecho y 17.01 mm izquierdo, además presencia de múltiples masas hipoecoicas (pseudoquistes) e hiperecogénicas (coágulos), plexo coroides irregulares. Tercer ventrículo dilatado de 8.4 mm y bordes hiperecogénicos, cuarto ventrículo 4.2 mm, líquido amniótico 5.0 cm por columna vertical máxima y placenta fúndica corporal posterior grado II. Ingresa para resolución del embarazo vía abdominal el 02.05.23 obteniendo un recién nacido vivo masculino, hora de nacimiento 11:49 hrs, peso 3150 gr, talla 50 cm, apgar 9/9, Capurro 40.4 semanas. Perímetro cefálico 38 cm.

CONCLUSIÓN: En periodo neonatal se realizó ultrasonido transfontanelar en el que se reportó la presencia de ventrículos laterales asimétricas, con aumento de tamaño, colpocefalia, cuerpos paralelos ausencia de cuerpo calloso. Plexos coroideos asimétricos, con presencia de imagen hiperecogénica la cual desplaza y aumenta su tamaño, a manera de conclusión diagnóstica; hallazgos en relación a probable hemorragia de la matriz germinal grado IV, Disgenesia de cuerpo calloso.

Aneurisma de la vena de Galeno

Ugalde Meza Ana Lucía, Sáenz Nieto Julio César, Ortiz Betancourt José Javier, Coronel Cruz Fausto Moisés, Ugalde Meza Carlos Ildefonso
Hospital General de México

ANTECEDENTES: El aneurisma de la vena de Galeno, es una malformación arteriovenosa rara. La vena se agrandará y se comunicará con las arterias de apariencia normal, lo que resultará en una lesión compleja de alto flujo, las cuales pueden tener una derivación sistémica, lo que puede ocasionar insuficiencia cardiaca, hidropesía y muerte perinatal. El aneurisma de la vena de Galeno puede estar asociado con daño neurológico.

CASO CLÍNICO: Paciente de 31 años de edad, gesta III partos 3, en quien se diagnosticó feto con aneurisma de la vena de galeno en la semana 34 de la gestación y es referida al Hospital General de México a las 37 semanas y con trabajo de parto en fase activa, por lo que se realiza ecografía avanzada en la que se diagnostica malformación arteriovenosa compatible con aneurisma de la vena de Galeno, insuficiencia tricúspidea y derrame pericárdico. Se obtiene por parto vaginal el 02.08.2023 a las 11:53 hrs un recién nacido masculino peso de 3480 gr talla 47 cm APGAR 9/9 SA: 1, valoración por cardiología pediátrica el 03.08.2023 quienes refieren los siguientes hallazgos; hipoplasia de anillo aórtico con coartación aórtica preductal, conducto permeable con cortocircuito de derecha a izquierda, insuficiencia tricuspídea grave con dilatación de atrio derecho, comunicación interauricular tipo ostium secundum

con cortocircuito de derecha a izquierda, se mantiene en vigilancia y en tratamiento con infusión de prostaglandinas por 3 días. El día 05.08.2023, debido a complicaciones cardíacas por lo que se realiza autopsia en la que se reportaron los siguientes hallazgos: aneurisma de la vena de galeno, sobrecarga de ventrículo izquierdo, micro infarto cerebral frontal, cardiopatía congénita compleja, cardiomegalia, hipertrofia de ventrículo derecho (0.8 cm), estenosis de la válvula pulmón, hipertrofia de ventrículo izquierdo (0.7 cm), estenosis aórtica, conducto arterioso cerrado, hipoplasia del anillo aórtico, coartación aórtica preductal, ostium secundum membranoso, derrame pericárdico, neumonía de focos múltiples, congestión vascular generalizada.

CONCLUSIÓN: Se han descrito en el abordaje obstétrico dentro del control prenatal se deben realizar estudios seriados, evaluando función cardiaca, cardiomegalia hidrocefalia e hidropesía fetal, resolución del embarazo en un Hospital de 3er nivel, programar cesárea con equipo multidisciplinario de neonatología, cardiología pediátrica, neurocirugía pediátrica. (2) En caso de afectación cerebral grave o falla cardiaca con mal pronóstico a largo plazo se puede evaluar parto vaginal.

Manejo de trombastenia de Glanzmann en paciente obstétrica: Reporte de caso

Reni Anhaí Valdez Rivera, Diana Laura Pérez Ugalde, Daniela Olivares Morales, María Félix Aguilar López, Adriana Cruz Vázquez
Petroleos Mexicanos.

ANTECEDENTES: La trombastenia de Glanzmann es una alteración hereditaria autosómica recesiva, se caracteriza por reducción severa en la agregación plaquetaria, recuento de plaquetas en parámetros normales; causada por anormalidades cualitativas y cuantitativas del receptor de plaquetas GPIIb/III, su prevalencia varía entre 1/40,000 y 1/400,000. Tiene elevado riesgo de mortalidad materno-fetal por presentar alto riesgo de hemorragia obstétrica. El objetivo del tratamiento consiste en controlar los episodios de sangrado junto con un protocolo de tratamiento basado en transfusión plaquetaria.

CASO CLÍNICO: paciente de 28 años, gesta 3, aborto 1, parto 1, con embarazo de 38.1 semanas de gestación, trombastenia de Glanzmann con cesárea tipo Kerr, ligadura de arterias uterinas y salpingoclasia bilateral, presentando hemorragia obstétrica y realización de segunda intervención para control de sangrado.

CONCLUSIÓN: La trombastenia de Glanzmann es una entidad con alto riesgo de hemorragia obstétrica y morbimortalidad materna. La vía de resolución de la gestación aún está en discusión, sin embargo, se recomienda el parto vaginal por tener la ventaja de cursar con menos tasa de sangrado. Tomando en cuenta las graves complicaciones hematológicasque puede llegar a presentar durante el embarazo, parto y puerperio; por lo cual se debe manejar en área de tercer nivel hospitalario, en manejo multidisciplinario, en donde se cuente con hemoderivados y así como el equipo médico y quirúrgico necesario para el control de la hemorragia obstétrica.

Romboencefalosinapsis: Reporte de caso

Carlos Arturo Martínez Méndez, Issa Paulina Saenz Cabrales, Daniela Garza Vega, Arturo Eduardo Dowell Delgado, Marcos Iglesias González
Christus Muguerza Hospital del Parque.

ANTECEDENTES: La Romboencefalosinapsis (RS), descrita por primera vez hace más de un siglo por Obersteiner, se define como una alteración rara en el desarrollo del cerebelo, caracterizada por la agenesia total o parcial del vermis, con fusión de los hemisferios cerebelosos en la línea media (Ishak, 2002). Inicialmente descrita como una malformación cerebral aislada, se puede observar en combinación con otras malformaciones del SNC como estenosis del acueducto, hidrocefalia, fusión medial del tálamo, ausencia del septum pellucidum, disgenesia

del cuerpo calloso o anomalías del sistema límbico y malformaciones extra del SNC.

CASO CLÍNICO: Paciente de 46 años G6A3P1C1 + embarazo de 35.3 semanas de gestación, la cual acude al servicio de Ginecología y Obstetricia por presentar actividad uterina y salida de líquido transvaginal. Antecedente de US estructural a las 25.3 semanas de gestación por Medicina Materno-Fetal en el cual se evidencía por imagen romboencefalosinapsis y ventriculomegalia unilateral. Se decide valorar útero-inhibición y aplicar esquema de maduración pulmonar. Sin embargo, el trabajo de parto avanza y se decide su intervención quirúrgica. Se obtiene producto femenino de 2845 g, con APGAR 7-8. Clínicamente cursa con pobre succión y sin reflejo de búsqueda, hemodinámicamente estable, fontanela anterior deprimida. En la resonancia magnética se apreció, en la fosa posterior ausencia vermiana, fusión rostral y posterior de los hemisferios cerebelosos en la línea media y de los núcleos dentados y pedúnculos cerebelosos que en conjunto condicionan estenosis del acueducto provocando hidrocefalia no comunicante. Además, hipoplasia de cuerpo calloso, ventrículos laterales asimétricos y alteración de la morfología del 4to ventrículo con aumento en su eje rostrocaudal dando el signo de diamante.

CONCLUSIÓN: La clínica es variable, se correlaciona con la gravedad en la neuroimagen y con la presencia de otras malformaciones. La única característica de imagen que se correlaciona con el resultado del desarrollo neurológico es la gravedad de la ventriculomegalia. En los casos posnatales, los síntomas típicos consisten en dificultades para tragar, retraso en las adquisiciones motoras, hipotonía muscular, cuadriparesia espástica, disartria, ataxia de la marcha, movimientos oculares anormales, nistagmo y estereotipias de la cabeza.

Embarazo y cáncer cervicouterino, un hallazgo incidental o resultado de un mal control prenatal y preconcepcional: Reporte de caso

Ornelas Ortega María Fernanda
Hospital General de Zona 16, IMSS, Torreón, Coahuila.

ANTECEDENTES: El cáncer cervicouterino es una de las principales patologias malignas durante el embarazo con una incidencia de 0.8-1.5 casos por cada 10,000 nacimientos, siendo en la población mexicana en la que existen factores de alto riesgo para desarrollo de esta patología 100% prevenible es recomendable valorar la eficacioa de los programas de tamizaje y control prenatal para una detección y atención temprana para mejoría del pronóstico del binomio.

OBJETIVO: Analizar el abordaje y tratamiento que se brindó a una paciente embarazada con Cáncer cervicouterino en etapa avanzada atendida en el área de Ginecologia del HGZ No 16.

MATERIALES Y MÉTODOS: búsqueda bibliográfica sistémica utilizando herramientas como Pubmed , Uptodate en base al diagnóstico y tratamiento del CaCu en etapas avanzadas y el embarazo concomitante y se comparó con los datos del caso clínico expuesto

RESULTADOS: De acuerdo a la bibliografias consultadas el tratamiento ofrecido a las pacientes se da en principal proporción a etapas tempranas siendo un 70-80% de de los casos, en el caso expuesto en etapa avanzada representado tan solo un 20% de los casos registrados, se toma como base la edad gestacional para ofrecer tratamiento, sin embargo en el caso expuesto la perdida del embarazo por complicaciones asociadas a la patologia de base (choque hipovolemico) cambio el paradigma del tratamiento ofrecido, reajustandose a las pautas de tratamiento establecidas para pacientes no obstétricas.

CONCLUSIÓN: El Cáncer cervicouterino es la segunda enfermedad maligna mas frecuente en el embarazo, los programas de atencion prenatal están enfocados en su diagnóstico temprano, sin embargo el mal control del caso expuesto repercutió en la detección y

pronóstico de morbimortalidad del binomio.

Tumoración anexial compleja durante el embarazo: Reporte de caso y revisión de la bibliografía

Alina Santiago Díaz, Ana Gabriela Espinosa Reyes, Silvia Fabiola Estrada Rivera, Ángel Elizalde Méndez
Instituto Nacional de Perinatologia Isidro Espinosa de los Reyes, Ciudad de México.

ANTECEDENTES: Las tumoraciones anexiales durante el embarazon cuentan con una incidencia de 2 a 20 por cada 1000 gestantes, siendo las estirpes más comunes los quistes dermoides, endometriomas, quistes funcionales, cistoadenomas serosos y en un 2% de los casos estas tumoraciones poseen un carácter maligno. Es por eso que es fundamental reconocer el abordaje diagnóstico adecuado en estas pacientes para el correcto diagnóstico y tratamiento.
CASO CLÍNICO: Paciente de 32 años referida de Instituto Nacional de Cardiología con embarazo de 20.3 semanas+ cardiopatía materna OMS IV + tumoración ovario izquierdo ORADS5. Se ingresa para abordaje diagnóstico, se realiza resonancia magnética con imagen ovoidea mixta, sólida 19.9x15.6x17.6 cm, volumen 2857.5 cc. Se considera candidata a resección de tumoración pélvica y por patologías maternas añadidas se propone interrupción del embarazo con histerectomía en bloque. Se ingresa 2 semanas luego de solicitar alta, acude con datos de respuesta inflamatoria sistémica y aumento de volumen de tumoración por lo que se lleva a cabo procedimiento y se realiza estudio transoperatorio con reporte de quiste endometriósico abscedado, el cual se reseca y posterior a eso paciente presenta recuperación satisfactoria.
CONCLUSIÓN: Las tumoraciones anexiales durante el embarazo requiere de un abordaje diagnóstico interdisciplinario con el fin de proponer de manera oportuna el manejo adecuado.

Mola parcial y feto diploide

Sandra Suárez Soto, Julio César Sáenz Nieto, José Javier Ortiz Betancourt, Mariana Juárez González
Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga, Ciudad de México.

ANTECEDENTES: La mola hidatidiforme (MH) es una placentación anormal con inflamación hidrópica de las vellosidades coriónicas y proliferación trofoblástica. Resultado de una fertilización anormal.
CASO CLÍNICO: Paciente con 14.4 semanas de embarazo, placenta con imagen sugestiva de degeneración hidrópica por presencia de signos de copos de nieve en el parénquima de la placenta. Se realiza estudio invasivo (amniocentesis) con cariotipo 46 XX. Se explican riesgos y complicaciones de continuar con la gestación, sin embargo, la paciente decide continuar con el embarazo, por lo que se envía al servicio de hematología y reumatología para manejo conjunto.
CONCLUSIÓN: La incidencia de enfermedad trofoblástica gestacional (ETG) en una gestación gemelar o múltiple es rara. Estas pacientes conllevan un mayor riesgo de preeclampsia, hemorragia, tirotoxicosis, parto prematuro y posterior ETG. ETG con embarazo gemelar: 60% resultan en nacidos vivos. 46% presentan progresión a ETG. La rescisión voluntaria no alteró el riesgo de ETG posterior. Los embarazos interrumpidos por complicaciones como preeclampsia o sangrado abundante tenían más probabilidades de progresar a ETG, al igual que aquellos con niveles más altos de hCG.

Enfermedad trofoblástica gestacional persistente: Reporte de caso y revisión de la bibliografía

Alina Santiago Díaz, Ana Gabriela Espinosa Reyes, Silvia Fabiola Estrada Rivera, Ángel Elizalde Méndez
Instituto Nacional de Perinatologia Isidro Espinosa de los Reyes, Ciudad de México.

ANTECEDENTES: La enfermedad trofoblástica gestacional es un grupo de tumores carac-

terizados por la proliferación anormal del trofoblasto, esta se divide en gestación molar y neoplasias trofoblásticas. La incidencia varía según zona geográfica, con mayores cifras en Asia. El tratamiento de la gestación molar es la aspiración manual endouterina o histerectomía según deseos de fertilidad de la paciente. No obstante, existe un riesgo de persistencia y progresión hacia neoplasia, por lo que el seguimiento debe ser estrecho en estas pacientes.

CASO CLÍNICO: Paciente de 46 años que acude al Instituto Nacional de Perinatología con diagnóstico externo de enfermedad trofoblástica gestacional, a su ingreso se documenta hCG-B de 563,680 mlU/ml, con imagen por ultrasonido con útero aumentado de tamaño, cavidad endometrial ocupada por imágenes anecoicas irregulares, sin eco embrionario, resto de protocolo negativo. Se realiza AMEU con disminució inmediata de hCG-B. Durante seguimiento se recaba resultado de patología por mola hidatidiforme completa, asimismo 4 semanas luego de evacuación presenta sangrado transvaginal, se toma determinación de hCG-B con nivel de 2743 mlU/ml, por lo que se ingresa para histerectomía abdominal, posterior a evento con disminución de niveles hasta su negativización.

CONCLUSIÓN: El seguimiento de las pacientes con enfermedad trofoblástica gestacional debe ser estrecho con el objetivo de identificar de manera oportuna la persistencia de la enfermedad y poder brindar a la paciente un tratamiento pertinente y adecuado a las condiciones de cada mujer.

Síndrome de OHVIRA: una variante poco común: Reporte de caso

Arteaga Cisneros Adriana Saraí, Mejía Martínez Miguel Ángel, Salado Agatón Juana, Nieves Avilés Jesús Emmanuel, Martínez Ruiz Mirthala
ISSSTE Saltillo, Coahuila.

ANTECEDENTES: El síndrome OHVIRA (Hemivagina obstruida y anomalía renal ipsilateral) por sus siglas en inglés es una forma inusual de anomalía mülleriana cuando se asocia a útero didelfo es llamado síndrome de Herlyn Werner Wünderlich (SHWW). Las anomalías müllerianas se presentan en un 7% de las mujeres en edad reproductivas. No se conoce su etiología exacta.

CASO CLÍNICO: Paciente de 15 años, núbil, menarca: 12 años, dismenorrea, ritmo 28x6 acude por dolor abdominal de inicio gradual y sangrado transvaginal escaso, ausencia de fiebre y síntomas genitourinarios. Al ultrasonido abdominal se reporta tumoración pélvica dependiente de vagina. Se realiza exploración bajo anestesia, encontrándose piocolpos en pared vaginal derecha, se drena por punción y se comienza antibioticoterapia IV. Se sospecha Síndrome OHVIRA.Seguimiento 3 semanas posteriores con RMN abdomino-pélvica reportando ausencia congénita de riñón derecho, útero didelfo y presencia de hematocolpos. Se programa Histeroscopia y laparoscopia diagnóstica y terapéutica.

CONCLUSIÓN: El síndrome de SHWW es una condición rara que envuelve anomalías müllerianas y renales por lo que es preciso tener el conocimiento embriológico, realizar una clínica minuciosa y evaluación de imagen detallada en quienes se sospecha esta afección. El diagnóstico rápido y oportuno de esta entidad es fundamental para la prevención de complicaciones como endometriosis con la importancia de conservar el éxito reproductivo mediante la planificación pertinente del abordaje quirúrgico.

Cerclaje cervical por vía laparoscópica: Reporte de caso

Cantú Garza MY, Mejía Martínez MA, Salado Agatón J, Rodríguez Salinas E
Hospital General ISSSTE Saltillo, Coahuila.

ANTECEDENTES: La insuficiencia cervical es un defecto funcional o estructural del cérvix, ocasiona la incapacidad para preservar un embarazo intrauterino hasta el termino en ausencia de contracciones uterinas (6,8) y ocurre aproximadamente en el 1% de todos los embarazos. Es la principal

causa de pérdidas gestacionales del segundo trimestre. Tratamientos quirúrgicos para la incompetencia cervical incluyen el cerclaje transvaginal y el transabdominal.

CASO CLÍNICO: paciente con antecedente de traquelectomía cursando embarazo de 13 semanas de gestación tratado mediante cerclaje cervical abdominal, haciendo énfasis en el abordaje laparoscópico. RMGR de 37 años, Gesta 1, O positivo. Embarazo 13 semanas de gestación por ultrasonido de tamizaje 11-14 y screening bioquímico sin marcadores para cromosomopatías. Antecedente de traquelectomía por Cáncer Cervicouterino (2016). Infertilidad secundaria de 7 años de evolución (factor cervical). Miomatosis uterina de pequeños elementos. Ultrasonido endovaginal con longitud cervical (supravaginal) de 23 mm. Especuloscopía: muñón cervical menor de 0.5 cm aproximadamente. Se aborda espacio vesicouterino (energía ultrasónica) con desplazamiento caudal y lateral de los tejidos para exposición de vasos uterinos (a)(b), se eleva y desplaza istmo con retractor hepático (c) y se colocan 2 puntos por arriba de inserción de ligamentos uterosacros (d) y medial a vasos uterinos realizando cuatro nudos intracorpóreos (e) en la porción anterior de cérvix con sutura de Mersilene 5 mm -Técnica de Cho- (4), se corrobora hemostasia.

CONCLUSIÓN: Un cerclaje abdominal laparoscópico se puede realizar de forma segura durante el embarazo y es eficaz en pacientes bien seleccionadas; el procedimiento de selección depende principalmente de la experiencia de la cirujano y habilidad. El cerclaje laparoscópico utilizando un dispositivo de agarre romo (retractor) no aumenta las complicaciones intraoperatorias. En comparación con la cirugía abdominal abierta, la cirugía laparoscópica se asocia con una menor carga económica social a través de mejores resultados, menores tasas de reingreso, hospitalizaciones mas cortas, menor perdida de sangre y costo general. Las complicaciones mas frecuentemente reportadas son hemorragia, ruptura prematura de membranas, perdida gestacional, corioamnionitis.

Enfermedad pélvica inflamatoria secundario a probable traslocación bacteriana en paciente núbil

Cisneros Albarrán Jesús Jevx, José Eduardo Romero Montoya, Lizbeth Lima Juárez, Angélica Torres Aguilar
Hospital Regional General Ignacio Zaragoza, ISSSTE.

ANTECEDENTES: La enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) es un síndrome clínico que en la mayoría de las ocasiones, la afectación es leve, con síntomas consistentes en dolor pélvico, pero un 25% de los casos se complican con la formación de abscesos tubo-ováricos, implicación de órganos pélvicos vecinos y, en las formas más graves, diseminación intraabdominal de la infección. En nuestra unidad son valoradas aproximadamente 4 mujeres con dicha enfermedad al mes, las cuales presentan múltiples complicaciones antes comentadas.

CASO CLÍNICO: Paciente en seguimiento desde su ingreso hasta egreso, con detalle en cada procedimiento quirúrgico, interviniendo en ellos y en el tratamiento de complicaciones, con insumos existentes en el hospital. Se egresa a la paciente por mejoría clínica, con adecuada respuesta a manejo quirúrgico y antibiótico dirigida a los múltiples agentes etiológicos, hasta el momento adecuada respuesta relacionada a nuestro objetivo.

CONCLUSIÓN: La enfermedad pélvica inflamatoria es una infección del tracto genital superior observada principalmente en mujeres sexualmente activas. Independientemente del patógeno iniciador, para fines clínicos, debe verse y tratarse como una infección poli microbiana mixta tanto facultativa y anaeróbica por lo que es necesario la identificación correcta de microorganismos en este tipo de patologías. Al tener a una paciente núbil, la etiología de la enfermedad podría ser secundario probablemente a una traslocacion bacteriana

proveniente de colon hacia salpinge por el tipo de agentes encontrados en los múltiples cultivos además de los hallazgos quirúrgicos, no existe gran información respecto a casos similares, considerándose a E. Coli y anaerobios colonicos como responsables del 5% predominando la infección en postmenopáusicas y sin relación de cervicovaginitis. Al contar con urocultivo negativo a su ingreso se descarta como etiología la infección de vías urinarias, por lo que la traslocacion bacteriana toma más fuerza como posible causa.

Hematocolpos secundario a himen imperforado: Reporte de caso

Connie Jessica Barraza Castro, Janner Robespier Sánchez Cuadras, Karen Vianey Molina Esparragoza
Hospital Regional Manuel Cárdenas de la Vega, ISSSTE, Culiacán, Sinaloa.

ANTECEDENTES: El himen imperforado es una malformación congénita que ocurre en aproximadamente 0.1 % de los recién nacido vivos femeninos, siendo el defecto mas simple que resulta en amenorrea primaria. Se caracteriza por la falta de la canalización del tejido conjuntivo del extremo inferior de la placa vaginal, creando así una oclusión en la salida vaginal, provocado por una alteración en el desarrollo de los conductos de Müller.

CASO CLÍNICO: Paciente de 13 años de edad con amenorrea primaria, la cual acude a urgencias por presentar dolor pélvico tipo cólico cíclico, acompañado de polaquiuria y estreñimiento de 5 meses de evolución, a la exploración física se encuentra masa palpable suprapúbica de aproximadamente 12 cm, se realiza exploración genital observando abultamiento de membrana himeneal, de coloración azulada con sospecha clínica de himen imperforado, por lo que se realiza ultrasonido abdominopélvico encontrando imagen sugestible de hematocolpos y hematómetra, por lo que se pasa a quirófano para realizar himenectomía, la cual se lleva a cabo sin incidentes ni complicaciones, drenando 400 ml de líquido sanguinolento.
CONCLUSIÓN: El himen es un vestigio membranoso compuesto por endodermo del epitelio del seno urogenital que se perfora durante el desarrollo embrionario para establecer una conexión entre la luz del canal vaginal y el vestíbulo. Cuando esta perforación no se lleva a cabo se produce el himen imperforado.

Retención aguda de orina secundaria a sarcoma uterino que protruye por cervix

Stefany Daniella Solís Elizalde, Mauricio Mancilla Castelán, Xicoténcatl Jiménez Villanueva
Hospital General Naucalpan Maximiliano Ruiz Castañeda, Estado de México.

CASO CLÍNICO: Paciente con alteración del patrón menstrual en frecuencia, duraciony cantidad. En marzo 2023 presenta retención aguda de orina se coloca sonda Foley y se documenta anemia que amerita transfusión de hemoderivados. Srealizó protocolo quirúrgico en paciente que presentó retención aguda de orina secundario a tumor que protruye por cervix, se realiza diagnostico post operatorio de sarcoma uterino.
CONCLUSIÓN: El leiomiosarcoma presenta un comportamiento agresivo por su diseminación linfovascular temprana diagnóstico preoperatorio es un desafío, ya que es fácilmente confundible con el leiomioma y adenomiosis las cuales son patologías de alta frecuencia y comparten presentación clínica similar. El Tx es quirurgico con neoadyuvancia.

Malformación arteriovenosa uterina: Serie de casos y revisión de literatura

Ingrid M. Mejía Castañeda, Raún Villanueva Rodríguez, Luis David Sol
Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, Ciudad de México.

ANTECEDENTES: La malformación arteriovenosa (MAV) uterina es sumamente rara, representa de 1 a 2% de todas las hemorragias genitales e intraperitoneales, pero puede poner en riesgo la vida. Consiste en una comunicación arteriovenosa

directa y única entre una rama de la arteria uterina y el plexo venoso miometrial, se considera una malformación de alto flujo. Las MAV uterinas pueden ser congénitas o adquiridas; las últimas son las más frecuentes y se asocian con cirugía uterina previa, cáncer cervical o endometrial, enfermedad trofoblástica, traumatismo directo uterino y, en mayor medida, en mujeres en edad reproductiva.

OBJETIVO: Describir una serie de casos de malformación arterio venosa uterina y revisión de la literatura.

RESULTADOS: Menos de 150 casos han sido reportados en la literatura desde la primera documentación por Dubreuil y Loubat en 1926. Desde la perspectiva histórica, el diagnóstico de la malformación arteriovenosa uterina se establecía posterior a la histerectomía, mediante el estudio histopatológico. El estudio diagnóstico de elección es el ultrasonido con Doppler color, para determinar el tamaño, extensión, vascularidad e involucro de otros órganos se utiliza la tomografía computada, la resonancia magnética o la histeroscopia. Con el ultrasonido en escala de grises pueden observarse áreas hipoecogénicas o espacios anecoicos en el miometrio. Con Doppler color se observa el flujo vascular incrementado, de alta velocidad o multidireccional; el Doppler espectral muestra flujos de alta velocidad, baja resistencia, con índices de resistencia (IR) entre 0.25-0.55 y velocidades pico sistólicas (PSV) entre 40-100 cm por segundo. El patrón de referencia para el diagnóstico es la angiografia en donde se observa llenado inmediato de venas aumentadas de tamaño, originadas en un nido alimentado por arterias uterinas hipertróficas. El tratamiento de la MAV uterina depende de la severidad de la sintomatología, deseo reproductivo, estado hemodinámico, la localización y tamaño de la lesión. El tratamiento de las MAV sintomáticas era la histerectomía total abdominal hasta que en 1982 se realizó la primera embolización de arterias uterinas. Actualmente es el tratamiento de elección en mujeres con deseo reproductivo (5), se trata de un procedimiento mínimamente invasivo, guiado por imagen y cuenta con una tasa global de éxito de 88.4% (4). Comparado con procedimientos quirúrgicos esta última es una opción segura y eficaz, con menor número de complicaciones asociadas al procedimiento y periodos de hospitalización más cortos, sin embargo es una terapéutica infrautilizada, en especial en casos urgentes.

CONCLUSIÓN: Actualmente es el tratamiento de elección en mujeres con deseo reproductivo (5), se trata de un procedimiento mínimamente invasivo, guiado por imagen y cuenta con una tasa global de éxito de 88.4%. Comparado con procedimientos quirúrgicos esta última es una opción segura y eficaz, con menor número de complicaciones asociadas al procedimiento y periodos de hospitalización más cortos, sin embargo es una terapéutica infrautilizada, en especial en casos urgentes.

Angiomixoma agresivo de mama ASM-ki-67 positivo: un caso raro en la literatura

Dania Itzel Parra Jaramillo, Nydia Andrea García Bezares, Kenia Josseline Bravo Cancino
Hospital General de Tláhuac Matilde Petra Montoya Lafragua, ISSSTE.

ANTECEDENTES: Los angiomixomas, son tumores de origen mesenquimal, poco comunes. Se clasifican como angiomixomas agresivos (AAM), superficiales y angiomiofibroblastomas. Los AAM son una neoplasia rara, localmente invasiva y agresiva de tejido blando mixoide originada en fibro/mio-fibroblastos, compuestos por vasos sanguíneos, con principal localización en región perineal y pélvica con reporte de 250 casos desde 1983(5), la localización extragenital es extremadamente rara, con notificación en la literatura únicamente de 3 casos (AAM cavidad oral, fosa supraclavicular-axila y pared torácica anterior).

CASO CLÍNICO: Paciente, 61 años. Sin antecedentes de importancia para padecimiento actual. Menarca: 12 años. Mastografía 2019, BIRADS 0. Gesta

0. Padecimiento actual: Tumor en mama izquierda, 5 años de evolución, crecimiento gradual, desde hace 72 horas, calor local y dolor. Exploración Física: Mama izquierda con tumor en cuadrante superior externo R12 a 3, de 10x5cm, bordes regulares, lobulada, móvil, complejo areola pezón conservado, sin salida de secreción, zonas linfoportadoras negativas. Se realiza mastografía al con ultrasonido complementario, reporte BIRADS 4a, posterior biopsia guiada por esterotaxia (50 cortes). Reporte histopatológico de fibroadenoma mamario. Se programa para escisión quirúrgica. Mastografía con ultrasonido al Febrero 2023: BIRADS 4a. Mama izquierda R12 a 5, nódulo ovoideo, macrolobulado, hipoecoico, escasa vascularidad central, de 65 x 71 x 39 mm. Región axilar bilateral con ganglios ovoides. Histopatología: Biopsia mama izquierda por esterotaxia Marzo 2023: Fibroadenoma mamario. Inmunohistoquímica: SMA positivo, PS100 negativo, RE negativo, RP negativo, CKAE1AE3 negativo; Ki-67 positivo en 25%.

RESULTADOS: El diagnóstico de los AAM es difícil dado su rareza, la mayoría de las veces con diagnóstico histológico hasta su resección quirúrgica, siendo esta la primera línea de tratamiento, sin embargo, la escisión incompleta es común por su naturaleza infiltrante y ausencia de cápsula definida, aún con escisión completa presenta alta tasa de recurrencia a 10 años 40% frente a 50% respectivamente, no así la tasa de metástasis a distancia la cual suele ser ocasional.

CONCLUSIÓN: El caso es único dada su localización en mama, sin hallazgo bibliográfico similar durante la realización de este cartel. Un examen histopatológico combinado con inmunohistoquímica ayuda a diferenciarlos de entidades similares cuando presentan una localización extra pélvica o perineal, por lo que la inmunohistoquímica juega un papel vital para el pronóstico y la predicción de la respuesta a la terapia.

Eventración diafragmática por miomatosis uterina de grandes elementos

Yessica Janett Mota Argandona, Adriana Hernández González, Wendy Azaret Joshua Barbosa Hernández, Katia Alva Chávez
Hospital General de Tláhuac Matilde Petra Montoya Lafragua, ISSSTE.

CASO CLÍNICO: Paciente de 51 años, que acude a urgencias con dolor abdominal difuso intensidad 7/ 10 , acompañado de intolerancia a la vía oral, estreñimiento, hiporexia. Ta 133/85 fc 84 fr 20 %spo2 94% .A la exploración física: Abdomen globoso a expensas de útero aumentado de tamaño, con fondo uterino 3 centímetros por arriba de cicatriz umbilical, con presencia de cicatriz media infraumbilical y cicatriz transversa, blando depresible, con dolor difuso a la palpación superficial y profunda de predominio en fosa ilíaca derecha, timpánico, peristalsis disminuida, sin datos de irritación peritoneal o abdomen agudo. Hallazgos: Útero de 40x20x10cm, peso de 2485 g, con múltiples miomas que condicionan pérdida total de la estructura y 2 miomas subserosos de 2x2cm, ovario izquierdo de 6x4x2cm blanco perlado con 2 folículos hemorrágicos de 0.5x0.5 cm aproximadamente, ovario derecho de 5x3x2cm blanco perlado con 1 folículo hemorrágicos de 0.5x0.5 cm. Ambas salpinges sin alteraciones, múltiples adherencias de cara posterior con intestino, diafragma íntegro sin embargo sin tono, vejiga de implantación alta. Asas intestinales en hemotórax izquierdo. Sangrado: 500 cc. Producto de histerectomía radical (2500 gramos):Leiomiomatosis uterina usual de localización submucosa, intramural y subserosa con calcificación y hemorragia central, mayor mide 8 cm.Quiste endometriósico de ovario derecho de 3.5 x 3 cm. Cistadenoma seroso con dos papilas fibrosas de ovario izquierdo de 1.8 x 1.3 cm.

CONCLUSIÓN: Los síntomas son dependientes del tamaño directamente, es decir, los compresivos, se hacen más marcados a medida que el útero va invadiendo el espacio de

los otros órganos, y aparecen entonces síntomas del sistema afectado en sí. Los otros síntomas dependen también de la localización del mioma dentro del útero, según su localización en las distintas capas del útero (submucosos, intersticiales o intramurales, y los subserosos o subperitoneales).

Síndrome de regresión caudal. Diagnóstico prenatal

Jesús Anahí Sánchez Leyva, Luis Alberto Pugliesse de la Fuente
UMAE 23 Hospital De Gineco-obstetricia

ANTECEDENTES: El síndrome de regresión caudal es un defecto congénito raro. Afecta de 1 a 3/100.000 recién nacidos vivos. La prevalencia en bebés de madres diaéticas es de 1/350 recién nacidos vivos. Los hallazgos ecográficos son variables y dependen de la gravedad del defecto, desde la falta total del sacro asociado a anomalías de la columna lumbar y de la extremidades inferiores hasta anomalías del sacro sin defectos asociados. Pueden encontrarse anomalías del sistema nervioso central, musculoesquelético, genitourinario, cardiaco, respiratorio y gastrointestinal asociados.
CASO CLÍNICO: Paciente de 27 años de edad, pimigesta con antecedente de diabetes mellitus pregestacional desde los 17 años, control prenatal de inicio tardío, control glucémico inadecuado durante toda la gestación. La exploración ecográfica muestra los siguientes hallazgos: ventriculomegalia blateral asimétrica, hipoplasia de hueso nasal, extremidades inferiores con hipoplasia de fémur bilateral, segmentos meso y acromélicos en aducción, talipes bilateral, polihidramnios, cámara gástrica visualizada. Se sospecha de síndrome de regresión caudal. Por cesárea de urgencia se obtiene recién nacido único, vivo. A la exploración física neonato dismórfico, cejas semiarqueadas, puente nasal recto, narinas antevertidas, pabellones auriculares con microtia, derecha con duplicación de hélix. Cuello corto. Genitales aparentemente femeninos con hipoplasia de pliegues labioescrotales. Extremidades superiores íntegras en posición de flexión con campodactilia, plegues aberrantes, Extremidades infreriores con duplicación de pies, extremidad derecha sin fémur a la palpación. Dorso con escoliosis. Radiografía muestra malformaciones múltiples, 11 arcos costales derechos, 10 izquierdos, hemivértebra torácica, agenesia de sacro, iliaco derecho y fémur derecho, duplicación de ambos pies con 8 ortejos izquierdo, 7 derechos. Por ultrasonido se demuestra agenesia de cuerpo calloso, y se diagnostica atresia esofagica tipo III, sin visualización de órganos del aparato reproductor por ultrasonido.
CONCLUSIÓN: El síndrome de regresión caudal es una afección rara, donde los factores genéticos y ambientales desempeñan un papel crucial en su patología. La proximidad de las neuronas caudales, espinales, de intestino posterior y otros elementos implicados en el cierre del tubo neural da lugar a un conjunto de defectos en diversos sistemas.

Incidencia de la interrupción legal del embarazo

Sacnicté Román Ponce, Paul González Quintero, Karla Morán Ortiz, Erik René Lizárraga Verdugo, Carlos Ernesto Mora Palazuelos
Hospital de la Paciente, Secretaría de Salud, Culiacán, Sinaloa.

ANTECEDENTES: Cada año a nivel mundial ocurren aproximadamente 73 millones de abortos, donde el 61% de los embarazos no planificados se interrumpen voluntariamente. Durante el 2020 el aborto sobresale dentro de las intervenciones esenciales de la atención de la salud ante la Organización Mundial de la Salud, el cual puede ser practicado dentro de las primeras 12 semanas de gestación (sdg).
OBJETIVO: Analizar la incidencia de la ILE en gestantes que acuden al Hospital de la Paciente desde la publicación de la Ley en el Periódico Oficial del Estado de Sinaloa.
MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio cuantitativo, no experimental, longitudinal y descriptivo, la población de es-

tudio serán las embarazadas que soliciten el servicio de aborto en el Hospital de la Paciente (HM) y que hayan firmado la carta de consentimiento informado al. Se utilizará exclusivamente información del expediente clínico, el tipo de muestreo es por conveniencia. Los datos serán recolectados en una hoja de cálculo mediante las encuestas y entrevistas de rutina que realice el personal médico, para el análisis de datos se empleará estadística descriptiva y será procesada mediante el software SPSS v23.

RESULTADOS: El protocolo se encuentra aprobado por el Comité de Ética en Investigación del HM (CONBIOÉTICA-25-CEI-001-20190624) con el número de dictamen: 202308-18. Actualmente el proyecto se encuentre en captura y análisis de la información de los expedientes clínicos de las gestantes, de manera preliminar se tiene que la edad promedio de las embarazadas fue de 25.05+5.43 años, la edad gestacional fue de 7.17+2.10 sdg, el 39.28 y 38.92% poseen estudios de nivel superior y medio superiores respectivamente, el 89.65% son originarias de Culiacán, Sinaloa.

CONCLUSIÓN: En todo el mundo, cada año, uno de cada cuatro embarazos acaba en aborto, por lo que conocer la incidencia y los características sociodemográficas de las gestantes permitirá desarrollar un plan estratégico con base en sus necesidades y su sentir cuando transitan por este proceso, para poder ofertar el servicio de ILE en otros hospitales del sector público en Sinaloa y legislarlo en el resto de las entidades federativas.

Secuencia Potter y miomatosis uterina: Reporte de caso

Silvia Julieta Martínez Jimenez, José Jesús Santiago Torrano, Francisco Betanzos Ramírez
Hospital Regional de Alta Especialidad de la Mujer

ANTECEDENTES: La secuencia Potter fue descrita por primera vez por Edith Potter en 1946, con incidencia de 1 por cada 2,000 recién nacidos. Está caracterizada por hipoplasia pulmonar, anomalías craneales relacionadas con oligohidramnios. Lo anterior es secundario a la capacidad restringida de crecimiento de ciertos órganos debido al oligohidramnios severo.

CASO CLÍNICO: Primigesta de 33 años de edad acude a consulta subsecuente de control prenatal de alto riesgo con reporte de ultrasonido que describe: Embarazo de 24.5 semanas de gestación, placenta de inserción corporal posterior grado I, peso fetal estimado de 620 grs, líquido amniótico disminuido medido por ILA de 1.2 cm (oligohidramnios), miomatosis uterina de grandes elementos a expensas de imagen única localizada en cuerpo y fondo, redondeada compleja de márgenes lisos, homogénea, hiperecogénica de 187x142x181 mm, en relación a mioma intramural. Se realizó interrogatorio dirigido para búsqueda intencionada de posible causa de oligohidramnios, la paciente negó ruptura de membranas, consumo de fármacos, infecciones o cuadros febriles en las últimas dos semanas, en carnet prenatal no se evidenciaron alzas tensionales. Se realizó cálculo de peso fetal de acuerdo a edad gestacional el cual se encontró entre el percentil 4 y 6, por lo que se solicitó valoración por médico Materno Fetal quien reportó en ultrasonido: embarazo de 24 semanas de gestación, RCIU tipo I, anhidramnios, secuencia Potter ante feto único vivo intrauterino en anhidramnios con cráneo aplastado, se visualiza un riñón y distensión vesical fetal, flujometría normal, mioma en longitud mayor al útero en cara anterior con degeneración hialina, con mal pronóstico fetal para la vida y función, así como riesgo materno elevado para histerectomía. Ante mal pronóstico fetal, se realizó interrupción del embarazo vía abdominal bajo la indicación de anhidramnios, secuencia Potter y miomatosis uterina. Los hallazgos transoperatorios fueron multiples vasos sangrantes, adhrencia de mioma de grandes elementos a cara posterior de intestino delgado, mioma de grandes elementos hipervascularizado de 18x20 mm en

cara anterior del utero, mioma de 6x6 cm en cara posterior, cavidad eutermica.

CONCLUSIÓN: La secuencia Potter es una enfermedad congénita heredada autosómicamente con malos resultados asociados con múltiples problemas. Los efectos psicológicos en la familia son comunes. Por ello, el asesoramiento a los miembros de la familia, especialmente a la madre, sobre las consecuencias de la enfermedad, desempeña un papel vital en el manejo del estrés posparto. Es más fácil tratar con pacientes que reciben información y asesoramiento antes del parto. La importancia de un embarazo planificado que oriente a la paciente a un control prenatal optimo, garantiza herramientas de diagnostico temprano y normar conductas tempranas.

Atención obstétrica de una paciente con distrofia muscular: Reporte de caso

Laura Vera Aguilar, Contreras Tahuiton Luz Elena, Valderrama Lozano Monserrat, Vargas Murillo Yudith, Rubio Rodríguez Aleida Livier
Instituto Mexicano del Seguro Social Hospital Ginecopediátrico 2 Los Mochis, Sinaloa.

ANTECEDENTES: Las distrofias musculares son un grupo de patologías causadas por alteraciones genéticas que afectan proteínas específicas importantes en la función celular muscular y que se caracterizan por debilidad muscular progresiva. De éstas, la más común es la distrofia muscular del espectro Duchenne-Becker ligada al cromosoma X que afecta el gen de la distrofina encontrado en el cromosoma Xp21, alterando de manera cualitativa o cuantitativa la proteína distrofina expresada en el sarcolema de músculo estriado, liso y cardiaco.

CASO CLÍNICO: Paciente de 29 años con diagnóstico clínico y por biopsia muscular, realizado en centro nacional, de distrofia muscular de Duchenne a los 10 años, actualmente sin tratamiento, confinada a silla de ruedas desde los 24 años. Primigesta, cursa embarazo de 19.1 semanas al momento de valoración por ginecología y obstetricia, en rastreo ultrasonográfico sin alteraciones. Continúa seguimiento del embarazo por el servicio sin eventualidades, en última valoración se programa cesárea electiva. Sin embargo, se presenta de manera espontánea a valoración de tococirugía cursando 38.1 semanas de gestación por ultrasonido traspolado del primer trimestre al percibir dolor en hipogastrio de 2 semanas de evolución. A la exploración física: TA 88/64mmHg, FC 69lpm, FR 16rpm, T 36°C; confinada en silla de ruedas, cérvix con 2cm de dilatación, 40% borramiento, membranas íntegras, extremidades íntegras con datos de atrofia, deformidad en dedos de miembros superiores, sensibilidad general conservada, fuerza muscular disminuida de forma generalizada 2/5. Se mantiene en observación durante 8 horas sin presentar cambios cervicales ni actividad uterina palpable. Laboratorios con hemoglobina 10.1, ALT 75, resto de laboratorios normales, normotensa en todo momento. Es valorada por el servicio de cardiología con electrocardiograma ritmo sinusal FC 65-70lpm, sin datos de dificultad respiratoria y otorga ASA IV, Goldman II sin contraindicación para cirugía. Se realiza cesárea tipo Kerr y salpingoclasia con incisión media infraumbilical bajo bloqueo neuroaxial mixto con punción a nivel de L2-L3 sin complicaciones, se obtuvo recién nacido vivo femenino de 3170g, 52.5cm, apgar 8-9; 300cc de sangrado, se utilizó oxitocina intravenosa como uterotónico con adecuada respuesta. Ingresa a unidad de cuidados intensivos para vigilancia hemodinámica donde se mantiene estable durante 24 horas. Al día siguiente se egresa a servicio de ginecología, donde continúa con evolución postquirúrgica favorable por lo que se decide egreso. La paciente ha continuado seguimiento de patología de base por el servicio de neurología y rehabilitación.

CONCLUSIÓN: El trabajo de parto normal involucra la fun-

ción del músculo liso uterino en la primera etapa y del músculo estriado abdominal y de piso pélvico en el segundo periodo. La distrofia muscular afecta principalmente la función del músculo estriado con propensión a desarrollar miocardiopatía. La infrecuencia de esta patología y su afección sistémica, hacen necesaria la consultoría genética-reproductiva y su atención integral a lo largo de todo el embarazo para el control de las complicaciones obstétricas, respiratorias, cardiovasculares y osteomusculares que puedan presentarse. Debe prestarse especial atención al final del embarazo para evaluar el perfil hemodinámico, respiratorio y obstétrico para decidir la mejor vía de terminación del embarazo, su manejo médico y del puerperio.

Disección aórtica en puerperio mediato: Reporte de caso

Erick Meinardo Garza Pérez, Ivonne Flores García, Juana Montoya Ramírez
Hospital Regional Materno Infantil, Secretaría de Salud de Nuevo León.

ANTECEDENTES: Ante una situación de dolor torácico agudo en el puerperio se deben descartar dentro de los diferenciales: embolismo pulmonar, infarto agudo a miocardio y disección aórtica, las cuales presentan una frecuencia en ese mismo orden. En pacientes que cursan un evento obstétrico y presentan disección aórtica, lo más frecuente será que presenten Síndrome de Marfan y en segundo lugar Síndrome de Loevs-Dietz.
CASO CLÍNICO: Paciente de 27 años acude a urgencias por dolor torácico de aparición abrupta, punzante y transfictivo sin atenuantes o agravantes. En la exploración física: talla de 180 cm, peso de 84 kg, pálida, diaforética, con fascies de dolor, presión arterial en brazo izquierdo de 180/!00 mmHg y en brazo derecho de 175/105 mmhg, frecuencia cardiaca de 92 lpm, frecuencia respiratoria de 18 rpm, 38.6° de temperatura, resto sin alteraciones.
CONCLUSIÓN: Las paciente son Síndrome de Marfan entre un 11 – 17% de los casos tendrán complicaciones aórticas y la más común es la disección Stanford tipo B durante el puerperio (Kamel et al., 2016; Meng et al., 2021; Narula et al., 2021), y aunque la mayoría ocurre en el 3er trimestre del embarazo, hasta un 1/3 de los casos ocurren en el puerperio (Silvestri et al., 2019). Incluso, en mujeres menores de 40 años en un 50% de casos en los que se presenta una disección aórtica ocurren durante el embarazo o el puerperio.

Cerclaje cervical con sutura monofilamento en paciente con insuficiencia cervical llevada a embarazo de término

Viridiana Isabel Navarrete Moreno, Gonzalo Ramírez Vázquez
Hospital General Petra Montoya Lafragua, ISSSTE.

ANTECEDENTES: El cerclaje cervical transvaginal y transabdominal es un abordaje quirúrgico indicado para el tratamiento de la insuficiencia cervical la cual se define como la incapacidad del cuello uterino para retener un embarazo en el segundo trimestre.
CASO CLÍNICO: Paciente de 29 años gestacion 4 abortos 2, parto 1, embarazo de 37 semanas por fecha de ultima menstruación. Con los siguientes antecedentes de importancia. Menarca 12 años, ciclos regulares 28x5, infecciones de transmisión sexual negadas, citología cervical última en 2021 negativo para lesión o malignidad, fecha de última menstruación 04/04/2022. Gesta 1: 2009, aborto espontáneo a las 20 semanas. Gesta 2: 2014, parto espontáneo a las 23 semanas. Gesta 3: 2021, aborto por interrupción legal del embarazo a las 7 semanas. Gesta 4: planeado y deseado, ingesta de multivitaminicos, antecedente de amenaza de aborto en primer trimestre. Diagnóstico de insuficiencia cervical a las 9.5 semanas evidenciado por ultrasonido transvaginal (longitud cervical: 21.7 mm). Auxiliares diagnósticos: Cultivo vaginal 20.07.2021: Sin desarrollo bacteriano. Ultrasonido transvaginal 20.05.2022: útero de 100x56x72.6 mm, longitud craneocaudal 5.7 mm, frecuencia cardiaca fetal de 158 latidos

por minuto. Cérvix cerrado con diámetro longitudinal de 21.7 mm, anteroposterior de 27.9 mm, estroma homogéneo. Se realizó cerclaje cervical a las 18 semanas con técnica Espinosa Flores modificada, sutura monofilamento de polipropileno, calibre 1, sin eventualidades. Se continuó control prenatal en nuestra unidad, durante vigilancia sin cursar con amenazas de parto pretérmino. Se retiró cerclaje a las 37 semanas, sin complicaciones, por datos de desproporción cefalopélvica a expensas de pelvis materna se decidió resolución del embarazo por vía abdominal el día 19/12/2022 sin eventualidades, con hallazgos de recién nacido masculino, 37 semanas por capurro, APGAR 8/9, peso: 2970 g, talla 49 cm.

CONCLUSIÓN: Es de interés y relevancia clínica estandarizar el tipo de material de sutura utilizado en el cerclaje cervical para mejorar el pronóstico de las pacientes con insuficiencia cervical. Las suturas monofilamento podrían ser superiores a los hilos de sutura multifilamento, ya que los hilos trenzados podrían actuar como reservorio de bacterias patógenas, causando disbiosis vaginal y aumentando el riesgo de parto pretérmino, por lo que se necesitan más estudios que evalúen a largo plazo los resultados entre ambos tipos de sutura y su relación con el riesgo de parto pretérmino e infección cervicovaginal.

Diagnóstico prenatal del síndrome del corazón izquierdo hipoplásico. Reporte de caso

Óscar Arturo Sandoval Jaramillo, Luis Alberto Pugliesse de la Fuente
UMAE 23 IMSS.

ANTECEDENTES: El sindrome del corazón izquierdo hipoplásico se caracteriza por la predominancia de cavidades cardiacas derechas a expensas de un ventriculo izquierdo hipoplásico, incapaz de soportar la circulación sistémica en la etapa neonatal, preservando la circulación en la etapa prenatal por la presencia de shunts cardiacos. Representa del 2 al 3 por ciento de todas las enfermedades cardiacas congénitas, es responsable del 25 al 40 por ciento de todas las muertes cardíacas neonatales.

CASO CLÍNICO: Acude paciente al departamento de Medicina Materno Fetal UMAE 23, realizando exploración ultrasonográfica, encontrando feto único vivo cefálico, dorso posterior con una Frecuencia cardiaca fetal de 147 latidos por minuto y movimientos fetales presentes: Situs solitus, eje cardiaco 48°, Corte de cuatro cámaras anormal por predominancia de cavidades derechas e hipoplasia ventricular izquierda. Foramen oval permeable con flujo unidireccional de izquierda a derecha. Válvula mitral atrésica con ausencia de flujo anterógrado. Ventrículo izquierdo hipoplásico de donde emerge la aorta con probable atresia. Válvula pulmonar sin obstrucción, corte de tres vasos anormal con flujo retrogrado en arco por ductus dependencia.

CONCLUSIÓN: La supervivencia de los recién nacidos con fisiología de ventrículo izquierdo hipoplásico requieren un conducto arterioso permeable (CAP), para asegurar una perfusión sistémica adecuada desde el ventrículo derecho a la aorta y una comunicación interauricular no restrictiva para asegurar una mezcla adecuada de sangre oxigenada y desoxigenada, proveniente de las venas pulmonares y vena cava superior e inferior respectivamente.

Enfermedad trofoblástica gestacional como sospecha inicial de un corioccarcinoma: Reporte de caso

Itai Hernández López, Adriana Guadalupe Cruz Velazco, Edgar Melo Samper Palacios
Hospital Regional Pemex Poza Rica, Veracruz.

ANTECEDENTES: La enfermedad trofoblástica gestacional (ETG) se define como la proliferación anormal del tejido trofoblástico. Incluye varias entidades premalignas como la mola hidatiforme parcial y completa, así como el conjunto de neoplasias trofoblásticas gestacionales: mola invasiva, coriocarcinoma, tumor trofoblástico del sitio placentario y el tumor trofoblástico epitelioide,

caracterizadas por su potencial invasivo y metastásico. La mayoría de la ETG son molas hidatiformes (80%), 15% son molas hidatiformes incompletas y 5% son coriocarcinomas.
CONCLUSIÓN: La enfermedad trofoblástica gestacional se debe sospechar en el primer trimestre de gestación, ya que presenta síntomas característicos como hemorragia uterina anormal, crecimiento uterino mayor al esperado para edad gestacional, ausencia de frecuencia cardiaca fetal, hiperémesis gravídica, niveles elevados de hormona gonadotropina, sobre todo en aquellas pacientes con antecedente de embarazo molar y edades extremas de la vida.

Detección prenatal de trisomía 18 mediante ecografía y ADN libre fetal

Viridiana Isabel Navarrete Moreno, Gonzalo Ramírez Vázquez, César Guillermo Camacho Lizcano
Hospital General Petra Montoya Lafragua, ISSSTE.

ANTECEDENTES: El síndrome de trisomía 18, también llamado síndrome de Edwards, es la segunda trisomía autosómica más común después de la trisomía 21, causada por la presencia de una copia adicional del cromosoma 18.
CASO CLÍNICO: Paciente de 25 años, gesta 1 con embarazo de 14.5 semanas que acude a nuestra unidad referida por médico particular, sin antecedentes familiares o personales patológicos de importancia. Se realizó ultrasonido genético que reportó: cráneo-cauda de 81 mm, para 13.6 semanas, frecuencia cardiaca fetal de 146 lpm, translucencia nucal de 9 mm, hueso nasal hipoplásico, ductus venoso onda a reversa, regurgitación tricuspídea patológica, arteria umbilical única, IP promedio de arterias uterinas de 1.81, percentil 74. Se calculó riesgo para trisomías mediante software The Fetal Medicine Foundation, con resultado de: Trisomia 21: 1 en 4; Trisomia 18: 1 en 2; Trisomia 13: 1 en 161. Se propuso a paciente realizar cordocentesis, sin embargo rechazó la prueba por lo que se realizó ADN libre fetal con reporte de: Riesgo alto para Trisomía 18.
CONCLUSIÓN: La detección anteparto de la aneuploidía fetal es uno de los principales objetivos de los programas de detección prenatal. Si bien la ecografía y las pruebas bioquímicas se consideran estudios de detección y no pruebas genéticas diagnósticas (como la amniocentesis o muestreo de vellosidades coriónicas) éstas juegan un papel fundamental en el tamizaje prenatal de aneuploidías. Se destaca la importancia del cribado ecográfico del primer trimestre y del ultrasonido estructural como marcadores de sospecha de cromosomopatías, que, como se analiza en el caso clínico presentado fue una pauta para continuar con el abordaje diagnóstico. De tal manera que el hallazgo ultrasonográfico de anomalías estructurales precisa iniciar protocolo de estudio genético, donde la detección de ADN libre de células es una opción no invasiva con sensibilidad alta para las pacientes que declinan las pruebas genéticas de diagnóstico.

Resultados perinatales de fetos con percentil de peso estimado 10 a 20 de Hadlock

Miguel Ángel Méndez Piña, Juan Manuel Gallardo Gaona, Sandra Acevedo Gallegos, Berenice Velázquez Torres, José Antonio Ramírez Calvo
Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, Ciudad de México.

ANTECEDENTES: El peso al nacimiento es un indicador importante de salud y bienestar neonatal el cual se describe como un reflejo de eventos ocurridos durante la vida fetal y puede ser el primer signo de posibles problemas de salud en la vida adulta.
OBJETIVO: Describir la evolución de los fetos clasificados en percentil 10 a 20 en la etapa de crecimiento acelerado, hacia feto pequeño para edad gestacional (FPEG) y/o restricción del crecimiento fetal (RCF) y sus resultados perinatales. Describir los resultados perinatales de fetos clasificados entre percentil 10 a 20, que no evolucionaron a PEG o RCF.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio transversal y descriptivo donde se incluyeron 450 mujeres con embarazos únicos, captadas a partir de la evaluación en su etapa de crecimiento acelerado (a partir de 26-28 semanas de gestación) que clasifican con PFE entre el percentil 10-20 de Hadlock.

RESULTADOS: De las 450 pacientes incluidas en este estudio, 79 (17.5%) y 75 (16.6%) evolucionaron durante el embarazo a RCF y FPEG respectivamente, 140 (31.1%) se mantuvieron entre el percentil 10-20 de Hadlock al final del embarazo, y 156 (34.6%) superaron el percentil > 20 Hadlock en este mismo periodo. En recien nacidos catalogados con RCF y FPEG el resultado perinatal adverso compuesto se presento en 42 (53.2%) y 30 (40.0%) respectivamente. Dentro del grupo que se mantuvo entre el percentil 10-20 y los que superaron el percentil > 20 se presento desenlace neonatal adverso compuesto 58 (41.4%) y 63 (40.3%) respectivamente.

CONCLUSIONES: Los fetos que inician la curva de crecimiento acelerado en percentil entre 10-20 Hadlock, el 17.5% evolucionaran a RCF y el 16.6% a FPEG y los resultados perinatales adversos se presentaron hasta en un 53.2% en estos dos grupos de pacientes. En aquellos que mantuvieron su ritmo de crecimiento hasta el final del embarazo e incluso lo superaron, los resultados perinatales adversos se presentaron hasta en el 41.4%.

Vasa previa con placenta de inserción baja: Reporte de caso

Jacqueline Alaniz Arellano, Diana Fernanda Solarte Sepúlveda, Armando Vergara Bolaño, Alexis Eliseo Santos Rodríguez, José González Macedo
Hospital General de Morelia, Michoacán.

ANTECEDENTES: La vasa previa corresponde al grupo de anomalias de inserción placentaria en la que los vasos umbilicales carecen de soporte del cordón umbilical ni del tejido placentario. atraviesan las membranas fetales del segmento inferiorpor encima del cuello uterino, es una entidad poco comun que afecta a 1 de cada 2500-5000 embarazos.

OBJETIVO: informar sobre caso de diagnostico oportuno, ya que se ha demostrado que la supervivencia fetal es mayor cuando se realiza diagnostico prenatal vs el diagnostico en el momento de la resolucion.

MATERIALES Y MÉTODOS: se realizó busqueda via PudMed utilizando los terminos, vasa previa, placenta de inserción baja, anomalias placentarias dentro de los años 1998-2011. incluyendo publicaciones de revisión de casos, revison de literatura, casos y controles.

RESULTADOS: utilizando usg doppler se ha docuemntado presencia de vena umbilical de localizacion subvelamentosa que cruza a través del orificio cervical interno así como localización de la placenta succenturiata con lubulo anterior y posterior y la presencia de vasos umbilicales en posición intermedia.

CONCLUSIONES: Se ha demostrado que la supervivencia es superior al 95% en los casos en los que se realizo diagnostico prenatal y de 44% cuando el diagnostico fue al momento de la resolución, el impacto de un adecuado retribuye en complicaciones maternas, previniendo de primera instacina, hemorragia obstetrica.

Síndrome de Fitz Hugh Curtis como complicación de enfermedad pélvica inflamatoria en paciente con abdomen agudo

Karla Solano Diaz, Nydia Andrea García Bezares, Vanessa Flores Hernández, Yessica Janett Mota Argandona, César Guillermo Camacho Lizcano
Hospital General ISSSTE Tláhuac, Dra Matilde Petra Montoya Lafragua.

CASO CLÍNICO: Paciente de 43 años, con dolor abdominal cólico 6/10, acompañado de estreñimiento, hiporexia, náuseas, emesis en 3 ocasiones gastro biliar. Paciente con datos clínicos de abdomen agudo, intervenida por cirugía general, segundo evento por ginecología. TA 133/85 FC 84 FR 20 %SPO2 94%. Abdomen distendido, peristalsis aumentada, dolor a la palpación profunda

en marco cólico, predominio en cuadrante superior e inferior derecho. Rebote positivo. Laboratorio: Hemoglobina 9.4, Leucocitos 5.4, Neutrófilos 4.8 Hallazgos: Peritonitis purulenta generalizada secundaria a enfermedad pélvica inflamatoria grado IV. Útero rosado de 8X6 cm. Absceso tubo ovárico derecho emplastronado de 10X7 cm, tejidos friables, emplastronados.

CONCLUSIONES: En los últimos años la tomografía computarizada (TC) se ha revelado como un procedimiento muy útil y no invasivo, ofreciendo imágenes altamente sugestivas del diagnóstico. Dada las características clínicas, el diagnóstico suele retrasarse en el tiempo o ser erróneo, siendo lo más habitual adjudicar el cuadro a patología hepatobiliar, apendicular o urológico.

Detección de malformaciones fetales en ultrasonido de tercer trimestre

Villagómez Martínez Gabriel Edgar, Thomas García Mariana, de la Fuente Lira Andrea Leticia, Alonso Martínez Alejandra, Ramírez Montes Mario Giovanni
Hospital Universitario José Eleuterio González, Monterrey, NL.

ANTECEDENTES: El ultrasonido de tercer trimestre o ultrasonido obstétrico, es un estudio sonográfico que se realiza a partir de las 28 semanas de gestación hasta el término del embarazo. Esta exploración tiene como finalidad realizar una evaluación del crecimiento fetal, establecer el peso fetal estimado mediante la realización de una biometría fetal, determinar la posición del feto respecto a la madre, y valorar la placenta y el líquido amniótico en el último trimestre del embarazo.

OBJETIVO: Determinar la tasa de detección de malformaciones fetales mediante ultrasonido obstétrico de tercer trimestre del embarazo en el periodo de enero 2021 a junio 2023 en el departamento de Medicina Materno Fetal del Hospital Universitario José Eleuterio González.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio observacional, ambispectivo, transversal y poblacional que se realizó de Enero 2021 a Junio 2023 donde por medio de una base de datos del departamento de Medicina Materno Fetal en el Hospital Universitario José Eleuterio González, se recabó el numero de fetos con malformaciones diagnosticadas por primera vez en ultrasonido de tercer trimestre. Se dividieron los datos recabados en malformaciones fetales por sistemas: cráneo, cara, sistema musculo esquelético, sistema nervioso central, tórax, sistema cardiovascular, pared abdominal/ hernias, sistema gastrointestinal y sistema genitourinario. Se determinaron el numero de malformaciones encontradas por año y se documentó cual fue la malformación más común tanto por año como por sistema fetal alterado. Igualmente se recopiló el número de fetos con defectos estructurales aislados y en los que se encontraron alteraciones en varios sistemas.

RESULTADOS: Se realizaron en total de 6,925 ultrasonidos obstétricos donde se reportaron 102 malformaciones fetales detectadas por primera vez, representando un 1.47% de los ultrasonidos obstétricos realizados (Tabla 1). Dentro de las malformaciones fetales diagnosticadas el sistema fetal más implicado fue el cardiovascular con 30 fetos con cardiopatías representando un 29.4% de los diagnósticos siendo el diagnóstico más común anomalía de Ebstein; el segundo sistema en frecuencia fue el sistema genitourinario con 21 fetos con alteraciones, representando 19.6% de los casos y el diagnóstico que se presentó con más frecuencia fue dilatación pielocalicial; en tercer lugar el sistema nervioso central con 19 fetos , siendo el 18.6 % de las malformaciones diagnosticadas, el diagnóstico más común fue la ventriculomegalia.

CONCLUSONES: El ultrasonido de tercer trimestre esta orientado a detectar alteraciones de crecimiento fetal, liquido amniotico y placenta, no obstante también puede ser utilizado para la detección de malformaciones fetales. Durante el tiempo del estudio se observó que el 1.5% de los

ultrasonidos obstétricos realizados se presento algun tipo de malformación fetal, lo cua representa un porcentaje similar a la proporción de recien nacidos con malformaciones congénitas reportadas en México (2-3% de los nacimientos) . Esto es relevante ya que permite la planeación del nacimiento, la integración de un equipo multidisciplinario para atencion del recien nacido y el oportuno envio a una unidad de tercer nivel de ser necesario. Ante la falta de estudios en nuestro país sobre este tema es importante conocer la prevalencia de detección de estas malformaciones durante el ultrasonido de tercer trimestre tomando en cuenta que se trata de un estudio que es operador dependiente y que el estudio se realizó en un centro de referencia de medicina materno fetal.

Lesión híbrida pulmonar fetal: tratamiento con esteroides: Reporte de caso

José Alberto Villarreal Rodríguez, Alejandra Alonso Martínez, Andrés Murillo Mendoza, Jessica Gabriela Arias Molina, Luis Abel Guzmán Ochoa
Hospital Universitario José Eleuterio González, Monterrey, NL.

ANTECEDENTES: El secuestro broncopulmonar se describe como una masa de tejido pulmonar afuncional que no está conectada con el árbol traqueobronquial normal, están irrigadas por una arteria sistémica anómala, conocida como vaso nutricio que en el 80% de los casos surge de la aorta. Representa el 0.5-6% de todas las malformaciones congénitas del pulmón comúnmente localizado en lóbulo inferior del lado izquierdo.
CASO CLÍNICO: Paciente de 22 años de edad, primigesta con antecedente de DM1 en tratamiento con Insulina 20UI cada 24 horas y Metformina 850mg cada 8 horas, acudió por primera vez al servicio de Medicina Materno Fetal del Hospital Universitario cursando 25.5 semanas, durante la ecografía se evidencia en el pulmón izquierdo lesión hiperecogénica de 27x22x38m y a la colocación del Doppler color se visualiza vaso nutricio que proviene de la aorta descendente y se integró el diagnóstico de lesión hibrida pulmonar izquierda, se realizó el cálculo de CVR de 0.76, presentó desviación mediastínica, se encontró corazón en mesocardia y levo ápex. Se decidió ingreso intrahospitalaria para manejo con esquema de Betametasona intramuscular 12mg cada 24 horas por 2 dosis y vigilancia del control glucémico. Durante su ingreso se integró el diagnóstico de HTA gestacional por cifras de tensión arterial elevadas y recolección de proteínas negativa. A las 28 semanas acudió a cita de seguimiento, sin presentar cambios en el tamaño de la lesión y descontrol metabólico por lo que se ingreso nuevamente para control glicémico y nuevo esquema de Betametasona, cursando 30 semanas se realizó una Resonancia Magnética Nuclear donde se corrobora diagnóstico de secuestro pulmonar extralobar izquierda de localización inferior y posterior con arteria nutricia originada de la aorta torácica con presencia de áreas quísticas intralesionales concordante con una lesión híbrida con un volumen de la lesión de 31cc y un CVR de 1.18. Acudió nuevamente 2 semanas después a cita de seguimiento donde se realizó ultrasonido de control que reportó disminución en las medidas de la lesión 40x22x32mm sin desviación mediastínica o datos de hídrops fetal por lo que se mantuvo en vigilancia. Posteriormente acudió a cita de seguimiento cursando 34.1 semanas donde no se evidenció la lesión pulmonar, crecimiento fetal normal, se dió cita de seguimiento. Cursando 36.3 semanas se integró el diagnóstico de preeclampsia con datos de severidad por lo que se ingresó para interrupción del nacimiento, se realizó cesárea por Inductoconducción fallida.
CONCLUSONES: El manejo y el tratamiento de las lesiones híbridas dependen del tamaño de la lesión, presencia de hidrotórax e hídrops fetal, para esto es importante conocer las diferentes opciones de tratamiento que consisten en manejo con esteroides como la Betameta-

sona o cirugía fetal ya sea con derivación toraco amniótica en caso de presencia de hidrotórax o ablación del vaso nutricio por radiofrecuencia o láser para disminuir el tamaño de la lesión.

Actinomicetoma torácico en embarazo a término: Reporte de caso

Flores-Acosta Clara del Carmen, Cisneros-Martínez Adriana, Barrera-Landa Egla Evelyn, Arias-Molina Jessica Gabriela, Triana-Saldaña Héctor
Hospital Universitario José Eleuterio González, Monterrey, NL.

ANTECEDENTES: El micetoma es una enfermedad subcutánea crónica causada por una bacteria aerobia (actinomicetoma) o un hongo (eumicetoma) a través de inoculación traumática en la piel.
CASO CLÍNICO: Paciente de 26 años sin antecedentes de importancia, gesta 2 con 1 cesárea, cursando embarazo de 40.2 semanas de gestación normoevolutivo, exámenes laboratorio normales, ultrasonidos acordes para edad gestacional. Acude a nuestra institución por cuadro clínico de 11 meses de evolución, al presentar dermatosis en región infraescapular izquierda, caracterizada por pústulas y pápulas que aumentó en tamaño. A la exploración inicial signos vitales estables, abdomen globoso a expensas de útero grávido con producto único vivo con frecuencia cardíaca fetal 150 lpm. Se interna para estudio y manejo, solicitando exámenes de laboratorio a su ingreso: Hb 10 g/dL, Leucocitos 7.12 K/uL, Plaquetas 266 K/uL, Tiempo de protrombina 13.7 seg, tiempo tromboplastina 28.1 seg, glucosa 65 mg/dL, creatinina 0.5 mg/dL. Se realiza valoración por Servicio de Dermatología: dermatosis localizada en región infraescapular izquierda de 18 x 20 x 8 cm, unilateral, asimétrica, polimorfa, caracterizada con nódulos subcutáneos confluentes y salida de material purulento. Se tomó muestra directa, observando granos de Nocardia al KOH (hidróxido de potasio) y se integró diagnóstico de actinomicetoma, motivo por el cual se inicia tratamiento médico con Amikacina, amoxicilina/ácido clavulánico y trimetropim/sulfametoxazol y se solicitó TAC tórax contrastada para valorar extensión, así como BAAR y cultivo para micobacteria. Se obtiene resultado de bacteriología de secreción lesión escápula izquierda) con moderados cocos gram positivos (Staph. Aureus) y baciloscopía negativa. Reporte de tomografía contrastada de tórax: se identifica hipodensidad a nivel dorsal izquierdo de T4-T12 con aumento difuso de tejido blando subcutáneo y engrosamiento de la piel, cúmulo de lesión 15 x 6.4 x 18 cm con extensión a músculo serrato anterior y dorsal ancho. Sin invasión a médula ni hueso.
CONCLUSIÓN: El actinomicetoma es una enfermedad crónica y debilitante de la piel, con diagnóstico y tratamiento oportuno, la mayoría de los casos son causados por la bacteria Nocardia, afecta las extremidades inferiores, seguido por la espalda y el pecho. El diagnostico requiere examen directo, cultivo y biopsia, para el tratamiento se utiliza dapsona combinado con TMP-SMX. El caso que se presenta es una entidad rara, sin presentar factor de riesgo alguno, motivo por el cual la importancia de ser reportado, además de que el producto no presentó alteración alguna a pesar de la enfermedad de la madre.

Anemia e hidrops fetal inmune secundario a aloinmunización anti-kell y parvovirus B19 (+): Reporte de caso

Gabriel Edgar Villagomez Martínez, Andrea Leticia de la Fuente Lira, Paola Brigitte Ploneda Espinosa de los Monteros, Mario Giovnni Ramírez Montes, Luis Abel Guzmán Ochoa
Hospital Universitario Dr Jose Eleuterio González UANL, Monterrey, NL.

ANTECEDENTES: La anemia fetal es una condición que puede ser letal para el feto, las causas pueden ser variables desde trastornos autoinmunes hasta infecciosos. La aloinmunización del antígeno Kell tiene una incidencia baja 2-9%. En el caso del Parvovirus B19 35-

53% de embarazadas tienen IgG preexistente (inmunidad de infeccion previa)

CASO CLÍNICO: Paciente de 37 años, cursando 25 semanas de embarazo, control prenatal adecuado, segunda gesta con una cesárea previa sin complicaciones mencionadas, acudió a ultrasonido anatómico donde se observó datos compatibles con hidrops fetal, ascitis derrame pericárdico, edema subcutáneo, pliegue nucal aumentado y anemia moderada. La velocidad pico sistólico de la arteria cerebral media reportó 45 cm/s, anemia moderada.

Por lo cual se indicó como estudio complementario neurosonografía, ecocardiografía, además se solicitaron paraclínicos: Coombs indirecto, TORCH y parvovirus como abordaje diagnóstico.

Se realizó ecocardiografía a las 48 hrs encontrando disfunción sistólica y diastólica además de neurosonografía donde se encontró ecogenicidad periventricular aumentada, imágenes nodulares periventriculares y calcificaciones periventriculares en la zona de la matriz germinal. Posterior a la transfusión se realiza valoración de MCA-PSV reportando 42.18 cm/s (normal). Se realizó seguimiento semanal hasta la semana 33 de gestación previamente con evolución favorable, se reporta anemia severa por cálculo PS-ACM 76.57 cm/s, se decide transfusión intrauterina 130 cc de sangre sin complicaciones. Posterior a procedimiento PS-ACM 46.2 cm/s reportado como normal. Se obtuvo recién nacido masculino de 2490 g, Apgar 6/8, hemoglobina neonatal 8.3 mg/dl, con bilirrubina total 1.8. Se realizó ingreso a unidad de cuidados intensivos para manejo de exanguinotransfusión y soporte ventilatorio por SDR con buena evolución. Se decide egreso a los 30 días de estancia intrahospitalaria, con pronóstico favorable al alta y buena evolución clínica.

CONCLUSIÓN: El diagnóstico y el manejo oportuno de anemia fetal es clave, así como la definición de su etiología. Existen diversas series de casos de pacientes con isoinmunización anti-kell que muestran resultados con enfermedad de leve a muy severa, incluyendo óbito fetal y muerte perinatal, en relación a los títulos de anticuerpos, debemos destacar que la presencia de EHP no se relaciona con los títulos de anticuerpos.

Hematoma retroperitoneal posterior a parto: Reporte de caso

Alicia Lisvett Benavides Martínez, Nancy Yaneth Contreras Garza, Teresa Ángeles Cabrera, Diego González Oropeza
Hospital Regional Materno Infantil.

ANTECEDENTES: El hematoma retroperitoneal es una complicación poco frecuente en obstetricia. Este tipo de hematoma se extiende hacia el espacio retroperitoneal, el cual ocurre por laceración de la arteria uterina, ruptura uterina o extensión de un hematoma vaginal.

CASO CLÍNICO: Paciente de 31 años, G2P1, acude a tococirugía al presentar actividad uterina regular. A su llegada se realiza revisión de condiciones cervicales reportando dilatación completa, por lo que pasa a sala de expulsión. No se realiza episiotomía, se recibe producto de 3870 gr. Se observa desgarro de segundo grado en línea media y desgarro en pared vaginal izquierda, los cuales se reparan sin complicaciones. Pasa paciente estable a sala de recuperación. En sala de recuperación presenta sangrado abundante, datos de inestabilidad hemodinámica (FC 134 LPM, TA 85/56 MMHG), además de dolor abdominal intenso, por lo que al continuar con datos de abdomen agudo y deterioro hemodinámico a pesar del uso de uterotónicos se decide su pase a quirófano para laparotomía exploradora.

CONCLUSIÓN: La sospecha diagnóstica de un hematoma retroperitoneal es fundamental en pacientes con síntomas de dolor inespecífico localizado en hipogastrio, vagina o glúteos, así como en pacientes con anemia que causa inestabilidad hemodinámica en el puerperio inmediato. La ecografía transvaginal es el método diagnóstico de elección mientras que la resonancia magnética o una

tomografía computarizada con contraste permiten valorar con mayor precisión su extensión. El tratamiento en general puede ser conservador o radical dependiendo de la condición hemodinámica de la paciente, complicaciones y recursos disponibles.

Reparación de inversión uterina posparto mediante procedimiento de Huntington: Reporte de caso

Alicia Lisvett Benavides Martínez, Nancy Yaneth Contreras Garza, Teresa Ángeles Cabrera, Daniel Puente Delgadillo, David Esteban Ramos Romero
Hospital Regional Materno Infantil.

ANTECEDENTES: La inversión uterina es la invaginación total o parcial del fondo del útero a través del cérvix. Es una complicación grave y una emergencia obstétrica, la cual tiene una incidencia de 1 en 25,000 casos. La causa más frecuente parece relacionarse con una tracción exagerada del cordón umbilical durante el alumbramiento.
CASO CLÍNICO: Paciente femenino de 23 años, primigesta, sin antecedentes personales patológicos de relevancia. Pasa a sala de expulsión con dilatación completa, se atiende parto eutócico sin complicaciones. Peso del recién nacido de 3390 gr, talla 50 cm. Posterior al alumbramiento se observa útero invertido encima de introito vaginal, por lo que se realiza intento de restitución con maniobra de Johnson sin éxito. Se realiza laparotomía exploradora, observando inversión de fondo uterino incluyendo ambos cuernos. Se procede a restablecer la anatomía normal mediante la técnica de Huntington: tracción controlada y progresiva con pinzas de Allis desde ambos cuernos hasta llegar a fondo uterino con apoyo vía vaginal, con lo que se logra completa restitución uterina. Se administran uterotónicos y se realiza sutura B-Lynch como apoyo para prevenir episodios de atonía. Una vez diagnosticada la inversión uterina y tras estabilizar a la paciente, la resolución debe ser inmediata. En caso de no resolver con maniobras conservadoras se debe de realizar un abordaje quirurgico. En nuestro caso, al tratarse de una paciente joven, primigesta con deseo genésico futuro se procedio a realizar un tratamiento quirúrgico conservador, afortunadamente con éxito.
CONCLUSIÓN: Actualmente no se cuenta con suficientes estudios para comparar la efectividad de las intervenciones quirúrgicas con las maniobras conservadoras debido a la baja tasa de fallo en estas últimas, por lo que en muy pocas ocasiones ha sido necesario realizar laparotomías exploradoras para su resolución vía abdominal.

Tres tipos histológicos diferentes en un tumor de ovario: Reporte de caso

Alicia Lisvett Benavides Martínez, Mayte Arizaid Islas Téllez, Alejandra Berenice Rodríguez Romero, Óscar Michel Salazar Cerda, Iván Vladimir Dávila Escamilla
FETALE.

ANTECEDENTES: El riesgo de que una mujer tenga un tumor de ovario a lo largo de su vida es del 6 al 7% y estos tumores representan hasta el 30% de todos los tipos de cáncer en la mujer. Los tumores de células del epitelio superficial son la variedad más común y representan aproximadamente el 65-75% de todos los tumores de ovario, siendo el más frecuente el cistoadenoma seroso.
CASO CLÍNICO: Paciente de 40 años, sin antecedentes personales patológicos de relevancia. Antecedentes ginecoobstétricos: G3C2P1, menarca a los 11 años, ritmo irregular, menstruación no dolorosa pero sí abundante. Se presenta a consulta por dolor pélvico de predominio en fosa iliaca izquierda, por lo que se realiza ultrasonido transvaginal observando la siguiente imagen donde se observan hallazgos compatibles con endometrioma y, ante el cuadro clínico de la paciente, se decide su resección por laparoscopia.
CONCLUSIÓN: El diagnóstico de los tumores del ovario es de difícil determinación en etapas

muy tempranas. Gran número de ellos son asintomáticos y se descubren mediante exploración fìsica o por ecografía. Su resección se decide al tomar en cuenta los datos ecográficos, de laboratorio y cuadro clínico de la paciente.

Talla materna y su relación con el diagnóstico de restricción del crecimiento intrauterino

Alicia Lisvett Benavides Martínez, Ana Gabriela Sepúlveda Argáez, Ingrid Frutos Cervantes, Cuauhtémoc Gutiérrez Maldonado, Edith González Garza
Hospital Regional Materno Infantil.

ANTECEDENTES: Se define restricción de crecimiento intrauterino como la tasa de crecimiento fetal que se encuentra por debajo de lo normal en base al potencial de crecimiento de un feto específico de acuerdo a su raza y sexo (Deepak et al., 2016). La restricción de crecimiento intrauterino se determina como un PFE menor al percentil 3, o bien, menor al percentil 10 con alteración del flujo cerebroumbilical o de las arterias uterinas.
OBJETIVO: Conocer si existe una relación entre la talla materna baja en la población mexicana y el diagnóstico de Restricción de Crecimiento Intrauterino tipo I.
MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo basado en la recopilación de datos del expediente clínico electrónico de la historia clínica, evolución y resultados de pacientes de 13 a 45 años de edad entre Enero 2022 a Mayo 2023, tratadas en el Hospital Regional Materno Infantil de Alta Especialidad en Monterrey, Nuevo León, México.
RESULTADOS: De las 405 pacientes, se excluyeron de la base de datos a 100 pacientes menores de 18 años de edad. De las 305 pacientes restantes, se excluyeron a 243 pacientes con talla materna mayor a 1.50 metros. De la muestra obtenida de 62 pacientes, los cuales cumplen con el diagnóstico de Restricción de Crecimiento Intrauterino y presentan una talla materna baja en base a la definición establecida por la Norma Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2010, se excluyeron 4 pacientes las cuales presentaban diagnóstico de Restricción de Crecimiento Intrauterino en Estadío II, III o IV.
CONCLUSIÓN: Es importante resaltar que no se puede determinar el que la talla baja materna sea una característica directamente relacionada con la Restricción de Crecimiento Intrauterino Tipo I, puesto que dentro de la población estudiada, un 25.9% tuvo otras comorbilidades que pueden estar relacionadas con esta condición.

Tumor pélvico incidental con diagnóstico transoperatorio de tumor de Gist extraintestinal

Sergio Arturo Romero Rangel, Emilio Torres Solórzano, Fernanda Denisse Miranda Villareal, María Félix Aguilar López, Adriana Cruz Vázquez
Petroleos Mexicanos.

ANTECEDENTES: Los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) son neoplasias mesenquimales raras del tracto gastrointestinal. Los GIST que surgen de la pared intestinal se presentan típicamente como neoplasias subepiteliales en el estómago y el intestino delgado; sin embargo, también pueden surgir en cualquier parte del tracto gastrointestinal y ocasionalmente, en epiplón, mesenterio y peritoneo.
CASO CLÍNICO: Paciente de 71 años, con diagnóstico de antecedente de cáncer de mama izquierda, más hipertensión arterial, con antecedente quirúrgico de mastectomía radical modificada, quien es referida a consulta externa para valoración de masa anexial. A la exploración física destacan al tacto vaginal la presencia de masa sólida en pared posterior probablemente dependiente de recto. Paciente con reporte de ultrasonido pélvico y transvaginal: útero de dimensiones normales, miometrio y endometrio sin alteraciones. Con presencia de líquido en interior de cavidad uterina. Anexo izquierdo normal. Anexo derecho presencia de una masa sólida, ovoidea, bien delimitada de 78 x 60 milimetros, ecotextura

heterogénea, con calcificaciones en su interior no mayores de 7.6 mm. Al doppler color se aprecian flujos vasculares (muy pocos), no hay líquido libre en cavidad pélvica. Diagnóstico presuntivo: masa ovárica derecha de origen histopatológico a determinar.

Se cuenta con reporte de tomografía abdominal con contraste iv demostrando: masa pélvica con reforzamiento heterogéneo con calcificaciones en su interior, dimensiones de 73 x 56 milimetros, localizada en el espacio parauterino derecho y espacio rectovaginal, divertículos en el sigmoides. Diagnóstico presuntivo: masa pélvica compleja sugestiva de neoplasia de ovario. Si bien el resultado inmunohistoquímico en este caso fue un leiomioma, una entidad muy frecuente, pero en una localización poco frecuente. Es importante conocer las diferentes etiologías de masas anexiales, así como laboratoriales y estudios de imágen complementarios para llegar a un diagnóstico presuntivo más certero.

CONCLUSIÓN: Pese a la sospecha de esta patología es importante concluir la importancia de la inmunohistoquímica como una herramienta importante para el diagnóstico confirmatorio.

Comparación de resultados de parámetros seminales y de motilidad espermática de forma manual con SQA

Georgina Elizondo Ochoa, Beatriz de León Jiménez, Angélica Baca de Anda, Nora Naranjos Ramírez, Daniel Humberto Méndez Lozano
Centro de Reproducción Asistida CREASIS, Tec Salud.

ANTECEDENTES: Actualmente, se ha observado cada vez más la disminución en la calidad espermática, la cual ha sido reportada en múltiples estudios. Esto ha generado la necesidad de establecer parámetros estandarizados para evaluar factores como la motilidad y la cinética espermática, los cuales solían ser valorados de forma manual en el pasado. Por esta razón, han surgido varios sistemas computarizados de análisis del semen, los cuales representan un avance en dicha estandarización. Sin embargo, requieren validaciones de protocolos que optimicen los resultados.

OBJETIVO: comparar la evaluación de los parámetros seminales y la motilidad espermática mediante el uso del analizador de calidad espermática SQA-iO (Sperm Quality Analyzer) con la evaluación realizada mediante conteo manual, con el fin de determinar la precisión y la eficacia de la tecnología computarizada en la valoración de la calidad del semen y la motilidad espermática.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio efectuado en un grupo de 50 hombres entre 21 y 45 años de edad, quienes acudieron a una clínica de infertilidad en Monterrey, Nuevo León. Las muestras fueron obtenidas por masturbación y el semen se almacenó en frascos de polietileno de 50 ml, de boca ancha, cerrado y estéril. Las muestras fueron tomadas después de 3 a 5 días de abstinencia sexual y se examinaron en un máximo de una hora desde su recogida y después de su licuefacción completa. Para realizar el análisis de parámetros de motilidad específicos se utilizó el sistema SQA-iO (Sperm Quality Analyzer).

RESULTADOS: Nuestra hipótesis nula planteaba que no existía correlación entre las mediciones manuales y las de SQA-iO. Sin embargo, los resultados obtenidos indican lo contrario. Dado que los valores de P son significativamente más bajos que el nivel de significancia comúnmente utilizado de 0.05, se rechaza la hipótesis nula. Esto indica una correlación estadísticamente significativa entre las mediciones manuales y las evaluaciones de SQA-iO en cuanto a motilidad espermática y parámetros seminales.

CONCLUSIÓN: Una correlación estadísticamente significativa entre las mediciones manuales y las mediciones de SQA-iO respalda la utilidad y la eficacia de esta tecnología. Estos hallazgos tienen importantes implicaciones en la práctica clínica y de investigación, ya que sugieren que los profesionales de la salud pueden confiar en las evalua-

ciones de SQA-iO como una alternativa precisa y eficiente al conteo manual de esperma.

Uso de testosterona transdérmica en ciclo de estimulación ovárica controlada en paciente con insuficiencia ovárica primaria con premutación intermedia del gen FMR1

Fernando Mancilla Hernández, Jorge Luis Lezama Ruvalcaba, Carlos Gerardo Salazar López-Ortíz, Martha Esmeralda Espinosa Esparza, Ricardo Rodríguez Calderón
HISPAREP Hospital Español, Ciudad de México.

ANTECEDENTES: El síndrome de X frágil es causado por la hipermetilación de las repeticiones de CGG (triplete de citosina-guanina-guanina), expandidas adyacentes al exón 1 del gen de Retardo Mental X Frágil 1 (FMR1). La premutación X frágil está asociada al trastorno por insuficiencia ovárica primaria. Las mujeres que son portadoras de la premutación pueden presentar un espectro de disfunción ovárica y también podrían tener menstruaciones normales con FSH normal o elevada, pero con una fertilidad reducida.
CASO CLÍNICO: Paciente de 35 años de edad con diagnóstico de Síndrome de X frágil. Acude a clínica de Reproducción asistida con infertilidad primaria, se realizó estudios de laboratorio, dentro de los que destacó resultado de Hormona Antimülleriana de 0.40 ng/mL, por lo que se le consideró realizar FIV/ICSI. Se realizó un ciclo de estimulación ovárica controlada con menotropinas 300 UI, inhibición de pico de LH con progesterona 30 mg cada 24 horas, y testosterona transdérmica en gel 50 mg cada 24 horas, iniciados en día 3 del ciclo. En día 11 del ciclo se realiza ultrasonido endocavitario (imagen 1) se tomó muestra sérica de estradiol y progesterona resultando en 1010.14 pg/ml, 0.63 ng/ml, respectivamente. Se realizó disparo para maduración ovocitaria con hCG 10,000 UI, captura ovocitaria a las 34 horas posteriores al disparo en día 13 del ciclo, obteniendo 4 ovocitos siendo 2 MII, (imagen 2) los cuales se vitrificaron. Continuó con el uso de testosterona 50 mg transdermica cada 24 horas, realizándose un segundo ciclo de estimulación ovárica controlada con menotropinas 300 UI, inhibición de pico de LH con antagonista de GnRH 0.25 mg iniciando en día 7 del ciclo, el día 10 del ciclo se realizó toma de estradiol y progesterona con el siguiente resultado Estradiol: 878.82 pg/ml Progesterona: 0.71 ng/ml. Maduración ovocitaria con hCG 10,000 UI, se realizó captura ovocitaria el día 14 del ciclo, 34 horas posterior al disparo, obteniendo 4 ovocitos siendo los 4 MII, se realizó ICSI a 6 ovocitos MII obteniendo 4 embriones en día 5 de desarrollo embrionario (imagen 3 y 4), realizando transferencia embrionaria en fresco de 1 embrión (imagen 5) vitrificando 3 embriones.
RESULTADOS: La premutación FMR1 se asocia con riesgo de función ovárica reducida y falla ovárica prematura con pérdida temprana de fertilidad en el 20% de las mujeres portadoras, debido al número reducido de folículos en los ovarios.
CONCLUSIÓN: El síndrome de X frágil es causante de falla ovárica primaria, afectando la fertilidad y el pronóstico de las pacientes en edad reproductiva con busqueda de embarazo, por tal motivo el uso de testosterona transdérmica para mejorar la respuesta ovocitaria en pacientes con baja reserva ovárica es un opción terapéutica que puede ser de gran utilidad en la práctica médica con la finalidad de obtener mejores resultados en estas pacientes.

Hallazgo quirúrgico posparto de trombosis de la vena ovárica derecha: Reporte de caso

Andrea Meza-Martínez, Michelle Aurora Hegewisch-Viloria, Francisco Mejía-Romo
Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de Ginecoobstetricia, Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS, Guadalajara, Jalisco.

ANTECEDENTES: La trombosis de la vena ovárica es una complicación rara del embarazo y el parto que aumenta la morbilidad materna.

CASO CLÍNICO: Paciente de 42 años, multigesta con dos cesáreas previas, hemotipo o positivo, sin alergias, sin enfermedades crónicas y de relevancia para el caso. En su tercer embarazo fue enviada a tercer nivel, por contar con diagnóstico de placenta previa total, posteriormente se realizó diagnóstico de acretismo placentario y probable percretismo por el servicio de medicina materno fetal de la unidad en la semana 32 de gestación; sin antecedente de episodio de sangrado previo. Se lleva a cabo un abordaje multidisciplinario, realizando hidrodisección a nivel de la plica vesicouterina, devascularización y descenso de la misma, se realiza histerotomía fúndica transversa obteniendo recién nacido vivo masculino de 2248 gramos de peso y Capurro de 35 semanas, APGAR 5-8. Se procede a realizar ligadura de arteria hipogástrica derecha y posteriornente se realizó histerectomía total. Durante seguimiento se encuentra en tratamiento a base de anticoagulación con enoxaparina y posterior rivaroxabán por seis meses y posteriormente manejo con clopidogrel y ácido acetil salicílico durante un año.

CONCLUSIÓN: La trombosis de la vena ovárica posparto es una complicación poco frecuente del puerperio, pero conlleva un riesgo de morbilidad y mortalidad significativa si no se trata adecuadamente. Por lo que debe incluirse en el diagnóstico diferencial de las mujeres que fueron sometidas a cirugía de pélvica que presentan síntomas abdominales vagos dado el desenlace potencialmente fatal asociado con esta afección.

Miocardiopatía hipertrófica septal asimétrica tipo III Maron Candell en el embarazo

García-Escoto Víctor Salvador, Meza Martínez Andrea, Aguilera Gómez Susana Jazmín, González Reynoso Javier, Arellano Cornejo Khalil
UMAE Centro Médico Nacional de Occidente, Guadalajara, Jalisco.

ANTECEDENTES: La miocardiopatía hipertrófica es una enfermedad genética que frecuentemente se presenta a una edad temprana. Los cambios fisiológicos que ocurren durante el embarazo, es decir, la disminución de la resistencia vascular, el aumento del volumen sanguíneo y el aumento de la frecuencia cardíaca, pueden provocar un empeoramiento de la insuficiencia cardíaca en mujeres con miocardiopatía hipertrófica.

CASO CLÍNICO: Paciente de 31 años, Gestas 2 Aborto 1, Portadora de Miocardiopatia Hipertrófica Septal Asimétrica tipo III, no obstructiva,, en manejo actual con Concord 1/4 tab vo cada 24 hrs. Cirugias: una laparotomia por quiste de anexo. Valoración por cardiología: clasifica NYHA III. Ecocardiograma: Miocardiopatía hipertrófica septal asimétrica tipo 3 de Maron-Candell, PSAP 56 mmhg, auricula izquierda 54 x 63 x 47 mm, dilatada, auricula derecha 57 x 44 mm, dilatada. USG Obstétrico: Fetometría para 34.6 sdg, peso estimado 2366 gr, percentil 70%, placenta corporal y posterior, grannum II, cahmbaerlain 6.5 cm. Inicia con actividad uterina, coontracciones uterinas cada 3 minutos, al tacto vaginal con 3 cm de dilatacion se programa interrupción de la gestación por vía abdominal, Se obtiene recién nacido de 3363 gr, talla 52 cm, apgar 7/8. Capurro 37 sdg.

CONCLUSIÓN: Los efectos hemodinámicos de la fibrilación auricular y la taquicardia ventricular son significativos y pueden ser peligrosos para la madre y el feto. Además, pueden conducir a la exacerbación de la insuficiencia cardíaca. La fibrilación auricular es de especial interés en este subgrupo de población. El embarazo es un estado de hipercoagulabilidad y la fibrilación auricular es una arritmia asociada con importantes complicaciones tromboembólicas.

Leucemia mieloide aguda fase blástica en la gestación

García-Escoto Víctor Salvador, Meza Martínez Andrea, Aguilera Gómez Susana Jazmín, González Reynoso Javier, Arellano Cornejo Khalil

Centro Médico Nacional de Occidente, Guadalajara, Jalisco.

ANTECEDENTES: El cáncer complica aproximadamente 1 de cada 1 000 embarazos, representando las neoplasias hematológicas como grupo el 18 % - 25 % de las malignidades que complican el embarazo, después de los carcinomas de mama (26 %) y el cáncer de cuello uterino (26 %), siendo la malignidad más frecuente el linfoma de hodgkin, seguido de linfoma no hodgkin y la leucemia aguda.

CASO CLÍNICO: Paciente de 31 años, g2 p1 cursa con embarazo de 27.3 sdg x fum, comorbidos: hipotiroidismo iatrogenico secundario a extracción de nódulos en tiroides a los 6 años de edad, y/o hipertensión arterial crónica de 2 años. motivo de consuta refiere gingivorragia, palpitaciones, astenia y adinamia de un mes de evolucion. paraclínicos con pancitopenia, hb 7.2 , plaquetas 46 mil y leucocitos de 4.7, frotis de sangre periférica con médula ósea hipercelular, infiltrada por blastos de aspecto mieloide y monocitoide, estableciendo diagnóstico de leucemía mieloide aguda.

CONCLUSIÓN: La leucemia es una entidad poco frecuente en la mujer embarazada, siendo importante saber identificarla ya que se cuenta con más disponibilidad de recursos para su diagnóstico. existen dos consideraciones importantes para el manejo de las gestantes que presentan leucemia, por un lado está la madre que requiere una terapia antineoplásica óptima y por el otro, el desarrollo fetal que puede ser potencialmente afectado por la enfermedad o por la teratogenicidad de los agentes citotóxico. sin embargo, independientemente de la edad gestacional, la inmediata inducción de la remisión sigue siendo el primer objetivo del tratamiento, al igual que en la población no embarazada. la leucemia aguda durante el embarazo como puede verse es una neoplasia infrecuente, representando una situación compleja, con un pronóstico desfavorable.

Embarazo ectópico ístmico-cervical en cicatriz de cesárea previa

Jesús Artemio Gámez Campos, Israel Jardines Zamorano, Saúl Antonio Madrigal Sánchez, Ramón Ahumada Frayde
Hospital CIMA y Hospital Integral de la Paciente del Estado de Sonora.

ANTECEDENTES: El embarazo ectópico compromete el 1-2% de los embarazos clínicamente reconocibles, pero representa el 2.7% de mortalidad materna en Estados Unidos. En un estudio publicado en 2022 de 3915 embarazos ectópicos, 85% fueron en la trompa de Falopio, 8% en la cicatriz de cesárea previa, 2.5% intersticial, 1.5% ovario, 0.6% abdominal y 0.5% cervical.

CASO CLÍNICO: Paciente femenino de 39 años. Antecedentes gineco-obstétricos: menarca 12 años, ciclos regulares 28x5, dismenorreica moderada, FUR 28.04.23 (7.6 sdg) G3C2 (C1: 2009 electica sin complicaciones aparentes y C2: 2015 cesárea previa sin complicaciones aparentes). Sin método de planificación familiar. Ultima citología cervical 2022 negativo a malignidad. Al momento sin conocimiento de embarazo. Inicia padecimiento presentando dolor abdominal tipo cólico de inicio súbito acompañado de sangrado transvaginal moderado por lo que solicita atención medica. A la exploracion fisica: signos vitales dentro de parametros normales. Neurologicamente íntegra. Se realiza histerectomía total laparoscópica con movilizador RUMI II sin punta (solo se utiliza copa, debido a embarazo cervical) sin complicaciones durante el transquirúrgico presentando sangrado de 100 cc con signos vitales estables y recuperacion favorable. Se egresa a domicilio a las 24 horas.

CONCLUSIÓN: Debido al alto índice de complicacion y gran porcentaje de morbi-mortalidad materna que ésta condicion obstetrica presenta, se debe de realizar un diagnóstico oportuno y ofrecer siempre, un tratamiento individualizado, de preferencia, un abordaje mínimamente invasivo tenien-

do en cuenta comorbilidades maternas y antecedentes gineco-obstétricos.

Cistoadenoma mucinoso gigante de la gestación

García Escoto Víctor Salvador, Aguilera Gómez Susana Jazmín, González Reynoso Javier, Arellano Cornejo Khalil
UMAE Centro Medico Nacional de Occidente, Guadalajara, Jalisco.

ANTECEDENTES: El diagnóstico de tumores ováricos durante el embarazo es cada vez más frecuente como consecuencia del mayor uso rutinario del ultrasonido desde etapas tempranas de la gestación. la frecuencia es baja en relación con otras neoplasias asociadas al embarazo, se reporta una incidencia menor de 5%. Casi todos los tumores son pequeños y susceptibles de ser tratados de manera conservadora.
CASO CLÍNICO: Paciente de 29 años, niega enfermedades cronico degenerativas, portadora de obesidad grado III, IMC 40 alergías, fracturas, cirugías, Gpo y RH O positivo, AGO: menarca 13 años, FUM 29.05.22. Gesta 1. Cursando con 6.0 semanas de gestación. Acude a consulta externa de ambarazo de alto riesgo con reporte de ultrasonido obstétrico el cual reporte tumoración de anexo izqueirdo gigante, cursando con embarazo de 6 semanas de gestación. Asintomática en ese momento, se protocoliza a la paciente para intervención quirúrgica de laparotomía exploradora para extirpación de tumor de anexo izquierdo, por alto riesgo de torsión del pedículo. Laboratorios. Hb 13 Htc 39.9. plaquetas 291. leucos 7.75. urea 12. Creat 0.50. CA 125. 73.8. ACE 0.91. HCG Beta 0.90 USG: útero en avf 91 x 50 x 48 mm. Vol.114 cc. Miometrio homogeneo de bordes regulares y bien definidos, embrión: LCR de 6.4 mm = a 6.3 semanas, frecuencia cardiaca embrionaria 128 latidos por minuto, se observa imagen redondeada, bien delimitada, contenido anecoico, negativo al doppler color, topografía de anexo izquierdo de 29 x 26 x 19 cm. Transoperatorio: útero gestante de 7 semanas, con presencia de tumor de anexo izquierdo de 30 x 29 cm, bordes lisos, regulares, de caracteristicas quísticas, presenta pediculo grueso, sin datos de torsiión. Reporte histopatológico Transoperatorio: cistoadenoma mucinoso de ovario con eje mayor de 29 cm, más quíste paratubárico de 4 cm.
CONCLUSIONES: Los cistoadenomas mucinosos son tumores ováricos epiteliales benignos que se caracterizan por ser multiloculares, con superficies externas e internas lisas y por contener líquido mucinoso de consistencia variable.

Arteritis de Takayasu con preeclampsia sobreagregada: Reporte de caso

García Escoto Víctor Salvador, Aguilera Gómez Susana Jazmín, González Reynoso Javier, Arellano Cornejo Khalil
UMAE Centro Medico Nacional de Occidente, Guadalajara, Jalisco.

ANTECEDENTES: La arteritis de Takayasu también conocida como arteritis de la mujer joven es una enfermedad idiopática, crónica, inflamatoria y progresiva, que causa el estrechamiento, la oclusión y los aneurismas de las arterias sistémicas y pulmonares, afectando principalmente a la aorta y a sus ramas.
CASO CLÍNICO: Paciente de 28 años, gesta 2 Aborto 1 Cesáreas 1, hemotipo B Negativo, Acude al servicio de urgencias tococirugía por disnea de medianos esfuerzos, de una semana de evolución, cursando con embarazo de 25 SDG + hipertensión arterial crónica + disnea y ortopnea, con signos vitales TA 185/78, FC 115, FR 18, T 36, Saturación 96% sin oxígeno suplementario. Comorbidos: hipertensión arterial secundaria a vasculitis, diagnosticada ha los 15 años, se realiza biopsia por dermatosis en extremidad inferior, cuenta con histopatológico el cual reporta poliarteritis nodosa no clásico y arteritis de Takayasu en tratamiento con ácido micofenólico y alfa-metildopa, se toma perfil bioquímico sin alteraciones. Durante su estancia intrahospitalaria, presenta evolución tórpida por

descontrol de cifras tensionales de 211/104, con preeclampsia sobreagregada, los paraclínicos de control se evidencia daño renal agudo secundario síndrome urémico manifestado por encefalopatía urémica, alcalosis respiratoria con acidosis metabólica secundaria anión GAP normal y arteritis de Takayasu tipo V por lo que se decide pasar interrupción de la gestación por inestabilidad materna obteniendo los siguientes hallazgos: Recién nacido vivo, masculino, peso de 767 gramos, talla 32 cm, sangrado de 250 cc y pasa a Unidad de Cuidados Intensivos a vigilancia posquirúrgica.

CONCLUSIÓN: La arteritis de Takayasu no se asocia con actividad de la enfermedad durante el embarazo. Una de las principales complicaciones en la mayoría de reporte de casos, así como en este, fue la hipertensión con preeclampsia sobreagregada. Un buen control de la actividad de la enfermedad y la hipertensión arterial antes de la concepción y durante el embarazo es fundamental para mejorar los resultados maternos y fetales. El tratamiento óptimo de estas mujeres requiere atención prenatal proporcionada por un equipo interdisciplinario asociado a la detección y tratamiento temprano para obtener un resultado materno satisfactorio.

Síndrome de heterotaxia fetal: serie de casos

Treviño Montemayor Óscar Rubén, Argeñal Rodríguez Alina Jackeline, Garza Reyna Diana Orfelina Murillo Mendoza, Andrés Alanís Cruz Alan Osmar
Hospital Universitario José Eleuterio González, Monterrey, NL.

ANTECEDENTES: La heterotaxia se define como una disposición anormal de los órganos, que se asocia de forma frecuente con malformaciones cardíacas y gastrointestinales. Hay dos modalidades principales, el isomerismo izquierdo con poliesplenia y el isomerismo derecho con asplenia, el cual presenta peor pronóstico en la vida posnatal.

OBJETIVO: Analizar los datos clínicos, hallazgos ecográficos y resultados perinatales de las pacientes cuyos fetos fueron diagnosticados con síndrome de heterotaxia.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo descriptivo en el que se incluyeron pacientes cuyo feto fue diagnosticado con síndrome de heterotaxia/isomerismo en el Hospital Universitario José Eleuterio González, en el período comprendido de enero 2022 a septiembre 2023. En el periodo estudiado se presentaron tres casos de heterotaxia. Se investigaron los antecedentes maternos, las características ecográficas más importantes, así como malformaciones congénitas acompañantes y desenlace neonatal. Se realizó una revisión de la literatura en MESH, Medical Subject Headings, utilizando los términos de búsqueda heterotaxy y/o isomerism.

RESULTADOS: Se estudiaron tres pacientes embarazadas las cuales fueron referidas de consultas externas para valoración por diagnóstico probable de heterotaxia fetal. Ninguna paciente se realizó ultrasonido genético y dos de ellas se realizaron ultrasonido anatómico, en el cual se sospechó el diagnóstico.

CONCLUSIÓN: El síndrome de heterotaxia es una condición clínica con un espectro altamente variable de anomalías estructurales que involucran los principales sistemas. De dichas malformaciones, las cardíacas condicionan de manera importante el pronóstico perinatal, consistiendo en una de las cardiopatías congénitas de mayor complejidad, presentando conexión anómala de las venas pulmonares, canal auriculo ventricular, ventrículo derecho con doble salida, aurícula única y ventrículo único. La ecografía morfológica completa y la ecocardiografía son nuestra principal herramienta diagnóstica tanto en la etapa prenatal como en la posnatal, debido a la precisión que puede tener en relación con las imágenes anatómicas.

Cistadeno-carcinoma mucinoso gigante de ovario: Reporte de caso

Eduardo Loredo Mora, Monserrat de Jesús Mercado Rincón,

Ellian Yeritza Trujillo Cruz, Efraín Cruz Rodríguez, Willy T Escalante Silva
Hospital Central Ignacio Morones Prieto, Monterrey, NL.

CASO CLÍNICO: Paciente de 50 años con antecedente de hipertensión arterial crónica de 3 años de evolución en tratamiento y antecedente quirúrgico de 1 cesárea, no otros de relevancia. Inicia su padecimiento en Agosto/22 con aumento de perímetro abdominal, se agrega con el paso de las semanas sensación de plenitud postprandial y periodos de constipación alternados con diarreas ocasionales, sin referir otra sintomatología, a la exploración física se presenta con signos vitales estables, destaca a nivel abdominal la palpación de masa indurada que abarca la totalidad abdomino-pélvica, no dolorosa a la palpación, no aparenta ascitis, a la exploración bimanual se encuentra abombamiento en fondo de saco anterior vaginal con desplazamiento del cervix, hacia anexos se palpa indurados secundario a la presencia de la masa que abarca hueco pelvico, no secreciones anormales o sangrado. Estudios de extensión con tomografía abdominal reportando masa heterogénea de componentes sólido-quísticos multiseptada, septos de 3-4 mm; de 36.5 x 31.6 x 22.6 cm con un volumen de 14,094 ml, con probable origen anexial derecho, con presencia de escaso líquido libre, ultrasonido a pesar de limitantes por el tamaño de masa describe características similares con reforzamiento periférico y central en algunas zonas al Doppler color. No se observan ganglios, útero preservado. Laboratorios reportan hemoglobina 11.2 gr/dl, hematocrito 32.7%, plaquetas 339mil, leucocitos 10,900, TP 13.7s, TPT 34.1, antígeno carcinoembrionario 4.3 ng/ml, CA-125 160 U/ml, CA 19-9 213 U/ml. Se realiza paracentesis evacuadora con escaso liquido ascitis el cual se reporta negativo para neoplasia. Se programa para laparotomía exploradora y examen transoperatorio, durante procedimiento quirúrgico se encuentra masa abdominal dependiente de anexo derecho que ocupa la totalidad de la cavidad abdomino-pélvica de 90 x 50 cm y 18.5kg, el reporte de estudio transoperatorio se refiere como carcinoma mucinoso de ovario por lo que se realiza cirugía estadificadora de ovario, se egresa con adecuada evolución y sin complicaciones postquirúrgicas. El reporte definitivo de patología, cistoadeno-carcinoma mucinoso moderadamente diferenciado G2, ovario izquierdo con focos de carcinoma mucinoso, resto negativo para neoplasia. Ultrasonido de hígado y vías biliares con esteatosis leve e hidronefrosis G1, radiografía de tórax sin anormalidad, sin evidencia de metástasis, se envía a quimioterapia para adyuvancia.

CONCLUSIÓN: El abordaje inicial estará basado en historia clínica y exploración física donde podremos encaminar nuestro diagnóstico ante el hallazgo de una masa pélvica, sin embargo cuando se habla de cáncer de ovario es imperativo la complementación de estudios de imagen (US/TC) para delimitar las caracteristicas de la lesión y marcadores como Ca125 que nos pueden orientar hacia la benignidad o malignidad de la patología. La piedra angular del tratamiento será el manejo quirúrgico (cirugías estadificadora en este caso) complementado por la adyuvancia por oncomédica, estas dos intervenciones serán las que pueden mejorar la supervivencia en estas pacientes, en conjunto con un manejo multidisciplinario según sea pertinente. La paciente actualmente se encuentra en vigilancia y sin datos de recurrencia de enfermedad al momento.

Condición del virus del pailoma humano en México

Eduardo Loredo Mora, Carla Lizeth Loredo Mora
Hospital Central Dr Ignacio Morones Prieto, Monterrey, NL.

ANTECEDENTES: La infección por el virus del papiloma humano (VPH) es la infección de transmisión sexual más frecuente en el mundo. La prueba de Papanicolaou se convirtió rápidamente en el estándar de

oro en la detección del cáncer de cuello uterino, es poco costosa, fácil de realizar y puede interpretarse con precisión; se encontró que su uso generalizado como tamizaje dió como resultado una disminución significativa en la incidencia de cáncer de cuello uterino. La infección por VPH ha evolucionado epidemiológicamente por este motivo se busca explorar la situación actual de su condición en México, actualmente mediante PCR se puede realizar tipificación e identificación de los serotipos e incluso normar conductas clínicas en base a los resultados.

OBJETIVO: Recopilar datos sobre la situación actual de VPH en México en cuanto su incidencia, distribución poblacional y evolución de pacientes con VPH en México.

MATERIALES Y MÉTODOS: Búsquedas en las bases de datos PubMed, EMBASE, Google Scholar, Scielo, Scopus y Cochrane de artículos publicados del 2012 al 2022, para recopilar datos sobre la situación actual de VPH en México en cuanto su incidencia, distribución poblacional y evolución de pacientes con VPH en México, tomando todos los artículos de investigación prospectivo, retrospectivo, cohortes, transversales o revisión sistemáticas, excluyendo aquellos que no describían poblaciones mexicanas y eliminado aquellos con más de 10 años de publicación.

RESULTADOS: En México, desde el año 2021 es la segunda causa de muerte por cáncer en la mujer. La distribución de los casos muestra un incremento a partir de los 35 años, siendo el grupo de 50 a 59 años quien registra el mayor porcentaje con alrededor del 30% de todos los casos. La prevalencia del virus del papiloma humano varía entre los diferentes estudios realizados en México; de acuerdo con la región geográfica, la población estudiada, el método de detección y el grado de lesión que presentan las pacientes. En la región Este de México, se ha reportado una mayor prevalencia de los tipos 16, 58, 18 y 33, mientras que en la región Centro predominan los tipos 16, 18, 45 y 58, y en la región sur son más frecuentes los tipos 16, 18, 31 y 58. De acuerdo con los resultados, en la población estudiada se encontró que los VPH de mayor prevalencia fueron los tipos 16, 66, 52 y 51. El tipo 16 tuvo una prevalencia del 45.4%, lo cual concuerda con otros trabajos reportados y confirma que este tipo viral es cosmopolita y de alta virulencia. Es interesante que se encontró una prevalencia inusual de los tipos 66, 52 y 51, del 35.5%, el 33.7% y el 33.3%, respectivamente.

CONCLUSIONES: La prevalencia del VPH en México varía entre los diferentes estudios realizados sin embargo es muy elevada en de pacientes con vida sexual activa, se requieren más estudios a nivel nacional para confirmar estos datos, pero en nuestro país esto se traduce en que existe un nivel de conocimiento bajo de esta patología y los problemas de salud pública que puede ocasionar como lo es el cáncer cervicouterino, existen métodos de tamizaje que son buenos al tomar su costo-efectividad para disminuir a prevalencia de cáncer en la población mexicana y actualmente tipificación de serotipos que norman conductas clínicas seguimiento y tratamientos. Basados en estos resultados se podrían implementar programas de vacunación dirigidos para disminuir la prevalencia de VPH y subsecuentemente de cáncer cervicouterino en nuestro país, sin embargo, pareciera ser que actualmente estas políticas de salud pública se muestran en desuso o en pausa por parte sector salud.

Manejo conservador y uso de vasopresina como agente vasoactivo y de hemostasia para resección en cuña de un embarazo ectópico cornual no roto: Reporte de caso

Alejandra Téllez Aguilera, Reynol Emiliano González Ibarra, Denisse González Balleza
Hospital Regional Materno Infantil.

ANTECEDENTES: El uso de sustancias vasoactivas como técnica hemostática, como la vasopresina, permiten la realización de técnicas más

conservadoras, como la resección en cuña del embarazo cornual o cornuostomía, así como la disminución de las pérdidas sanguíneas y mejor exposición del campo quirúrgico, lo que permite una reparación anatómica y funcional más adecuada así como la preservación de órganos pélvicos, preservando la fertilidad y favoreciendo los desenlaces obstétricos a futuro. El uso de vasopresina como agente hemostático ha sido utilizado ampliamente para la reducción de pérdidas sanguíneas en la cirugía ginecológica de mínima invasión, por lo que su implementación en este escenario clínico, disminuye las pérdidas sanguíneas y permite mejor visualización de lecho quirúrgico, resección completa de los productos de la concepción, menor daño anatómico y una mejor recuperación funcional. El éxito en la implementación de estos nuevos abordajes continúa siendo el diagnóstico oportuno y la adecuada planeación quirúrgica.

CONCLUSIONES: El embarazo cornual, es un embarazo ectópico, de baja incidencia, que cuando se presenta se debe tratar como una verdadera emergencia obstétrica, debido a su alta morbi-mortalidad, a pesar de que su diagnóstico sigue siendo un reto, por la sintomatología presentada como en el caso de nuestra paciente, se debe de actuar de manera inmediata al momento de su detección, para reducir la mortalidad del mismo. Con los nuevos advenimiento del uso de sustancias para la reducción de pérdidas sanguíneas, nos ofrece un nuevo panorama para el tratamiento integral de las pacientes, y así disminuir las complicaciones asociadas.

Hiperqueratosis nevoide de areola y pezón, una afección infradiagnosticada: Reporte de caso

Audifred Salomón JR, Niebla Cardenas D, Hualpa López CM, Castro Bonilla NL

ANTECEDENTES: La hiperqueratosis nevoide de areola y pezón es una afección benigna que puede afectar al pezón, la areola donde no hay afectación de ganglios axilares, no tiene etiología conocida.

OBJETIVO: Dar a conocer la importancia de considerar el diagnostico diferencial de hiperqueratosis nevoide de areola y pezón en la patología mamaria, ya que por sus características puede asociarse con patología mamaria maligna y es de baja incidencia por lo que es poco sospechado.

RESULTADOS: El diagnóstico se realizó mediante valroacion por el servicio de dermatopatología quien confirma diagnostico de hiperqueratosis nevoide de pezón. La literatura propone como opciones de tratamiento tópico queratolíticos, corticoesteroides, ácido retinoico y calcipotriol, tambien manejo con crioterapia, láser de CO_2 o la escisión; aunque los resultados pueden ser parciales y el cuadro recidivante.

CONCLUSIÓN: La hiperqueratosis nevoide del complejo areola pezón es una entidad con baja incidencia, por lo que no se integra frecuentemente el diagnostico diferencial de patología mamaria. En la paciente se manifiesta bilateralmente, por lo cual puede ser facilmente asociada a trastornos hormonales y por las caracteristicas clinicas observadas relacionarse con patologia maligna. El tratamiento en pacientes jovenes generalmente cobra vital importancia, ya que el aspecto cosmético puede generar disconfort en algunas de ellas, sin embargo, al iniciar manejo se debe tener una adecuada adherencia farmacológica puesto que se han reportado recaídas frecuentes al suspenderlo súbitamente, por lo que se considera que aún se requieren estudios adicionales para establecer una propuesta de tratamiento definitivo o con mejor tiempo de latencia de la enfermedad.

Tumor de células de la granulosa tipo adulto: Reporte de caso

Abel Guzmán López, Emilio Modesto Treviño Salinas, Hilda Guadalupe Guzmán Pérez, Tomás Ignacio Guzmán Pérez, Krisia Mirén Espinosa Valencia
Departamento de Ginecología y Obstetricia, Hospital Universitario José Eleuterio González, Universidad Autónoma de Nuevo León.

ANTECEDENTES: El cáncer de ovario es la tercera causa de mortalidad por neoplasias en las mujeres mexicanas. En México representa el 5.3% de los diagnósticos de cáncer y el 21% de los cánceres ginecológicos.
CASO CLÍNICO: Paciente de 40 años, nuligesta, ritmo irregular de 30-180x8. Acudió por primera vez al Servicio de Ginecología del Hospital Universitario José Eleuterio González en octubre de 2022 por tumoración anexial izquierda, refería dolor en hipogastrio tipo cólico de 6 meses de evolución acompañado de distensión abdominal y cambios en el patrón menstrual. Se solicitaron marcadores tumorales: Ca 125 en 76 U/ml y Ca 19-9 en 21 U/ml. El estudio de Patología definitivo reportó atipia de significado no determinado en el líquido de ascitis, (Categoría III) y tumor de células de la granulosa tipo adulto con FOXL2 positivo, inhibina no contributorio y CD99 negativo. Se programó para cirugía óptima de ovario, posterior a 3 semanas, la cual se realizó sin complicaciones. Se reportaron: útero miomatoso, ovario derecho con cistadenoma seroso, tejidos pélvicos bilaterales, biopsia de vejiga y epiplón sin alteraciones, negativos para neoplasia. Paciente se ha mantenido bajo vigilancia, actualmente libre de actividad tumoral.
CONCLUSIÓN: Debido a los síntomas fue posible establecer un diagnóstico preciso y tratamiento oportuno. Es necesario continuar con el seguimiento en estas pacientes ya que tienden a recurrir décadas posteriores a la presentación inicial, 70% de las cuales se presentan con pobre pronóstico.

Embarazo ectópico en cicatriz uterina previa: Reporte caso

Peñaloza Nolasco Arely, Gómez Cevallos Teresa Aranzazú, Montiel Salado Itzel Beatriz, Obregón Aguilar Abigail, Velasco Gutiérrez Carolina
Instituto Mexicano del Seguro Social.

ANTECEDENTES: El embarazo ectópico es un embarazo que ocurre fuera de la cavidad uterina. En el 90% de los casos ocurre en la salpinge, en el 1-3% en el ovario, el 1% en el abdomen, 1% en el cérvix y de 1 a 3% en cicatriz uterina previa. Hasta el 50% de los casos no presentan factores de riesgo asociados, el resto se asocia a embarazo ectópico previo, lesión o cirugía tubárica previa, cirugía pélvica, tabaquismo, edad mayor a 35 años, enfermedad pélvica inflamatoria, embarazo con DIU en situ y técnicas de reproducción asistida.
CASO CLÍNICO: Paciente de 37 años de edad con diagnóstico de embarazo ectópico en cicatriz uterina previa. Antecedentes crónicos: miomatosis uterina, antecedentes gineco-obstétricos: menarca: 14 años, IVSA:19, NPS: 2, ETS: negadas, MPF: preservativo, citología cervical negativa 2023, FUM: 30/05/2023, Gesta 2 Cesárea 1 hace 13 años, electiva, 2900 gr. Quirúrgicos: abdominoplastía hace 3 años. Inició su padecimiento con sangrado transvaginal escaso, intermitente y dolor pélvico, con una prueba positiva de embarazo en orina, motivo por el cual acudió a urgencias para valoración. Reporte de patologia: Embarazo ectópico en serosa uterina de 3 cm de eje mayor que se extiende hacia el espesor de la pared miometrial y entra en contacto con la cavidad uterina, leiomiomas intramurales y submucosos.
CONCLUSIÓN: El embarazo ectópico en cicatriz uterina previa es una entidad poco frecuente y potencialmente mortal en la que el saco gestacional se implanta de forma anormal dentro del miometrio y tejido fibroso de la cicatriz. Con el aumento en la tasa de cesáreas, las complicaciones iatrogénicas relacionadas con las mismas también están en aumento. Debido a la presentación tardía e insidiosa de síntomas en comparación con los embarazos ectópicos tubáricos, su diagnóstico oportuno representa un reto por lo que es importante la correlación clínica, estudios de gabinete y laboratorio. Su tratamiento precoz puede prevenir complicaciones como hemorragia, ruptura uterina y preservar la fertilidad.

Linfangioma cervical fetal: diagnóstico raro en el contexto de hidropsia fetal: Reporte de caso

Edna Alejandra Camarena Salazar, Juan Carlos Camacho Hernández
UMAE 23 Hospital De Gineco Obstetricia Ignacio Morones Prieto, Monterrey, NL.

ANTECEDENTES: El linfangioma cervical es una malformación del sistema linfático que se presenta en el 1% de los recién nacidos vivos. El 75-80% se localizan en cabeza y cuello, observándose en el ultrasonido como una masa multiseptada, multiquística e irregular, siendo consecuencia de la disembriogénesis del tejido vascular linfático.
CASO CLÍNICO: paciente con deficiente control prenatal, enviada a tercer nivel a Departamento de Medicina Fetal en la UMAE 23, por sospecha de hidropesía fetal. En el ultrasonido estructural se encontró un feto único, vivo, cefálico, con los hallazgos principales: imágen heterogénea de predominio cervical anterior derecha con imagen multiseptada, áreas quísticas simples, con medidas 141x112 mm, doppler color +, a expensas de vascularidad mediada por vaso dependiente de la carótida interna, sugestiva de linfangioma. Derrame pleural bilateral, Indice cardiotorácico de 0.18. Ascitis, edema subcutáneo, hidrocele bilateral y polihidramnios. Diagnóstico ecográfico: embarazo de 32.6 semanas + Linfangioma cervical + Hidrops fetal no Inmune + Polihidramnios.
CONCLUSIÓN: Los linfangiomas acorde a la literatura, se reportan en un 1 de cada 6000 recién nacidos vivos. Se considera factor etiológico infecciones virales y el consumo de alcohol. La identificación de masas en región cervical se asocia a progresión rápida en tamaño y baja asociación con anomalías genéticas. En este caso el diagnóstico debutó ecográficamente por medio de hídrops, por lo cual el diagnóstico prenatal mediante el ultrasonido estructural es la herramienta fundamental para valorar manejo, indicándose seguimiento cada 2 - 3 semanas, con apoyo diagnóstico de la resonancia magnética. El pronóstico posnatal generalmente es favorable, excepto si se encuentra asociado a hídrops, falla cardiaca o compresión de la vía área, así mismo su asociación a polihidramnos se relaciona con obstrucción esófagica, como en este caso, generando mal pronóstico fetal.

Struma ovarii gigante sin alteración tiroidea en paciente en la segunda década de la vida: Reporte de caso

García Isabeles Aarón, Santacruz Báez Smarth, de la Cruz Vázquez Carlos Augusto, Sulvarán Victoria Diana, López Sánchez José Argenis
Unidad Médica Alta Especialidad Hospital de Ginecología y Obstetricia 4 Luis Castelazo Ayala, Instituto Mexicano del Seguro Social, Ciudad de México.

ANTECEDENTES: Los tumores de células germinales representan el 20% de los tumores ováricos, siendo los teratomas benignos un 95%. El struma ovarii es un teratoma ovárico de variante monodérmica, en el que la diferenciación hacia tejido tiroideo es la predominante y constituye más del 50% del tumor. Suelen ser benignos, aunque se describe malignidad en un 5-10% de los casos; su mayor incidencia es entre los 30 y 50 años, con predominio unilateral, siendo con mayor representación en el ovario izquierdo. En ocasiones se acompañan de cistoadenomas o teratomas en el ovario contralateral.
Describir y presentar el caso clínico en una mujer de la segunda década de la vida con reporte de Struma Ovarii sin repercusión hipertiroidea debido a su baja incidencia y los hallazgos histopatológicos que lo caracterizan, las revisiones en la literatura se enfocan a reportes de casos.
CASO CLÍNICO: Paciente de la segunda década de la vida, con reporte histopatológico de Struma Ovarii.
CONCLUSIÓN: El struma ovarii es un teratoma ovárico de variante monodérmica, en el

que la diferenciación hacia tejido tiroideo es la predominante y constituye más del 50% del tumor. Es difícil realizar el diagnóstico preoperatorio de struma ovarii debido a la falta de características clínicas y ecográficas. Su baja incidencia y los hallazgos histopatológicos que lo caracterizan, las revisiones en la literatura se enfocan a reportes de casos. En este reporte de caso, la paciente no tuvo repercusiones tiroideas, actualmente asintomática.

Trombastenia de Glanzmann y embarazo: Reporte de caso y revisión de literatura

María Fernanda López Torres, Francisco Ibargüengoitia Ochoa, María Guadalupe Jiménez Hernández, Samuel Vargas Trujillo
Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, Ciudad de México.

ANTECEDENTES: La trombastenia de Glanzmann es un trastorno autosómico recesivo en el cual hay una reducción de la agregación plaquetaria. Se debe a alteraciones relacionadas con la glicoproteína IIb/IIIa la cual interviene en la activación plaquetaria. E trastorno se debe sospechar en los casos de hemorragia grave espontánea o inducida por traumatismos la cual puede ser potencialmente mortal y en muchos casos requerir de transfusión plaquetaria. El diagnóstico se confirma con pruebas de agregación plaquetaria y el tratamiento de elección es la transfusión de plaquetas. La asociación de trombastenia y embarazo es muy rara y se considera una asociación de alto riesgo dada la posibilidad de hemorragia asociada al nacimiento la cual puede requerir de un manejo agresivo de útero-tónicos, transfusión de plaquetas y otros como el ácido tranexámico.
CASO CLÍNICO: Paciente de 24 años con diagnóstico de trombastenia de Glanzmann a los 10 años de edad, primigesta con antecedente de anticoncepción a base de DIU medicado, no recordaba la fecha de última menstruación. Inició control prenatal en nuestra Institución en la semana 21 de gestación. Presentó epistaxis en semana 26 la cual se controló solo con presión local. En semana 36 se corroboró diagnóstico con ausencia de glicoproteínas IIb/IIIa y agregometría. De los exámenes de laboratorio con plaquetas oscilando entre 114,000 y 144,000/microl En la semana 39 se efectuó cesárea electiva bajo efecto de anestesia general previo a la transfusión de un paquete de aféresis plaquetaria no siendo necesaria otra medida; se obtuvo un recién nacido vivo con peso de 2870 gr y cuenta plaquetaria de 208,000/microl de control.
CONCLUSIÓN: Las pacientes con trombastenia de Glazmann con frecuencia se asocian con hemorragia significativa particularmente durante o después del nacimiento. Esta patología puede presentarse durante del embarazo, sin embargo, con el adecuado control prenatal y tomar ciertas medidas al momento de la resolución, se pueden lograr embarazos exitosos.

Metástasis placentaria de carcinoma colorrectal con células en anillo de sello: primer caso reportado

María Fernanda López Torres, Francisco Ibargüengoitia Ochoa, María Yolotzin Valdespino Vázquez, Andrea Michelle Asaf Calderón
Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, Ciudad de México.

ANTECEDENTES: El carcinoma con células de anillo de sello es un raro y distintivo cáncer de colon que representa el 1% de todos los cánceres de colon. Es una forma de cáncer muy agresivo que se encuentra de forma significativamente mayor en pacientes jóvenes, en una etapa clínica avanzada y con una supervivencia pobre. Se presenta el caso de una mujer embarazada en quien se estableció el diagnóstico de cáncer de colon en el segundo trimestre, la biopsia documentó células en anillo de sello, resolvió el embarazo en semana 28 y falleció a los 25 días posteriores al nacimiento. El estudio de anatomía patológica de la placenta evidenció metástasis.
CASO CLÍNICO: Paciente de 24 años originaria y residente de

área rural, alcoholismo y tabaquismo negados. Secundigesta. Referida a nuestra Institución al cursar embarazo de 22 semanas; presentaba estreñimiento, disnea de 1 mes de evolución y pérdida de peso de 10 kg en los últimos cuatro meses. De los exámenes de laboratorio destacaron hemoglobina de 9.9 g/dl, plaquetas 550,000/mm3, antígeno carcinoembrionario 29 ng/ml y CA 19-9 de 2602 U/ml. El estudio de ultrasonido abdominal mostró líquido de ascitis, así como engrosamiento del mesenterio sugestivo de carcinomatosis; la resonancia magnética evidenció imagen irregular próxima al ámpula rectal con dimensiones de 25 x 26 x 26 cm. El reporte histopatológico de la biopsia reportó adenocarcinoma con células en anillo de sello. El embarazo finalizó vía vaginal, obteniendo un recién nacido de 742 gr con fetometría para 28 semanas el cual falleció a los 15 días. La paciente falleció a los 25 días posteriores al nacimiento. Como hallazgos placentarios, se describe placenta con peso de 310 gr y dimensiones de 16 x 15 x 2 cm. Se realizaron cortes encontrando infartos parenquimatosos en el 10% del órgano. En los cortes histológicos teñidos con hematoxilina-eosina y aumento 10x se observaron vellosidades focalmente edematosas con fibrinoide perivelloso e incremento de nodos sinciciales; la inmunotinción con citoqueratina 20 fue positiva en células epiteliales en el espacio intervelloso de vellosidades hipoplásicas; se realizaron 100 cortes continuos y se observaron células epiteliales con localización en el espacio intervelloso y una de éstas con involucro focal del sincitiotrofoblasto representando fenotipo intestinal.

CONCLUSIÓN: El carcinoma con células de anillo de sello representa el 1% de todos los cánceres de colon y es una forma muy agresiva que se encuentra de forma significativamente mayor en pacientes jóvenes, en una etapa clínica avanzada y con una supervivencia pobre. Ahora podemos observar que la gestación no es excluyente de poder presentarlo y conlleva a desenlaces adversos graves.